

Domage Corporel / Bodily Damage

L'indemnisation des accidents de la voie publique

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'indemnisation des accidents de la voie publique se fait en majeure partie suivant la loi Badinter qui constitue une procédure amiable de règlement du processus d'indemnisation. Sont détaillés le recours des tiers payeurs, l'indemnisation par le Fonds de Garantie automobile.

Mots-clés : Loi Badinter, procédure pénale, procédure civile, recours des tiers payeurs, Fonds de Garantie automobile.

SUMMARY

Indemnification for road accidents

Indemnification for road accidents is done mostly according to the Badinter law which constitutes amicable proceedings for settling the indemnification process. Here we detail the procedure for third party payers, indemnification by the Fonds de Garantie automobile.

Key-words: *Badinter law, criminal procedure, civil procedure, procedure for third party payers, Fonds de Garantie automobile.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

A. LA LOI BADINTER

1. Le but recherché

Jusqu'à la promulgation de la Loi Badinter, c'est-à-dire en 1985 les accidents de la circulation relevaient du Droit Commun de responsabilité civile. Les victimes dont la responsabilité n'était pas engagée bénéficiaient donc de l'Article 1382 du Code Civil qui stipule que :

"Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer".

Dans les faits l'indemnisation était souvent partielle et tardive.

La Loi Badinter visait donc à améliorer les procédures d'indemnisations en privilégiant la voie amiable et en évitant les procédures judiciaires longues et coûteuses.

Le but de la loi du 05.07.85 dans le cadre de l'offre d'indemnisation est l'accélération du processus d'indemnisation et la recherche d'une transaction pour éviter par tous les moyens le contentieux judiciaire. La procédure judiciaire ne s'impose donc pas obligatoirement aux parties dans la mesure où elles peuvent s'entendre amiablement sur une voie différente pour la mesure d'instruction tendant à fixer une offre d'indemnisation.

2. Principe de la Loi Badinter

La Loi n° 85- 677 du 05.07.1985 dite "Loi Badinter" intitulée "tendant à l'amélioration de la situation de victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation" s'appuyait sur plusieurs principes :

- ✓ Généralisation de la règle de l'indemnisation du dommage corporel même pour les passagers d'un véhicule dont l'accident est dû au conducteur de ce véhicule.
- ✓ Protection de certaines victimes plus fragiles auxquelles on ne peut pas opposer leur propre responsabilité : les moins de 16 ans, les plus de 70 ans, les handicapés.
- ✓ Généralisation du caractère contradictoire de l'évaluation du dommage avec prévision aux côtés de la victime de son Médecin Conseil, les conclusions étant établies en commun.

- ✓ Favoriser une voie dite amiable et contradictoire c'est à dire non judiciaire et accélérer dans l'intérêt de la victime le processus d'indemnisation en désencombrant les Tribunaux.
- ✓ Redéfinition du rôle du fond de garantie.

3. Son domaine de compétence et définitions annexes

a. Définition de l'accident de la circulation

4 critères le définissent :

- ✓ Le véhicule doit être à moteur, ce qui élimine les bicyclettes, les skis, les planches à roulettes...
- ✓ Il s'agit d'un accident c'est-à-dire des chocs, des heurts, des collisions mais aussi des incidents, des explosions...
- ✓ La circulation se définit au sens large du terme : sur une voie publique, une voie privée, que le véhicule soit en mouvement ou à l'arrêt, à l'exclusion de véhicules qui circulent sur les voies qui leurs sont propres (les trains, les tramways...).
- ✓ Lorsque l'accident a lieu sur la voie publique mais qu'aucun véhicule n'est impliqué directement, la victime a droit à une indemnisation par le fond de garantie qui se réserve le droit d'un recours contre un éventuel responsable, cycliste ou piéton.

b. Les notions d'implication et d'imputabilité des dommages

Ces notions sont importantes car elles reviennent souvent dans le texte de Loi.

Le véhicule est impliqué dans un accident lorsque, sans intervention dudit véhicule, l'accident ne se serait pas produit. C'est à la victime de faire la preuve de l'implication. On considère que les responsables impliqués sont ceux qui ont la responsabilité du véhicule, à savoir le propriétaire, le conducteur ou le gardien du véhicule. Le propriétaire est en général le souscripteur du contrat d'assurance.

Le conducteur est le plus souvent responsable en tant que "commettant" l'accident parfois le responsable est le passager lorsque l'accident a été provoqué par le passager par exemple lors de l'ouverture intempestive d'une portière.

La notion de responsabilité reste toutefois relative puisque la Loi de Badinter maintient la garantie de l'assureur même lorsque le véhicule impliqué est volé.

L'imputabilité des dommages est en général admise dès lors que l'implication des véhicules est reconnue. Parfois il existe des exceptions par exemple dans les carambolages en série où il est difficile de faire la part des responsabilités dans l'origine du dommage.

Dans le cas particulier du transport par route par des véhicules de transport tarifés (autocar, taxi...), la Loi Badinter est considérée s'appliquer à toutes les victimes d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur "même lorsqu'elles sont transportées en vertu d'un contrat".

Les voyageurs bénéficient donc de la protection accordés par la Loi aux victimes non conducteurs.

Ainsi le passager qui fait une chute en descendant d'un autobus à l'arrêt est indemnisé automatiquement par le transporteur.

De même la personne qui s'apprêtant à descendre d'un bus, tombe et se blesse, déséquilibrée par un autre passager portant un sac à dos, est indemnisée directement par la RATP.

c. Les victimes et leur indemnisation

La victime est dédommée par l'assureur de responsabilité du responsable du dommage, l'assurance étant obligatoire ou par le fonds de garantie automobile si le responsable du dommage n'a pas été retrouvé. La victime est également dédommée par son propre assureur dans le cadre de la convention IRCA qui indemnise les accidents de la circulation ayant entraîné un taux d'IPP inférieur à 5%.

Il est fortement conseillé à la victime de réunir les preuves démontrant la responsabilité au moins partielle du tiers dans son accident. Il s'agit en cas de dommages corporels du procès verbal établi par la police ou la gendarmerie qui précise les circonstances de l'accident et indique les parts respectives de responsabilité de chacun des protagonistes. En effet si par exemple, la victime se voit attribuer 25% de responsabilité dans l'accident et son adversaire 75%, la victime ne percevra que 75% de l'indemnisation pour ses dommages. La victime peut réclamer le procès verbal de cet accident à son assureur ou à celui de son adversaire, les assureurs recevant automatiquement dans les 4 mois qui suivent l'accident, le procès verbal.

aa. Les victimes non conducteurs

Sauf exception ci-après, le non conducteur bénéficie de l'indemnisation intégrale de son préjudice.

✓ Les victimes non conducteurs non responsables il s'agit de :

- les piétons et les cyclistes

Est défini comme piéton par la Cour de Cassation l'individu qui circule à pied sur la voie publique mais également celui qui est descendu de son véhicule ou celui qui n'y est pas encore monté.

- les passagers transportés
- les personnes transportés à titre gratuit ou onéreux
- le propriétaire du véhicule s'il est transporté comme passager
- les passagers membres de la famille du conducteur
- les passagers salariés du responsable.

✓ Les victimes non conducteurs responsables

La victime est considérée comme responsable de l'accident lorsque sa faute est inexcusable et constitue une cause unique de l'accident ce qui est exceptionnel.

Selon la Cour de Cassation il s'agit d'une faute volontaire d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience. Dans les faits on considère que la victime qui ne boucle pas sa ceinture, qui est en état d'ébriété, qui est imprudente, n'est pas une victime responsable.

bb. les victimes surprotégées fautives

Les personnes suivantes sans considération pour leur responsabilité personnelle dans la survenue de l'accident bénéficient d'une garantie totale. Il s'agit des vieillards de plus de 70 ans, des enfants de moins de 16 ans, des personnes atteintes d'une invalidité dont le taux est supérieur à 80 % au moment de leur accident.

La seule exception prévue par la Loi reste la faute intentionnelle, en fait le suicide par accident.

cc. Le conducteur

Plusieurs cas se présentent lors d'un accident :

- ✓ le conducteur est victime de lui-même, étant le seul impliqué dans un accident.

Il est exclu de toute réparation des dommages, sauf s'il peut démontrer que l'accident était provoqué par une défaillance du réseau routier ou de la signalisation.

- ✓ le conducteur est victime dans une collision :
 - la cause de la collision n'est pas déterminée : les deux conducteurs s'indemnisent intégralement mutuellement
 - la cause de l'accident est la force majeure : le conducteur n'est pas considéré comme ayant commis une faute puisqu'une force soudaine et imprévisible, irrésistible, la force majeure, ne peut être opposée au conducteur
 - le conducteur a commis une faute.

C'est le régime du partage des responsabilités qui reste valable. L'indemnisation se fera au prorata de la gravité de la faute, l'indemnisation sera limitée en fonction de la gravité de sa faute. Si la faute commise par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur est une cause exclusive de l'accident, la victime conductrice fautive est exclue de l'indemnisation, quelle que soit son âge, quelle que soit le véhicule conduit, quelle que soit l'étendue des dommages. Comme nous le voyons le conducteur victime est une victime négligée par la Loi Badinter.

La prudence impose donc une assurance individuelle systématiquement proposée d'ailleurs dans les contrats automobiles. Néanmoins cette assurance est moins intéressante car elle ne concerne en général que les préjudices extra-patrimoniaux et souvent avec une franchise qui exclut du champ de l'indemnisation la plupart des sinistres.

4. La procédure de l'indemnisation par l'assureur

Le but de cette procédure d'indemnisation est d'aboutir à une accélération des procédures :

- ✓ communication directe des procès verbaux de l'accident de la circulation aux compagnies d'assurances

- ✓ offre de provisions dans les délais légaux par voie amiable ou par référé

- ✓ mise en place d'un protocole assureurs-organismes sociaux.

Une convention permet à la victime de percevoir son "solde" (différence entre la part qui lui revient et la part avancée par la Sécurité Sociale) rapidement, dès lors que ces deux parties : assureurs et organismes sociaux ont étudié rapidement le montant de la dette.

Une nouvelle convention interne aux assureurs régit l'indemnisation des dommages corporels considérés comme mineurs. Il s'agit de la convention IRCA (convention d'Indemnisation et de Recours Corporel Automobile). Cette nouvelle convention entrée en vigueur le 01.04.02 a pour but de diminuer les délais d'indemnisation qui étaient auparavant en moyenne de 9 mois. Cette nouvelle convention s'applique lorsque le conducteur ou le passager d'un véhicule est victime d'un dommage corporel entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychologique (AIPP) présumée inférieure à 5%. Cette convention concernerait 90% des personnes accidentées selon la Fédération française des sociétés d'assurance.

En cas d'expertise, en vertu de cette convention IRCA, c'est l'assureur de la victime et non plus l'assureur du responsable de l'accident qui proposera une indemnisation. Le médecin expert procèdera donc à l'expertise non plus des adversaires de la société d'assurance qui lui a confié une mission mais à l'expertise des propres clients de la société d'assurance qui l'a missionné. On peut imaginer que l'assureur sera plus sensible aux qualités d'accueil et d'écoute du médecin. En droit assurantiel, l'assureur gestionnaire est l'assureur de responsabilité civile du conducteur « victime ». Il reçoit un mandat de la part de l'assureur du responsable de gérer le dossier pour son compte. En langage assurantiel on appelle cela la gestion par l'assureur direct.

Un transfert de mandat est néanmoins possible lorsque les dommages subis par un passager ou une victime extérieure heurtée par un véhicule ou en cas d'accident mettant en cause plus de deux véhicules, un conducteur, atteignent cette valeur de 5% de taux d'AIPP. Dans ce dernier cas, l'offre d'indemnisation et le règlement sont assurés par l'assureur adverse.

C'est donc l'assureur du blessé dans le cas d'application de cette convention IRCA qui missionne un médecin expert qui a la charge de la gestion du dos-

sier, on dit qu'il a le mandat alors qu'auparavant c'était la fonction de l'assureur du responsable de l'accident.

On s'aperçoit ainsi, qu'initialement, c'est le gestionnaire du dossier qui appréciera s'il y a risque ou pas d'existence de séquelle en particulier pouvant être inférieure ou supérieure à ce taux de 5% d'AIPP.

La convention IRCA prévoit également deux cas de dérogation à expertise médicale.

Dans un premier cas, l'assureur peut recourir à l'avis sur pièces médicales, avis rédigé par un médecin expert lorsque les critères suivants sont réunis :

- ✓ Hospitalisation inférieure ou égale à 3 jours
- ✓ ITT inférieure ou égale à 20 jours
- ✓ Absence d'AIPP
- ✓ Taux de souffrances endurées inférieur ou égal à 2 sur une échelle de 7
- ✓ Absence de dommage esthétique.

Dans un deuxième cas, l'assureur peut recourir à une évaluation basée sur les seules pièces produites par la victime et donc sans recours à un expert médical lorsque les critères suivants sont réunis :

- ✓ ITT inférieure ou égale à 8 jours
- ✓ Absence d'hospitalisation, de geste chirurgical ou de rééducation
- ✓ Victime se déclarant guérie.

On s'aperçoit que, dans le cadre de cette indemnisation sans expertise avec ou sans avis médical, cette indemnisation se base sur les documents fournis volontairement par le blessé. Il s'agit tout d'abord du questionnaire corporel que le blessé a retourné à la compagnie d'assurance et du certificat médical initial. Il est conseillé à la victime de fournir le maximum de pièces ce qui permettra au médecin expert de cerner au mieux le préjudice. Cette convention n'a pas de valeur de loi et la Loi du 05.07.85 comme son décret d'application doit être parfaitement respectée dans le cadre de cette convention. Cette convention IRCA ne concerne ni les piétons ni les cyclistes dont l'indemnisation des dommages corporels demeurent régis par la loi Badinter du 05.07.1985.

a. L'information de l'assureur et de la victime

- ✓ Information de l'assureur par la victime

Les Articles R. 211 – 37 et R. 211 – 38 du Code des Assurances énumèrent les différents renseignements que la victime directe ou les victimes par ricochet sont tenues de fournir à l'assureur :

Nom et prénom, date et lieu de naissance, activité professionnelle et adresse de l'employeur, montant des revenus professionnels avec leurs justificatifs, description des dommages corporels avec un certificat médical, description des dommages aux biens...

- ✓ Information de la victime par l'assureur

L'article R. 211 – 39 du Code des Assurances prévoit que la correspondance de l'assureur doit être accompagnée "d'une notice relative à l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation dont le modèle est fixé par Arrêté".

C'est l'article A. 211 – 11 du Code des Assurances qui comporte en annexe le texte de cette notice.

b. L'examen médical préalable à l'offre d'indemnisation de l'assureur

Les articles R. 211 – 43 et R. 211 – 44 du Code des Assurances fixent les modalités de l'examen médical pratiqué à la demande de l'assureur généralement par l'un de ses médecins conseils.

La victime doit être avisée 15 jours au moins à l'avance de l'identité des titres du Médecin choisi par l'assureur, de la date et du lieu de l'examen ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Le Médecin Conseil informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister d'un Médecin de son choix.

La victime peut contester le choix du médecin choisi par l'assureur (article 6 du décret 86 – 15 du 6 – 1 – 1986 pris pour l'application de la Loi n° 85 – 677 du 5 – 7 – 1985 paru au Journal Officiel du 7 – 1 – 1986). Cette récusation peut s'expliquer par de multiples raisons (compétence, qualification, personnalité...). L'assureur s'efforcera alors d'obtenir un accord avec la victime sur le choix du médecin. L'article 211 – 34 du Code des Assurances prévoit la désignation d'un Médecin à titre d'Expert par le Juge des référés lorsque la victime récusé le Médecin choisi par l'assureur, lorsque aucun accord avec la victime n'a pu être conclu sur le choix du médecin. Le juge des référés désigne alors un expert sans que le juge ne lui confie de mission bien précise. L'expertise ainsi diligentée revêt les caractères de l'examen prévus par la loi du 05.07.85.

L'examen médical réalisé au titre de la loi Badinter proposé à la victime "en première intention" n'est pas considéré comme contradictoire mais se situe "dans le cadre de la Loi Badinter" c'est-à-dire que le victime à la faculté de se faire simplement assister par son Médecin Conseil sans qu'il soit fondé à discuter réellement de l'évaluation.

La loi du 05.07.85 donne à la victime la faculté de se faire assister par un médecin lors de cet examen médical qualifié par les autorités juridiques d'expertise officieuse de nature amiable mais les textes ne précisent pas l'étendue des pouvoirs ou des possibilités de cet assistant technique. Seules donc les règles de déontologie ayant trait à l'exécution des mesures d'instruction de caractère amiable peuvent être appliquées. En l'occurrence le médecin choisi par la victime assiste à l'examen non pas en qualité d'expert mais comme assistant technique de cette victime. Il peut faire les observations orales qu'il souhaite et peut présenter des observations écrites. Si le médecin qui assiste la victime reçoit un exemplaire du rapport en même temps que la victime elle-même, il n'est pas signataire de ce rapport, il ne partage donc pas avec l'expert la responsabilité des conclusions.

Malheureusement, les victimes à 90 % se rendent seules à l'examen médical.

Cet examen médical est de toute façon une procédure facultative. On peut ne pas s'y soumettre et préférer la voie judiciaire. De même on n'est pas obligé de se rendre aux convocations du Médecin. Mais dans cette hypothèse l'assureur qui reste tenu de présenter une offre d'indemnité ne pourra le faire que sur la base des seuls éléments que la victime aura bien voulu lui transmettre.

L'article R. 211 – 44 du Code des Assurances impose la transmission du rapport médical dans un délai de 20 jours à l'assureur, à la victime, ce qui est essentiel, et éventuellement au Médecin qui a assisté c'est-à-dire. La transmission du rapport à l'assureur constitue un aménagement légal du secret médical dans l'intérêt de l'indemnisation de la victime. Il est à noter l'importance de la notion de consolidation, notion médicale définie en introduction qui sert de point de départ aux délais légaux d'offre d'indemnités en particulier si la victime n'est pas déclarée comme consolidée. En effet en cas de non consolidation le Médecin Conseil de l'Assurance doit alors reconvoquer la victime afin de s'assurer de sa consolidation avant de proposer une offre.

c. L'offre de l'assureur

aa. Les délais de l'offre

✓ les délais impartis à l'assureur pour faire une offre :

- aux victimes directes d'un dommage corporel :

Dès lors que la victime est indemnisable au titre de la loi Badinter et qu'elle a averti l'assureur du responsable de l'accident, l'assureur doit présenter une offre d'indemnisation au plus tard trois mois à compter de la demande. Si l'état de santé de la victime n'est pas encore stabilisé, il n'est pas obligé de faire cette offre mais il doit apporter une réponse motivée à la demande dans le même délai de trois mois.

Le délai maximal d'offre est de 8 mois à compter de l'accident. L'assureur doit adresser à la victime une offre amiable d'indemnisation 8 mois au plus à compter de l'accident. Si l'état de la victime n'est toujours pas consolidé 8 mois après l'accident, cette offre vaut à titre de provision.

Elle a un caractère définitif si l'état de santé est stabilisé et que la victime en a informé l'assureur dans les trois mois après l'accident.

Dans le cas contraire, cette offre d'indemnisation est provisionnelle c'est-à-dire qu'elle peut être modifiée.

L'offre définitive doit être faite dans un délai de 5 mois à compter du jour où la victime aura informé l'assureur de la stabilité de son état de santé.

Cette offre peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime dans les trois mois de l'accident. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

- aux victimes par ricochet : le délai d'offre est de 8 mois à compter de leur demande d'indemnisation :

✓ lorsque la victime ne se soumet pas à l'examen médical ou conteste le choix du Médecin par l'assureur, la désignation d'un Médecin Expert par le Juge des référés entraîne la prorogation d'un mois du délai d'offre (Article R. 211 – 34 du Code des Assurances) ;

- ✓ lorsque la victime est domiciliée à l'étranger ou outre-mer les délais sont prorogés d'un mois (Article R. 211 – 35 du Code des Assurances).

Si la victime accepte l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur reçue 8 mois au plus à compter de l'accident l'offre devient définitive et la victime ne peut plus la contester même en justice.

- ✓ Cas des transactions (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) :

La durée moyenne entre la survenance de l'accident et la consolidation s'élève en moyenne à 12.1 mois pour les dossiers réglés en 2007.

Aux cours de la deuxième phase entre consolidation et règlement, d'une durée moyenne de 10.6 mois, l'assureur et le FGAO réunissent les justificatifs du préjudice de la victime, lui présentent une offre l'ajustent en fonction des éléments non pris en compte, recueillent l'accord de la victime et procèdent au règlement.

- ✓ Cas des décisions judiciaires (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) :

Les dossiers examinés par les juridictions concernent des victimes plus gravement handicapées : sur les dossiers réglés en 2007, le taux moyen d'AIPP ressort à 9.2 points pour les décisions judiciaires et à 4.6 points d'AIPP pour les transactions.

La durée moyenne des affaires jugées en 2007, de la survenance de l'accident à la consolidation de la victime s'élève à 20 mois.

Après consolidation et évaluation du handicap par le médecin expert, la durée moyenne de règlement des affaires jugées est de 30.3 mois.

Durée moyenne de règlement des victimes avec un déficit fonctionnel permanent non nul par taux d'AIPP (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007)

bb. L'offre transmise avec retard

Elle est sanctionnée par l'Article L.211 – 13 du Code des Assurances.

En cas de retard dans la remise de l'offre définitive ou prévisionnelle, l'assureur doit donc verser des intérêts de retard calculés au double du taux de l'intérêt légal sur le montant de l'indemnité.

Le montant des indemnités offertes par l'assureur ou allouées par le Juge à la victime produit intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal à compter de l'expiration du délai jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenus définitifs.

| Taux d'AIPP | Durée moyenne entre survenance de l'accident et consolidation (en mois) | | Durée moyenne entre consolidation et règlement (en mois) | |
|-------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| | Transactions | Décisions judiciaires | Transactions | Décisions judiciaires |
| 1 | 8.5 | 10.6 | 8.8 | 21.8 |
| 2 | 9.7 | 12.5 | 8.9 | 19.9 |
| 3 | 10.8 | 14.2 | 9.8 | 24.3 |
| 4 | 12.1 | 13.7 | 10.7 | 24.1 |
| 5 | 13.5 | 18.1 | 11.6 | 32.3 |
| 6 à 9 | 15.4 | 21.8 | 13.9 | 33.0 |
| 10 à 14 | 18.2 | 24.0 | 14.3 | 34.1 |
| 15 à 19 | 21.4 | 27.8 | 15.4 | 35.4 |
| 20 à 29 | 24.5 | 29.8 | 16.6 | 47.6 |
| 30 et plus | 34.3 | 39.6 | 24.0 | 44.8 |
| Ensemble | 12.1 | 20.0 | 10.6 | 30.3 |

Encadré 1

Exemple de lettre de réclamation à l'assurance de la partie adverse en cas de retard d'offre d'indemnisation alors que l'état de santé de la victime était consolidé moins de trois mois après l'accident de la circulation.

Nom

Prénom

Adresse

Nom

Adresse de l'assurance

A.....,

Le

N° de Police de l'assurance

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable de l'assurance,

Le .../.../..., j'ai été victime d'un accident de la circulation causé par M., votre assuré. Deux mois après, soit le .../.../..., je vous ai informé de la consolidation de mon état de santé (cf. certificats médicaux ci-joints) et je vous ai présenté une demande d'indemnisation.

Je vous rappelle que, dans la mesure où la responsabilité de M. n'est pas contestée et que mon dommage est entièrement quantifié, mon état de santé étant définitivement consolidé, vous étiez dans l'obligation de me présenter une offre d'indemnisation dans un délai de 3 mois à compter de ma demande, soit au plus tard le .../.../..., conformément à l'article L.211-9 du Code des assurances. Or, je n'ai toujours rien reçu.

Je vous demande donc de bien vouloir me faire parvenir cette offre dans les plus brefs délais, augmentée des intérêts calculés au double du taux légal, comme le prévoit l'article L.211-13 du code des assurances.

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

cc. Le contenu de l'offre

Selon l'Article L. 211 – 9 Alinéa 3 du Code des Assurances, l'offre doit comprendre “tous les éléments indemnifiables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages et aux biens lorsqu'il n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable”. Le législateur a prévu une sanction d'une offre “manifestement insuffisante” afin d'éviter une offre purement formelle et dérisoire qui bafouerait l'esprit de la Loi.

L'Article L. 211 – 14 du Code des Assurances stipule que “si le Juge qui fixe l'indemnité estime que l'offre proposée par l'Assureur était manifestement insuffisante, il condamne d'office l'assureur à verser

au fond de garantie une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité allouée sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime”.

Les tribunaux assimilent à une absence d'offre, une offre manifestement insuffisante d'indemnisation.

Après réalisation de l'expertise médicale lorsque la victime reçoit la proposition de chiffrage d'indemnisation des préjudices il lui est fortement conseillé de bien étudier et éventuellement de la contester auprès du régulateur de l'assureur.

Il conviendra en particulier de veiller à ce qu'aucun poste de préjudice ne soit omis par exemple le déficit fonctionnel temporaire.

Encadré 2

Exemple de lettre de réclamation d'intérêts de retard pour une offre d'indemnisation d'une assurance envoyée avec retard supérieur au délai de 5 mois à compter du jour où la victime aura informé l'assureur de la consolidation.

Nom

Prénom

Adresse

Nom

Adresse de l'assurance

A.....,

Le

N° de Police de l'assurance

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable de l'assurance,

J'ai bien reçu votre offre d'indemnisation pour un montant global de€. Je ne peux cependant pas l'accepter en l'état car elle ne tient pas compte des intérêts de retard.

Je vous rappelle que la consolidation de mon état de santé a été constatée le .../.../... (Soit 4 mois après l'accident) et qu'il vous appartenait de m'adresser une proposition définitive dans les 5 mois suivant cette date.

Or celle-ci ne m'est parvenue que le .../.../..., soit 7 mois plus tard et n'intègre pas les intérêts de retard qui courent automatiquement en application de l'article L.211-13 du Code des assurances. Il convient donc d'augmenter le montant de l'indemnisation du double de l'intérêt légal, soit de ...€.

Je vous demande de bien vouloir me présenter une nouvelle offre intégrant ce calcul.

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Un poste donnant souvent lieu à contestation est le coût de l'assistance d'une tierce personne pour le reste de la vie de la victime. En effet, les propositions des assureurs ne s'étalent qu'entre 8 et 12 € pour l'heure d'assistance par une tierce personne alors que les tribunaux saisis par voie judiciaire fixent un coût horaire plus important en général de 15 à 18 € l'heure d'assistance par une tierce personne.

dd. La transaction

La victime a la faculté de dénoncer la transaction dans les 15 jours qui suivent sa conclusion. Elle doit le faire alors par lettre recommandée.

En cas de transaction, le paiement des sommes convenues doit être inférieur au délai d'un mois avant

l'expiration du délai de dénonciation, soit un mois et demi après sa conclusion. Si ce délai de paiement n'est pas respecté les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ces deux mois, au double du taux légal (Article L. 211 – 17 du Code des Assurances).

ee. Suites données par la victime à la proposition de transaction

Le cas suivant constitue le cas le plus fréquent après un accident de la voie publique : la victime n'a pas porté plainte, il n'y a pas eu d'infraction grave, le parquet n'a pas poursuivi l'auteur.

Comme nous l'avons vu, la victime est examinée en présence ou en l'absence de son médecin conseil.

α. Accord entre les parties

En cas d'accord sur les conclusions, la procédure peut se poursuivre.

β. Désaccord entre les parties

En cas de désaccord, la victime demande un examen amiable et contradictoire, une contre-expertise ou un arbitrage en présence de son conseil.

Si cet examen débouche sur un accord, la procédure continue.

Encadré 3

Voici un modèle de lettre de contestation par la victime de l'expertise réalisée au titre de la loi Badinter :

Nom, Prénom.....

Lieu, Date

Adresse

.....

.....

N° de téléphone

Adresse du siège de l'assurance

.....

.....

.....

Vos références :

Accident du../../...(date)

N° de dossier :

Dossier suivi par Mr ou Mme ...

Lettre recommandée avec avis de réception

Madame (ou Monsieur),

J'ai été victime le../../...(date) d'un accident de circulation.

Pour faire suite au rapport d'expertise au titre de la loi du 05-07-1985 dite loi Badinter du (date)..... du Docteur..... expert, je conteste les conclusions du Docteur..... expert dans la mesure où elles ne prennent pas en compte la globalité du préjudice subi, notamment les séquelles ci dessous :

Vous trouverez ci-joint un certificat médical du Docteur....., titulaire du diplôme d'études juridiques relatives à la réparation du dommage corporel, appuyant mes dires.

Je vous prie de recevoir, Madame (ou Monsieur) en l'expression de mes sincères salutations.

Nom et Prénom

β1. Contre expertise

Une contre expertise est une nouvelle expertise demandée par la victime concernant le même sujet, c'est-à-dire les conséquences corporelles de son accident de la circulation, réalisée par un autre expert et mandaté par la même compagnie d'assurance. La victime lors de cette contre expertise peut être assistée par le médecin de recours qu'elle choisit. Les frais de cette expertise sont réglés par l'assurance directement au nouvel expert.

β2. Expertise contradictoire amiable

Les parties peuvent faire appel à un examen dit examen contradictoire, un médecin représentant chacune des parties participantes à l'examen de la victime.

L'expertise contradictoire amiable ou mission d'examen médical conjoint et contradictoire amiable réunit deux médecins rompus à la technique de l'évaluation du dommage corporel, chacun représentant l'une des parties, c'est-à-dire une partie correspondant à l'assurance dont l'expertise initiale a été contestée par la victime et la deuxième partie correspondant à la victime. Chaque partie se met donc d'accord sur la désignation d'un médecin pour l'expertise. Les parties invitent leur médecin respectif à réaliser ensemble l'examen de la victime. Le but est d'aboutir à des conclusions médico-légales communes si cela est possible ou expliquer le motif du désaccord en cas de divergence.

Les deux praticiens conviennent de se réunir au cabinet de l'un d'entre eux, ils fixent le rendez-vous en fonction de leurs impératifs respectifs et adressent une convocation à l'intéressé. Par définition, l'examen conjoint et contradictoire amiable est pratiqué dans le même temps par les deux praticiens. Chacun d'eux peut poser la question qu'il souhaite, prendre connaissance des documents du dossier et procéder à des constatations cliniques.

Parfois l'avis d'un spécialiste est nécessaire et les praticiens conviennent de la désignation d'un tel spécialiste et assistent s'ils le souhaitent à ses opérations.

Les experts qui auront adopté des conclusions en commun, même s'il ne s'agit pas de conclusions communes adresseront leur rapport aux parties qui les ont désignés. Aucune règle juridique ou déontologique ne précise les conditions dans lesquelles doivent être rédigés ou déposés les rapports. Les usages varient suivant les régions.

Dans une expertise amiable contradictoire le médecin représentant chaque assurance peut rédiger un rapport propre mais qui, soit reprend les mêmes conclusions que son confrère expert, soit qui reprend des conclusions différentes en les explicitant.

Si la victime est représentée par un médecin de recours, on peut très bien ne pas rédiger de rapport commun.

Si la victime est représentée par un médecin mandaté par sa compagnie d'assurance et que l'une des compagnies d'assurances le demande expressément, un rapport commun rédigé par les deux experts cosigné est alors en général rédigé.

Si un rapport commun est rédigé, du point de vue formel, l'entête est double, portant à la fois le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque médecin.

Les références des parties et notamment de la société d'assurance doivent y figurer de même que le lieu où l'expertise a été réalisée.

Au chapitre de la discussion doit figurer une mention précisant que les conclusions ont été arrêtées par commun accord entre les deux praticiens. Le rapport commun doit comporter la signature des deux praticiens. Lorsque les conclusions sont à caractère provisoire et non définitif, par exemple lorsque la consolidation n'est toujours pas acquise, on indique alors qu'un nouvel examen sera nécessaire dans un délai fixé de façon à pouvoir arrêter de telles conclusions définitives.

En cas de désaccord, chaque praticien rend à son mandant ses propres conclusions. En cas de désaccord, les experts peuvent rédiger un rapport commun comportant une conclusion reflétant l'existence de divergence de vues, l'avis de chacun étant alors mentionné. Ce rapport signé par les deux experts est adressé alors à chacune des parties.

Lorsque l'accord est complet entre les deux médecins, ceux-ci peuvent établir un rapport commun.

Parfois en plus de ces conclusions en commun chaque expert se réserve la possibilité de rédiger chacun un rapport et de l'adresser à la partie qui l'avait désigné, la conclusion de chaque rapport étant conforme aux conclusions prises en commun. Parfois encore en cas de désaccord, chaque expert rédige son propre rapport dont la discussion et la conclusion sont le reflet de la réalité expertale et de l'accord ou du désaccord verbal.

Que le désaccord soit total, par exemple sur l'imputabilité ou qu'il soit partiel sur par exemple sur le taux d'IPP, chaque praticien établit son propre rapport, indique quelles ont été les constatations cliniques communes, quels sont les points d'accord et de désaccord en motivant la position personnelle du médecin, laissant alors aux parties le choix de la conduite à tenir (transactions ou nouvelles mesures d'expertise).

Chaque praticien établit ainsi son rapport et l'envoie à son mandant, comprenant la description des faits, les constatations cliniques, des éléments de la discussion et les conclusions médico-légales. Il faut signaler qu'un désaccord entre les deux médecins experts, n'exclut pas forcément une transaction ultérieure par les régleurs. Les parties demeurent libres en effet, d'accepter ou non les conclusions établies en commun par les deux médecins, qu'elles ont désignés en tant que conseil.

Les honoraires pour chaque expert sont réglés par les parties qui les ont mandaté c'est-à-dire la compagnie d'assurance et la victime.

β3. Expertise arbitrale

Les médecins représentant la compagnie d'assurance et la victime s'accordent à partir d'une liste de médecins proposés par chacun des experts sur le nom d'un médecin expert arbitre. Cet arbitrage est formalisé par la rédaction d'un compromis d'arbitrage avec un protocole amiable d'arbitrage médical rappelant que les parties ont décidé de s'en remettre à l'avis d'un médecin expert, que son avis sera respecté.

Lorsque le protocole amiable d'expertise a été signé par les deux parties, il sera adressé avec la totalité du dossier médical à l'arbitre désigné. Ce dernier prend contact avec les médecins mandatés par les parties afin d'assister aux opérations d'expertise. La date et l'heure de l'expertise sont ainsi fixées d'un commun accord. L'arbitre convoque alors la victime par lettre simple. Cette expertise arbitrale a un caractère contradictoire, le médecin expert devant recueillir l'avis de ses confrères avant de déposer ces conclusions. Ces conclusions ne sont pas le fruit d'un compromis entre les parties représentées. Le dépôt d'observation écrite par les parties est possible et comme en expertise judiciaire l'arbitre doit y répondre.

Les honoraires de l'expert arbitre sont partagés en général par moitié entre les parties.

β4. Désaccord persistant

En cas de divergence, les parties font appel, soit à un arbitrage s'il n'y en a pas encore eu, soit à un expert judiciaire. Il faudra alors initier une procédure devant le juge en référé. En cas de considération d'une offre manifestement insuffisante par la victime, celle-ci peut donc demander soit à l'assureur de faire une offre plus adaptée soit saisir le juge de proximité pour une somme inférieure à 4.000 €, le tribunal d'instance pour une somme supérieure à 4.000 euros et inférieure ou égale à 10.000 euros ou de grande instance pour une somme supérieure à 10.000 euros. Dans ce cas la victime ne sera indemnisée qu'à l'issue du procès.

Le juge est susceptible de prononcer deux sortes de condamnations à la charge de l'assureur, le versement d'une somme au Fond de garantie (au maximum 15 % de l'indemnité allouée), le règlement de dommages et intérêts à la victime.

Un juge peut considérer une offre d'indemnisation comme manifestement insuffisante lorsque :

- ✓ Le montant de l'offre est dérisoire ne correspondant pas au préjudice réellement subi.
- ✓ Lorsque l'assureur ne retient pas tous les postes du préjudice par exemple aucune somme pour une incapacité permanente.
- ✓ Lorsque la différence entre l'offre formulée et l'indemnité allouée est importante.
- ✓ Lorsque la procédure amiable d'évaluation des séquelles médicales se poursuit, il y a accord sur le niveau des séquelles médicales. L'assureur fait alors une proposition d'indemnisation.

Si la victime est satisfaite de la proposition le régleur s'exécute, s'il y a désaccord la victime fait appel à son avocat (ou conseil). Les deux parties tentent une transaction. Si cette transaction aboutit, le dossier est clos. Si les parties sont toujours en désaccord, le juge est saisi pour fixer l'indemnité.

Un deuxième cas de figure est celui où une procédure civile ou pénale est entamée à l'initiative de la victime ou du Procureur de la république. Le premier cas décrit ci-dessus peut aboutir à ce deuxième cas décrit ci-dessous lorsque la victime décide d'arrêter la procédure transactionnelle et de se lancer dans une procédure judiciaire.

Voir le chapitre B Les autres modes d'indemnisation/1. Une procédure est en cours.

5. Recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne

Les victimes d'accident en particulier de la voie publique ne peuvent pas cumuler les prestations recueillies à partir de leur Caisse de Sécurité Sociale de leur régime de protection sociale avec les indemnités, le cas échéant mises à la charge du responsable. Les organismes qui ont versé ces prestations dit organismes tiers payeurs peuvent exercer une action récursoire et demander le remboursement de leurs prestations.

Suivant l'article 29 de la Loi du 5 juillet 1985, les prestations c'est-à-dire versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne ouvrent droit à un recours aux personnes tenues à réparation ou contre son assureur :

- ✓ Les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de Sécurité Sociale, sont pour ceux qui sont mentionnés aux articles 1106 -9, 1234-8, 1234-20 du Code rural.
- ✓ Les prestations énumérées au chapitre 2 de l'article 1^{er} de l'ordonnance numéro 59-76 du 7 janvier 1959 relatives aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.
- ✓ Les sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation.
- ✓ Les salaires, et les accessoires de salaires nets dus par l'employeur pendant la période d'inactivité, consécutive à l'évènement qui a occasionné le dommage.
- ✓ Les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité Sociale, ou le Code rural et les sociétés d'assurance régies par le Code des assurances (loi N° 94-678 du 8 août 1994, article 15).

Les recours des tiers payeurs ont un caractère subrogatoire. En effet, un accident corporel entraîne un versement de prestations à la victime en particulier par certains organismes sociaux appelés "tiers payeurs" comme par exemple la Sécurité Sociale.

La Sécurité Sociale prend en charge parfois en tiers payant, la majeure partie des frais médicaux et hospitaliers, ce qui est appelé "prestations en nature" et d'autre part verse ce que l'on appelle des "prestations en espèces" par compensation des revenus du travail perdus.

Il convient également de citer les prestations (les salaires et accessoires du salaire) maintenues par l'employeur public ou privé pendant la période d'inactivité consécutive à l'accident en vertu du contrat de travail ou d'organismes de prévoyance particuliers. Ces prestations ont un caractère indemnitaire puisque sont destinées à compenser certains préjudices nés d'un dommage corporel. Le principe indemnitaire suppose que la victime soit indemnisée de l'intégralité des préjudices subis, mais pas davantage.

Ainsi, les cumuls d'indemnités qui conduiraient à un enrichissement seraient illicites. Par contre, le responsable de l'accident (ou son assureur) demeure tenu de toute l'indemnité et n'en est pas déchargé sous le prétexte que certains organismes, de Sécurité Sociale, par exemple, ont assumé immédiatement une charge de réparation qui lui incombait.

Ainsi, les organismes dits tiers payeurs ont versé la prestation indemnitaire en avance sur recours et par une action subrogatoire ultérieure, ils peuvent se faire rembourser par le responsable (ou son assureur) le montant des prestations indemnitaires versées.

Le responsable de l'accident (ou son assureur) doit donc rembourser au tiers payeur leurs prestations indemnitaires après que l'on ait calculé le montant total des préjudices dont il doit réparation à la victime. Le responsable ne versera donc à la victime que la différence entre l'indemnité globale qui lui est due et les prestations indemnitaires qui ont déjà été payées par les organismes tiers payeurs.

La créance de la victime contre le responsable de l'accident se réduit donc en pratique à un solde.

a. L'assiette du recours de la Caisse

L'assiette du recours de la Caisse se définit par la part d'indemnités à la charge du tiers responsable.

Cette assiette comprend les postes de préjudice suivants,

lorsque la victime est blessée :

- ✓ les frais médicaux, pharmaceutiques, le transport, l'hospitalisation, les prothèses et appareillages, les frais de rééducation, de reclassement professionnel (actuel ou futur) ;
- ✓ l'incapacité temporaire : perte ou diminution de l'autonomie pour les activités personnelles ou professionnelles ;
- ✓ l'incapacité permanente : handicap professionnel de la victime et handicap fonctionnel lié aux séquelles de l'accident ;
- ✓ la tierce personne ;
- ✓ le préjudice professionnel : prise en compte des difficultés à exercer sa profession antérieure, obligation de reconversion ;
- ✓ les frais d'adaptation du logement et du véhicule (aménagement du lieu de vie, du véhicule de la victime à son nouvel état).

lorsque la victime est décédée :

- ✓ les frais d'obsèques ;
- ✓ le préjudice résultant de la perte de revenu ;
- ✓ le préjudice des ayants-droits à l'exclusion du préjudice moral.

La loi du 27 décembre 1973 relative à l'étendue de l'action récursoire des Caisses de Sécurité Sociale en cas d'accident causé par un tiers, précise que les caisses ne sont admises à poursuivre le remboursement des prestations, qu'à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnités de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques et morales endurées, aux préjudices esthétique et d'agrément.

La loi du 5 juillet 1985 a repris ces dispositions dans son article 31. En effet, dans cet article 31, la loi du 5 juillet 1985 stipule que "tous les recours subrogatoires s'exercent dans les limites de la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément ou, s'il y a lieu, de la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droits".

b. Calcul de la subrogation des prestations de Sécurité Sociale

aa. Les principes du calcul

α. Le recours subrogatoire s'exerce poste par poste avec droit de recours préférentiel de la victime sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs se servant sur le solde éventuel

Lorsque la charge d'indemnisation est entière à l'égard de l'assureur de l'auteur du dommage, le recours poste par poste n'a pas d'incidence sur la répartition entre la victime et l'organisme tiers payeur. En revanche, la solution est différente lorsque la victime voit son indemnisation limitée ou réduite en fonction de la faute commise.

Dans le régime antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, qui modifie l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article 31 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985, on déduisait le montant global des prestations sociales de l'assiette soumise au recours des tiers payeurs. En cas de versement d'une rente, la victime pouvait se voir privée de toute indemnisation sur cette part de préjudice, ne pouvant prétendre qu'à son dommage personnel, notamment en cas de partage de responsabilité.

L'article 30 de la Loi du 5 juillet 1985 a édicté le caractère subrogatoire du recours de tous les tiers payeurs. En cas de partage des responsabilités, le tiers payeur subrogé ne saurait avoir plus de droits que la victime subrogeante : le partage de responsabilité doit donc être appliqué au montant de la prestation, objet du recours. L'adage « nul n'est censé subroger contre soi » est exprimé par l'article 1252 du Code civil : « la subrogation ne peut nuire au créancier lorsqu'il n'a été payé qu'en partie ; en ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui est dû, par préférence à celui dont il n'a reçu qu'un paiement partiel. »

Ces règles fondamentales du droit de la subrogation sont gravement méconnues, en raison d'une interprétation restrictive et anachronique de l'article L.376-1 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale et de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, dont la rédaction initiale remonte à 1973 dans l'ancien régime d'indemnisation.

Il restitue aux recours des organismes sociaux leur caractère subrogatoire oublié par la pratique et la jurisprudence. Le recours s'exerçait globalement dans l'ancien régime d'indemnisation, ce qui pouvait être pré-

judiciaire à la victime lorsqu'un partage de responsabilité est retenu entre elle et le tiers responsable ou l'auteur de son dommage. Jamais cela ne pénalisait l'organisme social qui bénéficiait de l'intégralité de son recours. En outre, il pouvait arriver qu'il obtienne le remboursement sur une indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité corporelle de la victime, alors qu'il n'avait servi aucune prestation à ce titre. Le tiers payeur prélevait les prestations qu'il versait sur les sommes allouées aux victimes en réparation de leurs préjudices réparant l'atteinte à leur intégrité physique.

Désormais et conformément au principe général de l'article 1252 du Code civil, la subrogation dont dispose le tiers payeur dans les droits de son assuré social ne peut nuire à ce dernier.

La victime devient donc prioritaire, par rapport à son organisme social, sur le montant du recours qu'elle peut exercer à l'encontre du responsable, à concurrence du montant de la réparation qui lui est accordée.

Il convient au lieu de déduire de chacun de postes de préjudice de la victime le montant de la créance correspondante de l'organisme social, de façon que la victime perçoive effectivement le montant de la réparation qui lui a été accordée.

Le recours des tiers payeurs est dorénavant beaucoup plus limité, tant par le mécanisme du recours poste par poste que par le droit de préférence reconnu à la victime, en application du principe selon lequel "on ne subroge pas contre soi-même".

Le Journal officiel du 22 décembre 2006 publie la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, qui modifie l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article 31 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985. Ils sont maintenant rédigés comme suit :

Le troisième alinéa de l'article L.376-1 du même Code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les recours subrogatoires des Caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. »

« Conformément à l'article 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la Caisse subrogée. »

« Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice. »

L'article 31 de la Loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi rédigé :

« Art. 31- les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent les préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. »

« Conformément à l'article 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle. »

« Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice. »

L'article 31 de la Loi n° 85-677 du 05 juillet 1985 est modifié dans les mêmes termes, reprenant très exactement les trois alinéas, seul le vocable « Caisse » ayant été remplacé par la notion de « tiers payeurs ».

La philosophie de ce texte peut se résumer ainsi :

- ✓ les tiers payeurs ne peuvent avoir de recours que sur les postes de préjudice au regard desquels ils ont versé des prestations ;
- ✓ si la victime n'a pas été remboursée de l'intégralité de ses préjudices par les organismes sociaux, elle disposera d'un droit de recours préférentiel sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs se servant sur le solde éventuel ; La Loi nouvelle n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, précise que, conformément à l'art. 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation. Lorsqu'elle n'a été indemnisée que partiellement par les prestations du tiers-payeur, la victime peut exercer ses droits contre le responsable par préférence au tiers-payeur subrogé. L'article 25 de la Loi nouvelle

n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale, ne modifie pas l'indemnité mise à la charge du responsable et dans des relations avec le responsable, la victime doit supporter les conséquences d'un partage de responsabilité : elle n'est indemnisée que partiellement. Dans ses relations avec les organismes sociaux, la part de responsabilité de la victime est inopérante : qu'elle soit à 100% responsable de son propre accident, ou qu'un tiers en soit responsable à 100%, elle a droit à toutes ses prestations sociales. Si la victime n'a pas été remboursée de l'intégralité de ses préjudices par les organismes sociaux, elle dispose d'un droit de recours préférentiel sur l'indemnité due par le responsable (en fonction du partage de responsabilité). L'article 25 de la Loi du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale modifie profondément le droit du dommage corporel en prévoyant un recours poste par poste des tiers payeurs avec un droit de préférence pour la victime. La loi redonne ainsi toute sa place au droit de la subrogation et au contrat social passé entre la victime et la Sécurité sociale.

Au stade du règlement judiciaire, la victime, créancière des prestations pour lesquelles elle a cotisé, prime la Caisse, débitrice desdites prestations. La méthode de calcul en est bouleversée et les droits des victimes nettement améliorés, surtout en cas de partage de responsabilité.

Cependant la victime ne doit pas s'enrichir : son droit de préférence ne s'exerce que dans la limite du préjudice qu'elle a subi. Les tiers-payeurs ne peuvent exercer leurs recours que sur le solde éventuel dû par le responsable.

Les recours subrogatoire s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices que les Caisses ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

Un recours poste par poste va permettre de limiter la soustraction des créances des tiers payeurs à chaque poste de préjudice auquel a participé l'organisme social alors que jusqu'à présent, la soustraction s'opérait sur l'ensemble des postes soumis à recours.

La préférence à la victime entraînera dorénavant, en cas d'indemnisation partielle de cette dernière, une indemnisation plus juste qu'auparavant puisque les

organismes sociaux avaient jusqu'ici priorité sur la victime.

L'article 25 de la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale modifie ainsi favorablement l'indemnisation des victimes dans plusieurs cas :

- ✓ Les partages de responsabilité.
- ✓ Les pertes de chances en matière de responsabilité médicale.
- ✓ Les accidents entraînant le versement de pension d'invalidité ou de rente d'organismes sociaux.

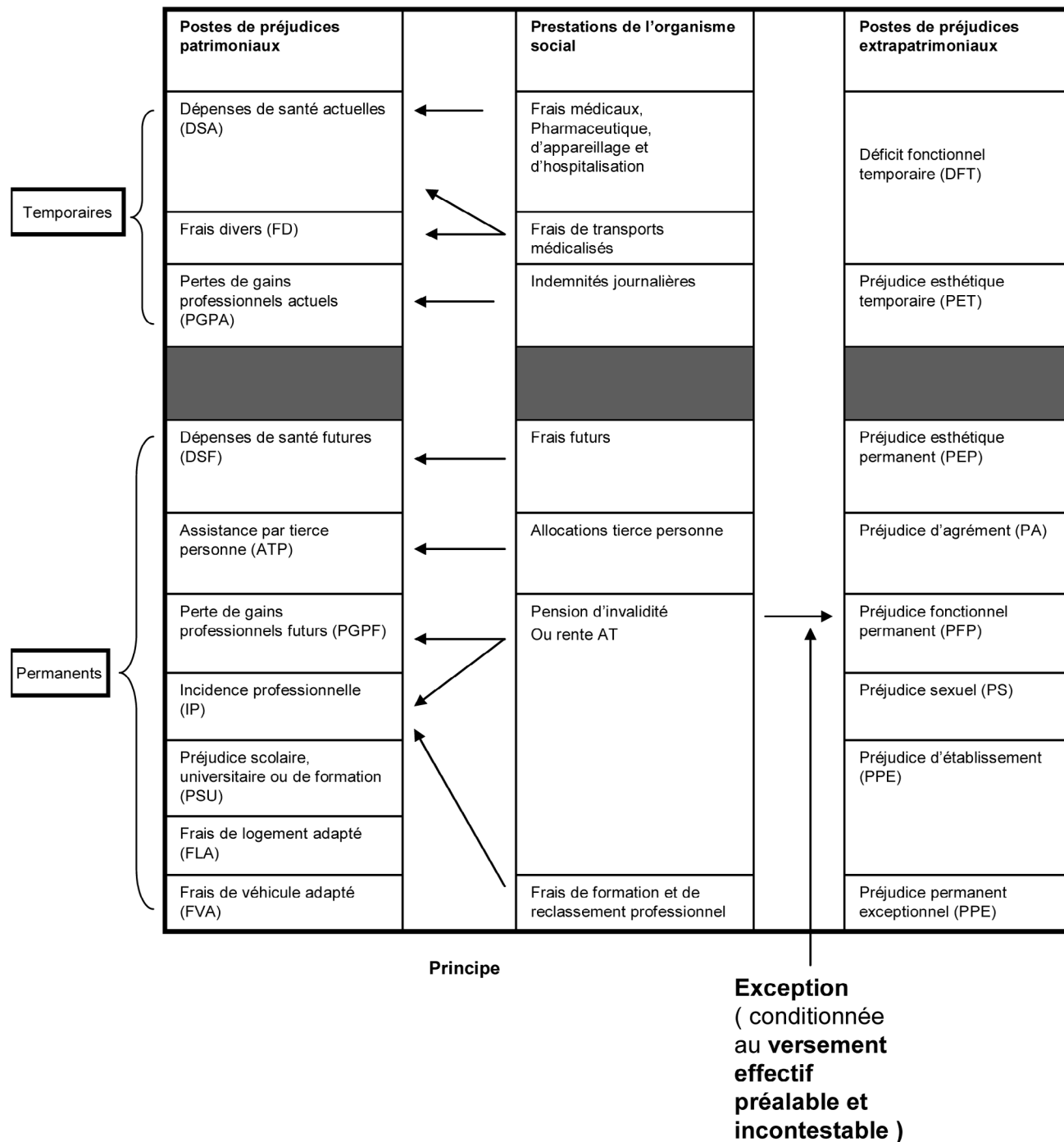
La réforme met fin à la globalisation de l'assiette du recours des tiers payeurs et prévoit qu'il doit dorénavant « s'exercer poste par poste ». Il n'existe pas de définition juridique des postes de préjudice. Logiquement, il aurait été nécessaire, pour savoir quelle prestation participe à l'indemnisation de quel chef de préjudice, d'établir une table de concordance entre les chefs de préjudice et les prestations versées par les tiers payeurs. Les postes de préjudice ne correspondent pas toujours exactement à ceux référencés dans la nomenclature Dintilhac, et, d'autre, part, cette table ne concerne que les prestations servies au titre de la branche maladie du régime général de Sécurité sociale.

Tout est à construire pour les accidents du travail, le régime des fonctionnaires, celui des artisans, commerçants et professions libérales, les régimes spéciaux sans oublier les prestations services par les assureurs en complément de celle versées par les organismes sociaux, ou en avance sur indemnité, de structure forfaitaire ou indemnitaire...

La réforme du recours de tiers payeurs touche également aux modalités d'offre d'indemnisation, notamment dans le cadre des accidents de la circulation, de responsabilité médicale ou du régime des victimes d'infraction.

β. L'exclusion des préjudices personnels extrapatrimoniaux dans les recours subrogatoires des tiers payeurs contre le responsable

- ✓ La Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 pose un principe : « l'exclusion des préjudices personnels » extrapatrimoniaux dans les recours subrogatoires des tiers payeurs contre le responsable.



Exception : « si le tiers-payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice ». Il appartient à l'organisme social d'apporter cette preuve du caractère personnel

de leur prestation. Si par hasard, les tiers payeurs intervenaient pour compenser des dommages à caractères personnel, ils pourraient disposer d'un recours sur les postes de préjudice équivalents. Un recours est envisageable même sur un poste de préjudice personnel, dans l'hypothèse où un tiers payeur aurait effective-

ment et préalablement versé une indemnisation en regard à ce poste. Le recours est donc en principe exclu sur cette catégorie de préjudices, mais si, en dépit de ce caractère personnel, il est effectivement réparé par une prestation préalablement versée, il sera inclus dans l'assiette du recours. Les tiers payeurs obtiennent ainsi un nouveau droit : celui de récupérer sur les postes personnels des sommes dont ils prouveront qu'elles ont été versées « effectivement et préalablement » en rapport avec le poste concerné.

Mais la question de loin la plus délicate était celle de savoir comment l'on doit imputer les prestations qui présentent une nature hybride, c'est-à-dire qui contribuent à réparer à la fois un préjudice professionnel et un préjudice personnel. Il s'agit concrètement des rentes d'invalidité versées par les Caisses de Sécurité sociale aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ou encore de certaines pensions civiles ou militaires versées par l'Etat aux agents victimes d'accidents de service ou de maladies professionnelles.

Les premières sont calculées en fonction des salaires et d'un taux d'IPP qui est lui-même déterminé en fonction d'éléments combinant l'appréciation médicale du préjudice fonctionnel et son incidence professionnelle : nature de l'infirmité, état général, âge, facultés physiques et mentales de la victime, aptitudes et qualification professionnelle (CSS, art. L. 434-2). La rente est d'ailleurs indépendante des pertes effectives de revenus et est versée même s'il n'y a aucune perte économique, ce qui laisserait à penser qu'elle indemnise plus un préjudice fonctionnel que professionnel. Les secondes (allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires civils, pension militaire d'invalidité, rente viagère d'invalidité) que verse l'Etat à ses agents victimes d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, sont calculées sur une base forfaitaire et sont cumulables avec le traitement. Plus encore que les rentes d'accident du travail versées par les Caisses de Sécurité sociale, elles semblent indemniser un préjudice non professionnel et donc fonctionnel.

Le rapport Dintilhac avait envisagé cette difficulté en invitant les organismes payeurs à indiquer la ventilation entre la part de leur créance destinée à indemniser le préjudice patrimonial et la part visant à indemniser le préjudice extra-patrimonial de la victime ; à défaut de quoi la rente serait présumée réparer par parts égales les préjudices patrimoniaux et extra-patrimoniaux. Cette attitude a été observée par certaines juridictions, mais pour d'autres, et notamment pour la Cour

d'appel de Paris, la rente d'accident du travail doit s'imputer sur le préjudice professionnel (CA Paris, 17^e ch., sect. A, 19 fév. 2007 : Gaz. Pal. 1^{er} - 3 avril 2007, p8. – CA Paris, 17^e ch., sect. A. 10 sept. 2007, n° 05-20645), sauf à la Caisse de prouver que la prestation versée a indemnisé un préjudice personnel.

C'est cette dernière solution que retient la Cour de cassation dans ses trois avis. A la question de savoir si la rente versée par les organismes sociaux en cas d'accident sur le trajet du travail s'impute uniquement sur le préjudice professionnel ou si elle peut également s'imputer sur le déficit fonctionnel, et dans quelles proportions, la Cour de cassation répond que « la rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail, indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle ». Puis elle ajoute que « si la Caisse de Sécurité sociale estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel » (avis n° 0070015 P et 0070017 P). Le même avis est donné à propos de la rente d'invalidité prévue par les articles L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite : imputation sur les préjudices professionnels, à moins que l'Etat ne prouve que sa prestation a pour partie effectivement et préalablement indemnisé aussi un préjudice personnel (n° 0070016 P).

Les nouvelles dispositions régissant les recours des organismes payeurs, résultant de l'article 25 de la Loi du 21 décembre 2006 ayant modifié l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, sont-elles applicables au recours dont dispose la Caisse de sécurité sociale qui a versé une rente au titre de la législation sur les accidents du travail au salarié victime d'une lésion imputable à un tiers dont la responsabilité peut être recherchée sur le fondement du droit commun ?

La Cour de cassation a répondu à plusieurs reprises à cette question :

Dans ses avis n°0070017P du 29 octobre 2007, elle a dit que : « les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la Loi du 21 décembre 2006, relatives à l'exercice des recours

des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne, s'appliquent aux recours exercés par les Caisses de Sécurité sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement des articles L.454-1, L.455-1 ou L.455-1 du Code de la Sécurité sociale ».

Cette solution a été consacrée par la Chambre criminelle dans plusieurs arrêts : 5 février 2008, n° 07-83.327, Bull. n° 31 et 15 avril 2008, n° 07-84.174. De la même manière, le Conseil d'Etat a jugé que la réforme du 21 décembre 2006 s'appliquait aux accidents du travail : CE 5 mars 2008, n° 272447 (CPAM de Seine-Saint-denis). Dans un arrêt récent (2° civ. 23 octobre 2008, n° 07-18.819), la deuxième Chambre civile a également admis que les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la loi du 21 décembre 2006, s'appliquent aux recours exercés par les Caisses de Sécurité sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement des articles L.454-1, L.455-1 ou L.455-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dans l'affirmative, la rente versée par la Caisse de Sécurité sociale à la victime d'un accident du travail, sur le fondement des articles L.434-1 et L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, tend-elle pour partie, à indemniser les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime, de sorte qu'elle constitue une prestation indemnisant de façon incontestable un poste de préjudice personnel, au sens de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 modifié par la Loi du 21 décembre 2006 ?

En l'absence de ventilation par le tiers payeur entre la part économique et la part personnelle du préjudice réparé par la rente servie à la victime d'un accident du travail, selon quelles modalités le recours du tiers subrogatoire doit-il s'exercer ?

La Cour de Cassation a répondu à ces questions dans ses avis n°0070015 P et 0070017P du 29 octobre 2007 :

« La rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle ;

Si la Caisse de Sécurité sociale estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel. »

La Cour de Cassation a énoncé que la rente s'impute sur les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité, mais que le tiers payeur peut renverser la présomption selon laquelle cette prestation n'indemnise pas un préjudice personnel. Elle a ainsi admis la possibilité que la rente indemnise pour partie un préjudice personnel constitué par les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime.

Mais la Cour de cassation, conformément au texte de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 III de la Loi du 21 décembre 2006, a rappelé que la charge de cette preuve de ce qu'un préjudice personnel a été indemnisé, préalablement de manière incontestable, pèse sur la Caisse de Sécurité sociale qui souhaite exercer son recours sur un tel poste. Il en résulte nécessairement qu'en cas d'absence de ventilation, prouvée, par le tiers payeurs, entre la part économique et la part personnelle du préjudice réparé par la rente, celle-ci ne peut s'imputer sur le poste de préjudice personnel que constituent les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime.

Dans un arrêt récent (2° civ., 23 octobre 2008, n° 0718819) la deuxième Chambre civile a repris cette solution en énonçant que la « rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail, indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; que la présomption selon laquelle cette rente ne répare pas un préjudice personnel peut être renversée en établissant que tout ou partie de cette prestation indemnise la victime pour le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent. »

Avis n° 0070016P du 29 octobre 2007 : Recours exercés par l'Etat – imputation de la rente viagère d'invalidité.

2. Les dispositions de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la Loi du 21 décembre 2006, relatives à l'exercice des recours des tiers payeurs contre les personnes

tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne, s'appliquent aux recours exercés par l'Etat et certaines autres personnes publiques en remboursement des prestations versées en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959.

3. La rente viagère d'invalidité prévue par les articles L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite indemnise, notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle.

Si l'Etat ou la personne publique estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel.

L'allocation d'éducation spécialisée servie par les Caisses d'allocations familiales pour une durée limitée dans l'intérêt d'un enfant atteint d'une incapacité permanente est dépourvue de caractère indemnitaire et n'ouvre pas droit à recours subrogatoire.

Il en est de même pour l'allocation aux adultes handicapés, prestation d'assistance servie en exécution d'une obligation nationale destinée à garantir un minimum de revenu. (C.A. Nîmes ; Chb. Corr., 22 juin 2006, 06-0674 ; Dalloz 2007, 1854, note, Y. Dagonne-Labbe « le caractère non indemnitaire des prestations d'aide sociale »).

Les praticiens ne devraient pas rencontrer de difficulté tant la concordance des prestations et des chefs de dommage apparaît évidente à première vue dans la nomenclature Dintilhac :

- ✓ Majoration tierce personne = coût auxiliaire de vie (poste « ATP »).
- ✓ Frais de reclassement et formation = incidence professionnelle (poste « IP »).
- ✓ Indemnités journalières = perte de gains professionnels actuels (poste « PGPA »).

Certaines prestations ont par essence une nature hybride, en ce qu'elles s'inspirent de critères socio-économiques et physiologiques.

Tel est le cas de la rente AT ou de la pension d'invalidité.

Pour ces dernières, il appartiendra donc à la Caisse d'éclairer les parties sur la part de dimension patrimoniale et extra patrimoniale qui compose la prestation concernée.

En pratique, cela imposera à la Caisse de détailler sa réclamation et de l'affecter à la rubrique de préjudice idoine.

Faute de disposer de cette ventilation, on peut penser que les tribunaux seront tentés de suivre le rapport Dintilhac...

« si le tiers payeurs n'effectue aucune diligence pour procéder à cette clef de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniales et extra patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente. »

Ceci dit, la fraction patrimoniale de la rente sera distribuée sur le poste de préjudice patrimonial correspondant, et déduite sans recourir à l'exigence d'autres critères.

bb. Exemples chiffrés du calcul de la subrogation des prestations de Sécurité Sociale

α. Exemples chiffrés de l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

α1. Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en maladie

Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en maladie et qui percevait un salaire de 8 000 €.

– La Caisse lui a réglé

| | |
|--|----------|
| • Prestations en nature | 25 000 € |
| • Indemnités journalières 60 jours à 133,33 € | 8 000 € |
| <hr/> | |
| (8 000 € / 30 / 2 = 133,33 €) | |

Créance de la Caisse de sécurité sociale : 33 000 €

✓ Evaluation de son préjudice selon les règles du droit commun.

• Préjudice corporel

| | |
|----------------------------------|----------------|
| – Prestations en nature | 25 000 € |
| – Ticket modérateur | 2 000 € |
| – I.T.T. de 2 mois = 8 000 € X 2 | 16 000 € |
| I.P.P 2 % | 4 000 € |
| | <hr/> 47 000 € |

• Préjudice personnel

| | |
|-----------------|---------|
| Pretium doloris | 6 000 € |
|-----------------|---------|

✓ Cas où le tiers est entièrement responsable

• la Caisse obtient 33 000 €

• la victime obtient

Préjudice corporel

(47 000 € – 33 000 €) 14 000 €

Préjudice personnel 6 000 €

Total pour les préjudices 20 000 €

✓ Cas où le tiers n'est responsable que pour moitié

L'indemnité mise à la charge du tiers s'élève à :

Préjudice corporel 47 000 : 2 23 500 €

Préjudice personnel 6 000 : 2 3 000 €

• La Caisse obtient 23 500 €

• La victime obtient 3 000 €

(Il ne subsiste aucun solde sur le préjudice corporel pour la victime)

α2. Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en accident du travail

α2.1. Premier exemple

Cas d'une victime indemnisée en accident du travail pour laquelle la Caisse a liquidé une rente pour un taux d'IPP inférieur à 10 % et a en conséquence réglé le capital.

Salaire mensuel de la victime : 8 000 €

Age de la victime : 40 ans.

✓ La Caisse lui a réglé

• prestations en nature 30 000,00 €

• indemnités journalières (60 jours)
(28 jours X 160 = 4.480) plus
(32 jours X 213,33 = 6826.56 € 11 306,56 €

• IPP : 9 % 20 001,00 €

Créance de la Caisse
de sécurité sociale 61 307,56 €

✓ Evaluation du préjudice selon les règles du droit commun

• préjudice corporel

– prestation en nature 30 000,00 €

– ITT 2 mois (conclusions de l'expert) 16 000,00 €

– IPP 6 % (conclusions de l'expert)

6% X 3 800 22 800,00 €

68 800,00 €

• préjudice personnel

pretium doloris 10 000,00 €

✓ Cas où le tiers est entièrement responsable

• La Caisse obtient 61 307,56 €

• La victime obtient

Préjudice corporel

(68 800 – 61 307,56) = 7 492,44

17 492,44 €

Préjudice personne 10 000 €

✓ Cas où le tiers n'est responsable que pour moitié

L'indemnité mise à la charge du tiers s'élève à :

Préjudice corporel 68 800 : 2 34 400,00 €

Préjudice personnel 10 000 : 2 5 000,00 €

• La Caisse obtient 34 400,00 €

• La victime obtient 5 000,00 €

(Il ne subsiste aucun solde sur le préjudice corporel pour la victime)

α2.2. Deuxième exemple

Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 (les chiffres sont donnés à titre purement indicatif) : accident de la circulation considéré en droit social comme un accident de travail de trajet.

Le salarié perçoit un salaire net mensuel de 8 000 €.

Il reste en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pendant 6 mois : somme totale encaissée : 36 000 €.

A la consolidation, il n'y a pas d'attribution de rente d'accident du travail. L'organisme de Sécurité sociale a déboursé 7 000 € de soins médicaux sur une somme globale présentée à remboursement de 9 000 € (la victime a donc avancé et payé 2 000 € de soins non pris en charge au titre AT, bien qu'imputables à l'accident ; par exemple : dépassements d'honoraires, fournitures non remboursables).

Il est examiné dans le cadre du droit commun par le médecin de la compagnie d'assurance qui retient :

- ✓ une ITT de 15 jours, soit 4 000 €
- ✓ une IPP de 2 %, soit 8 000 €.

Tableau de l'exemple chiffré

| | Assiette du recours retenue après accord des parties | Créance Sécurité sociale |
|-------|--|--------------------------|
| Soins | 9 000 € | 7 000 € |
| ITT | 4 000 € | 36 000 € |
| IPP | 8 000 € | 0 € |
| Total | 21 000 € | 43 000 € |

ITT : interruption temporaire du travail ;
IPP : incapacité permanente partielle.

La victime aura déjà encaissé les prestations de Sécurité sociale qui lui resteront acquises.

L'organisme de Sécurité sociale recevra 21 000 € de la part de la compagnie d'assurance privée.

La victime n'encaissera rien de la part de la compagnie d'assurance privée (hormis le préjudice extra-patrimonial).

β. Exemples chiffrés de comparaison entre l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 et le nouveau régime appliquant la loi ci-dessus

β.1. Exemples sans accident du travail

β.1.1. Premier exemple

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25.

Dans l'exemple précité, on s'aperçoit :

- ✓ Dans le régime ancien, il ne revient rien à la victime, compte-tenu du montant de la rente qui « absorbe » en totalité la part de préjudice soumise à recours.
- ✓ Dans le régime nouveau inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, la créance de la Caisse s'imputant poste par poste, et compte-tenu du caractère prioritaire de la créance de la victime, il revient à cette dernière un solde de 7.000 €, correspondant à ses frais médicaux et à ses pertes de salaires non couverts par l'organisme social.

| | Montant global | Créance CPAM | Ancien régime revenant à la victime | Ancien régime recours caisse | Nouveau régime Priorité victime | Nouveau régime recours caisse |
|----------------|----------------|--------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Frais médicaux | 6.000 | 5.000 | - | - | 1.000 | 5.000 |
| I.T.T | 14.000 | 8.000 | - | - | 6.000 | 8.000 |
| I.P.P | 30.000 | 50.000 | - | - | 0.00 | 30.000 |
| Total | 50.000 | 63.000 | 0.00 | 50.000 | 7.000 | 43.000 |

β.1.2. Deuxième exemple

L'application concrète est la suivante : supposons une victime dont les frais médicaux se sont élevés à 1.000 €, les pertes de revenus à 1.500 € et l'IPP (nous continuerons à utiliser ce terme, le mot « déficit fonctionnel permanent » proposé par la nomenclature « Dintilhac » n'étant pas encore généralisé » à 2.000 €. La Sécurité sociale a remboursé 800 € au titre des frais médicaux et 850 € au titre des indemnités journalières. Le droit à réparation de la victime est réduit de moitié. Jusqu'à présent, la dette du responsable était calculée de la façon suivante :

| Postes de préjudice | Evaluation | Sécurité Sociale |
|---------------------|------------|------------------|
| Frais médicaux | 1.000 € | 800 € |
| Perte de revenus | 1.500 € | 850 € |
| IPP | 2.000 € | |
| TOTAL | 4.500 € | 1.650 € |
| Dont moitié | 2.250 € | |

Ces 2 250 € étaient répartis en 1 650 € pour la Sécurité sociale et 550 € pour la victime.

On constate que la Sécurité sociale disposait d'un recours sur un poste de préjudice (l'IPP) pour lequel elle n'avait versé aucune prestation.

Le souhait du législateur inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 est de limiter le droit de subrogation aux seuls postes de préjudice au regard desquels les organismes sociaux ont versé des prestations.

Le calcul, de vertical, devient horizontal et s'effectue ainsi (Tableau A) :

On constate donc que, au lieu de percevoir 600 €, la victime va obtenir 1.850 €... au détriment de la Sécurité sociale qui ne perçoit que 400 €.

β.1.3. Troisième exemple

Un exemple simplifié d'imputation de recours des tiers payeurs en application des nouvelles règles issues de la loi du 21 décembre 2006 permettra de mieux comprendre son fonctionnement.

1) Imputation des recours sans partage de responsabilité (Tableau B)

| Postes de préjudice | Evaluation | Sécurité sociale | Dont moitié | Priorité victime | Solde Sécurité sociale |
|---------------------|------------|------------------|-------------|---------------------|------------------------|
| Frais médicaux | 1.000 | 800 | 500 | $1.000 - 800 = 200$ | $500 - 200 = 300$ |
| Perte de revenus | 1.500 | 850 | 750 | $1.500 - 850 = 650$ | $750 - 650 = 100$ |
| IPP | 2.000 | | 1.000 | 1.000 | |
| TOTAL | 4.500 | 1.650 | 2.250 | 1.850 | 400 |

Tableau A

| Postes de préjudices | Evaluation | Créance des tiers payeurs | Sommes récupérées par les tiers payeurs | Solde revenant à la victime |
|---------------------------------------|------------|---------------------------|---|-----------------------------|
| Dépenses de santé | 20.000 € | 18.000 € | 18.000 € | 2.000 € |
| Perte de gains professionnels actuels | 19.000 € | 10.000 € | 10.000 € | 9.000 € |
| Assistance tierce personne | 130.000 € | 0 € | 0 € | 130.000 € |
| Perte de gains professionnels futurs | 600.000 € | 700.000 € | 600.000 € | 0 € |
| Déficit fonctionnel permanent | 100.000 € | 0 € | 0 € | 100.000 € |
| Total | 869.000 € | 728.000 € | 628.000 € | 241.000 € |

Tableau B

Avant la loi, les tiers payeurs pouvaient imputer l'intégralité de leurs créances (728.000 euros) sur les préjudices indemnisés, dans lesquels était inclus le déficit fonctionnel. La victime ne touchait donc qu'un solde de 141.000 € = (total des préjudices : 869.000€) – créances des tiers payeurs (728.000).

Aujourd'hui la victime touche un solde de 241.000€. Les tiers payeurs ne peuvent recouvrir que 628.000€.

2) Imputation des recours avec partage de responsabilité (Tableau C)

Reprenons notre hypothèse, avec cette fois-ci un partage par moitié.

Imputation des recours avec partage de responsabilité par moitié

Avant la loi du 21 décembre 2006, les tiers payeurs étaient autorisés à recourir pour l'intégralité de leurs créances, soit 628.000 €, ils ne récupéraient effectivement que 434.500 € (assiette de leur recours), mais la

victime n'avait droit à rien (total du préjudice (869.000 / 2) – 628.000 = 434.500 – 628.000 soit 0 €.

Dans le cadre de la loi, la victime récupère, du fait de sa priorité, 126.000 €. Les tiers payeurs ne peuvent recourir que pour 308.500 €.

β.1.4. Quatrième exemple

Exemple avec partage de responsabilité par moitié (Tableau D).

Ce calcul horizontal doit être effectué pour chaque poste de préjudice.

β.1.5. Cinguième exemple

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime : en voici deux illustrations avec la nomenclature préconisée par le rapport du groupe de travail dirigé par M. J.-P. DINTILHAC.

| Postes de préjudices | Evaluation | Dont moitié | Créances des tiers payeurs | Priorité victime | Sommes récupérées par les tiers payeurs |
|---------------------------------------|------------|-------------|----------------------------|------------------|---|
| Dépenses de santé | 20.000 € | 10.000 € | 18.000 € | 2.000 € | 8.000 € |
| Perte de gains professionnels actuels | 19.000 € | 9.500 € | 10.000 € | 9.000 € | 500 € |
| Assistance tierce personne | 130.000 € | 65.000 € | 0 € | 65.000 € | 0 € |
| Perte de gains professionnels futurs | 600.000 € | 300.000 € | 600.000 € | 0 € | 300.000 € |
| Déficit fonctionnel permanent | 100.000 € | 50.000 € | 0 € | 50.000 € | 0 € |
| Total | 869.000 € | 434.500 € | 628.000 € | 126.000 € | 308.500 € |

Tableau C

| Poste de préjudice | Evaluation totale du poste de préjudice | Prestation de la Sécurité sociale versée à la victime pour ce poste de préjudice | Dettes du responsable (moitié du préjudice) | Préférence de la victime (préjudice subi moins prestation reçue) | Solde de recours tiers payeur, c'est-à-dire de la Sécurité sociale |
|--------------------|---|--|---|--|--|
| X | 1.000 € | 800 € | 500 € | 1000 € – 800 € = 200 € | 500 € – 200 € = 300 € |

Tableau D

| Postes | Préjudice | Créance sociale (CPAM...) | Somme versée à la victime | Somme récupérée par la Caisse |
|--|-----------|---|---------------------------|-------------------------------|
| Dépenses de santé (ex. frais médicaux) | 21 000 € | 20 000 € | 1 000 € | 20 000 € |
| Pertes de gains professionnels avant consolidation (ex. perte de revenus en ITT) | 15 000 € | 10 000 € (indemnités journalières) | 5 000 € | 10 000 € |
| Déficit fonctionnel temporaire (par exemple, gêne dans les actes de la vie courante) | 10 000 € | 0 € | 10 000 € | 0 € |
| Déficit fonctionnel permanent (remplace et élargit l'ancienne IPP) | 100 000 € | 0 € | 100 000 € | 0 € |
| Pertes de gains professionnels futurs et incidences professionnelle | 400 000 € | 500 000 € (montant capitalisé de la pension d'invalidité) | 0 € | 400 000 € |
| Assistance par tierce personne | 100 000 € | 0 € | 100 000 € | 0 € |
| Total | 646 000 € | 530 000 € | 216 000 € | 430 000 € |

1) Sans partage de responsabilité

- a) Avant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

On procédait de manière globale en soustrayant au total des postes soumis à recours la créance de la Caisse. Il revenait alors à la victime :

$646\,000\text{ €} - 530\,000\text{ €} = 116\,000\text{ €}$, tandis que la Caisse recouvrait 530 000 €.

- b) Aujourd'hui en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

On ne fait plus une déduction globale ; on procède poste par poste (ou encore ligne par ligne). L'organisme social ne peut imputer sa créance que sur les seuls postes de préjudice pour lesquels il a effectivement versé des prestations.

Ainsi, il revient à la victime :

- Dépenses de santé : $21\,000\text{ € (Préjudice)} - 20\,000\text{ € (Créance)} = 1\,000\text{ €}$
- Pertes de gains professionnels avant consolidation : $15\,000 - 10\,000\text{ €} = 5\,000\text{ €}$
- Déficit fonctionnel temporaire : $10\,000 - 0\text{ €} = 10\,000\text{ €}$
- Déficit fonctionnel permanent : $100\,000 - 0\text{ €} = 100\,000\text{ €}$

– Pertes de gains professionnels futurs : ici est la nouveauté. Ce poste est évalué à 400 000 € tandis que la créance de la Caisse se monte à 500 000 €. Désormais, la Caisse absorbe la totalité de ce poste, tout en étant seulement indemnisée à hauteur de 400 000 €. Il ne revient rien à la victime sur cette ligne, les 500 000 € ne s'imputant pas sur les autres postes.

– Assistance par tierce personne : $100\,000 - 0\text{ €} = 100\,000\text{ €}$

Total : $0 + 1\,000 + 5\,000 + 10\,000 + 100\,000 + 0 + 100\,000\text{ €} = 216\,000\text{ €}$.

Le recours poste par poste permet à la victime de percevoir 216 000 € d'indemnisation au lieu de 116 000 €.

La Caisse ne perçoit plus que 430 000 € au lieu de 530 000 €. Avant la Loi, elle récupérait 100 000 € supplémentaires au titre de la rente d'invalidité qui s'imputait sur les postes tels que l'assistance par tierce personne ou le déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire sur des postes soit de nature économique qu'elle n'avait pas pris en charge (tierce personne), soit de nature non économique (déficit fonctionnel permanent) qui ne sont pas de son ressort.

2) Avec partage de responsabilité

Reprenons notre hypothèse, avec cette fois-ci un partage par moitié.

| Postes | Préjudice | Après partage (50%) | Créance sociale (CPAM...) | Somme versée à la victime | Somme récupérée par la Caisse |
|--|-----------|---------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Dépenses de santé | 21 000 € | 10 500 € | 20 000 € | 1 000 € | 9 500 € |
| Pertes de gains professionnels avant consolidation | 15 000 € | 7 500 € | 10 000 € | 5 000 € | 2 500 € |
| Déficit fonctionnel temporaire | 10 000 € | 5 000 € | 0 € | 5 000 € | 0 € |
| Déficit fonctionnel permanent | 100 000 € | 50 000 € | 0 € | 50 000 € | 0 € |
| Pertes de gains professionnels futurs et incidence professionnelle | 400 000 € | 200 000 € | 500 000 € | 0 € | 200 000 € |
| Assistance par tierce personne | 100 000 € | 50 000 € | 0 € | 50 000 € | 0 € |
| Total | 646 000 € | 323 000 € | 530 000 € | 111 000 € | 212 000 € |

- 1) Avant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

En appliquant la réduction de manière globale, il revenait à la victime : $646\,000 / 2 = 323\,000 - 530\,000 = 0\,€$. La créance de la Caisse absorbait toutes les sommes allouées au titre des postes de préjudice soumis à recours.

- 2) Aujourd'hui, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

Il faut tenir compte du recours poste par poste et du droit préférentiel de la victime selon la méthode suivante :

- 1) on soustrait, au poste considéré, la créance de la Caisse correspondante ;
- 2) le solde, lorsqu'il est positif, revient à la victime, mais pas forcément en intégralité. Elle ne peut percevoir, au maximum, que la somme lui revenant en application du partage qui lui est opposé. Il y a un plafond d'indemnisation.
- 3) la somme revenant à la Caisse est obtenue en déduisant de la somme accordée à chaque poste en application du partage, la somme effectivement allouée à la victime.

Dans notre cas, cela donne :

Dépenses de santé : $21\,000$ (Préjudice) – $20\,000$ (Créance) = $1\,000$. Créance déduite, la victime perçoit $1\,000$ €. Au maximum, en tenant compte du partage, elle aurait eu droit à $21\,000 / 2 = 10\,500$ €. Elle est donc en droit de percevoir les $1\,000$ €. Quant à la Caisse, elle perçoit : $10\,500$ (Montant après partage) – $1\,000$ (somme allouée à la victime) = $9\,500$ €.

Pertes de gains professionnels avant consolidation : $15\,000 - 10\,000 = 5\,000$. Créance déduite, il reste $5\,000$ €. En tenant compte du partage, la victime ne peut prétendre qu'à $15\,000 / 2 = 7\,500$ €. Elle est donc fondée à percevoir $5\,000$ €. Quant à la Caisse, elle obtient : $7\,500 - 5\,000\,€ = 2\,500$ €.

Déficit fonctionnel temporaire : $10\,000 - 0\,€ = 10\,000$ €. Il reste $10\,000$ €. Mais au maximum, avec le partage à 50 %, il reviendrait à la victime : $10\,000 / 2\,€ = 5\,000$ €. Elle perçoit donc, au titre de ce poste de préjudice, non pas $10\,000$ € mais $5\,000$ €. En l'absence de prestations effectivement versées, la Caisse n'a ici droit à rien.

Déficit fonctionnel permanent : $100\,000 - 0 = 100\,000$ €. Là encore, en raison du partage, il revient uniquement à la victime $50\,000$ €, somme maximum qu'elle peut percevoir à cause du partage et non $100\,000$ €. La Caisse, qui n'a versé aucune prestation, ne perçoit rien ici aussi.

Pertes de gains professionnels futurs : $400\,000 - 500\,000 = -100\,000$ €. Ici, pareillement à ce que nous

avons observé en l'absence de partage, rien n'est perçu par la victime. La Caisse perçoit : $200\,000 - 0 = 200\,000\text{ €}$.

Assistance par tierce personne : $100\,000 - 0 = 100\,000\text{ €}$. La victime ne perçoit pas cette somme mais le maximum auquel elle a droit au regard du partage qui lui est opposé soit : $100\,000 / 2 = 50\,000\text{ €}$. La Caisse, de son côté, ne touche rien.

Au final, il revient à la victime : $1\,000 + 5\,000 + 5\,000 + 50\,000 + 0 + 50\,000 = 111\,000\text{ €}$, là où auparavant il ne lui revenait rien du tout. Quant à la Caisse, elle perçoit $212\,000\text{ €}$ au lieu de $430\,000\text{ €}$.

β.1.6. Sixième exemple avec partage de responsabilité

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime :

– Avant la réforme

| | Préjudice | Partage | Créance sécurité sociale | Victime |
|--|-----------|---------|--------------------------|---------|
| Frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers | 21 000 | 10 500 | 20 000 | |
| Pertes de gains | 15 000 | 7 500 | 10 000 | |
| Préjudice professionnel financier | 600 000 | 200 000 | 400 000 | |
| Tierce personne | 100 000 | 50 000 | | |
| Total | | 268 000 | 430 000 | |
| Répartition | | 268 000 | 430 000 | 0 |

– Après la réforme

| | Préjudice | Partage | Créance sécurité sociale | Préférence victime |
|--|-----------|---------|--------------------------|--------------------|
| Frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers | 21 000 | 10 500 | 9 500 | 1 000 |
| Pertes de gains | 15 000 | 7 500 | 2 500 | 5 000 |
| Préjudice professionnel financier | 600 000 | 300 000 | 100 000 | 200 000 |
| Tierce personne | 100 000 | 50 000 | 0 | 100 000 |
| Total Répartition | | 268 000 | 112 000 | 256 000 |

β.2. Exemples avec accident du travail

Exemple d'un homme de 42 ans atteint de 85% d'IPP avec partage de responsabilité de moitié :

Cas du régime antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 avec nécessité de recours à la capitalisation.

Par conséquent, la moitié du préjudice de droit commun capitalisé, soit un montant de $1\,526\,770\text{ €}$, était réparti en $491\,920\text{ €}$ pour la Sécurité sociale et $1\,034\,850\text{ €}$ pour la victime.

Cas du nouveau régime du recours poste par poste, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

| Postes de préjudice | Préjudice de droit commun annuel | Préjudice de droit commun capitalisé (1) | Prestations sécurité sociale annuelles | Prestations de sécurité sociale capitalisées (2) |
|---------------------------------|---|--|--|--|
| Frais médicaux futurs | 10 000 € | 221 000 € | 8 000 € | 114 000 € |
| Incidence professionnelle | 150 000 € | 331 500 € | 14 400 € | 205 920 € |
| Tierce personne | $12\text{ €} \times 8\text{ h} \times 400 + 10\text{ €} \times 16\text{ h} \times 400 = 102.400\text{ €}$ | 2 263 040 € | 12 000 € | 171 600 € |
| Incapacité permanente partielle | – | 238 000 € | – | – |
| Total | – | 3 053 540 € | – | 491 920 € |
| Dont moitié | – | 1 526 770 € | – | – |

(1) valeur de l'euro de rente table TD 88/90 avec un taux à 3.92%.

(2) valeur selon l'arrêté de 1954.

| Postes de préjudice | Préjudice de droit commun annuel | Prestations sécurité sociale annuelles | Dont moitié | Priorité victime | Solde sécurité sociale |
|--------------------------------|----------------------------------|--|-------------|------------------|------------------------|
| Dépenses de santé futures | 10 000 € | 8 000 € | 5 000 € | 2 000 € | 3 000 € |
| Incidence professionnelle | 15 000 € | $1\,200 \times 12 = 14\,400$ € | 7 500 € | 600 € | 6 900 € |
| Assistance par tierce personne | 102 400 € | 12 000 € | 51 200 € | 51 200 € | – |

Par rapport au recours à la capitalisation sous le régime antérieur (voir tableau précédent), on remarque dans le nouveau régime du recours poste par poste qu'il n'est plus utile de recourir à la moindre notion de capitalisation des prestations futures pour déterminer le solde revenant à la victime. Son préjudice « annuel » est défini.

γ. Exemples chiffrés du nouveau régime appliquant la loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

γ.1. Premier exemple

Très concrètement,

- ✓ Si à la suite d'un accident, la victime perd 5.000 € de salaires, compensés par les IJ à hauteur de 1.500 €, on conviendra que sa perte réelle est de 3.500 €.
- ✓ Si un partage de responsabilité à 50% lui est imposé, on conviendra que l'assureur du tiers responsable ne doit sur ce poste que $(5.000 / 2)$ € = 2.500 €.
- ✓ Le principe de préférence permettra à la victime de recouvrer prioritairement sa créance dans cette limite, soit 2.500 €, alors que la Caisse sera privée d'indemnité.

γ.2. Deuxième exemple

L'exemple suivant souligne les conséquences du droit préférentiel de la victime, assurée sociale, qui doit primer celui de la Sécurité sociale – tiers payeurs, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre

2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

- ✓ soit un préjudice de 1.000 €,
- ✓ des prestations de la Sécurité sociale de 800 €,
- ✓ un partage de responsabilité de moitié : la dette du tiers est de 500 €.

Le droit préférentiel de la victime, assurée sociale, doit lui permettre de recourir contre le tiers responsable pour $1000 \text{ €} - 800 \text{ €} = 200 \text{ €}$ et le recours de la Caisse est limité à $500 \text{ €} - 200 \text{ €} = 300 \text{ €}$.

γ.3. Troisième exemple

Appliquons un cas de figure un peu plus complexe (les chiffres sont purement symboliques) en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, soit :

- ✓ une victime conserve à sa charge des frais médicaux à hauteur de 1.000 €, la Caisse règle de son côté 20.000 €
- ✓ la victime subit des pertes de gains à hauteur de 15.000 € compensées partiellement par des indemnités journalières à hauteur de 10.000 €
- ✓ la victime bénéficie d'une IPP à hauteur de 100.000 €, de l'aide d'une tierce personne à hauteur de 100.000 € et subit un préjudice professionnel de 600.000 € compensé partiellement par une pension d'invalidité de 400.000 € (soit une perte de 200.000 €)
- ✓ dans le cadre d'un partage de responsabilité à 50%, nous arrivons au tableau suivant avec un recours poste par poste :

| Postes | Evaluation totale du poste de préjudice | Prestation de la Sécurité sociale versée à la victime pour ce poste de préjudice | Après partage | Préférence priorité à la victime | Créances de la Sécurité sociale |
|-------------------------|---|--|---------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Frais médicaux | 21 000 € | 20 000 € | 10 500 € | 1 000 € | 9 500 € |
| ITT perte de gains | 15 000 € | 10 000 € | 7 500 € | 5 000 € | 2 500 € |
| IPP | 100 000 € | | 50 000 € | 50 000 € | 0 € |
| Tierce personne TP | 100 000 € | | 50 000 € | 50 000 € | 0 € |
| Préjudice professionnel | 600 000 € | 400 000 € | 300 000 € | 200 000 € | 100 000 € |
| Total | 836 000 € | | 418 000 € | 306 000 € | 112 000 € |

On observe immédiatement que la dette globale du responsable reste cantonnée à son exacte part de responsabilité.

c. Les autres tiers payeurs pouvant se retourner contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne

aa. Les employeurs

✓ Les administrations publiques

Les actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques sont régies par l'ordonnance N°59-76 du 7 janvier 1959 modifiée par la loi N°68-2 du 2 janvier 1968 dont les dispositions sont applicables en vertu de son article 7 aux recours exercés par :

- Les collectivités locales.
- Les établissements publics à caractère administratif.
- La Caisse des dépôts et consignations.

Cette ordonnance prévoit que lorsque le décès, l'infirmité ou la maladie d'un agent de l'Etat ou de certaines autres personnes publiques est imputable à un tiers, l'Etat ou ces personnes publiques disposent de plein droit contre ce tiers, par subrogation aux droits de la victime ou de ses ayant droits, d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime ou à ses ayant droits à la suite du décès, de l'infirmité ou de la maladie.

Cette action concerne notamment :

- Le traitement ou le solde des indemnités accessoires pendant la période d'interruption du service.
- Les frais médicaux et pharmaceutiques.
- Le capital décès.
- Les arrérages des pensions et rentes viagères d'invalidité.
- Les arrérages des pensions de retraite et de reversion.
- Les arrérages des pensions d'orphelin.

✓ Les entreprises privées

Suivant l'Article 29 de la Loi du 05.07.1985, les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité due à l'accident qui a occasionné le dommage ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Les employeurs peuvent également poursuivre directement le responsable des dommages ou son assureur pour obtenir le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées à la victime pendant la période d'arrêt de travail, suivant l'article 32 de la Loi du 05.07.1985.

Si l'on veut une issue cohérente, on est conduit à considérer que l'employeur est également visé par les dispositions de la loi. La référence à l'article 31 le permet. En effet, le principe du droit de recours de l'employeur est fixé à l'article 29, alinéa 4, de la loi de 1985 et il n'existe aucun autre texte spécifique que l'article 31 pour en déterminer les conditions d'application.

Pour notre part, nous resterons sur un plan pratique en supposant qu'un employeur ait complété les indemnités journalières et examinerons deux situations.

Le compte s'établirait ainsi :

| Postes de Préjudice | Evaluation | Sécurité sociale | Employeur | Dont moitié | Priorité victime | Solde Sécurité sociale | Employeur |
|---------------------|------------|------------------|-----------|-------------|------------------|------------------------|-----------|
| Frais médicaux | 1 000 | 800 | | 500 | 200 | 300 | |
| Pertes de revenus | 1 500 | 850 | 650 | 750 | 0 | 425 | 325 |
| IPP | 2 000 | | | 1 000 | 1 000 | | |
| TOTAL | 4 500 | 1 650 | 650 | 1 200 | 1 200 | 725 | 325 |

La victime percevrait 1 200 euros en sus des prestations sociales.

La réparation au marc l'euro n'aurait lieu entre l'employeur et le Sécurité sociale que sur le poste « pertes de revenus ».

L'employeur percevrait donc $650 \times 750 / 1.500 \text{ €} = 325 \text{ €}$.

La Sécurité sociale recevrait : 300 € au titre des frais médicaux + 425 € au titre des indemnités journalières, soit 725 euros.

Supposons que la victime bénéficie des prestations accidents du travail de la Sécurité sociale et d'un complément de salaire de son employeur.

Le décompte s'établirait comme suit :

bb. Les assureurs

Les assureurs peuvent dans certains cas exercer un recours contre le tiers responsable d'un accident qui les a obligé à verser une indemnité à leur assuré du fait d'un préjudice corporel. La possibilité d'un tel recours varie suivant qu'il s'agisse d'assurance contre les accidents ou d'assurance de personnes.

α. Assurance contre les accidents et assurance de dommages

L'assurance de dommages est une assurance contre les conséquences d'un événement pouvant causer un préjudice au patrimoine de l'assuré.

Elle indemnise l'assuré pour le préjudice patrimonial qu'il subit du fait de la réalisation du risque. Les assurances de dommages se divisent en deux grandes catégories : les assurances de choses et les assurances de responsabilité.

- ✓ L'assurance de choses indemnise l'assuré pour le préjudice qu'il ressent directement de son patrimoine, par exemple destruction d'un immeuble par un incendie, un dégât des eaux, etc.
- ✓ L'assurance de responsabilité indemnise l'assuré afin de couvrir l'éventuelle dette de responsabilité qui pourrait naître dans le patrimoine de l'assuré du fait du préjudice qu'il a pu causé à un tiers et qui engage sa responsabilité : assurance par exemple de responsabilité professionnelle, de responsabilité automobile, etc.

L'article L.121-12 du Code des assurances stipule que l'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé jusqu'à hauteur de cette indemnité contre les tiers qui ont causé le dommage.

| Postes de préjudice | Evaluation | Sécurité sociale | employeur | Dont moitié | Priorité victime | Sécurité sociale | Employeur |
|---------------------|------------|------------------|-----------|-------------|------------------|------------------|-----------|
| Frais médicaux | 1 000 € | 900 | | 500 | 100 | 400 | |
| Perte de revenus | 1 500 € | 1 200 | 300 | 750 | 0 | 600 | 150 |
| IPP | 2 000 € | 3 000 | | 1 000 | 0 | 1 000 | |
| TOTAL | 4 500 € | 5 100 | 300 | 2 250 | 100 | 2 000 | 150 |

β. Assurance de personnes

L'assurance de personnes est une assurance qui a pour objet la personne de l'assuré et qui indemnise les conséquences d'un événement sauf les dommages qui peuvent résulter de la réalisation du risque couvert. Elle se divise c'est-à-dire en deux grandes catégories, les assurances sur la vie et les assurances contre les accidents corporels et contre le risque de maladie.

- ✓ l'assurance sur la vie est une assurance par laquelle l'assureur s'engage à verser au souscripteur ou à un tiers désigné par lui une somme en cas de décès de la personne assurée ou de sa survie à une date déterminée.
- ✓ l'assurance contre les accidents corporels garantit à l'assuré frappé d'une atteinte corporelle soudaine, le remboursement des frais médicaux et d'autre part le versement pour lui même en cas de mort à un bénéficiaire désigné de prestations forfaitaires.
- ✓ L'assurance contre la maladie garantit à l'assuré en cas sa maladie, le remboursement total ou partiel des frais médicaux et le paiement des sommes journalières durant sur l'incapacité de travail.

L'article L.131-2 du Code des assurances par contre stipule que l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé contre des tiers à raison du sinistre.

En effet, les assurances de personnes, et en particulier les assurances contre les accidents corporels, ne présentent pas un caractère indemnitaire. La victime peut donc obtenir de l'auteur du tiers auteur du sinistre, la réparation intégrale du préjudice causé et percevoir en plus, les sommes faisant l'objet d'un contrat d'assurance.

6. Les conséquences de la Loi Badinter

Bien que cela soit prévu par la Loi, moins de 10 % des victimes sont assistées par un Médecin Conseil ce qui fait que, dans les faits, le débat contradictoire n'existe pas. La victime doit se soumettre à l'évaluation de l'Expert d'une Compagnie d'Assurance et accepter une indemnisation souvent faible. Ceci est particulièrement net pour les dommages de petite et de moyenne importances pour lesquels les victimes auraient pu engager des frais de procédure coûteux en appel. L'intervention d'un

médecin de recours et d'un avocat permettent de rééquilibrer le débat contradictoire.

7. Rôles du médecin Traitant, du médecin de Recours et de l'avocat

a. Le Médecin Traitant

Il n'existe pas de véritable définition au sens légal ou jurisprudentiel du médecin traitant. On peut donc définir le médecin traitant comme le médecin qui, généraliste ou spécialiste, suit le malade pour l'affection pour laquelle il est venu le consulter (Joly M., Consultations professionnelles, Existe-t-il une définition légale du médecin traitant ?, Le Concours médical, 1-12-1990, p. 3.498).

Il peut s'agir du médecin généraliste habituel ou du médecin du SAMU qui a fourni les premiers secours sur place, du médecin du service des urgences qui a accueilli initialement le patient, du chirurgien qui a pris en charge en urgence le blessé à l'hôpital.

Le Médecin Traitant établit le certificat médical initial descriptif encore appelé certificat d'origine. Le certificat médical initial descriptif se définit comme un certificat rédigé le jour même de l'accident ou au plus tard dans les quelques jours qui le suivent pour pouvoir dans ce dernier cas y signaler les résultats des examens complémentaires (radiographies, électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, compte rendus opératoires...).

La délivrance de ce certificat médical initial descriptif est obligatoire, même si l'intéressé n'en a pas sollicité. En effet, l'article n° 76 du Code de déontologie médicale paru au Journal officiel du 8-9-1995 édicte que "L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, ...des certificats... dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires" et l'article 59 du décret du 14-1-1974 relatif au fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux stipule que "Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux... nécessaires... à la justification de ses droits".

Les honoraires dus à la rédaction d'un certificat médical ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale puisqu'il ne s'agit pas d'un acte de soins.

Ce certificat citera les nom, qualité, spécialisation éventuelle, adresse du médecin signataire (en général inscrits sur l'en tête du support papier). Il doit être daté et signé de manière manuscrite par le médecin (article

n° 76 du Code de déontologie médicale paru au Journal officiel du 8-9-1995).

Il énumérera les nom, prénom, date de naissance, domicile, profession éventuelle du blessé en précisant que ces données émanent de la victime si on ne la connaît pas précisément.

Il s'y doit de mentionner de façon exhaustive :

- ✓ les déclarations de la victime en les lui attribuant (le médecin n'ayant pas été témoin, ne peut attester la matérialité des faits),
- ✓ les circonstances de l'accident,
- ✓ la façon dont le blessé est sorti de son véhicule (par ses propres moyens, désincarcéré, extrait de son véhicule par les ambulanciers, les pompiers ou par les forces de l'ordre ou par des témoins),
- ✓ la façon dont le blessé a quitté les lieux de l'accident (à pied, dans un véhicule des forces de l'ordre, dans une ambulance),
- ✓ les conditions dans lesquelles le blessé a été examiné par les différents médecins successifs (sur les lieux de l'accident, à son domicile, au cabinet du médecin, dans un établissement hospitalier privé ou public),
- ✓ la date et l'heure de l'examen médical, un éventuel séjour subséquent en milieu hospitalier,
- ✓ tous les symptômes et lésions,
- ✓ la durée probable de l'interruption temporaire totale de travail. Il est d'usage, en dehors de cas où l'interruption temporaire totale de travail sera manifestement de durée très longue, de limiter la première durée de l'interruption temporaire totale de travail à un maximum de trois mois, quitte à la prolonger ultérieurement. Le médecin pourra alors accompagner ses conclusions de réserves d'usage sur la durée totale de cet arrêt de travail.

La description de l'état antérieur mérite une attention particulière de par les conséquences sur une expertise ultérieure (antécédents chirurgicaux, obstétricaux ou médicaux). On décrira ainsi les éventuelles cicatrices ou déformations.

Le médecin consignera en particulier toutes les douleurs ou gênes fonctionnelles alléguées, toutes les lésions traumatiques même minimales (ecchymoses, hématomes, plaies en les localisant par rapport à des repères anatomiques précis...). En effet, certaines

lésions ne peuvent avoir que des conséquences tardives et l'omission de ces lésions peut donc avoir des répercussions fâcheuses. On indiquera en particulier une éventuelle perte de conscience, son intensité (obnubilation, coma véritable...) en s'appuyant sur les témoignages des spectateurs et des soignants.

En effet, si une lésion n'est pas citée dans ce certificat médical initial descriptif, son imputabilité sera presque systématiquement contestée. De ce fait, **le certificat médical initial est l'élément principal, nécessaire, d'une importance capitale**, mais non exclusif de la décision médico-légale. **Il constitue la base du raisonnement d'une expertise médicale ultérieure.** A l'inverse, un certificat médical plus tardif, rédigé tout juste avant une expertise par le médecin généraliste du blessé, tenu au courant que de façon lointaine et indirecte des pérégrinations de son patient, risque d'être mis en cause comme imprécis, inexact et considéré comme simplement reproduisant les doléances du patient.

En effet, les lésions qui paraissent insignifiantes au premier abord et qui ne sont pas citées dans le certificat médical initial si elles s'aggravent se verront beaucoup plus difficiles à prouver qu'elles sont directement liées à l'accident.

Le Médecin Traitant détermine également la durée de l'arrêt de travail, la date de consolidation.

Le Médecin Traitant peut également assister à l'expertise médicale en tant que Médecin de Recours.

La victime doit disposer du maximum de documents pour appuyer ses dires dans le but d'apporter la preuve du dommage subi. En effet, la charge de la preuve appartient à la victime, en vertu de l'article 1.315 du Code civil qui stipule que "Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver".

La victime devra colliger avec soin l'ensemble des documents concernant son accident :

- ✓ Documents médicaux : certificat médical initial descriptif, certificats médicaux de prolongation, de consolidation, certificat médical plus tardif récapitulatif, certificats médicaux d'arrêt de travail, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoires, radiographies et leur compte rendu radiographique, lettres de consultation ambulatoire de médecins spécialistes, dates des consultations ambulatoire de médecins spécialistes en particulier pour les consultations psychiatriques, ordonnances de traitements médi-

camenteux (noms des médicaments, durée des traitements, date des ordonnances).

Il est conseillé à la victime de récupérer auprès de l'hôpital ou du médecin traitant tous les documents médicaux la concernant, y compris son dossier médical auquel elle a légalement accès. En effet, c'est à la victime de prouver l'existence et l'étendue de ses dommages corporels, leur lien de cause à effet direct avec l'accident et les préjudices qui en résultent pour la victime. En effet on peut imaginer que les compagnies d'assurance et les mutuelles étant tour à tour assureurs des responsables et des victimes, elles n'ont pas forcément intérêt à obtenir des indemnités maximales pour les victimes.

- ✓ Documents non médicaux : constats de police, procès – verbaux...

En cas de blessures il importe de faire rédiger par les autorités de police ou de gendarmerie un constat écrit de façon à établir le lien de causalité entre les blessures et l'accident.

b. Le Médecin de Recours

Il est encore appelé Médecin Conseil de victimes.

Il est à noter que les services d'un tel médecin conseil sont parfois fournis gratuitement par une des assurances de la victime à d'autres titres (assurance automobile, assurance habitation, assurance recours, assurance comprise dans les cartes de crédit) au titre d'une garantie défense-recours. Mais il convient de remarquer que le médecin conseil fourni gratuitement agit tantôt pour le compte des assureurs, tantôt pour le compte des assurés.

Il est conseillé de se faire assister par son propre médecin conseil qui pourra évaluer médicalement vos préjudices et vous défendre en toute indépendance.

Avant l'expertise le Médecin de Recours réunira les pièces médicales indispensables à l'expertise, évaluera le dommage. Le médecin de recours en cas de doute sur l'état de santé de la victime avant l'expertise pourra demander des examens complémentaires afin de confirmer une atteinte qui n'était que soupçonnée voire même négligée. On peut citer à ce titre, des clichés radiographiques en cas de suspicion de déplacement de fracture ou d'un électromyogramme en cas de suspicion de paralysie.

Dans le cas des traumatisés crâniens, un bilan neuropsychologique complet, demandé par le médecin de

recours peut asseoir le diagnostic de lésions graves qui sinon ne pouvaient pas être constatées.

Il expliquera le processus d'indemnisation et conseillera éventuellement un avocat. Il jouera un rôle psychologique non négligeable en permettant à la victime de verbaliser une expérience traumatisante et replacera dans la réalité des patients qui pourraient confondre indemnisation et loterie.

Au cours de l'expertise le Médecin de Recours sera présent pour rassurer le blessé, l'aider à exprimer ses doléances, veiller au bon examen clinique et discuter de l'évaluation des séquelles.

Après l'expertise il commentera les conclusions, discutera les points litigieux et conseillera ou pas à la victime de refuser la transaction ou d'entreprendre des démarches judiciaires.

Un sujet de litige fréquent auquel peuvent aider fortement le médecin de recours et l'avocat sont les besoins d'assistance par une tierce personne. En effet, les tribunaux reconnaissent en général un coût horaire de 15€ pour l'aide d'une tierce personne alors que les assureurs ne proposent souvent que 7€ de l'heure. Les assureurs proposent un nombre d'heures de présence nécessaire qui peut être très inférieur à celui que l'on obtient auprès des tribunaux.

Un autre sujet de litiges est l'aide bénévole des proches de la victime pour l'assistance à tierce personne qui fait considérer par l'assurance que les besoins d'assistance rémunérée sont diminués. Or, l'arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation du 21.02.1991 n° 90-81542 stipule bien que le montant de l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce personne ne saurait être réduit en cas d'assistance familiale.

Le barème annexé au décret du 08.08.86 repose sur les données des années 1960 alors que depuis la durée de vie a augmenté, qu'il faut donc une assistance plus prolongée et que les taux d'intérêt ont baissé et que donc le capital donné rapporte moins.

Il est à noter que les dépenses occasionnées pour le paiement des honoraires des médecins de recours constituent une dépense qui fait partie du préjudice indemnisable.

c. Rôle de l'avocat

Certes la procédure amiable est rapide mais certains avocats encouragent leurs clients à se lancer dans

une procédure judiciaire longue mais souvent plus “payante”.

On constate que les sommes obtenues dans le cadre de la transaction amiable après expertise par l’assureur, entre l’assureur et la victime sont souvent inférieures à celles obtenues par une procédure judiciaire auprès des tribunaux.

A titre d’exemple pour un taux d’IPP de 8% l’indemnité est en moyenne de 960€ le point dans le cadre d’une transaction amiable entre l’assureur et la victime contre 1335€ lorsqu’il s’agit d’une procédure judiciaire soit 40% d’écart.

Pour les cas les plus graves ou lorsqu’il est décidé d’entamer une procédure judiciaire il peut être judicieux de s’adresser à un avocat spécialisé. Cet avocat établira une convention sur son mode de rémunération.

Cette dernière comprendra, en général, une partie fixe (de 1.000 à 4.000€) plus des honoraires dits de « résultat », proportionnels aux sommes obtenues. Le pourcentage de ces honoraires de résultat devraient être en général inférieurs à 10% des sommes obtenues sous forme de capital et à 4% de celles fixées en rente, déductions faites des prestations de sécurité sociale et autres organismes sociaux.

Ces frais d’avocat peuvent être pris en charge par l’assurance de protection juridique ou par une garantie défense – recours au moins en partie.

L’expérience montre que les offres amiables d’indemnisation des assureurs peuvent être considérablement augmentées lorsque la victime les conteste, en particulier après intervention de son avocat ou lors d’une procédure judiciaire.

Par contre il est conseillé d’éviter les services des « sociétés de recours ». Celles-ci démarchent souvent

les victimes en particulier dans les hôpitaux, se proposant de se charger du dossier d’indemnisation moyennant une rétribution par exemple sur l’indemnité atteignant quelque fois 12%. Mais ces sociétés de recours ne sont pas habilitées à représenter la victime en justice et se contentent donc de proposer un avocat, non sans demander ce fameux pourcentage sur l’indemnisation finale.

8. L’indemnisation par le Fonds de garantie automobile

Il a pour mission de se substituer à la défaillance de l’auteur de l’accident en cas de responsables non assurés ou en fuite.

a. Les conditions requises

aa. Conditions relatives aux victimes

Les victimes doivent être de nationalité française ou ressortissantes d’un pays de la CEE ou encore d’un pays ayant un accord spécifique avec la C’est-à-dire.

La victime doit avoir subi un dommage indemniable au titre de la responsabilité civile.

Elle doit, en outre, ne bénéficier d’aucune autre possibilité d’indemnisation à titre quelconque. Le FGA ne peut intervenir que si la victime ne peut être indemniée à aucun autre titre.

La victime doit tout d’abord faire jouer toutes les assurances qu’elle a souscrites, par exemple, l’assurance garantie dommages pour les dégâts matériels.

Si la victime est en partie responsable, elle ne recevra qu’une indemnisation partielle.

| Modalités d’intervention du Fonds de Garantie Automobile | | |
|---|--|--|
| | Responsable inconnu | Responsable connu mais non assuré |
| Délais impartis à la victime à compter de la date de l’accident pour saisir le Fonds de Garantie Automobile | 3 ans pour déposer une demande d’indemnisation 5 ans pour conclure une transaction avec le Fonds de Garantie Automobile ou à défaut d’accord pour l’assigner | La victime dispose de 5 ans pour conclure une transaction avec le responsable ou à défaut d’accord pour l’assigner, puis d’1 an à partir de la transaction ou de la décision judiciaire pour déposer une demande d’indemnisation |
| Délais d’indemnisation par le Fonds de Garantie Automobile | le Fonds de Garantie Automobile dispose de 8 mois pour proposer une indemnisation à la victime à partir du moment où c’est-à-dire justifie des conditions requises | |

Les victimes exclues sont :

La victime responsable de son propre dommage est exclue du bénéfice du Fond de garantie. Il s'agit en pratique de 3 circonstances :

- ✓ Le dommage causé au conducteur lui-même lorsque celui-ci est fautif.
- ✓ Les victimes lorsqu'il n'y a pas d'implication de véhicule à moteur.
- ✓ En cas de vol du véhicule impliqué sont exclus le voleur, ses complices et toutes les personnes transportées à condition que le Fond de garantie puisse prouver la connaissance du vol.

bb. Conditions relatives aux responsables

- ✓ le responsable est inconnu c'est la circonstance la plus probable en cas de fuite. La victime doit prouver l'existence d'un responsable et la réalité du dommage corporel.
- ✓ le responsable est connu mais il n'est pas assuré. C'est le cas lorsque le contrat est résilié (contrat résilié par l'assureur par exemple pour un conducteur en état d'ébriété, une infraction pénale entraînant le retrait du permis de conduite ou son annulation...).

Dès lors que la victime fait constater l'absence d'assurance, le Fond de garantie intervient systématiquement.

Les autres circonstances sont beaucoup moins fréquentes (assureur non solvable par exemple).

cc. Conditions relatives à l'accident

- ✓ Lieu de l'accident :

Le véhicule responsable de l'accident doit avoir son stationnement habituel en France.

- ✓ Nature de l'accident :

Le Fond de garantie couvre les accidents impliquant les véhicules à moteur mais aussi tous les accidents qui ont lieu sur le sol dans des lieux ouverts à la circulation publique. Si le dommage corporel lui-même n'a pas été voulu lors d'un accident délibéré et intentionnel (par exemple jeu stupide aux auto-tamponneuses ou essai d'arrêter un voleur) le Fond de garantie est tenu à garantir le préjudice. S'il y a par contre

volonté de causer un dommage corporel, il y a alors exclusion légale de garantie par le Fond de garantie automobile comme pour l'assureur.

Dans le cas par exemple de coups et blessures volontaires, l'indemnisation des victimes ne relève non pas du Fond de garantie automobile mais du Fond de garantie des victimes d'infraction.

dd. Les conditions quant au dommage subi

Le Fond de garantie n'indemnise les dommages matériels que dans certaines conditions (identification du responsable ou existence associée de dommages corporels) dans certaines limites (Article R. 421 – 19 du Code des Assurances).

Les dommages matériels ne sont pris en charge que si la victime a subi des dommages corporels après application d'une franchise et dans la limite d'un maximum par accident.

Le Fond de garantie automobile indemnise par contre, sans limitation de somme, les dommages corporels, même si l'auteur responsable est inconnu.

b. Mise en œuvre

Dans tous les cas, la victime doit adresser au FGA une demande par lettre recommandée avec accusé de réception et joindre un état descriptif de ses dommages (certificat médical...) et un document justifiant que le responsable n'est pas assuré ou que son assureur refuse de prendre en charge le sinistre.

aa. Le responsable de l'accident est inconnu

La victime doit faire la preuve que le dommage résulte de l'action d'un véhicule à moteur qui a pris la fuite.

La saisie du Fond de garantie automobile doit se faire dans les trois ans qui suivent le sinistre. Il convient d'adresser au Fond de garantie une lettre recommandée faisant mention de la nationalité de la victime, de la date et du lieu de l'accident, de l'estimation approximative du dommage ainsi que la preuve de l'absence d'indemnisation complète possible par une autre voie.

Les conditions de l'indemnisation sont pratiquement identiques aux autres cas de la Loi Badinter.

bb. Le responsable est identifié mais non assuré

L'information concernant l'absence d'assurance est délivrée par les autorités (police ou gendarmerie).

La victime notamment doit avoir établi la responsabilité de l'auteur des dommages. A ce titre la victime doit avoir conclu une transaction avec le responsable ou avoir intenté une action en justice contre lui dans un délai de cinq ans à compter de l'accident.

Si le responsable est connu mais non assuré, la victime doit, soit conclure une transaction avec lui, soit engager une action en justice contre lui dans un délai

maximal de 5 ans à compter de l'accident et avertir le FGA de son action devant le tribunal. A compter de la transaction ou de la décision de justice, la victime dispose d'un an pour demander au FGA une indemnisation. Toutefois pour l'indemnisation de ses dégâts matériels la victime doit saisir le FGA dans les six mois à compter du jour où elle a appris l'absence ou l'insuffisance d'assurance et au plus tard 12 mois après l'accident.

Exemple de lettre adressée au FGA de demande d'indemnisation d'un dommage corporel, le responsable de l'accident étant connu mais non assuré.

Encadré 4

Nom

Prénom

Adresse

Fonds de Garantie des Assurances
Obligatoires de dommages
64 rue DeFrance
94682 Vincennes cedex

A.....,

Le

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable,

J'ai été victime d'un accident de la circulation le .../.../... à ...h.... Alors que je traversais la rue en empruntant le passage piéton, une voiture m'a renversé. J'ai présenté une fracture du poignet. Le conducteur, M....., n'était pas assuré (voir le rapport de police ci-joint).

J'ai fait citer M..... devant le tribunal par acte du .../.../.... Je vous en ai adressé copie le .../.../....

Par décision du .../.../... devenue définitive, le tribunal a édicté que M..... était responsable de l'accident et l'a condamné à m'indemniser (voir le jugement ci-joint).

N'ayant pu obtenir le paiement des indemnités détaillées dans le jugement en raison du défaut d'assurance de M....., je vous remercie de bien vouloir les prendre en charge, soit un montant global de€.

Tout en restant à votre disposition,

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signature

cc. Le responsable de l'accident est identifié, assuré mais l'assureur refuse sa garantie

L'assureur qui refuse une garantie est tenu d'en informer le Fond de garantie. Ce dernier a trois mois pour contester cette exclusion de garantie.

c. Bilan du fonctionnement du Fond de garantie automobile

Cette procédure est complexe. On remarque que le Fond de garantie recherche coûte que coûte un véhicule impliqué et un assuré pour ne pas avoir à donner sa garantie lorsqu'il est mis en cause. Le zèle du Fond de garantie à contester les demandes d'indemnisation des victimes a paradoxalement porté ses fruits par l'accumulation de sommes considérables excédentaires qui ont permis d'abaisser de façon importante le taux des contributions qui le financent. Mais la question est de savoir si la finalité d'un Fond de garantie est d'amasser des excédents au prix de tracasseries judiciaires interminables imposées aux victimes ou au contraire de les aider à faire valoir leurs droits.

B. LES AUTRES MODES D'INDEMNISATION

1. Une procédure est en cours

On considère que la plupart des problèmes d'indemnisation de dommages corporels consécutifs à un accident de la circulation se règle à l'amiable et que 10% seulement sont portés en justice.

Une procédure civile ou pénale peut-être entamée à l'initiative de la victime ou du Procureur de la République par exemple en cas d'infraction grave au code de la route. Lorsque la victime choisit d'emblée cette voie c'est que, soit le responsable conteste sa responsabilité, soit qu'il y a un non respect de la Loi Badinter (absence par exemple d'examen médical ou insuffisance de provisions...).

Les délais d'indemnisation dans les procédures judiciaires sont souvent longs durant souvent plus de 30 mois en particulier si l'assureur fait appel mais la victime peut dès le début de la procédure demander les provisions à valoir sur l'indemnité finale.

Les frais d'avocat au titre des articles 700 du Code de procédure civile et l'article 375 du Code de procé-

ture pénale peuvent être mis à la charge de l'assureur adverse par les tribunaux.

Grossièrement on peut estimer que les indemnités accordées par les juridictions administratives (tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'état) sont moindres que celles accordées par les juridictions de l'ordre judiciaire (tribunal de grande instance, Cour d'appel, Cour de cassation).

a. Procédure pénale

Le procès pénal a pour objet la condamnation de l'auteur de l'accident du fait du non respect de la Loi. La victime peut se constituer partie civile. Le juge ordonne une expertise judiciaire pour évaluer les séquelles de l'accident. La constitution de partie civile n'est pas une obligation pour la victime qui peut choisir d'être indemnisée par l'assureur par voie amiable.

b. Procédure civile

aa. Procédure classique

La victime sollicite alors des dommages et intérêts pour le préjudice subi. Le Juge nomme un expert judiciaire qui évaluera les séquelles.

α. Généralités sur l'expertise en droit civil

Au titre de l'article 232 du nouveau Code de Procédure Civile, l'expert est considéré comme un technicien commis par le juge parmi toutes les personnes de son choix pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise.

Le technicien investi de ses pouvoirs par le juge en raison de sa qualification, doit remplir personnellement la mission qui lui est confiée (article 233 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Les techniciens peuvent être récusés pour les mêmes causes que les Juges. La personne qui entend récuser le technicien doit le faire devant le juge qui l'a commis ou devant le juge chargé du contrôle avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation.

Le juge n'est pas lié par les constatations ou les conclusions du technicien (article 246 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Lorsqu'une question purement technique ne requiert pas d'investigation complexe, le juge peut charger la personne qu'il commet de lui fournir une simple consultation (Article 256 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Il n'est désigné qu'une seule personne à titre d'expert à moins que le juge n'estime nécessaire d'en nommer plusieurs. La décision qui ordonne l'expertise énonce les chefs de la mission de l'expert et impartit le délai dans lequel l'expert devra donner son avis.

β. Récusation de l'expert en droit civil

Le principe de base est que l'expert judiciaire doit saisir un dossier en parfait indépendance et impartialité. L'expert désigné par le magistrat peut se récuser, on dit alors qu'il se « déporte » de lui-même ou faire l'objet d'une demande de récusation dans les situations où ses intérêts ou ceux de ses proches sont concernés, risquant d'aboutir à un conflit d'intérêt.

La récusation peut également concerner un problème de compétence.

L'expert doit se déporter de lui-même en cas de surcharge temporaire d'activité gênant le déroulement de l'expertise où si le domaine de l'expertise ne concerne pas sa spécialité ou même si dans le cadre de sa spécialité les questions posées par le juge visent un domaine qu'il ne connaît pas ou peu. Il pourrait alors éventuellement envisager néanmoins d'assurer la mission d'expertise en demandant au juge soit l'autorisation de s'adjoindre un sapiteur soit en demandant la désignation d'un co-expert spécialisé dans le domaine très particulier qui lui est étranger. L'expert se déportera aussi de lui-même ou sera récusé par l'une des parties :

- ✓ En cas d'intérêt de lui-même ou de son conjoint à la contestation.
- ✓ Si lui-même, son conjoint ou ses parents sont alliés d'une des parties jusqu'au 4^e degré.
- ✓ Si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif donataire ou administrateur des biens de l'une des parties.
- ✓ S'il y a lieu un procès entre l'une des parties et lui et son conjoint.
- ✓ S'il a soigné ou conseillé l'une des parties.
- ✓ S'il y a eu ou s'il y a un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties.

- ✓ S'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.
- ✓ S'il est déjà intervenu comme arbitre dans le dossier.

Cette énumération de situation n'est pas exhaustive et c'est en fait toute situation dans laquelle l'impartialité de l'expert peut être mise en doute qui doit amener à ses récusations.

γ. Le principe du contradictoire en droit civil

L'expertise doit respecter la règle du contradictoire. Cette règle du contradictoire signifie que chaque partie doit communiquer aux autres parties ses pièces et ses documents afin que chaque partie sache quels arguments son contradicteur entend faire admettre et que la partie adverse puisse rechercher des éléments permettant de contester ceux de l'adversaire. Ce principe d'équité vise à accorder à chacune des parties opposées, les mêmes chances de convaincre l'expert puis le magistrat.

Dans le respect du contradictoire les convocations sont adressées en recommandé avec avis de réception, ceci prouvant que chaque partie sera informée que les opérations de l'expertise auront lieu à la date fixée à la date proposée par l'expert.

L'expert doit s'assurer que le contradictoire est respecté et que donc chaque partie ait communiqué ses arguments aux autres parties.

Dans le cadre du respect du contradictoire, l'expert ne doit aborder ni laisser aborder le fond du dossier en dehors de la présence d'une des parties. L'expert ne doit pas s'isoler avec l'une des parties prenant part au dossier tant que le rapport n'est pas déposé, ce dépôt le dessaisissant de sa mission et donc de ses obligations en particulier du respect de la règle du contradictoire.

δ. Droit à se faire accompagner d'un médecin lors d'une expertise

L'expertise médicale constitue une mesure d'instruction. Suivant l'article 161 du Nouveau Code de Procédure Civile « Les parties peuvent se faire assister lors de l'exécution d'une mesure d'instruction ». Ceci signifie donc que les parties peuvent se faire assister par le médecin de leur choix pour une quelconque expertise médicale. Le médecin qui accompagne le

patient est alors considéré comme un assistant technique. La victime peut être également accompagnée et représentée par un avocat. L'avocat peut participer à l'ensemble des opérations y compris l'examen et la discussion. Selon les règles déontologiques et éthiques tendant à respecter la pudeur et l'intimité de la victime, il est d'usage que l'avocat n'assiste pas à l'examen clinique proprement dit mais il a cependant le droit d'en connaître tous les commentaires.

Cet article 9 du Code Civil stipule que « chacun a droit au respect de sa vie privée ». Les juges peuvent sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures telle que séquestre, saisie, et autres propres à empêcher ou à faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée.

A noter que l'article 161 du Nouveau Code de Procédure Civile stipule que « les parties peuvent se faire assister lors de l'exécution d'une mesure d'instruction ». De même l'article 162 du Nouveau Code de Procédure Civile stipule que « celui qui représente ou assiste une partie devant la juridiction qui a ordonné la mesure peut en suivre l'exécution quel qu'en soit le lieu, formuler des observations et présenter toutes les demandes relatives à cette exécution même en l'absence de la partie ».

L'examen clinique ne peut normalement se dérouler qu'en la seule présence de l'expert du fait de l'intimité de cet examen.

La première exception survient lorsque la victime demande la présence d'un de ses proches lors de l'examen de l'expert. Elle s'appuie alors sur l'article 9 du Code Civil à propos de la protection de l'intimité de la vie privée.

La deuxième exception survient lorsque la personne à examiner peut demander en matière civile son avocat et son assistant technique ou l'un ou l'autre soit personnellement présent lors de l'examen clinique. L'expert ne peut alors s'y opposer. On peut donc considérer que le droit de la victime d'être accompagnée par un médecin à une expertise est inaliénable.

ε. Prérapport et rapport définitif de l'expert

Après l'expertise, et avant de conclure, l'expert devra s'assurer explicitement que personne « n'a rien à ajouter » pour un respect total de la règle du contradictoire. Un pré-rapport est en général adressé aux parties qui disposent en général d'un mois pour produire leurs commentaires, anciennement les « dires ». L'ex-

pert intégrera au rapport les commentaires des parties mais il doit toujours répondre à ces commentaires.

Le rapport définitif de l'expert sera ensuite adressé au greffe de la juridiction ayant désigné l'expert.

L'expert doit respecter les délais impartis avec copies aux parties et/ou aux avocats sauf s'il demande une prolongation en cas de nécessité.

ζ. Sapiteur et coexpert

L'expert ne peut pas se considérer comme omniscient et il peut avoir besoin de s'adjoindre l'avis d'un spécialiste d'une autre matière que la sienne. Il s'agit en général d'un praticien d'une autre spécialité, mais on peut admettre que l'on puisse faire appel à un collègue d'une même spécialité à condition que la connaissance du domaine en question du sapiteur soit supérieure à celle de l'expert. L'article 278 du Nouveau Code de Procédure Civile indique que « l'expert peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre technicien mais seulement dans une spécialité distincte de la sienne ».

On peut donc définir le sapiteur comme un médecin d'une autre spécialité que s'adjoind l'expert dont les connaissances en la matière sont insuffisantes afin d'analyser le dossier. En droit civil, l'expert ne doit pas en général refuser le recours à un sapiteur demandé par l'une des parties. Si l'expert estime toutefois que l'avis d'un sapiteur n'est pas nécessaire, il peut solliciter l'avis du juge. La jurisprudence autorise l'expert à s'adjoindre de lui-même un tel spécialiste sapiteur en droit civil (arrêt du 23 octobre 1984 de la 3^e Chambre Civile de la Cour de Cassation bull. civ III n° 172, gazette du Palais 1985, 1, panor. 58, obs Guinchard). L'expert doit néanmoins aviser le magistrat de la nécessité de cette désignation en sollicitant en particulier une nouvelle provision destinée à la rémunération du sapiteur. En effet il est opportun d'informer les parties de la rémunération du sapiteur.

L'expert définit la mission du sapiteur en droit civil. Le sapiteur doit respecter le principe du contradictoire entre les parties. Néanmoins la présence des parties n'est pas exigée au cours des opérations du sapiteur. L'expert par contre doit informer les parties de l'avis du sapiteur et en débattre avec les parties. L'avis du sapiteur est formalisé, soit sous la forme d'un compte rendu annexé à celui du rapport d'expertise, soit inclus directement dans le rapport d'expertise à condition d'y être clairement identifié.

L'expert n'est pas tenu de suivre l'avis du sapiteur mais il doit alors motiver sa décision. Le cas échéant, il peut demander un avis complémentaire au sapiteur. L'expert doit motiver ses décisions dans son pré-rapport que lui seul signera. Toutefois l'avis du sapiteur y sera joint.

Le sapiteur est différent du co-expert. Le co-expert est nommé, soit d'emblée par le magistrat qui désigne ainsi des co-experts de spécialités différentes, soit par le juge après avis de l'expert qui estime que ses connaissances dans le domaine incriminé sont trop insuffisantes. Le co-expert présente lui-même au magistrat qui l'a nommé sa demande d'honoraires tandis que l'expert inclut la rémunération du sapiteur dans sa note d'honoraires et qu'il règlera directement le médecin sapiteur. D'une manière générale, on considère que la combinaison expert- sapiteur est souvent plus rapide que la combinaison de plusieurs co-experts.

η. Conclusion de la procédure classique

Le Juge fixera l'indemnité versée à la victime. Cette procédure à l'initiative de l'une des parties peut s'interrompre à tout moment dès l'instant qu'il y a accord des parties.

bb. Procédure du référé-provision

Une jurisprudence récente permet aux victimes de recourir à la procédure du référé provision. Les victimes peuvent ainsi obtenir en référé le versement d'une provision (arrêt du 16.05.88 de la deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation, Bull Civ II, n°115).

L'initiative de la victime de demande de référé aux provisions ne dispense pas l'assureur de présenter une offre d'indemnisation amiable (arrêt de la Première Chambre Civile de la Cour de Cassation du 20.01.93 Bull Civ I n°20).

Plus récemment la Cour de Cassation a autorisé à ce que le juge des référés condamne l'assureur à verser à la victime une provision strictement égale au montant de l'offre d'indemnisation qui lui avait été préalablement présentée. Le juge des référés se basait sur le fait que le montant de cette offre devait être analysé comme une obligation qui n'était pas sérieusement contestable au sens de l'article 809 du Code de procédure civile (arrêt du 7.02.08 de la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation).

Ce jugement des référés du Tribunal de Grande Instance de Marseille du 25.11.05 avait été confirmé par la Cour d'Appel d'Aix en Provence. La compagnie d'assurance garantissant la responsabilité civile du fait du véhicule impliqué avait saisi la Cour de Cassation qui a rejeté son pourvoi dans un arrêt du 07.02.08 de la deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation.

On peut donc imaginer que d'autres victimes d'accident de circulation saisissent le juge des référés afin d'obtenir des provisions égales au montant des offres qui leur ont été présentées par l'assurance et qu'elles obtiennent satisfaction.

Comme première solution, la victime reçoit l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur, puis saisit le juge des référés. La victime accepte l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur et elle reçoit un paiement dans un délai d'un mois et demi mais renonce alors à recevoir une indemnisation plus importante (articles L.211-16 et L.211-17 du code des assurances) en effet, l'autorité de la chose jugée de la transaction y fait obstacle. Soit deuxième solution, la victime opte pour la voie judiciaire qui lui permet d'espérer une indemnisation supérieure à l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur, tout en recevant rapidement le montant de l'offre présentée par l'assureur dans le cadre d'un référé provision. Les victimes d'accident peuvent très bien donc ne plus avoir aujourd'hui intérêt à accepter les offres qui leur seront proposées : l'offre devenant un minimum que la victime est pratiquement certaine de toucher.

Ce cas de figure n'existait pas auparavant car lorsque la victime refusait l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur qui était faite, elle n'était pas certaine que le juge lui allouerait une indemnité supérieure ou égale à ce montant. Cette jurisprudence risque donc de conduire les victimes à saisir plus souvent le juge.

2. Nos conseils

a. Conseils généraux

Une procédure transactionnelle est plus facile d'accès et plus simple qu'une voie judiciaire d'emblée.

En effet la meilleure garantie d'indemnisation réside moins dans le choix d'une voie judiciaire que dans la qualité des conseils de la victime qui doit être assistée, à notre avis systématiquement au cours des expertises médicales par un médecin compétent, indépen-

dant et pour une transaction, par un avocat spécialisé ou un conseiller juridique averti.

De toute façon, il convient de rappeler que la victime n'est jamais liée par les conclusions acceptées par les conseils et qu'elle conserve toujours la faculté de les dénoncer, de revenir vers le Juge.

b. Récusation d'un expert

La victime peut récuser le choix d'un expert pour différents motifs :

aa. En application du Code de déontologie médicale

L'Expert médical en tant que docteur en médecine est astreint à respecter le Code de Déontologie Médicale, et en particulier les articles suivants.

Comme le signale l'**Article 1^{er}**, les infractions à ces dispositions (du présent Code de Déontologie Médicale) relèvent de la Juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Article 2

Le Médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 105

Nul ne peut être à la fois Médecin Expert et Médecin Traitant d'un même malade.

Un Médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106

Lorsqu'il est investi d'une mission, l'Expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées lui sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code.

Article 107

Le Médecin Expert doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer la personne qu'il doit

examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

Article 108

Dans la rédaction de son rapport le Médecin Expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.

Les motifs de récusation s'appliquent à toutes les expertises médicales (judiciaires, Loi Badinter, Code des Pensions militaires, etc.).

bb. Dans le cadre de la Loi Badinter

La victime est libre de refuser pour quelque motif que ce soit le choix du médecin désigné par l'assureur (confère b. L'examen médical préalable à l'offre d'indemnisation de l'assureur de 4. La procédure de l'indemnisation par l'assureur de A. La Loi Badinter).

cc. En application de l'article 234 du Nouveau Code de Procédure Civile

Les experts judiciaires peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges (Article 234 du Nouveau Code de procédure civile).

La récusation de l'expert peut-être demandée :

1. si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation,
2. si lui-même, son conjoint et parents sont alliés de l'une des parties ou de son conjoint jusqu'au quatrième degré inclusivement,
3. si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire de l'une des parties,
4. s'il y eu ou s'il y a procès entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
5. s'il a précédemment connu de l'affaire comme expert ou comme arbitre, ou s'il a conseillé l'une des parties,
6. si lui-même ou son conjoint est chargé d'administrer les biens de l'une des parties,
7. s'il existe un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,

8. s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.

La demande de récusation de l'expert peut-être présentée :

- ✓ à la juridiction qui l'a commis,
- ✓ ou au juge chargé du contrôle de l'expertise,
- ✓ avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation.

C. Les accidents de transport non couverts par la Loi Badinter

Dans le cas particulier du transport par train, métro..., la Loi Badinter ne s'applique pas dans ce cadre.

Le transporteur est cependant tenu à l'égard des voyageurs d'une obligation générale de sécurité. Cette obligation est plus ou moins lourde selon que l'accident ait lieu pendant le transport proprement dit, lors de la montée, de la descente des voyageurs ou qu'il se passe dans l'enceinte des installations du transporteur : sur le quai, dans les couloirs...

Pendant la phase d'exécution du contrat de transport, le transporteur est tenu à une obligation de résultats c'est-à-dire qu'il doit conduire les voyageurs sains et saufs à destination. Les voyageurs sont donc automatiquement indemnisés par la SNCF ou la RATP, en cas par exemple de chute depuis le train sur la voie.

Le transporteur peut toutefois dégager sa responsabilité en prouvant que l'accident est dû à un cas de force majeure (déraillement provoqué par l'affaissement d'un pont) ou du fait d'un tiers (par exemple franchissement d'un passage à niveau par un automobiliste malgré le signal sonore) ou à la faute de la victime (descente d'un véhicule en marche).

Le transporteur n'est pas automatiquement responsable du préjudice causé aux voyageurs démunis d'un titre de transport valable.

Dans l'enceinte des installations du transporteur celui-ci est soumis à une obligation de moyens. Le transporteur reste tenu d'une obligation de diligence

et de prudence mais la victime doit faire la preuve qu'il a commis une faute pour être dédommagé. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Accidents, l'indemnisation des dommages corporels; Le Particulier 1990; n°52, Hors série.
- Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun; Paris; Le Concours Médical; 2001.
- BENAYOUN S.G. – L'indemnisation des victimes d'accidents de la voie publique. Paris : Editions des Presses universitaires de France, collection Que Sais-Je ?, 1^{re} édition, 1996.
- BOURGEOIS G., JULIEN P., et ZAVARO M. – La pratique de l'expertise judiciaire. Paris : Editions Litec, 1999.
- DALIGAND L., LORIFERNE D., REYNAUD D., et ROCHE L. – L'évaluation du dommage corporel. Paris : Editions Masson, éditions Alexandre Lacassagne, Collection de médecine légale – Toxicologie – Economie, 3^e édition, 1992.
- DREYFUS B. et ROBIN F. – Guide pratique de l'indemnisation des blessés. 1 vol., 248 p. Paris : Editions La découverte, 1^{re} édition, 1993.
- F.F.S.A. – Assurance automobile : les sinistres corporels en 2000. 1 vol., 48 p. Paris, édité par la F.F.S.A., 2002.
- GUILLIEN R. et VINCENT J. – Lexique de termes juridiques. Paris : Editions Dalloz.
- JOURDAIN P. – Les principes de la responsabilité civile. Paris : Editions Dalloz, 5^e édition, 2000.
- LAMBERT-FAIVRE Y., PORCHY-SIMON Stéphanie – Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation. Paris : Editions Dalloz, 6^e édition, 2009.
- LAMBERT-FAIVRE Y. – Droit des assurances. Paris : Editions Dalloz, 10^e édition, 1998.
- LUCAS-BALOUPE I. et SCHUHL J.F. – Expertise médicale judiciaire : 20 questions sur la méthodologie et le statut de l'expert. Paris : Editions SCROF, 1997.
- Ministère de la Justice – Guide des droits des victimes. Paris : Editions Gallimard, 2^e édition, 1988.
- OLIVIER M. et ROLLAND A. – Le médecin expert et conseil. Paris : Ellipses Editions Marketing, Collection Les professions de santé face à la Justice, 2000.
- VARICHON P. – L'évaluation du dommage corporel par un médecin-conseil de compagnie d'assurance. Paris : éditions ESKA, 2008.



*Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction
par tous procédés réservés pour tous pays.*

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2011 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1836-8

