



Accidents de la circulation : l'indemnisation des dommages corporels

Piéton, cycliste, motard, passager d'un véhicule ou conducteur peuvent être victimes d'un accident de la circulation. La loi Badinter du 5 juillet 1985 a instauré un droit à indemnisation spécifique des accidents de la circulation dans lesquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur. Quelles en sont les modalités et quelles sont les démarches à effectuer pour obtenir réparation ?

> Un cadre législatif spécifique

Qu'est-ce qu'un accident de la circulation ?

Selon la loi du 5 juillet 1985, tout accident (y compris l'incendie ou l'explosion survenant dans des lieux où la présence de véhicules est prévue) dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur (automobile, deux-roues, autocar, tracteur...), qu'il soit ou non en mouvement, est assimilé à un accident de la circulation. En revanche, les accidents causés par les trains et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ne sont pas concernés.

Qui a droit à une indemnisation ?

Les victimes autres que le conducteur (piétons, cyclistes, passagers...)

Toutes les victimes sont concernées par la loi du 5 juillet 1985, quelle que soit leur qualité. Leurs dommages corporels sont intégralement indemnisés, à moins qu'elles n'aient commis une faute inexcusable, cause exclusive de l'accident. La faute inexcusable n'est toutefois pas opposable aux victimes âgées de moins de 16 ans, de plus de 70 ans ou titulaires au moment de l'accident d'un titre d'invalidité au moins égal à 80 %.

En revanche, les victimes qui ont volontairement recherché leurs dommages, par exemple en cas de suicide ou de comportement suicidaire, ne peuvent prétendre à aucune indemnisation.

>>>

Les conducteurs

Une simple faute de leur part peut diminuer ou supprimer leur droit à indemnisation. La prise en charge de leurs dommages corporels peut donc être intégrale, partielle ou nulle selon les cas. Par exemple, l'indemnisation du conducteur qui omet de mettre sa ceinture de sécurité sera réduite si cette faute provoque ou aggrave ses dommages.

Les dommages corporels indemnisés

Toute atteinte à la personne est indemnisée. Il peut s'agir d'une atteinte à l'intégrité physique, d'une atteinte morale ou économique.

Les dommages aux fournitures et appareils délivrés sur prescription médicale (appareils auditifs ou dentaires, lunettes correctrices...) constituent une atteinte à la personne.

> Le processus d'indemnisation

La déclaration de l'accident

L'assureur de chaque véhicule impliqué dans l'accident doit être rapidement informé, au plus tard dans les cinq jours ouvrés. Pour lui permettre d'enclencher le processus d'indemnisation, les victimes d'un accident de la circulation ou les personnes qui les accompagnent doivent recueillir le nom et l'adresse du conducteur du véhicule impliqué, le nom de sa société d'assurances et le numéro de son contrat.

Le plus souvent, l'ensemble de ces informations, l'identité et les coordonnées des blessés sont précisés sur le constat amiable rempli lors de l'accident.

Le premier courrier de l'assureur à la victime

Le premier courrier de l'assureur doit rappeler les droits de la victime : obtention gratuite du procès-verbal de gendarmerie ou de police, assistance de l'avocat ou du médecin de son choix.

Un questionnaire est joint à ce courrier. Il porte, notamment, sur la description des dommages corporels, l'activité professionnelle, l'identification des personnes fiscalement à charge et des tiers payeurs (organismes sociaux, mutuelles, employeurs...) appelés à verser des prestations.

La victime doit y répondre et le renvoyer dans les six semaines, faute de quoi le délai d'offre d'indemnisation est suspendu.

L'examen médical

L'évaluation des dommages corporels fait l'objet, en fonction de leur gravité, soit d'un avis sur pièces, soit d'une expertise médicale.

L'avis sur pièces

Il s'agit de l'évaluation des dommages corporels après examen des pièces médicales (certificat médical initial, certificats d'arrêt de travail, ordonnances de soins...) par un médecin saisi par l'assureur. Cette pratique ne concerne que les dommages corporels légers.

>>>

L'expertise médicale

Au cas où l'assureur fait établir un bilan médical par un médecin expert, une convocation est adressée au moins quinze jours avant l'examen. La victime peut se faire assister par un médecin spécialiste de son choix. L'assureur de protection juridique lui en conseillera éventuellement un.

Après l'examen, l'expert de l'assureur dispose de vingt jours pour faire parvenir un exemplaire de son rapport à la victime et, le cas échéant, au médecin qui l'a assisté.

La date de consolidation

Elle correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent de sorte qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

Il devient alors possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une ou plusieurs Atteinte(s) permanente(s) à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP).

Les différents postes de préjudice

Pour établir le bilan de l'état médical de la victime, le médecin évalue les différents dommages.

- **Le déficit fonctionnel partiel**
Il s'agit du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP) causé par l'accident. Il est estimé entre 0 et 100 %. Sont également pris en compte la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence ressenties par la victime après consolidation.
- **Les pertes de gains professionnels actuels**
Il s'agit du montant total des revenus que la victime n'a pas pu percevoir au cours de la période pendant laquelle, pour des raisons médicales imputables à l'accident, elle ne peut exercer sa profession.
- **Les souffrances endurées**
Ce sont les souffrances physiques, psychiques endurées par la victime depuis l'accident; elles sont évaluées de 1 à 7 (de très léger à très important).
- **Le préjudice esthétique**
Il représente l'ensemble des disgrâces esthétiques causées par l'accident et persistant après la consolidation. Il est qualifié de 1 à 7 (de très léger à très important).
- **Le préjudice d'agrément**
Il correspond aux troubles conduisant à supprimer ou à réduire définitivement ou temporairement les activités de loisir de la victime, compte tenu de son état physique après l'accident.
- **Les aménagements**
Le médecin précise si l'état physique de la victime rend nécessaire l'aménagement de son cadre de vie (domicile, véhicule...).
- **Les appareillages**
Ce sont les appareils médicaux dont la victime peut avoir besoin (fauteuil roulant, lit élévateur...).
- **L'assistance par tierce personne**
Il s'agit de l'aide ménagère ou d'assistance dont a besoin la victime au quotidien ou de façon régulière.

>>>

Pour évaluer ces postes de préjudice, l'expert décrit les séquelles imputables à l'accident et fixe, par référence au barème du *Concours médical* (du nom de la revue dans laquelle il a été publié) le taux d'AIPP persistant au moment de la consolidation.

Les organismes sociaux tels que la Sécurité sociale ou la Cotorep n'utilisent pas le même barème. Ainsi, il arrive que les taux soient différents.

L'offre d'indemnisation

Les délais pour présenter l'offre d'indemnité

L'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule est tenu de présenter à la victime une offre d'indemnité motivée dans un délai de trois mois à compter de la demande d'indemnisation. S'il n'est pas en mesure de le faire, il doit en exposer les motifs : la responsabilité est rejetée ou n'est pas clairement établie, le dommage n'est pas entièrement quantifié.

Au cas où la responsabilité est contestée et où le dommage n'a pas été entièrement quantifié, l'assureur doit présenter une offre d'indemnisation dans les huit mois qui suivent 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.

La victime recevra, au plus tard huit mois après l'accident, une offre d'indemnisation définitive si son état de santé est consolidé et que l'assureur en a été informé dans les trois mois qui suivent l'accident.

Cette offre peut être provisionnelle lorsque l'assureur n'a pas, dans les trois mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime.

L'offre définitive d'indemnisation ne sera faite que dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle l'assureur aura été informé de la consolidation.

Si l'assureur ne respecte pas ces délais, le montant de l'indemnité est augmenté d'un intérêt du double du taux légal pendant la période comprise entre la fin du délai et la date de l'offre. Ces délais se trouvent prolongés :

- lorsque l'assureur n'est pas avisé des faits pendant le mois qui suit l'accident ;
- lorsqu'il reçoit plus de six semaines après l'envoi du questionnaire les renseignements qu'il a demandés ;
- lorsque la victime refuse l'examen médical.

Le délai d'offre le plus favorable à la victime s'applique : trois mois à compter de sa demande d'indemnisation ou huit mois à compter de l'accident.

Il est possible de porter l'affaire devant le tribunal sans attendre l'offre d'indemnité amiable.

Le contenu de l'offre

L'offre doit couvrir tous les éléments du préjudice corporel et du préjudice matériel annexe (vêtements, prothèses).

En cas de blessures, elle comprend, le cas échéant :

- le remboursement des frais de soins engagés (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation, etc.) sans limitation, mais sur justificatifs ;

>>>

- les salaires ou revenus qu'aurait perçus la victime si elle n'avait pas été blessée ; des indemnités forfaitaires sont, en règle générale, allouées aux personnes qui n'exercent pas d'activité rémunérée ;
- une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) déterminée par le médecin ;
- le remboursement du coût de la tierce personne si sa présence est nécessaire ;
- l'indemnisation des souffrances endurées (*pretium doloris*), du préjudice esthétique et du préjudice d'agrément.

En cas de décès, l'assureur indemnise :

- les frais d'obsèques ;
- le préjudice financier subi par la famille de la victime (perte de revenus) ;
- le préjudice moral subi par les proches de la victime : conjoint, concubin, parents, enfants, frères et sœurs...

L'indemnisation des victimes d'accidents corporels graves

En 2002, les sociétés d'assurances se sont engagées à adopter des règles identiques d'instruction et de gestion adaptées aux préjudices corporels graves. Elles mettent à la disposition des victimes des moyens spécifiques afin, non seulement de les indemniser, mais aussi de les assister et de leur apporter aides et conseils (aménagement du lieu de vie, reconversion professionnelle...).

Ces indemnités peuvent être réduites en cas de responsabilité de la victime. En outre, la plupart des tiers payeurs (organismes sociaux, employeurs, assureurs santé complémentaire, assureurs type « assurance du conducteur », caisses de retraite...) sont remboursés, des sommes versées à la suite de l'accident, dans la mesure où ils présentent leur réclamation à l'assureur dans le délai légal. La victime dispose néanmoins d'un droit préférentiel sur ces derniers. Le tiers payeur ne peut toutefois exercer de recours sur les sommes correspondant au préjudice personnel (souffrances endurées, préjudices esthétique et d'agrément), que s'il établit qu'il a effectivement versé à la victime une prestation dont le caractère personnel est incontestable.

Exemple d'une offre d'indemnité

Préjudices de la victime	Prestations versées par la Sécurité sociale
Pertes de gains : 1 830 euros	Indemnités journalières : 915 euros
Dépenses de santé actuelles : 763 euros	Frais médicaux : 700 euros
Déficit fonctionnel permanent : 2 300 euros	Néant
Souffrances endurées : 610 euros	
Préjudice esthétique : 200 euros	
<p>La somme allouée à la victime sera égale à 4 088 euros :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pertes de gains : 915 euros [1 830 - 915 (indemnités journalières versées par la SS)] - dépenses de santé : 63 euros [763 - 700 (frais médicaux pris en charge par la SS)] - déficit fonctionnel permanent : 2 300 euros - souffrances endurées : 610 euros - préjudice esthétique : 200 euros 	

>>>

Indemnités : les montants versés aux victimes

Pour obtenir des éléments d'information sur l'indemnisation, il est possible de consulter le fichier national des indemnités allouées aux victimes d'accident de la circulation mettant en cause un véhicule terrestre. Ce fichier, tenu par l'Association pour la gestion des informations sur le risque automobile (Agira), est accessible sur Minitel au 3615 AGIRA (0,152 euro la minute).

A partir de critères tels que l'âge, le sexe et le taux d'incapacité permanente, y figure le montant des indemnités accordées par transaction ou décision judiciaire. Toutefois, chaque indemnisation est un cas particulier et les exemples mis à disposition dans ce fichier n'ont qu'une valeur indicative.

L'indemnisation

L'offre d'indemnisation de l'assureur peut être acceptée, discutée ou refusée.

Acceptation de l'offre

La victime dispose de quinze jours pour dénoncer son accord par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle reçoit le règlement au plus tard quarante-cinq jours après son acceptation. En cas de règlement tardif, l'assureur devra des intérêts au taux légal majoré de moitié pendant deux mois, au double du taux légal ensuite.

Discussion ou refus de l'offre

Si la victime estime l'offre insuffisante, elle peut soit demander à l'assureur de lui faire une offre plus adaptée, soit saisir le tribunal. Dans ce dernier cas, elle ne sera intégralement indemnisée qu'à l'issue du procès.

La victime dispose de dix ans à compter de l'aggravation de son état pour présenter une demande à l'assureur qui l'a indemnisée. Toutefois, il ne doit pas s'agir d'une conséquence normale et prévisible de l'état de santé de la victime au moment où il y a eu accord sur l'indemnisation. Par ailleurs, il faut prouver que cette aggravation résulte bien de l'accident.

> Les assurances personnelles

Garantie du conducteur spécifique ou annexée au contrat automobile, assurance vie, garantie individuelle spécifique ou annexée au contrat multirisques habitation, garantie des accidents de la vie, si elle inclut les accidents de la circulation, peuvent être mises en œuvre.

Une déclaration d'accident doit être adressée par lettre recommandée aux sociétés d'assurances concernées. L'assuré dispose généralement de cinq jours ouvrés à compter de l'accident pour prévenir son assureur. Il est possible de faire une première déclaration par téléphone.

Dans la lettre, il convient d'indiquer lisiblement le nom et le numéro du contrat d'assurance (exemple : assurance individuelle n° ...), de préciser les date, lieu et circonstances de

>>>

l'accident, les noms et adresses des témoins, l'endroit où la victime est soignée et son adresse propre. Un certificat médical précisant la nature des blessures et leurs suites probables doit être envoyé dès que possible.

La garantie de protection juridique

Si l'assuré bénéficie d'une garantie de protection juridique (annexée à son contrat automobile, multirisques habitation, scolaire ou extrascolaire) ou d'un contrat spécifique qui joue en cas d'accident de la route, son assureur peut l'aider en mettant à sa disposition un médecin ou un avocat. La déclaration d'accident doit être faite dans les cinq jours ouvrés.

La garantie du conducteur ou des accidents de la vie

Le montant des plafonds d'indemnisation est généralement élevé. Des franchises ou des postes de préjudice non garantis peuvent être prévus par le contrat.

L'assuré est responsable

L'assureur indemnise le responsable de l'accident de son préjudice de la même manière que les autres victimes, c'est-à-dire en complément des organismes sociaux.

L'assuré n'est pas responsable

Quand l'assuré n'est pas responsable, l'indemnisation de l'assureur correspond à une avance sur les sommes dues par le responsable de l'accident.

Les autres garanties

L'assurance vie

L'assurance vie joue pour les accidents graves. En cas de décès, un capital est versé. Une invalidité totale ou partielle peut être réglée soit en capital, soit en rente, selon le contrat souscrit.

L'individuelle accidents

Au titre de ce contrat, le montant des sommes reçues dépend du choix des capitaux garantis au moment de la souscription. Le capital invalidité est versé en cas d'invalidité totale. Si l'invalidité est partielle, l'assureur verse une part du capital proportionnelle au taux d'invalidité. Un barème, annexé au contrat, précise, pour chaque infirmité, les pourcentages à retenir. La garantie frais de soins permet de compléter les prestations versées par l'organisme social.

> Le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages

Si le responsable de l'accident est inconnu ou s'il est connu mais non assuré, il convient de saisir le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO), afin qu'il indemnise. Le FGAO prend également en charge les dommages corporels causés par des animaux sans propriétaire ou dont le propriétaire demeure inconnu ou n'est pas assuré.

>>>

> L'accident survenu à l'étranger

En cas d'accident de la circulation survenu dans un pays mentionné au recto de la carte verte et causé par un véhicule immatriculé dans l'un des pays de l'Union européenne, il est possible de saisir, au choix :

- le représentant en France de l'assureur de responsabilité civile du conducteur ;
- l'assureur de responsabilité civile du conducteur dans le pays du lieu de l'accident.

En règle générale, c'est la loi du pays du lieu de l'accident qui s'applique pour déterminer les responsabilités et l'indemnisation des dommages subis.

L'assureur ou le représentant saisi est tenu, dans un délai de trois mois à compter du jour de la demande, de présenter une offre d'indemnisation si la responsabilité n'est pas contestée et si le dommage est quantifié. Dans le cas contraire, il doit, dans ce même délai, adresser une réponse motivée.

Si l'assureur ou son représentant ne présente pas une offre ou une réponse motivée dans le délai imparti, le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO), désigné par la France comme organisme d'indemnisation, peut être saisi. Dans les deux mois suivant la demande, il va tenter de faire reprendre la gestion du dossier par l'assureur ou son représentant. Passé ce délai, il procédera lui-même à l'indemnisation des préjudices selon la loi applicable à l'accident.

Le fonds peut également intervenir si :

- le véhicule n'est pas identifié ou n'est pas assuré ;
- l'assureur n'a pas désigné son représentant en France.

> L'accident survenu en France avec un étranger

En cas d'accident de la circulation causé en France par un véhicule immatriculé à l'étranger, il est possible de saisir le correspondant en France de cet assureur étranger (ses coordonnées sont accessibles sur le site du Bureau central français : www.bcf.asso.fr).

Adresses utiles

Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages :
64, rue DeFrance, 94682 Vincennes Cedex
Tél. : 01 43 98 77 00 - Site Internet : www.fga.fr

Bureau central français :
1, rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09
Tél. : 01 53 32 24 80 - Site Internet : www.bcf.asso.fr