



**L'indemnisation du préjudice corporel des victimes
d'un accident de la circulation : de l'expertise médicale
à l'offre d'indemnisation**

Par Sophie PINEAU

Master 2 Assurance et Banque 2013-2014
Sous la direction de M. Pierre-Grégoire MARLY

Entreprise d'accueil : Groupama Centre Manche
Maître de stage : Sylvaine MARTIN

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Monsieur Pierre-Grégoire MARLY pour avoir accepté d'être mon enseignant-référent ainsi que pour les conseils qu'il m'a donnés.

En deuxième lieu, je suis reconnaissante à Madame Jocelyne COLOMBEL de m'avoir offert la possibilité d'effectuer mon stage au sein du service corporel contentieux auto.

Par ailleurs, je remercie Sylvaine MARTIN pour sa disponibilité, ses conseils et l'aide qu'elle m'a apportée tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie tous les gestionnaires pour leur accueil, leurs conseils juridiques, leur soutien, leurs encouragements, et pour m'avoir fait partager leur expérience pendant toute la durée de mon stage.

SOMMAIRE

Partie I : Présentation de Groupama	p. 5
§1. Groupama	p. 6
A) L'histoire de Groupama	p. 6
B) Mutualisme et gouvernance	p. 8
C) Les produits et services proposés par Groupama	p. 10
D) Organisation nationale de Groupama	p. 11
§2. Groupama Centre Manche	p. 12
§3. Le service Corporel Contentieux Auto	p. 13
Partie II : L'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'un accident de la circulation : de l'expertise médicale à l'offre d'indemnisation	p. 17
Introduction	p. 18
Section I : L'évaluation du dommage corporel	p. 21
§1. L'expertise médicale comme preuve du dommage corporel	p. 21
A) Les modalités de l'expertise médicale	p. 21
1-La recherche de l'imputabilité	p. 21
2-Le cadre de l'expertise médicale	p. 24
a/ Le cadre amiable	p. 25
b/ Le cadre judiciaire	p. 31
B) Les préjudices corporels pris en compte pour l'indemnisation	p. 32
1-Les préjudices patrimoniaux	p. 33
a/ Les préjudices patrimoniaux temporaires	p. 33
b/ Les préjudices patrimoniaux permanents	p. 34
2-Les préjudices extrapatrimoniaux	p. 35
a/ Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires	p. 35
b/ Les préjudices extrapatrimoniaux permanents	p. 36

§2. Les modes d'indemnisation	p. 37
A) La prédominance pour l'indemnisation à l'amiable	p. 37
1-Un principe inscrit dans la loi Badinter	p. 37
2-Le rôle de l'inspecteur corporel	p. 39
B) Le cas particulier de l'indemnisation judiciaire	p. 41
Section II : L'indemnisation du dommage corporel	p. 43
§1. L'obligation pour l'assureur de présenter une offre	p. 43
A) La procédure d'offre d'indemnité	p. 43
1-L'obligation de l'offre	p. 43
2-Les destinataires de l'offre	p. 45
3-Les obligations réciproques d'information des parties	p. 46
B) La notion de consolidation et le caractère de l'offre	p. 48
1-La définition de la consolidation	p. 48
2-Le caractère de l'offre	p. 49
§2. L'offre d'indemnisation définitive	p. 50
A) Les modalités de l'offre d'indemnisation	p. 50
1-Le contenu de l'offre	p. 50
2-Les délais pour proposer l'offre d'indemnité	p. 52
3-Les sanctions du non-respect de l'offre	p. 53
B) L'acceptation de l'offre	p. 54
1-L'élaboration de la transaction	p. 54
2-L'aggravation	p. 55
Conclusion	p. 58
Annexes	p. 59
Bibliographie	p. 93

Partie I : Présentation de Groupama



Groupama est un groupe mutualiste d'assurance, de banque et de services financiers, avec une distribution multi-canal.

§1. Groupama

A) L'histoire de Groupama

Mutuelle d'assurance fondée par les agriculteurs, Groupama est un groupe d'assurance et de banque ouvert aussi bien aux particuliers, qu'aux professionnels, entreprises et collectivités locales.

En France, les agriculteurs recherchaient des solutions d'assurance adaptées à leurs besoins spécifiques. La première mutuelle agricole locale « Incendie » a été créée le 22 décembre 1840 par un groupement d'agriculteurs du Rhône. Avec l'adoption de la loi du 4 juillet 1900 qui fixe un cadre juridique spécifique aux Caisses d'Assurances Mutuelles Agricoles (AMA), ces dernières se développent localement pour couvrir les risques inhérents à l'activité des agriculteurs (incendie, grêle, mortalité du bétail). Ainsi, l'année 1903 marque la création de la première caisse régionale à Lyon. Puis vient ensuite la constitution d'une caisse centrale de réassurance agricole « Incendie » (1906) et « Bétail » (1908).

En 1963, la SAMDA, désormais filiale des Assurances Mutuelles Agricoles, a pour objectif de gérer les premiers services d'assurances concernant des secteurs autres qu'agricoles. Ces services concernaient surtout la protection contre les risques de dommages non agricoles. La SAMDA devient alors le premier assureur des communes de France et incarne l'ouverture vers d'autres marchés. En 1972, a été fondée la Société des Organisations Agricoles pour l'Assurance Vie (SORAVIE) qui fournit des services centrés sur l'assurance vie. En 1975, création de SOS-AMA qui œuvrait dans l'assistance généralisée.

L'année 1986 marque le regroupement de l'AMA, la SAMDA, SORAVIE et SOS-AMA en une seule entité : Groupama.

L'année suivante, Groupama lance le Plan d'assurance des particuliers. Il s'agit du premier contrat assurant à la fois l'habitation, l'automobile, la santé de toute la famille, y compris l'assurance vie et la protection juridique.

En 1995, la loi de 1900 est modifiée. Les avantages fiscaux mais aussi les contraintes imposées par la loi de 1900 disparaissent. Les caisses d'AMA sont désormais autorisées à assurer des non agriculteurs et absorbent donc la SAMDA. Dès lors, tous les assurés non agricoles de Groupama deviennent des sociétaires à part entière de leur mutuelle et Groupama devient la première mutuelle d'assurance en France.

A la fin des années 1990, Groupama fait le choix d'une croissance rentable, qui se traduit par l'acquisition de Gan, des regroupements régionaux et des opérations de croissance à l'étranger. En effet, en 1998, Groupama acquiert le GAN qui donne naissance au troisième groupe d'assurance généraliste français. L'année 2001 a été marquée par le lancement du schéma de regroupement des caisses régionales. En 2002, la filiale Groupama Banque est créée et c'est en 2003 que Groupama décide de généraliser l'offre bancaire à l'ensemble des Caisses Régionales. Entre 2004 et 2010, Groupama envisage une diversification à l'international avec notamment l'ouverture de la première succursale en Chine.

L'année 2011 a été marquée par la crise de la dette dans la zone euro, notamment en Grèce, et par une forte dégradation des marchés financiers, qui ont affecté la situation financière de Groupama. Dans ce contexte, le groupe a mis en œuvre des mesures destinées à renforcer la solvabilité tout en poursuivant l'amélioration de la rentabilité opérationnelle. Après un redressement opéré au cours de l'année 2013, Groupama œuvre actuellement au renforcement de ses fondamentaux.

Enfin, dernier fait marquant en date pour Groupama qui, au début du mois de juillet, adopte un nouveau logo institutionnel, plus adapté à sa communication de Groupe « corporate ».

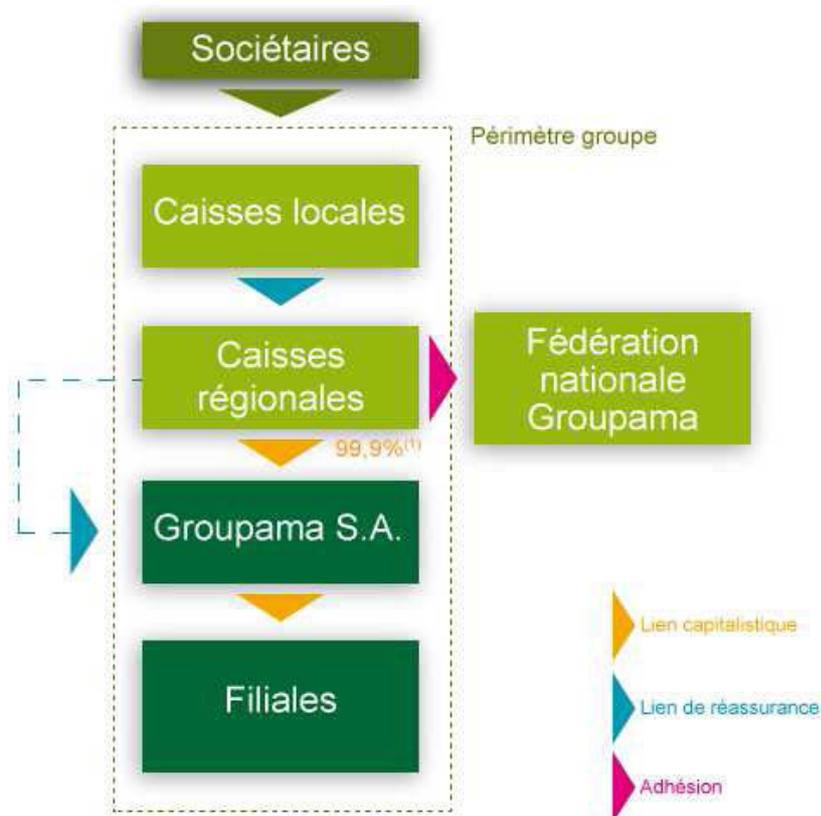


B) Mutualisme et gouvernance

Groupe d'assurance centenaire, Groupama s'est développé et adapté aux défis économiques et aux besoins de ses sociétaires et clients, tout en préservant ses principes d'action hérités du mutualisme agricole.

Pour répondre au mieux aux attentes et aux besoins de ses clients, Groupama fonctionne selon une gouvernance originale. En effet, les administrateurs de la mutuelle sont des sociétaires élus qui contrôlent le Groupe. A la fois clients et responsables de la performance économique du Groupe, ils veillent à l'attractivité et la compétitivité de l'offre. Le pilotage opérationnel de l'entreprise est assuré par les équipes exécutives.

Dans le système mutualiste, les sociétaires élisent leurs représentants au niveau local qui élisent à leur tour leurs représentants aux niveaux régional et national. Chaque décision importante fait l'objet d'une réflexion collective en amont dans le cadre des assemblées générales, conseils d'administration, commissions et réunions de travail.



Au niveau national, Groupama est organisé autour de trois entités : la Fédération nationale Groupama, Groupama S.A, et Groupama Holding qui porte les participations des caisses régionales dans Groupama S.A. La gouvernance du groupe repose sur un système électif et le partage des responsabilités.

Les assurés sont sociétaires des caisses locales, ils élisent des représentants aux niveaux local et régional. Ces représentants prennent part aux orientations du Groupe au niveau national.

Concernant les caisses régionales et locales, Groupama compte neuf caisses régionales métropolitaines, deux caisses régionales Outre-mer et deux caisses régionales spécialisées (entreprises mutuelles de plein exercice), et les 3600 caisses locales qui leur sont rattachées, constituent la base de l'organisation territoriale du système mutualiste.

La Fédération nationale Groupama est une association qui regroupe les caisses régionales. Cette fédération nationale définit et contrôle les grandes orientations du Groupe. Elle joue le rôle d'Organisation Professionnelle Agricole (OPA), au nom des caisses régionales. De plus, elle valorise et promeut les principes d'action mutualistes.

Groupama S.A pilote les activités opérationnelles du Groupe, réassure les caisses régionales et les filiales, et met en œuvre le programme de réassurance du Groupe.

Groupama Holding quant à elle, exerce, pour le compte des caisses régionales qui détiennent à 100% Groupama Holding, le contrôle de l'actionnariat de Groupama S.A.

Groupama est un groupe qui regroupe trois marques : Groupama, GAN et Amaguiz. GAN et Amaguiz sont donc des filiales de Groupama. GAN qui est une marque qui appartient à Groupama depuis 1998, est historiquement l'assureur des créateurs d'entreprises, des PME et des professionnels. Amaguiz est une marque de Groupama lancée en 2008, dédiée exclusivement à la distribution directe par internet.



C) Les produits et services proposés par Groupama

A l'origine mutuelle agricole, Groupama a enrichi son expertise au bénéfice de l'ensemble des acteurs socio-économiques particuliers, professionnels, entreprises et collectivités. Outre l'activité d'assurance, Groupama a développé de nombreux produits financiers et services pour répondre aux besoins de ses clients.

▪ Assurances de la personne :

- santé individuelle
- prévoyance, retraite, vie, épargne
- assurances collectives
- épargne salariale

▪ Différentes gammes de produits de responsabilité civile et de dommages aux biens, par marché :

- particuliers : assurance automobile, multirisques habitation
- agricole : risques liés à l'exploitation agricole (bâtiments, matériel)
Responsabilités, aléas climatiques, risques financiers
- artisans / Commerçants : risques professionnels
- entreprises : assurance des biens (incendie, dégâts des eaux, vol) et des responsabilités
- collectivités locales / Associations : patrimoine, véhicules, associations, personnel des collectivités

▪ Offre bancaire et d'épargne salariale

- banque des particuliers
- épargne salariale

▪ Autres activités financières :

- gestion d'actifs avec Groupama Asset Management
- gestion d'actifs immobiliers, en particulier ceux des compagnies d'assurances du Groupe avec Groupama immobilier
- gestion des opérations bancaires du Groupe et conservation des portefeuilles titres de toutes les entités du Groupe avec Groupama Banque

▪ **Services :**

- Centres CENTAURE
- Assistance
- Télésécurité
- Réparation en nature : France Maintenance Batiment

D) Organisation nationale de Groupama



Groupama comprend neuf caisses régionales : Groupama Paris Val de Loire, Groupama Nord Est, Groupama Grand Est, Groupama Rhône-Alpes Auvergne, Groupama méditerranée, Groupama d'OC, Groupama Centre Atlantique, Groupama Loire Bretagne, et Groupama Centre Manche.

Groupama compte également deux caisses d'outre-mer (Antilles-Guyane, Océan Indien) et deux caisses spécialisées (Misso et Producteurs de tabac).

Il faut également préciser que Groupama a connu, de 2005 à 2008, une intensification des acquisitions à l'international. En effet, aujourd'hui, Groupama est présent dans treize pays, que ce soit en Europe, en Asie ou encore en Afrique.

§2. Groupama Centre Manche



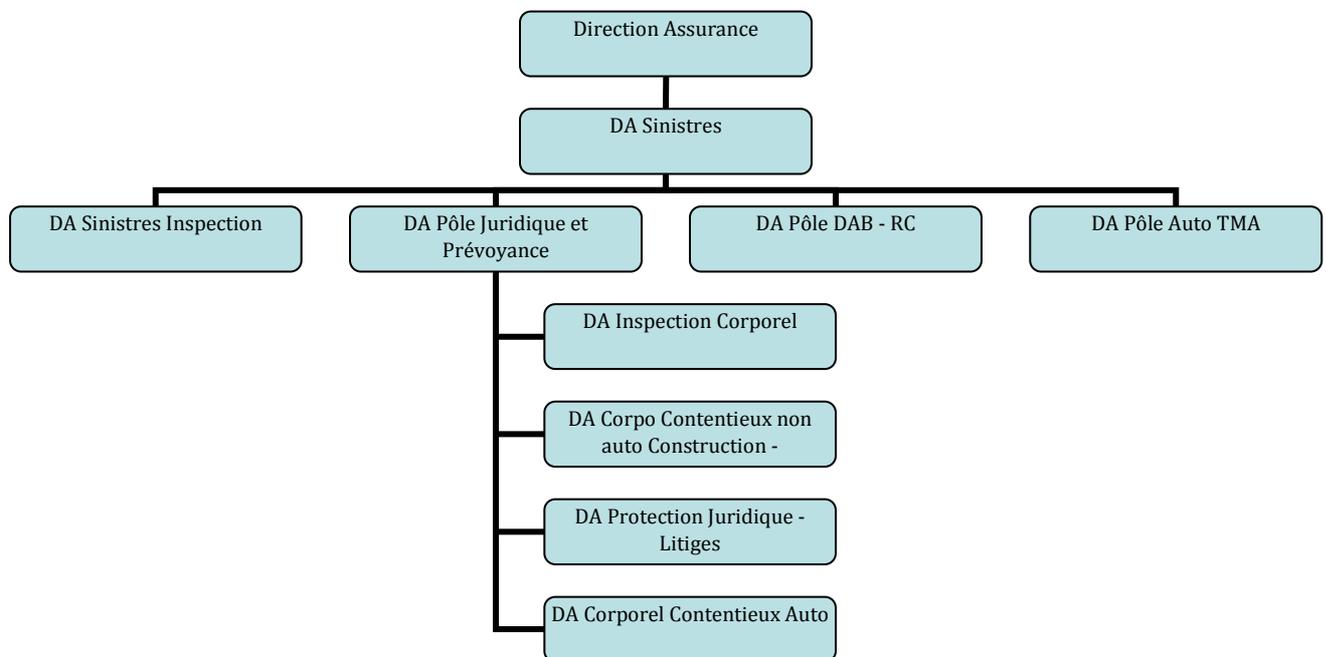
Le 1^{er} décembre 2003, Groupama Centre Manche a été constitué par une fusion entre Groupama Normandie, Groupama Eure-et-Loir et Groupama du Maine.

Groupama Centre Manche comprend huit départements couverts sur quatre régions administratives :

- Calvados, Manche et Orne pour la région Basse Normandie
- Eure-et-Loir pour la région Centre
- Eure et Seine Maritime pour la région Haute Normandie
- Sarthe et Mayenne pour la région Pays de la Loire

Le siège social de Groupama Centre Manche se situe à Chartres. Il existe cinq sites de gestion : Caen, Bois Guillaume, Saint-Lô, Evreux, Le Mans.

§3. Le service Corporel Contentieux Auto



Le service corporel contentieux auto gère tous les sinistres dans lesquels une victime a subi un dommage corporel. Tous les dossiers automobiles sont gérés sur le site du Mans alors que les dossiers RC et PJ sont gérés par le site d'Evreux.

La responsable du pôle juridique et prévoyance est Jocelyne COLOMBEL. Au sein du service Contentieux corporels du Mans, la responsable est Chantal FROGER.

Le service est composé de huit gestionnaires : Sylvaine MARTIN (animatrice), Betty CHAUSSON, Valérie GALLAND, Mathilde GAUER PAULIN, Clarisse GIRLANDA, Marie-Claire LEROY, Estelle NOEL, Tania TRIFAULT, François-Michael BOUTTIER (CDD), Antoine De la Sayette (Contrat d'alternance), Gilliane MORDELLET (CDD), et d'un inspecteur corporel (Bruno LENOIR).

La répartition des dossiers entre chaque gestionnaire se fait en fonction du département et du nom du sociétaire. Ensuite, il faut tenir compte du coût du dossier. Les gestionnaires de classe 4 (statut non cadre) sont en charge des dossiers dont le coût est inférieur ou égal à 60 000 € par victime, au-delà, les dossiers seront gérés par les gestionnaires de classe 5 (statut cadre).

Depuis le mois de mai 2013, il n'existe plus de dossier papier. La transmission des pièces d'un dossier se fait par la Gestion électronique des données (GED).

L'ouverture de l'ensemble des dossiers se fait par la plateforme GROUPAMA-FIL à CAEN suite à l'appel du sociétaire pour déclarer son sinistre. GROUPAMA-FIL ouvre alors un dossier, ouvre les garanties contractuelles ou la responsabilité civile automobile et met en place une mission d'expertise matérielle. La déclaration est ensuite transférée au gestionnaire pour que ce dernier poursuive la gestion du dossier matériel mais aussi la gestion de la partie corporelle.

Lors de la reprise du dossier par le gestionnaire, ce dernier se positionnera sur les responsabilités dans le cadre du droit commun mais aussi dans le cadre des conventions, vérifiera les circonstances de l'accident, notamment en appelant les autorités (gendarmerie/ commissariat de police) pour vérifier si elles sont intervenues et si une procédure est en cours. Cet appel permettra également au gestionnaire d'obtenir des précisions sur les personnes blessées, leur qualité dans le véhicule, le nom des tiers et de leur compagnie d'assurance.

Ensuite le gestionnaire ouvrira les garanties contractuelles ou la responsabilité civile concernant la partie corporelle, il provisionnera le dossier et enverra un courrier au sociétaire. Ce courrier est un accusé de réception dans lequel le gestionnaire indiquera au sociétaire les responsabilités qui sont retenues, l'informerá de la franchise éventuelle qui restera à sa charge et lui adressera un questionnaire corporel, ainsi qu'une attestation sur l'honneur concernant le dépistage de l'alcoolémie et/ ou stupéfiants.

Lors de mon stage, la première phase était une phase d'observation dans laquelle j'ai pu prendre connaissance des différents logiciels et des outils juridiques avec lesquels travaillent les gestionnaires. Parmi ces outils juridiques, les gestionnaires utilisent les contrats d'assurance distribués par Groupama (le contrat « conduire » pour les voitures des particuliers, le contrat 2/3 roues pour les motocyclettes, le contrat TMA97 pour les tracteurs et le matériel agricole), la loi Badinter du 5 juillet 1985, la convention IRSA (convention Indemnisation Règlement des Sinistres Automobiles), la convention IRCA (convention Indemnisation et de Recours Corporel Automobile), le Code des assurances, le Code de la route, le PAOS (protocole d'accord entre les assureurs et les organismes sociaux), la jurisprudence.

Lors de la deuxième phase, j'ai été chargée de travailler sur les déclarations des sociétaires. Mon rôle était de déterminer les responsabilités, sélectionner les garanties, appeler la gendarmerie pour obtenir des informations sur les circonstances de l'accident, provisionner le dossier et envoyer les courriers d'accusé réception, ainsi que le questionnaire blessures. Ensuite, grâce à l'autonomie que j'ai pu acquérir, j'ai pu effectuer d'autres phases de gestion en matière corporelle comme traiter des pièces c'est-à-dire réceptionner des pièces médicales, missionner des médecins experts, évaluer des préjudices et proposer une offre d'indemnisation. Pour la partie matérielle, j'étais chargée d'échanger informatiquement avec les experts matériels, traiter des rapports d'expertise matérielle à savoir procéder au règlement du montant des réparations chiffré par l'expert ou encore régler le montant de la valeur à dire d'expert (VRADE), puis ensuite exercer un recours à l'encontre de la compagnie adverse lorsque l'assuré n'était pas responsable de l'accident. Enfin, j'ai également été amenée à réceptionner les appels des sociétaires principalement, mais également des experts, ou encore des gestionnaires des compagnies adverses. Cette tâche m'a permis d'apporter un soutien à l'équipe pendant la période estivale.

Deux inspecteurs corporels sont présents au sein de Groupama Centre Manche, le premier gère les départements de la Sarthe, l'Orne, la Mayenne, la Manche, et le deuxième gère les départements de l'Eure-et-Loir, l'Eure, la Seine-Maritime, et le Calvados. Durant mon stage, j'ai d'ailleurs pu participer à une mission avec l'inspecteur corporel présent au sein du service. Dans le premier dossier, j'ai été à la rencontre d'une

victime pour lui proposer une offre d'indemnisation sur la base des conclusions du rapport médical du médecin expert qui l'avait examinée. Dans le second dossier, je me suis rendue chez l'employeur d'une victime, gravement blessée au cours de son activité professionnelle, pour enquêter sur les circonstances, recueillir des témoignages, récupérer des documents et expliquer au sociétaire les garanties pouvant être mises en jeu.

Les différentes tâches effectuées au cours de mon stage ont été très formatrices pour moi et m'ont permis de découvrir le métier de gestionnaire sinistres et de mettre en pratique mes connaissances théoriques acquises durant ma formation. J'ai pu me rendre compte des qualités que doit avoir un gestionnaire : dynamisme, réactivité, rigueur, sens de l'écoute, de l'analyse, de l'anticipation et de la synthèse.

Ce stage en entreprise m'a offert une véritable préparation à mon insertion professionnelle car ce fut pour moi une expérience enrichissante et complète.

Partie II : L'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'un accident de la circulation : de l'expertise médicale à l'offre d'indemnisation

INTRODUCTION

Jusqu'à la loi du 5 juillet 1985, les accidents de la circulation relevaient du droit commun de la responsabilité civile, c'est-à-dire des articles 1382 et suivants du Code civil. En pratique, l'indemnisation était souvent partielle et tardive.

La loi du 5 juillet 1985¹ « tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation », dite loi Badinter, avait un double objectif. D'une part, augmenter le nombre de victimes indemnisées (spécialement les non-conducteurs), en instituant des règles d'indemnisation spécifiques pour les accidents de la circulation, et d'autre part, une volonté d'améliorer le processus d'indemnisation des victimes en organisant la procédure d'offre transactionnelle.

Pour pouvoir enclencher le processus d'indemnisation, les victimes d'un accident de la circulation doivent remplir un constat amiable dont le recto, signé par les deux parties, constitue la déclaration de sinistre contradictoire. Celui-ci permettra à l'assureur de déterminer les responsabilités. De plus, l'assuré doit informer son assureur de l'accident, au plus tard dans les cinq jours ouvrés. Une fois la déclaration reçue, l'assureur du véhicule impliqué adresse un courrier à la victime, dans lequel est joint un questionnaire blessures². Ce questionnaire porte notamment sur la description des dommages corporels, l'activité professionnelle, l'identification des personnes fiscalement à charge et les tiers payeurs (organismes sociaux, mutuelles) appelés à verser des prestations. La victime devra impérativement remplir le questionnaire et le retourner dans les six semaines, afin de mettre en marche l'indemnisation.

L'assureur précise également que l'assuré doit obligatoirement fournir un premier certificat médical descriptif des blessures établi dans les jours suivant l'accident, et appelé certificat médical initial. Sur ce dernier, doit figurer la description précise et détaillée de toutes les lésions constatées, mais également une éventuelle incapacité totale de travail (ITT) en résultant. Ce certificat permettra à la victime de prouver l'existence de dommage corporel et demander réparation.

¹ Loi n°85-677 du 5 juillet 1985, dite loi Badinter

² Annexe 1

Le certificat médical initial et le questionnaire blessures permettront à l'assureur de provisionner au mieux son dossier. En effet, une compagnie d'assurance est obligée de provisionner, c'est-à-dire mettre de côté, au 31 décembre de l'année, le coût de tous les sinistres survenus pendant l'année. Lorsque l'assureur est informé d'un sinistre, il doit être en mesure d'évaluer son coût, et ce jusqu'à la clôture du dossier. La somme d'argent nécessaire est mise sur un compte spécial qui permet d'alimenter les provisions puis l'indemnisation de la victime.

En cas de doute pour le provisionnement du dossier, le gestionnaire du dossier peut avoir recours à l'utilisation d'un logiciel informatique permettant de donner des indications sur la gravité des blessures, et le temps nécessaire à la consolidation.

En outre, sur la base du certificat médical initial ainsi que du questionnaire corporel adressé au blessé, le gestionnaire peut faire réaliser une première évaluation sur pièces par un médecin conseil exerçant au siège de la compagnie³. Ce dernier étudiera les différentes pièces médicales qui ont été transmises par l'assuré, et donnera une évaluation qui servira de base à l'indemnisation proposée par l'assureur.

Lorsque la victime indique dans le questionnaire blessures qu'elle est guérie, ou que les blessures sont légères (hématomes, contusions) l'assureur peut en rester là et proposer une indemnisation. Il peut également demander à la victime des éléments constatant son état de guérison. Dans ce cas, soit le gestionnaire envoie à la victime une attestation de guérison, qu'elle devra renvoyer complétée et signée, soit il lui demande de fournir un certificat médical de guérison avec la date précise à laquelle son état est stabilisé. Au moment où l'assureur a connaissance de la consolidation, il peut présenter à la victime une indemnisation sans expertise médicale, ce que la loi du 5 juillet 1985 n'exclut pas.

Mais la question se pose de savoir comment l'assureur, en tant que non-professionnel de santé, peut-il déterminer et réparer les préjudices sérieux nés d'un dommage corporel et ne permettant pas une simple évaluation sur pièces, au regard des devoirs et des obligations qui lui incombent ?

³ Annexe 2

En effet, dans certaines situations, et notamment lorsque l'assureur ne dispose pas de renseignements suffisants ou qu'une simple évaluation sur pièces n'est pas envisageable du fait de l'importance des blessures, l'assureur missionnera un médecin expert. L'expertise demandée à ce médecin permet à l'assureur d'évaluer le dommage corporel de la victime, et ainsi de connaître rapidement la charge financière qu'il devra assumer.

Effectivement, le système d'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'un accident de la circulation repose sur la preuve du dommage corporel. L'expertise médicale, grâce à la compétence de professionnels de santé, permet d'apporter cette preuve. Les médecins vont procéder à une évaluation du dommage corporel et déterminer les lésions en lien avec l'accident (section I). Les juristes doivent ensuite traduire les informations médicales sur le terrain du droit ce qui leur permettra d'évaluer financièrement les différents postes de préjudice et ainsi proposer à la victime une offre d'indemnisation la plus complète possible (section II).

Section I : L'évaluation du dommage corporel

Lorsqu'une personne est victime d'un accident de la circulation, le dommage corporel doit être évalué pour permettre d'enclencher le système d'indemnisation. L'expertise médicale tient une place importante dans l'indemnisation du préjudice corporel, car elle permet de rapporter la preuve du dommage corporel (I). Le domaine de la réparation du dommage corporel a connu un réel changement lors de l'adoption de la loi du 5 juillet 1985. L'indemnisation des préjudices d'une victime d'un accident de la circulation a été pensée de façon précise et originale, créant ainsi plusieurs modes d'indemnisation (II).

§1. L'expertise médicale comme preuve du dommage corporel

L'expertise médicale se déroulera en différentes étapes. Les modalités de l'examen médical pratiqué à la demande de l'assureur sont prévues par la loi Badinter (A). Le médecin sera chargé d'évaluer le dommage corporel de la victime selon une liste de postes de préjudice (B).

A) Les modalités de l'expertise médicale

1-La recherche de l'imputabilité

La preuve du dommage corporel constitue un préalable à sa réparation, comme le prévoit l'article 1315 alinéa 1 du Code civil qui dispose que « celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver ». En vertu de cet article, la charge de la preuve appartient à la victime. Pour pouvoir obtenir réparation de l'éventuel préjudice corporel qu'elle a subi, la victime d'un accident de la circulation devra donc rapporter la preuve de la relation de cause à effet entre les blessures créées par le fait traumatique et les séquelles dont elle souffre.

En effet, un des principes essentiels du droit de la responsabilité est de réparer le dommage et rien que le dommage. Il faut replacer la victime dans la situation dans laquelle elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu. Or, il est difficile

pour l'assureur de déterminer les antécédents médicaux car il ne dispose pas de tous les éléments techniques lui permettant de faire la part des choses entre le traumatisme et les conséquences de l'accident. Le médecin conseil de la compagnie d'assurance est une des premières personnes qui peut, après l'étude des documents médicaux dont il dispose, déceler l'absence d'imputabilité entre les blessures de la victime et l'accident.

L'imputabilité médicale peut être définie comme « la notion qui permet d'admettre scientifiquement le lien existant entre un fait ou un événement et un état pathologique »⁴. Cette recherche de l'imputabilité constitue une étape majeure de l'expertise médicale. Lors de cette expertise, le médecin expert devra analyser l'imputabilité, c'est-à-dire rattacher un état à un événement. Il devra notamment déterminer si toutes les douleurs peuvent être reliées aux suites de l'accident.

Pour reconstituer les lésions initiales, le médecin dispose des documents médicaux fournis par la victime. Parmi ces documents figure le certificat médical initial qui est un élément indispensable et qui permet d'indiquer les lésions initiales. Il doit être établi dans les jours suivant l'accident pour permettre de rattacher les lésions à l'accident. Par ailleurs, une discussion avec la victime peut permettre au médecin de soulever un problème d'imputabilité.

De manière générale, pour permettre aux médecins de résoudre les difficultés liées à l'évaluation du dommage corporel, des critères d'imputabilité ont été définis. Les Docteurs Cordonnier et Muller, dans le Précis d'évaluation du dommage corporel 1997, ont déterminé sept critères :

- la réalité du traumatisme
- l'intensité du traumatisme
- l'absence d'antériorité
- la concordance entre le siège des lésions et les séquelles
- le délai entre l'événement initial et les troubles
- la continuité évolutive ou enchaînement clinique
- la certitude du diagnostic actuel

⁴ Précis d'évaluation du dommage corporel, Hélène Béjui-Hugues et Isabelle Bessières-Roques, Argus de l'assurance, p. 112.

Grâce à l'étude de ces critères, le médecin pourra déterminer l'existence d'un lien entre l'accident et l'état pathologique de la victime. Lors de la rédaction de son rapport, le médecin ne devra pas forcément détailler tous ces critères d'imputabilités. En revanche, la non-imputabilité devra quant à elle être expliquée de façon claire et précise pour l'assureur, le magistrat ou encore la victime.

Le plus souvent, la recherche de l'imputabilité ne posera pas de difficulté en raison de l'existence d'une relation de cause à effet évidente. Parfois, elle pourra se révéler difficile notamment du fait de l'existence d'un état antérieur.

Il est important de déterminer ce qui relève d'un état antérieur ou non. On parle d'état antérieur lorsque la victime était déjà atteinte de certains troubles au moment de l'accident, or dans ce cas, les troubles dont souffre la victime ne peuvent être imputables à l'accident de la circulation. L'état antérieur, au sens médico-légal, est donc constitué « par l'ensemble des antécédents susceptibles d'intervenir dans le processus pathologique faisant suite à un événement accidentel »⁵. La recherche de l'état antérieur sera effectuée lorsque les conséquences de l'accident sont disproportionnées par rapport au traumatisme subi.

Par exemple⁶, Madame Z a été victime d'un accident le 8 novembre 2013. Le même jour, elle consulte un médecin qui lui délivre un certificat médical initial mentionnant une contusion du rachis cervical. La victime consulte à nouveau son médecin le 10 décembre 2013 pour une douleur lombosciatique droite. Le 04/02/2014, Madame Z consulte un médecin qui prescrit un « scanner canal lombaire, bilan sciatique SI droite ».

Or lors de l'expertise, le médecin relève que cette douleur sciatique est apparue à l'époque de la consultation, c'est-à-dire début février 2014. Il affirme que la douleur lombosciatique droite apparue un mois après l'accident, ne peut pas être reliée aux suites de l'accident, du fait du délai d'apparition.

⁵ Précis d'évaluation du dommage corporel, Hélène Béjui-Hugues et Isabelle Bessières-Roques, Argus de l'assurance, p. 120.

⁶ Annexe 3

2-Le cadre de l'expertise médicale

L'expertise peut être soit amiable, soit judiciaire. Dans les deux cas, l'objectif de l'expertise médicale est d'éclairer le régleur de la compagnie d'assurance ou le magistrat sur des questions tant scientifiques que médicales. Cependant, l'expert médical ne doit en aucun cas déterminer et qualifier les chefs de préjudices, ni évaluer les préjudices. L'objet de l'expertise est de permettre d'évaluer le dommage corporel de la victime et de pallier le manque de connaissance médicale du juge ou de l'assureur sur des questions techniques précises.

Que l'expertise médicale soit amiable ou judiciaire, le médecin est chargé de qualifier le dommage lié au préjudice, selon les directives de la mission AREDOC (Association pour l'Etude et la Réparation du Dommage Corporel). En effet, afin d'évaluer le dommage corporel, l'AREDOC a élaboré une méthodologie permettant au médecin expert d'estimer les dommages en fonction de la nomenclature Dintilhac. L'AREDOC a donc élaboré une mission d'expertise intitulée « mission droit commun 2006 »⁷. La mission reprenait les différents chefs de préjudices proposés par la nomenclature. Cette mission a connu une mise à jour en 2009 et s'intitule maintenant « mission d'expertise médicale 2006 mise à jour 2009 ». La mission AREDOC est composée de 20 points. Les points 1 à 10 concernent la préparation de l'expertise et l'examen. Les points 11 à 20 concernent l'analyse et l'évaluation des postes de préjudice.

Il faut préciser que l'expert médical doit avoir une compétence médico-légale spécifique pour être capable d'évaluer les dommages que la mission lui demande. Il doit en effet être titulaire d'un diplôme universitaire de réparation juridique du dommage corporel.

L'expertise médicale se déroulera en plusieurs étapes. Dans un premier temps, le médecin devra avoir au préalable étudié les différentes pièces médicales relatives à l'accident et avoir pris connaissance de la situation personnelle et professionnelle de la victime. Le jour de l'expertise, le médecin doit indiquer les noms et la qualité des personnes présentes, plusieurs personnes pouvant être conviées en plus de la victime. Il peut y avoir un proche accompagnant la victime, un médecin qui l'assiste, son avocat,

⁷ Annexe 4

l'assureur protection juridique, l'inspecteur corporel, les parents ou le représentant légal en cas d'expertise d'un mineur ou d'une personne majeure protégée. Une discussion peut avoir lieu avant et après l'expertise entre tous ces intervenants pour respecter le principe du contradictoire mais les non-professionnels de santé n'assisteront pas à l'examen clinique. Lors de cette discussion, sera recueilli l'avis de la victime mais aussi celui de toutes les parties en cause.

Dans un deuxième temps, le médecin doit recueillir les doléances exprimées par la victime. Celle-ci s'exprimera sur les douleurs qu'elle ressent et les gênes qu'elle peut rencontrer dans sa vie quotidienne et qui sont la conséquence de l'accident. Le médecin devra étudier l'état antérieur de la victime ainsi que d'éventuels antécédents médicaux.

Dans un troisième temps se déroule l'examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales. Le médecin sera chargé de déterminer :

- le degré des souffrances endurées
- le degré du préjudice esthétique
- le taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)
- la durée de l'arrêt de travail éventuel
- la répercussion éventuelle des séquelles sur l'activité professionnelle, l'agrément, la vie sexuelle
- la nécessité de l'aide d'une tierce personne
- la date de consolidation

De manière générale, le médecin apprécie le dommage corporel subi avant et après consolidation dans son importance et sa diversité. Une fois l'examen terminé, le médecin devra rendre son rapport en rappelant la date de l'accident, la date et le lieu de l'expertise, la date de consolidation et l'évaluation médico-légale retenue.

a/ Le cadre amiable

Dans le cadre amiable, l'expertise peut être différente selon qu'elle est réalisée dans un cadre contractuel, légal ou conventionnel. La loi Badinter, qui est une loi d'indemnisation et non de responsabilité, impose à l'assureur d'indemniser les passagers, les piétons, et

les cyclistes. Si la victime avait au moment de l'accident une de ces trois qualités, le médecin expert devra établir ses conclusions selon le droit commun dans le cadre de la mission type droit commun⁸.

A l'inverse, le conducteur, qui est souvent la première victime des accidents de la circulation, est considéré par le législateur comme l'auteur des dommages, c'est-à-dire le responsable de l'accident. Ainsi, l'évolution légale de l'indemnisation des accidents de la circulation « n'a pas amélioré la situation des conducteurs qui apparaissent comme la catégorie des victimes négligées par la réforme tant sur le terrain de la responsabilité que sur celui de l'assurance »⁹. Par conséquent, dans le cadre de l'expertise médicale demandée pour un conducteur responsable de l'accident, et qui a souscrit la garantie « dommages subis par le conducteur du véhicule », seuls les postes de préjudice énumérés dans la mission donneront lieu à expertise.

Cependant, par le biais de la convention d'Indemnisation et de Recours Corporel Automobile (IRCA), le conducteur non responsable de l'accident pourra être examiné dans le cadre d'une expertise de droit commun. En effet, cette convention, qui concerne les accidents impliquant deux véhicules ou plus, prévoit par le jeu des mandats que le conducteur non responsable, blessé dans un véhicule, soit indemnisé directement par l'assureur du véhicule dans lequel il se trouvait. On parle dans ce cas d'assureur du transporteur, qui agira pour le compte de l'assureur responsabilité civile. A cet effet, si une expertise médicale est nécessaire, elle se fera dans le cadre du droit commun.

- ***Le cadre contractuel***

Tout d'abord, concernant le cadre contractuel, la législation actuelle ne prévoit pas d'indemnité pour les préjudices corporels subis par le conducteur. Si le conducteur est responsable de l'accident, l'assureur couvre ses dommages corporels que si celui-ci a souscrit une garantie personnelle du conducteur. Dans ce cas, le conducteur peut obtenir réparation de son préjudice via la garantie « dommages subis par le conducteur du véhicule » qu'il a souscrite. Contrairement à la réparation dans le cadre légal, l'indemnisation s'inscrira dans le cadre strict des garanties contractuelles. L'assureur doit demander au médecin expert de réaliser une expertise dans le cadre de la garantie « Accidents Corporels du Conducteur » et non dans le cadre de la loi Badinter.

⁸ Annexe 5

⁹ Droit du dommage corporel, Y. Lambert-Faivre, S. Porchy-Simon, Précis Dalloz, 6^{ème} édition, p. 675

L'indemnisation ne sera pas toujours celle d'une réparation de l'entier préjudice subi. Le contrat peut parfois prévoir un plafond de garantie et souvent une franchise, notamment sur le poste AIPP. Ainsi pour le contrat 2/3 roues proposé par Groupama, des seuils d'intervention existent pour l'invalidité permanente et l'incapacité temporaire. Le montant des garanties par sinistre pourra donc être différent en fonction de l'option choisie. Concernant la garantie « Accidents Corporels du Conducteur » du contrat « Conduire » proposé au sein de Groupama, il peut arriver que certains postes de préjudice ne soient pas indemnisés.

- ***Le cadre légal***

Ensuite, concernant le cadre légal, le décret d'application de la loi Badinter du 6 janvier 1986¹⁰ contient un chapitre consacré spécifiquement à l'examen médical à la demande de l'assureur.

L'article 16 du chapitre III dispose : « en cas d'examen médical pratiqué en vue de l'offre d'indemnité mentionnée à l'article 12 de la loi du 5 juillet 1985, l'assureur ou son mandataire avise la victime, quinze jours au moins avant l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen, ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Il informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister d'un médecin de son choix ». L'article 17 prévoit quant à lui que « dans un délai de 20 jours à compter de l'examen médical, le médecin adresse un exemplaire de son rapport à l'assureur, à la victime et, le cas échéant, au médecin qui a assisté celle-ci ». Ces deux articles, codifiés aux articles R. 211-43 et R. 211-44 du Code des assurances, exposent les obligations du médecin désigné par l'assureur vis-à-vis de la victime, et précisent les formalités à respecter en cas d'examen médical.

L'examen médical relève de la seule initiative de l'assureur. Il est pratiqué par un médecin de son choix, sous réserve de la possibilité de récusation que possède la victime dès qu'elle est informée du nom du médecin désigné par son assureur. Il faut préciser que cet examen n'est pas obligatoire. L'assureur, auquel incombe l'obligation de présenter une offre, appréciera, en fonction des éléments d'information qui sont à sa disposition, si un examen médical est, ou non, nécessaire pour déterminer cette offre.

¹⁰ Décret n°86-15 du 6 janvier 1986 pris pour l'application de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985

Les conclusions de l'examen permettront à l'assureur d'effectuer une offre qui sera soit provisionnelle si la victime n'est pas consolidée, soit définitive.

La mise en œuvre de l'examen émane de l'assureur ou de son mandataire, c'est-à-dire son médecin expert. Certaines formalités devront être respectées. En effet, le médecin expert désigné par l'assureur est tenu à un certain nombre d'obligations vis-à-vis de la victime. Les textes prévoient que l'assureur ou son mandataire devra aviser la victime, quinze jours au moins avant l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé de procéder à l'examen médical, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen, ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. La victime pourra se faire assister par le médecin de son choix. La victime peut refuser de se soumettre à l'examen médical ou encore contester le médecin qui a été choisi par l'assureur. Si aucun accord n'a été trouvé, l'assureur a la possibilité de saisir le juge des référés pour que celui-ci désigne un médecin « à titre d'expert », ce qui prolonge le délai de l'offre d'un mois.

Le médecin expert doit adresser un exemplaire de son rapport à l'assureur, à la victime et, éventuellement au médecin qui a assisté la victime, dans un délai de 20 jours à compter de l'examen médical. Toutefois, ce délai n'est pas assorti d'une sanction. Pour ne pas violer le principe du secret médical, la transmission du rapport intégral à l'assureur n'est pas possible. Seul le médecin conseil de la compagnie d'assurance est habilité à recevoir le rapport intégral. Il devra alors transmettre à l'assureur uniquement les conclusions médicales relatives à l'indemnisation.

La loi du 5 juillet 1985 encadre le droit pour la victime d'être assistée lors de l'expertise médicale. L'article L. 211-43 du Code des assurances, prévoit que la victime a le droit d'être assistée par le médecin de son choix. Ce médecin sera désigné soit par la victime elle-même ou éventuellement son conseil, soit par l'assurance exerçant son recours. Le médecin, qui assistera à l'examen pratiqué par le médecin expert, devra produire les pièces justificatives nécessaires au dossier. Le médecin assistant proposera ses propres conclusions, mais qui seront indépendantes de celles proposées par le médecin expert. En effet, chaque médecin devra établir son propre rapport et le communiquer à la personne qui les a missionnés. A réception du rapport du médecin expert, le médecin

assistant peut contester les conclusions de son confrère et il peut conseiller à la victime de refuser les conclusions s'il estime qu'elles ne sont pas justifiées. Etant précisé que tout refus doit être motivé.

- ***Le cadre conventionnel***

Enfin, dans le cadre de la convention IRCA mise en place le 1^{er} avril 2002, les relations entre assureurs sont organisées lorsqu'ils sont appelés à participer à l'indemnisation d'une victime atteinte d'une incapacité permanente partielle inférieure ou égale à 5%. Elle permet de désigner « dès la survenance de l'accident, l'assureur chargé, dans le respect de la loi du 5 juillet 1985 et de son décret d'application du 6 janvier 1986, d'instruire le dossier de la victime et de satisfaire à la procédure d'offre ». Ainsi, la désignation de l'assureur chargé d'instruire le dossier et de présenter une offre d'indemnisation est organisée, dès la survenance de l'accident, victime par victime, parmi les assureurs des véhicules impliqués dans l'accident.

Si la victime était au moment de l'accident, passager ou conducteur, d'un véhicule assuré auprès d'une société adhérente à la convention, le mandat est attribué à l'assureur de ce véhicule. En revanche, pour les piétons et les cyclistes, l'assureur mandaté est celui du véhicule responsable de l'accident. La désignation de l'assureur mandaté pourra être modifiée par la suite en cas d'AIPP supérieure à 5% ou en cas de décès de la victime. On peut préciser que dans ce cas, la convention se retrouve en opposition avec la loi Badinter. En effet, la convention précise que le mandat est octroyé à l'assureur transporteur, à la différence de la loi du 5 juillet 1985 qui donne mandat à l'assureur du responsable.

Une expertise médicale est obligatoire lorsque les blessures de la victime sont susceptibles d'entraîner une AIPP. Concernant la désignation de l'expert médical, il est prévu que c'est à l'assureur mandaté de le choisir sur une liste établie. Cette liste est mise à jour et communiquée dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la Commission Médicale. Cependant, les assureurs ont le choix de missionner un expert médical qui ne figure pas sur cette liste.

Si plusieurs experts médicaux participent à l'expertise médicale, ils devront tenter d'établir des conclusions communes. Dans ce cas, l'expertise peut être conjointe ou contradictoire.

L'expertise sera conjointe lorsqu'il apparaît que le taux d'AIPP peut excéder 5%. En effet, l'assureur mandaté proposera à l'assureur de responsabilité, ou aux assureurs de responsabilités, de faire participer un autre expert médical à l'examen de la victime. Ce dernier sera choisi sur la liste commune.

L'expertise peut s'avérer contradictoire lorsqu'il existe un désaccord de la victime, motivé par un document médical. La solution est alors pour l'assureur mandaté d'organiser une expertise amiable et contradictoire entre l'expert médical qu'il a désigné et celui que la victime aura choisi.

En cas d'échec de l'expertise conjointe et de l'expertise contradictoire, l'assureur mandaté propose à la victime ou à son assureur une liste de trois experts médicaux sur laquelle il désignera l'arbitre de son choix. L'assureur mandaté peut recourir directement à l'arbitrage médical sans pour autant organiser d'expertise contradictoire. La mission d'arbitrage¹¹ devra être conforme à la mission visée à l'annexe 4 de la convention, c'est-à-dire la mission d'expertise médicale AREDOC (mission 2006). Il faut préciser que dans ce cas, la décision du médecin arbitre a la valeur d'une expertise judiciaire.

Concernant l'opposabilité des conclusions entre assureurs, plusieurs situations sont à distinguer. Tout d'abord, si le taux d'AIPP est inférieur ou égal à 5%, les conclusions de l'expert médical seront incontestables, sauf erreur médico-légale manifeste c'est-à-dire lorsque le médecin méconnaît un état antérieur ou une aggravation, ou s'il retient à tort une imputabilité. Ensuite, si le taux d'AIPP est compris entre 6% et 10%, les conclusions de l'expert médical sont incontestables (sauf en cas d'erreur médico-légale manifeste) dès lors que l'assureur mandaté a proposé aux autres assureurs de participer à une expertise amiable et contradictoire et que ceux-ci ont refusé. Enfin, lorsque le taux d'AIPP se trouve supérieur à 10%, la contestation des conclusions de l'expert médical est possible.

¹¹ Annexe 6

b/ Le cadre judiciaire

Le juge ordonnera une expertise, confiée à un médecin expert judiciaire agréé. Le choix de l'expert est libre. Cependant, tous les ans, il est établi une liste nationale dressée par le Bureau de la Cour de cassation qui désigne les experts agréés par la Cour de cassation et une liste dressée par chaque Cour d'appel qui désigne les experts près la Cour d'appel. L'établissement de cette liste permet aux juges de guider leurs choix. La loi du 29 juin 1971, modifiée par la loi du 11 février 2004¹², prévoit que les pratiques et connaissances de l'expert devront être contrôlées. Il faut également préciser que l'expert doit solliciter sa réinscription tous les cinq ans. Le médecin expert judiciaire peut être défini comme « tout médecin, inscrit ou non sur une liste judiciaire, qui reçoit pour une affaire donnée une mission d'expertise du juge »¹³.

L'expertise judiciaire constitue une mesure d'instruction. Elle permet au juge d'obtenir des informations sur des questions purement techniques et qui excèdent ses connaissances propres. A cet effet, l'article 145 du Code de procédure civile dispose que « s'il existe un motif légitime de conserver ou d'établir avant tout procès la preuve de faits dont pourrait dépendre la solution d'un litige, les mesures d'instruction légalement admissibles peuvent être ordonnées à la demande de tout intéressé, sur requête ou en référé ».

Avant l'expertise médicale, l'expert doit se faire communiquer pour examiner tous documents utiles comme le dossier médical et plus généralement tous documents médicaux. L'expert médical désigné devra examiner les victimes et décrire les lésions imputables à l'accident dont elles ont été victimes. Après l'étude des documents communiqués relatifs aux examens, soins et interventions pratiqués, il indiquera l'évolution des lésions et préciser si celles-ci sont bien en relation directe et certaine avec l'accident. Un magistrat sera désigné, et sera chargé du contrôle des expertises pour suivre les opérations d'expertise et en cas d'empêchement de l'expert, procéder d'office à son remplacement. L'expert devra tenir informé ce magistrat de l'exécution de sa mission et de toute difficulté qu'il pourrait rencontrer pour l'accomplir.

¹² Loi n° 2004-130 du 11 février 2004 réformant le statut de certaines professions judiciaires

¹³ Droit du dommage corporel, Y. Lambert-Faivre, S. Porchy-Simon, Précis Dalloz, 6^{ème} édition, p. 92

L'expert soumettra aux parties un pré-rapport et leur impartira un délai d'au moins quatre semaines pour remettre leurs dires à l'issue duquel il déposera son rapport définitif. L'expert devra déposer son rapport dans les quatre mois de la saisine.

Dans ce cadre, les assureurs mandatent également un expert, c'est la situation de l'assistance à expertise judiciaire. Le médecin expert pourra être saisi ou bien par la compagnie d'assurance ou bien par la victime blessée. Dans les deux cas, son rôle sera de défendre les intérêts de la partie qu'il assiste. Il devra notamment s'assurer que l'assureur ne soit pas condamné à prendre en charge des dommages qui ne sont pas imputables à l'accident lorsqu'il est missionné par la compagnie d'assurance. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'il intervient pour la victime blessée, il doit en amont préparer le dossier et vérifier que lors de l'expertise médicale, tout le dommage sera bien pris en compte. L'objectif est de respecter le principe du contradictoire.

B) Les préjudices corporels pris en compte pour l'indemnisation

L'AREDOC est l'association pour l'Etude de la Réparation du Dommage corporel. Cette association a été créée en 1997 à l'initiative du Docteur Claude Rousseau. L'AREDOC est un organisme professionnel composé d'assureurs, de réassureurs, ainsi que des organismes intéressés par les problèmes posés par l'évaluation et la réparation du dommage corporel.

La nomenclature Dintilhac est issue du rapport du groupe de travail dirigé par Jean-Pierre Dintilhac et composé de magistrats d'avocats, de professeurs de droit et d'experts. Les différents intervenants étaient chargés d'élaborer une nomenclature unifiée des postes de préjudices corporels. Cette nomenclature, adoptée en 2006, comprend une liste exhaustive des différents postes de préjudice dont une victime peut demander réparation. Cette classification des préjudices sert de référentiel pour les assureurs, les magistrats et les avocats. Cette innovation permet une meilleure évaluation et indemnisation des préjudices corporels, ainsi qu'une harmonisation des décisions de justice. Cette nomenclature n'est qu'une recommandation, elle n'a donc pas de valeur légale. Cependant elle est largement utilisée par tous et tend peu à peu à s'imposer.

La nomenclature comprend 27 postes.

-20 postes pour la victime directe, répartis en 10 postes patrimoniaux et 10 postes extra patrimoniaux.

-7 postes pour la victime indirecte, étant précisé qu'une distinction est faite selon que la victime directe est vivante ou non.

Cette nomenclature a apporté des modifications et notamment la suppression des postes à caractère hybride comme l'Invalidité Temporaire Totale (ITT) et l'Invalidité Permanente Partielle (IPP). En effet, désormais, l'ITT se décompose entre le déficit fonctionnel temporaire (DFT) et les pertes de gains professionnels actuels (PGPA). L'incapacité permanente a été remplacée par la définition européenne de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP).

Il faut faire la distinction entre les préjudices de la victime directe et ceux de la victime par ricochet, mais également distinguer les préjudices patrimoniaux des préjudices extrapatrimoniaux, et enfin les préjudices à caractère temporaire, c'est-à-dire avant consolidation, et les préjudices à caractère permanent, c'est-à-dire après consolidation.

1-Les préjudices patrimoniaux

a/ Les préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

➤ *Dépenses de santé actuelles (DSA)*

La nomenclature définit ce poste comme « l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques ». Il faut préciser que la plupart du temps le paiement de ces dépenses est pris en charge par les organismes sociaux. Cependant, si des frais médicaux restent à la charge de la victime à la suite de l'accident et ceci après l'intervention des organismes sociaux, celle-ci devra produire les bordereaux de remboursement des organismes sociaux (sécurité sociale et complémentaire santé).

➤ **Frais divers (FD)**

Il s'agit « des frais susceptibles d'être exposés avant la date de consolidation des blessures ». Ce poste, par nature temporaire, concerne notamment les honoraires du médecin expert ou encore des frais de transport pour se rendre à une expertise médicale.

➤ **Pertes de gains professionnels actuels (PGPA)**

Elles sont définies comme « les pertes actuelles de revenus éprouvées par la victime du fait de son dommage. Il s'agit de compenser une invalidité temporaire spécifique, qui concerne uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation ». Ces pertes peuvent être totales ou partielles.

b/. Les préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)

➤ **Dépenses de santé futures (DSF)**

Elles correspondent aux « frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après consolidation ».

➤ **Frais de logement adapté (FLA)**

Il s'agit « des frais que la victime doit déboursier pour adapter son logement à son handicap et bénéficier ainsi d'un habitat en adéquation avec son handicap ».

➤ **Frais de véhicule adapté (FVA)**

Ce poste concerne les dépenses nécessaires que doit engager la victime d'un handicap permanent pour adapter un ou plusieurs véhicules à ses besoins.

➤ **Assistance par tierce personne (ATP)**

Une fois consolidée, la victime peut avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer certains actes de la vie quotidienne comme le ménage, les courses, la toilette.

➤ ***Pertes de gains professionnels futurs (PGPF)***

Il s'agit « d'indemniser la victime de la perte ou de la diminution des revenus consécutives à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage ». Ce poste permet de compenser la perte d'un emploi, le fait de devoir avoir un emploi à temps partiel, ou encore le reclassement professionnel.

➤ ***Incidence professionnelle (IP)***

Ce poste recouvre « les préjudices touchant à l'activité professionnelle autres que celui résultant de la perte ou de la diminution des revenus déjà indemnisés au titre de la perte des gains professionnels futurs (perte de chance, augmentation de la pénibilité) ».

➤ ***Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSUF)***

Il permet de réparer « la perte d'année(s) d'étude, que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre, consécutive à la survenance du dommage ».

2-Les préjudices extrapatrimoniaux

a/. Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation)

➤ ***Déficit fonctionnel temporaire (DFT)***

Ce poste de préjudice cherche à « indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation ». Depuis la nomenclature Dintilhac, l'Incapacité Temporaire de Travail (ITT) a été divisée en deux postes de préjudice distincts : d'une part, les pertes de gains professionnels actuels et d'autre part, le déficit fonctionnel temporaire. Cela permet ainsi de cantonner les pertes de gains à la réparation exclusive du préjudice économique temporaire subi par la victime du fait de l'accident, c'est-à-dire aux pertes actuelles de revenus exposées par la victime du fait de son dommage, avant consolidation.

➤ ***Souffrances endurées (SE)***

Elles correspondent à « toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que les troubles associés que doit endurer la victime durant la maladie traumatique, c'est-à-dire du jour de l'accident à celui de la consolidation ». A compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent (AIPP).

➤ ***Préjudice esthétique temporaire (PET)***

Le groupe de travail explique « qu'il a été observé que pendant la maladie traumatique la victime subissait bien souvent des atteintes physiques voire une altération de son apparence physique, certes temporaires, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers ».

b/ Les préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation)

➤ ***Déficit fonctionnel permanent (DFP)***

Il s'agit de l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) qui peut se définir comme « la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomophysiologique ». Dans un arrêt du 28 mai 2009¹⁴ (n°08-16.829) la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation a réaffirmé la définition du déficit fonctionnel permanent en jugeant que ce déficit recouvre, une fois la consolidation intervenue, « les atteintes aux fonctions physiologiques, la perte de la qualité de vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales ». Pour permettre d'indemniser ce poste de préjudice, il faut multiplier la valeur du taux retenu par une valeur donnée. Plus le taux d'AIPP est élevé, plus la valeur du point est haute, en revanche, cette valeur diminue en fonction de l'âge de la victime¹⁵.

➤ ***Préjudice d'agrément (PA)***

Il intervient lorsque la victime ne peut plus, du fait de l'accident, exercer une activité spécifique sportive ou de loisirs. Il faut préciser que la victime ne peut demander

¹⁴ Annexe 7

¹⁵ Annexe 8

réparation d'un préjudice d'agrément que pour une activité qu'elle pratiquait avant l'accident et non pour une activité qu'elle ne pourra plus faire du fait de l'accident mais qu'elle n'avait jamais pratiquée avant l'accident.

➤ ***Préjudice esthétique permanent (PEP)***

Il permet de « réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime, notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage ».

➤ ***Préjudice sexuel (PS)***

Il comprend tous les préjudices touchant à cette sphère et notamment le préjudice morphologique, ou encore le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer.

➤ ***Préjudice d'établissement (PE)***

Ce poste de préjudice permet de réparer « la perte d'espoir, de chance ou toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale « normal », en raison de la gravité du handicap permanent dont reste atteinte la victime après sa consolidation ». Il s'agit notamment de la perte d'une chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants.

§2. Les modes d'indemnisation

Les assureurs cherchent à maintenir le caractère amiable d'un dossier en mettant en œuvre la procédure légale d'indemnisation à l'amiable (A). Il arrive parfois qu'en cas de désaccord de la victime sur l'appréciation de son droit à indemnisation, le dossier se judiciaire. L'indemnisation sera alors judiciaire (B).

A) La prédominance pour l'indemnisation à l'amiable

1-Un principe inscrit dans la loi Badinter

La loi, qui oblige l'assureur à mettre en œuvre la procédure légale d'indemnisation à l'amiable, prévoit que les passagers, les piétons et les cyclistes victimes ont un droit à

indemnisation. Cependant, ils peuvent se voir priver de ce droit à indemnisation s'ils ont recherché volontairement le dommage, ou s'ils ont commis une faute inexcusable qui est la cause exclusive de l'accident. Néanmoins, cette faute ne pourra pas être opposée à une victime âgée de moins de seize ans ou de plus de soixante-dix ans, ou encore si la victime est atteinte d'une incapacité permanente ou d'une invalidité au moins égale à 80%. Les conducteurs de véhicules terrestres à moteur ont également un droit à indemnisation, sauf lorsqu'ils sont responsables de l'accident. En effet, la faute du conducteur peut limiter voire exclure son droit à indemnisation.

Les compagnies d'assurance ne souhaitent pas qu'un dossier se judiciaire pour différentes raisons. Tout d'abord, pour des enjeux financiers. En effet, en cas de judiciarisation du dossier, il paraît difficile pour l'assureur d'effectuer de bonnes provisions. A défaut de connaître la victime et son évolution, l'assureur risque de se retrouver avec un dossier mal provisionné, soit parce que la provision sera trop élevée, soit à l'inverse parce que la provision sera trop faible. Il faut également préciser que les coûts de gestion d'un dossier judiciaire sont lourds. Il faudra prévoir des frais d'avocat, et des frais d'assistance à expertise. De plus, les indemnisations versées par les tribunaux sont en générales supérieures à celles des montants transactionnels.

Ensuite, pour des enjeux de durée. Le temps de gestion d'un dossier judiciaire est plus long qu'un dossier à l'amiable. L'indemnisation versée à la victime sera tardive, ce qui peut constituer un problème car la victime devra avancer les frais.

Enfin, pour la victime. La victime aura souvent plus de difficulté à se faire entendre dans le cadre judiciaire que dans un dossier amiable, où la victime pourra obtenir des provisions d'indemnisation.

Tant l'assureur que la victime ont donc intérêt à maintenir le caractère amiable d'un dossier. La victime doit être écoutée, et informée régulièrement de l'avancement de son dossier, d'où le rôle important de l'inspecteur corporel.

2-Le rôle de l'inspecteur corporel

Dans de nombreuses compagnies d'assurance, et notamment au sein de Groupama Centre Manche, des inspecteurs corporels sont présents. C'est le gestionnaire du dossier qui décidera de missionner l'inspecteur corporel. Avant de partir en mission, l'inspecteur corporel prépare son dossier, c'est-à-dire qu'il étudie les éléments en sa possession (factures, certificats médicaux, conclusions du rapport d'expertise).

L'inspecteur corporel sera missionné par le gestionnaire soit à l'ouverture du dossier soit en cours de gestion. A l'ouverture du dossier, l'inspecteur corporel recevra une mission pour tout dossier dans lequel la victime présente des blessures graves, et notamment pour enquêter sur les circonstances de l'accident, recueillir des preuves et des témoignages et rapports de police auprès des parties impliquées dans le sinistre, ainsi qu'apprécier les responsabilités et les préjudices. Il aura pour mission de vérifier les garanties et les couvertures prévues dans les contrats d'assurances lors de déclaration de sinistre.

En cours de gestion du dossier, l'inspecteur corporel aura pour rôle d'évaluer le montant des préjudices qu'ils soient corporels, ou économiques. Il pourra faire une offre à la victime qu'elle soit provisionnelle ou définitive. Il peut conseiller la victime dans les différentes étapes du dossier et notamment lui expliquer les différentes garanties mises en jeu. L'inspecteur peut également être amené à assister à une expertise médicale. Enfin, il pourra engager et suivre des procédures dans un cadre contentieux auprès des juridictions concernées.

L'intérêt commun pour la victime et pour la compagnie d'assurance est de ne pas aller sur le terrain judiciaire et de transiger avec la victime à l'amiable. En allant voir les victimes, l'inspecteur peut ainsi négocier directement l'offre d'indemnisation avec elles, lorsqu'elles sont en désaccord. Cela permet ainsi que la victime obtienne une indemnisation plus rapidement que lorsque les échanges se font par des courriers.

Etude de deux dossiers en cours de gestion à Groupama Centre Manche dans lequel un inspecteur corporel est intervenu.

Le premier dossier était le suivant : le 15 juin 2013, Monsieur X perd le contrôle de sa voiture. Madame Y, passagère du véhicule au moment de l'accident, est blessée. Sur le certificat médical initial de Madame Y, daté du 19 juin 2013, le médecin mentionne que Madame Y souffre d'une fracture du calcanéum droit, d'une fracture du sternum et d'une fracture de la deuxième côte droite.

Le 19 septembre 2013, le gestionnaire du dossier demande un avis au médecin conseil pour provisionner son dossier. Le médecin conseil prévoit : une hospitalisation de 6 jours, une gêne temporaire totale de 6 jours, une gêne temporaire partielle de classe 2 pendant 2 mois, 3/7 de souffrances endurées, la nécessité d'une tierce personne avant consolidation d'une heure par jour pendant 45 jours.

Le 30 septembre 2013, une mission d'expertise est demandée à un médecin expert. Ce dernier examine la victime le 22 octobre 2013, il rend un rapport provisoire¹⁶, l'état de Madame Y n'étant pas consolidé, et prévoit qu'une nouvelle expertise est nécessaire pour le mois d'avril 2014. Le 8 avril 2014, une nouvelle mission d'expertise est demandée au médecin expert.

L'examen a lieu le 29 avril 2014 et les conclusions sont les suivantes¹⁷ :

- hospitalisation du 15 juin au 17 juin 2013 (service des urgences)
- hospitalisation du 17 au 21 juin 2013 (Unité post accueil du Centre Hospitalier)
- Déficit fonctionnel temporaire total : du 15 juin au 21 juin 2013
- Déficit fonctionnel temporaire partiel de classe 3 du 22 juin au 9 août
de classe 1 du 10 août 2013 au 29 avril 2014

- Date de consolidation le 29 avril 2014
- Déficit fonctionnel permanent : AIPP de 4%
- Souffrances endurées de 3/7
- Préjudice d'agrément : randonnées
- Absence de frais futurs post-consolidation

¹⁶ Annexe 9

¹⁷ Annexe 10

- Absence de nécessité d'aide humaine post-consolidation
- Absence de dommage esthétique

L'inspecteur corporel a eu pour rôle d'expliquer les différents postes de préjudice retenus et ainsi proposer une indemnisation à la victime. Il a pu ainsi rédiger le procès-verbal de transaction sur offre définitive en se basant sur les conclusions du rapport médical.

Le deuxième dossier était le suivant : le 27/06/2014 un accident est survenu lors de la manipulation d'un container par un employé. Monsieur V a été gravement blessé. L'inspecteur corporel a eu pour mission de rencontrer l'employeur de la société et d'aller sur les lieux de l'accident pour enquêter sur les circonstances, et notamment regarder si toutes les conditions de sécurité avaient été mises en œuvre, recueillir des témoignages, et pour discuter des garanties à mettre en œuvre et de la suite à donner au dossier.

B) Le cas particulier de l'indemnisation judiciaire

Lorsqu'il existe un désaccord entre la compagnie d'assurance du véhicule du responsable et la victime sur le principe même de l'indemnisation, ou sur son montant, celle-ci ne sera plus amiable mais deviendra judiciaire. L'indemnisation judiciaire se fera soit devant la juridiction pénale soit devant la juridiction civile.

- ***L'indemnisation judiciaire devant la juridiction pénale***

Une fois le procès-verbal d'enquête communiqué au Procureur de la République, ce dernier pourra décider de poursuivre ou non le responsable de l'accident de la circulation. Si le Procureur de la République décide de ne pas poursuivre le responsable, l'affaire sera classée sans suite et aucune poursuite ne sera engagée.

Le responsable pourra être poursuivi devant le Tribunal de Police ou devant le Tribunal Correctionnel, et ceci en fonction de la gravité des infractions qui lui sont reprochées, ainsi que de la gravité des blessures qui ont été occasionnées à la victime. Si l'auteur est poursuivi, un jugement décidera de la sanction à laquelle sera condamné l'auteur de

l'infraction, mais aussi de l'indemnisation de la victime si cette dernière s'est constituée partie civile.

La constitution de partie civile peut se faire soit avant le procès, dans ce cas, la victime se présente au greffe du tribunal en envoyant au président une lettre recommandée avec accusé de réception. Si la victime décide de se constituer partie civile le jour du procès, à l'audience, elle le fera ou bien en étant présente personnellement, ou bien en se faisant représenter par un avocat.

- ***L'indemnisation judiciaire devant la juridiction civile***

La victime peut à tout moment saisir le tribunal civil. Il s'agira soit du tribunal d'instance qui sera compétent pour les litiges de 4 000 à 10 000 € ou du tribunal de grande instance compétent pour les litiges supérieurs à 10 000 €.

La victime pourra obtenir en référé, c'est-à-dire par une procédure accélérée, la désignation d'un médecin-expert qui sera choisi sur une liste des experts près la Cour d'appel compétente. Une fois que le médecin expert aura déposé son rapport et que les différents préjudices seront déterminés, l'indemnisation pourra être chiffrée. La victime pourra également obtenir le versement d'une provision, mais plus généralement l'indemnisation de ses dommages corporels et matériels.

Cependant, il faut tout de même préciser que même si le dossier devient un dossier judiciaire, la compagnie d'assurance peut tout de même continuer de transiger avec la victime. Les victimes pourront ainsi obtenir réparation de leur préjudice plus rapidement.

Section II : L'indemnisation du dommage corporel

Les articles 12 à 27 de la loi Badinter organisent la procédure d'offre à laquelle est soumis l'assureur en responsabilité civile des dommages causés par le conducteur ou le gardien du véhicule (I). Une fois que tous les postes de préjudice seront évalués, l'assureur sera en mesure de proposer une offre d'indemnisation définitive (II).

§1. L'obligation pour l'assureur de présenter une offre

Si le droit à indemnisation de la victime n'est pas contesté, l'assureur doit mettre en place la procédure d'offre d'indemnité, c'est-à-dire proposer une offre à la victime permettant ainsi de réparer son préjudice corporel (A). Cependant, ce n'est qu'une fois la date de consolidation fixée et connue de l'assureur que ce dernier sera en mesure de présenter son offre à la victime (B).

A) La procédure d'offre d'indemnité

1-L'obligation de l'offre

L'article L. 211-9 du Code des assurances prévoit deux systèmes d'indemnisation qui coexistent et s'appliquent alternativement compte tenu de la nature du dommage, de la qualité de la victime et des délais dans lesquels ils s'inscrivent. Le premier système est celui de la demande d'indemnisation à l'initiative de la victime, et le second système est celui de l'offre d'indemnisation à la charge de l'assureur.

Il faut dans un premier temps envisager la demande d'indemnisation présentée par la victime. A cet effet, l'article L. 211-9, alinéa 1, du Code des assurances (loi du 1^{er} août 2003¹⁸) prévoit que « quelle que soit la nature du dommage, dans le cas où la responsabilité n'est pas contestée, et où le dommage a été entièrement quantifié, l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter à la victime une offre d'indemnité motivée dans le délai de trois mois à

¹⁸ Loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003, article 83-1

compter de la demande d'indemnisation qui lui est présentée. Lorsque la responsabilité est rejetée ou n'est pas clairement établie, ou lorsque le dommage n'a pas été entièrement quantifié, l'assureur doit, dans le même délai, donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande ».

Dans ce cas, l'initiative de présenter une demande d'indemnisation est prise par la personne lésée. Cette procédure concerne les dommages matériels et/ou corporels, à la différence du second système, celui de l'offre, qui se limite aux dommages corporels ou mortels. Il faut envisager deux cas de figure.

S'il y a accord sur la responsabilité et le dommage, une offre d'indemnisation motivée doit être faite dans les trois mois. L'article 20 de la loi du 5 juillet 1985 prévoit qu'en cas d'accord, le règlement doit être effectué dans les 30 jours de l'acceptation.

En revanche, si la responsabilité civile est discutée ou si le dommage n'a pas été entièrement quantifié, l'assureur doit apporter à la victime dans un délai de trois mois, une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande.

La loi Badinter prévoit une offre d'indemnisation à la charge de l'assureur, ce qui constitue le second système. L'article L. 211-9, alinéa 2 du Code des assurances dispose qu'« une offre d'indemnité doit être faite à la victime qui a subi une atteinte à sa personne dans le délai maximum de huit mois à compter de l'accident. En cas de décès de la victime, l'offre est faite à ses héritiers et, s'il y a lieu, à son conjoint ».

L'obligation qui pèse sur l'assureur de satisfaire aux prescriptions relatives à l'offre d'indemnité pour le compte de qui il appartiendra cesse lorsque le contrat d'assurance est annulé. Toutefois, le seul fait pour l'assureur de dénier sa garantie est inopérant pour le dégager de l'obligation d'offre. En effet, le Code des assurances prévoit que lorsque l'assureur invoque une exception de garantie légale ou contractuelle, il est tenu de faire une offre pour le compte de qui il appartiendra (article L. 211.20 du Code des assurances). Le refus de garantie d'assurance ne dispense donc pas l'assureur de faire l'offre d'indemnité pour le compte éventuel du Fonds de garantie ou du responsable.

L'obligation de faire une offre à la victime d'un accident de la circulation pèse sur « l'assureur qui garantit la responsabilité civile d'un véhicule terrestre à moteur ». C'est l'assureur mandaté qui doit faire l'offre lorsque plusieurs assureurs de responsabilité

sont appelés à participer à l'indemnisation d'une victime. Il faut également noter que l'article L. 211-21 du Code des assurances précise que pour l'application de l'article L. 211-9, l'Etat ainsi que les collectivités publiques, les entreprises ou organismes bénéficiant d'une exonération en vertu de l'article L. 211-2 sont assimilés à un assureur. Dans un arrêt du 6 juin 2000¹⁹, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a jugé qu'en cas de contestation, c'est à l'assureur de prouver qu'il a bien rempli son obligation de faire une offre.

2-Les destinataires de l'offre

La victime créancière de l'offre est en premier la victime qui a subi une atteinte à sa personne, c'est-à-dire un dommage corporel. Dans un accident de la circulation, il peut y avoir de nombreuses victimes, qui peuvent avoir différentes qualités. La loi Badinter fait une distinction entre les victimes non conductrices, qu'elle qualifie de victimes très protégées, et les victimes conductrices qui peuvent voir leur droit à indemnisation réduit dans certaines hypothèses. Les victimes non conductrices bénéficient d'une indemnisation intégrale.

Par victimes non conductrices on entend :

- les passagers transportés, les piétons et les cyclistes. Cependant, l'indemnisation de ces personnes peut être limitée lorsqu'elles ont recherché volontairement le dommage, ou encore lorsqu'elles ont commis une faute inexcusable, cause exclusive de l'accident.
- les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées : la loi prévoit l'indemnisation des dommages corporels de la victime si elle est âgée au moment de l'accident de moins de seize ans ou de plus de soixante-dix ans ou encore si elle est atteinte d'une incapacité permanente ou d'une invalidité au moins égale à 80%.

Lorsque la victime était conductrice au moment de l'accident, plusieurs hypothèses sont à envisager. Premièrement, lorsque la victime conductrice est responsable de l'accident, la confusion de la qualité de responsable et de victime entraîne la non-application des règles de réparation en droit commun. Deuxièmement, lorsque le conducteur victime n'est pas responsable, l'indemnisation du conducteur sera intégrale.

¹⁹ Cour de cassation, Chambre criminelle, 6 juin 2000 (99-80.592), annexe 11

En cas de décès de la victime, l'offre est faite à ses héritiers et, s'il y a lieu, à son conjoint.

3-Les obligations réciproques d'information des parties

Il existe des obligations mises à la charge de l'assureur et des obligations mises à la charge de la victime.

Les obligations mises à la charge de l'assureur résultent de l'article L. 211-10 du Code des assurances et de l'article R. 211-39 du Code des assurances.

Ces articles prévoient que lors de sa première correspondance adressée à la victime, l'assureur doit l'informer :

- qu'elle peut obtenir de sa part, sur simple demande et sans frais, la copie du procès-verbal d'enquête de police ou de gendarmerie.
- qu'elle a la possibilité de se faire assister par un avocat et, en cas d'examen médical, d'un médecin.
- qu'il est tenu de faire une offre dans les délais prévus.
- du nom de la personne chargée de suivre son dossier.
- du droit de recours dont disposent les tiers payeurs contre elle lorsque par son fait, ils n'ont pu faire valoir leurs droits contre l'assureur.

En outre, la loi prévoit que la correspondance de l'assureur doit être accompagnée d'une notice destinée aux victimes de la circulation mettant en cause un véhicule terrestre à moteur. Cette notice doit comporter différentes indications figurant dans le modèle type annexé à l'article A. 211-11 du Code des assurances.

Si une des informations mentionnées n'est pas indiquée, la victime pourra ultérieurement demander l'annulation de la transaction.

L'article R. 211-37 du Code des assurances prévoit quant à lui des obligations à la charge de la victime blessée. Cette dernière est tenue, à la demande de l'assureur, de lui donner les renseignements ci-après :

- ses noms et prénoms
- ses date et lieu de naissance

- son activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeur(s)
- le montant de ses revenus professionnels avec les justifications utiles
- la description des atteintes à sa personne accompagnée d'une copie du certificat médical initial et autres pièces justificatives en cas de consolidation
- la description des dommages causés à ses biens
- les noms, prénoms et adresses des personnes à charge au moment de l'accident
- son numéro d'immatriculation à la sécurité sociale et l'adresse de la caisse d'assurance maladie dont elle relève
- la liste des tiers-payeurs appelés à lui verser des prestations
- le lieu où les correspondances doivent être adressées

Ces informations permettront à l'assureur de présenter une offre d'indemnisation. Si l'assureur sollicite d'autres renseignements que ceux prévus par la loi, la victime ne pourra pas être sanctionnée en cas d'absence de réponse de sa part.

Les héritiers conjoint et ayants droit sont également tenus de donner à l'assureur certaines informations. Il s'agira la plupart du temps de renseignements sur l'état civil, l'activité professionnelle, ou encore le montant des revenus. Tous ces éléments permettront ensuite à l'assureur de présenter une offre d'indemnisation la plus complète possible.

Une fois qu'il a obtenu de la victime les informations nécessaires et avant de présenter son offre d'indemnité, l'assureur est tenu de mettre en cause les tiers payeurs et cela, dans le respect d'un certain formalisme imposé par la loi. On entend par tiers-payeurs, les organismes de sécurité sociale et assimilés, les institutions de prévoyance, les mutuelles.

L'article 13 de la loi du 5 juillet 1985 dispose que « la demande adressée par l'assureur à un tiers payeurs en vue de la production de ses créances indique, les nom, prénom et adresse de la victime, son activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs. Elle rappelle, de manière très apparente, les dispositions des articles 14 et 15 de la loi du 5 juillet 1985. A défaut de ces indications, le délai de déchéance prévu au deuxième alinéa de l'article 14 de la même loi ne court pas ».

Le tiers-payeur a, quant à lui, l'obligation d'indiquer pour chaque somme dont il demande le remboursement, la disposition législative, réglementaire ou conventionnelle en vertu de laquelle cette somme est due à la victime.

Les créances réclamées peuvent être dans un premier temps provisoires. Dans ce cas, le tiers-payeur a l'obligation de le préciser expressément, faute de quoi la créance produite est réputée être définitive.

B) La notion de consolidation et le caractère de l'offre

1-La définition de la consolidation

La consolidation est une notion médicale qui permet de commencer à faire courir les délais légaux d'offre d'indemnité. Il convient de distinguer la notion de consolidation de la notion de guérison.

Il n'existe pas de définition légale du terme de guérison. Mais cette notion est définie de manière courante comme « la disparition totale des symptômes d'une maladie ou des conséquences d'une blessure avec retour à l'état de santé antérieur ». Une fois guérie, la victime n'aura pas de séquelle, c'est-à-dire qu'elle retrouvera l'état antérieur dans lequel elle se trouvait avant l'accident.

La loi Badinter ne donne pas de définition de la consolidation. En revanche, la commission de réflexion sur la doctrine et la méthodologie du dommage corporel en droit commun a donné une première définition en décidant que la consolidation « est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif ». Lors de l'élaboration de la mission type Droit commun 1994, le contenu de cette définition n'a pas changé. Elle a ensuite été reprise par la nomenclature Dintilhac et les missions d'expertises élaborées par l'AREDOC en 2006 puis mises à jour en 2009. Dans cette dernière version, le terme d'incapacité permanente partielle a été remplacé par

atteinte à l'intégrité physique et psychique. En effet, la consolidation a été définie par la mission 2006 de l'AREDOC comme « le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique ».

Lorsque la date de la consolidation est fixée, cela signifie que l'état de la victime est stabilisé avec des séquelles. L'évolution de l'état de santé n'est plus susceptible ni de s'améliorer ni de s'aggraver mais des séquelles existent.

La date de consolidation est une étape importante dans le cadre d'un dossier de dommage corporel. Une fois la date de consolidation connue par l'assureur, les délais impartis par la loi du 5 juillet 1985 commencent à courir pour faire une offre d'indemnisation. C'est également à cette date que les organismes sociaux devront produire leur créance.

Le rôle du médecin expert est de déterminer la date à laquelle la victime est consolidée. Si toutefois, lors du premier examen médical, le médecin expert démontre que la victime n'est pas consolidée, il préconisera un nouvel examen.

Il est important que la date de consolidation soit fixée au plus juste par le médecin expert. Si la date de consolidation est trop rapide, l'incapacité définitive sera surévaluée. A l'inverse, si la date de consolidation est trop tardive, un contentieux avec les organismes sociaux pourra exister. En effet, ces derniers vont reprocher à l'assureur de verser des prestations en raison de soins prolongés et à présent inutiles.

2-Le caractère de l'offre

L'offre d'indemnisation peut être soit définitive soit provisionnelle. Une offre provisionnelle peut être versée à la victime pour lui permettre de pouvoir compenser les frais médicaux restés à charge qu'elle se trouve obligée d'avancer. Cette offre peut également être versée au titre des souffrances endurées. L'offre faite par le gestionnaire est matérialisée par un procès-verbal de transaction provisionnel. Cette offre sera à déduire de l'indemnisation finale. Lorsque l'offre est provisionnelle, l'offre définitive

sera présentée à la victime au plus tard cinq mois après que l'assureur aura été informé de la consolidation.

L'offre est définitive lorsque l'état de santé de la victime est consolidé, c'est-à-dire qu'il n'est plus susceptible d'évoluer, et que l'assureur en a été informé dans les trois mois suivant l'accident. Dans ce cas, conformément à la loi, le gestionnaire se trouve en mesure de transmettre à la victime une offre d'indemnisation définitive. Le gestionnaire peut d'abord envoyer une offre définitive détaillée, dans laquelle certains postes sont mis en mémoire. Ce sera notamment le cas des frais médicaux restés à charge de la victime après intervention des organismes sociaux, ou encore en cas de perte de salaire. La victime devra alors indiquer ces montants au gestionnaire du dossier en envoyant la copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux, ou en joignant la copie des bordereaux de règlement des indemnités journalières.

Le gestionnaire devra alors attendre l'accord de la victime sur cette offre et les éventuels justificatifs qu'elle n'aurait pas en sa possession. Une fois l'offre acceptée, l'assureur rédigera alors un procès-verbal de transaction sur offre définitive. Le procès-verbal de transaction devra être établi en deux exemplaires dont l'un est remis à la victime et l'autre à l'assureur.

§2. L'offre d'indemnisation définitive

Une fois l'état de la victime stabilisé, l'assureur sera en mesure de présenter une offre à la victime selon des modalités définies par la loi (A). Lorsque l'offre est acceptée par la victime, l'assureur pourra procéder au paiement de l'indemnité (B).

A) Les modalités de l'offre d'indemnisation

1-Le contenu de l'offre

Il est prévu à l'article L. 211-9 du Code des assurances que « l'offre comprend tous les éléments indemnisables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages aux biens lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable ». A partir du moment où

une victime a subi un dommage corporel, l'offre de transaction doit inclure tous les chefs de préjudices indemnisables et non indemnisés.

Ainsi, l'offre comprend l'indemnisation de tous les postes de préjudice tels que les souffrances endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, ou encore le taux d'AIPP.

L'offre d'indemnité, qu'elle soit provisionnelle ou définitive, doit être complète. En effet, l'évaluation de chaque poste de préjudice doit être précisée : dépenses de santé actuelles (DSA), pertes de gains professionnelles (PGPA), déficit fonctionnel temporaire (DFT), déficit fonctionnel permanent (DFP), souffrances endurées (SE), préjudice esthétique (PE), préjudice d'agrément (PA), tierce personne. Cette offre peut également comprendre les dommages aux biens lorsqu'ils n'ont pas déjà fait l'objet d'un règlement préalable.

Il ne faut pas oublier que certains postes de préjudice ne seront pas pris en compte si l'indemnisation se fait dans le cadre de la loi Badinter ou si elle se fait dans le cadre de la garantie « Accidents Corporels du Conducteur ».

L'article 12 de la loi Badinter prévoit que lorsque la victime n'a subi que des dommages aux biens, l'assureur n'est pas tenu par la procédure d'offre « active ».

Lors de l'élaboration de l'offre définitive, l'assureur devra faire apparaître le solde revenant à la victime, les créances des tiers payeurs. Il devra également déduire la ou les provisions déjà versées à la victime.

L'assureur doit présenter directement son offre à la victime et non à son mandataire. Ce n'est seulement en cas de procédure que le courrier adressé à un avocat ou encore les conclusions déposées devant le tribunal sont considérés comme des offres valables telles que le prévoit la loi de 1985 (chambre criminelle, 23 février 1999²⁰).

L'offre d'indemnisation pourra être réduite en fonction de la responsabilité de la victime dans l'accident.

²⁰ Crim, 23 février 1999 (97-86.302)

2-Les délais pour proposer l'offre d'indemnité

Les délais encadrant la procédure d'offre sont réglementés par l'article 12 de la loi Badinter et le décret du 6 janvier 1986.

Lorsque la victime est blessée, l'assureur a l'obligation dans un délai de huit mois à compter du jour de l'accident, de proposer une offre définitive à la victime qui a subi une atteinte à sa personne. Cependant, si l'assureur est informé que la victime ne peut être consolidée dans le délai de trois mois après l'accident, il a la possibilité de soumettre à cette dernière une offre provisionnelle dans les huit mois après l'accident. L'assureur dispose de cinq mois à compter de la connaissance de la date de consolidation ou de la date de guérison de la victime pour émettre une offre définitive d'indemnité.

Lorsque la victime est décédée dans le mois qui suit l'accident, l'offre définitive doit être faite aux héritiers et au conjoint de la victime dans le délai de huit mois à compter du jour de l'accident. Si la victime décède plus d'un mois après l'accident, l'offre sera faite par l'assureur aux héritiers et au conjoint dans le délai de sept mois suivant la date du décès. Les autres ayants droit reçoivent, quant à eux, une offre de l'assureur dans le délai de huit mois à compter de leur demande d'indemnisation.

Des cas de prorogation ou de suspension du délai d'offre sont prévus par le décret de 1986. Les prorogations et suspensions de délais permettent à l'assureur de ne pas être sanctionné lorsque, sans faute de sa part, il ne peut présenter son offre dans les délais prévus par la loi. Ce peut être le cas dans plusieurs cas de figure.

Tout d'abord, l'hypothèse de la suspension liée à la déclaration de sinistre. Lorsque l'assureur n'a pas été avisé de l'accident de la circulation, c'est-à-dire qu'il n'a pas reçu de déclaration de sinistre de son assuré dans le mois de l'accident, le délai d'offre est alors suspendu jusqu'à réception de la déclaration par l'assureur de responsabilité civile (article R. 211-29 du Code des assurances).

Ensuite, la suspension peut être liée à l'absence de réponse ou à une réponse incomplète au questionnaire corporel. En effet, si la victime tarde à transmettre à son assureur le questionnaire corporel dûment complété, il est prévu que le délai d'offre est suspendu à l'expiration du délai de six semaines jusqu'à réception de la réponse contenant les renseignements demandés (article R. 211-31 et R. 211-32 du Code des assurances).

L'assureur dispose de quinze jours pour préciser à la victime les informations manquantes lorsque cette dernière a adressé un questionnaire incomplet dans le délai imparti. Le délai qui sera alors suspendu, ne recommencera à courir au point où il a été suspendu au jour de la réception du questionnaire corporel complété. A défaut, le délai d'offre n'est pas suspendu, il continue à courir à son encontre. Lorsque la victime a retourné un questionnaire incomplet au-delà du délai légal de six semaines et que l'assureur n'a pas adressé de rappel concernant les informations manquantes, la suspension du délai d'offre est limitée à quinze jours à compter de la réception du questionnaire.

Enfin, il peut y avoir prorogations de délais. Lorsque la victime ne se soumet pas à l'expertise médicale ou conteste le choix du médecin expert de l'assureur, et à défaut d'accord entre les parties, 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). Si la victime est domiciliée à l'étranger ou en outre-mer, le délai est prorogé d'un mois (article R. 211-35 du Code des assurances).

3-Les sanctions du non-respect de l'offre

En cas de non-respect de la procédure d'offre, des sanctions existent. En effet, les délais et les caractères de l'offre d'indemnisation étant d'ordre public, la loi a organisé des sanctions applicables à l'assureur qui ne respecte pas ces règles.

L'assureur qui ne présente pas son offre tant provisionnelle que définitive dans les délais légaux, devra majorer son règlement d'une pénalité égale au « double du taux de l'intérêt légal » au prorata du temps écoulé depuis l'expiration du délai jusqu'au jour où l'offre ou le jugement sont devenus définitifs. Cette sanction est applicable de plein droit, ce qui signifie que la victime n'a pas à en faire la demande.

Il faut noter que lorsque l'assureur a été dans l'impossibilité de respecter les délais de l'offre, sans faute de sa part, la loi prévoit une réduction des pénalités. Ce peut être le cas lorsque l'obtention du procès-verbal de gendarmerie a été tardive, ou encore lorsque la victime n'a pas transmis les justificatifs.

La sanction de l'offre manifestement insuffisante est importante dans le dispositif légal, ceci dans le but d'éviter que l'assureur fasse une offre purement formelle et dérisoire. C'est aux juges du fond que revient la tâche d'apprécier le caractère insuffisant de l'offre. L'article L. 211-14 du Code des assurances prévoit 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 fonds 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.

Concernant le cas de l'offre incomplète, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a jugé le 16 mars 1994²¹ que l'offre incomplète équivaut à une absence d'offre. Au sens de la loi, l'absence d'offre est assimilée à la fois à une offre tardive mais aussi à une offre manifestement insuffisante de sorte que l'assureur sera condamné au paiement d'intérêts au double du taux légal et au versement d'une somme au plus égale à 15% de l'indemnité allouée au fonds de garantie.

B) L'acceptation de l'offre

1-L'élaboration de la transaction

L'assureur a l'obligation de présenter une offre à la victime dans les délais impartis, en revanche la victime n'est soumise à aucun délai pour discuter les propositions de l'assureur. La victime a la possibilité de refuser, discuter ou accepter l'offre d'indemnité faite par l'assureur. L'acceptation de l'offre par la victime vaut transaction. Dans ce cas, l'assureur doit alors lui remettre un procès-verbal de transaction signé des deux parties pour formaliser cet accord.

²¹ Crim, 16 mars 1994, RGAT 1994, p. 805

Le procès-verbal doit respecter un certain formalisme et notamment rappeler certaines mentions prévues par l'article L. 211-16 du Code des assurances, sous peine de nullité relative de la transaction. Cet article dispose que « la victime peut, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dénoncer la transaction dans les quinze jours de sa conclusion. Toute clause de la transaction par laquelle la victime abandonne son droit de dénonciation est nulle. Les dispositions ci-dessus doivent être reproduites en caractère très apparents dans l'offre de transaction et dans la transaction à peine de nullité relative de cette dernière ».

Le paiement effectif des sommes convenues doit intervenir dans le mois suivant l'expiration du délai de dénonciation de quinze jours (article L. 211-17 du Code des assurances). Dans le cas contraire, le Code des assurances prévoit comme sanction que 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.

Si la victime est un mineur ou un majeur sous tutelle, la transaction devra être soumise au juge des tutelles ou au conseil de famille.

Il faut préciser que la transaction a force de chose jugée de sorte que la victime ne peut exercer une action en justice contre l'assureur (article 2044 du Code civil). Cependant en cas d'aggravation constitutive d'un préjudice nouveau et distinct qui n'a pas été indemnisé par le règlement transactionnel, la victime peut assigner l'assureur en réparation dans les 10 ans à compter de ladite aggravation (article 22).

2-L'aggravation

Comme l'affirme Monsieur Bruno Benyounes, « il est bien souvent établi que la consolidation permet de « fermer » le dossier et d'indemniser la victime ». Cependant, toute personne victime d'un accident de la circulation peut demander la réouverture de dossier et ainsi une réévaluation des séquelles d'un accident s'il considère que ces séquelles pour lesquelles il a reçu une indemnisation se sont aggravées depuis l'expertise qui a fixé la date de consolidation ou si de nouvelles séquelles sont apparues.

En effet, aucun délai n'est prévu pour invoquer un cas d'aggravation. La victime devra fournir le rapport médical définitif ainsi que le procès-verbal de transaction sur offre définitive. L'évaluation de l'aggravation sera faite le plus souvent par un médecin expert pour que ce dernier puisse confirmer ou non la réalité médicale de l'aggravation alléguée par la victime.

Pour que le médecin puisse affirmer ou non un cas d'aggravation, il devra disposer du rapport d'expertise médical initial qui a servi de base au règlement du dossier. Il pourra ainsi effectuer une comparaison de tous les éléments en sa possession. La victime devra notamment fournir des pièces médicales décrivant l'aggravation.

Il faut dans un premier temps que le médecin détermine si l'état actuel de la victime est une aggravation, c'est-à-dire constater l'existence d'une modification de l'état séquellaire. Le médecin devra donc établir que les constatations médicales observées lors de la première expertise médicale sont différentes de celles observées lors de l'expertise d'aggravation. Mais cela ne suffit pas, car subsiste toujours le problème de l'imputabilité. Le médecin devra rechercher l'imputabilité et déterminer de nouveaux postes de préjudice.

Si l'aggravation séquellaire est prouvée, il conviendra au médecin de préciser la date à laquelle l'aggravation peut être avérée. Pour l'aider dans cette recherche, le médecin devra étudier différentes pièces médicales fournies, le rapport d'expertise médical initial.

Lors de l'évaluation médico-légale, le médecin devra tout d'abord recueillir les doléances de la victime puis procéder à un examen clinique. C'est grâce à cet examen que le médecin pourra déterminer l'existence de nouvelles séquelles qui pourront modifier le taux d'AIPP.

Enfin, lorsque l'aggravation de l'état médical de la victime est prouvée et qu'elle entraîne un préjudice nouveau et distinct de celui déjà réparé, en relation directe de causalité avec l'accident, cette aggravation pourra faire l'objet d'une indemnisation complémentaire sans que soit remis en cause le procès-verbal de transaction sur offre

définitive. Cependant, il existe un délai de prescription de 10 ans, non pas à compter de l'accident mais à compter de la consolidation de l'aggravation pour obtenir une nouvelle indemnisation.

CONCLUSION

En 2013²², en France métropolitaine, sur les 56 812 accidents corporels, 3 268 ont été des accidents mortels. Sur ces accidents, 70 607 personnes ont été blessées dont 25 966 hospitalisées plus de 24 heures²³.

Ces chiffres, bien qu'en baisse depuis de nombreuses années²⁴, démontrent le danger auquel sont exposés les usagers de la route.

Depuis l'instauration de la loi Badinter, les victimes d'accident de la circulation voient leur droit à indemnisation de mieux en mieux considéré grâce à un système d'indemnisation particulièrement protecteur. La loi, qui oblige l'assureur à indemniser les passagers, les cyclistes et les piétons, met à la charge de celui-ci des obligations de plus en plus importantes. Il s'avère que l'indemnisation des dommages corporels se révèle de plus en plus coûteuse pour les assureurs dans un mouvement de judiciarisation en hausse constante. Ces derniers doivent alors s'adapter aux nouvelles exigences du législateur et se renouveler sans cesse pour trouver des solutions aux différents litiges qui peuvent naître.

Grâce à la collaboration avec les médecins, les assureurs peuvent ainsi proposer une juste indemnisation et contribuer au maintien du caractère amiable d'un dossier. En outre, l'inspecteur corporel, une fois le dommage corporel évalué, peut transiger avec la victime et formuler une offre, permettant de ce fait de résoudre des éventuels conflits.

Par conséquent, même si des solutions existent actuellement, les assureurs doivent toujours innover en matière de réparation du préjudice corporel.

²² www.securite-routiere.gouv.fr

²³ Annexe 12

²⁴ Annexe 13

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire corporel

Annexe 2 : demande d'avis sur pièces

Annexe 3 : conclusions médicales du rapport définitif de Mme Z dans lequel un problème d'imputabilité est soulevé et courrier envoyé à la victime contenant l'offre définitive détaillée

Annexe 4 : mission AREDOC, mission d'expertise médicale 2006 mise à jour 2009

Annexe 5 : courrier envoyé au médecin pour lui adresser une mission d'expertise dans le cadre de la loi Badinter

Annexe 6 : protocole d'accord

Annexe 7 : cass, civ 2, 28 mai 2009 (08-16.829)

Annexe 8 : éléments chiffrés 2014 de la convention IRCA (annexe 2 de la convention)

Annexe 9 : note technique et conclusions médicales du rapport provisoire de Mme Y

Annexe 10 : conclusions médicales du rapport définitif de Mme Y

Annexe 11 : arrêt crim, 6 juin 2000 (99-80.592)

Annexe 12 : résultats 2013 (bilan 2013 de la sécurité routière en France)

Annexe 13 : perspectives longues (bilan 2013 de la sécurité routière en France)

Annexe 1



**APPLICATION DE LA LOI N°85-677 DU 5 JUILLET 1985 RELATIVE A
L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ET DU DECRET
N°86-15 DU 6 JANVIER 1986**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCIDENT CORPOREL

Dossier n°
Sociétaire : Madame
Date du sinistre : 17/06/2013
Dossier suivi par : Valerie GALLAND

☎ 02.43.43.32.95
☎ 01.57.67.52.95
✉ GCM-GED-CORPO-AUTO@groupama-cm.fr

**Madame, Mademoiselle, Monsieur, cette fiche est à retourner, complétée et
signée,
Dans un délai maximum de 6 semaines, à l'adresse suivante :**

**GROUPAMA CENTRE MANCHE
32 RUE POLITZER BP 685 27006 EVREUX CEDEX**

Situation de la victime lors de l'accident :

Conducteur Passager Piéton Cycliste Autre

1. ETAT CIVIL DE LA VICTIME

Nom Prénoms
Nom de jeune fille

Adresse

Date et lieu de naissance

Numéro de téléphone (Domicile - Travail - Portable)

Courriel :@

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé Veuf (ve)
Divorcé(e)
 Vivant maritalement Séparé(e)

Noms, prénoms et adresse des personnes à charge :

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr
Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises. 10 rue Blaise Pascal BP 20337 28006 CHARTRES cedex

Age(s) du (des) enfant(s) à charge

Si la victime est : un enfant mineur un majeur sous tutelle un majeur sous curatelle

Nom, qualité et adresse du représentant légal (père, mère, tuteur ou curateur) :

2. PROTECTION SOCIALE DE LA VICTIME

1) La victime est-elle affiliée à un régime de sécurité sociale ?
(Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Régime social des travailleurs non salariés et des professions non agricoles (CANAM) - Mutualité sociale Agricole ((MSA) - Autre) ?
Oui Non

Si oui lequel :

Nom et adresse de la Caisse :

Numéro d'immatriculation :

L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme ? Oui Non

L'accident est-il survenu : pendant le travail lors du trajet Domicile/travail
au cours de la vie privée

2) Si la victime n'est pas l'assuré(e) social(e) :

Nom et prénom de l'assuré(e) social(e) :

Lien de parenté de l'assuré social avec la victime :

Père Mère Concubin PACS

3) La victime bénéficie-t-elle d'une assurance mutuelle complémentaire ? Oui
Non

Si oui,
Laquelle :

Nom et adresse de l'organisme :

Numéro d'affiliation :

L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme ? Oui Non

4) Un autre assureur verse-t-il des prestations pour ce préjudice ? Oui Non

Si oui : nom, adresse et numéro de contrat de cet assureur :

5) La victime bénéficiait-elle avant l'accident ?
D'une pension d'invalidité : Catégorie Oui Non

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr

Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises. 10 rue Blaise Pascal BP 20337 28006 CHARTRES cedex



* 9 9 0 1 0 3 0 S I S I 2 0 1 3 5 6 9 6 3 8 *

D'une rente accident du travail : Taux Oui Non

Nom et adresse de l'organisme payeur :

3. SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA VICTIME (en cas d'arrêt de travail)

1) La victime exerce-t-elle une profession ? Oui Non

Si non précisez : Scolaire Apprenti Etudiant(e) Retraité(e)
Chômeur

Pensionné(e) Parent au foyer

2) La victime exerce-t-elle une activité salariée ?

Profession :

Employeur(s) : nom et adresse

Salaire mensuel net ou salaire annuel net

(Joindre les bulletins de paie des 3 derniers mois précédant l'accident)

Votre employeur maintient-il votre salaire ? Oui Non

3) La victime exerce-t-elle une profession non salariée ? : Oui Non

Nature de cette activité :

Revenu annuel net :

4. PREJUDICE

• Existe-t-il un dommage autre que corporel : vestimentaire par exemple ? Oui
Non

(Veuillez joindre les devis ou facture)

• Demandez-vous une indemnité pour préjudice corporel ? Oui Non

Je n'ai pas été blessé(e) Mes blessures sont sans suite Je n'ai pas consulté

J'ai été blessé(e) Descriptif des blessures :

.....
.....
.....
.....

Veuillez joindre obligatoirement le certificat médical descriptif des blessures, éventuellement certificat de guérison ou de consolidation.

Avez-vous été hospitalisé(e) ? : Oui Non

Si Oui : Dans quel établissement :

Nom - adresse

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr
Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises. 10 rue Blaise Pascal BP 20337 28006 CHARTRES cedex



Durée de l'hospitalisation : du au
L'hospitalisation est-elle toujours en cours ? Oui Non

Des soins sont-ils encore dispensés ? Oui Non

L'accident a-t-il nécessité une interruption de vos activités professionnelles ?
Oui Non
Si oui, durée prévue :

Présentiez-vous avant cet accident un état antérieur pouvant interférer avec les blessures subies lors de l'accident ? Oui Non

Etes-vous guéri(e) ? Oui Non

Je reconnais avoir pris connaissance des informations prescrites par la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 relative à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation et du décret n°86-15 du 6 janvier 1986 et contenues dans la lettre et la notice d'information auxquelles était joint le présent questionnaire.

Concernant les données médicales je donne mon accord pour qu'elles soient transmises sachant qu'elles seront traitées dans le strict respect de la confidentialité médicale par un gestionnaire habilité.

Je sais, d'autre part, que les informations recueillies seront nécessaires en cas d'indemnisation. En application de la loi informatique et libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification concernant ces données en contactant le gestionnaire en charge de mon dossier mentionné en haut du présent document.

Je demande que les correspondances :

Me soient adressées,

Soient adressées à (nom, qualité, adresse et N° tel) :

.....

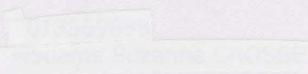
Fait à **Le** **Signature :**

Nom et Prénom du signataire

(Indiquez votre qualité et votre adresse si vous n'êtes pas la victime)

Téléphone :

Courriel :



Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr
Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises. 10 rue Blaise Pascal BP 20337 28006 CHARTRES cedex

Annexe 2



AVIS SUR PIÈCES

Références victime :

Madame

Date de naissance :

Profession : retraitée

Date accident : 17/06/2013

Assureur : GROUPAMA CENTRE MANCHE

Numéro de dossier :

Date de l'avis		
Frais médicaux avant consolidation		
Hospitalisation y compris CRF...		
Arrêt de travail		
GTT		
GTP	classe 4	
	classe 3	
	classe 2	
	classe 1	
Date prévisible de consolidation		
AIPP		
Souffrances endurées		
Dommages esthétiques	Temporaire	
	Définitif	
Privation des activités d'agrément		

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr

Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises, 10 rue Blaise Pascal BP 20337 28006 CHARTRES cedex
Entreprise régie par le code des Assurances

V - DISCUSSION

Résumé des faits

Madame [REDACTED] a été victime il y a 6 mois, le **08.11.2013**, d'un accident de la voie publique ayant entraîné *une contusion du rachis cervical*.

Les principaux éléments de l'évolution :

- Traitement médicamenteux antalgique.
- Collier cervical porté pendant 3 semaines à 1 mois.
- Réaction émotionnelle d'évolution favorable.

Analyse de l'imputabilité

La douleur lombosciatique droite apparue 1 mois après l'accident, ne peut pas être reliée aux suites de l'accident, du fait du délai d'apparition.

La relation de cause à effet est directe et certaine pour la contusion du rachis cervical.

Discussion de la consolidation médico-légale

La consolidation médico-légale est fixée au **31.01.2014**, date marquant la stabilisation fonctionnelle.

Discussion des gênes temporaires dans les activités personnelles

La gêne dans les activités personnelles est ainsi évaluée :

- 08.11.2013 au 31.01.2014 : GTP (gêne temporaire partielle) classe I.

Discussion de l'arrêt de l'activité professionnelle

Il n'y a pas eu d'arrêt de l'activité professionnelle.

Évaluation du déficit fonctionnel permanent (DFP)

Il ne persiste après consolidation aucun déficit fonctionnel à caractère permanent.

Évaluation des souffrances endurées

Les souffrances endurées sont constituées par :

- les circonstances de l'accident,
- les lésions initiales,
- le collier cervical porté pendant environ 1 mois,
- l'évolution douloureuse, physique et psychologique jusqu'à la consolidation.

Les souffrances endurées sont évaluées à **1,5/7**.

Évaluation du dommage esthétique

Il n'y a pas de dommage esthétique.

- Références : GROUPAMA CENTRE MANCHE - [REDACTED]
Date et lieu de l'examen : 07.05.2014 à mon cabinet

CONCLUSIONS	
Date de l'accident	08.11.2013
Hospitalisations	Aucune
Date de consolidation	31.01.2014
Dates des gênes temporaires dans les activités personnelles ▪ GTP classe I	08.11.2013 au 31.01.2014
Arrêt d'activité professionnelle	Aucun
Taux d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique	0 %
Degré de souffrances endurées	1,5/7
Degré du dommage esthétique	0/7

Un exemplaire de ce rapport d'expertise est adressé à :

- Madame [REDACTED]
- GROUPAMA CENTRE MANCHE

Fait à Flers, le 7 mai 2014

Docteur [REDACTED]

**Pour mieux vous satisfaire
Contactez-nous :**

Dossier N° : [REDACTED]
Suivi par : [REDACTED]
Tél : 02 43 43 33 21
Fax : 01.57.67.52.95
Courriel : GCM-GED-CORPO-AUTO@groupama-cm.fr

Madame [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

LE MANS, le 07 juillet 2014

Madame,

Dans le prolongement de mon courrier du 20 juin dernier, je vous informe avoir reçu les précisions suivantes du Docteur [REDACTED] :

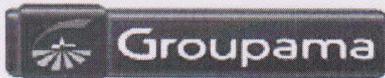
- Concernant la consultation du 10/12/2013 avec votre médecin traitant vous prescrivant des séances de kinésithérapie, cette consultation est mentionnée en page 2 du rapport d'expertise du Docteur [REDACTED]. Celui-ci a précisé dans l'analyse de l'imputabilité (page 5) que la douleur lombo-sciatique droite apparue un mois après l'accident ne pouvait pas être reliée aux suites de celui-ci du fait du délai d'apparition.
- Concernant la prescription d'arrêt de travail du 27/05/2014, le Docteur [REDACTED] a précisé en page 3 de son rapport qu'un arrêt de travail a été prescrit depuis le 17/02/2014, arrêt alors prolongé jusqu'au 31/05/2014, pour une douleur sciatique. Le Docteur [REDACTED] avait souligné qu'il n'avait pas été prescrit d'arrêt de travail à la suite de l'accident du 08/11/2013.

Le Docteur [REDACTED] m'indique que ces éléments ne permettent pas de remettre en cause les conclusions médico-légales qu'il avait retenues, et plus précisément la non imputabilité concernant les douleurs lombosciatiques.

Par ailleurs, vous indiquiez dans votre courrier que le neurochirurgien chargé de votre opération pour hernie discale a évoqué une responsabilité de votre accident du 08/11/2013. Une éventuelle remise en cause de la discussion médico-légale concernant l'imputabilité nécessiterait un certificat médical de ce spécialiste se prononçant sur ce point.

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr
Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises, 10 rue Blaise Pascal - CS 40337 - 28008 CHARTRES CEDEX
Entreprise régie par le code des Assurances



Application de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 relative à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation et du décret n°86-15 du 6 janvier 1986.

OFFRE DEFINITIVE DETAILLEE

Le Docteur [REDACTED] confirmant ses conclusions médicales du 07/05/2014, je suis donc en mesure de vous transmettre une offre d'indemnisation définitive à la suite de l'accident dont vous avez été victime le 08/11/2013, selon détail ci-dessous :

Dépenses de santé actuelles	mémoire*
Déficit Fonctionnel Temporaire Partiel de classe 1 pendant 85 jours	170,00 €
Souffrances Endurées (1,5/7)	100,00 €
Total	270,00 €
à déduire : Provision(s) versée(s)	100,00 €
Solde à revenir	170,00 €

* En cas de frais médicaux restés à votre charge (pour des soins effectués de la date de l'accident le 08/11/2013, à la date de consolidation le 31/01/2014), après intervention de vos organismes sociaux, il conviendra de m'indiquer le montant en joignant copie des bordereaux de remboursement correspondants

Je reste dans l'attente de votre accord sur cette offre, et/ou de vos observations éventuelles, accompagnées des justificatifs qui ne seraient pas déjà en ma possession.

Restant à votre disposition,

Je vous prie de recevoir, Madame, mes sincères salutations.

[REDACTED]
Gestionnaire du dossier

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr

Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises, 10 rue Blaise Pascal - CS 40337 - 28008 CHARTRES CEDEX
Entreprise régie par le code des Assurances

LA LETTRE



JOURNAL D'INFORMATION DE L'AREDOC ET DU CENTRE DE DOCUMENTATION

MISSION D'EXPERTISE MÉDICALE 2006 MISE À JOUR 2009

Préambule

En 2006, l'adoption par les assureurs de la nomenclature Dintilhac a conduit l'AREDOC à élaborer une mission d'expertise intitulée « *mission droit commun 2006* ».

Cette mission avait pour but de s'appuyer sur les postes de préjudice proposés par cette nomenclature, et comportait 20 points répartis en deux grands volets : le premier (points 1 à 11) portant sur la préparation de l'expertise et l'examen et développant les questions sur la situation personnelle et/ou professionnelle de la victime, l'étude des pièces médicales, celle des doléances, la réalisation de l'examen clinique et la prise en considération d'un état antérieur ou des antécédents ; le deuxième volet (points 12 à 20) portant sur l'analyse et l'évaluation des postes de préjudice avec la discussion de l'imputabilité et l'évaluation du dommage imputable correspondant aux postes habituellement soumis à l'évaluation du médecin.

Trois après sa publication, l'évolution vers une utilisation de cette nomenclature par tous les intervenants au processus de réparation du dommage corporel a conduit l'AREDOC à compléter certains points de la mission 2006 désormais intitulée « *mission d'expertise médicale 2006 mise à jour 2009* ».

Cette mission comporte un petit préambule explicatif permettant d'indiquer qu'en cas de perte d'autonomie, il convient de se référer aux missions graves (également mises à jour) relatives aux traumatisés crâniens graves et aux troubles locomoteurs graves. Le préjudice esthétique temporaire est évoqué au point 17 afin de permettre au médecin de se prononcer sur l'existence ou non d'un tel préjudice.

Enfin, la mission comprend les termes génériques relatifs aux dommages à évaluer par le médecin accompagnés du poste de préjudice indemnitaire qui leur correspond afin de rendre plus claire et compréhensible la lecture de chaque point de la mission par l'expert destinataire de celle-ci mais également par la victime. Cette mission mise à jour a été présentée à des Associations de victimes et à l'INAVEM en septembre 2009. Grâce à l'action participative de leurs représentants, il a été possible de compléter certaines questions comme celles relatives aux doléances, aux gênes constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire et au préjudice esthétique temporaire. Au regard de ces échanges, et des nouvelles précisions contenues dans la mission, les commentaires qui accompagnaient la mission 2006 ont été adaptés.

Il a été ensuite décidé de procéder à une publication des commentaires portant sur les points 1 à 4 et 6 à 11 de la mission ; puis les points 5 et 12 à 19 portant sur les dommages à évaluer par le médecin feront chacun d'entre eux l'objet d'une publication sous la forme d'une « Lettre de l'AREDOC ».

OCTOBRE 2009

Le texte de la mission¹

Cette mission comporte les termes génériques relatifs au dommage à évaluer par le médecin accompagnés du poste de préjudice indemnitaire correspondant.

En cas de perte d'autonomie, il convient de se référer aux missions spécifiques : « traumatisés crâniens graves » et/ou « troubles locomoteurs graves ».

A. PRÉPARATION DE L'EXPERTISE ET EXAMEN

Point 1 – Contact avec la victime

Dans le respect des textes en vigueur, dans un délai minimum de 15 jours, informer par courrier M. (Mme) X, victime d'un accident le... de la date de l'examen médical auquel il (elle) devra se présenter.

Point 2 – Dossier médical

Se faire communiquer par la victime ou son représentant légal tous documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial, le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation, le dossier d'imagerie,...

Point 3 – Situation personnelle et professionnelle

Prendre connaissance de l'identité de la victime ; fournir le maximum de renseignements sur son mode de vie, ses conditions d'activités professionnelles, son statut exact ; préciser, s'il s'agit d'un enfant, d'un étudiant ou d'un élève en formation professionnelle, son niveau scolaire, la nature de ses diplômes ou de sa formation ; s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, préciser son statut et/ou sa formation.

Point 4 – Rappel des faits

A partir des déclarations de la victime (et de son entourage si nécessaire) et des documents médicaux fournis :

- 4.1. Relater les circonstances de l'accident.
- 4.2. Décrire en détail les lésions initiales, les suites immédiates et leur évolution.
- 4.3. Décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsqu'elle a eu recours à une aide temporaire (humaine ou matérielle), en préciser la nature et la durée.

Point 5 – Soins avant consolidation *correspondant aux Dépenses de Santé Actuelles (DSA)*

Décrire tous les soins médicaux et paramédicaux mis en œuvre jusqu'à la consolidation, en précisant leur imputabilité, leur nature, leur durée et en indiquant les dates exactes d'hospitalisation avec, pour chaque période, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés.

Point 6 – Lésions initiales et évolution

Dans le chapitre des commentaires et/ou celui des documents présentés, retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial, en préciser la date et l'origine et reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de leur évolution.

Point 7 – Examens complémentaires

Prendre connaissance des examens complémentaires produits et les interpréter.

Point 8 – Doléances

Recueillir et retranscrire dans leur entier les doléances exprimées par la victime (et par son entourage si nécessaire) en lui faisant préciser notamment les conditions, date d'apparition et importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle, ainsi que leurs conséquences sur sa vie quotidienne, familiale, sociale...

Point 9 – Antécédents et état antérieur

Dans le respect du code de déontologie médicale, interroger la victime sur ses antécédents médicaux, ne les rapporter et ne les discuter que s'ils constituent un état antérieur susceptible d'avoir une incidence sur les lésions, leur évolution et les séquelles présentées.

Point 10 – Examen clinique

Procéder à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime. Retranscrire ces constatations dans le rapport.

B. ANALYSE ET ÉVALUATION

Point 11 – Discussion

11.1. Analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité à l'accident de lésions initiales, de leur évolution et des séquelles en prenant en compte, notamment, les doléances de la victime et les données de l'examen clinique ; se prononcer sur le caractère direct et certain de cette imputabilité et indiquer l'incidence éventuelle d'un état antérieur.

11.2. Répondre ensuite aux points suivants.

Point 12 – Les gênes temporaires constitutives d'un Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT)

Que la victime exerce ou non une activité professionnelle :

- Prendre en considération toutes les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident ; en préciser la nature et la durée (notamment hospitalisation, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livre habituellement ou spécifiquement la victime, retentissement sur la vie sexuelle).
- En discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution et en préciser le caractère direct et certain.

Point 13 – Arrêt temporaire des activités professionnelles constitutif des Pertes de Gains Professionnels Actuels (PGPA)

En cas d'arrêt temporaire des activités professionnelles, en préciser la durée et les conditions de reprise. En discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution rapportées à l'activité exercée.

Point 14 – Souffrances endurées

Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales liées à l'accident s'étendant de la date de celui-ci à la date de consolidation.

Elles sont représentées par « la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisations, à l'intensité et au caractère astreignant des soins auxquels s'ajoutent les souffrances psychiques et morales représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait être habituellement liées à la nature des lésions et leur évolution ». Elles s'évaluent selon l'échelle habituelle de 7 degrés.

Point 15 – Consolidation

Fixer la date de consolidation, qui se définit comme « le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique ».

Point 16 – AIPP - Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique constitutive du Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)

Décrire les séquelles imputables, fixer par référence à la dernière édition du « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun », publié par le Concours Médical, le taux éventuel résultant d'une ou plusieurs Atteinte(s) permanente(s) à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) persistant au moment de la consolidation, constitutive d'un déficit fonctionnel permanent (DFP).

L'AIPP se définit comme « la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits ; à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux ».

reux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours».

**Point 17 – Dommage esthétique
constitutif du Préjudice Esthétique Permanent (PEP) et / ou temporaire (PET)**

Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du dommage esthétique imputable à l'accident. L'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte physiologique déjà prise en compte au titre de l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique.

Dans certains cas, il peut exister un préjudice esthétique temporaire (PET) dissociable des souffrances endurées ou des gênes temporaires. Il correspond à «*l'altération de [son] apparence physique, certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers, (...) notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face*».

Il convient alors d'en décrire la nature, la localisation, l'étendue et l'intensité et d'en déterminer la durée.

**Point 18-1 – Répercussions des séquelles sur les activités professionnelles
constitutives des Pertes de Gains Professionnels Futurs (PGPF), de l'Incidence Professionnelle (IP), d'un Préjudice Scolaire Universitaire et de Formation (PSUF)**

Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans l'exercice de ses activités professionnelles ou d'une modification de la formation prévue ou de son abandon (s'il s'agit d'un écolier, d'un étudiant ou d'un élève en cours de formation professionnelle), émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions, aux séquelles retenues. Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

**Point 18-2 – Répercussions des séquelles sur les activités d'agrément
constitutives d'un Préjudice d'Agrément (PA)**

Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans l'exercice de ses activités spécifiques sportives ou de loisirs effectivement pratiquées antérieurement à l'accident, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues.

Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

**Point 18-3 – Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles
constitutives d'un Préjudice Sexuel (PS)**

Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans sa vie sexuelle, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues.

Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

**Point 19 – Soins médicaux après consolidation / frais futurs
correspondant aux Dépenses de Santé Futures (DSF)**

Se prononcer sur la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'appareillage ou de prothèse, nécessaires après consolidation pour éviter une aggravation de l'état séquellaire ; justifier l'imputabilité des soins à l'accident en cause en précisant s'il s'agit de frais occasionnels, c'est-à-dire limités dans le temps ou de frais viagers, c'est-à-dire engagés la vie durant.

Point 20 – Conclusions

Conclure en rappelant la date de l'accident, la date et le lieu de l'examen, la date de consolidation et l'évaluation médico-légale retenue pour les points 12 à 19.

¹ Cette mission a été élaborée conformément aux recommandations du rapport de la commission présidée par Monsieur Jean-Pierre Dintilhac consultable par internet sur www.justice.gouv.fr ou <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>



Annexe 5



**Pour mieux vous satisfaire
Contactez-nous :**

Dossier N° : [REDACTED]
Suivi par : Valérie GALLAND
Tél : 02.43.43.32.95
Fax : 01.57.67.52.95
Courriel : GCM-GED-CORPO-AUTO@groupama-cm.fr

Docteur [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

LE MANS, le 08 avril 2014

Docteur,

Je vous saurais gré de bien vouloir ré-examiner :

Madame [REDACTED]

[REDACTED]
Victime d'un accident le 17/06/2013.

Certificats médicaux joints : OUI

/ Il s'agit d'un accident régi par la loi Badinter du 5 juillet 1985 et le décret du 6 janvier 1986.

Je vous rappelle qu'en application des articles 16 et 17 du décret, vous devez :

- ✓ Aviser la victime 15 jours au moins à l'avance **de votre identité et de vos titres, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen en lui précisant qu'il sera effectué pour notre compte et que l'intéressé peut se faire assister d'un médecin de son choix.**
- ✓ Lui adresser dans un délai de 20 jours à compter de la date de l'examen un exemplaire de votre rapport, **le cas échéant au médecin qui l'a assistée et bien entendu à notre médecin conseil.**

Les conclusions sont à établir : /Selon le Droit Commun dans le cadre de la mission type droit commun

Pour des raisons de confidentialité médicale, votre rapport devra être transmis à l'attention du Médecin Conseil de GROUPAMA CENTRE MANCHE, à l'adresse figurant sur le présent courrier.

Dans l'attente de votre rapport,

Je vous prie de recevoir, Docteur, mes sincères salutations.

Valérie GALLAND
Gestionnaire du dossier

Pour nous écrire :
GROUPAMA CENTRE MANCHE
SINISTRES CORPOREL
TSA 59063
35906 RENNES CEDEX 9

www.groupama.fr

Siege social : Parc Tertiaire du Jardin d'Entreprises, 10 rue Blaise Pascal - CS 40337 - 28008 CHARTRES CEDEX
Entreprise régie par le code des Assurances

Annexe 6

PROTCOLE D'ACCORD

ENTRE LES SOUSSIGNES

Mademoiselle [REDACTED] née le [REDACTED], demeurant [REDACTED]
14100 LISIEUX,

d'une part,

et **GROUPAMA CENTRE MANCHE**, 30 rue Paul Ligneul 72043 LE MANS Cedex, agissant pour le compte de qui il appartiendra

d'autre part.

IL A ETE RAPPELE ET CONVENU CE QUI SUIT :

Mademoiselle [REDACTED] a été victime le 05/06/2005, d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué le véhicule conduit par Monsieur [REDACTED] assuré auprès de GROUPAMA CENTRE MANCHE, qui a quitté la route pour éviter un chien en divagation.

Mademoiselle [REDACTED] a droit à l'indemnisation intégrale du préjudice qu'elle a subi suite à cet accident.

Les parties ont décidé, afin d'évaluer le préjudice corporel subi par Mademoiselle [REDACTED] d'organiser un arbitrage médical amiable, lequel sera confié au Docteur [REDACTED] à qui elles donnent, par la présente, la mission suivante :

- Dans le respect des textes en vigueur, dans un délai minimum de 15 jours, informer par courrier Mademoiselle [REDACTED] victime d'un accident le 05/06/2005, de la date de l'examen médical auquel elle devra se présenter.
- Se faire communiquer par la victime ou son représentant légal tous documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial, le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation, le dossier d'imagerie,...
- Prendre connaissance de l'identité de la victime ; fournir le maximum de renseignements sur son mode de vie, ses conditions d'activités professionnelles, son statut exact ; préciser, s'il s'agit d'un enfant, d'un étudiant ou d'un élève en formation professionnelle, son niveau scolaire, la nature de ses diplômes ou de sa formation ; s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, préciser son statut et/ou sa formation.
- A partir des déclarations de la victime (et de son entourage si nécessaire) et des documents médicaux fournis :

Relater les circonstances de l'accident.

Décrire en détail les lésions initiales, les suites immédiates et leur évolution.

Décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsqu'elle a eu recours à une aide temporaire (humaine ou matérielle), en préciser la nature et la durée.

- Décrire tous les soins médicaux et paramédicaux mis en oeuvre jusqu'à la consolidation, en précisant leur imputabilité, leur nature, leur durée et en indiquant les dates exactes d'hospitalisation avec, pour chaque période, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés.

- Dans le chapitre des commentaires et/ou celui des documents présentés, retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial, en préciser la date et l'origine et reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de leur évolution.
- Prendre connaissance des examens complémentaires produits et les interpréter.
- Recueillir et retranscrire dans leur entier les doléances exprimées par la victime (et par son entourage si nécessaire) en lui faisant préciser notamment les conditions, date d'apparition et importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle, ainsi que leurs conséquences sur sa vie quotidienne, familiale, sociale...
- Dans le respect du code de déontologie médicale, interroger la victime sur ses antécédents médicaux, ne les rapporter et ne les discuter que s'ils constituent un état antérieur susceptible d'avoir une incidence sur les lésions, leur évolution et les séquelles présentées.
- Procéder à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime. Retranscrire ces constatations dans le rapport.
- Analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité à l'accident des lésions initiales, de leur évolution et des séquelles en prenant en compte, notamment, les doléances de la victime et les données de l'examen clinique ; se prononcer sur le caractère direct et certain de cette imputabilité et indiquer l'incidence éventuelle d'un état antérieur.
- Répondre ensuite aux points suivants :

1. Les gênes temporaires constitutives d'un Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT)

Que la victime exerce ou non une activité professionnelle :

- Prendre en considération toutes les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident ; en préciser la nature et la durée (notamment hospitalisation, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livre habituellement ou spécifiquement la victime, retentissement sur la vie sexuelle).
- En discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution et en préciser le caractère direct et certain.

2. Arrêt temporaire des activités professionnelles constitutif des Pertes de Gains Professionnels Actuels (PGPA)

En cas d'arrêt temporaire des activités professionnelles, en préciser la durée et les conditions de reprise. En discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution rapportées à l'activité exercée.

3. Souffrances endurées

Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales liées à l'accident s'étendant de la date de celui-ci à la date de consolidation.
Elles sont représentées par «*la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisations, à l'intensité et au*

caractère astreignant des soins auxquels s'ajoutent les souffrances psychiques et morales représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait être habituellement liées à la nature des lésions et à leur évolution». Elles s'évaluent selon l'échelle habituelle de 7 degrés.

4. Consolidation

Fixer la date de consolidation, qui se définit comme « *le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique* ».

5. AIPP - Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique constitutive du Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)

Décrire les séquelles imputables, fixer par référence à la dernière édition du «Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun», publié par le Concours Médical, le taux éventuel résultant d'une ou plusieurs Atteinte(s) permanente(s) à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) persistant au moment de la consolidation, constitutif d'un déficit fonctionnel permanent (DFP).

L'AIPP se définit comme «*la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits ; à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours*».

6. Dommage esthétique constitutif du Préjudice Esthétique Permanent (PEP) et / ou temporaire (PET)

Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du dommage esthétique imputable à l'accident. L'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte physiologique déjà prise en compte au titre de l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique.

Dans certains cas, il peut exister un préjudice esthétique temporaire (PET) dissociable des souffrances endurées ou des gênes temporaires. Il correspond à «*l'altération de [son] apparence physique, certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers, (...) notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face*».

Il convient alors d'en décrire la nature, la localisation, l'étendue et l'intensité et d'en déterminer la durée.

7. Répercussions des séquelles sur les activités professionnelles constitutives des Pertes de Gains Professionnels Futurs (PGPF), de l'Incidence Professionnelle (IP), d'un Préjudice Scolaire Universitaire et de Formation (PSUF)

Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans l'exercice de ses activités professionnelles ou d'une modification de la formation prévue ou de son abandon (s'il s'agit d'un écolier, d'un étudiant ou d'un élève en cours de formation professionnelle), émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions, aux séquelles retenues.

Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

8. Répercussions des séquelles sur les activités d'agrément constitutives d'un Préjudice d'Agrément (PA)

Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans l'exercice de ses activités spécifiques sportives ou de loisirs effectivement pratiquées antérieurement à l'accident, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues.

Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

9. Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles constitutives d'un Préjudice Sexuel (PS)

Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans sa vie sexuelle, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues.

Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

10. Soins médicaux après consolidation / frais futurs correspondant aux Dépenses de Santé Futures (DSF)

Se prononcer sur la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'appareillage ou de prothèse, nécessaires après consolidation pour éviter une aggravation de l'état séquellaire ; justifier l'imputabilité des soins à l'accident en cause en précisant s'il s'agit de frais occasionnels, c'est-à-dire limités dans le temps ou de frais viagers, c'est-à-dire engagés la vie durant.

11. Conclusions

Conclure en rappelant la date de l'accident, la date et le lieu de l'examen, la date de consolidation et l'évaluation médico-légale retenue.

Il est convenu que GROUPAMA CENTRE MANCHE soit représenté aux opérations d'expertise par le Docteur [REDACTED] 14000 CAEN, ([REDACTED]). Mademoiselle [REDACTED] ayant décidé de se faire assister par le Docteur [REDACTED] ([REDACTED]). L'expert leur adressera également une convocation.

L'expert aura toute faculté pour prendre l'avis de spécialistes de son choix et solliciter la production de tout document nécessaire à l'élaboration de ses conclusions.

A la fin de ses opérations, l'expert organisera une réunion de clôture au cours de laquelle il informera les parties du résultat de ses investigations et recueillera les ultimes observations, le tout devant être consigné dans son rapport. L'expert pourra substituer à cette réunion l'envoi d'un pré rapport en donnant un délai aux parties, qui ne soit pas inférieur à quinze jours, pour faire valoir leurs observations.

Les honoraires de l'expert seront supportés par GROUPAMA CENTRE MANCHE qui s'y engage.

Chaque partie supportera les frais de sa propre représentation aux opérations d'expertise.

Les parties sont convenues de reconnaître à l'expertise du Docteur [REDACTED] la portée et les effets d'une expertise judiciaire, et de réserver en conséquence pour chacune d'elles la possibilité de contester les conclusions du Docteur [REDACTED] devant le tribunal compétent.

Le présent procès verbal laisse entiers les droits respectifs des parties en ce qui concerne les conséquences pécuniaires et les soussignés auront droit éventuel, de discuter

ultérieurement, judiciairement ou amiablement de l'indemnité qui pourra être due au blessé du fait de l'accident précité.

Fait en deux exemplaires.

Mademoiselle **LE CROIST**

A , le

Signature (1)

GROUPAMA CENTRE MANCHE

A , le

Signature (1)

(1) Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

Annexe 7

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique :

Vu l'article 1147 du code civil et le principe de la réparation intégrale du préjudice sans perte ni profit ;

Attendu que pour l'indemnisation du préjudice corporel, la réparation des postes de préjudice dénommés déficit fonctionnel temporaire et déficit fonctionnel permanent inclut, le premier, pour la période antérieure à la date de consolidation, l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle ainsi que le temps d'hospitalisation et les pertes de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante durant la maladie traumatique, le second, pour la période postérieure à cette date, les atteintes aux fonctions physiologiques, la perte de la qualité de vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales ; qu'il s'ensuit que la réparation d'un poste de préjudice personnel distinct dénommé préjudice d'agrément vise exclusivement à l'indemnisation du préjudice lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que Cécile X..., épouse Y..., ayant reçu des transfusions de produits sanguins au cours d'une intervention chirurgicale réalisée le 16 octobre 1984, a été déclarée atteinte du virus de l'hépatite C en septembre 1996 ; qu'à la suite d'une expertise médicale ordonnée en référé, M. et Mme Y... et leurs enfants ont assigné en responsabilité et indemnisation l'Etablissement français du sang (EFS), venant aux droits de l'Etablissement de transfusion sanguine de Strasbourg et son assureur, la société Axa assurances (l'assureur), en présence de la caisse primaire d'assurance maladie de Haguenau (la caisse) ; que par jugement du 24 septembre 2001, l'EFS a été déclaré responsable de la contamination et condamné à verser des indemnités à Mme Y... au titre du préjudice spécifique de contamination et aux consorts Y... au titre de leurs préjudices moraux, en ordonnant, avant dire droit sur les autres préjudices de Mme Y..., une expertise complémentaire ; qu'un jugement du 15 décembre 2003 a fixé le préjudice soumis à recours et le préjudice personnel de Mme Y... et a condamné in solidum l'EFS et l'assureur à payer des sommes à celle-ci et à la caisse ; que Cécile Y... est décédée le 19 février 2004 ;

Attendu que pour condamner l'EFS, sous la garantie de l'assureur, à payer à M. Y... pris en qualité d'héritier de Cécile Y... la somme de 92 000 euros, avec intérêts au taux légal à compter du 24 septembre 2001, l'arrêt, après avoir évalué à 50 000 euros l'indemnité réparant le préjudice spécifique de contamination, énonce que Cécile Y... avait cessé son activité professionnelle en 1989, à l'âge de 57 ans, en raison de l'évolution de son lymphosarcome opéré et non du fait de sa cytolysse hépatique à l'époque encore qualifiée de modérée ; que les périodes d'incapacité de travail retenues par l'expert à partir

d'octobre 1996 sont donc restées sans incidence professionnelle et ne se sont manifestées que dans la gêne éprouvée par la victime dans les différentes activités de la vie quotidienne ; qu'en l'absence de consolidation acquise en mars 2002, ces périodes d'incapacité se sont étendues jusqu'au décès ; qu'il y a lieu de globaliser les montants réclamés au titre des incapacités temporaire et permanente et d'indemniser ce préjudice par un montant de 35 000 euros ; que l'expert indique que Cécile Y... a été, à la suite de l'aggravation de sa maladie hépatique entraînant une grande asthénie, dans l'impossibilité de s'adonner à ses activités de loisirs antérieures et même de s'occuper de ses petits-enfants et qu'elle s'est trouvée confinée à son domicile devant la télévision ; que ce préjudice d'agrément doit être évalué à 7 000 euros ;

Qu'en statuant ainsi, alors que le dommage réparé au titre du préjudice d'agrément se rattachait à la perte de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante prise en compte dans l'indemnisation de " l'incapacité temporaire totale ou partielle " désormais comprise dans le poste de préjudice dénommé " déficit fonctionnel temporaire ", la cour d'appel, qui a indemnisé deux fois le même préjudice, a violé le texte et le principe susvisé ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ce qu'il condamne l'Etablissement français du sang in solidum avec la société Axa France IARD, dans la limite de sa garantie, à payer à M. Charles Y..., en sa qualité d'héritier de Cécile Y..., la somme de 92 000 euros, en deniers ou quittances, avec intérêts de droit à compter du jugement du 24 septembre 2001 outre une indemnité de 3 500 euros au titre des frais irrépétibles de première instance, l'arrêt rendu le 4 avril 2008, entre les parties, par la cour d'appel de Colmar ; remet, en conséquence, sur ce point, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Metz ;

Laisse à chaque partie la charge de ses propres dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande des consorts Y... ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt-huit mai deux mille neuf.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Piwnica et Molinié, avocat aux Conseils pour l'Etablissement français du sang.

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir condamné l'E. F. S., sous la garantie de son assureur, à payer à M. Charles Y..., pris en sa qualité d'héritier de Mme Y..., la somme de 92. 000 euros, avec intérêts de droit à compter du 24 septembre 2001,

AUX MOTIFS QUE l'expert a relevé que Mme Y... avait cessé son activité professionnelle en 1989, à l'âge de 57 ans, en raison de l'évolution de son lymphosarcome opéré et non du fait de sa cytolysse hépatique à l'époque encore qualifiée de modérée ; que les

périodes d'incapacité de travail retenues par l'expert à partir d'octobre 1996 sont donc restées sans incidence professionnelle et ne se sont manifestées que dans la gêne éprouvée par la victime dans les différentes activités de la vie quotidienne ; qu'en l'absence de consolidation acquise en mars 2002, ces périodes d'incapacité se sont étendues jusqu'au décès en février 2004 ; qu'il y a lieu de globaliser les montants réclamés au titre des incapacités temporaire et permanente et d'indemniser ce préjudice par un montant de 35. 000 euros ; qu'enfin, l'expert indique dans son rapport que Mme Y... s'est trouvée, à la suite de l'aggravation de sa maladie hépatique entraînant une grande asthénie, dans l'impossibilité de s'adonner à ses activités de loisirs antérieures et même de s'occuper de ses petits-enfants ; qu'elle s'est trouvée confinée devant la télévision ; que ce préjudice d'agrément doit être évalué à 7. 000 euros ;

ALORS QUE le déficit fonctionnel temporaire correspond aux incidences de la réduction du potentiel physique et psychique de la victime sur sa sphère personnelle, avant la consolidation ; qu'il inclut la privation des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime ; qu'en indemnisant, d'une part, au titre de l'incapacité temporaire de travail, la gêne éprouvée par Mme Y... dans les activités de la vie quotidienne et, d'autre part, au titre de son préjudice d'agrément, le fait qu'elle soit restée confinée à son domicile et ait cessé de s'adonner à ses activités de loisirs et de s'occuper de ses petits-enfants, la cour d'appel, qui a réparé deux fois le même dommage, a violé l'article 1147 du code civil et le principe de réparation intégrale.

Annexe 8



1 rue Jules Lefebvre
75431 PARIS CEDEX 09
Tél. : 01.53.21.51.90
Fax : 01.53.21.51.91

Paris, le 18 décembre 2013

CONVENTION I.R.C.A.

Circulaire n° 13/2013

Objet : Eléments chiffrés 2014

Madame, Monsieur,

Dans les suites de la circulaire 12/2013, vous voudrez bien trouver ci-jointe l'annexe 2 de la Convention IRCA "Eléments Chiffrés" consignnant les valeurs applicables pour 2014, **le paragraphe 5 « DFT » ayant été complété.**

Ces dispositions s'appliquent pour les paragraphes 1 à 5 aux victimes consolidées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014.

Le forfait est pour sa part applicable aux recours en contribution au titre des indemnités servies aux victimes ne présentant aucune atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique pour les accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 2014.

Nous vous remercions de vouloir bien porter ces informations à la connaissance de vos services intéressés.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Adjoint,

Sophie BARRETEAU

Annexe 2

ELEMENTS CHIFFRES 2014

1 – ATTEINTE A L'INTEGRITE PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE (AIPP) SE TRADUISANT PAR UN DFP (DEFICIT FONCTIONNEL PERMANENT) ^{(1) (2) (3)}

Tranches d'âge		Taux d'AIPP				
		1	2	3	4	5
- de 20 ans	Plancher	1 093	1 166	1 250	1 271	1 291
	Plafond	1 547	1 621	1 704	1 724	1 745
20-39 ans	Plancher	917	1 013	1 107	1 126	1 140
	Plafond	1 370	1 468	1 561	1 580	1 594
40-49 ans	Plancher	768	816	890	905	919
	Plafond	1 221	1 270	1 344	1 359	1 374
50-59 ans	Plancher	628	681	753	772	781
	Plafond	1 082	1 135	1 207	1 227	1 237
60-69 ans	Plancher	567	608	656	687	724
	Plafond	1 021	1 063	1 111	1 141	1 179
+ de 70 ans	Plancher	547	555	564	572	580
	Plafond	1 001	1 009	1 019	1 027	1 036

2 – SOUFFRANCES ENDUREES (SE) ^{(1) (2)}

demi-degré	Plancher (€)	Plafond (€)
0.5	245	513
1	563	1 201
1.5	598	1 555
2	1 469	2 871
2.5	1 635	3 814
3	2 451	5 269

Lorsque le poste SE est évalué au-delà de la cotation maximale de 3/7, le recours en contribution s'effectue dans la limite du plafond de cette cotation.

⁽¹⁾ Victimes consolidées avec AIPP entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014

⁽²⁾ Si le poste DFP, SE ou PEP est indemnisé en deçà des barèmes, il ne peut donner lieu à aucun recours

⁽³⁾ Valeur du point d'AIPP en euros

Annexe 2 (suite)

ELEMENTS CHIFFRES 2014

3 – PREJUDICE ESTHETIQUE PERMANENT (PEP) ^{(1) (2)}

demi-degré	Plancher (€)	Plafond (€)
0.5	261	731
1	649	1 341
1.5	922	2 027
2	1 213	3 063
2.5	1 653	4 153
3	2 727	6 127

Lorsque le poste PEP est évalué au-delà de la cotation maximale de 3/7, le recours en contribution s'effectue dans la limite du plafond de cette cotation.

4 – PERTE DE GAINS PROFESSIONNELS ACTUELS (PGPA)

Il s'agit de la perte de revenus nette quel que soit le type de revenu (salaire, honoraire, bénéfice...)

5 – DEFICIT FONCTIONNEL TEMPORAIRE (DFT)

Recours au coût réel plafonné aux valeurs mensuelles en euros ci-après :

GTT	723
GTP – Classe 4	542
GTP – Classe 3	362
GTP – Classe 2	181
GTP – Classe 1	72

6 - FORFAIT APPLICABLE AUX RECOURS EN CONTRIBUTION AU TITRE DES INDEMNITES SERVIES AUX VICTIMES NE PRESENTANT AUCUNE ATTEINTE A L'INTEGRITE PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE : 1 518 €⁽³⁾

7 - FRANCHISE ET PLAFOND

- Franchise et plafond du chapitre 6

La franchise absolue de recours est de 30 000 € par victime plafonnée à 80 000 € par assureur d'un même véhicule.

- Plafond jusqu'auquel l'arbitrage est obligatoire

Le plafond jusqu'auquel l'arbitrage est obligatoire est de 100 000 €.

- Préjudice vestimentaire*

La franchise absolue de recours est de 500 €.

⁽¹⁾ Victimes consolidées avec AIPP entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014

⁽²⁾ Si le poste DFP, SE ou PEP est indemnisé en deçà des barèmes, il ne peut donner lieu à aucun recours

⁽³⁾ Accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 2014

Annexe 9

NOTE TECHNIQUE

Dans ce cas, l'évolution est favorable. Il s'agit d'une personne très jeune et jeune.

Il existe des vertiges positionnels qui devraient s'amender dans le temps, il persistera à terme très vraisemblablement des phénomènes douloureux au niveau de genou et du pied droit pouvant retentir sur le périmètre de marche. Il existe par ailleurs un discret retentissement général du traumatisme.

Prévoir un déficit fonctionnel permanent entre 2 et 5 % sous réserve d'évolution favorable.

Souffrances endurées : vraisemblablement 3/7 à terme.

Domage esthétique vraisemblablement nul.

Possible répercussion sur les activités d'agrément (randonnées).

Aide humaine justifiée à ce jour 3 heures par mois, mais difficile à ce jour de préciser si elle le saura de manière viagère.

Nouvel examen souhaitable en avril 2014.

CONCLUSIONS

De l'examen de Madame [REDACTED] née [REDACTED] 1927, victime d'un accident de la voie publique le 17 juin 2013, réalisé le 22 octobre 2013 à 09 heures 00, il résulte que :

- Hospitalisation imputable : du 15 juin au 17 juin 2013, service des urgences, du 17 au 21 juin 2013, UPA CH SAINT-MALO.
- Déficit fonctionnel temporaire total : du 15 au 21 juin 2013.
- Déficit fonctionnel temporaire partiel :
 - o Classe III : du 22 juin au 9 août 2013,
 - o Classe I : du 10 août 2013 en cours à ce jour.
- Date de consolidation : non acquise.
- Nouvel examen souhaitable en avril 2014.

Copie du présent rapport est adressée à :

- Madame [REDACTED]
- GROUPAMA

Annexe 10

CONCLUSIONS

De l'examen de Madame [REDACTED], née le [REDACTED] octobre 1927, victime d'un accident de la voie publique le 17 juin 2013, réalisé le 29 avril 2014 à 12 heures 00, il résulte que :

- Hospitalisation imputable : du 15 juin au 17 juin 2013, service des urgences, du 17 au 21 juin 2013, UPA CH SAINT-MALO.

- Déficit fonctionnel temporaire total : du 15 au 21 juin 2013.

- Déficit fonctionnel temporaire partiel :
 - o Classe III : du 22 juin au 9 août 2013,
 - o Classe I : du 10 août 2013 au 29 avril 2014

- Date de consolidation : 29 avril 2014

- Déficit fonctionnel permanent : 4 % en fonction du Barème Indicatif des Invalidités Fonctionnelles en Droit Commun

- Souffrances endurées : 3/7

- Absence de dommage esthétique

- Préjudice d'agrément : limitation du périmètre des randonnées

- Absence de frais futurs post consolidation

- Absence de nécessité d'aide humaine post consolidation.

Copie du présent rapport est adressée à :

- Madame [REDACTED]
- GROUPAMA

Annexe 11

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, CHAMBRE CRIMINELLE, en son audience publique tenue au Palais de Justice à PARIS, le six juin deux mille, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le rapport de M. le conseiller RUYSSSEN, les observations de la société civile professionnelle LE BRET et LAUGIER, avocat en la Cour, et les conclusions de M. l'avocat général de X... ;

Statuant sur le pourvoi formé par :

- La COMPAGNIE CAMAT ASSURANCES IARD,

partie intervenante,

contre l'arrêt de la cour d'appel de PARIS, 20ème chambre, en date du 18 décembre 1998, qui, dans la procédure suivie contre Yassine Y... du chef notamment d'homicide involontaire, a prononcé sur les intérêts civils ;

Vu le mémoire produit ;

Sur le moyen unique de cassation, pris de la violation des articles 2, 485, 593 du Code de procédure pénale, L. 211-9, L. 211-13, R. 211-40 du Code des assurances, défaut de motifs, manque de base légale ;

"en ce que l'arrêt attaqué a constaté que les différentes sommes allouées à chacune des parties civiles produiront intérêts au double du taux légal du 19 avril 1996 à la date à laquelle le présent arrêt, qui a été déclaré opposable à la CAMAT, assureur de Yassine Y..., sera devenu définitif ;

"aux motifs que la CAMAT soutient que, par application de l'article L. 211-10 du Code des assurances, le délai pour l'offre était suspendu, faute pour les ayants droit de la victime d'avoir complété les fiches de renseignements qu'elle leur avait transmises ;

qu'elle a conclu au débouté de la demande, l'offre ayant été faite lors de la procédure et par écrit courant janvier 1998 ; que, cependant, la CAMAT ne justifie pas d'une offre d'indemnisation dans le délai prévu par l'article 12 de la loi du 5 juillet 1985, ou de circonstances qui ne lui sont pas imputables ayant fait obstacle à la formation de cette offre ; que l'assureur devait adresser spontanément son offre au bénéfice de la victime, de ses héritiers et de son conjoint, par opposition aux autres victimes ou ayants droit qui doivent lui adresser leur demande d'indemnisation ; que la Cour doit constater que les indemnités allouées chacune des parties civiles en réparation des préjudices moraux et économiques produiront de plein droit intérêts au double du taux légal du 19 avril 1996 à la date à laquelle le présent jugement sera devenu définitif ;

"alors que, d'une part, lorsque l'offre est tardive, la pénalité cesse au jour où l'offre finit par être faite ; qu'en l'espèce, en relevant que l'assureur avait fait aux ayants droit de la victime une offre d'indemnité lors de la procédure et par écrit courant janvier 1998, tout en fixant cependant le montant des intérêts portés au double de l'intérêt légal du 19 avril 1996 jusqu'au jour où l'arrêt sera devenu définitif, et non jusqu'au jour de l'offre, la chambre des appels correctionnels n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations au regard de l'article L. 211-13 du Code des assurances ;

"alors que, d'autre part, et en tout état de cause, en n'analysant pas l'offre faite par la CAMAT en cours de procédure dans le courant du mois de janvier 1998, et en ne recherchant pas si elle pouvait être considérée comme une offre d'indemnisation définitive au sens des articles L. 211-9 et R. 211-40 du Code des assurances, la chambre des appels correctionnels, qui a fixé le montant des intérêts portés au double de l'intérêt légal du 19 avril 1996 jusqu'au jour où l'arrêt sera devenu définitif, n'a pas mis la Cour de Cassation en mesure d'exercer son contrôle au regard de l'article L. 211-13 du Code des assurances" ;

Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué et des pièces de procédure que la CAMAT a soutenu devant la cour d'appel qu'elle avait fait une offre d'indemnité aux parties civiles "d'une part par voie d'écriture, d'autre part par correspondance à toute fin du mois de janvier 1998" ;

Attendu que, pour dire néanmoins que les sommes allouées porteront intérêts de plein droit au double du taux légal jusqu'à la date à laquelle la décision sera devenue définitive, l'arrêt, après avoir exposé les prétentions de l'assureur et analysé les pièces produites aux débats, consistant en des courriers échangés en 1995 entre l'avocat des parties civiles et la CAMAT, énonce que cette dernière ne justifie pas d'une offre d'indemnisation conforme aux exigences des articles L. 211-9 et L. 211-13 du Code des assurances ;

Attendu qu'en l'état de ces énonciations, la cour d'appel, qui n'était pas tenue de procéder d'office à des recherches susceptibles de pallier l'imprécision des allégations de l'assureur, a justifié sa décision ;

D'où il suit que le moyen doit être écarté ;

Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme ;

REJETTE le pourvoi ;

Ainsi jugé et prononcé par la Cour de Cassation, chambre criminelle, en son audience publique, les jour, mois et an que dessus ;

Etaient présents aux débats et au délibéré, dans la formation prévue à l'article L.131-6, alinéa 4, du Code de l'organisation judiciaire : M. Gomez président, M. Ruysen conseiller rapporteur, M. Roman conseiller de la chambre ;

Avocat général : M. de Gouttes ;

Greffier de chambre : Mme Krawiec ;

En foi de quoi le présent arrêt a été signé par le président, le rapporteur et le greffier de chambre ;

Annexe 12

I - Résultats 2013

→ France métropole 2012 vs 2013,
(données définitives pour 2012 et 2013)

	A	T	B	H
Bilan de l'année 2013	Accidents corporels	Tués à 30 jours	Blessés	dont blessés hospitalisés
Année 2013	56 812	3 268	70 607	25 966
Année 2012	60 437	3 653	75 851	27 142
Différence 2013 / 2012	-3 969	-385	-5 244	-1 176
Evolution 2013 / 2012	-6.0%	-10.5%	-6.9%	-4.3%

Tous les indicateurs d'accidentalité sont à la baisse.

En 2013, la mortalité routière tombe à 3 268 personnes tuées.

La baisse est de -10,5 % soit 385 vies épargnées par rapport à 2012.

Il s'agit de la 4^{ème} baisse la plus importante depuis 1954, année des débuts de la statistique informatique.

3

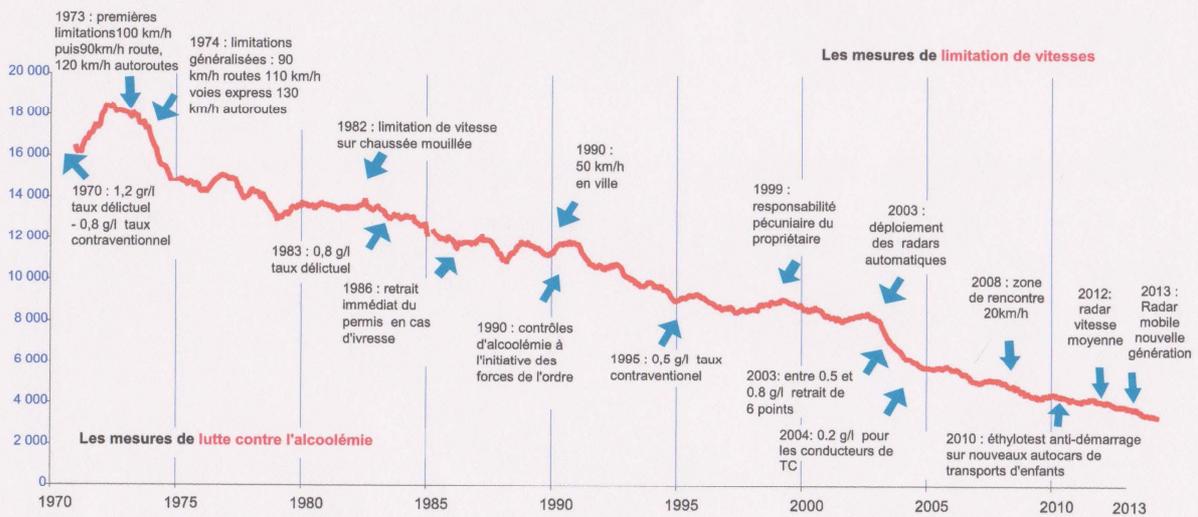
Document réalisé par l'ONISR – mai 2014

Annexe 13

2 - Perspectives longues

→ Chronologie 1970 à 2013 : Mortalité routière vs Mesures de sécurité routière

Évolution de la mortalité routière en France métropolitaine et les mesures prises en matière de sécurité
1970 - 2013 (moyenne glissante sur 12 mois)



BIBLIOGRAPHIE

- « **Précis d'évaluation du dommage corporel** » Hélène Bėjui-Hugues et Isabelle Bessières-Roques, L'Argus de l'assurance, 5^{ème} édition
- « **Droit du dommage corporel** » Yvonne Lambert-Faivre et Stéphanie Porchy-Simon, Précis Dalloz, 6^{ème} édition
- « **L'évaluation du dommage corporel par un médecin-conseil de compagnie d'assurance** » Docteur Philippe Varichon, Editions ESKA
- « **L'évaluation du préjudice corporel** » Max Le Roy, Litec, 7^{ème} édition
- « **L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel** » J. Hureau et D. Poitout, Masson, 3^{ème} édition
- « **L'indemnisation du préjudice corporel** » Vincent Dang-Vu, l'Harmattan, 3^{ème} édition
- www.ffsa.fr