

# **L'indemnisation dans le cadre d'une assurance de personnes**

**Vincent DANG VU<sup>1</sup>**

## **RÉSUMÉ**

Les assurances de personnes se définissent comme les assurances couvrant les risques susceptibles d'affecter la personne humaine de l'assuré. L'auteur détaille les problèmes soulevés par l'état antérieur, en particulier dans le cas de déclarations inexactes ou d'omissions puis traite des différents types d'assurances de personnes : assurance individuelle contre les accidents, assurance de groupe de prévoyance, assurance couvrant les accidents de la vie, assurance de prêts bancaires, assurance octroyant une rente en cas d'invalidité permanente.

**Mots-clés :** Etat antérieur, assurance individuelle contre les accidents, assurance de groupe de prévoyance, assurance couvrant les accidents de la vie, assurance de prêts bancaires, assurance octroyant une rente en cas d'invalidité permanente.

## **SUMMARY**

### ***COMPENSATION IN THE CONTEXT OF PERSONAL INSURANCE***

*Personal insurance is defined as insurance that covers risks likely to affect the human being who is insured. The author details the problems raised by the previous state of the person, in particular in the case of inaccurate declarations or omissions, then deals with the various types of personal insurance: personal accident insurance, provident society insurance, insurance covering life accidents, insurance for bank loans, insurance delivering an annuity in the case of permanent disability.*

**Key-words:** *Previous state, personal accident insurance, provident society insurance, insurance covering life accidents, insurance for bank loans, insurance delivering an annuity in the case of permanent disability.*

---

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. DÉFINITIONS

---

Les assurances de personnes se définissent comme les assurances couvrant les risques susceptibles d'affecter la personne humaine de l'assuré, soit dans son existence (assurance sur la vie), soit dans son intégrité physique ou physiologique (assurance dommage corporel : accidents et maladies).

Dans le cadre des assurances sur la vie existe ce qu'on appelle des assurances complémentaires.

Ces assurances sont dites complémentaires car ce sont des assurances prises accessoirement au contrat d'assurance sur la vie pour assurer aux assurés des garanties complémentaires variables selon les contrats :

- permettant d'assurer et de maintenir le processus de sécurité d'épargne souscrit en lui assurant ses primes d'assurance vie lorsqu'il n'est plus en mesure de les payer pour des raisons indépendantes de sa volonté.
- permettant à l'assuré de toucher le capital décès prévu au contrat alors même qu'il n'est pas décédé mais qu'il atteint une invalidité telle que la situation économique de la famille est affectée d'une façon identique à celle qui serait survenue lors de son décès
- doublant le capital décès lorsque ce décès survient d'une façon brutale (accident de la voie publique...).

Ces assurances complémentaires couvrent donc les risques maladie, accident et invalidité. L'invalidité est souvent définie dans le contrat comme "l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle ou non professionnelle à l'issue d'un accident ou d'une maladie". Elle est ainsi interprétée par l'assureur comme un état où toute activité est désormais impossible à l'assuré.

L'importance de ces assurances complémentaires dans le cadre des contrats d'assurances sur la vie reste néanmoins assez mineure par rapport à l'importance économique de l'assurance contre les accidents corporels dites assurance-accident. Cette assurance-accident peut apparaître sous une forme individuelle appelée assurance individuelle-accident ou une forme collective souscrite par des groupements d'employeurs, des établissements scolaires, des sociétés sportives, des sociétés de chasse...

Cette assurance-accident peut couvrir suivant le contrat, tous les accidents, ou seulement les accidents

de la vie privée ou, seulement les accidents professionnels en dehors des accidents de la voie publique ou, souscrite en annexe à une assurance véhicule à moteur ne prend alors en charge que les accidents survenus lors de la conduite de ce véhicule à moteur.

Il peut exister aussi des assurances en cas d'accident ou de maladie payant une rente en cas d'invalidité permanente.

Il peut s'agir d'assurances de prêts bancaires contractés pour l'achat d'un véhicule automobile ou d'une maison.

Les assurances couvrent en général les risques liés au décès, à la perte totale et irréversible d'autonomie (inaptitude à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident avec une incapacité définitive de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer) ou à l'ITT (Incapacité Totale de Travail), définie par la nécessité d'interrompre totalement pour l'assuré son activité professionnelle sur prescription médicale, par suite de maladie ou d'accident, lorsque l'état de santé interdit l'exercice de toute activité professionnelle.

Le rapport de l'expert dans les assurances de personnes est souvent appelé rapport sécable car il comporte deux parties :

- Un rapport médical, souvent le seul envoyé à l'assuré après qu'il en fasse la demande à l'assurance. Ce rapport médical comprend les antécédents, les doléances, l'examen clinique du patient.
- Les conclusions médico-techniques c'est-à-dire les conclusions médico-légales, elles concernent la durée de l'ITT, le taux d'IPP, la date de consolidation, l'état antérieur.

## B. L'ÉTAT ANTÉRIEUR

---

Les assurances de personnes présentent en commun le problème de l'état antérieur, c'est-à-dire de la connaissance de l'ensemble des antécédents médico-chirurgicaux et traumatiques qu'a présenté le souscripteur d'une assurance avant cette adhésion à la dite assurance.

En effet, l'analyse des renseignements médicaux fournis par l'assuré permet à l'assureur de déterminer le risque qu'il doit garantir. L'assureur pourra alors en déduire le montant de la prime à faire payer par le souscripteur.

Le deuxième intérêt de la connaissance de l'état antérieur réside dans les critères d'exclusion souvent nombreux dans un contrat d'assurance de personnes, en particulier dans les contrats d'assurance individuelle contre les accidents.

### **1. Les conséquences juridiques d'une déclaration inexacte ou d'une omission**

Le Code des assurances autorise l'assureur à sanctionner l'assuré s'il n'a pas répondu avec exactitude au questionnaire de santé, soit par une déclaration inexacte, soit par omission.

Deux conditions sont nécessaires pour que ces sanctions soient déclarées par l'assureur sont effectives.

Tout d'abord il faut que l'antécédent non déclaré soit bien déclarable au vu du libellé des questions du questionnaire de santé. Cela nécessite donc un questionnaire complet et détaillé de la part de l'assureur.

Deuxièmement, l'antécédent non déclaré doit être de nature à modifier la prise en charge du risque par l'assureur. Ceci signifie que, si l'assureur avait eu connaissance de cet antécédent avant la souscription du contrat, les conditions d'acceptation en auraient été modifiées.

Il est important à ce titre de souligner que, le fait que l'antécédent non déclaré à la souscription soit sans rapport avec la maladie ou l'accident en cours n'a aucune importance. A titre d'exemple, si l'assureur réalise que l'assuré n'a pas déclaré à la souscription qu'il était hypertendu, diabétique et avait fait l'objet d'un accident vasculaire cérébral alors que le motif de l'arrêt de travail couvert par l'assurance réside en un simple tableau dépressif, l'assureur est en droit de prononcer la nullité du contrat en argumentant que s'il avait eu connaissance des véritables antécédents préalablement à la souscription de l'assurance il aurait refusé d'accorder les garanties sollicitées ou du moins aurait demandé une augmentation de la prime de l'assurance. L'assureur aurait pu ainsi, à la souscription de l'assurance refuser d'accorder les garanties demandées par le souscripteur et ainsi en particulier refuser de prendre en charge un éventuel arrêt de travail pour dépression.

Les sanctions prévues par le Code des assurances diffèrent en fonction de la nature de la déclaration inexacte :

– Fausse déclaration intentionnelle sanctionnée par l'article L.113-8 du Code des assurances et fausses déclarations non intentionnelles sanctionnées par l'article L.113.9 du Code des assurances.

L'article L.113-8 du Code des assurances stipule que "indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre...".

La jurisprudence retient que le fait de répondre inexactement ou incomplètement à une question précise et non ambiguë posée par l'assureur atteste d'un comportement volontaire de la part de l'assuré, et donc du caractère intentionnel de cette fausse déclaration.

Dans ce cas, le contrat est annulé, c'est-à-dire que les garanties initiales ne sont plus fournies par l'assureur qui garde par contre le montant des primes déjà payées par l'assuré.

– L'article L.113-9 du Code des assurances sanctionne la fausse déclaration non intentionnelle. Ce cas survient en particulier en cas de question reconnue comme ambiguë dans le questionnaire de santé et à laquelle a également été opposée une réponse ambiguë. Lorsque l'assuré n'est pas reconnu de mauvaise foi, le contrat n'est pas considéré comme nul mais l'indemnité est "réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux primes des taux qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés" (article L.113-9 du Code des assurances).

La bonne foi de l'assuré est considérée comme présumée et il appartient donc à l'assureur de non seulement, prouver l'omission ou la déclaration inexacte de l'assuré, mais également d'établir la mauvaise foi de ce même assuré avant d'appliquer les règles des articles L.113-8 ou L.113-9 du Code des assurances.

C'est pourquoi il est conseillé à la personne désirant contracter une assurance de n'oublier aucun antécédent. Dans le pire des cas, l'assurance peut demander une surprime qui en général est minime mais qui

permettra à l'assuré d'être couvert même si la pathologie omise est sans rapport avec le sinistre.

## 2. La recherche de l'état antérieur préalable à la souscription du contrat

L'étude de l'état antérieur s'opère par une déclaration d'état de santé. Le plus souvent, ces questionnaires sont remplis directement par l'assuré (ceci pour une question de coût pour l'assurance) et beaucoup plus rarement par un médecin qui examine le postulant. Cette dernière situation n'intervient en fait que pour des contrats engageant des capitaux importants ou lorsqu'un doute surgit sur les qualités médicales du futur assuré.

## 3. La recherche de l'état antérieur après la souscription du contrat

L'assureur recherchera plus particulièrement un état antérieur si la date du sinistre est proche de la date de souscription (dans les deux premières années suivant la souscription du contrat), devant certaines affections dont on connaît par expérience les interactions avec les antécédents des patients (lombalgies, pathologie psychiatrique, en particulier les dépressions...).

Différentes sociétés d'assurances ont créé d'autre part un fichier de cumuls de sinistres en assurances de personnes qui permet de détecter les cumuls de contrats et de prestations auprès d'assurances différentes. Ce fichier permet également d'effectuer des recherches sur des noms orthographiés différemment mais de façon proche ou sur des sinistres survenus à des moments avoisinants. Un tel fichier est ainsi géré par la SCOR (Société commerciale de réassurance), effectif depuis le mois de juin 1989.

La multiplicité des contrats dès lors que l'assuré s'assure bien au-delà de ses besoins ou de ses moyens évoque aussi l'intérêt de l'assureur.

Le médecin conseil de la société d'assurances, à l'issue d'une déclaration de sinistre, convoquera l'assuré pour une expertise.

L'expert peut s'assurer de l'identité de la personne qu'il examine. Si la personne examinée se refuse à fournir les documents officiels attestant de son identité, l'expert peut alors décider de refuser de continuer l'expertise et d'en informer la société d'assurance.

Pour chaque affection, même si elle n'a aucune influence sur le sinistre déclaré, l'expert précisera la date du début des symptômes, la date de la première consultation, des premiers examens complémentaires, de l'information donnée à l'assuré par les médecins, du diagnostic de son affection.

Il demandera les dates précises et la durée des arrêts de travail.

L'examen clinique recherchera en particulier des cicatrices, des déformations ou des raideurs articulaires.

Lors de la lecture du résultat des examens complémentaires, l'expert étudiera la date de réalisation de ces examens complémentaires ainsi que leur conclusion.

En effet, cette conclusion cite parfois des antécédents jusqu'ici omis par l'assuré, en signalant par exemple que l'assuré est déjà venu consulter ou réaliser un examen complémentaire identique, pour le même motif à une date antérieure à celle de la souscription du contrat.

Il arrive que le médecin conseil de la société d'assurances sollicite des documents médicaux au médecin traitant de l'assuré mais, le secret médical étant absolu, le médecin traitant ne peut transmettre la moindre information à un tiers quel qu'il soit, non seulement à un assureur et à un médecin mais également un avocat, un parent, un notaire ou un allié. Ce faisant, s'il violait le secret médical, il s'engagerait à des poursuites pénales. La notion de secret médical partagé ne s'applique qu'à ceux qui concourent au diagnostic et au traitement de l'assuré, ce qui n'est pas le cas du médecin conseil de la société d'assurances : toute information médicale doit donc obligatoirement transiter par l'intermédiaire du patient. Le médecin présent ne peut donc remettre au patient qu'un certificat médical descriptif, seul le patient décide de la communication de ce certificat qui lui a été remis afin de faire valoir ses droits. C'est donc à lui de l'adresser au médecin de l'assurance. Le médecin traitant n'a pas le droit d'adresser ce certificat à la société d'assurances ou au médecin conseil de cette société d'assurances.

Il convient néanmoins de savoir que depuis l'édiction de la loi du 4 mars 2002, les patients bénéficient du libre accès à la totalité de leur dossier médical. Il peut donc arriver que certains organismes demandent au patient de le leur communiquer.

Le médecin traitant est obligé de fournir ce dossier médical au patient si le patient le lui demande; il ne

peut que l'alerter sur le fait que le patient n'est pas obligé de le communiquer à son assureur.

L'assuré doit faire remplir le questionnaire médical souvent demandé par l'assureur. En effet, le médecin généraliste ne peut plus se retrancher devant le secret médical pour ne pas l'envoyer à l'assureur. En effet, l'assureur peut arguer de la loi Kouchner de 2002 qui permet à tout patient de réclamer les éléments médicaux de son dossier auprès de son médecin traitant. Si l'assureur n'obtient pas le questionnaire demandé ou les éléments médicaux demandés, il peut très bien alors décider de ne pas payer en se retranchant derrière le fait que l'assuré peut réclamer les documents nécessaires par le biais de la loi Kouchner.

### **C. L'INDEMNISATION DU DOMMAGE CORPOREL D'UN BLESSÉ COUVERT DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS**

#### **1. Les caractéristiques du contrat d'une assurance individuelle-accident**

On arrive ainsi à une des caractéristiques de cette assurance individuelle-accident, à savoir son extrême variabilité tant au niveau des contrats que des prestations et de ses exclusions.

La définition de l'accident corporel doit être indiquée dans le contrat et souvent correspond à toute lésion de l'organisme provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire. Elle se définit aussi comme une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Les exclusions de risque sont fréquentes et variables car l'assureur cherche à avoir un produit compétitif dans son assurance individuelle-accident et donc à obtenir les primes les plus basses.

Il existe souvent des limites d'âge dans ce type de contrat (contrat non valable pour un âge inférieur à douze ans, supérieur à soixante-cinq ans...).

Sont ainsi souvent exclues les guerres, les émeutes, le terrorisme, le sabotage, les accidents iatrogènes liés à la chirurgie, à la radiothérapie, certains sports comme les courses automobiles ou à moto, le parachutisme,

le bobsleigh, la plongée sous-marine, la spéléologie, le deltaplane.

Certaines de ces exclusions peuvent être rachetées moyennant une surprime.

Sont également souvent exclus des contrats les accidents liés à un état d'ivresse ou à une alcoolémie supérieure à un certain taux ou encore les hernies en particulier l'hernie discale, les lumbagos, les ruptures musculaires.

Enfin, on constate souvent des barèmes minorés, ou un barème ancien mais qui doit être respecté car il fait la loi du contrat ou le barème accident du travail. La disparité de ces barèmes entraînera donc inévitablement des disparités dans les taux d'IPP accordés suivant les contrats. Dans certains barèmes anciens toutes les lésions ne sont pas énumérées et l'expert fera une déduction par assimilation par rapport à des lésions citées dans le contrat et le barème.

Une franchise est souvent inscrite dans le contrat avec l'indemnisation d'une IPP seulement quand elle est supérieure par exemple à 10%.

#### **2. Les prestations**

D'une manière générale ces assurances-accident garantissent

- en cas de décès, un capital,
- en cas d'invalidité permanente partielle une somme en capital proportionnelle au pourcentage,
- en cas d'ITT une indemnité journalière,
- le paiement des frais de traitement nécessités par un accident jusqu'à un certain plafond.

L'assureur de l'assurance-accident ne dispose d'aucun recours contre le tiers-responsable de l'accident et le blessé peut cumuler l'indemnisation de son assurance-accident avec les dommages et intérêt dus par l'assurance du responsable.

Les préjudices extrapatrimoniaux en général ne sont pas indemnisés à savoir le pretium doloris, le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique, le préjudice sexuel...

#### **3. Le contentieux**

En cas de contentieux l'assuré pourra faire en général appel soit à un examen contradictoire amiable entre

le médecin traitant et le médecin conseil de la société d'assurance, soit à un arbitrage ou une contre-expertise amiable. Dans ce dernier cas le médecin traitant et l'expert de la société d'assurance choisissent un tiers-arbitre.

Si l'assuré n'est toujours pas satisfait il pourra toujours s'orienter vers une procédure judiciaire.

#### D. LES ASSURANCES DE GROUPE DE PRÉVOYANCE

Elles sont destinées aux travailleurs indépendants de type agriculteurs ou professions libérales et assurent des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente de l'assuré suite à un accident ou à une maladie.

Il convient d'être particulièrement prudent à la lecture du contrat car de nombreux contrats se basent pour les séquelles d'invalidité permanente sur un taux d'IPP minimal par exemple de 33.33% pour pouvoir accorder une rente. Ce taux contractuel d'incapacité qui détermine le droit aux prestations est calculé par péréquation entre un taux d'IPP dit professionnel et un taux d'IPP dit fonctionnel en général basé sur le barème indicatif des incapacités publié par la revue Le Concours Médical. Voici un exemple de tableau de péréquation entre le taux professionnel et le taux

fonctionnel permettant de calculer un taux contractuel d'IPP (tableau 1).

#### E. LE CAS DES ASSURANCES COUVRANT LES ACCIDENTS DE LA VIE

Ces assurances dites « accidents de la vie » ont pour objet de couvrir les frais d'assistance ainsi que tous les préjudices subis qu'ils soient économiques ou personnels tels que souffrances endurées... même en cas de faible handicap.

Les assurances dites « accidents de la vie » couvrent les frais d'assistance ainsi que les préjudices subis qu'ils soient économiques ou personnels (souffrances endurées...).

Un minimum de garantie est obtenu par le label « garantie des accidents de la vie » (GAV) défini par la fédération française des sociétés d'assurance en ce qui concerne les accidents garantis, les préjudices indemnisés ainsi que le mode d'indemnisation.

Comme type d'accidents de la vie courante, on cite souvent les accidents de barbecue, d'électrocution, de chute dans un escalier ou d'un trottoir. Il convient bien sûr de lire attentivement les termes du contrat mais cette assurance couvre essentiellement les accidents survenant dans le cadre de la vie privée que ce soit à domicile, lors d'une activité sportive ou d'un loisir ou

Taux professionnel	TAUX FONCTIONNEL									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>10</b>	10.00	15.87	20.80	25.20	29.24	33.02	36.59	40.00	43.27	46.42
<b>20</b>	12.60	20.00	26.21	31.75	36.94	41.60	46.1	50.40	54.51	58.48
<b>30</b>	14.42	22.89	30.00	36.34	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
<b>40</b>	15.87	25.20	33.02	40.00	46.42	52.42	58.09	63.50	68.68	73.68
<b>50</b>	17.10	27.14	35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
<b>60</b>	18.17	28.84	37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.69	78.62	84.34
<b>70</b>	19.13	30.37	39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
<b>80</b>	20.00	31.75	41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.83
<b>90</b>	20.80	33.02	43.27	52.42	60.82	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55
<b>100</b>	21.54	34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

Tableau 1 : Barème invalidité permanente totale ou partielle.

pendant des vacances ou à l'étranger. L'accident est défini comme tout évènement soudain, imprévu, individuel ou collectif dû à une « cause extérieure ». Cette notion de cause extérieure exclut ce qu'on peut appeler les causes intérieures en particulier les accidents de santé : infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux...

Sont quasiment toujours considérés comme des accidents survenant dans le cadre de la vie privée et donc couverts par cette assurance, les évènements accidentels naturels tels qu'avalanche, tempête même s'il ne s'agit pas d'une catastrophe naturelle reconnue par arrêté ministériel ou les accidents technologiques comme l'explosion d'une usine par exemple du domicile.

En général mais ce n'est pas obligatoire, les accidents médicaux résultant par exemple d'une erreur de diagnostic ou de traitement ainsi que les conséquences d'une agression (coups et blessures) ou d'un attentat sont aussi pris en charge.

Certains évènements sont pris en charge de façon plus optionnelle par certains types d'assurance comme les accidents du travail ou uniquement des accidents de trajet entre le domicile et le lieu de travail. Ces accidents de travail ou ces accidents de trajet entre le domicile et le lieu de travail peuvent être pris en charge soit uniquement chez les salariés soit uniquement chez les artisans, les commerçants, les professions libérales. Les accidents survenant à l'école ou dans un club de sports sont très souvent pris en charge. Parfois également l'« assurance garantie du conducteur » pour l'assurance automobile c'est-à-dire qui assure les dommages corporels du conducteur s'il est responsable d'un accident de la circulation sont également pris en charge. Il en est de même pour les accidents de voiture sans tiers responsable.

A noter parfois que certains sports sont exclus dans certains contrats : par exemple les sports aériens, les sports de combats et arts martiaux en compétition, les sports considérés comme dangereux (alpinisme, parapente...). Certains sports considérés comme dangereux sont acceptés mais avec nécessité d'une surprime.

L'assurance peut intervenir dans la survenue d'un accident garanti on parle alors du volet « assistance » du contrat où la plupart des prestations concernent l'indemnisation des préjudices après consolidation ou en période de décès. La partie assistance du contrat qui intervient juste après la survenue de l'accident est la partie en générale quantitativement la moins intéressante. En effet elle peut déjà être assurée par l'assu-

rance complémentaire santé. L'élément concrètement le plus intéressant est le remboursement des frais de soins médicaux que ce soit en ambulatoire, en hospitalisation et en pharmacie à la hauteur de la partie non couverte par la Sécurité sociale et l'assurance complémentaire santé. Mais il convient de bien observer les conditions du contrat. Parfois certaines conditions sont exigées, ainsi la conservation d'un taux d'IPP par exemple supérieur à 10%. Enfin d'autres assurances ne prennent en charge qu'un montant maximal forfaitaire limité ou n'acceptent la prise en charge qu'à partir d'une durée d'arrêt de travail fixée, par exemple plus de 30 jours.

Un autre risque intéressant couvert dès la survenue de l'accident est l'incapacité temporaire de travail c'est-à-dire la compensation de la perte de revenus liée à l'arrêt de travail mais là encore le contrat exige souvent qu'il persiste des séquelles à type d'IPP de l'accident et que ce taux d'IPP soit supérieur au seuil d'intervention du contrat et ne couvre ce manque à gagner que jusqu'à une certaine somme par exemple 50.000 €.

Les autres prestations du volet assistance du contrat peuvent être considérées comme relativement plus marginales d'autant plus qu'elles sont souvent déjà prises en charge par l'assurance complémentaire santé, il s'agit par exemple du transfert d'un proche au chevet du malade, d'un service de garde d'enfants à domicile, du financement d'heures d'aide ménagère, de la garde temporaire des animaux domestiques.

La partie la plus intéressante des prestations de ces assurances concerne en fait les compensations des handicaps, après consolidation des lésions, ou en cas de décès. Les préjudices indemnisés sont calculés sur la base du barème de la revue le Concours médical par un médecin expert mandaté par l'assurance. Ce médecin expert fixera la date de consolidation, date à laquelle les lésions occasionnées par l'accident ne sont plus susceptibles d'évoluer. La connaissance de ce barème est importante car l'assuré ne sera indemnisé qu'à partir d'un seuil d'intervention du barème qui peut être de 30%, de 10%, de 5% voire de 1%. Il est bien évident qu'il est conseillé de souscrire la formule d'assurance au seuil d'IPP le plus bas. Les assurances indemnisent les conséquences du taux d'IPP. La plupart indemnisent également l'incidence professionnelle liée au handicap c'est-à-dire la perte de revenus ou l'impossibilité de travailler, les frais occasionnés par le handicap (frais d'assistance d'une tierce personne, frais d'aménagement du domicile : élargissement de portes, rampe d'accès, barre d'appui) ou d'une voiture (siège pivotant, cercle accélérateur sur le

volant...). A noter que certaines assurances mais pas toutes prévoient également l'indemnisation de ce qu'on appelle les préjudices personnels autres que ceux occasionnés par le taux d'IPP c'est-à-dire la réparation des souffrances endurées, du préjudice esthétique, du préjudice d'agrément.

En cas de décès de l'assuré, l'assurance prend en charge le préjudice économique et parfois le préjudice moral subi par les ayants droits en versant un capital égal en général de 40 à 60% des revenus estimés du défunt au conjoint sans revenu personnel avec en plus 15% des revenus estimés du défunt par enfant à charge. La perte du conjoint ou d'un parent pour un enfant mineur est souvent indemnisée par une somme variant de 15.000 à 25.000 €. Le calcul de l'indemnisation peut se faire selon deux modes, tout d'abord un mode forfaitaire où chaque type de préjudice qui est couvert par le contrat est indemnisé en fonction de critères précis. Par exemple le préjudice est indemnisé d'un montant égal au produit de la multiplication du taux d'IPP, par exemple 10%, par la valeur d'un point d'IPP fixé de façon forfaitaire par l'assurance. Le risque est alors celui d'un capital versé insuffisant si les critères de calcul sont drastiques. C'est pourquoi il vaut mieux privilégier les contrats dont les prestations se calculent selon les règles dites du droit commun. Ces règles sont identiques à celles d'une indemnisation que l'on aurait pu obtenir devant un tribunal face au responsable d'un accident. Quelque soit le calcul de l'indemnisation, il convient dans le contrat d'assurance de bien connaître le plafond d'indemnisation. En effet la plupart des contrats y compris ceux dont le mode de calcul relève des règles dites du droit commun comportent un plafond d'indemnisation c'est-à-dire que, quelque soit l'étendue d'un préjudice les indemnités ne pourront jamais dépasser cette limite. Il vaut mieux donc privilégier un contrat dont le plafond est le plus élevé possible.

L'intérêt des assurances dites des accidents de la vie est qu'elles se déclenchent immédiatement avant toutes recherches de responsabilité.

En cas de tiers responsable de l'accident, l'assureur se réserve la possibilité d'agir en justice pour récupérer les indemnités versées par lui en faveur de l'assuré. Par contre si tous les préjudices n'ont pas été pris en compte par l'assureur et que le tiers responsable est solvable ou dispose d'une assurance en responsabilité civile, la victime peut chercher à obtenir un complément d'indemnisation.

Certaines restrictions sont apportées à ces garanties dites des accidents de la vie.

La première restriction concerne les séjours à l'étranger. La plupart des assurances ne garantissent pas les accidents survenus en dehors du territoire français ou européen lorsque le séjour est supérieur à 3 mois.

Une autre restriction est l'âge de l'assuré. Ainsi ; il est en général impossible de souscrire une telle assurance après 65 ans. D'autre part à partir d'un certain âge certaines garanties ne sont plus assurées par exemple le risque invalidité à partir par exemple de 75 ans. A partir d'un certain âge également, l'indemnisation est revue à la baisse d'un certain nombre de pourcentage par an.

Enfin, au-delà d'un certain âge, l'assurance ne devient effective que si le taux d'incapacité dépasse un taux important par exemple 30 % alors que normalement chez un assuré jeune, l'assurance rentre en jeu dès l'existence d'un taux d'IPP de 5%. De même chez les personnes d'un certain âge le plafond d'indemnisation est réduit.

## **F. L'INDEMNISATION DANS LE CADRE D'ASSURANCE DE PRÊTS BANCAIRES**

Les assurances de prêt comportent souvent des contrats quasiment léonins. En effet leur finalité concerne des arrêts de maladie assez brefs et non pas des arrêts de maladie prolongés. Les seules maladies prolongées prises en charge sont celles qui se soldent par une mise en invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie.

On différencie souvent deux types d'assurance.

- L'assurance groupe qui est une assurance type proposée par une banque par exemple pour l'assurance de son prêt. Il s'agit d'une prestation type moins chère mais en général moins adaptée à des cas particuliers. Il existe souvent un âge supérieur limite par exemple 70 ans à partir duquel l'invalidité ou l'ITT n'est plus indemnisée.
- L'assurance individuelle choisie par le client, chez un assureur de son choix pour, par exemple, modifier à son bénéfice la définition de l'invalidité et obtenir ainsi la prise en charge par l'assurance pour une mise en invalidité en 2<sup>ème</sup> catégorie au lieu d'une mise en invalidité en 3<sup>ème</sup> catégorie.

Certains prêts se font assurer sur ce qu'on appelle deux têtes, par exemple le mari à 60% et l'épouse à 40%. Dans ce dernier exemple, si le mari est en ITT pendant trois mois, l'assurance rembourse pendant trois

mois 60% du prêt, si l'épouse est en ITT pendant trois mois, l'assurance rembourse pendant trois mois 40% du prêt. On peut même imaginer une assurance sur deux têtes avec un taux de 100% pour le mari et 100% pour la femme. Dans cette deuxième hypothèse, l'assurance en cas d'arrêt de travail pendant l'arrêt de travail du mari, rembourse 100% du prêt. Si la femme ne travaille pas mais qu'elle est malade, l'expert détermine l'ITT théorique pendant laquelle l'assurance devra rembourser 100% du prêt.

Les garanties sont souvent limitées à une somme donnée, par exemple : un capital de 500.000€.

Souvent l'assurance pour la garantie décès cesse au 70<sup>ème</sup> anniversaire ou à la rigueur au 75<sup>ème</sup> anniversaire si l'assurée a opté pour une garantie décès au delà de 70 ans.

Dans ce dernier cas, le capital assuré en cas de décès jusqu'au 75<sup>ème</sup> anniversaire est souvent limité à partir du 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré à une somme en général inférieure au capital en général assuré, dans ce dernier cas,  $500.000\text{€} / 2 = 250.000$  euros.

Le capital assuré en cas de décès est en général égal au capital restant dû à la date survenu du décès, y compris les intérêts courus entre la date du remboursement et la date du décès, le capital assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est calculé de la même façon que le capital assuré en cas de décès.

Le capital est arrêté à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par les assureurs.

En cas d'ITT (Incapacité Totale de Travail), à l'issue d'une période de franchise en général de 90 jours consécutifs, à la suite de maladie ou d'accident, les assureurs remboursent les mensualités venant à échéance pendant la durée d'incapacité.

L'assurance ne prend en charge que les trois premières années consécutives pour la même maladie d'arrêt de travail. Après cette durée de trois années consécutives, l'assurance déclare que l'état est consolidé. Cette durée de trois années d'arrêt de travail se superpose à la durée de prise en charge des indemnités journalières de maladie par la Sécurité sociale.

Au bout de ces trois années, la Sécurité sociale décide soit l'arrêt du paiement des indemnités journalières soit la mise en invalidité 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie. En général, la prise en charge n'est acceptée que si après les trois années consécutives de maladie, survient une mise en invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie suivant en général les termes du contrat.

S'il s'agit par exemple d'une mise en invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie ou 2<sup>ème</sup> catégorie en général, la prise en charge par l'assurance est terminée c'est-à-dire qu'elle ne paie plus les mensualités de prêts.

S'il y a mise en invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie, il y a alors obtention d'un capital qui est le capital restant dû à payer pour le prêt bancaire sur le tableau d'amortissement. Ce capital est versé à la banque ce qui clôt le prêt bancaire.

Si au terme du laps de temps de trois ans et qu'ultérieurement l'assuré remarque une éventuelle aggravation de la pathologie initiale, la prise en charge de l'assurance continue alors. L'assuré peut espérer alors obtenir une éventuelle mise en invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie et obtenir ainsi la prise en charge du capital restant dû.

Si l'assuré présente une nouvelle pathologie entraînant une nouvelle période d'arrêt de travail, il peut demander une nouvelle prise en charge dans une limite de trois ans.

A compter de la consolidation de l'état de santé de l'assuré et si au moins 3 ans se sont écoulés depuis le début de l'arrêt de travail, l'appréciation de l'état de santé de l'assuré s'effectue par la détermination d'un taux contractuel d'incapacité tel que défini dans le contrat. De cette appréciation dépend le maintien ou non de l'indemnisation.

Voici un type de calcul d'appréciation d'un taux contractuel d'incapacité de travail qui détermine le droit aux prestations.

Le taux contractuel d'incapacité de travail qui détermine le droit aux prestations et leur montant est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Il y a péréquation entre un taux d'IPP professionnel et un taux d'IPP fonctionnel.

Le tableau établissant cette péréquation n'est souvent pas disponible pour l'expert.

L'intérêt théorique de cette péréquation est de pouvoir obtenir un taux contractuel d'incapacité de travail permettant d'octroyer des indemnités en cas, d'un traumatisme relativement faible par exemple l'amputation de la 3<sup>ème</sup> phalange d'un doigt mais dans des professions particulières comme un violoniste qui ne peut plus alors travailler. On aboutit ainsi à un taux d'IPP fonctionnel de 2% qui doit être mis en péréquation avec un taux d'IPP professionnel de 100%. Le taux d'IPP contractuel est alors bien supérieur à 2%.

Taux d'incapacité professionnelle	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE					
	50	60	70	80	90	100
20	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

Tableau 2.

Ces taux sont appréciés par le Médecin Conseil de l'assureur conformément au tableau n° 2.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Si le taux contractuel d'incapacité de travail est inférieur à 66%, les indemnités sont supprimées (zone foncée du tableau).

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le Médecin-conseil de l'assureur sur l'état d'incapacité de travail, les parties intéressées pourront choisir un troisième médecin pour les départager.

Paiement anticipé du capital restant dû. Si un assuré est atteint d'une incapacité le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer une profession quelconque, les Assureurs pourront rembourser le capital restant dû après examen du dossier par leur Médecin Conseil.

Dans ce cas précis, on voit que ce tableau est particulièrement défavorable à l'assuré car il ne prend en charge que le taux d'incapacité fonctionnelle supérieur ou égal à 50%.

Si l'assuré présente par exemple un taux d'incapacité fonctionnelle de 40%, le taux contractuel d'incapacité de travail ne peut être calculé et donc les indemnités seront supprimées.

### G. L'INDEMNISATION DANS LE CADRE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE ASSURANT UNE RENTE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Voici un exemple de réglementation d'une assurance en cas d'accident ou de maladie assurant une rente en cas d'invalidité permanente

Une rente est accordée dès la date de consolidation fixée par expertise et au plus tard à compter du mille quatre vingt seizième jour d'incapacité temporaire totale et versée trimestriellement à terme échu.

La rente est accordée à titre temporaire et révisable en fonction du taux d'invalidité et elle cesse dès que le taux d'invalidité « N » devient égal ou inférieur à 33%.

En cas d'invalidité permanente mettant l'Assuré dans l'impossibilité de reprendre tout ou partie de son activité professionnelle, la Société verse une rente calculée suivant le taux d'invalidité contractuel « N » résultant du tableau n° 3 et déterminé à partir de :

- son incapacité fonctionnelle physique ou mentale fixée par expertise médicale, par référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité »

pacité en droit commun » publié par la Revue « Le Concours médical », dernière édition parue à la date de l'expertise médicale, abstraction faite de toute incidence professionnelle,

- son incapacité professionnelle fixée par expertise d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle, par rapport à la profession exercée en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident garanti, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités d'exercice restantes ou de reclassement dans une profession procurant à l'Assuré un revenu équivalent (tableau 3).

En cas d'invalidité permanente reconnue par le médecin-conseil de l'assureur, supérieure ou égale à 33%, l'assureur verse à l'assuré une rente mensuelle au plus tard jusqu'à son 65<sup>ème</sup> anniversaire ou jusqu'à la date de versement d'une pension de retraite par un régime légal.

La rente d'invalidité est versée mensuellement à terme échu :

- La rente d'invalidité est versée en totalité lorsque le taux contractuel d'invalidité est d'au moins 66%.
  - Lorsque le taux contractuel d'invalidité est d'au moins 33% mais inférieur à 66%, la rente est versée affectée du coefficient (« N » -33) / 33.
  - Lorsque le taux contractuel d'invalidité est inférieur à 33%, aucune rente n'est due.
- Le taux contractuel d'invalidité constaté est déter-

miné à partir du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. Le taux d'incapacité fonctionnelle devra être au minimum de 20%.

- L'incapacité fonctionnelle est déterminée à partir du « Barème des accidents du travail » de la Sécurité sociale.
- L'incapacité professionnelle est déterminée, par accord ou arbitrage, en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle, des conditions d'exercices antérieures, et des possibilités restantes d'exercice de l'activité.

Le taux d'invalidité des médecins, des chirurgiens-dentistes, des vétérinaires est fixé en ne prenant en considération que l'incapacité professionnelle.

On constate donc que l'assuré doit franchir 2 obstacles, tout d'abord, arriver à démontrer que son taux contractuel d'incapacité est bien supérieur à 33% en consultant le tableau n° 3.

Deuxièmement, s'il veut bénéficier de l'intégralité de la rente, il doit arriver à démontrer que son taux contractuel d'incapacité de travail est bien supérieur à 66%.

On réalise que ce taux de 66% est difficile à obtenir au vu du tableau n° 3, par exemple, si le patient a une incapacité professionnelle de 100 %, il doit alors démontrer une incapacité fonctionnelle de 71,1%, ce qui est difficile au vu du barème du Concours médical.

Incapacité professionnelle	INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10 %				29,2	33,0	36,6	40	43,3	46,4
20 %			31,7	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30 %		30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40 %	25,2	33,0	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50 %	27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60 %	28,8	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70 %	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80 %	31,7	41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80	86,5	92,8
90 %	33,0	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,5
100 %	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	93,2	100

Tableau 3.

## H. LES POINTS IMPORTANTS À RETENIR POUR L'ASSURÉ

---

De tout ceci découlent des points pratiques importants pour l'assuré.

Il doit tout d'abord **lire avec soin son contrat d'assurance pour en apprendre toutes les exclusions et franchises**.

Enfin il doit **prendre connaissance du barème** ce qui permettra éventuellement de choisir une assurance avec un barème plus favorable.

L'assuré doit d'autre part comme lors d'un accident de la voie publique **faire rédiger immédiatement un**

**certificat médical initial** par le médecin qui l'a initialement traité car ce document possède une valeur capitale médico-légale. ■

## BIBLIOGRAPHIE

---

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Paris, Le Concours Médical; 2001.

Dang-Vu V. : L'indemnisation du préjudice corporel, Paris Editions Lharmattan, troisième édition, 2010.

Société de médecine légale et de Criminologie de France : Barème d'évaluation médico-légale. Paris, éditions ESKA, 2000.

*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<sup>er</sup> 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.

© 2012 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1873-3