

100 p
MPA
12



CONFÉRENCE INTERAFRICAINNE
DES MARCHÉS D'ASSURANCES



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)
BP 1575 YAOUNDE – Tel (+237) 222 207 152 – Fax (+237) 222 207 151
Email: contact@iiayaounde.com
Site web: <http://www.iiayaounde.com>

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES EN MASTER
PROFESSIONNEL EN ASSURANCE (MPA) : OPTION
MANAGEMENT DES ASSURANCES

THEME : Etude de la réglementation sur l'indemnisation des
préjudices corporels

Présenté et Soutenu par :

OBONE OBIANG
Delcine Christelle

Encadreur Professionnel :

Ludovique ESSENG NYARE
CHEF DE SERVICE SINISTRES

Assinco 

PREMIERE PROMOTION MPA 2020-2022

Novembre 2022



CONFÉRENCE INTERAFRICAINNE
DES MARCHÉS D'ASSURANCES



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)
BP 1575 YAOUNDE - Tel (+237) 222 207 152 - Fax (+237) 222 207 151
Email: contact@iiayaounde.com
Site web: <http://www.iiayaounde.com>

**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES EN MASTER
PROFESSIONNEL EN ASSURANCE (MPA) : OPTION
MANAGEMENT DES ASSURANCES**

THEME : Etude de la réglementation sur l'indemnisation des
préjudices corporels

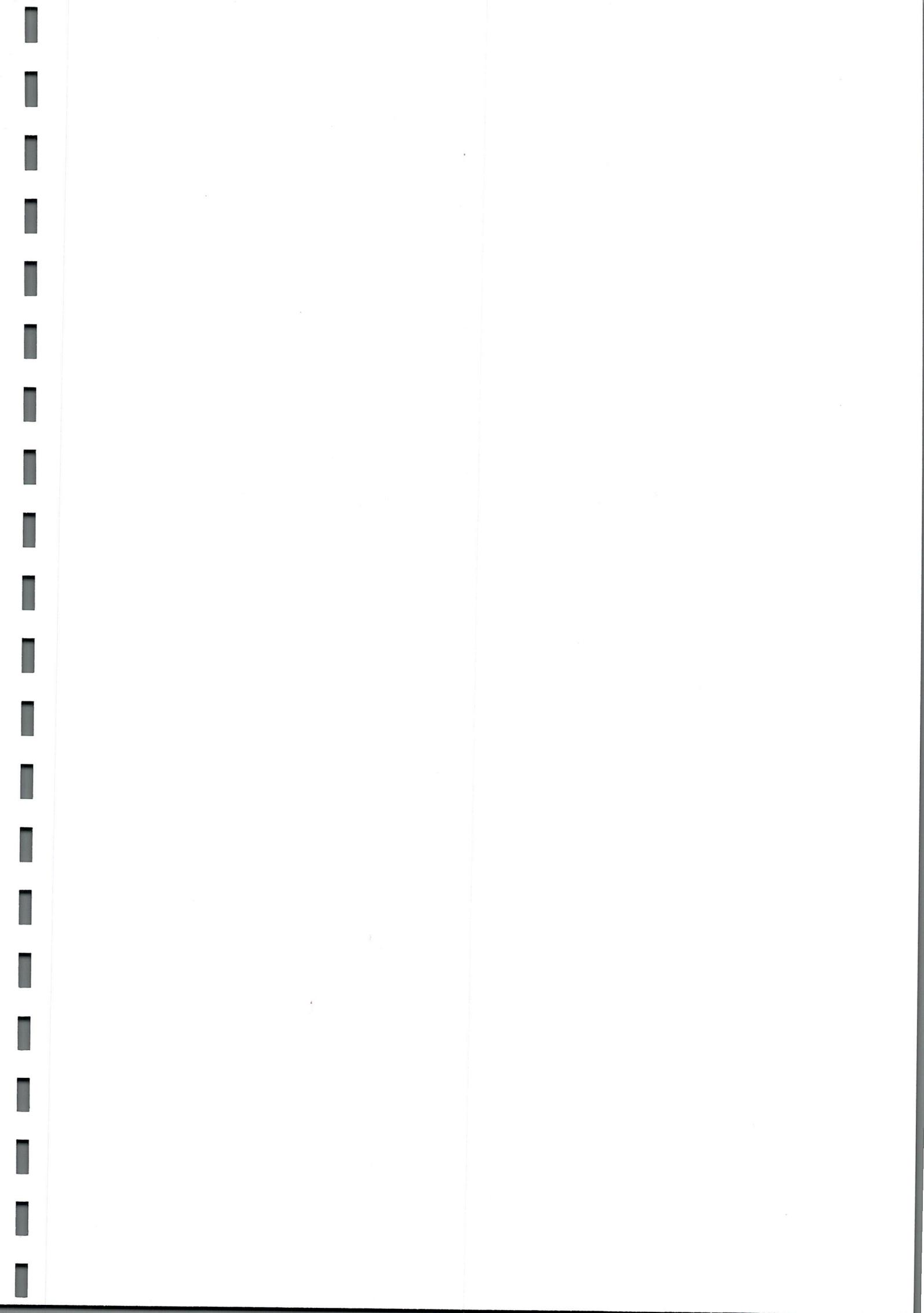
Présenté et Soutenu par :
OBONE OBIANG
Delcine Christelle

Encadreur Professionnel :
Ludovique ESSENG NYARE
CHEF DE SERVICE SINISTRES

Assinco 

PREMIERE PROMOTION MPA 2020-2022

Novembre 2022



DEDICACE

A mes parents qui ont toujours été là pour moi.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons exprimer notre gratitude à **Madame Ludovique ESSENG NYARE**, Chef de Service Sinistres aux Assurances Industrielles et Commerciales (ASSINCO), pour avoir accepté de nous suivre tout au long du stage et de notre rédaction, malgré les délais très courts qui se sont imposés à nous.

Nos remerciements vont à l'endroit également de tous ceux qui ont facilité le déroulement de la formation à l'Institut International des assurances ces deux (2) dernières années :

- **Monsieur Olivier MEBIAME ASSAME**, en qualité de Directeur National des Assurances du Gabon, ainsi qu'à toute son équipe ;
- **Monsieur Odon Bolarinwa KOUPAKI**, Directeur Général de l'Institut International des Assurances ;
- **Monsieur DANFAKHA DEMBO**, en sa qualité de Directeur des Etudes de l'Institut International des Assurances ;
- Tout le corps administratif et pédagogique de l'Institut ;

De même, nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de notre stage pratique à ASSINCO :

- Au Directeur Général d'ASSINCO, **Monsieur Stephen MOUSSIROU** et à toute son équipe pour l'accueil chaleureux.

Nos remerciements vont également à :

- **Monsieur Joseph Anatole BAYONNE** du cabinet « Consultant Associés » pour la documentation et la disponibilité pour les séances de travail ;
- **A Monsieur ODJE Koffi Martial**, Commissaire Contrôleur à la CIMA pour avoir mis des facilités pour accéder aux archives de la CIMA, merci pour ses encouragements ;

Un merci particulier à **Monsieur Mesmin EBO EBO**, Directeur Règlements et Contentieux à OGAR Assurances, Président de la Commission Nationale d'Arbitrage de la Fédération Gabonaises des Sociétés d'Assurances (FEGASA) et Vice-Président de l'Organe de Gestion de la Carte Rose CEMAC, pour l'encadrement dans notre travail, pour les différentes orientations de recherche, ses précieux conseils, et sa disponibilité.

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

APJ	Agent de Police Judiciaire
ASAC	Association des Sociétés d'Assurances du Cameroun
C. CASS. CIV	Chambre Civile de la Cours de Cassation
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
DNA	Direction Nationale des Assurances
FANAF	Fédération des Sociétés d'Assurance de Droit National Africaines
FGA	Fonds de Garantie Automobile
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPJ	Officier de Police Judiciaire
P.V	Procès-verbal
RC	Responsabilité Civile
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garantie

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: Synthétique comparatif des indemnisations par la CNSS et par les Compagnies d'assurance</i>	<i>52</i>
<i>Tableau 2: Exemple de la fiche processus de gestion de sinistre</i>	<i>59</i>

LISTES DES FIGURES

<i>Figure 1: : Exemple de la cartographie de processus d'une compagnie d'assurance</i>	<i>58</i>
--	-----------

RESUME

Dans le but d'améliorer le sort des victimes d'accident de la circulation, le législateur de la CIMA a mis en place un système qui permet à ces victimes d'être convenablement indemnisées. La mise en place de ce système avait pour objectif principal de pallier aux lourdeurs des tribunaux lorsque les cas d'accident corporels étaient présentés devant le juge. A ce titre, les dispositions du Code CIMA permettent de rétablir la situation des victimes d'accident.

Ce code par des garde-fous (délais, pénalités, sanctions) devrait inciter les compagnies d'assurance à indemniser rapidement les victimes d'accident. Une procédure d'indemnisation millimétrée et enfermée dans les délais a pour but d'améliorer le sort des victimes.

Mais dans la pratique, des plaintes de victimes resurgissent pour réclamer l'indemnisation. Est-ce que les compagnies d'assurance indemnisent réellement les victimes ? Comment expliquer les causes de ces frustrations ? Autant de questions que seules les compagnies d'assurance pourraient répondre.

Qu'à cela ne tienne, le code Cima a vocation à dédommager. Mais que l'on se mette dans la peau d'une victime ou celui de l'assureur, il sera difficile de se faire une idée objective du Code.

Il faut avoir à l'esprit de nos jours que l'accident de la route est un phénomène d'une dimension telle qu'il doit être pris en charge par toute la société mais qu'il impose une prise de conscience des auteurs accidents. L'accident de la route implique trop d'intérêts qu'il nécessite pour ces auteurs de faire attention pour réduire la recrudescence des accidents et décombrés les services sinistres des compagnies et de permettre à ces dernières de mieux indemniser les victimes et se conformer au code.

ABSTRACT

In order to improve the lot of victims of traffic accidents, the CIMA legislator has set up a system that allows these victims to be adequately compensated. The main objective of this system was to alleviate the cumbersome nature of the courts when personal injury cases were brought before the judge. In this respect, the provisions of the CIMA Code make it possible to re-establish the situation of victims.

This code, with its safeguards (deadlines, penalties, sanctions) should encourage insurance companies to compensate accident victims quickly. A compensation procedure that is tightly controlled and time-limited should improve the situation of victims.

However, in practice, complaints from victims resurface to claim compensation. Do the insurance companies really compensate the victims? How can we explain the causes of these frustrations? These are questions that only the insurance companies can answer.

The CIMA code is designed to compensate. But whether one puts oneself in the shoes of a victim or that of the insurer, it will be difficult to form an objective idea of the Code.

Nowadays, we have to keep in mind that road accidents are a phenomenon of such a dimension that it has to be taken care of by the whole society but that it imposes an awareness of the accident perpetrators. The road accident implies too many interests that it requires for these authors to pay attention to reduce the recrudescence of the accidents and to decompress the services of the companies and to allow these last ones to better compensate the victims and to conform to the code.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTES DES FIGURES	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : INDEMNISATION DES VICTIMES CORPORELLES D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION : DISPOSITIF MIS EN PLACE.....	5
CHAPITRE 1: PROCEDURE OBLIGATOIRE D'OFFRE D'INDEMNISATION	6
Section 1: Ouverture de la procédure d'offre d'indemnisation	6
Section 2 : Protection des intérêts des victimes dans l'offre d'indemnité.....	13
CHAPITRE 2: MODALITES ET CALCULS D'INDEMNISATION	19
Section 1: Indemnisation par la Compagnie d'assurance.....	20
Section 2 : Indemnisation par le fonds de garantie automobile.....	38
DEUXIEME PARTIE: DIFFICULTES PRATIQUES LIEES A L'INDEMNISATION DES VICTIMES CORPORELLES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION	44
CHAPITRE 1: DIFFICULTES D'INDEMNISATION : FACTEURS EXTERNES A L'ASSUREUR	45
Section 1: Retard dans la transmission des pieces.....	45
Section 2 : Problématique de la barémisation et des plafonds dans le régime du code CIMA	49
CHAPITRE 2: PROBLEMES D'INDEMNISATION LIES A L'ASSUREUR.....	56
Section 1 : Lourdeur des processus internes des compagnies d'assurance	56
Section 2 : Pratique de la sous tarification et la sécurisation des paiements	60
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES.....	66
TABLE DES MATIERES	68

INTRODUCTION GENERALE

L'assurance Responsabilité Civile automobile est la couverture la plus répandue dans le monde et plus encore en Afrique où elle représente un produit leader ¹ vendu par la majorité de compagnies d'assurance non-vie. Ce produit répandu est pourtant la cause de dégâts corporels importants au fil des années et surtout dans les pays en voie de développement.

Dans la présente étude nous n'allons aborder que les préjudices corporels résultant de l'utilisation des véhicules terrestres à moteur, ses remorques ou semi-remorques.

En effet, le véhicule automobile est le mode de transport le plus usité de la voie terrestre mais comporte malheureusement son lot de dangers qui en ont fait l'un des tout premiers facteurs de sinistre. La fréquence de son utilisation expose quotidiennement des vies humaines et des familles à divers périples.

La sécurité routière est l'une des préoccupations dans tous les Etats. Le rapport de l'OMS soulignait déjà que « chaque année, environ 1,3 million de personnes meurent dans les accidents de la route à travers le monde. 93% de ces décès dus à des accidents de la route surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ne comptent que 54% des véhicules immatriculés dans le monde ».²

Questionné sur la fréquence d'accidents de circulation, le Directeur général de la sécurité routière du Gabon a déclaré qu' « *en moyenne, de 2015 à 2019, nous avons comptabilisé 1237 accidents de la route, dont 990 à Libreville et ses environs* ». Non sans manquer de préciser que « *la province de Libreville est la plus accidentogène. Il y survient plus de 80% d'accidents comptabilisés sur tout l'espace du territoire national, et par suite le grand nombre de victimes* »³.

Et entre 2019 et 2020, le nombre d'accidents de la route enregistrés au Gabon a augmenté de 145,6 %, selon les données communiquées le 20 novembre 2021 par le Ministre Gabonais des Transports, Brice Constant Paillat. La Covid-19 a eu une incidence sur la hausse des accidents de la route en 2021: « Avec le couvre-feu, une heure assez stressante où les automobilistes veulent rentrer rapidement chez eux, il y a beaucoup plus d'accidents. Mais également la volonté des professionnels de transport, notamment les agences de voyage, les taximen qui ont été

¹ Produits porteurs de l'image de l'entreprise, ce qui permet à l'entreprise de vivre en volume d'activité et/ou marge

² Rapport OMS juillet 2017

³ <https://www.gabonmediatime.com>

privés de leurs activités pendant une certaine période, de faire le maximum de recettes pour compenser les biens manqués », a-t-il indiqué.⁴

La garantie responsabilité civile, qui peut être définie comme l'assurance qui garantit l'assuré contre les conséquences dommageables du fait du véhicule dont il serait l'auteur, a été rendue obligatoire⁵ du fait de la prépondérance des victimes d'accidents la circulation routière qui étaient en proie à des tourments divers dus essentiellement à l'anachronisme et aux insuffisances des lois qui leur étaient appliquées : non indemnisation, indemnisation partielle, disparités des évaluations des préjudices corporels aboutissant à des inégalités entre victimes. La situation était insoutenable.

Le juge était généralement sollicité dans l'indemnisation des préjudices corporels. Il a joui pendant longtemps d'une liberté dans la fixation des indemnités, après avoir préalablement et nécessairement établi les responsabilités et s'être assuré que la garantie de l'assureur était due. Son pouvoir, n'ayant pas de garde-fou⁶, était sujet à de nombreux abus avec notamment des indemnités très élevées⁷. Dans le même ordre d'idées, on a pu noter que les sommes allouées par le juge n'ont jamais suffi pour effacer les souffrances endurées par les victimes, et que, dans certains cas, le fait que ces sommes soient si importantes engendraient des victimes d'une autre nature, dont les plus connues sont les salariés d'entreprises d'assurances condamnées à fermer, et avec eux leurs familles⁸. De plus, le recours au juge rendait le processus d'indemnisation lent et toutes les victimes n'avaient pas forcément assez de moyens pour se payer se faire assister par un Conseil.

Il n'était pas exclu de voir des compagnies d'assurances, impliquées dans un accident, mettre des mois pour discuter du niveau de responsabilité des différents protagonistes pendant que les victimes abandonnées à leur propre sort, attendaient l'issue de ces interminables échanges épistolaires.

Alors, le régime institué par le code des Assurances inspiré de la loi Badinter du 5 juillet 1985, vient remédier à toutes ces considérations.

⁴ <https://www.lenouveaugabon.com>

⁵ Au Gabon par la loi n° 17/62 du 6 juin 1962 instituant l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à Moteur (Journal Officiel 1962, p.578)

⁶ A part l'interdiction de statuer ultra petita ou de ne pas fixer les indemnités *in globo*

⁷ « Un mort qui rapporte 198 millions : les compagnies d'assurances en péril ? » NKOUENDJIN YOTNDA, Rec. Penant, 1985, p.216 ; TPI de Bafoussam. Chambre Correctionnel-jugement n°274 du 1/12/1982

⁸ Apollinaire Ondo-Mve., le juge, les victimes d'accident de la circulation et le Code CIMA, hebdo informations n°361 du 19 juillet 1997

Un traité institue une organisation intégrée dénommée Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance, en abrégé CIMA, concernant l'industrie des assurances dans les Etats africains. Il a été signé le 10 juillet 1992 à Yaoundé par douze Etats africains⁹ mais est entré en vigueur le 15 février 1995. L'article 3 du traité prévoit que le code des assurances des Etats membres définit la législation unique des assurances. Ce code annexé au traité est appelé code CIMA dans le langage courant.

Le code CIMA a innové en adoptant le principe de l'indemnisation automatique des victimes puisqu'il n'y a plus à rechercher un coupable, c'est le dommage qui est pris en considération. Ni à établir au préalable un lien de causalité entre la faute et le dommage, c'est donc une loi d'indemnisation.

L'indemnisation au sens de la présente étude suppose une compensation financière destinée à réparer un dommage. Et l'indemnisation des préjudices corporels est par ricochet la réparation des dommages corporels subis par les victimes, du fait de l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, ses remorques ou semi-remorques.

La victime corporelle s'entend de la personne blessée au cours d'un accident de la circulation et qui a survécu à celui-ci ou de toute personne qui perd un proche parent à la suite d'un accident de même nature. Il faut encore l'accident ait été causé par un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques. Entre aussi dans cette catégorie tout autre passager du véhicule, membre de la famille du conducteur ou de l'assuré.

Pour les rédacteurs du code, il était question de rétablir la situation des victimes d'accident en mettant en place un système d'indemnisation qui permettrait une prise en charge juste et rapide des victimes corporelles.

Mais est-ce que la réglementation mise en place sur l'indemnisation des victimes par le Code est-elle protectrice des intérêts des victimes ?

D'aucun pense qu'elle protège les intérêts des victimes à cause de la procédure d'indemnisation millimétrée, renfermée dans les délais, laquelle l'assureur doit s'y conformer aux risques de s'exposer à des pénalités ou des sanctions. C'est donc une loi rigide qui vient améliorer le sort des victimes d'accidents de la circulation.

⁹ Le nombre d'Etats membres de la CIMA est de 14 aujourd'hui

D'autres avancent que le dispositif mis en place est certes salubre mais est confronté à quelques problèmes pratiques qui ne permettent pas à l'assureur d'honorer à ses engagements ou de ne pas suivre les injonctions du Code.

Le constat qui est fait, est que les plaintes des victimes se multiplient par milliers. La durée moyenne de liquidation d'un sinistre RC automobile est de trois (3) ans pour l'ensemble de la zone. Il n'est pas surprenant de noter les plaintes et autres sentiments d'insatisfaction des assurés et victimes auprès des Directions Nationales des Assurances (DNA) sur les pratiques dilatoires, des compagnies d'assurances, pour ne pas payer les sinistres ou l'incapacité à celles-ci de faire face à leurs engagements à cause de l'insolvabilité de certaines sociétés d'assurances et qui a d'ailleurs terni l'image de la profession.

Il s'agira donc pour nous de rechercher l'origine des problèmes auxquels sont confrontées les compagnies et qui les empêchent à tenir leurs engagements mais encore qui les poussent à se mettre en non-conformité avec les dispositions du code.

Pour mener à bien l'étude envisagée, nous allons d'abord mener une recherche documentaire qui couvrira les documents légaux, les articles, les revues et magazines. L'ensemble de cette documentation a fait l'objet d'une analyse pour déceler les informations utiles. Puis nous nous sommes appuyés sur des mémoires et des études ayant abordés la question. Enfin nous avons effectué des entretiens auprès des personnes ressources.

Notre travail sera organisé en deux parties, la première consistera à présenter le dispositif mis en place par le code CIMA sur l'indemnisation des victimes d'accident (Partie I) et ensuite de mettre en lumière quelques difficultés d'indemnisation des victimes auxquelles sont confrontées les compagnies et qui les poussent à faillir à la réglementation (Partie II).

PREMIERE PARTIE : INDEMNISATION DES VICTIMES CORPORELLES D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION : DISPOSITIF MIS EN PLACE

Le législateur CIMA a toujours veillé au strict respect des droits des victimes corporelles d'accident de la circulation. De ce fait, il a mis en place un système juridique tourné vers la protection des victimes et leur prise en charge optimale. Protection dans la mesure où il faut le rappeler le Code CIMA est une loi d'indemnisation et non de responsabilité c'est-à-dire que la réparation du préjudice a été privilégiée au détriment de la recherche d'un coupable. L'indemnisation est cependant exclue lorsque la victime a volontairement recherché le dommage (article 228) et pour le conducteur victime lorsque la faute est gravissime ou constitutive d'une force majeure¹⁰.

Puisque l'assureur est tenu d'indemniser, il faut d'une part qu'il soit informé du sinistre, et indépendamment que la réclamation soit faite ou pas¹¹, et que, d'autre part, il puisse disposer de tous les éléments et informations nécessaires sur la nature et l'importance des dommages.

Dans tous les cas, avant la phase d'indemnisation l'assureur devra instruire le dossier sinistre suite à la déclaration de son assuré. Instruction qui consistera à réunir toutes les pièces nécessaires à l'étude du dossier¹², de vérifier les garanties, de déterminer le taux de responsabilité civile par l'appréciation des antagonistes face aux principales règles de la circulation routière et à l'aide du barème de responsabilité civile inséré au code.

Si la responsabilité est établie, l'assureur procédera au règlement des préjudices en faisant appel aux modalités et calculs de l'indemnisation (Chapitre 2) en passant par la phase obligatoire d'offre d'indemnisation ou de transaction (Chapitre 1).

¹⁰ Art 227 alinéa premier du code des Assurances

¹¹ Art 51 et 231 du code des Assurances

¹² Pièces nécessaires à l'instruction pour les victimes corporelles d'accident de la circulation : déclaration de sinistre, procès-verbal de constat de police, permis de conduire, certificat médical initial, certificat médical de prolongation, certificat médical de guérison ou de consolidation, rapport médical, factures de frais de traitement, certificat de genre de mort ou certificat de décès, pièces d'identité de la victime

CHAPITRE 1: PROCEDURE OBLIGATOIRE D'OFFRE D'INDEMNISATION

L'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation suppose le passage à une phase obligatoire d'offre d'indemnisation ou de transaction. Nous verrons comment cette procédure est ouverte (Section 1) et pour respecter l'équilibre du plus faible, la victime, comment se manifeste la protection de ses intérêts dans la transaction (Section 2).

SECTION 1: Ouverture de la procédure d'offre d'indemnisation

En pratique, c'est le procès-verbal de constat de police qui permet d'ouvrir la procédure d'offre de transaction ou d'indemnisation notamment lorsqu'il s'agit d'un accident corporel. En effet, seul ce document, qui constitue en réalité un acte authentique, est en mesure d'établir un certain nombre de renseignements dont les assureurs impliqués dans l'accident doivent obligatoirement disposer pour les besoins de la procédure d'offre. Pour justement déclencher rapidement la procédure, le code en son article 230 impartit un délai de trois(3) mois à compter de l'accident, aux officiers et agents de police judiciaires de transmettre les procès-verbaux. En disposition de ces procès-verbaux, les assureurs impliqués pourront déterminer le meneur de l'offre ou l'initiateur (Paragraphe1), qui devra alors procéder à des échanges d'informations avec les parties impliquées (Paragraphe2).

Paragraphe 1 : Initiative de la procédure d'offre de transaction

Pour les fins d'offre de transaction, le code CIMA édicte un barème de responsabilités qui lie les assureurs. C'est ce barème qui déterminera le choix du meneur (A) qui aura donc pour responsabilité de présenter une offre, avec un contenu précis, à la victime dans les délais impartis par la réglementation en vigueur des assurances (B).

A - Choix du meneur de l'offre

Le choix du meneur se fait différemment selon que la victime est ou n'est pas conducteur au moment de l'accident. Dans le **cas où la victime est l'un des conducteurs impliqués** dans l'accident, la procédure de transaction incombera à :

- L'assureur qui assure la plus grande part de responsabilité selon le barème de responsabilité annexé au Code CIMA lorsque la collision survient entre deux (2) véhicules¹³ ;
- L'assureur de véhicule dont le numéro de la plaque d'immatriculation est le plus faible possible lorsque la collision survient entre deux véhicules¹⁴ ;

Ce dernier cas ne pose pas moins de problème d'interprétation. Car, pour les immatriculations des véhicules privés, le numéro le plus faible est naturellement le plus ancien en série.

Pour rester dans notre suite logique, dans **les cas où la victime n'a pas le statut de conducteur**, ici la détermination se fait selon que l'accident met en cause un ou plusieurs véhicules.

- Ainsi lorsqu'un seul véhicule est impliqué dans l'accident, l'initiative de la procédure d'offre de transaction incombe à l'assureur de la responsabilité civile du véhicule concerné, que la victime fut transportée dans ce véhicule ou heurté en se déplaçant hors dudit véhicule.
- Lorsque plusieurs véhicules sont impliqués dans l'accident, nous distinguons deux cas selon que la victime était transportée dans le véhicule ou pas :
 - Si la victime était transportée dans l'un des véhicules, l'initiative de l'offre de transaction appartient à l'assureur de la responsabilité civile du véhicule à l'intérieur duquel la victime avait pris place ;
 - Si la victime n'était pas transportée dans l'un quelconque des véhicules au moment de l'accident, s'il s'agissait donc d'un piéton, d'un cycliste, d'un cavalier ou autres piétons, l'initiative de la procédure de l'offre de transaction incombe à l'assureur du véhicule qui a heurté la victime.

Il convient d'ajouter que selon l'article 231 dans son alinéa 6, « en cas de pluralité de véhicules, et s'il y a plusieurs assureurs, l'offre est faite par l'assureur désigné dans la convention

¹³ Art 269 alinéa premier du code des Assurances

¹⁴ Art 269 alinéa 2 du Code des Assurances

d'indemnisation pour compte d'autrui visée aux articles 267 et suivants » et si la victime directe ou ses ayants saisisent l'assureur garant de la responsabilité civile du véhicule terrestre d'une demande motivée d'indemnisation, c'est l'assureur saisi si il est différent de l'assureur désigné par l'article 267 et suivants qui conduira la procédure obligatoire d'offre.

Ainsi, l'assureur à qui incombe la responsabilité de mener l'offre jouit de la qualité de mandataire des assureurs pour le compte de qui il intervient. Il reçoit également mandat pour agir en leur nom comme s'il s'agissait de ses propres intérêts¹⁵. A cet effet, il peut procéder au règlement du sinistre quitte à exercer un recours contre les autres assureurs étant précisé d'ailleurs que le règlement qu'il effectue dans le respect du code CIMA ne peut donner aucunement lieu à contestation de leur part¹⁶ mais les éventuels intérêts de retards restant à la charge du mandant¹⁷.

Toujours est-il qu'à tout moment, l'assureur qui estime que la responsabilité de son assuré est prépondérante, peut revendiquer la gestion du dossier et conduire la procédure d'offre¹⁸.

L'offre a un contenu précis et dans le but d'accélérer la procédure d'offre, le code a imparti des délais de présentation auxquels le meneur de l'offre est astreint au risque de paiement de pénalités de retard.

B- Contenu de l'offre et délais de présentation de l'offre d'indemnisation

Ce sont les articles 231 et de 233 qui règlementent ces différents aspects. En effet, l'offre comprend tous les éléments indemnifiables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages aux biens lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable. Elle mentionne l'évaluation de chaque chef de préjudice et les sommes qui reviennent à chaque bénéficiaire et précise le cas échéant, les limitations ou exclusions d'indemnisation retenues par l'assureur ainsi que leurs motifs. Elle peut être provisionnelle lorsque l'assureur n'a pas été dans les six (6) mois informer de la consolidation de la victime¹⁹ et définitive, l'offre devant être faites dans les six(6) mois . L'offre doit indiquer outre les mentions obligatoires de l'article 231, « les

¹⁵ Article 270 alinéa 2 du Code des Assurances

¹⁶ Article 273 du Code des Assurances

¹⁷ Article 270 alinéa 2 du Code des Assurances

¹⁸ Article 268 alinéa 3 du Code des Assurances

¹⁹ Consolidation : lorsque les blessures ont laissé des séquelles et qu'il n'y a plus attendre une amélioration de l'état de la victime ; point de départ de l'incapacité permanente

créances de chaque tiers payeurs et les sommes qui reviennent au bénéficiaire... accompagnée de la copie des décomptes produits par les tiers payeurs »²⁰.

Sur les délais, l'assureur qui la garantit la Responsabilité Civile (RC) d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter dans un délai de douze (12) mois à compter du jour de l'accident, une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne. Et en cas de décès de la victime, l'offre est faite à ses ayants droit dans les huit (8) mois du décès²¹. Et selon l'article 231 « l'absence de présentation d'offre dans les délais susmentionnés, est passible de sanction administratives prononcées par la Commission ». L'article 233 est plus explicite et indique qu'en l'absence d'offre et de retard de présentation conformément aux délais impartis, « le montant de l'indemnité produit un intérêt de retard égal 5% par mois de retard ». Cette pénalité pouvant être réduite ou annulée si les circonstances du retard ne relèvent pas du fait de l'assureur et notamment en pratique s'il ne dispose pas de l'adresse de la victime.

Quid des véhicules de l'Etat, puisque aux termes de l'article 238, celui-ci est assimilé à un assureur ?

Pour rester dans l'assimilation de l'Etat à un assureur, on mesure combien il sera difficile au service du contentieux du trésor public de concilier les impératifs de délai d'offre de transaction avec les règles applicables en matière de comptabilité publique ou la pratique a révélé l'inertie de l'administration judiciaire en l'absence d'un titre émanant, au besoin, des autorités judiciaires . A cet effet, il semble possible de concilier tous les intérêts par une pratique qui consisterait pour l'administration à requérir du juge non l'autorisation de transiger, mais un jugement d'homologation de l'offre de transaction qui peut, dans la pratique, valoir titre et permettre le déclenchement de la procédure.

Par ailleurs, il faudrait noter que l'assureur ne peut pas faire une offre d'indemnité convenable s'il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires à l'égard des parties impliquées. Aussi, il a également l'obligation de transmettre des informations à ces parties pour respecter le principe du contradictoire dans la procédure d'offre. On assiste alors à un système d'échanges d'informations.

²⁰ Article 246 du Code des Assurances

²¹ Article 231 du Code des Assurances

Paragraphe 2 : Echanges d'informations avec les parties prenantes

Comme nous l'avions indiqué précédemment, l'assureur ne peut faire offre d'indemnité que s'il a été correctement renseigné. Ce renseignement suppose qu'il entretienne des échanges d'informations à l'égard de la victime directe ou des ayants droit de la victime décédée (A) mais aussi à l'égard des tiers payeurs pour la production de leurs créances (B).

A- Information à l'égard de la victime directe ou avec ses ayants droits

Lors de la première correspondance, l'assureur est tenu d'informer la victime qu'elle peut obtenir de la part de sa compagnie d'assurances sur simple demande et sans frais, une copie du procès-verbal de police. De même, il doit lui rappeler qu'elle peut se faire assister à ses propres frais du conseil de son choix. Toutefois, même en présence d'un conseil, les chèques et autres moyens de paiements devront être libellés exclusivement aux noms de la victime et/ou ses ayants droits²².

Les informations que doivent requérir l'assureur pour faire une proposition d'offre sont édictées par les articles 240 et 241 selon qu'il s'agisse de la victime directe ou des ayants droits. Selon le premier cas « *la victime est tenue, à la demande de l'assureur, de lui donner des renseignements ci-après :*

- 1) *Ses nom et prénoms ;*
- 2) *Ses date et lieux de naissance ;*
- 3) *Son activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs ;*
- 4) *Le montant de ses revenus professionnels avec les justificatifs utiles ;*
- 5) *La description des atteintes à ses personnes accompagnée d'une copie du certificat médical initial et autres pièces justificatives en cas de consolidation ;*
- 6) *La description des dommages causés aux tiers ;*
- 7) *Les noms, prénoms et adresses des personnes à sa charge au moment de l'accident ;*
- 8) *La liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations ;*
- 9) *Le lieu où les correspondances doivent être adressées*

La victime est tenue, à la demande de l'assureur, de produire les documents suivants :

- 1) *Carte d'identité ;*
- 2) *Extrait d'acte de naissance ;*
- 3) *Acte de mariage »*

²² Article 232 du Code des Assurances

En cas de décès, les ayants droit, à la demande de l'assureur, fournissent également un certain nombre d'informations édicté par l'article 241 du code. Il s'agit des « *des renseignements ci-après* :

- 1) *de ses nom et prénoms ;*
- 2) *Ses date et lieu de naissance ;*
- 3) *Les noms et prénoms, date et lieu de naissance de la victime ;*
- 4) *Ses liens avec la victime ;*
- 5) *Son activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs ;*
- 6) *Le montant des revenus avec les justifications utiles ;*
- 7) *La description de son préjudice, notamment les frais de toute nature qu'elle a exposé du fait de l'accident ;*
- 8) *La liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations, ainsi que leurs adressés ;*

A la demande de l'assureur, les mêmes personnes sont tenues de produire les documents suivants :

- 1) *Certificat de décès de la victime ;*
- 2) *Jugement d'hérédité non frappé d'appel ;*
- 3) *Certificat de vie des ayants droits ;*
- 4) *Le certificat de genre de mort ;*
- 5) *Les actes civils des ayants droit et leurs pièces d'identité ».*

L'assureur a l'obligation de demander toutes les informations utiles, et le fait par lui de ne pas l'avoir fait doit être retenu contre lui dans le cadre, par exemple, de la dénonciation de la transaction.

Aussi, en cas d'examen médical pratiqué en vue d'offre d'indemnité, l'assureur ou son mandataire avise la victime, quinze (15) jours au moins avant l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, afin d'éviter toutes contestations inutiles, et de la date et du lieu de l'examen, ainsi que le nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Il doit informer en même temps la victime qu'elle peut se faire assister par le conseil de son choix²³. Par ailleurs, un autre point qui traduit encore une fois la volonté manifeste des rédacteurs du code de protéger les victimes, est celui relatif aux compétences du médecin examinateur. En effet, aux termes de l'article 272, les médecins examinateurs doivent justifier d'un certain niveau de compétence et d'expérience bien clairement défini par le code.

²³ Article 244 du Code des Assurances

Le rapport médical doit être produit dans un délai de vingt (20) jours. Un exemplaire doit être adressé à l'assureur, à la victime et le cas échéant, au médecin qui a assisté cette dernière (Art 245 du Code).

A côté de la victime ou des ayants droit, l'assureur a l'obligation de demander des informations aux tiers payeurs pour produire l'offre.

B- Information à l'égard des Tiers payeurs

On entend par tiers payeur, toute personne qui effectue un paiement pour le compte d'une autre en vertu d'une obligation légale ou contractuelle.

La loi Badinter du 5 juillet 1985 a fixé une liste limitative des tiers payeurs susceptibles d'exercer un recours à l'encontre de l'assurance du responsable. Il s'agit par exemple de la Sécurité Sociale qui est généralement représentée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, des caisses de prévoyances, des mutuelles, mais aussi de l'employeur. Le code CIMA s'en est inspiré.

Avant, l'assureur attendait d'être informé du montant de la créance des tiers payeurs avant de procéder à l'offre, et le défaut de production rapide de ces informations retardait considérablement la procédure d'indemnisation. Désormais le code a contraint les tiers payeurs à produire leurs créances dans un délai bien déterminé.

Ainsi, les articles 254 et 255 qui organisent le recours des tiers payeurs, prévoient les modalités et les délais de production de leurs créances. Dans tous les cas, le défaut de production des créances des tiers payeurs dans un délai de six (6) mois à compter de la demande de l'assureur entraîne la déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage.

Cette obligation d'information de l'assureur aux tiers payeurs a un double objectif : d'une part, il s'agit de combattre la passivité des organismes sociaux dont la lenteur à faire connaître le montant de leurs créances constitue souvent une source de retard et d'autre part, permettre à l'assureur de prendre en compte les prestations versées directement par les tiers payeurs aux victimes constituent un élément de calcul des dommages subis par la victime et doivent par conséquent être supportées par le responsable.

Par crainte d'effectuer entre les mains de la victime un paiement non libératoire, l'assureur a besoin de connaître le montant de ces prestations afin de les déduire de l'offre qu'il doit lui faire.

En outre, le tiers payeur doit préciser à l'assureur 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.

Après la collecte de ces informations, le meneur va proposer une offre d'indemnité aux victimes pour les fins d'acceptation. Il convient de montrer comment les rédacteurs du code protègent les intérêts de la victime et/ou ses ayants droit dans l'offre pour que l'acceptation soit juste.

SECTION 2 : Protection des intérêts des victimes dans l'offre d'indemnité

Il convient de protéger la partie la plus faible dans la transaction : la victime, par un dispositif qui permet à ce que l'offre garde son caractère intégral et qu'aucune exception ne puisse empêcher son indemnisation (paragraphe 1) mais aussi de protéger les mineurs et incapables dans l'offre et accorder au final une faculté de dénonciation aux victimes en cas d'irrégularités constatées (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Caractère intégral de l'offre et minimisation des faits exonérateurs de responsabilité

L'offre poursuit la transaction qui, on peut s'en douter, doit mettre fin au litige entre les personnes qui y en sont parties. C'est pourquoi, il n'est pas exclu que les intéressés puissent faire des concessions sur un certain nombre de points, selon leurs intérêts. La victime étant parfois peu instruit, peut parfois à ses risques faire des concessions sous la ruse de l'assureur. C'est pourquoi le code encadre le caractère intégral de l'offre par des garde-fous (A). N'en déplaise, l'assureur meneur ne peut opposer des opposabilités et des causes d'irresponsabilité qui conduirait à une non indemnisation de la victime et/ou des ayants droit. C'est pourquoi nous verrons comment se manifeste le recul de l'exonération de l'assuré (B) au profit des victimes.

A- Préservation du caractère intégral de l'offre

Dans la zone CIMA, certains assureurs qui avaient une conception assez large de la notion de transaction faisaient des offres en dessous du barème. Leur argumentaire consistait à dire que dès lors que le code parle de « transaction », il n'est pas interdit de négocier le montant à payer

avec la victime ou les ayants droit. C'est ce qui ressort de la **décision du conseil des Ministres du 25 avril 2001 à Abidjan sur l'interprétation des articles 239 alinéa 1 et 260 alinéa 3**. Une divergence d'interprétation oppose les acteurs du marché. Certains estiment que ces articles laissent la possibilité à l'assureur de transiger et de proposer aux victimes des indemnités inférieures à celle du barème. Et d'autres pensent qu'au regard de l'article 243, l'indemnité servie doit être, dans tous les cas conforme à celle prévue par le code. Le Conseil a donné son interprétation de la manière suivante : *« aux termes des articles 239 al 1 et 260 al 3, dans les délais prévus à l'article 231, l'assureur et l'assuré sont libres de transiger sur le montant de l'indemnité. Par conséquent, ils ne sont pas tenus d'appliquer le barème prévu aux articles 258 et suivants du Code. Au-delà de cette période, l'application du barème devient impérative même lorsque l'affaire est portée devant les tribunaux ²⁴ »*.

Cette interprétation causait du tort aux victimes. Dans la mesure où certaines victimes, ne maîtrisant pas leur droit à réparation dans le cadre de la responsabilité civile couvert par le code des assurances, se laissaient convaincre par les assureurs à négocier le montant des indemnités. Dans la plupart des cas, les indemnités allouées à l'issue des négociations étaient inférieures au montant retenu par le barème. Ce qui est une atteinte manifeste aux droits des victimes directes et à ce qui devrait légitimement revenir aux ayants droit.

Face à ces abus, le Conseil des Ministres de la CIMA a dû sévir en prenant le **règlement N° 0003/CIMA/PCMA/PCE/2011 portant suspension de la faculté de transaction du 11 avril 2011**. L'article 2 de ce règlement dispose que *« les sociétés d'assurance sont tenues d'appliquer sans abattement le barème prévu aux articles 258 et suivants du code des assurances en attendant les réformes à apporter aux dispositions du code des assurances relatives à l'indemnisation du préjudice corporel résultant d'accident de la circulation. En conséquence, il est formellement interdit aux sociétés d'assurances de proposer à la victime directe ou aux ayants droit de la victime décédée, une indemnité inférieure au barème »*.

C'est par le **règlement N°0002/CIMA/PCMA/PCE/2014 du 3 avril 2014 modifiant certaines dispositions du Code des Assurances relatives à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation**, que le Conseil des Ministres vient mettre à toutes ces divergences d'interprétation et d'application erronée des articles 231 et 260 du Code par une modification de l'article 231. Dans son alinéa 2, l'article 231 dispose que *« l'offre d'indemnité présentée ne saurait être inférieure au montant qui résulterait de l'application des modalités*

²⁴ Conseil des Ministres du 25 avril 2001 à Abidjan, Articles 239 alinéa 1 et 260 alinéa 3, infra code sur l'interprétation des articles du Code des Assurances par le Conseil des Ministres des Assurances, p. 555.

de calculs des articles 260 et suivants». A travers cette modification, le législateur réaffirme sans ambiguïté le caractère intégral de l'offre.

Le Code a voulu se démarquer du droit commun de la responsabilité en rejetant in extenso l'application des règles classiques de la responsabilité notamment sur la question des causes d'irresponsabilités, avec quelques réserves, pour permettre à toutes les victimes d'accidents de la circulation qui étaient exclus par le droit commun à pouvoir prétendre à une réparation de leur préjudice sous le régime juridique d'indemnisation du Code du CIMA.

B- Le recul de l'exonération de l'assuré

Aux termes des articles 226 à 228 du Code « les victimes, y compris les conducteurs, ne peuvent se voir opposer la force majeure ou le fait d'un tiers par le conducteur ou le gardien d'un véhicule ». A fortiori, l'assureur ne le saurait. Il y'a donc une suppression de la cause étrangère²⁵.

En effet, à propos de la force majeure, la victime se trouvait éplorée une seconde fois en ce que privée de tout recours d'indemnisation. Dorénavant, elle ne lui est plus opposable. La réforme a été salutaire, d'autant plus qu'en France par exemple la jurisprudence a admis la force majeure jusqu'à l'assimiler à une plaque de verglas²⁶ ou à un chien passant devant une voiture²⁷. De plus, on a déploré son manque d'unification dans la mesure où, dans des espèces analogues, l'assimilation à la force majeure avait été rejetée.

Sur le fait d'un tiers, la victime disposant d'une action in solidum²⁸, pouvait réclamer la totale indemnisation à l'assuré ou au tiers. Mais la solution n'était que jurisprudentielle. Les juges pouvaient toujours décider d'une exonération partielle de l'assuré qui aurait eu pour conséquence une indemnisation partielle de l'assuré par l'assureur. C'est peut-être pour éviter cet écueil éventuel que le Code des Assurances déclare le fait du tiers inopposable aux victimes.

Toujours sur le recul de l'exonération de l'assuré, il y'a l'amoindrissement de la faute de la victime. En effet, la faute de la victime, selon sa gravité, exonérait totalement ou en partie l'assuré, et la victime se trouvait totalement ou partiellement privée de réparation, pendant que

²⁵ La cause étrangère regroupe la force majeure et le fait d'un tiers

²⁶ Civ, 2eme, 29 juin 1966, D, 1966, 645, note Tunc

²⁷ Sur la critique de cette jurisprudence large, B. STARCK, *Les rayons et les ombres d'une esquisse de loi sur les accidents de la circulation*, Revue trim. Droit civil, 1966, p.644.

²⁸ Renvoi au concept de solidarité

l'assuré échappait aux conséquences de sa responsabilité. Le code remédie à ces situations douloureuses.

Désormais, selon les dispositions de l'article 227 et 228 du Code. Seuls les conducteurs pourront se voir opposer leur faute. Pour les autres victimes, leurs fautes ne leur seront opposables que lorsqu'elles auront volontairement recherché les dommages subis. Il s'agit des hypothèses rares et difficiles à établir du suicide ²⁹et de la victime avide d'argent qui s'était ruée sous un véhicule en vue d'obtenir ultérieurement des indemnités. La preuve de la recherche volontaire du dommage incombe à l'assureur qui l'invoque. Avec cette particularité qu'une telle preuve, qui se résumerait dans les faits à une tentative de suicide par exemple, sera très délicate à administrer. Déjà, l'assureur qui s'y aventurerait prend le risque de s'exposer aux pénalités de retard prévues par l'article 233 du même code, dans le cas où sa démonstration n'aura pas convaincu l'autorité judiciaire saisie.

Enfin, « la faute commise par le conducteur du véhicule terrestre à moteur a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages corporels et matériels subis ». Ce cas devrait être l'un des rares pour lesquels le tribunal pourrait être constamment sollicité. Mais ce souci est réglé par la souscription par ces derniers à une extension de la garantie personnes transportées.

A côté de cela, le Code CIMA par ses articles 207 à 211, a rendu certaines exceptions inopposables aux victimes. Sans être exhaustif, nous n'évoquerons que seuls aspects qui nous ont paru primordiaux. Il s'agit outre de la célèbre exception pour défaut de permis de conduire, des exceptions fondées sur :

- le transport des personnes dans des conditions de sécurité insuffisantes ;
- du transport à titre onéreux de personnes lorsqu'il ne s'agit pas de contrats souscrits par les transporteurs de personnes pour les véhicules servant à l'exercice de leur profession ;
- les franchises, déchéances ...

Nous venons de voir quelques mécanismes qui permettent de garantir que l'offre sera faite aux victimes au regard du caractère inopérant des causes d'irresponsabilité mais encore qu'ils aient la certitude qu'ils percevront leur indemnité conformément au barème prévu par le code. Partant de là, notre démonstration serait inachevée, si nous ne montrons pas comment les rédacteurs du code dans un souci de protection des victimes ont légiféré sur le cas des mineurs

²⁹ Mesmin EBO EBO, *A propos de la garantie de l'assureur automobile lorsque la victime a sauté du haut d'un échangeur routier*, Hebdo informations n° 684 du 15- 31 mai 2021

et incapables et qu'en définitif, si les victimes au regard du dispositif mis en place trouve la transaction injuste, le code leur donne la faculté de dénoncer l'offre d'indemnisation.

Paragraphe 2 : Les mesures de protection des victimes dans l'offre

Nous verrons que ces mesures de protection se manifestent par la protection des mineurs et incapables (A) et la faculté donner aux victimes de dénoncer l'offre de transaction (B).

A- Protection des mineurs et des incapables dans l'offre de transaction

Avant, dans le cas où l'offre de transaction mettait en jeu les intérêts d'un mineur ou d'un majeur en tutelle, elle devait être préalablement soumise, pour autorisation, au Conseil de Famille ou au juge des tutelles. Cette disposition a toujours posé un problème dans sa mise en œuvre et avait du mal à s'adapter aux dispositions internes qui régissent le droit des personnes et de la famille en cours dans la plupart des pays membres. En effet, le principe de la saisine du juge des tutelles pour un mineur alors que ses parents sont vivants était difficilement admis. C'est ainsi que le règlement du 03 avril 2014 cité plus haut, vient apporter quelques modifications à l'article 234. Il ressort des dispositions de l'article 234 alinéa 1 du Code que : « l'assureur doit soumettre **aux parents vivants du mineur ou de l'incapable ou en l'absence de parents vivants** au juge des tutelles ou au Conseil de famille, compétent suivant les cas pour l'autoriser, tout projet de transaction concernant un majeur sous tutelle ou un mineur».

Puis, l'assureur donne avis quinze (15) jours au moins à l'avance, du paiement du premier arrérage d'une rente ou de toute autre somme devant être versée à titre d'indemnité au représentant légal de la personne protégée. Le paiement qui n'a pas été précédé de l'avis, ou de la transaction non autorisée, peut être annulé à la demande de tout intéressé ou du ministère public.

Pour assurer l'équilibre des parties, et le respect des intérêts des victimes dans l'offre, les rédacteurs donnent la possibilité aux victimes de dénoncer l'offre de transaction.

B- La reconnaissance à la victime du droit de dénonciation

La transaction emporte abandon du droit d'ester en justice, en d'autres termes c'est le droit de ne pas faire trancher le différend relatif à la transaction par un juge.

La victime court un grand risque en passant par une transaction car peu importe qu'elle soit majeure ou mineure, elle renonce à un droit, mais aussi elle abandonne un litige né ou à naître.

Cette reconnaissance à la victime du droit de dénonciation est un droit reconnu par le législateur qui vise à protéger la victime contre les indemnités dérisoires. Selon l'article 235, la faculté de dénonciation de l'offre peut, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les quinze (15) jours de sa conclusion, dénoncer la transaction pour motif tiré du non-respect du code CIMA. Et est nulle selon l'article 235, toute clause par laquelle la victime abandonne ce droit.

La faculté de dénonciation anéantit rétroactivement la transaction et oblige donc, soit à engager de nouvelle négociation en vue d'un règlement amiable, soit à porter l'affaire en justice.

Les victimes ne maîtrisant pas souvent ce droit, l'assureur a l'obligation d'informer la victime lors de la première correspondance adressée à la victime ou à ses ayants droit qu'elle a la possibilité de dénoncer la transaction dans les quinze (15) jours de sa conclusion pour motifs de non-respect des dispositions du code.

Si les victimes jugent bon de ne pas utiliser leur droit de dénonciation, il ne reste plus qu'à l'assureur d'indemniser.

CHAPITRE 2: MODALITES ET CALCULS **D'INDEMNISATION**

Si on s'inspire de l'article 1382 du code civil français qui dispose que « tout fait quelconque qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » ou de l'article 1383 : « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non pas seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence », obligent (ces articles) l'auteur de toute faute à réparer le dommage qui en est résulté. Avec l'avènement de l'assurance, les personnes ont transféré cette responsabilité à l'assureur.

Ainsi, s'il est établi que l'assuré ayant pris une garantie responsabilité civile est reconnu coupable du fait de l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, oblige son assureur à se subroger à lui pour procéder à l'indemnisation.

Dans le cadre des préjudices corporels, comme nous l'avons relevé plus haut, il est fait obligation à l'assureur du tiers responsable ou celui désigné par le barème de responsabilité de présenter une offre d'indemnisation aux victimes. Nous avons ajouté que cette offre doit contenir tous les chefs de préjudices indemnisables, les exclusions et leurs justifications, ainsi que les modalités de détermination de l'indemnité.

C'est pourquoi dans le but d'élaguer notre sujet de réflexion, il serait opportun de montrer comment les débiteurs ou les meneurs choisis selon le barème de responsabilité vont réparer les préjudices corporels occasionnés par l'auteur d'un accident.

Il convient de noter également que deux débiteurs peuvent intervenir pour un même préjudice. Nous faisons allusion ici aux cas d'intervention des tiers payeurs et de l'assureur sur une même affaire. Il s'agit le plus souvent des cas d'accident de travail où un véhicule terrestre à moteur est impliqué et qui nécessite l'intervention des tiers payeurs, l'employeur ou l'organisme de sécurité sociale, qui devra à son tour, s'il a indemnisé la victime corporelle, se retourner contre l'assureur du tiers responsable. Nous verrons donc comment l'assureur tient compte de ce recours dans l'indemnisation et qui doit être déduite en réalité des sommes versées aux victimes.

Aussi, il peut arriver que l'auteur de l'accident est pris la fuite ou n'est pas assuré, laissant les victimes épris à des tourments. Pour y remédier le code a mis en place un organisme particulier : le fonds de garantie qui a pour responsabilité d'indemniser ces victimes.

Dans le cadre de ce chapitre, nous verrons comment l'indemnisation est faite par la compagnie (section 1) et ensuite étudier les cas d'intervention du fonds de garantie automobile (section2).

SECTION 1: Indemnisation par la Compagnie d'assurance

Les principaux débiteurs³⁰ de l'offre sont l'assureur, et dans une moindre mesure l'Etat. Mais les données relatives à l'indemnisation des victimes corporelles d'accident de la circulation par l'Etat n'étant pas à notre portée, nous n'aborderons que les cas où l'assureur intervient.

S'agissant de l'indemnisation proprement dit, l'article 257 du Code indique que les seuls chefs de préjudices indemnifiables sont ceux mentionnés aux articles 258 à 266. De ce fait, nous examinerons d'abord le cas où une compagnie d'assurance est débitrice seul dans l'indemnisation (paragraphe 1) et ensuite voir comment elle procède à l'indemnisation en tenant compte du recours des tiers payeurs, en l'occurrence de l'organisme de sécurité sociale (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Règlement des préjudices corporels par la compagnie débitrice

Nous verrons les chefs de préjudices indemnifiables et les modalités de calcul de l'indemnisation selon que la victime soit blessée (A) ou décédée (B).

A- Principes et modalités d'indemnisation : cas de la victime blessée

Les blessures subies par un accidenté de la route peuvent avoir des conséquences plus ou moins graves qui vont de l'incapacité temporaire aux atteintes définitives à l'intégrité physique du sujet, quand elles n'atteignent pas la mort. En outre, ces blessures sont souvent génératrices de souffrances et laissent parfois subsister des atteintes esthétiques importantes. La victime blessée s'entend de la personne qui a directement subi le dommage et devrait en l'occurrence être indemnisé par l'assureur du tiers responsable. L'offre contiendra donc la liste des préjudices indemnifiables pour permettre à la victime d'obtenir réparation.

³⁰ Débiteur : personne tenu d'exécuter un paiement, d'une prestation à l'égard d'une autre, le créancier ; <https://larousse.fr>

Les préjudices consécutifs à des blessures non mortelles se subdivisent en préjudices **patrimoniaux**³¹ et préjudices **extrapatrimoniaux**³².

❖ Préjudices patrimoniaux

Entrent dans la rubrique des préjudices patrimoniaux : les frais de traitement, l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente.

- Les frais de traitement

Sur les frais l'article 258 du code dispose que « *les frais de toute nature peuvent être soit remboursés à la victime sur présentation des pièces justificatives, soit pris en charge directement par l'assureur du véhicule ayant causé l'accident ... toutefois leurs coûts ne sauraient excéder deux fois le tarif des hôpitaux publics... les frais futurs raisonnables et indispensables au maintien de l'état de santé de la victime postérieurement à la consolidation font l'objet d'une évaluation forfaitaire après avoir recueilli l'avis d'un expert* ».

A cet égard, l'on peut voir que sur les frais de toute nature, il s'agit de tous les frais exposés par la victime suite à l'accident en vue de sa guérison. Il y a les frais de transport du lieu de l'accident à l'hôpital ou à la clinique, des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, honoraires médicaux etc. Sont donc généralement remboursées toutes les dépenses effectuées au titre de l'achat des médicaments et des examens médicaux rendus nécessaires par un traitement adéquat du patient. Il faudrait ajouter que ces frais sont souvent la conséquence directe de l'accident et ouvrent droit à **un remboursement que sur justifications**.

Quand ces prestations ont été assurées gratuitement aux victimes dans le cadre d'une assistance médicale, ou pris en charge par un organisme de prévoyance, la victime ne peut évidemment prétendre à leur remboursement. C'est l'organisme qui prend en charge, qui peut réclamer. Nous le verrons un peu plus loin.

Ainsi, la victime qui a été admise dans un centre privé où le tarif journalier est de cinquante mille (50 000) francs CFA, elle aura dépensé en dix jours, cinq cent mille (500 000) francs CFA. Mais en application de l'article 258, elle ne sera remboursée de la manière suivante : $12000 * 2$ (deux fois le tarif des hôpitaux publics) * 10 (durée du séjour) = **240 000** francs.

³¹ Portent atteinte au patrimoine, ont une valeur économique

³² Préjudices qui n'affectent pas le patrimoine

Telle devrait en effet être l'interprétation de cet article dont la lettre paraît difficile de compréhension.

- L'incapacité temporaire (**Article 259**)

Elle est désignée le plus souvent sous l'abréviation d'I.T.T (incapacité temporaire totale), c'est la période pendant laquelle la victime, en raison des blessures, ne peut pas se livrer à ses activités habituelles, ce qui se traduit par une perte de gains. L'interruption d'activité entraîne pour la victime une perte de revenus, qu'il faut compenser par l'octroi d'une indemnité.

La durée de l'incapacité est fournie par le médecin, qu'il soit médecin traitant ou expert : elle est indiquée dans le certificat médical descriptif des blessures ou dans le rapport d'expertise. Le médecin ne pourra pas toujours se prononcer au premier examen et ne donnera un avis définitif sur la durée de l'incapacité que quand la guérison ou la consolidation sera acquise³³. La durée de l'incapacité est donc fonction de la nature et de la gravité des blessures subies.

L'avis du médecin exprimé dans le certificat médical que produit la victime est donc déterminant dans l'évaluation de l'indemnité au titre de ce préjudice.

Alors, comment est évaluée l'indemnité ?

L'article 259 du Code des Assurances dispose que « *en cas de pertes de revenus, l'évaluation du préjudice est basée :*

- *pour les personnes salariées, sur le revenu net (salaires, avantages ou primes de nature statutaire) perçu au cours des six mois précédant l'accident ; - pour les personnes non salariées disposant de revenus, sur les déclarations fiscales des deux dernières années précédant l'accident ;*

- *pour les personnes majeures ne pouvant justifier de revenus, sur le SMIG mensuel.*

Dans les deux premiers cas, l'indemnité mensuelle à verser est plafonnée à six fois le SMIG annuel. Le SMIG s'entend pour le pays sur le territoire duquel s'est produit l'accident, ou, s'il est plus élevé, pour le pays de l'espace CIMA où la victime a sa résidence habituelle»

Le code énonce « en cas de pertes de revenus » mais ne dit pas que l'indemnité n'est due qu'en cas de pertes de revenus. Toutes analyses faites, l'hypothèse de la perte de revenus n'est pas exclusive de toute autre. Et notamment, il est permis de penser que les victimes mineures

³³ « Il y a guérison quand la victime ne présente plus aucun trouble ; il y a consolidation quand l'atteinte fonctionnel n'est plus susceptible d'être amélioré par un traitement médical ou chirurgical » ; A. COUTURIER, Magistrat, hebdo informations N° 53 du 17 décembre 1983

peuvent prétendre à une incapacité temporaire. Cette position est d'autant plus plausible que le Code CIMA n'a pas employé, comme il est courant dans le langage judiciaire, l'expression incapacité temporaire de travail. Dès lors, la victime mineure devrait être indemnisée, par pure assimilation judiciaire et légitime, comme majeur non salarié, c'est-à-dire sur la base du SMIG³⁴.

Le Conseil des Ministres du 08 avril 2016 à Yaoundé sur l'interprétation de l'article 259 a confirmé cette position. Le Conseil estime que : *« dans l'indemnisation de l'incapacité temporaire prévue à l'article 259 du code des assurances, le vocable personne majeure ne pouvant justifier de revenus s'entend de toute personne majeure ne pouvant produire les documents probants prévus audit article pour justifier un revenu salarial ou un revenu non salarial. Ces personnes majeures sont indemnisées sur la base du SMIG. Le fait d'avoir la qualité d'étudiant, d'inactif, de femme au foyer, de retraité, d'apprenti etc. ne saurait justifier leur exclusion du droit à l'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ».*

- L'incapacité permanente

Dans ses écrits, Couturier soulignait déjà le caractère quelque peu impropre de ces expressions car observait-il l'incapacité permanente d'un être humain c'est la mort. Voilà pourquoi il conseillait vivement de dire incapacité permanente partielle.

Elle entre dans la rubrique des préjudices patrimoniaux car certaines incapacités permanentes peuvent avoir des répercussions professionnelles contrairement à d'autres. Tout dépend de la profession exercée par la victime avant l'accident. C'est ainsi par exemple qu'une perte de l'acuité visuelle de l'ordre de 25 à 30 % oblige un chirurgien à changer de profession, cependant qu'elle peut ne pas constituer une entrave à la poursuite de l'exercice du métier de brancardier.

Il convient de noter que le blessé guéri, c'est-à-dire qui ne présente aucune séquelle n'est indemnisé qu'au titre de l'I.T.T puisqu'il ne présente aucune I.P.P³⁵.

Selon les dispositions de l'article 260, l'incapacité permanente donne droit à trois (3) chefs de préjudices, sous réserve de remplir quelques conditions. Il s'agit :

- du préjudice physiologique ;
- Préjudice économique ;
- Préjudice moral ;

³⁴ Apollinaire ONDO MVE, *Le juge. les victimes corporelles d'accidents de la circulation et le code CIMA* (2ème partie), Hebdo informations, N°364 du 6 septembre 1997

³⁵, A. COUTURIER, *Réparation des préjudices corporels en droit commun*, Hebdo informations N° 56 du 28 janvier 1984

✓ Préjudice physiologique

Sur le préjudice physiologique, l'article 260 dispose que : « *Le taux d'incapacité est fixé par expertise médicale en tenant compte de la réduction de capacité physique. Ce taux varie de 0 à 100 % par référence au barème médical adopté par la CIMA, figurant en annexe au présent livre* ». Si le médecin fixe par le taux de l'I.P.P à 40%, cela signifie que le sujet concerné est diminué à 40% de sa personne c'est-à-dire de ses capacités physiologiques et qu'il dispose encore de 60 % des capacités fonctionnelles qui étaient les siennes avant l'accident.

Aussi, on pourrait croire, que le taux 100% correspond à l'anéantissement de toutes les capacités physiologiques du sujet : la mort, or ce n'est pas le cas ici. Le taux 100 % veut simplement expliquer que la personne est inapte à tout travail.

L'article ajoute que « *l'indemnité prévue dans le cas où l'assureur et la victime ne sont pas parvenus à un accord dans le délai fixé à l'article 239 est calculée suivant l'échelle de valeur de points d'incapacité* »

✓ Préjudice économique

« *Ce préjudice n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %. L'indemnité est calculée :*

- *pour les salariés, en fonction de la perte réelle et justifiée ;*
- *pour les actifs non salariés, en fonction de la perte de revenus établie et justifiée ;*
- *pour les actifs non salariés ne pouvant justifier de revenus, sur la base du SMIG annuel. Dans tous les cas, l'indemnité est plafonnée à dix fois le montant du SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident, ou, s'il y est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime a sa résidence habituelle.»*

Il est convenu d'ajouter que selon l'article 260 b pour bénéficier de ce chef de préjudice, il faudrait que la victime remplisse deux conditions cumulatives : celle d'avoir d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50% et de justifier d'une perte de revenus. Cette position a été réconfortée par une décision du Conseil des Ministres du 15 septembre 2003 à Paris. Le Conseil indique ceci : « *Le préjudice économique est indemnisé selon les conditions suivantes:*

- *la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % ;*
- *la victime apporte la preuve d'une perte de revenus. Ces deux conditions sont cumulatives. Les victimes dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 50 % et qui ne peuvent pas*

apporter la justification de leur perte de revenus, sont exclues du bénéfice du préjudice économique.

Le plafonnement prévu au dernier alinéa de l'article 260b) représente le montant maximum de l'indemnisation au titre du préjudice économique. Il est applicable aux victimes justifiant d'une perte de revenus après que le calcul de leurs indemnités ait été effectué sur la base de la perte réelle justifiée ».

Pour les personnes n'exerçant pas une activité professionnelle, le préjudice économique peut être évalué par exemple pour les femmes au foyer sur la base de l'aide-ménagère rendue nécessaire du fait de leur maladie, ou pour les enfants par le retard scolaire qu'ils ont subi du fait de l'accident³⁶.

✓ **Préjudice moral**

«Ce préjudice n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. L'indemnité est fixée à deux fois le montant du SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident, ou, s'il y est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime a sa résidence habituelle»³⁷ Ce chef de préjudice compense le choc moral subi par la victime du fait de l'accident de la circulation.

Il faut enfin signaler que la réparation obtenue par une victime atteinte d'I.P.P, au titre des accidents de travail sous forme de rente doit être déduite de l'indemnisation qu'elle perçoit de l'assureur, le même préjudice ne pouvait être réparé deux fois.

Examinons désormais les préjudices extrapatrimoniaux.

❖ **Préjudices extrapatrimoniaux**

Il s'agit du préjudice de pertes de gains professionnels futurs, préjudice scolaire, la souffrance physique et le préjudice esthétique, l'assistance d'une tierce personne et le préjudice moral du conjoint si la victime était mariée.

³⁶ Z. YIGBEDEK, *L'assurance automobile, théorie et pratique*, Presse Universitaire de Yaoundé, 2015, p.195.

³⁷ Article 260c du Code des Assurances

- **Pertes de gains professionnels futures (Article 263)**

Selon les dispositions de l'article 263 : « *Le préjudice de pertes de gains professionnels futurs s'entend de la perte de carrière subie par une personne déjà engagée dans la vie active. L'indemnité est limitée à six mois de revenus calculés et plafonnés à trente six fois le SMIG annuel du pays de l'accident, ou, s'il y est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime a sa résidence habituelle.* » Il s'agit de la perte de carrière subie par une victime déjà engagée dans la vie active du fait des séquelles de l'accident.

- **Préjudice scolaire (Article 263-1)**

«*Le préjudice scolaire s'entend de la perte de chance certaine d'une carrière à laquelle peut raisonnablement espérer un élève ou un étudiant de l'enseignement primaire, supérieur ou leur équivalent ; L'indemnité à allouer est limitée à douze mois de bourse officielle de la catégorie correspondante* ». Ce préjudice réside lorsqu'il est effectif, dans les pertes qu'entraîne le redoublement d'une classe (frais de scolarité, hébergement, de restauration, transport, d'habillement etc.). Il varie en fonction du niveau d'études atteint par la victime³⁸.

- **Souffrance physique et le préjudice esthétique (Article 262)**

Encore appelée prix de la douleur ou pretium doloris en latin, la souffrance physique peut être définie comme étant le préjudice subi par la victime, en raison des souffrances corporelles ressenties par elle lors de l'accident et postérieurement à celui-ci jusqu'à la date de consolidation de son état³⁹. L'appréciation de l'importance de la douleur invoquée se fera par le médecin expert. D'après la nature du traumatisme constaté, l'expert aura recours à un qualificatif pris dans l'échelle de valeur suivante : « très léger, léger, modère, moyen, assez important, important, très important, exceptionnel ». Il est évident le rapport d'expertise médicale, indiquera les éléments pris en considération pour le choix de ce qualificatif.

Pour fixer le montant de l'indemnité, on se référera au barème de l'article 262 exprimé en pourcentage du SMIG annuel. Si par exemple, la douleur est qualifiée de « léger », la côte étant de 10 % et en utilisant le SMIG annuel du Gabon, on aura : $960\ 000 \times 10/100 = 96\ 000$ francs CFA.

Le préjudice esthétique quant à lui se traduit par une humiliation que peut ressentir le sujet qui se sent enlaidi par une anomalie physique laissée par les blessures : cicatrice, déformation, mutilation etc. L'avis du médecin est nécessaire pour décrire et qualifier le préjudice esthétique

³⁸ Z. YIGBEDEK, Op, Cit, P. 209

³⁹ L'Assureur Africain N°33 de juin 1999

comme en matière de pretium doloris. Il convient de noter que **le barème prévu pour la réparation du préjudice esthétique est le même que celui de la souffrance physique.** Toutefois, « la souffrance physique (ou pretium doloris) et le préjudice esthétique sont indemnisés séparément ».

- **L'assistance d'une tierce personne (Article 261)**

L'assistance d'une tierce personne fait partie des frais occasionnés par l'incapacité, elle constitue un des éléments du préjudice et doit être pris en compte. Pour l'article 261, la victime n'a droit à une indemnité à ce titre que si le taux d'incapacité est au moins égal à 80%. En outre cette assistance doit non seulement être prescrite par un médecin, mais encore être confirmée par un expert. Autant d'exigences qui traduisent le souci du code de n'accorder cette assistance qu'aux victimes qui en ont absolument besoin.

L'indemnité à allouer pour assurer la rémunération de la tierce personne est plafonnée à 50% de l'indemnité fixée au titre de l'incapacité permanente.

- **Préjudice moral du conjoint (Article 229a)**

Selon les dispositions de l'article 229, «...en cas de blessures graves réduisant totalement la capacité de la victime directe, seul(s) le(s) conjoint(s) sont admis à obtenir réparation du préjudice moral subi, et ce dans la limite de deux SMIG annuels, pour l'ensemble des bénéficiaires ... ».

Exemple d'application :

Monsieur ANDRE, marié, homme d'affaires âgé de 80 ans à la consolidation, taux IP : 5%, frais médicaux : 500 000 FCFA, durée I.T.T : 150 jours. Le SMIG est celui du Gabon : 80 000F

- Frais de traitement

Montant des frais : 500 000 FCFA

- Incapacité temporaire

Durée : 150 jours

Au vue des déclarations fiscales pour les deux dernières années précédant l'accident de la circulation, le montant du revenu mensuel perçu par Monsieur ANDRE s'élève à hauteur de **12 000 000 FCFA.**

Solution :

Plafond mensuelle : $6 * \text{SMIG annuel} = 6 * 960\ 000 = 5\ 760\ 000 \text{ FCFA}$

$12\ 000\ 000 > 5\ 760\ 000$

Indemnité mensuelle à verser = 5 760 000 FCFA

Durée de l'incapacité 150 jours équivalent à 5 mois (150/30)

Alors indemnité due au titre de l'incapacité temporaire = 5 760 000 * 5

INDEMNITE TOTAL ITT = 28 800 000 FCFA

- Incapacité permanente (préjudice physiologique uniquement)

Taux retenu : 5%

Age de la victime a la consolidation : 80 ans

Valeur du point d'incapacité : 48 000 FCFA (960 000* 5/100)

Indemnité = 48 000* 5 (5 ici représente le taux d'IP)

INDEMNITE IP = 240 000 FCFA

- Préjudice esthétique

Qualification : léger (10%)

INDEMNITE = 96 000 FCFA, obtenue en faisant SMIG annuel* 10 %

- Pretium doloris

Qualification : moyen (40%)

INDEMNITE = 384 000 FCFA, obtenue en faisant SMIG annuel*40%

- Préjudice moral de la conjointe

Indemnité = 2* SMIG annuel

INDEMNITE = 1 920 000 FCFA

INDEMNITE TOTAL A VERSER = 31 940 000 FCFA

Les différents chefs de préjudices étudiés peuvent ne pas être invoqués par la victime directe car elle ne les pas tous subis. Par ailleurs, le contentieux le plus important en matière d'indemnisation naît à l'occasion des préjudices causés par un véhicule terrestre à moteur ayant entraînés le décès de la victime.

B- Indemnisation des préjudices consécutifs au décès de la victime

Le décès accidentel d'une personne apporte un trouble très grave dans la vie de son entourage, qui donne lieu à un préjudice, surtout lorsqu'il s'agit du chef de famille. Il faut dans un premier déterminer les personnes constituant l'entourage notamment celles qui peuvent prétendre à réparation et en possession des certificats de vie des ayants droit, l'assureur devra évaluer leurs préjudices pour en fixer les indemnités.

Alors qui a droit à l'indemnisation ?

Ce sont tout d'abord les proches de la victime unis à elle par des liens de mariage et des liens d'affection. Ce sont le conjoint survivant, les descendants, enfants légitimes, naturels ou adoptés, les ascendants, père, mère et les collatéraux, frères et sœurs. D'autres membres de la famille ayant un lien de parenté ou d'alliance avec le (la) défunt(e), pourraient prétendre à une indemnisation. Sur cet aspect, l'article 229 du Code des Assurances dispose *qu' « en cas de décès de la victime directe, la personne lésée par ricochet est assimilée, selon son âge, à un enfant majeur ou mineur. A ce titre, elle entre parmi les bénéficiaires énumérés aux articles 265 et 266 du présent Code. La réparation à laquelle elle peut prétendre entre dans la limite des plafonds fixés par ces textes. »*

Les ayants droit visés plus haut peuvent prétendre à trois (3) chefs de préjudices au titre de l'indemnisation d'une victime décédée du fait de l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, ses remorques ou semi-remorques. Il s'agit des frais funéraires, du préjudice économique et du préjudice moral.

➤ Remboursement des frais funéraires (article 264)

Comme pour les frais de traitement, *« les frais funéraires sont remboursés sur présentation des pièces justificatives et dans la limite du SMIG annuel du pays de l'accident, ou, s'il est*

*plus élevé, du pays de l'espace CIMA où les funérailles ont lieu*⁴⁰». On pense tout naturellement aux frais de mise en bière ou de transport du corps. Ainsi, les parents qui prouvent qu'ils ont dépensé des sommes pour supporter les soins du blessé, qui a finalement succombé doivent être remboursés à condition de respecter le plafond fixé par l'article 264 c'est-à-dire deux (2) fois le SMIG annuel.

➤ **Préjudice économique (Article 265)**

Il se traduit par l'aide ou l'amenuisement des ressources que la victime procurait à ses proches, son conjoint ou ses enfants. La perte éprouvée par l'ayant droit est compensée par une indemnité qui est calculée par capitalisation.

L'article 265 dispose que : *« Chaque enfant à charge, conjoint(e) et ascendant en ligne directe de la victime recevra un capital égal au produit d'un pourcentage des revenus annuels, dûment prouvés, du décédé par la valeur du prix de un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion figurant en fin du présent Livre. A défaut de revenus justifiés, le calcul du préjudice économique subi par les personnes précitées est effectué, dans les mêmes conditions, sur la base d'un revenu fictif correspondant à un SMIG annuel du pays de l'accident ou, s'il y est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle. La capitalisation est limitée à vingt cinq ans pour les enfants mineurs et les enfants majeurs, si ces derniers justifient de la poursuite d'études ».*

Afin de calculer la somme nécessaires à la compensation effective de la perte de soutien financier que la victime décédée fournissait à ses proches, la méthode préconisée consiste, dans un premier temps à calculer le revenu annuel net du *de cuius*, à défaut de revenu ou de documents de références, on retiendra le salaire minimum garanti. En second lieu, on va déterminer la part de revenus revenant à chaque ayant-droit, cette part est donnée en pourcentage des revenus suivant les clés de répartition et en troisième lieu, à capitaliser cette part par un coefficient représentant le prix d'un franc de rente déterminée en fonction de l'âge du bénéficiaire et de la durée du service de la rente.

Par ailleurs, si la victime était mineure au moment de son décès, les ayants droit ne sauraient prétendre à une indemnisation au titre de ce chef de préjudice.

⁴⁰ Séminaire sur l'indemnisation du préjudice corporel à Abidjan du 08 au 12 Septembre 2014, Prenant en compte certaines spécificités des traditions africaines dans lesquelles les funérailles peuvent avoir lieu plusieurs semaines voire mois après l'enterrement et dans un pays différent de celui de l'enterrement, le séminaire a recommandé comme quatrième recommandation de remplacer à l'article 264 la notion de « pays où les funérailles ont lieu » par la notion de « pays où l'enterrement a lieu ». Ceci contribuerait à une meilleure maîtrise et prévisibilité de la charge de sinistres qui peut atteindre des sommes colossales.

➤ **Préjudice moral des ayants droits (Article 266)**

Le préjudice moral peut être défini comme étant la douleur subie par une personne en raison des liens qui l'unissaient à la victime. L'éventail des ayants droit est plus grand que le préjudice économique. L'article 266 du Code des Assurances reconnaît ce droit non seulement aux personnes qui peuvent demander l'indemnisation, mais aussi aux enfants majeurs (+ 25 ans y compris) et aux frères et sœurs.

L'article 266 dispose que : « *Les indemnités sont déterminées selon le tableau ci-dessous, par bénéficiaire :*

En pourcentage du SMIG annuel

<i>Conjoint(s)</i>	<i>150</i>
<i>Enfants mineurs.....</i>	<i>100</i>
<i>Enfant majeurs.....</i>	<i>75</i>
<i>Ascendants (premier degré).....</i>	<i>75</i>
<i>Frères et sœurs.....</i>	<i>50</i>

En cas de pluralité d'épouses survivantes, le montant total des indemnités qui leur sont allouées au titre de leur préjudice moral ne peut excéder six fois le SMIG annuel.

Toutefois, les indemnités de l'ensemble des bénéficiaires donnent lieu à réduction proportionnelle lorsque leur cumul dépasse vingt fois le SMIG annuel.

Le SMIG est celui du pays sur le territoire duquel s'est produit l'accident, ou, s'il est plus élevé, pour le pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle. »

Exemple d'application :

Monsieur MIMBA est décédé au cours d'un accident mortel de la circulation. La victime était âgée au moment du décès de 34 ans, sans emploi, non mariée. Le procès-verbal de conseil de famille homologué fait ressortir la liste des ayants droit : 2 enfants, père/mère, 5 frères et sœurs. Le certificat de vie indique les âges des ayants droits. Le montant des frais funéraires est de 940 000 FCFA. Le SMIG est celui du Gabon : 80 000 FCFA

PROPOSITION D'INDEMNISATION

- Frais funéraires 940 000 FCFA
- Préjudice économique

La victime étant sans emploi mais âgée de 34 ans au moment du sinistre, l'indemnisation se fera sur la base du SMIG annuel.

➤ Ascendants

Base de calcul : le SMIG annuel (80000 *12= 960000)

Clé de répartition en pourcentage des revenus: 15%

Revenu à capitaliser : 144 000 FCFA (960 000*15/100)

Part de chacun : 72 000 FCFA (144 000/2)

- Père THOMAS
- Age : 64 ans
- Sexe : masculin
- Valeur du prix de rente : 7. 741
- **Indemnité : 557 252 FCFA** obtenue en faisant 72 000* 7.741
- Mère HELENE
- Age 65 ans
- Sexe : féminin
- Valeur du prix de rente : 8.848
- **Indemnité = 637 056 FCFA** obtenue en faisant 72 000* 8.848

➤ Enfants

- Base de calcul : SMIG annuel (960 000 FCFA)
- Bénéficiaire : 2 enfants
- Clé de répartition en pourcentage : 50%
- Revenu à capitaliser : 480 000 FCFA
- Part de chaque enfant : 240 000 FCFA (480 000/2)
- Enfant Elfie
- Age : 15 ans
- Sexe : féminin
- Valeur du prix de rente : 7.171
- **Indemnité : 1 721 040 FCFA**

- Enfant FRANCK
- Age : 7 ans
- Sexe : masculin
- Valeur du prix de rente : 10. 384
- **Indemnité : 2 492 160 FCF**

Total préjudice économique : 5 407 508FCFA

Plafond : 85*SMIG annuel = 960 000*85= 81 600 000

5 407 508 < 81 600 000

INDEMNITE DUE P.E = 5 407 508 FCFA

- **Préjudice moral**

Base de calcul SMIG annuel : 960 000 FCFA

- Père et mère (75 %)

Père

$$I = 960\ 000 * 150/100$$

$$I = 720\ 000\ FCFA$$

Mère

$$I = 960\ 000 * 150/100$$

$$I = 720\ 000\ FCFA$$

- Enfants mineurs (100%)

ELFIE

$$I = 960\ 000\ FCFA$$

FRANCK

$$I = 960\ 000\ FCFA$$

- Frères et sœurs sont au nombre 5, (50%),

$$I = 960\ 000 * 50/100 = 480\ 000\ FCFA / \text{Chacun}$$

$$\text{Indemnité P.M frères et sœurs} = 480\ 000 * 5 = 2\ 400\ 000\ FCFA$$

Total indemnité au titre du préjudice moral : 5 760 000FCF

Plafond : 20*SMIG annuel = 20* 960 000= 19 200 000

5 760 000 < 19 200 000

INDEMNITE DUE P. M = 5 760 000 FCFA

Indemnité à verser aux ayants droit = 5 407 508 + 5 760 000

$$= 11\ 167\ 508$$

Nous verrons dans la suite, comment l'indemnisation est faite par l'assureur en tenant compte du recours des tiers payeurs.

Paragraphe 2 : Indemnisation en tenant compte du recours des tiers payeurs : cas de l'organisme de sécurité sociale

Il existe un autre régime de réparation institué par la loi, dont bénéficient seulement les victimes d'accidents du travail, c'est-à-dire les salariés. Ce risque est géré par la sécurité sociale grâce aux cotisations versées par les employeurs. Les indemnités servies au titre des accidents de travail compensent la diminution des capacités de travail de la victime et la diminution de ses capacités de gains. Ce régime de réparation ne peut se cumuler avec celui institué par le droit commun, il y a complémentarité et non cumul des indemnités pour le même préjudice. Ce qui explique pourquoi la sécurité sociale dispose d'un recours légal contre l'assureur de l'auteur responsable de l'accident, **causé par un véhicule terrestre à moteur, ses remorques ou semi-remorques**, pour les prestations qu'elle a servies à la victime au titre des accidents de travail. Il convient de noter que le Code indique les prestations qui donnent lieu à recours.

Pour mieux étudier la question nous verrons les principes et bases qui gouvernent le recours des tiers payeurs (A) et ensuite l'assiette du recours des tiers payeurs (B)

A- Principes et bases du recours des tiers payeurs

Ce recours est assis sur trois fondements essentiels : le principe indemnitaire, la nécessité d'une réparation du montant intégral du préjudice par le tiers responsable ou son assureur et la subrogation.

Les assurances de dommage reposent sur le principe indemnitaire. La mise en jeu du contrat d'assurance ne peut en aucun cas être une occasion d'enrichissement pour l'assuré ou sa victime dont la réparation doit être strictement proportionnelle au dommage qu'elle a subi. La victime, dans le cas de l'assurance de responsabilité, ne peut donc recevoir une indemnité supérieure au montant du préjudice effectif ou percevoir une double indemnisation.

Aussi, s'il était interdit aux tiers payeurs d'exercer un recours pour les montants qu'ils ont versés, l'on se trouverait devant un dilemme dans la mesure où l'on serait amené :

- Soit à ne pas prendre en considération les indemnités déjà versées au titre des conséquences de l'accident, ce qui entraînerait une indemnisation excessive des bénéficiaires ;
- Soit pour empêcher cet enrichissement sans cause, à déduire le montant payé par les tiers payeurs du montant dû par le tiers responsable et son assureur, ce qui aboutirait

à mettre à la charge du tiers responsable un montant inférieur à l'indemnité prévue par la réglementation en vigueur.⁴¹

La subrogation se produit quand le créancier payé par un tiers transfère sa créance à ce tiers qui devient le subrogé pour qu'il puisse se retourner contre le débiteur. En termes plus simple, le créancier ici est les tiers payeurs, il dédommage la victime au titre d'un accident de travail, cette opération donne droit aux tiers payeurs de se retourner contre l'assureur du tiers responsable qui devrait normalement supporter seul le dommage. Le tiers payeur ici, se subroge aux droits de la victime pour récupérer les sommes versées.

Les bases du recours des tiers payeurs sont données dans les dispositions de l'article 254 du code. Cet article dispose que : « *ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation les prestations à caractère indemnitaire énumérées ci-dessous :*

En cas de décès :

- *les capitaux décès versés par les organismes sociaux quels qu'ils soient ;*
- *les rentes et pensions de réversion servies par ces organismes ou par les débiteurs divers au profit du ou des conjoints survivants ainsi que des enfants de la victime.*

En cas de blessure :

- *les prestations versées par les organismes sociaux au titre :*
 - *des frais de traitement médical et de rééducation ;*
 - *des prestations en espèces pour incapacité temporaire ou permanente ;*
- *les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur ;*
- *les prestations versées par les groupements mutualistes ;* • *les prestations servies par l'assureur qui a indemnisé l'assuré dans le cadre d'un contrat d'avance sur recours.*

Les recours mentionnés au présent article s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel »

Il nous paraît opportun de voir l'assiette du recours des tiers payeurs et le décompte dans l'indemnisation.

⁴¹ Z. YIGBEDEK, *L'assurance automobile : théorie et pratique*, les Presses Universitaires de Yaoundé, 2015, P.235-236

B- Assiette du recours des tiers payeurs et décompte dans l'indemnisation

L'assiette du recours varie selon que l'indemnisation porte sur les préjudices de la victime ou sur ceux des ayants droits.

Lorsque l'indemnisation porte sur les préjudices de la victime, la récupération par les tiers payeurs des montants qu'ils ont déboursé ne s'exerce que sur les indemnités dues par l'assureur au titre de l'incapacité permanente, de l'incapacité temporaire, des frais de traitement et de l'assistance tierce personne.

Ce recours ne s'exerce pas sur les autres chefs de préjudices, car il ne peut porter que sur les indemnités dues à la victime et afférentes à des préjudices pour lesquels les tiers payeurs ont effectué leurs prestations.

Il en est de même lorsque l'indemnisation porte sur les préjudices des ayants droit. Dans ces cas le recours des tiers payeurs ne s'exerce que :

- Pour le préjudice économique (en contrepartie des rentes, pensions et capitaux décès versés à ces ayants droit)
- Des frais exposés en vue d'obtenir la guérison de la victime.

Pour ce qui est du **décompte** du montant dû aux tiers payeurs, il diffère selon que l'assiette du recours soit suffisante ou non.

Quand elle est suffisante, le recours des tiers payeurs s'exerce pour le montant total des sommes qui leur sont dues. En d'autres termes ces sommes sont déduites de l'indemnité. Le montant à régler au bénéficiaire de l'indemnité est alors égal au montant des indemnités relatives aux chefs de préjudice ne rentrant pas dans l'assiette du recours des tiers payeurs, augmente des indemnités rentrant dans cette assiette, nettes du montant de recours.

Exemple d'application :

Les préjudices subis par M. TAFF suite à un accident de la circulation sont évalués comme suit :

- Incapacité permanente	1 000 000
- Incapacité temporaire	600 000
- Frais de traitement	230 000
- Pretium doloris	90 000
- Préjudice esthétique	<u>90 000</u>
TOTAL	2 010 000

Et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale⁴² (CNSS) a versé 1 500 000 francs CFA au titre de son incapacité permanente, temporaire et ses frais de traitement.

Compte tenu de cette information, déterminons le montant que recevra le bénéficiaire en prenant en compte le recours du tiers payeur :

- Assiette du recours des tiers payeurs
 - Incapacité temporaire 600 000
 - Frais de traitement 230 000
 - 1 830 000 FCFA
- Montant de l'indemnité non soumis au recours des tiers payeurs
 - Pretium doloris 90 000
 - Préjudice esthétique 90 000
 - 180 000 FCFA
- Montants recouvrables par les tiers payeurs
 - CNSS 1 500 000 FCFA

$$\text{INDEMNITE(I)} = 1\,830\,000 + 180\,000 - 1\,500\,000$$

$$\text{INDEMNITE(I)} = 420\,000 \text{ FCFA}$$

La victime recevra de l'assureur 420 000 francs CFA déduction faite des montants qu'elle a perçus de l'organisme de sécurité sociale.

L'assiette de recours étant supérieure au montant recouvrable par les tiers payeurs, ce montant leur sera versé en totalité par l'assureur responsable, soit : 1 500 000 FCFA.

Lorsque l'assiette de recours est insuffisante, les tiers payeurs ne peuvent pas intégralement recouvrer les sommes qu'ils ont versées à la victime. C'est ce cas qui se pose souvent en pratique du fait que le barème utilisé par les tiers payeurs est bien plus favorable en ce que les indemnités sont élevées contrairement à ceux évalués sous le code de CIMA. Dans ces cas l'assureur n'est tenu d'indemniser qu'à hauteur du plafond. Nous y reviendrons un peu plus loin.

⁴² CNSS : organisme privé qui gère, sous la tutelle conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie, des Finances et des Solidarités Nationales, le régime de sécurité sociale qui comprend la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles, des pensions, des prestations de santé en cas d'évacuation sanitaire à l'étranger ainsi que la délivrance des prestations familiales ; <https://www.cleiss.fr>

Si nous prenons le cas de l'exemple précédent, et que les prestations versées par la CNSS étaient à hauteur de **2 000 000 FCFA**, l'assureur du tiers responsable ne sera tenu qu'à rembourser au tiers payeurs son assiette de recours qui est de **1 830 000 FCFA**.

Dans la pratique, des difficultés subsistent dans le cadre des remboursements des débours consentis par les organismes sociaux dès lors que dans la plupart des cas, les montants arrêtés sur la base du barème CIMA sont souvent inférieurs. Sur le plan strictement juridique, le barème CIMA étant issu d'un traité, ce problème est réglé par le principe découlant de la primauté de la norme communautaire sur la loi nationale. Par conséquent, la plus part des assureurs cantonnent le remboursement des débours aux organismes sociaux sur la base des plafonds prévus par le code CIMA. Bien entendu le débat reste ouvert et seule une évolution jurisprudentielle pourrait trancher définitivement cette question.

Parmi les débiteurs de l'offre, il y a la compagnie d'assurance mais dans une moindre mesure le fonds garantie automobile pour des cas bien précis. Nous verrons donc comment cet organisme particulier, institué par le règlement N° **0007/PCMA/CE/SG/CIMA/01 du 25 septembre 2001 portant fixation des modalités de fonctionnement du fonds de garantie automobile**, intervient dans l'indemnisation des préjudices corporels des victimes d'accidents de la circulation.

SECTION 2 : INDEMNISATION PAR LE FONDS DE GARANTIE AUTOMOBILE

L'article 200 du code des assurances dispose que tout propriétaire de véhicule terrestre à moteur doit souscrire une assurance de responsabilité civile obligatoire afin de garantir les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en cas d'accident. Malheureusement il se trouve que bien d'automobilistes font fi de cette loi avec pour conséquences dommageables, des victimes d'accident de la circulation laissées pour compte. Il est aussi déploré des cas où l'automobiliste prend la fuite en cas d'accident laissant les victimes sans indemnisation. Ce sont ces raisons qui ont amené le législateur à instituer la création d'un Fonds de Garantie

Automobile. Il sera chargé d'assurer le rôle de subsidiarité⁴³ avec les compagnies d'assurances dans le cadre de l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation routière.

Mais force est de constater que sa mise en place n'est pas effective dans tous les Etats membres de la CIMA. A ce jour, il n'est que dans trois Etats : Sénégal, Cote d'Ivoire et Benin. Autrefois le Cameroun disposait d'un Fonds de Garantie Automobile mais il a été liquidé dans les années 90 suite à une conjoncture économique difficile.

Pour mieux appréhender cet organisme nous prendrons de ce fait les données du fonds de garantie automobile du Benin pour mieux illustrer nos propos.

Ainsi, nous verrons les modalités fonctionnement du fonds de garantie automobile, en abrégé, F.G.A (paragraphe 1) et ensuite voir comment il procède à l'indemnisation des dommages corporels (paragraphe 2).

PARAGRAPHE 1 : Modalités de fonctionnement du Fonds de garantie automobile

Nous verrons donc l'organisation du fonds de garantie (A) et les sources de financements (B) en prenant pour domaine d'étude le fonds de garantie du Benin.

A- Organisation de fonds de garantie automobile

Le fonds de garantie automobile du Benin a été créé par les décrets N°2007-617 et 2007-618 du 31 décembre 2007 qui ont fixé son régime financier et son régime d'indemnisation. Les statuts du Fonds de garantie automobile du Benin sont ceux d'une association accomplissant des activités économiques dans les formes prescrites par la loi du 1 juillet 1901 relative au contrat d'association. Le fonds a donc adopté la forme d'une association d'assurance mutuelle. C'est donc un organisme à caractère social et à but non lucratif, garant de la sécurité et de la protection des victimes d'accidents pour lesquels les responsables demeurent inconnus ou ne sont pas assurés. Ce fonds comprend des personnes physiques et des personnes morales réparties dans les trois catégories suivantes :

- Membres fondateurs : ont qualité de membres fondateurs, l'état béninois représenté par le Ministère en charges des Assurances et toutes les entreprises d'Assurances qui

⁴³ Le principe de la subsidiarité voudrait que le fond de garantie automobile n'a pas à intervenir lorsque l'assurance a vocation à le faire ;

étaient agréées en république du Benin au moment de la création du fonds pour opérer en assurance responsabilité civile automobile ;

- Membres admis : ce sont les personnes morales et les entreprises d'assurances opérant dans la branche automobile, qui adhèrent au fonds et s'acquittent de leurs droits d'adhésion ;
- Membres d'honneur : peuvent être membres d'honneur les personnes physiques ou morales de bonne volonté qui apportent au fonds leurs services et leurs appuis intellectuels, matériels ou financiers et participent aux assemblées générales en qualités d'observateurs.

Alors d'où proviennent les ressources qui lui permettent de fonctionner ?

B- Les sources de financement du fonds

Les sources de financement du F.G.A. sont :

- La contribution des assurés : C'est une contribution de tous les assurés ayant souscrit une police d'assurance responsabilité civile. Cette contribution est donc collectée par les compagnies d'assurance puis reversée au F.G.A.
- La contribution de l'Etat : Elle n'est pas maîtrisée par le F.G.A, elle est fixée chaque année par un arrêté du Ministère des Finances ;
- La majoration des amendes forfaitaires prononcées contre les conducteurs de véhicules non assurés ;
- Des pénalités mises à la charge des responsables d'accidents de la circulation qui ont enfreint à l'obligation d'assurance de responsabilité civile ;
- Des pénalités à la charge des entreprises d'assurances pour non reversement dans le délai fixe, des contributions collectées pour le compte du fonds ;
- De la contribution des sociétés d'assurances exploitant la branche automobile ;
- Des aides, subventions, dons, legs...

Examinons comment le fonds de garantie intervient dans l'indemnisation des préjudices corporels d'accidents de la circulation

Paragraphe 2 : Intervention du fonds de garantie dans l'indemnisation

Nous verrons dans un premier temps les conditions de saisine (A) et les modalités d'indemnisation (B).

A- Conditions de saisine du fonds

Le F.G.A. a pour rôle de prendre en charge les indemnités dues aux victimes d'accidents corporels causés par un véhicule terrestre à moteur, ses remorques ou ses semi-remorques, ou à leurs ayants droit, lorsque l'auteur est inconnu ou lorsque, l'auteur est connu, non assuré et insolvable.

Si le responsable est connu et assuré, le fonds ne prendra en charge l'indemnité allouée « *qu'en cas de nullité du contrat, de suspension du contrat ou de la garantie, ou en cas de non-assurance, opposables à la victime ou à ses ayants droit* »⁴⁴. Si l'assureur estime qu'il est dans l'une de ces situations et qu'il souhaite s'en prévaloir, il doit en informer le Fonds dans un délai de trois (3) mois à compter de la réclamation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout autre moyen faisant foi de la réception⁴⁵.

Il faut noter que toute personne n'a pas droit aux prestations du fonds. A ce sujet, l'article 602 dispose que « *sont exclus du bénéfice du Fonds de Garantie Automobile, - le conducteur du véhicule, pour les dommages qu'il a subis ; - les victimes se trouvant dans un véhicule volé ainsi que les complices du vol et, d'une manière générale, toutes les personnes transportées dans le véhicule. Cette exclusion n'est applicable que si le Fonds de Garantie Automobile apporte la preuve de la connaissance du vol du véhicule par les personnes transportées. Toutefois, les personnes désignées au présent article, à l'exclusion du voleur et de ses complices, peuvent invoquer la garantie du Fonds lorsque l'accident a été causé, en tout ou partie, par la circulation d'un autre véhicule terrestre à moteur et dans la mesure de sa responsabilité.* ». Il s'agit donc du conducteur responsable, le propriétaire ou la personne qui a la garde de la chose au moment de l'accident, les victimes se trouvant dans un véhicule volé ainsi que les complices du vol et, les personnes transportées dans le véhicule s'il est prouvé que ces dernières ont été les auteurs du vol.

B- Les préjudices et modalités d'indemnisation spécifiques du F.G.A

Le Fonds créé dans un Etat membre de la CIMA prend en charge, dans les conditions fixées par l'article 600 du Code des assurances, les indemnités dues aux victimes d'accidents corporels ou à leurs ayants droit, lorsque ces accidents sont survenus sur le territoire dudit Etat. Par ailleurs, tous les dommages survenus à la suite d'un accident corporel ne sont pas indemnisés par le F.G.A. Les préjudices susceptibles d'être indemnisés par le FGA sont ceux mentionnés aux articles 258 à 266 du Code CIMA à l'exception des articles 261, 263 et 266 du Code des

⁴⁴ Article 607 du Code des Assurances

⁴⁵ Article 602 du Code des Assurances

Assurances. Sont donc exclues les chefs de préjudice pris en charge par le fonds relatifs à l'assistance d'une tierce personne, au préjudice de pertes de gains professionnels futurs, préjudice scolaire et au préjudice moral de tous les ayants droit *de cujus*.

Toutefois la base de calcul et les modalités d'indemnisation sont différentes de ceux prévus pour les Compagnies d'assurances.

En effet, le régleur sinistre du Fonds de Garantie Automobile béninois doit, pour indemniser une victime d'accident ou ces ayants droit, se référer aux articles du décret du 31 décembre 2007 précité.

L'indemnisation pour victime blessée :

- les frais : Remboursement de frais de toute nature ou directement pris en charge par le FGA dans la limite des plafonds fixés par le code. S'agissant des frais raisonnables et indispensables au maintien de l'état de santé de la victime postérieurement à la consolidation, ils font l'objet d'une évaluation forfaitaire après avoir recueilli l'avis du médecin conseil du F.G.A ;

- l'incapacité temporaire : Non-paiement de l'indemnité lorsque la durée est inférieure à huit (08) jours, l'indemnité mensuelle à verser plafonnée à une fois le SMIG annuel ;

- l'incapacité permanente : Suivant les dispositions du Code CIMA mais avec un abattement de 50% ;

- la souffrance physique et le préjudice esthétique : ce sont les seuls préjudices extra patrimoniaux indemnisables par le F.G.A, ils sont indemnisés suivant les dispositions du Code CIMA ;

L'indemnisation en cas de décès :

- frais funéraires : ils peuvent être remboursés sur la base de pièces justificatives à hauteur de 50% du SMIG annuel ;

- le préjudice économique : Suivant les dispositions du Code CIMA, avec un abattement de 50% sur la base du SMIG annuel.⁴⁶

Ce régime d'indemnisation spécifique se justifie par le fait que malgré les sources de financement, le F.G.A dispose en réalité que de moyens financiers limités.

⁴⁶ Mouftaou SOUHOUIN, Directeur Général de l'Africaine des Assurances, Communication sur : rôle et apports des fonds de garantie automobile, Etats généraux de l'assurance des 07, 08 et 09 mars 2018, Abidjan

L'impression qui se dégage, au regard de ces quelques éléments, c'est qu'en matière d'indemnisation des victimes corporelles, le code CIMA a vocation à dédommager, y compris ceux que la mise en œuvre du droit commun de la responsabilité priverait du droit à la réparation. Les rédacteurs du code ont eu pour objectif principal d'améliorer le sort de victimes d'accidents de la circulation. Cela se justifie par la législation abondante et millimétrée sur la question, ainsi que sur les importantes modifications apportées sur le sujet qui tiennent compte de l'évolution du risque. On peut aisément comprendre que le législateur CIMA n'a jamais aussi bien légiféré dans une matière comme celle de l'indemnisation des préjudices corporels des victimes d'accidents de la circulation. Il revient donc aux assureurs d'appliquer strictement toutes ces règles. Mais est-ce que dans la pratique ce dispositif d'indemnisation mis en place par le Code est respecté ?

La réglementation mise en place un dispositif hors norme qui permet d'indemniser les victimes d'accidents de la circulation mais dans la pratique ce dispositif se heurte à plusieurs difficultés. Certaines difficultés d'application des règles du Code ne relèvent pas de l'assureur, elles s'imposent à lui, d'autres par contre résultent de son fait. Nous nous chargerons dans la prochaine rubrique de présenter ces difficultés et de proposer à chaque fois quelques pistes de solution.

DEUXIEME PARTIE: DIFFICULTES PRATIQUES LIEES A L'INDEMNISATION DES VICTIMES CORPORELLES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Quelques difficultés viennent se greffer à la procédure d'indemnisation des victimes de la circulation. Comme nous l'avons souligné, certains problèmes liés à l'indemnisation ne relèvent pas de l'assureur (chapitre 1) mais d'autres relèvent sa gestion interne (chapitre 2).

CHAPITRE 1: DIFFICULTES D'INDEMNISATION : **FACTEURS EXTERNES A L'ASSUREUR**

Dans la pratique, il est courant de penser que le retard dans l'indemnisation des préjudices corporels ou d'une indemnisation injuste est du fait de l'assureur. En réalité, ce retard se justifie par la transmission tardive des pièces demandées par l'assureur. Qui malheureusement en absence de ces pièces ne peut déclencher la procédure d'indemnisation. Et même lorsque l'assureur procède à l'indemnisation il se heurte à d'autres obstacles imposés par le code notamment le plafonnement et quelques soucis liés à la barémisation. De ce fait nous verrons dans un premier temps les difficultés externes qui impactent l'indemnisation dues à un retard dans la transmission des pièces et quelques de solutions (section 1) et examiner la problématique que le plafonnement et de la barémisation pose en pratique (section 2).

SECTION 1: RETARD DANS LA TRANSMISSION DES PIECES

Il s'agit pièces afférentes pour déclencher la procédure d'offre d'indemnisation. Nous pouvons noter une communication tardive du procès-verbal de police et de la production des créances par les tiers payeurs (paragraphe 1) et proposer des moyens d'y remédier (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Transmission tardive des parties prenantes à l'offre d'indemnisation

Le retard est constaté dans la communication du procès-verbal de police (A) et sur la production des créances des tiers payeurs (B).

A- Sur la communication des procès-verbaux de police

Le procès-verbal de constat de police est un élément indispensable pour l'ouverture de la procédure d'offre d'indemnisation. C'est en réalité, l'acte authentique qui guide l'assureur et qui permet de déclencher l'ouverture de la procédure. Il est évident que si document n'arrive pas à temps dans les mains de l'assureur, ce dernier prendra du retard dans les délais de présentation de l'offre prévus par le code. Or il y a urgence lorsqu'il s'agit d'un accident corporel. Des vies humaines sont en jeu et mieux des familles sont en attente d'indemnisation.

Dans cette histoire ce sont les assureurs qui sont malheureusement pointés du doigt alors qu'ils ne peuvent en réalité mettre une pression sur les forces judiciaires si ce n'est que par de multiples relances.

Il faudrait relever que les autorités chargées de l'établissement des P. V ont trois (3) mois pour transmettre le constat de police. Ce délai prévu par le code est assez long. Ce qui explique mieux pourquoi ils peinent à transmettre rapidement les procès-verbaux. Ce délai mérite d'être considérablement réduit.

Les officiers ou agents de la police judiciaire ne sont pas les seuls dans cette communication tardive des pièces. Et même s'ils transmettaient le plutôt les procès-verbaux, encore faudrait-il que les tiers payeurs produisent également à temps les pièces qui leur ont été demandé pour accélérer la procédure d'indemnisation. Ce qui n'est pas toujours le cas.

B- Sur la production de créances des tiers payeurs

Selon l'article 255 du Code CIMA, le défaut de production des créances des tiers payeurs, dans un délai de six (06) mois à compter de la demande émanant de l'assureur, entraîne déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage. Ainsi, l'assureur doit en tout début d'instruction du dossier, du moins dès lors, qu'il est informé du nom de l'employeur, informé du tiers payeur de l'accident, demande à ce qu'ils produisent leurs créances dans le délai prévu. Malgré le rehaussement du délai qui est passé de quatre (4) à six (6) mois, il y a toujours un retard qui est constaté. Et cela s'explique.

Cette production tardive se justifie car, si nous prenons par exemple le cas de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S) du Gabon, dans la pratique, le tiers payeur peut prendre en charge une victime, plus de deux ans durant. Et ne peut en l'occurrence produire dans un délai six (6) mois ses créances à l'assureur.

Et pendant que la CNSS prend encore en charge la victime, on lui oppose déjà une forclusion de son action en remboursement.

Même si la CNSS a connaissance de l'accident par l'entremise de la compagnie d'assurance, elle ne peut s'auto saisir du dossier. Elle est obligée d'attendre que l'employeur, la victime ou son représentant déclare cet accident, cela pour deux raisons essentielles :

- Les prestations de sécurité sociale sont quérables⁴⁷ et celles résultant d'un accident de travail n'échappent pas à cette règle.

⁴⁷ Vient du latin « *quaerere* » qui signifie aller chercher; Il appartient au créancier d'aller chercher son dû, ce qui lui appartient, <https://www.btb.termiumplus.gc.ca>

- Le traitement d'un dossier d'accident de travail, pour le paiement au bénéficiaire des prestations subséquentes, suppose obligatoirement l'accomplissement par ce dernier de certaines formalités (production des pièces par exemple : certificat d'arrêt maladie, attestation de reprise de travail, bulletin de salaires etc.)

Face à ces problèmes pratiques soulevés, nous proposons quelques pistes de solutions.

Paragraphe 2 : Retard de transmission des pièces : quelques pistes de solutions

A- Réduction du délai de transmission des procès-verbaux et mise en place d'un partenariat public-privé

Comme nous l'avons soulevé plus haut, le délai de transmission des procès-verbaux qui de trois (3) mois est très long. Il fait en sorte que les officiers ou agents de police ne se muent pas à produire le procès-verbal de police. Il est vrai que les rédacteurs du Code en mettant ce délai tenaient compte du contexte de nos administrations qui parfois s'enferment dans des lourdeurs à n'en plus finir. Et utilisaient parfois des méthodes anciennes qui ne permettent pas d'aller rapidement dans le travail. Mais le monde a évolué, les méthodes et process avec elle. Il est donc possible de nos jours pour les O.P.J ou A.P.J de produire un P.V en moins de trois (3) mois.

Cette solution est réconfortée par le règlement N° 0004/CIMA/PCMA/PCE **modifiant et complétant les régimes du contrat d'assurance et d'indemnisation des victimes** signé le 09 février 2022 mais en attente de publication⁴⁸. L'article 230 modifié dispose en son alinéa 1 que *« un exemplaire de tout procès-verbal relatif à un accident corporel de la circulation doit être transmis, automatiquement aux assureurs impliqués dans ledit accident par les officiers ou agents de la police judiciaire ayant constaté l'accident. **Le délai de transmission est de deux (2) mois à compter de la date de l'accident**»*. Une telle proposition avant d'être faite a certainement été étudiée.

Sur la mise en place du partenariat public-privé, elle relève d'une recommandation de la FANAF lorsqu'elle a instruit ses membres sur l'indemnisation des préjudices corporels : « le séminaire a recommandé à la CIMA et aux membres de la conférence de prendre toutes les dispositions nécessaires (sensibiliser et former les officiers de police judiciaire et leur

⁴⁸ Annexe 1

hiérarchie, confier les prérogatives des OPJ à une structure de gestion de type privé en collaboration avec les Autorités de police ou de gendarmerie, partenariat public-privé) pour la confection et la transmission des PV de constat aux compagnies d'assurance concernées dans les délais prévus par le Code CIMA »⁴⁹.

Aussi nous proposons de mettre en place des mesures, sous réserves de l'adhésion des tiers payeurs, pour pallier au retard dans la production des créances des tiers payeurs.

B – Mesures tendant à l'amélioration de la collaboration des tiers payeurs

L'amélioration de cette collaboration consistera à organiser régulièrement des séances de travail avec les Tiers payeurs. L'objectif de ces séances est de permettre aux parties de procéder à des échanges d'informations sur les sinistres où ils sont tous impliqués. Il peut s'avérer que l'assureur ait certaines informations qui pourraient aider le tiers payeur et vice versa. En supposant que si ces informations sont reçues à temps, cela permettrait d'accélérer la procédure d'indemnisation.

Nous sommes à l'heure de la digitalisation, pourquoi ne pas créer une plateforme interactive pour faciliter les échanges d'informations entre les compagnies d'assurances et les organismes de sécurité sociale qui sont principalement les tiers payeurs dans de nombreux cas?

Mais il faut avouer que de telles mesures bien que souhaitables, sont bien entendu réalisables que si les parties en question témoignent l'envie d'améliorer la collaboration. Etant donné que ces séances de travail ou la digitalisation nécessitent une organisation importante et surtout qu'elle a un coût.

La solution à l'heure actuelle serait que dès la demande de l'assureur de produire les créances, que les tiers payeurs le fassent le plus tôt et même si le tiers payeur est toujours en train de prendre en charge la victime, qu'il produise ce qu'il a déjà exposé sur elle pour au moins récupérer les sommes déboursées et ne pas être forclos sans jamais avoir rien reçu de l'assureur.

Il faut noter aussi que les victimes participent aussi à la lenteur de la procédure d'indemnisation. Il s'agit surtout des pièces que doivent fournir les ayants droits. Ils n'arrivent pas souvent à produire le procès-verbal du Conseil de Famille à temps. Cela est dû parfois à quelques désaccords sur la succession lorsque par exemple la victime décédée était un chef de famille.

⁴⁹ MAMADOU KONE, La FANAF instruit ses membres sur l'indemnisation du préjudice corporel, Le Prévoyant, Octobre 2014, page 10.

Et même si ce P. V est produit le plutôt possible, le tribunal qui devrait l'homologuer n'est pas souvent inquiet de prononcer rapidement le jugement d'homologation. Sur ce point, la succession est encadrée par un droit spécial qui légifère déjà dessus. Le législateur CIMA ne peut donc pas s'ingérer dans cette question, ni pressé certaines familles éplorées par la perte d'un être cher, à tenir rapidement un conseil de famille. Et sur le jugement d'homologation, cela ne dépend pas des ayants droit, ni de l'assureur, cela résulte simplement de l'encombrement des tribunaux.

Dans tous les cas, l'assureur ne sera pas soumis aux pénalités puisque les circonstances qui ont occasionnés l'offre tardive ou l'absence d'offre ne lui sont pas imputables⁵⁰.

A côté des retards, il y a des problèmes liés à l'indemnisation elle-même notamment sur la question des plafonds et des barèmes proposés par le Code.

Section 2 : Problématique de la barémisation et des plafonds dans le régime du code CIMA

On peut définir la barémisation comme étant la technique qui attribue une valeur monétaire déterminée par barème, à un étalonnage médical des préjudices. C'est donc le baromètre qui sert à évaluer les chefs d'indemnisation dans la réparation du dommage corporel. Quant au plafonnement, on pourrait le définir comme le seuil par lequel, l'assureur est tenu de ne pas dépasser. Ces barèmes et plafonds sous-entendent tout simplement que la réparation du dommage subi ne sera pas intégrale. C'est ce qui constitue l'une des particularités des systèmes d'indemnisations en Afrique subsaharienne.

Ces deux critères qui servent de repères dans l'indemnisation des accidentés des préjudices corporels peuvent paraître attentatoires aux droits des victimes. Pour certaines victimes ayant des revenus importants qui ne peuvent obtenir réparation intégrale des dommages qu'ils ont subis. Mais aussi à la non-conformité des barèmes CIMA avec ceux du Code de Sécurité Sociale, nettement plus favorables aux victimes, donc entraînant des dépenses plus élevées par exemple pour la CNSS. Et sans oublier l'évaluation des frais futurs qui posent en pratique quelques difficultés.

⁵⁰ Article 233 al 2 du Code des Assurances

Nous examinerons donc comment les plafonds instaurés, créés une indemnisation inégalitaire dont les plus lésés sont les victimes à revenus importants (paragraphe 1) et les difficultés que les barèmes prévues par le Code posent en pratique (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Atteinte au principe de la réparation intégrale : Cas des victimes ayant des revenus importants

Les plafonds créés donc une indemnisation inégalitaire (A) et voir ce que les rédacteurs du Code ont proposé pour y remédier (B).

A- Indemnisation inégalitaire

Dans la zone CIMA les grands perdants dans le plafonnement des indemnités sont les victimes ayant des revenus assez importants. A côté de la victime qui reçoit une réparation intégrale parce que disposant de revenus mensuels modestes, la victime qui a des revenus élevés devra s'attendre au remboursement partiel du montant dont il était en droit d'attendre avant la survenance de l'accident. Le rétablissement de la technique de réparation intégrale du droit commun de la responsabilité n'est certes pas d'actualité dans la zone CIMA, car on a estimé qu'il constituait un risque pour les compagnies. En effet, le principe de la réparation intégrale ne prend pas en compte les impératifs budgétaires des compagnies d'assurances : « La nécessité d'établir un budget grâce à la prévision des dépenses et l'obligation d'établir un équilibre entre ces dépenses... seraient les seuls obstacles à l'application du principe de la réparation intégrale »⁵¹. Mais parfois, l'atteinte au principe de la réparation intégrale n'est pas du fait de l'assureur. L'assiette d'indemnisation (SMIG) n'étant revalorisée par les lois nationales dans certains pays membres de la CIMA, les assureurs ne font que l'appliquer.

Néanmoins, faudrait dire, au plan éthique, l'assurance n'a pas, en matière d'accident de dommage corporel, pour objet de réparer, mais de soulager et que c'est une vanité que de prétendre offrir à l'indemnité un tel objet. La réparation qui suppose la remise en état se conçoit davantage à raison d'un dommage matériel.

Par ailleurs, les rédacteurs du Code, par le règlement N° 0002/CIMA/PCMA/PCE/2014 du 03 avril 2014 annexé à notre travail, viennent tenter d'améliorer le sort de ces victimes.

⁵¹ A. TUNC, *L'évaluation du préjudice corporel dans les pays de la C.E.E.*, in Jalon Dits et écrits d'André TUNC, Paris, Société de législation comparée, 1991, p.276 : « On ne peut décider de l'indemnisation des victimes de dommages corporels sans tenir compte des coûts ». Exemple cité par C. COUTANT-LAPALUS, *Les principes de la réparation intégrale en droit privé*, Presse Universitaire d'Aix Marseille., 2002, p. 49 et s

B- Modifications du Code tendant à améliorer le sort de ces victimes

Il s'agit des notifications suivantes insérées dans plusieurs articles du Code : « Le SMIG est celui du pays sur le territoire duquel s'est produit l'accident, ou, s'il est plus élevé, pour le pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle » ou « SMIG annuel du pays de l'accident, ou, s'il y est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où les funérailles ont lieu ». Les rédacteurs prennent donc en compte l'amélioration du sort des victimes en afin de choisir le SMIG qui leur sont favorables.

On constate aussi que les rédacteurs procèdent par un relèvement des plafonds qui tient compte de l'évolution de la société et du coût de la vie. Nous avons par exemple l'incapacité temporaire qui était plafonnée à trois(3) fois le SMIG annuel, est désormais à six (6) le SMIG annuel ou du plafond du préjudice économique en cas de décès qui est passé de soixante(60) à quatre vingt cinq (85) fois le SMIG annuel.

Ainsi il est clair que la mise en place des plafonds porte atteinte au principe de la réparation intégrale, mais le Code ne reste pas pour autant statique. Les modifications susmentionnées les rédacteurs tiennent au moins à réparer à juste titre sans pour autant prétendre à une totale réparation.

La barémisation apporte aussi son lot de difficultés.

Paragraphe 2: Problématique de la barémisation

D'abord le barème prévu par le Code CIMA est incompatible avec ceux des tiers payeurs (A) mais encore ce barème ne propose pas une méthodologie d'évaluation des frais futurs et des éléments à prendre en compte dans l'évaluation (B).

A- Incompatibilité des barèmes avec ceux des tiers payeurs

Pour mieux montrer cette incompatibilité nous allons mener une étude comparative entre les indemnités proposées par la CNSS et celles d'une compagnie d'assurance.

Tableau 1: Synthétique comparatif des indemnisations par la CNSS et par les Compagnies d'assurance

Chefs de préjudices indemnisés par la CNSS		Chefs de préjudices remboursés par la Compagnie d'assurance à la CNSS	
Dénomination	Quantum	Dénomination	Quantum
Frais médicaux et pharmaceutiques	Les frais sont directement versé aux praticiens, pharmaciens, etc. (Cf. article 59 code de sécurité sociale)	Frais de toute nature	Deux fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays de l'accident (Cf. article 258 Code CIMA). une seule condition : justification des sommes payées et ayant un lien avec l'accident.
Frais d'évacuation sanitaire	Pas de limite	Frais de toute nature	Une fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays d'accueil. une seule condition : justification de la nécessité d'évacuation par le médecin conseil des assureurs.
Frais funéraires (cf. article 66 du Code de sécurité sociale)	Dans la limite d'un montant égal à huit fois la rémunération mensuelle minimale servant de base de calcul de la rente (cf. article 68 du Code de sécurité Sociale)	Frais funéraires	Deux fois le SMIG Annuel du pays de l'accident (cf. article 263 du Code CIMA)
Les Indemnités journalières (cf. article 61 du Code de Sécurité Sociale)	L'indemnité journalière s'obtient en divisant par 30 le total des rémunérations perçues par l'intéressé au cours du mois précédant l'accident. Plafonné à 130 fois du plafond mensuel des rémunérations soumises à cotisation	Incapacité Temporaire de travail (ITT) (cf. article 259 du Code CIMA)	Durée de l'incapacité fixée par l'expert médical de l'assureur. Evaluation du préjudice basée sur les revenus nets (salaires, avantages ou primes de nature statutaire) perçu au cours des six mois précédant l'accident ou du SMIG. Plafond d'indemnité mensuelle : Six (06) fois le SMIG annuel
Rentes à la victime (cf. article 62 du Code de sécurité Sociale)	Voir article 64 du Code de sécurité Sociale	Préjudice physiologique (IPP) (Cf. article 260 du Code CIMA)	Le taux d'incapacité est fixé par expertise médicale en tenant compte de la réduction de capacité physique. Ce taux varie de 0 à 100% par référence au barème médical adopté par le Code DIMA. L'indemnité prévue dans les cas où l'assureur et la victime ne sont pas parvenus à un accord dans le délai fixé à l'article 239 du Code CIMA est calculée suivant l'échelle de valeur des points d'incapacité.

Rentes au conjoint survivant, aux enfants et ascendants	Voir articles 66, 67, 69,70 et 71 du Code de Sécurité Sociale	Préjudice économique des ayants droit du décédé (cf. article 265 du Code CIMA)	Chaque enfant à charge, conjoint et ascendant en ligne directe de la victime recevra un capital égal au produit d'un pourcentage des revenus annuels du décédé par la valeur du prix de un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion.
Total des rentes aux ayants droit	Voir article 69-2 du code de Sécurité Sociale « Toutefois, le montant total des rentes auxquelles ont droit les survivants de la victime ne peut dépasser 85% de la rente d'incapacité permanente totale à laquelle celle-ci avait ou aurait eu droit. Si le total des rentes calculées conformément aux dispositions du présent article devait dépasser cette limite, chacune des rentes serait réduite en proportion.	Préjudice économique des ayants droit du décédé (cf. article 265 du Code CIMA)	L'indemnité globale revenant aux ayants droit au titre du préjudice économique est plafonnée à quatre-vingt-cinq (85) fois le montant du SMIG annuel.

Constat :

Les indemnités allouées par la CNSS ont un caractère social, souvent plus avantageuses pour les victimes ; or, les Compagnies d'assurance n'interviennent qu'au prorata des taux et indemnités prévues par le Code CIMA.

Le remboursement à verser à la CNSS doit être conforme au montant prévu par l'indemnisation de la victime, d'où la nécessité de produire au tiers payeur une copie de l'offre d'indemnisation (*En tant que subrogée dans les droits de la victime de l'accident, cette obligation vis-à-vis de l'assureur se justifie*).

Le problème qui se pose est que ces incompatibilités génèrent parfois des contentieux avec les tiers payeurs qui du fait de ne pas recouvrer entièrement la totalité des sommes engagés émettent des avis à tiers détenteurs à l'encontre de la compagnie qui devrait indemniser.

A côté de cela, les assureurs sont confrontés à d'autres difficultés pratiques concernant l'évaluation des frais futurs.

B- Sur l'évaluation des frais futurs

S'agissant de l'indemnisation des frais futurs raisonnables et indispensables au maintien de l'état de santé de la victime postérieurement à la consolidation (article 258 in fine), le législateur CIMA a cru opportun d'adopter la décision de faire « une évaluation forfaitaire après avoir recueilli l'avis d'un expert ». Or, il est indéniable qu'une telle évaluation forfaitaire, fut-elle après avis d'un expert, ouvre inévitablement le champ à toute sorte d'arbitraire.

La Cour de cassation française qui a, depuis 1975, été constante dans sa jurisprudence appelant à condamner le responsable de l'accident à rembourser les frais futurs, au fur et à mesure du déroulement progressif du temps vers le futur « chaque mois et sur état »⁵² a inspiré le Conseil des Ministres de la CIMA à répondre à une requête formulée par la Direction National des Assurances du Gabon sur la question.

En effet, « la Direction Nationale des Assurances du Gabon a introduit la requête d'une société d'assurance relative à une demande d'interprétation de l'article 258 alinéa 4 du code des assurances et portant sur la méthodologie d'évaluation des frais futurs relatifs aux prothèses et consécutifs à un accident de la circulation. Suite à cette demande, le Conseil des Ministres a constaté que l'article 258 alinéa 4 du code des assurances ne nécessite pas d'interprétation. *Pour la détermination du montant à payer à la victime au titre des frais futurs liés à l'entretien des prothèses, il n'existe pas une méthodologie arrêtée par le code des assurances. Il s'agit d'un montant forfaitaire raisonnable et indispensable au maintien de l'état de santé de la victime postérieurement à la consolidation que la société détermine après avoir recueilli l'avis d'un expert. Toutefois, le Comité des Ministres a demandé au Secrétariat Général de la CIMA, dans le cadre de la révision du barème d'indemnisation des préjudices subis par les victimes d'accident de la circulation routière, d'examiner la possibilité de réviser les dispositions du code afin de permettre à la victime de faire un choix entre un capital constitutif de rente et la prise en charge des frais et dépenses par l'assureur au fur et à mesure de leur exposition* ».⁵³ Cette révision n'a pas encore été faite à ce jour.

Et même s'il était donné aux victimes de faire un choix, que le code doit donner des paramètres dont l'assureur doit tenir compte dans l'évaluation. Et si la victime fait un choix sur le versement de la rente d'indiquer sur quelle période le versement de la rente doit être étalé.

Nonobstant la non production des pièces dans les délais, et les problèmes liées aux barèmes, le principal problème est le suivant : il s'écoule plusieurs relances entre le moment où la compagnie d'assurance est rentré en possession de toutes les pièces et la présentation de l'offre, du fait de la lourdeur des tâches au sein des compagnies, d'une part et de la longue et pénible procédure d'établissement des règlements au sein des compagnies d'assurance, entre le moment où la victime a accepté la transaction et le moment où il rentre en possession du règlement

⁵² Cass. Civ II, 17 avril 1975, approuvé et suivi par Paris, 20ème chambre du 27 novembre 1987. Une telle solution avait eu le mérite de mieux garantir une réparation intégrale du préjudice subi par le blessé et d'être conséquente par rapport à la logique de la faute

⁵³ Décision du Conseil des Ministres du 11 avril 2011, infra Code CIMA, Edition 2019, page 556

effectif de ses indemnités. Aussi, sur le règlement des sinistres, il se pose le problème de sécurisation des paiements des indemnités des victimes. Et parfois, les assureurs n'arrivent à remplir leur engagement à cause des problèmes de trésorerie dus essentiellement à la sous tarification RC automobile.

CHAPITRE 2: PROBLEMES D'INDEMNISATION LIES A L'ASSUREUR

Lorsque l'assureur procède à l'indemnisation, il prend souvent aussi du retard lorsqu'il devrait indemniser. Les délais de paiement⁵⁴ prévus par le Code ne sont pas toujours respectés en pratique cela est dû à la lourdeur des processus internes de certaines compagnies (section 1) mais aussi parce qu'ils sont confrontés en leur entêtement à pratiquer des primes Responsabilité Civile bon marché, appelées sous le langage technique de sous-tarification ajouter au problème de la sécurisation de paiement (section 2).

Section 1 : Lourdeur des processus internes des compagnies d'assurance

Nous verrons d'abord comment cette lourdeur se caractérise et comment elle impacte l'indemnisation des victimes (paragraphe 1) et comment optimiser ces processus (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Impact de la lourdeur des processus dans l'indemnisation

Le service sinistre est le service après-vente d'une compagnie. C'est ici, que ce sont attendus les assureurs en contrepartie des engagements qu'ils sont pris en vers leurs assurés. Voilà pourquoi ce service devrait véritablement être la pierre angulaire et qui porte l'image de la structure. Mais force est de constater qu'il est devenu un cimetière à ciel ouvert, rempli de plaintes et réclamations à cause de la lourdeur des processus.

Un processus est système d'activités corrélées et interactives qui transforme des éléments d'entrée (les entrants) en éléments de sortie (les extrants). Plus simplement c'est une façon de procéder⁵⁵. C'est ensemble de phénomènes, conçu comme actif et organisé dans le temps. Mais il s'avère certaines compagnies n'organisent pas la gestion des sinistres.

De la déclaration, en passant par l'instruction jusqu'au paiement, rien n'est corrélé. Il y a soit des interruptions dans la chaîne de travail, il y a pas du tout une organisation dans le travail entre temps les victimes attendent. Il apparaît donc important que les compagnies d'assurances réorganisent leurs processus de gestion de sinistres actuels pour indemniser dans les délais prévus par le Code et de satisfaire les victimes d'accident de la circulation.

⁵⁴ Article 236 du code des Assurances

⁵⁵ Dictionnaires Le Robert

Tous ces dysfonctionnements peuvent être corrigés par une optimisation des processus internes.

Paragraphe 2 : Optimisation des processus internes

Pour optimiser les processus, les compagnies d'assurance doivent faire dans la recherche de la qualité. La qualité est une réponse proportionnelle à un processus d'utilisation soigneusement suivi et évalué par l'entreprise. **C'est satisfaction des attentes des assurés, des partenaires, de la réglementation, et dans notre cas des victimes en attente d'indemnisation.** La non qualité étant un écart global entre la qualité obtenue et la qualité visée induisant dysfonctionnement ou écart entre une situation existante et une situation attendue. Alors pourquoi penser qualité ? et comment elle permettra d'optimiser les processus internes des compagnies ?

On pense qualité pour être à même d'identifier, de maîtriser et d'optimiser les différents « processus » internes de l'entreprise. Pour y arriver comme on le dit, il faut d'abord relever les dysfonctionnements des processus de l'entreprise pour pouvoir apporter des solutions. **L'ingénierie des processus** permettra d'identifier tous les processus de l'entreprise mais également de voir comment les autres processus impactent sur le processus sinistre et les solutions qu'il convient de mettre en œuvre.

L'ingénierie des processus va consister à cartographier les processus de l'entreprise en vue de leur maîtrise. Pour ce faire, l'ingénieur qualité devra suivre les étapes suivantes :

- Répertorier tous les processus de l'organisation
- Représenter les processus de l'organisation dans une carte des processus matérialisée de manière schématique afin de permettre une bonne visualisation de la dynamique organisationnelle de votre entreprise
- Dresser les différentes fiches de processus

Figure 1: Exemple de la cartographie de processus d'une compagnie d'assurance

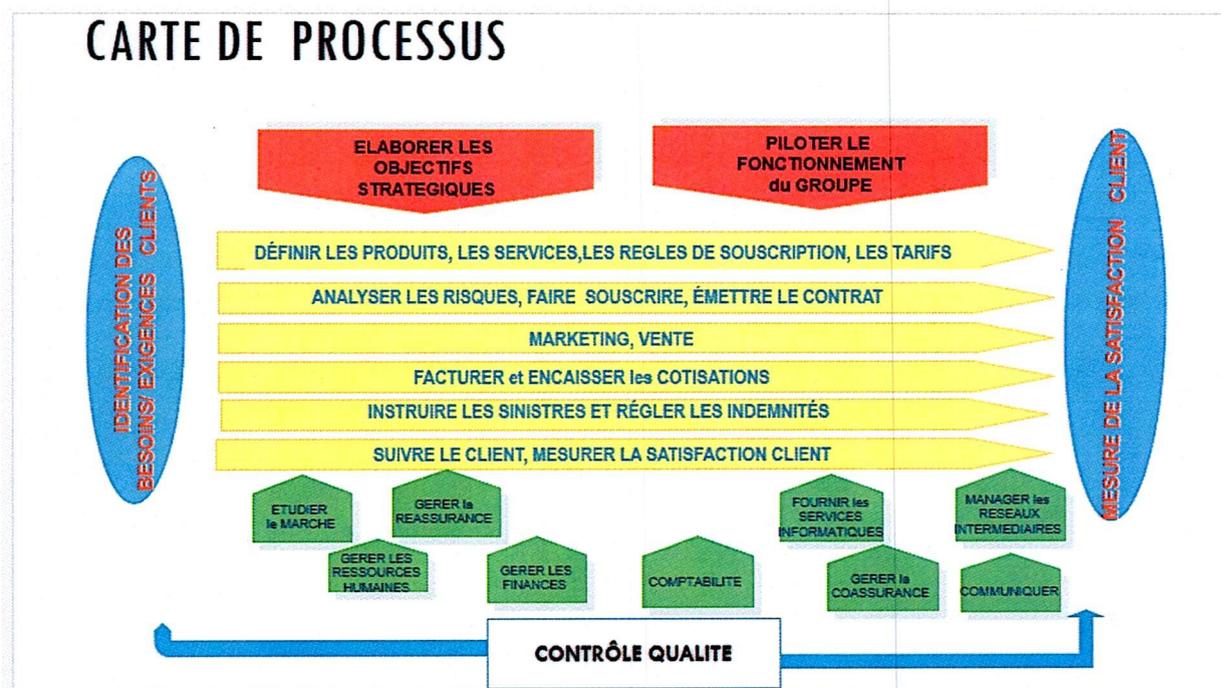


Tableau 2: Exemple de la fiche processus de gestion de sinistre

PROCESSUS	GESTION DES SINISTRES
FINALITÉ	Traitement rapide des dossiers sinistres
DONNÉES D'ENTRÉES	Manuel de procédure, Police d'assurance et avenant, Procès-verbaux de constat, déclaration des sinistres, Code CIMA, les pièces de réclamation (le cas échéant)
DONNÉES SORTIES	Offre de transaction, Bon à payer et indemnisation ou Courriel de rejet adressé à la victime,
SOUS-PROCESSUS	DÉCLARATION DE SINISTRES / INSTRUCTION (EXPERTISE) INDEMNISATION / CLÔTURE DE DOSSIER ET CLASSEMENT (CAS D'INDEMNISATION)/CLASSEMENT SANS SUITE MOTIVÉ (EN CAS DE REJET)
PROCESSUS EN AMONT	Constitution du dossier client (contrat + reçu de paiement + avenant)
PROCESSUS EN AVAL	Mesure de la satisfaction client
RESSOURCES	Ressources humaines (personnels + experts) Matériel (ordinateur, papiers rame, imprimante, ancre) Ressources informationnelles (code CIMA, le code civil, documents spécialisés)

Une fois la carte établie du processus, l'ingénieur devra relever point par point les endroits où il y a des dysfonctionnements et les soumettre aux responsables de la compagnie pour pallier aux problèmes.

Bien évidemment faire de la qualité à un coût, d'améliorer en interne le fonctionnement interne de l'entreprise, mais permet surtout de satisfaire les exigences de toutes les parties prenantes et de se conformer à la réglementation.

Voyons maintenant les difficultés liées à la sous tarification et le problème qui demeure, celui de la sécurisation des paiements.

Section 2 : Pratique de la sous tarification et la sécurisation des paiements

Nous verrons d'abord ce que la pratique des primes RC bon marché cause aux compagnies dans l'indemnisation (paragraphe 1) et dans un second temps parler de la sécurisation des paiements (paragraphe 2) des victimes qui demeure malgré les dispositions du Code en la matière.

Paragraphe 1 : Impact de la pratique de la réduction des primes RC automobile dans l'indemnisation

Force est de constater aujourd'hui la baisse des primes d'assurances de la branche dommage et plus particulièrement, sur les primes RC des acteurs du secteur de l'assurance. C'est d'ailleurs ce qui a motivé le Ministre des finances Camerounais à prendre une circulaire sur ce problème.

A ce sujet, la lettre circulaire du Ministère camerounais des Finances, N° 03001591/MINFI/SG/DGTCFM/DA en date du 16 mars 2022, et adressée à l'Association des Sociétés d'Assurances du Cameroun (ASAC) relance le débat sur la question. Dans ladite lettre, le responsable de ce département ministériel dénonce la pratique des prix inférieurs des polices d'assurances responsabilité civile automobile : *« Il m'a été donné de constater que certains opérateurs du secteur des assurances se livrent à la commercialisation des polices d'assurances responsabilité civile automobile à des prix inférieurs à ceux prescrits par la réglementation en vigueur »*, a écrit **Louis Paul Motaze dans le courrier adressé à l'ASAC.**

Cette pratique s'explique pour plusieurs raisons. D'abord le faible pouvoir d'achat, car certains estiment que l'assurance est un produit luxueux, mais aussi les assureurs le font également pour défier la concurrence et gagner plus de marchés.

Pour la première, elle est confirmée par les dires de certains automobilistes. Pour sa part, **Nsangou O., propriétaire de taxi** (Véhicule de transport urbain, Ndlr), dans la ville de Yaoundé déclare que : « l'assurance coûte très chère et, nous sommes obligés de payer ça sinon, la Police va nous mettre en fourrière (mise hors circulation du véhicule, Ndlr). Donc, je me suis entendu avec mon assureur, je paie seulement 15 mille Fcfa (23 euros) par trimestre au lieu de 30 mille Fcfa (45 euros). Mais, je sais qu'en cas d'accident, il ne paiera rien ». A l'en croire, la pratique est bien connue des transporteurs et, elle a été nourrie par les délais anormalement longs des compagnies d'assurance, en matière de paiement des sinistres.⁵⁶

Les acteurs du secteur de l'assurance, qui reconnaissent l'existence de la pratique à demi-mot, affirment sensibiliser les acteurs pour assainir le secteur pour mettre fin à ces mauvaises pratiques, contraires aux dispositions réglementaires, et qui sont de nature à ternir l'image de l'industrie des assurances. En effet, au Cameroun c'est **l'arrêté 00380/MINFI/DCE/A du 16 novembre 1994** qui fixe les tarifs d'assurance de responsabilité civile applicables aux véhicules terrestres à moteur. Cet arrêté indique d'ailleurs que : « *Le non-respect de ces prescriptions réglementaires expose les contrevenants aux sanctions administrative et pécuniaire prévues par les dispositions légales en la matière.* »

Sur la deuxième raison est simplement une conséquence de la première. Car si l'assureur veut satisfaire les assurés, il doit répondre à leur demande mais il le fait en compromettant sa trésorerie. Il est vrai que le jeu de la concurrence entre aussi en ligne de mire à cause de la recherche ardue de faire du profit, les compagnies d'assurance se livrent à une bataille perdue d'avance par celui qui pratique des primes en dessous des tarifs imposés.

Cela emmène à se poser des questions sur la solvabilité des compagnies. La solvabilité de certaines sociétés d'assurance est fictive. Il suffit que la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) demande un plan de redressement ou de financement à une société en difficulté pour que celle-ci demande une réévaluation de ses actifs immobiliers ou des titres d'Etat acquis sur le marché à la moitié de leurs valeurs nominales. En effet, il est paradoxal qu'une société d'assurance qui remplit toutes les exigences de solvabilité n'arrive pas à payer les sinistres. La sous tarification surestime la marge de solvabilité à court terme mais à long terme, elle devient compromettante pour l'entreprise.

⁵⁶ La pratique des primes Responsabilité Civile Automobile bon marché au Cameroun, AFRIK 'ASSUR 2ème trimestre numéro 2, page 22

Nous recommandons aux compagnies d'assurance qui font recours à cette pratique de réviser leur tarif en tenant compte de la sinistralité de leur portefeuille ou et de pratiquer simplement les primes du marché c'est-à-dire les primes raisonnables;

Même lorsque l'assureur parvient à indemniser, les indemnités qui en résultent ne parviennent pas souvent dans les mains des bénéficiaires ;

Paragraphe 2 : Sur la sécurisation des paiements

Le problème de la sécurisation des paiements se pose surtout à l'égard des mineurs et des majeurs incapables, mais aussi dans l'intervention des avocats de la victime.

A l'occasion de sa première correspondance avec la victime, l'assureur est tenu, à peine de nullité relative de la transaction qui pourrait intervenir, d'informer la victime qu'elle peut à son libre choix, et à ses frais, se faire assister du conseil de son choix (article 232). L'assureur qui aura transigé entre les mains d'un avocat sans avoir auparavant disposer d'une lettre de constitution de ce dernier, peut se retrouver condamné à payer deux fois le même sinistre. Et même pour le mineur ou le majeur incapable, car comme leur nom l'indique, ils ne sont pas capables de gérer eux-mêmes leurs propres biens, et se trouvent injustement privés de leur indemnisation.

Il se pose alors un problème de sécurisation des paiements. Mais la position de la CIMA est ferme et a été rappelé dans une circulaire de la Direction National des Assurances du Gabon⁵⁷.

Il revient donc aux assureurs de se rassurer que les indemnités arrivent aux mains des victimes, pour ne pas qu'elles pensent à une non-indemnisation alors que le paiement avait déjà été effectué. Pour le faire, qu'ils demandent à s'entretenir avec les victimes ou aux ayants droit qui ont été assisté par un conseil, pour connaître et se rassurer, sur quel nom sera libellé les chèques.

Pour les enfants mineurs et les incapables, le code CIMA ne devrait-il pas rajouter une disposition visant à protéger la gestion de l'indemnité de la victime mineure ou du majeur en tutelle par la création d'un organisme neutre chargé d'accompagner ces derniers dans la gestion de leur indemnité ou de valider tous les actes de gestion que les représentants légaux de ces victimes peuvent entreprendre envers ces dernières. La question demeure ouverte.

⁵⁷ Annexe 2, Circulaire n° 1307/MER/SG/DNA/DCSA, relative à l'application de l'alinéa 2 de l'article 232 du Code des Assurances

CONCLUSION

Pour toute victime d'accident de circulation, l'équation se pose en terme simple : une indemnisation, mais une indemnisation rapide et une juste et totale indemnisation. Il revient donc à l'assureur, dans un contexte général de faible taux de pénétration de l'assurance et d'une méfiance certaine contre les assurances, de gagner la confiance des victimes (potentiels assurés) dans le règlement diligent des sinistres automobiles.

Il y a certes des longs délais d'obtention des procès-verbaux et constats de police ou de gendarmerie. Il y a bien sur la lenteur d'établissement des rapports d'expertise que les experts imputent aux assureurs qui ne seraient pas toujours prompts à régler leurs honoraires. Mais également, et surtout, les pratiques des assureurs qui rendent laborieux l'aboutissement l'indemnisation des victimes Au point où certains, ont fini par regretter que « le bon assureur est celui qui s'emploie à multiplier les raisons pour ne pas indemniser ses assurés »⁵⁸.

Le sentiment général qui se dégage est que les assureurs ne travaillent pas comme il le faut. Ils sont indifférents face aux cas d'accidents qui arrivent à leurs clients. Même s'ils effectuent le travail, ils ne répondent pas toujours aux attentes, et en particulier, en matière de délai de règlement des sinistres.

Il est donc opportun pour les compagnies d'assurances de la zone de revoir leurs pratiques et de mettre tous les moyens en œuvre pour permettre aux victimes d'être indemnisées correctement comme le veut la réglementation.

L'assureur doit indemniser les victimes corporelles d'accident, mais cette indemnisation qui se veut une compensation financière, qu'on le veuille ou non ne permettra jamais aux victimes, ni à ceux qui ont perdu un proche parent de retrouver la situation qui était les siennes avant le sinistre. De ce fait, il faudrait peut-être sensibiliser chauffeur, piétons à faire de plus en plus attention pour réduire le nombre de victimes, tel est objectif qu'on peut raisonnablement se fixer. Que chaque automobiliste, chaque piéton respecte les règles de prudence élémentaires, le nombre d'accident s'en trouvera considérablement réduit. Mais la réalité est toute différente car l'homme au volant quitte de citoyen paisible et réfléchi et se transforme en conducteur inconscient et dangereux pour les autres et pour lui-même. L'assureur devra donc sensibiliser le plus grand nombre possible d'automobilistes à prendre conscience que malgré la couverture

⁵⁸ Innocent M'BADOUMA, « *Assises de régulation du secteur des assurances* » dans le journal L'Union du 3 et 4 dimanche 2018

du risque par eux, ils devraient faire plus attention lorsqu'ils sont en circulation car l'assureur pourra indemniser mais n'effacera jamais les blessures et les pertes en vie humaine.

Nous notons les mots « Assurance et Surveillance ». Ces mots pourraient nous faire penser au rôle que l'assurance doit jouer dans la lutte contre l'insécurité routière. Nous espérons que cette prévention va permettre d'avoir une vision prospective qui pourra sensiblement diminuer le taux de sinistralité de la branche automobile dans la zone CIMA.

Nous avons eu des difficultés dans notre travail, notamment sur la collecte des données réelles, pour justifier quelques parties de notre travail.

Pour que l'opération d'assurance fonctionne, il faut que l'assureur trouve dans ses disponibilités, les fonds nécessaires pour faire face aux sinistres. Mais fort est de constater qu'une grande partie des arriérés sont imputables aux intermédiaires. La plupart d'entre-deux ne reversent pas les primes aux compagnies. Malgré cela, certaines compagnies continuent de travailler avec ces courtiers et agents généraux indéliçats. Elles demandent aux autorités de contrôle de sanctionner ces intermédiaires (ce qui est normal) ; mais le plus simple aurait consisté à ne plus avoir de relations d'affaires avec les courtiers et à résilier les traités de nominations avec les agents généraux. La majeure partie des arriérés est irrécouvrable. Certains datent de plusieurs années sans que les sociétés ne constituent de provisions ou ne les annulent. Ces arriérés sont des non valeurs car atteints par la prescription biennale ou quinquennale dès lors que les procédures judiciaires de recouvrement n'ont pas été mises en œuvre. La conséquence est qu'on a des taux de sinistres à primes sous-évalués car les primes sont surestimées. Certaines sociétés refusent systématiquement d'annuler les arriérés de primes pour ne pas perdre leur rang dans le classement des sociétés ou pour maintenir une place fictive de leader du marché. Cette difficulté pourrait faire l'objet de réflexion pour des études et des mémoires ultérieurs.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

André COUTURIER, la réparation du préjudice en droit commun, hebdo informations n° 78 du 15 décembre 1984

Apollinaire ONDO-MVE, le juge, les victimes d'accident de la circulation et le Code CIMA, magistrat, hebdo informations n°361 du 19 juillet 1997 et n 366 du 11 octobre 1997

Code des Assurances, nouvelle Edition 2029

Zacharie YIGBEDEK, l'assurance automobile théorie et pratique, les Presses Universitaires de Yaoundé, 2015

REVUES, ARTICLES, MAGASINES

Afrik'Assur, Magazine Africain de l'Assurance et de la Réassurance 2eme trimestre 2022 n°2 et 3ème trimestre 2022 n°3;

L'Assureur Africain n° 33 de juin 1999

Mesmin EBO EBO, A propos de la garantie de l'assureur de l'assureur automobile lorsque la victime a sauté du haut échangeur routier, hebdo informations n 684 du 15 ; 31 mai 2021

Mesmin EBO EBO, La réparation des préjudices corporels des accidents de la circulation : les avancées du Code CIMA, hebdo informations n°408 du 2 octobre 1999

Innocent M'Badouma, « Assises de régulation du secteur des assurances » dans le journal L'Union du 3 et 4 dimanche 2018

André COUTURIER, la réparation du préjudice en droit commun, hebdo informations n° 78 du 15 décembre 1984

Apollinaire ONDO-MVE, le juge, les victimes d'accident de la circulation et le Code CIMA, hebdo informations n°361 du 19 juillet 1997 et n 366 du 11 octobre 1997

WEBOGRAPHIE

Google

<https://cima-afrique.org/>

<https://fanal.org>

<https://gabonmediatime.com>

<https://lenouveaugabon.com>

ANNEXES

Annexe 1 : Règlement n°0004/CIMA/PCE/2021 du 09 février 2022 modifiant et complétant les régimes du contrat d'assurance et d'indemnisation des victimes

Article 230

Communication des procès-verbaux

Un exemplaire de tout procès-verbal relatif à un accident corporel de la circulation doit être transmis, automatiquement aux assureurs impliqués dans ledit accident par les officiers ou agents de la police judiciaire ayant constaté l'accident. **Le délai de transmission est de deux (2) mois à compter de la date de l'accident.**

La forme et le contenu des procès-verbaux sont harmonisés à l'intérieur des États membres de la CIMA.

ANNEXES

Annexe 2 : Circulaire de la DNA du Gabon pour l'application de l'alinéa 2 de l' article 232 du code CIMA

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DE LA RELANCE
 SECRETARIAT GÉNÉRAL
 DIRECTION NATIONALE DES ASSURANCES
 DIRECTION DU CONTRÔLE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE



CIRCULAIRE N° 1307 /MER/SG/DNA/DCSA
Relative à l'application de l'alinéa 2 de l'article 232 du code des assurances

Le Directeur National des Assurances (DNA) rappelle à l'ensemble des dirigeants des sociétés d'assurances, des cabinets de courtages et agences générales qu'en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 232 du code des assurances, les chèques et autres moyens de paiements des recours, doivent être libellés à l'ordre de la victime et/ou des ayants droit.

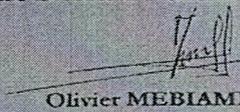
En outre, concernant les recours subrogatoires, les chèques et autres moyens de paiements doivent être libellés à l'ordre de la société ou de l'intermédiaire qui aura mandaté l'expert technique.

Le paiement des honoraires des experts techniques se fera directement par chèque ou tout autres moyens à la société ou à l'intermédiaire d'assurance qui aura préalablement payé l'expert technique.

Le non-respect des dispositions réglementaires de l'alinéa 2 de l'article 232 ci-dessus cité, expose les contrevenants aux sanctions prévues aux articles 312 et 333-1-1 du code des assurances, pour ce qui concerne les sociétés, et 545-1 du même code pour ce qui concerne les courtiers.

Fait à Libreville, le 11 SEP. 2020

Le Directeur National des Assurances


Olivier MEBIAME



Direction Nationale des Assurances - Immeuble ALU SUISSE
 B.P. : 165 - Libreville - Tél. 07.52.48.03

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTES DES FIGURES.....	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT.....	vi
SOMMAIRE.....	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : INDEMNISATION DES VICTIMES CORPORELLES	
D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION : DISPOSITIF MIS EN PLACE.....	5
CHAPITRE 1: PROCEDURE OBLIGATOIRE D'OFFRE DINDEMNISATION.....	6
Section 1: Ouverture de la procédure d'offre d'indemnisation.....	6
Paragraphe 1 : Initiative de la procédure d'offre de transaction.....	6
A - Choix du meneur de l'offre.....	7
B- Contenu de l'offre et délais de présentation de l'offre d'indemnisation.....	8
Paragraphe 2 : Echanges d'informations avec les parties prenantes.....	10
A- Information à l'égard de la victime directe ou avec ses ayants droits.....	10
B- Information à l'égard des Tiers payeurs.....	12
Section 2 : Protection des intérêts des victimes dans l'offre d'indemnité.....	13
Paragraphe 1 : Caractère intégral de l'offre et minimisation des faits exonérateurs de responsabilité.....	13
A- Préservation du caractère intégral de l'offre.....	13
B- Le recul de l'exonération de l'assuré.....	15
Paragraphe 2 : Les mesures de protection des victimes dans l'offre.....	17
A- Protection des mineurs et des incapables dans l'offre de transaction.....	17

	71
B- La reconnaissance à la victime du droit de dénonciation	17
CHAPITRE 2: MODALITES ET CALCULS D'INDEMNISATION	19
Section 1: Indemnisation par la Compagnie d'assurance	20
Paragraphe 1 : Règlement des préjudices corporels par la compagnie débitrice	20
A- Principes et modalités d'indemnisation : cas de la victime blessée	20
B- Indemnisation des préjudices consécutifs au décès de la victime	29
Paragraphe 2 : Indemnisation en tenant compte du recours des tiers payeurs : cas de l'organisme de sécurité sociale	34
A- Principes et bases du recours des tiers payeurs	34
B- Assiette du recours des tiers payeurs et décompte dans l'indemnisation	36
Section 2 : Indemnisation par le fonds de garantie automobile	388
Paragraphe 1 : Modalités de fonctionnement du Fonds de garantie automobile	39
A- Organisation de fonds de garantie automobile	39
B- Les sources de financement du fonds	40
Paragraphe 2 : Intervention du fonds de garantie dans l'indemnisation	40
A- Conditions de saisine du fonds	41
B- Les préjudices et modalités d'indemnisation spécifiques du F.G.A	41
DEUXIEME PARTIE: DIFFICULTES PRATIQUES LIEES A L'INDEMNISATION DES VICTIMES CORPORELLES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION	44
CHAPITRE 1: DIFFICULTES D'INDEMNISATION : FACTEURS EXTERNES A L'ASSUREUR.....	45
Section 1: Retard dans la transmission des pieces	45
Paragraphe 1 : Transmission tardive des parties prenantes à l'offre d'indemnisation.....	45
A- Sur la communication des procès-verbaux de police	45
B- Sur la production de créances des tiers payeurs	46
Paragraphe 2 : Retard de transmission des pièces : quelques pistes de solutions	47
A- Réduction du délai de transmission des procès-verbaux et mise en place d'un partenariat public-privé.....	47
B – Mesures tendant à l'amélioration de la collaboration des tiers payeurs	48

Section 2 : Problématique de la barémisation et des plafonds dans le régime du code CIMA	49
Paragraphe 1 : Atteinte au principe de la réparation intégrale : Cas des victimes ayant des revenus importants	50
A- Indemnisation inégalitaire	50
B- Modifications du Code tendant à améliorer le sort de ces victimes	51
Paragraphe 2: Problématique de la barémisation	51
A- Incompatibilité des barèmes avec ceux des tiers payeurs.....	51
B- Sur l'évaluation des frais futurs.....	53
CHAPITRE 2: PROBLEMES D'INDEMNISATION LIES A L'ASSUREUR	56
Section 1 : Lourdeur des processus internes des compagnies d'assurance.....	46
Paragraphe 1 : Impact de la lourdeur des processus dans l'indemnisation	46
Paragraphe 2 : Optimisation des processus internes	57
Section 2 : Pratique de la sous tarification et la sécurisation des paiements	60
Paragraphe 1 : Impact de la pratique de la réduction des primes RC automobile dans l'indemnisation.....	60
Paragraphe 2 : Sur la sécurisation des paiements.....	622
CONCLUSION	653
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	66
TABLE DES MATIERES	708

