



**CONFÉRENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHÉS
D'ASSURANCES
(CIMA)
INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)**



BP 1575 Yaoundé

Tél : (+237) 222 20 71 52 – FAX : (+237) 222 20 71 51

Site web: <http://www.iiayaounde.com>

Yaoundé / CAMEROUN

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES SPÉCIALISÉES EN ASSURANCE (DESS-A)

Cycle III : 24^{ème} Promotion 2018-2020

Thème :

**« L'indemnisation des sinistres corporels
automobiles : cas de Allianz Congo. »**

Rédigé et soutenu par :

**BASSEHA Laugh
Strecher**

Étudiant en DESS-A

IIA-Yaoundé

Sous l'encadrement de :

M. SANOGO Soumahila

Directeur Technique Allianz Congo

(Novembre 2020)

DEDICACES

*Ce modeste travail est dédié à toute ma famille, qui ne s'est jamais lassée de m'apporter son soutien multiforme et en particulier à ma mère **NSONDE Marie Blandine**, à mon défunt père **BASSEHA Jean Claude**, à ma défunte grand-mère **DIBANTSA Monique**.*

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements aux personnes sans lesquelles ce travail n'aurait pas été réalisé, cela pour leur témoigner toute ma reconnaissance :

- *M. Joseph EYOK, Administrateur Directeur Général ALLIANZ ASSURANCES CONGO, pour l'opportunité qu'il nous a donnée de faire le stage dans la structure qu'il dirige ;*
- *M. Soumahila SANOGO, Directeur Technique pour la supervision des travaux et ses précieux conseils ;*
- *M. Fleming Mabiala, Directeur de Développement ALLIANZ ASSURANCES CONGO pour son apport ;*
- *Mme PAKA Christelle, Responsable des Ressources Humaines pour son accueil chaleureux ;*
- *M. MOUTSOUKA Yvon, Responsable Chargé de Mission ;*
- *L'ensemble des techniciens du Département Indemnisation MONDZOLLA Justice, NGO Destin, BONGA Eunice, AKOUNDOU Rosica Akim, MAGANGA William, SOUNGA Roland ;*
- *M. OSSERE Steve pour son soutien et ses précieux conseils ;*
- *M. LOUSSAMBOULOU Léonce pour son soutien ;*
- *L'ensemble du personnel d'ALLIANZ CONGO ;*
- *M. NDOLO MBOUSSI Serge, chef de Service Production à l'ARC pour la supervision et la coordination de ce mémoire.*
- *Mes frères et sœurs BASSEHA Denibhold, BASSEHA Dianzenza chancelvy Annabelle, BASSEHA BOUEBASSIOU Claudie Esther, ainsi que tous les membres de la famille BASSEHA pour leur soutien moral et financier ;*
- *M.MOUKAMBA Cédric Willem pour son soutien et son apport à la réalisation de ce travail ;*
- *M.MALANDA KOUNGA DAVENE pour son soutien et ses encouragements ;*
- *M.MOUANGA Ehrlich pour son soutien et ses encouragements ;*
- *M.MOUKAMBA Brice pour ses précieux conseils et ses orientations ;*
- *M.MASSAMBA Louis Constant pour son soutien moral et financier ;*
- *La famille NAMOUTIRI pour leur soutien ;*
- *La famille LOUBOULAT pour leur soutien ;*

- *L'ensemble du personnel de l'Institut International des Assurances, en particulier Messieurs **ADJANON Urbain Philippe** Directeur Général, **Dembo DANFAKHA**, Directeur des Etudes, **GANDA Gali**, Directeur Administratif et Financier ; **NOMO Apeme** Chef de Scolarité ;*
- *Tous les camarades étudiants de la XIV^{ème} promotion MST-A et XXIV^{ème} promotion DESS – A de l'Institut pour les moments de joie et de peine partagés durant la formation.*

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AAC:	Africaine des Assurances du Congo
ADG	Administrateur Directeur Général
AGC:	Assurances Générales du Congo
ARC:	Assurances et Réassurance du Congo
ART	Article
CF	Confère
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
CRCA :	Commission Régionale de Contrôle des Assurances
DD	Directeur de Développement
DG :	Directeur Général
DESS-A	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance
FGA	Fonds de Garantie Automobile
IP:	Incapacité Permanente
IARD:	Incendie Accident Risques Divers
NSIA :	Nouvelle Société Interafricaine des Assurances
PV	Procès-Verbal
SMIG:	Salaire Minimum interprofessionnel Garanti

RESUME

Ce présent Mémoire portant sur « L'indemnisation d'un sinistre corporel automobile : cas de ALLIANZ CONGO », comportant deux parties dont l'une traite du cadre théorique et organisationnel et l'autre du cadre conceptuel de l'étude, s'est fixé deux (2) objectifs principaux à savoir :

- Répertorier les contentieux inhérents à l'indemnisation des sinistres ou préjudices corporels au niveau d'ALLIANZ CONGO sur la période allant de 2015 à 2020 ;
- Harmoniser les points de vue ou relations entre les intervenants dans le processus d'indemnisations.

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes appuyés sur un échantillon de trente-quatre (34) dossiers sinistres, tout en mettant l'accent sur plusieurs indicateurs d'analyses, parmi lesquels nous avons privilégié le taux d'IP, la durée de règlement et l'étendue des chefs de préjudices indemnifiables.

Au terme de notre étude, nous nous sommes aperçus que, l'entreprise d'assurances ALLIANZ CONGO comme toute entreprise du marché congolais des assurances est, confrontée à beaucoup de difficultés dans l'indemnisation des préjudices corporels car, l'analyse des dossiers observés révèlent d'abord le non-respect du délai de règlement des dossiers sinistres corporels, la limitation des chefs de préjudices indemnifiables, la contradiction sur la fixation ou l'appréciation du taux d'IP.

Cette situation conduit sans nul doute à de nombreux contentieux entre l'assureur et les victimes d'une part, et d'autre part entre le médecin conseil et le médecin traitant.

Dans un souci d'équilibre et de cohésion sociale, il est impérieux, pour pallier à tous ces problèmes, que le régulateur CIMA songe à opérer une réforme du cadre juridique pour soulager d'abord les victimes, ensuite assainir les relations entre les médecins intervenants dans le processus d'indemnisation, et enfin limiter ou réduire les contentieux devant les tribunaux en étendant le champs des préjudices indemnifiables.

ABSTRACT

This dissertation on “Compensation for an automobile bodily injury: case of ALLIANZ CONGO”, comprising two parts, one of which deals with the theoretical and organizational framework and the other with the conceptual framework of the study, is set two (2) main objectives namely:

- List the disputes inherent in compensation for claims or bodily injury at the level of ALLIANZ CONGO over the period from 2015 to 2020;
- Harmonize the views or relationships between stakeholders in the compensation process.

To carry out this work, we relied on a sample of thirty-four (34) claims files, while relying on several analysis indicators among which we favored the IP rate, the duration of payment and the extent of the heads of compensable damages.

At the end of our study, we realized that the insurance company ALLIANZ CONGO like any company in the Congolese insurance market is, faced with many difficulties in the compensation of bodily injury because, the analysis of the observed files firstly reveal the non-respect of the time limit for settling bodily injury files, the limitation of the heads of compensable damages, the contradiction on the fixing of the IP rate.

This situation undoubtedly leads to numerous disputes between the insurer and the victims on the one hand and on the other hand between the medical adviser and the attending physician.

For the sake of balance and social cohesion, it is imperative, to overcome all these problems, that the CIMA regulator thinks of reforming the legal framework to first relieve the victims, then to clean up relations between the intervening doctors in the compensation process, and finally limit or reduce litigation before the courts by extending the scope of compensable damage.

SOMMAIRE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME	v
ABSTRACT	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET ORGANISATIONNEL DE L'ETUDE ..	5
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE	7
Section I : LE REGLEMENT DES PREJUDICES CORPORELS :.....	7
SECTION II : LE PAIEMENT DES SINISTRES :	20
CHAPITRE II : LE CADRE ORGANISATIONNEL	24
SECTION I : DESCRIPTION DE L'ENTREPRISE	24
SECTION II : FONCTIONNEMENT D'ALLIANZ CONGO ASSURANCE	27
DEUXIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	31
CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DE L'INDEMNISATION DES SINISTRES A ALLIANZ CONGO	32
SECTION I : Présentation des résultats.....	32
SECTION II : IDENTIFICATION DES PROBLEMES DECOULANT DES RESULTATS OBSERVES	36
CHAPITRE II : ANALYSE DES PROBLEMES ET SUGGESTIONS	38
SECTION I : ANALYSE DES PROBLEMES	38
SECTION II : LES SUGGESTIONS	43
CONCLUSION :	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	52
TABLE DES MATIERES	60

INTRODUCTION

D'années en années, le parc automobile des pays membres de la CIMA¹ est en nette évolution. Celle - ci n'est pas sans danger au regard du nombre de sinistres occasionnés par les véhicules terrestres à moteur assurés, en terme de dommages matériels et corporels. Dans ce cas, l'obligation d'assurance exige que l'assureur de l'auteur responsable du sinistre répare les dommages occasionnés par l'entremise de l'indemnisation des victimes.

En rapport à l'indemnisation des dommages corporels, celle-ci est sujette à de nombreuses controverses opposant notamment les assureurs, les victimes et d'autres intervenants. Dans ce contexte, quels sont les problèmes inhérents à cette indemnisation ?

D'où le choix du Thème : « L'INDEMNISATION D'UN SINISTRE CORPOREL AUTOMOBILE : CAS DE ALLIANZ CONGO ».

L'indemnisation se définit comme une action consistant à dédommager une personne qui a subi un préjudice et, par extension, ce terme désigne le résultat de cette action.² Par contre, le sinistre corporel ou dommage corporel désigne un dommage portant atteinte à l'intégrité de la personne humaine et entraînant soit des blessures, soit le décès soit les deux successivement.³

L'indemnisation des sinistres, en général et corporels en particulier, fait l'objet d'une revue de la littérature abondante et a préoccupé aussi bien les organismes en charge des assurances que des auteurs.

Parmi les organismes, figure en bonne place la conférence interafricaine des marchés d'assurance (CIMA) qui à travers son code (livre II, chapitre IV) met un accent particulier sur l'indemnisation des victimes notamment aux articles 225 à 277. Les rédacteurs du code CIMA se sont en effet inspirés de la loi Badinter du 05 juillet 1985 « tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation ». L'idée de cette loi est du professeur TUNC qui a été le premier à déposer en 1964 devant la Commission de la Chancellerie un avant-projet de loi dont le contenu est celui de la loi Badinter. Cette législation dite Badinter repose, non sur l'idée de responsabilité mais sur celle de l'indemnisation d'un

¹ Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

² *Lexique des termes d'assurance 7^{ème} édition p 311.*

³ *Lexique des termes d'assurance 7^{ème} édition p 203.*

dommage résultant d'une circulation automobile mal maîtrisée et dont les conséquences sont socialement mal assumées.

Comme auteurs, on peut citer H. BEJUI-HUGUES et I. BESSIERES-ROQUES qui exposent les éléments essentiels permettant de maîtriser l'évaluation et la réparation du dommage corporel.⁴

NGOKO TIMO Raoul Andy et BEBEY EJANGUE Félix Noël, quant à eux, ont mis l'accent sur l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation à travers la fixation des indemnités dues aux victimes directes.⁵

Selon eux, l'expression « victime directe » employée par l'article 240 du code CIMA, renvoie à toute personne physique qui a essuyé des blessures ou subi une atteinte à sa personne du fait d'un accident de la circulation. En vertu de son droit à la sécurité, la victime a droit à la réparation des préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux qu'elle a subie.

Quant au professeur Zacharie YIGBEDEK, celui-ci porte une attention particulière sur l'indemnisation des préjudices corporels en abordant les points relatifs à la procédure obligatoire d'offre de transaction, le règlement des préjudices corporels et leurs paiements.⁶

De son côté, le commissaire contrôleur OUEDRAOGO, évoquant les motivations qui ont poussé la CIMA à vouloir reformer le régime juridique de l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation, a relevé avant toute chose la lenteur dans le règlement des sinistres corporels.⁷ Il fait observer en outre que la durée moyenne de règlement d'un sinistre est de cinq ans dans l'ensemble des pays de la zone CIMA.

L'autre motivation, souligne-t-il, était la difficulté des compagnies d'assurances d'honorer leurs engagements. Ainsi, pour étayer son argumentaire par une étude approfondie, le commissaire contrôleur OUEDRAOGO a étudié l'évolution de la sinistralité automobile lors des cinq précédentes années avant la tenue de ladite assemblée. Les résultats de cette étude ont révélé que les sociétés d'assurances de la zone CIMA

⁴ *Précis d'évaluation du dommage corporel*, 6^{ème} édition l'argus.

⁵ NGOKO TIMO RAOUL ANDY et BEBEY EJANGUE FELIX NOEL, *Contentieux des assurances dans l'espace CIMA*, 1^{ère} Edition 2015, p 277.

⁶ Zacharie YIGBEDEK, *L'assurance Automobile Théorie et Pratique*, Section II, page 186.

⁷ *Assemblée générale de la FANAF*, Yaoundé, 2013.

dépensaient beaucoup plus d'argent en frais de fonctionnement qu'en paiement des sinistres automobiles. L'étude fait état, en moyenne, d'un taux de sinistralité très bas de l'ordre de 36% contre le taux de frais généraux atteignant la barre de 55%. On est très loin de l'hypothèse de la prime théorique où 65% de la prime doivent servir à couvrir le risque. Face à une telle situation, une réforme était nécessaire pour réajuster le taux de sinistralité en faveur des assurés.

La dernière motivation de la réforme, estime-il, était liée à la faiblesse du niveau d'indemnisation des victimes d'accident de circulation. Ces dernières n'arrêtaient pas de contester la modicité des sommes qui leur étaient allouées en réparation de leurs préjudices à cause des plafonds d'indemnisation.

De cette revue de la littérature se dégagent deux (02) approches du problème parmi lesquelles :

- L'approche statique, qui repose sur l'application stricte ou rigide du code CIMA ;
- L'approche dynamique ou réformiste, soutenant l'amélioration de la législation en vigueur pour soulager les victimes et réduire les contentieux découlant de l'indemnisation.

Au regard des dispositions du code CIMA et des différents textes régissant l'assurance automobile notamment la responsabilité civile, l'objectif de ce travail est de :

- Répertorier les contentieux inhérents à l'indemnisation des sinistres ou préjudices corporels ;
- Suggérer une harmonisation des relations entre les intervenants dans le processus d'indemnisation.

Toutefois, pour mener à bien notre étude, un certain nombre de questions méritent d'être posées autour de la problématique principale suivante: l'indemnisation des préjudices corporels conformément au code CIMA est-elle protectrice des droits des victimes d'accident de la circulation routière ?

Les questions subsidiaires étant :

- Quel est le cadre juridique qui régit l'indemnisation des préjudices corporels sur le marché Congolais ?
- Quelles sont les faiblesses du cadre juridique dans l'indemnisation des sinistres ou préjudices corporels ?
- Qu'est ce qui est à la base de la lenteur dans le règlement des sinistres corporels ?

Les réponses à ces préoccupations nous aiderons à vérifier les deux hypothèses retenues dans le cadre de ce travail :

- Les Faiblesses constatées dans l'indemnisation des sinistres corporels peuvent découler de plusieurs facteurs entre autres : La faiblesse du cadre juridique ; La mauvaise foi des acteurs impliqués dans l'indemnisation des sinistres corporels.
- Un cadre juridique réformé est susceptible non seulement d'assainir les relations entre les acteurs impliqués dans l'indemnisation, mais aussi de réduire de nombreux contentieux pour défendre et protéger pleinement les droits des victimes.

La méthodologie retenue pour aborder ce travail repose sur deux (2) démarches à savoir, la recherche documentaire et l'enquête sur la base d'un échantillon de dossiers sinistres.

La recherche documentaire est menée aussi bien en bibliothèque, sur l'internet et dans la société pour recueillir les données. L'intérêt ou le but étant d'appréhender le cadre théorique de l'indemnisation et les réalités du problème au niveau de la Société où le stage s'est déroulé.

L'enquête quant à elle s'est faite à partir d'un échantillon de trente-quatre (34) dossiers sinistres corporels de la Société ALLIANZ CONGO, dans le but d'appréhender la manière dont l'indemnisation est faite à ce niveau et les problèmes qui en découlent.

Les données recueillies concernent la période allant de 2015 à 2020, en adoptant une approche globale de la question.

Comme indicateurs d'appréciation du niveau d'indemnisation, nous avons privilégié : le taux d'IP, la durée du règlement et l'étendue des chefs de préjudices indemnifiables.

L'ossature du travail se présente comme suit : la première partie est consacrée au cadre théorique et organisationnel de l'étude de l'indemnisation du sinistre corporel automobile et la seconde partie porte sur le cadre conceptuel.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET ORGANISATIONNEL DE L'ETUDE

L'intérêt de cette première partie est double, à savoir appréhender l'essentiel des aspects théoriques en rapport à l'indemnisation des sinistres ou préjudices corporels automobiles et présenter brièvement la structure où s'est déroulé le stage pratique.

Elle est structurée en deux (2) chapitres traitant respectivement de ce qui suit :

- Le cadre théorique (chapitre I) ;
- Le cadre organisationnel (chapitre II).
-

Toutefois, avant de les aborder, il est nécessaire de présenter brièvement l'instruction du dossier sinistre.

En rapport à l'instruction du dossier sinistre, l'accent sera mis sur les opérations préalables à l'instruction et l'instruction proprement dite. Parmi ces opérations, figurent notamment :

- La déclaration du sinistre ;
- L'exploitation de la déclaration.

S'agissant de la déclaration du sinistre, il est question de se faire une idée sur l'obligation de déclaration en présentant notamment :

- **L'objet de la déclaration :**

Il permet d'apporter à l'assureur un minimum d'informations parmi lesquelles :

- La date, l'heure et le lieu de l'accident ;
- La nature des dommages ;
- L'identification des victimes et leurs véhicules ;
- L'indication de l'hôpital où elles sont transportées ;
- Les noms et les adresses des témoins.

- **Les délais de déclaration :** l'assuré est tenu de déclarer la survenance du sinistre à l'assureur dans un délai de cinq (5) jours dès qu'il en a connaissance (article 12 du code CIMA), sauf cas fortuit ou de forces majeures.

- **Les supports de la déclaration :**

Comme supports, on peut retenir le constat amiable et le constat de police ou gendarmerie. La déclaration du sinistre se présente sous la forme d'un imprimé permettant à l'assuré de fournir à l'assureur les informations nécessaires à l'instruction du dossier.

- **L'Exploitation de la déclaration :**

En ce qui concerne l'exploitation de déclaration du sinistre, elle consiste à l'enregistrement du sinistre dans un registre ou fichier sinistre et à l'ouverture du dossier sinistre par un remplissage de la chemise de ce dossier.

L'instruction du dossier proprement dite, consiste au réassemblage des pièces nécessaires à l'ouverture et à la vérification des garanties. Parmi les pièces requises pour les dossiers exclusivement corporels figurent :

- Les certificats médicaux ;
- Les ordonnances et les factures des frais de traitement ;
- Le certificat de genre de mort ;
- Le certificat de décès ;
- Les factures justificatives des frais funéraires dont le remboursement est demandé ;
- Les pièces justificatives des revenus de la victime.
- Les pièces justificatives des droits de tierces personnes à une indemnisation suite au décès de la victime. Il s'agit de :
 - ✓ L'acte de naissance de la victime ;
 - ✓ Sa carte nationale d'identité ;
 - ✓ L'acte de naissance et la pièce d'identité de la veuve ou du veuf ;
 - ✓ L'acte de mariage ;
 - ✓ Les actes de naissance et pièces d'identité des enfants ;
 - ✓ Le certificat de vie des enfants ;
 - ✓ Le jugement d'hérédité non frappé d'appel.

Quant à la vérification des garanties, elle se fait au niveau de la police d'origine en se référant sur les conditions générales (définitions des garanties, exclusions) et conditions particulières. On peut également se référer au niveau des avenants ou des correspondances.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

L'objet de ce présent chapitre est de se fixer sur les aspects théoriques relatifs à l'indemnisation des préjudices corporels. L'accent est mis particulièrement sur les aspects en rapport :

- ✓ Au règlement des préjudices corporels ;
- ✓ Au paiement des sinistres corporels.

Il est traité à travers deux (2) sections portant respectivement sur les points évoqués ci-dessus.

Section I : LE REGLEMENT DES PREJUDICES CORPORELS :

L'intérêt de cette section est d'appréhender ces trois points essentiels dans le règlement des sinistres corporels, à savoir :

- ✓ Les composantes du préjudice corporel ;
- ✓ Le régime juridique régissant ce règlement dans l'espace CIMA ;
- ✓ Le décompte de l'indemnité et l'offre d'indemnité. Ceci à travers deux paragraphes.

Mais il est nécessaire avant tout de se fixer sur l'offre de transaction avant d'évoquer ces points.

La Procédure d'offre de transaction :

En assurance automobile, l'assureur demeure le débiteur de l'obligation d'offre contrairement au Droit commun, par ce que son assuré est responsable d'un accident. La garantie de l'assureur est donc acquise pour les dommages causés par son assuré.

Cette procédure diffère selon que la victime a ou non la qualité de conducteur.

C'est ainsi que, si la victime est l'un des conducteurs mise en cause dans l'accident, la procédure d'offre de transaction incombe tant pour les préjudices corporels que matériels à :

- ❖ l'assureur désigné par le barème de responsabilité, lorsque la collision survient entre deux véhicules (article 269 alinéa 2 du code CIMA) ;

❖ l'assureur du véhicule dont le numéro de la plaque d'immatriculation est le plus faible, lorsque la collision survient entre plus de deux véhicules (article 269 alinéa 3 du code CIMA).

Dans le cas où la victime n'a pas le statut de conducteur et lorsqu'un seul véhicule est mis en cause dans l'accident, l'initiative de la procédure incombe à l'assureur de la responsabilité civile du véhicule concerné, que la victime fut transportée dans le véhicule ou heurtée en se déplaçant hors de lui (article 267 alinéa 1 du code CIMA).

Lorsque l'accident est provoqué par plusieurs véhicules, deux (2) cas de figures se présentent ici, selon que la victime était transportée dans l'un des véhicules ou non :

❖ Si la victime était transportée dans l'un des véhicules au moment de l'accident, l'initiative incombe à l'assureur de responsabilité civile du véhicule à l'intérieur duquel la victime avait pris place ;

❖ Si la victime n'était pas transportée par l'un des véhicules au moment de l'accident, l'initiative revient dans ce cas à l'assureur du véhicule qui a heurté la victime. Cependant, si ce véhicule n'est pas identifié, l'offre de transaction doit être faite par l'assureur du véhicule dont le numéro d'immatriculation est le plus faible (article 268 alinéas 3 code CIMA). En cas de pluralité de véhicules et d'assureurs, l'offre est faite par l'assureur désigné par la procédure d'indemnisation pour compte d'autrui visé aux articles 267 et suivant du code CIMA. Le code laisse toutefois la faculté à la victime ou ses ayants droit de saisir l'assureur garant de la responsabilité civile du véhicule terrestre d'une demande motivée d'indemnisation. Ce dernier dispose d'un délai de 30 jours pour y répondre.

PARAGRAPHE I : LES COMPOSANTES DU PREJUDICE CORPOREL

Il est question ici de présenter les préjudices consécutifs à des blessures non mortelles et ceux consécutifs au décès de la victime.

A) LES PREJUDICES CONSECUTIFS A DES BLESSURES NON MORTELLES :

Parmi ces préjudices, on distingue les préjudices patrimoniaux et les préjudices extrapatrimoniaux.

1- Les préjudices patrimoniaux :

Selon le professeur YIGBEDEK ZACHARIE, les préjudices patrimoniaux présentent la caractéristique d'être directement liés aux blessures de la victime⁸. Nous dénombrons dans la catégorie des préjudices patrimoniaux : les frais de traitement, l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente. Ils sont régis par les articles 258 à 260 du code CIMA.

a- Les frais de traitement : Article 258 du code CIMA

Ils 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 (article 258 du code CIMA). Il s'agit de tous les frais exposés par la victime suite à l'accident en vue de sa consolidation ou guérison :

- Des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ;
- Des frais de transport (par ambulance, taxi etc.) du lieu d'accident à l'hôpital :
- Des frais de séjour à l'hôpital ou en clinique ;
- Des frais d'appareillages et de prothèses ;

⁸Professeur YIGBEDEK ZACHARIE, ASSURANCE AUTOMOBILE THEORIE ET PRATIQUE, page 194, les Presses Universitaires de Yaoundé, 2015.

- Des frais de transport exposés par la victime pour recevoir les soins pendant la période de traitement. Désormais, les victimes ont le droit d'obtenir de l'assureur une lettre de garantie pour la prise en charge de leurs frais médicaux.

Dans la pratique, la victime doit présenter à l'assureur tenue à garantie de son dommage, une fiche de déclaration de sinistre signée du Fonds de Garantie Automobile (F.G.A.), à défaut le P.V. de constat de l'accident, le certificat médical de constatations des blessures qu'elle a subies ainsi que la facture de prise en charge ou le bon de rendez-vous qui lui est délivré par l'hôpital dans lequel il sera consulté.

« Toutefois, le coût de ces traitements ne saurait excéder deux fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays de l'accident et en cas d'évacuation sanitaire justifiée par expertise, une fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays d'accueil » (alinéa 2 article 258 du Code CIMA).

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 d'un expert (article 258, dernier alinéa du code CIMA).

b- L 'incapacité temporaire : Article 259 du code CIMA.

C'est la période de temps pendant laquelle l'assuré est dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer ses activités privées ou professionnelles. Elle couvre la période allant de l'événement dommageable à la consolidation des blessures. Il y'a consolidation au moment où, à défaut d'une guérison qui semble exclue, l'état du blessé paraît stabilisé.

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par expertise médicale. 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 derniers 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.

c- L 'Incapacité permanente : Article 260 du code CIMA.

Elle peut être définie comme étant la réduction du potentiel physique ou intellectuel dont reste atteinte une victime après consolidation de son état. L'indemnité allouée au titre de l'incapacité permanente vise à compenser la diminution des capacités professionnelles de la victime mais aussi, les répercussions physiologiques et psychiques découlant de l'amputation de ses facultés physiques (la diminution des possibilités de poursuivre des activités non lucratives, la souffrance de gêne et de handicaps divers dans la vie courante). Ainsi, ces trois chefs de préjudice sont déterminés de façon différente;

- Pour le préjudice physiologique :

Le taux d'incapacité est fixé par expertise médicale en tenant compte de la réduction de la capacité physique. Ce taux varie de 0 à 100 % par référence au barème médical adopté par la CIMA, figurant en annexe au présent livre. 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 du code CIMA est calculée suivant l'échelle de valeur de points d'incapacité ».

- pour le préjudice économique :

Il 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 à sa résidence habituelle.

- pour le préjudice moral :

Il n'est indemnisé que si le taux d'IP est de 80% au moins. 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.

2- LES PREJUDICES EXTRA PATRIMONIAUX :

Ils sont régis par les articles 261 à 266 du code CIMA. Il s'agit de :

a- Le pretium doloris : Article 262 du code CIMA.

Le pretium doloris encore appelée souffrance physique, peut être définie comme étant le préjudice subi par la victime, en raison des souffrances corporelles ressenties par elles lors de l'accident et postérieurement à celui-ci, jusqu'à la date de consolidation de son état.

L'appréciation de l'importance de la douleur invoquée se fera par l'expert par le biais d'une expertise médicale, lequel se reportera, comme l'indique l'article 262, au barème établi et qui classe les blessures les plus courantes sous des rubriques affectées de qualificatifs. D'après la nature du traumatisme constaté, la douleur est qualifiée de « très légère, légère, modérée, moyenne, assez importante, importante, très importante, exceptionnelle ».

b- Le préjudice esthétique : Article 262 du code CIMA.

Le préjudice esthétique, comme son nom l'indique, se caractérise par des cicatrices, déformations, marques et séquelles d'un accident. Il résulte donc de la persistance des séquelles disgracieuses et visibles consécutives à l'accident subi par la victime. Son impact varie en fonction du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, du contexte socio professionnel de la victime, ainsi que de la localisation et des mensurations des séquelles disgracieuses. Il s'apprécie de la même manière que le pretium doloris.

c- Le préjudice de carrière : Article 263 du code CIMA.

Il se subdivise en deux (2) sous préjudices à savoir :

- Le préjudice scolaire (ou perte de chance) : il s'agit soit de la perte certaine de chance à laquelle peut raisonnablement espérer un élève ou étudiant de l'enseignement primaire supérieur ou équivalent (article 263, 1^{er} alinéa du code CIMA), soit de la perte pour la victime, du fait de l'accident, des possibilités d'entreprendre un projet déterminé à une date future et certaine. L'indemnité à allouer au titre de ce chef de préjudice est plafonnée à douze (12) mois de bourse officielle de la catégorie correspondante.

- La perte de carrière : 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.

L'indemnité à allouer pour ce chef de préjudice ne peut excéder six (6) mois de revenus calculés et plafonnés à trente-six (36) fois le montant du 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 (article 263 alinéa 2 du code CIMA).

d- L 'assistance d'une tierce personne : Article 261 du code CIMA.

Elle fait partie des frais occasionnés par l'incapacité. Elle est indemnisée lorsque l'état de la victime nécessite l'assistance d'une infirmière par exemple. La victime n'a droit à une indemnité pour assistance d'une tierce personne qu'à la condition que le taux d'incapacité permanente soit au moins égal à 80 % selon le barème indiqué à l'article 260.

L'assistance doit faire l'objet d'une prescription médicale expresse confirmée par expertise. L'indemnité allouée à ce titre est plafonnée à 50 % de l'indemnité fixée pour l'incapacité permanente.

B) LES PREJUDICES CONSECUTIFS AU DECES DE LA VICTIME :

Le code CIMA ne reconnaît comme ayants droits à l'indemnisation dans le cadre de ces préjudices : les conjoints, les descendants (enfants orphelins simples ou doubles à charge), les ascendants au premier degré, les collatéraux et tiers lésés. La nomenclature des préjudices indemnifiables comprend :

- Le préjudice économique ;
- Le préjudice moral ;
- Les frais.

1- Le préjudice économique : Article 265 du code CIMA.

C'est le préjudice dont peuvent se prévaloir les personnes privées des subsides fournis par la victime. L'article 265 du Code CIMA 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 d'un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion figurant en fin du présent Livre ».

Les pourcentages de répartition des revenus du décédé entre les membres de sa famille (ascendants, conjoint (s) et enfant(s)) sont indiqués dans le code CIMA à la page

91). Les quotités ci-dessus sont réparties entre les enfants à charge, les ascendants en ligne directe (père et mère) et les conjoints, d'une manière égale à l'intérieur de chacun des groupes de bénéficiaires. Dans le cas où une famille comprend à la fois des orphelins simples et des orphelins doubles, le tableau à retenir est celui des orphelins doubles.

L'indemnité globale revenant aux ayants-droits au titre du préjudice économique est plafonnée à quatre-vingt-cinq fois le montant du SMIG annuel de l'Etat membre sur le territoire duquel l'accident est survenu, ou, s'il est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle.

2- Le préjudice moral : Article 266 du code CIMA.

Il peut être défini comme étant la douleur subie par une personne en raison des liens qui l'unissaient à la victime. Peuvent obtenir réparation au titre de ce préjudice, outre les personnes qui peuvent demander l'indemnisation de leur préjudice économique, les enfants majeurs, les ascendants et les frères et sœurs, les autres tiers lésés visés par l'article 229 du code CIMA.

Les indemnités qui sont dues à chacun sont déterminées en pourcentage du SMIG annuel. Ainsi, le conjoint aura 150% alors que les enfants mineurs auront 100%, les majeurs 75%, les ascendants (1^{er} degré) 75%, les frères et sœurs 50% (cf. tableau sous art. 266 du code CIMA). En cas de pluralité d'épouses survivantes, le montant total des indemnités qui leurs sont allouées au titre de leur préjudice moral ne peut excéder six fois le SMIG annuel. Toutefois, l'indemnité à allouer à l'ensemble des bénéficiaires ne peut excéder vingt fois le SMIG annuel.

3- Les frais :

Nous distinguons ici les frais exposés par la victime avant son décès, ceux exposés par les ayants droits ainsi que les frais funéraires. L'article 264 du code CIMA plafonne le remboursement des dépenses exposées au titre des frais funéraires et pour lesquels les pièces justificatives ont été présentées à deux fois le 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.

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 d'un expert (art. 258, dernier alinéa du code CIMA).

PARAGRAPHE II : LE REGIME JURIDIQUE DE L'INDEMNISATION, LE DECOMPTE DE L'INDEMNITE ET L'OFFRE D'INDEMNITE

Nous verrons d'abord le régime juridique de l'indemnisation, ensuite le décompte de l'indemnité et l'offre d'indemnité.

A) LE REGIME JURIDIQUE DE L'INDEMNISATION :

Le code CIMA exclut toute application du droit commun de la responsabilité pour l'indemnisation des victimes d'accident corporel résultant de la circulation routière, à l'exception des conducteurs dont l'indemnisation obéit à des règles particulières.

En effet, selon Ce code « les victimes hormis les conducteurs de véhicules terrestres à moteur sont indemnisées des dommages résultant des atteintes à leurs personnes qu'elles ont subies, sans que puissent leur être opposée leur propre faute, à l'exception du cas où elles ont volontairement recherché les dommages subis » (article 228, 1^{er} alinéa du code CIMA). Il en résulte que les préjudices subis par les victimes d'accidents corporels de la circulation autres que les conducteurs, doivent faire l'objet d'une indemnisation sans une quelconque prise en considération de leur part de responsabilité dans la survenance de l'accident. En d'autres termes, il n'y a pas de partage de responsabilité. On ne peut leur opposer que la faute intentionnelle.

S'agissant des conducteurs, l'article 227, 1^{er} alinéa du code CIMA dispose que « la faute commise par le conducteur du véhicule terrestre à moteur a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages corporels qu'il a subis ».

Selon le deuxième alinéa du même article, « lorsque les circonstances d'une collision entre deux ou plusieurs véhicules ne permettent pas d'établir les responsabilités encourues, chacun des conducteurs ne reçoit de la part du ou des autres conducteurs que la moitié de l'indemnisation du dommage corporel qu'il a subi ».

Il résulte des dispositions qui précèdent, que le principe de la dette de droit commun reste à la base de la réparation des préjudices subis par les conducteurs et leurs ayants-droits. Le fait de mettre la moitié des préjudices corporels subis par un conducteur donné à la charge des autres conducteurs et de laisser à sa charge la moitié des préjudices

qu'il a subis lorsque les circonstances de l'accident ne permettent pas d'établir le partage de responsabilité, revenait à faire l'hypothèse d'une responsabilité des différents conducteurs à concurrence de 50% dans la survenance des dommages qu'ils ont subis.

Si l'assureur et la victime ou ses ayants droit ne sont pas entendus sur le montant de l'indemnité dans les délais prévus par l'article 231 du code CIMA, le montant dû en définitive par l'assureur est calculé conformément aux dispositions des articles 258 à 266 dudit code relatif à l'indemnisation des préjudices corporels.

B) LE DECOMPTE DE L'INDEMNITE ET L'OFFRE D'INDEMNITE :

En ce qui concerne le décompte de l'indemnité, il faut noter que lorsque le régleur sinistre détermine le montant à payer à la victime ou à ses ayants droits, il prend en considération le recours des tiers payeurs. Il importe de présenter dans un premier temps la manière dont cet élément intervient dans le calcul, et dans un deuxième temps le processus de décompte.

1- LA PRISE EN COMPTE DES TIERS PAYEURS :

On entend par tiers payeur, un organisme admis à faire valoir auprès de l'assureur le remboursement des prestations qu'il a versé à la victime de l'accident corporel.

En effet, au moment où l'assureur entre en relation avec la victime en vue de lui présenter une offre, il doit lui demander son numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale, l'adresse de la Caisse d'assurance dont elle relève, la liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations ainsi que leurs adresses. Puis à partir des renseignements qui lui seront fournis, il devra adresser à chaque tiers payeur une demande en vue de la production de sa créance. Ont la qualité de tiers payeur selon l'article 254 du code CIMA :

- ❖ Les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale;
- ❖ Les groupements mutualistes auxquels a adhéré la victime ;
- ❖ L'employeur de la victime;
- ❖ Eventuellement, d'autres organismes, tel qu'un assureur, débiteurs des prestations vis-à-vis de la victime. Dans la pratique et très souvent, seule la Caisse de Sécurité Sociale est tiers payeur.

Dans la précédente édition du Code CIMA, le tiers payeur disposait d'un délai de quatre (4) mois pour produire ses créances à l'assureur. Ce délai passe désormais à six (6) mois. Le tiers payeur qui n'aura pas justifié ses créances dans ce nouveau délai de six mois à compter de la saisine par l'assureur, sera déchu de ses droits. (Article 255 du code CIMA).

La demande adressée par l'assureur à un tiers payeur en vue de la production de ses créances indique les noms, prénoms, adresse de la victime, son activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs.

Le tiers payeur en exerçant son recours, précise 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. Dans le cas où la demande émanant de l'assureur ne mentionne pas la consolidation de l'état de la victime, les créances produites par les tiers payeurs conservent un caractère provisionnel.

L'exercice du recours du tiers payeur se justifie par le fait que la victime ne peut être indemnisée deux (2) fois, d'une part par le tiers payeur, et d'autre part par l'assureur du responsable de l'accident. Toutefois, il faut noter que l'exercice du recours des tiers payeurs ne s'exerce pas sur tous les chefs de préjudices réparables prévus par le code.

En effet, seules les indemnités à caractère patrimonial seront remboursées au tiers payeur par l'assureur et dans la limite du plafond fixé par le Code CIMA. Il s'agit des frais de traitement, l'incapacité temporaire, l'incapacité permanente, le préjudice économique des ayants droit en cas de décès de la victime d'accident, l'assistance d'une tierce personne. L'article 254 du code CIMA détaille ci-après les indemnités remboursables vis-à-vis des tiers payeurs :

a) En cas de décès :

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

b) En cas de blessures :

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 maintenu 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.

Nous avons constaté au cours de nos stages, que les tiers payeurs notamment la Caisse de Sécurité Sociale réclame souvent à l'assureur des montants bien plus supérieurs à ceux dont ce dernier est tenu de payer conformément au barème du Code CIMA, ou encore réclame des prestations non remboursables. Cela se comprend par le fait que les deux intervenants suite à l'accident corporel n'ont pas les mêmes bases de calcul. Le Code CIMA relevant d'une loi communautaire prime sur le Code de la Sécurité Sociale qui relève d'un droit national. Par conséquent, le tiers payeur ne se voit indemnisé que dans la limite fixée par le code CIMA pour ce qui concerne les prestations remboursables.

Nous pensons que le tiers payeur, pour éviter toute surprise d'un échec partiel dans l'exercice de ses recours, doit avant d'entamer l'assistance de la victime d'un accident corporel dont une compagnie sera tenue à garantie, demander conseil à un assureur.

2- LE PROCESSUS DE DECOMPTE DU MONTANT DES TIERS PAYEURS

Il diffère selon que l'assiette des recours est suffisante ou non.

a-Lorsque l'assiette de recours 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 due aux bénéficiaires et reversées aux tiers payeurs. Le montant à régler au bénéficiaire de l'indemnité est alors égal au montant des indemnités relatives aux chefs de préjudices ne

rentrant pas dans l'assiette du recours des tiers payeurs, augmenté des indemnités rentrant dans cette assiette, nettes du montant de ce recours.

Le régleur sinistre doit prendre le soin de ne déduire que les montants recouvrables, à l'exclusion de tout autre montant qui pourrait figurer sur la réclamation du tiers payeur.

b-Lorsque l'assiette de recours est insuffisante :

Dans ce cas, les tiers payeurs ne peuvent pas intégralement recouvrer auprès de l'assureur du tiers responsable, les sommes qu'ils ont versées à la victime. Aucun d'entre eux n'étant privilégié par rapport aux autres, la réparation entre eux du montant de l'assiette de leurs recours se fait au « marc le franc » en d'autres termes, proportionnellement à leurs créances respectives.

L'assureur est donc tenu selon la législation de présenter l'offre d'indemnité à la victime ou à ses ayants droits dans un délai de douze (12) mois à compter de l'accident, que les intéressés aient présenté une réclamation ou non. En cas de décès de la victime, ce délai est ramené à huit (8) mois (article 231, 1^{er} alinéa du code CIMA).

L'offre d'indemnité présentée par l'assureur ne doit pas être inférieure au montant qui résulterait de l'application des modalités de calcul des articles 260 du code CIMA. L'offre d'indemnité peut avoir un caractère provisionnel lorsque dans les six (6) mois de l'accident, l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit alors intervenir dans un délai de six (6) mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de la consolidation de la victime.

S'agissant des incapables et des majeurs sous tutelle, l'offre doit être faite aux parents vivants, au juge des tutelles ou au conseil de famille sous peine de nullité (article 234 du code CIMA). L'offre d'indemnité doit indiquer les éléments de chaque chef de préjudice et les sommes qui reviennent aux bénéficiaires.

La tâche de l'assureur se trouve facilitée par l'énonciation des articles 258 à 266 du code CIMA relatifs aux préjudices susceptibles d'être indemnisés et par l'existence de tableaux permettant de déterminer les indemnités à verser.

L'offre précise le cas échéant, les limitations ou exclusions d'indemnisation retenues par l'assureur, ainsi que leurs motifs. Précisons toutefois, qu'en cas d'exclusion d'indemnisation, l'assureur n'est pas tenu, dans sa notification, de fournir les indications et documents prévus au premier alinéa (article 243, alinéas 2 du code CIMA).

Il est important de relever que lorsque l'assureur avait la possibilité de transiger avec la victime, il arrivait que l'offre soit manifestement insuffisante, lorsqu'il y'avait une appréciation sciemment minorée de l'indemnité due ou très éloignée de celle qui devrait s'inspirer des barèmes fixés par la loi. Dans ces cas, il était fort probable que la victime refuse la transaction et le litige est porté devant l'autorité judiciaire qui fixait l'indemnité suivant les modalités déterminées aux articles 258 et suivants du code CIMA.

L'assuré dispose, selon le code CIMA, d'un délai de 15 jours pour dénoncer la transaction intervenue entre elle et l'assureur (article 235 du code CIMA). Toutefois, il est important de noter que le non-respect par l'assureur des délais de présentation de l'offre dans les délais légaux l'expose à des sanctions administratives prononcées par la commission.

Selon l'article 233 du code CIMA, « lorsque l'offre n'a pas été faite ou a été faite en violation des délais impartis à l'article 231 du code CIMA, le montant de l'indemnité produit de plein droit un intérêt de retard égal à 5% par mois de retard. Cette pénalité est réduite, ou annulée, en raison des circonstances non imputables à l'assureur ».

SECTION II : LE PAIEMENT DES SINISTRES :

Sous cette rubrique, nous verrons d'abord les modalités de paiement dans le premier paragraphe, ensuite dans le deuxième paragraphe, les pièces accompagnant le paiement des sinistres ainsi que le délai de paiement.

PARAGRAPHE I: LES MODALITES DE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS

Très souvent les entreprises d'assurance utilisent deux procédés à savoir :

- La prise en charge ;
- Le chèque.

A) LA PRISE EN CHARGE :

L'assureur délivre le plus souvent le cas échéant les bons de prise en charge aux victimes pour la couverture des frais de soins ou de traitement. On y trouve comme frais de traitement : les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de séjour, etc.

S'agissant des frais exposés en dehors du cadre d'hospitalisation, particulièrement les frais médicaux, ils sont remboursés sur présentation des pièces justificatives notamment les factures d'achats des ordonnances et médicaments délivrées par les pharmaciens ou acquittées par ces derniers.

Les factures électroniques ou pro-forma sont souvent exigées par les assureurs pour éviter ou limiter les cas de fraude de la part des victimes véreuses considérant l'assurance comme une source de profit ou d'enrichissement sans cause. La prise en charge est valable également dans le cas des factures pro-forma dont les montants sont très élevés.

B) LE CHEQUE :

Nonobstant le règlement en espèce ou par d'autres moyens tels que mandat, compensation etc., le chèque est incontestablement le plus répandu. L'assureur y recourt dans plusieurs cas :

- Pour les préjudices corporels ne pouvant faire l'objet d'une prise en charge notamment l'incapacité temporaire, l'incapacité permanente, le pretium doloris, le préjudice économique des ayants-droits, le préjudice moral, etc.
- Lorsque le bénéficiaire a déjà procédé à la réparation du préjudice et payés les frais correspondants, ou encore lorsque son préjudice n'étant pas encore réparé, il opte pour son indemnisation par chèque ;

➤ Après avoir exécutées leur prestation, les personnes physiques ou morales qui ont procédé au traitement des victimes sur la base des prises en charge se retournent vers les compagnies d'assurance qui les ont délivrés pour obtenir le règlement de leurs factures.

PARAGRAPHE II : LES PIECES ACCOMPAGNANT LE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS ET LE DELAI DE PAIEMENT

L'accent sera mis premièrement sur les pièces accompagnant le paiement des sinistres avant d'aborder le délai de paiement y relatif.

A) LES PIECES ACCOMPAGNANT LE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS :

On trouve uniquement comme pièce dans le cadre des préjudices corporels, le procès-verbal de transaction. Le procès-verbal de transaction n'intervient que dans le cadre des préjudices corporels, contrairement à la quittance de règlement qui prévaut dans le cadre des préjudices matériels.

Le procès-verbal de transaction est un document par lequel les parties motivent la transaction intervenue entre elles, tout en précisant le montant de l'indemnité qu'elles ont arrêté d'un commun accord.

Au moyen de ce document, les parties reconnaissent toutefois que, la transaction intervenue entre elles a autorité de la chose jugée, c'est-à-dire qu'elle est inattaquable ou irrévocable. Cela revient à dire que si instance relative au règlement des préjudices corporels concernés est en cours, la simple production du procès-verbal de transaction par l'une des parties suffit pour arrêter le cours du procès en ce qui concerne les intérêts civils objets de la transaction.

La signature du procès-verbal de transaction par le bénéficiaire ou son mandataire est donc incontournable. Tout régleur sinistre est donc tenu de veiller à cette formalité en exigeant une législation de la signature du bénéficiaire ou son mandataire, notamment pour des montants importants.

B) LE DELAI DE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS:

L'article 236 du code CIMA relatif au paiement des sinistres prévoit que, l'assureur doit procéder au paiement des sommes convenues dans un délai d'un mois à compter de l'expiration du délai de 15 jours accordé au bénéficiaire ou à la victime pour dénoncer la transaction, s'ils estiment qu'elle n'est pas respectueuse des dispositions du code CIMA (article 235).

En cas de non-respect de ce délai par l'assureur, les sommes non versées produisent de plein droit un intérêt de retard égal à 5% du montant de l'indemnité par mois indépendamment de la réclamation de la victime (article 236 alinéa 2 du code CIMA). L'assureur après avoir procédé au paiement des sinistres exerce les actions récursoires dont il dispose s'il y a lieu.

CHAPITRE II : LE CADRE ORGANISATIONNEL

L'objet de ce présent chapitre est de faire une brève présentation de la structure où s'est déroulé le stage. Il comporte deux (2) sections traitant respectivement de la présentation de l'entreprise, de son organisation et de son fonctionnement.

SECTION I : DESCRIPTION DE L'ENTREPRISE

L'intérêt de cette section est, de nous permettre d'appréhender d'abord, l'historique du groupe ALLIANZ, ensuite son organisation. Cette section comporte deux (2) paragraphes.

PARAGRAPHE I : HISTORIQUE D'ALLIANZ

Nous contenterons ici de faire une brève présentation de l'historique d'Allianz Africa et celle d'Allianz Congo.

➤ Historique d'Allianz Africa :

Jadis implanté dans près de douze (12) pays africains, Allianz Africa fait partie du grand groupe Allianz, un des grands leaders mondiaux de l'assurance et des services financiers, dont le siège se trouve à Munich en Allemagne. A l'origine se groupe était dénommé ALLIANZ AG. Dès son avènement en Afrique, ce groupe comptait environ douze (12) filiales, puis dix-sept (17) jusqu'en 2018.

Actuellement, après cession effective de certaines de ses filiales au Groupe SUNU Assurances en date du 29 Avril 2019, propriété de Monsieur PATHE JOHN, le groupe ne compte plus que douze (12) filiales environ dans près de douze (12) pays Africains. Le siège d'Allianz Africa se trouve actuellement à Abidjan, en République de COTE D'IVOIRE.

➤ Historique d'Allianz CONGO :

Cinq (5) dates clés ont marqué l'histoire d'Allianz CONGO Assurances à savoir :

- ❖ Mai 2011 : création d'ALLIANZ CONGO Assurances ;
- ❖ 30 Octobre 2011 : Agrément CRCA à Libreville ;
- ❖ 21 Décembre 2011 : Agrément local congolais (Autorisation Ministère des Finances) ;

- ❖ 09 Janvier 2012 : Ouverture Officielle d'Allianz Congo (Siège Résidence Gabriella, Centre-Ville, Pointe Noire) et début des activités ;

12 Avril 2019 : Inauguration du Nouveau Siège (Centre-Ville, entrée Tchikobo, Pointe Noire) par Monsieur Alexandre Honore PAKA, préfet du département de Pointe-Noire, en présence de Madame Delphine Traore MAIDOU, Directrice Régionale des opérations d'Allianz Africa et de Monsieur Joseph EYOK Administrateur Directeur Général d'Allianz Congo.

Par ailleurs, il convient de noter qu'avec l'agrandissement du marché congolais des Assurances marqué par l'avènement des nouveaux concurrents, Allianz Congo Assurances fait face à une rude concurrence. Ses principaux concurrents sont en effet : ARC, AGC, NSIA, SAHAM, AAC. Ses Principaux clients sont : les Entreprise, particuliers, collectivités. Son activité Principale repose sur la Commercialisation des produits I.A.R.D. Les Principaux produits commercialisés par l'entreprise sont : l'Assurance automobile, l'Assurance scolaire, les Assurances Tous Risques, l'Assurance Globale de Banque, l'Assurance Responsabilité Civile...

PARAGRAPHE II : ORGANISATION GENERALE D'ALLIANZ CONGO

Comme toute entreprise, l'organisation de l'entreprise d'assurances Allianz CONGO est assurée par la mise en œuvre des relations hiérarchiques et fonctionnelles des ressources dont elle dispose. Pour assurer la réalisation et l'atteinte de ses objectifs, l'entreprise d'assurances Allianz Congo exerce ses activités sur le territoire congolais tout en se conformant à la réglementation des assurances en vigueur sur ce marché. Elle est implantée sur les deux (2) grandes villes du pays à savoir : Brazzaville et Pointe-Noire.

Bien qu'elle ne dispose pas d'agences dans les autres localités du pays, elle y opère sous-couvert de la Direction Technique. L'actuel organigramme d'Allianz Congo définissant clairement les attributions, tâches et responsabilités de chacun, fait ressortir un effectif d'environ quarante (40) personnes.

En dépit de la définition des attributions, tâches et responsabilités de chaque collaborateur, les principaux objectifs visés par cet organigramme en annexe sont : la productivité des collaborateurs, la rationalisation et la sécurisation du processus de gestion.

Chaque collaborateur a donc intérêt d'être compétitif et de veiller à tout moment à la qualité du service client, car c'est le client qui est au cœur de l'entreprise : *« ce n'est pas l'employeur qui paie les salaires, mais le client »*⁹.

L'organigramme d'Allianz Congo comporte trois (3) grandes directions à savoir : la Direction Générale, la Direction Technique, et la Direction de Développement encore appelée la Direction Commerciale. Chacune de ces Directions comporte des services qui la composent.

⁹Industriel Américain HENRY FORD

SECTION II : FONCTIONNEMENT D'ALLIANZ CONGO ASSURANCE

L'intérêt de cette section est de mettre en lumière le mécanisme de fonctionnement des différentes directions citées ci-dessus à travers deux (2) paragraphes.

PARAGRAPHE I : LA DIRECTION GENERALE ET LA DIRECTION DE DEVELOPPEMENT

L'accent sera mis d'abord sur la direction générale, ensuite sur la direction de développement.

A) LA DIRECTION GENERALE :

La Direction Générale d'Allianz Congo assurances est animée par un Administrateur Directeur Général (ADG), sous l'autorité duquel est directement placé un Directeur Technique chargé de la souscription et un Directeur chargé du Développement et Marketing.

Le Directeur Général coordonne les activités de la société, définit les objectifs stratégiques à court, moyen et long terme.

Le DG est aidé dans ses tâches par une Assistante de Direction. Elle est chargée d'enregistrer les courriers (arrivée et départ), de gérer les dossiers importants et les relations publiques.

Y sont rattachés également à la Direction Générale, plusieurs autres services parmi lesquels on peut citer :

❖ Le service Administratif et financier :

Le chef de ce service élabore les prévisions budgétaires et établit le reporting trimestriel et annuel. Il contrôle la bonne application des règles comptables et financières. Il supervise l'établissement des états financiers et le fonctionnement du service comptable.

❖ Le service chargé de mission :

Le chef de ce service établit un planning annuel de missions conformément aux besoins et exigences de l'entreprise. Il a donc un rôle de suivi des missions des employés dans l'entreprise.

❖ **Le service des Ressources Humaines :**

Le chef de ce service est chargé de :

- La mise en place d'une échelle de notation : présence, productivité, qualité de travail, capacité d'analyse, travail en groupe ;
- La classification des postes
- Le suivi des entretiens annuels ;
- Le repérage et suivi des hauts potentiels ;
- La mobilité et formation ;
- Disfonctionnements : absentéisme, turn-over, accidents ;
- Comparaison avec les rémunérations des concurrents, etc.

B) LA DIRECTION DE DEVELOPPEMENT :

La direction de développement d'Allianz Congo Assurances est chapotée par un Directeur de développement (DD) à qui a pour mission la prospection et la souscription des contrats. Il élabore les plans d'action commerciale, traite et suit la production brute des collaborateurs et établit les rapports hebdo-mensuels de la production. Le directeur de développement coordonne et anime également le pool des mandataires non-salariés, le réseau des agents généraux et courtage ainsi que la bancassurance.

PARAGRAPHE II : LA DIRECTION TECHNIQUE

En termes d'organisation, la Direction Technique s'appuie sur deux départements à savoir : le département production et le département indemnisation :

A) LE DEPARTEMENT PRODUCTION

Les missions permanentes de ce département sont les suivantes :

- Assurer la responsabilité de la souscription de toutes les branches d'assurances dans le respect des règles de souscription et de gestion d'Allianz Arica, ainsi que des objectifs de résultats et de rentabilité préalablement validé ;
- Contrôler les actions mises en œuvre pour la sauvegarde et l'équilibre technique du portefeuille (gestion des propositions de renouvellement des contrats, surveillance du portefeuille, inventaire annuel des sinistres, etc.);
- Contribuer à l'élaboration des règles de souscription et de gestion ;
- Contribuer à l'élaboration, la modification et la conception de produits d'assurances ;
- S'assurer du respect et de la diffusion des manuels de souscription et de gestion faits par la Direction Technique. Plusieurs services composent ce département notamment :

1) Le Service Souscription risque d'entreprises :

Ce service a pour vocation l'étude, la souscription et la gestion de tous contrats d'assurances dans les branches Incendie, Risque Divers, Risques Techniques à l'exception de la branche Transport, Santé, Risques des Particuliers et de l'assurance Voyage. Il est également le garant de la rentabilité du portefeuille.

Les règles de souscription et de gestion sont définies dans les guides édictés par Allianz Arica. Ces documents énoncent non seulement la politique de souscription à appliquer, mais également les limites d'engagement qu'Allianz Congo Assurances ne peut pas dépasser :

- Guide de souscription Entreprise ;
- Guide de souscription Bris de Machine ;
- Guide de gestion de contrats Dommages aux biens, Globales de Banque et Responsabilité Civile ;
- Guide de souscription Tous Risques Chantiers/ Tous Risques Montages-Essais.

Dans le cadre de l'assistance et conseil, le Service Souscription Entreprise a pour missions de :

- Établir les relations appropriées avec ses interlocuteurs ;
- De faciliter l'intégration de nouveaux collaborateurs en les accompagnants dans leurs nouvelles responsabilités.

2) Le Service Souscription Risque des Particuliers & Automobile

Ce service a pour vocation l'étude, la souscription, la gestion et l'émission de tous les contrats souscrits par les particuliers (Automobiles, Individuelle-Accidents et Multirisque Habitation).

Le service dispose d'un guide de gestion et de souscription en Automobile et en Multirisque Habitation.

Le Service Souscription des particuliers a pour missions de :

- Établir les cotations ;
- Établir les documents contractuels ;
- Suivre de correspondances (avis d'échéance, courrier de transmission...) ;

B) LE DEPARTEMENT INDEMNISATION

La gestion des sinistres santé relève de la compétence du service Santé conformément aux dispositions du guide de gestion et indemnisation édicté par Allianz Africa (mis à jour au 1^{er} avril 2017). Le service indemnisation quant à lui :

- Intervient sur tous sinistres déclarés par les assurés au titre des contrats souscrits ;
- Effectue les tâches administratives et techniques d'ouverture, d'instruction et de règlement des dossiers (évaluation des sinistres, nomination d'experts, de médecins, d'enquêteurs, d'huissiers ou d'avocats selon les besoins, mesures conservatoires, gestion des recours, etc.);
- Centralise la gestion de l'ensemble des dossiers sinistres émanant des intermédiaires d'assurances (courtiers, mandataires, apporteurs, etc.), donne à ceux-ci les directives à appliquer, contrôle leur exécution et veille à la sauvegarde des intérêts de la compagnie ;
- Assure le suivi et le contrôle des intervenants extérieurs tels qu'experts, médecins, avocats, etc.

DEUXIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

L'objet de cette deuxième partie est de présenter les réalités observées dans le traitement d'un échantillon de trente-quatre (34) dossiers sinistres collectés au sein de l'entreprise sur la période retenue dans le cadre de notre étude. Cette deuxième partie s'articule autour de deux chapitres traitant respectivement de ce qui suit :

- chapitre I : Etat des lieux de l'indemnisation des sinistres à Allianz Congo ;
- chapitre II : Analyse des résultats obtenus et Suggestions.

Il est donc question dans cette deuxième partie de se faire une idée sur la façon dont Allianz procède à l'indemnisation de ses sinistres par le biais d'une analyse des résultats observés, afin d'y détecter les problèmes qui en résultent et y apporter des suggestions ou des mesures correctives appropriées pour une meilleure indemnisation.

CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DE L'INDEMNISATION DES SINISTRES A ALLIANZ CONGO

L'intérêt de ce présent chapitre est d'appréhender les aspects essentiels pouvant conduire à l'acceptation ou au rejet d'un dossier sinistre. Il comporte deux (2) sections abordant respectivement la présentation des résultats issus d'un échantillon des dossiers et l'identification des problèmes découlant des résultats présentés antérieurement.

SECTION I : PRESENTATION DES RESULTATS

Dans cette section, il est question de se faire une idée avant tout sur la démarche méthodologique de présentation des résultats, ensuite sur leur observation. Ceci à travers les deux (2) paragraphes qui la structure.

PARAGRAPHE I : DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE PRESENTATION DES RESULTATS

Les données à analyser sont celles recueillies ou collectées au niveau du service indemnisation d'ALLIANZ CONGO sur la période de cinq (5) ans allant de 2015 à 2020. Pour un échantillon de trente-quatre (34) dossiers, nous avons dénombré soixante (60) victimes qui feront l'objet des résultats que nous allons présenter en annexe dans la suite du présent travail.

Il s'est agi pour chaque dossier de recueillir les informations présentées dans le tableau de collectes de données sinistres en annexe, notamment :

- La nature ou type de dommages corporels ;
- La date de survenance et d'indemnisation ;
- L'expertise médicale ;
- Le taux d'IP.

L'objet ou l'intérêt de ce travail est double à savoir :

- 1) Présenter les résultats auxquels nous sommes parvenus ;
- 2) Et les observer en s'appuyant sur la réglementation des assurances en vigueur, notamment le code CIMA. Cette observation est faite en fonction de chaque point évoqué ci-dessus.

PARAGRAPHE II : OBSERVATION DES RESULTATS

Cette observation est faite en s'appuyant sur les points évoqués dans la démarche méthodologique (confère le tableau en annexe). Elle est présentée point par point.

1) La nature ou type des dommages corporels :

En rapport à la nature ou type de dommages corporels, trois (3) cas de figure sont abordés parmi lesquels :

- Les blessés ;
- Les décédés ;
- Les décédés suites aux blessures.

Il apparaît ainsi que sur un total de victimes d'un nombre de soixante (60), nous avons dénombré cinquante (50) cas de blessés, soit un pourcentage de 83,3 (83,3%) ; neuf (9) cas de décès, soit un pourcentage de 15 (15%) ; et un (1) seul cas de décès suite aux blessures, soit un pourcentage de 1,7 (1,7%).

Nous constatons le cas échéant, que la plupart des victimes sont des blessés. Ce qui témoigne sans nul doute que la société ALLIANZ enregistre plus de blessés que des décès suites à un accident de la circulation routière, en nous appuyant sur notre étude.

2) la date de survenance et d'indemnisation des sinistres :

En rapport aux dates de survenance et d'indemnisation, il s'agit de déterminer la durée de règlement entre la date de survenance et la date d'indemnisation des dommages, correspondant à la remise et signature du chèque par la victime. En adoptant un raisonnement par mois pour apprécier la durée entre la date de déclaration du sinistre par la compagnie et sa date d'indemnisation, nous sommes arrivés aux résultats que voici :

Sur un échantillon de trente-quatre (34) dossiers sélectionnés, douze (12) sont en cours c'est-à-dire n'ont pas encore été indemnisés, et vingt-deux (22) sont clos en terme de paiement, les victimes étant bel et bien en possession de leurs chèques. On observe en générale, que le règlement pour les dossiers clos se fait en moyenne en seize (16) mois environ (soit $360\text{mois}/22\text{ dossiers} = 16,36$), à raison de quatorze (14) mois pour les cas de blessés ($259\text{mois}/18\text{ dossiers} = 14,38$), et vingt-cinq (25) mois pour les cas de décès ($101\text{ mois}/4\text{ dossiers} = 25,25$). Nous remarquons par comparaison que le règlement des décès prend beaucoup plus de temps que celui de des blessés.

3) L'expertise médicale :

En matière de dommage corporel, l'expertise médicale est la clef d'une bonne indemnisation. Elle est nécessaire pour l'évaluation de l'indemnisation de la victime.

Dans son article intitulé « Transaction et Accidents de la circulation », l'avocat spécialiste en Droit du Dommage Corporel Catherine Meimon Nisenbaum observe que « l'expertise médicale qu'elle soit amiable ou judiciaire est une étape essentielle dans le cadre de l'indemnisation d'un dommage corporel ; sans expertise médicale, aucune indemnisation n'est possible »¹⁰.

L'expertise peut être définie comme une étape au cours du processus d'indemnisation des victimes d'accidents avec dommages¹¹.

L'objectif principal de l'expertise est d'évaluer l'ensemble des préjudices corporels subis par la victime, c'est-à-dire qu'elle permet dans certains cas de cerner l'ampleur du dommage corporel sous toute façon objective et individuelle le dommage et l'indemnisation.

Elle est assurée par des médecins experts, ayant suivi un enseignement universitaire sanctionné par le diplôme de réparation juridique du dommage corporel.

L'expert médical désigné par la compagnie doit justifier d'une compétence incontestée. Aux termes de l'article 272 du Code CIMA, « Le médecin ou l'expert technique désigné par l'assureur mandaté doit justifier, soit de sa qualité d'expert judiciaire inscrit sur la liste établie à cet effet, soit de la possession de diplômes appropriés, soit de cinq années d'activité ininterrompue dans le domaine concerné. Chaque Etat tient le répertoire des experts habilités à exercer ».

L'assureur est tenu d'aviser la victime dans les quinze jours au moins avant l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen, ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Il informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister, à ses frais, d'un médecin de son choix (article 244 du code. CIMA).

Sur la base des différents certificats médicaux établis par le médecin traitant, et sur la base de l'examen physique de la victime, le médecin expert de la compagnie

¹⁰ www.Yanous.com-Avril 2012 et les Annonces de la Seine n°37, édition du 11 juin 2012

¹¹ https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Expertise_médicale&oldid=137738277

d'assurance dresse un rapport d'expertise médicale sur lequel il devra se prononcer sur les différents chefs de préjudice subis par la victime. Ces préjudices sont : le degré d'Incapacité Physique Permanente (I.P.P), la durée de l'Incapacité Temporaire de Travail (I.T.T), l'importance des préjudices secondaires tels que le préjudice de douleur (ou pretium doloris), le préjudice esthétique.

L'article 252 du code CIMA laisse la possibilité à la victime de contester le choix du médecin désigné par l'assureur (qui peut alors demander la désignation du médecin par le juge des référés) et donc de refuser de se soumettre à l'examen médical. Au-delà de cette contestation, l'article 252 bis du même code lui donne également la faculté de recourir à une tierce expertise ; lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assureur sont divergentes de l'avis du médecin conseil de la victime, l'avis du tiers expert va s'imposer.

Lorsque l'examen a été pratiqué, le médecin expert adresse un exemplaire de son rapport à l'assureur, à la victime et, le cas échéant, au médecin qui l'a assisté, dans un délai de 20 jours à compter de l'examen (article 244 du code CIMA). A la réception du rapport d'expertise, il appartient au débiteur de l'offre de procéder à l'évaluation de l'offre d'indemnité.

Au sujet de l'expertise médicale, il a conduit dans le cadre de notre étude à l'appréciation du taux d'IP fixé par le médecin conseil de la compagnie et le médecin traitant de la victime. Lorsqu'il y a unanimité entre les deux (2) l'appréciation est favorable avec un « Oui ». Dans le cas contraire c'est un « Non ». Nous observons après notre étude sur l'ensemble des dossiers clos, l'appréciation « Oui » et sur les dossiers en cours, l'appréciation « Non ».

4) le taux d'IP :

Une comparaison est faite par le biais du tableau en annexe entre le taux fixé par le médecin conseil de la compagnie et celui fixé par le médecin traitant de la victime afin de déterminer l'écart pour mieux comprendre les raisons de l'acceptation ou de rejet de l'offre d'indemnisation. Une observation des données recueillies dans le tableau en annexe montre les écarts au niveau de vingt et un (21) dossiers et trois (3) dossiers par contre font l'unanimité.

En rapport aux dossiers présentant les écarts, il se dégage deux (2) cas de figure à savoir :

- le cas où l'écart est favorable à la compagnie, c'est-à-dire que le taux fixé par le médecin conseil est inférieur à celui retenu par le médecin traitant. Nous dénombrons dans ce présent cas onze (11) Acceptation et trois (3) rejets.
- le cas où l'écart est favorable à la victime, c'est-à-dire que le taux fixé par le médecin conseil de la compagnie est supérieur à celui retenu par le médecin traitant de la victime. Parmi ces dossiers, nous notons sept (7) Acceptation et un (1) seul dossier où la victime ne s'est pas encore prononcée.

Au sujet des dossiers faisant par contre l'unanimité, c'est-à-dire les dossiers où le médecin conseil de la compagnie et le médecin traitant de la victime sont parvenus au même taux, nous constatons l'Acceptation par toutes les parties concernées.

SECTION II : IDENTIFICATION DES PROBLEMES DECOULANT DES RESULTATS OBSERVES

Cette identification est faite en s'appuyant sur les problèmes à la base de contentieux entre l'assureur et les victimes, entre le médecin conseil et le médecin traitant.. Ces problèmes seront présentés selon chaque type de contentieux identifié à travers les deux paragraphes qui suivent.

PARAGRAPHE I : PROBLEMES DECOULANT DU CONTENTIEUX ENTRE L'ASSUREUR ET LES VICTIMES

Au nombre de ceux-ci on peut citer :

- La durée de règlement
- La non prise en compte des intérêts moratoires ou intérêts de retard
- La limitation des chefs de préjudice indemnifiables
- Le non-respect de l'obligation d'information ou de communication entre l'assureur et les victimes
- La mauvaise foi des assurés.
-

PARAGRAPHE II : LES PROBLEMES DECOULANT DU CONTENTIEUX EN RAPPORT AU TAUX D'IP

Ces problèmes opposent le médecin conseil de la compagnie et le médecin traitant de la victime notamment dans la fixation et l'appréciation du taux d'IP. L'évaluation faite par chacun des médecins conduit dans la plupart du temps à des taux différents. Cette situation mérite d'être analysée attentivement afin de comprendre les raisons qui peuvent l'expliquer.

CHAPITRE II : ANALYSE DES PROBLEMES ET SUGGESTIONS

Comparer ce que le code CIMA prévoit en rapport avec les problèmes évoqués ci-dessus et les réalités découlant des observations faites à partir de notre échantillon de trente-quatre (34) dossiers sinistres. Tel est l'objet de ce présent chapitre qui s'articule autour de deux (2) sections à savoir :

- l'Analyse des problèmes ;
- les Suggestions.

SECTION I : ANALYSE DES PROBLEMES

Cette analyse est faite selon chaque point évoqué précédemment, en tenant compte de la nature ou type de chaque contentieux. Tel est son objet. Cette section comporte deux (2) paragraphes notamment :

- Analyse des problèmes inhérents au contentieux entre l'assureur et les victimes ;
- Analyse des problèmes inhérents au contentieux entre le médecin conseil et le médecin traitant.

PARAGRAPHE I : ANALYSE DES PROBLEMES INHERENTS AU CONTENTIEUX ENTRE ASSUREURS ET VICTIMES

Cette analyse est consacrée à chaque point énuméré dans les problèmes qui découlent du contentieux entre assureurs et victimes dans le règlement du sinistre corporel énoncé plus haut

En rapport à la durée de règlement, plus précisément au délai de présentation de l'offre d'indemnisation à la victime ou à ses ayants droits, le code CIMA a privilégié le règlement du conflit par la voie transactionnelle faisant de cette dernière le principe. Ainsi le recours à une juridiction ne devrait être admis qu'à titre exceptionnel. En son article 231 alinéa1, le code CIMA dispose : « Indépendamment de la réclamation que peut faire la victime, l'assureur qui garantit la responsabilité civile d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter dans un délai maximum de douze mois à compter de l'accident une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne. En cas de décès de la

victime, l'offre est faite à ses ayants droit tels qu'ils sont définis aux articles 265 et 266 dans les huit mois du décès ».

Il apparaît donc clairement qu'au regard des dispositions de cet article 231, l'offre d'indemnité à la victime blessée doit être faite dans un délai maximum de douze mois et en cas de décès dans un délai maximum de huit mois aux ayants droit. Ce qui veut dire qu'une transaction peut très bien être conclue avant ces délais.

En conséquence si dans l'intervalle, il y a échec, la victime directe ou ses ayants droit peuvent tout à fait saisir les tribunaux. Il faut cependant dénoncer la tendance de certains assureurs à attendre le dernier moment pour faire l'offre.

Au cours de nos recherches, nous avons constaté que les douze mois ne sont pas toujours respectés pour la victime directe et les ayants droit. Nous observons en effet au niveau de notre échantillon de trente-quatre (34) dossiers que ces délais sont en moyenne de 14 mois pour le cas des blessés et 25 mois pour le cas de décès. Il en résulte donc un constat de non-respect des dispositions du code CIMA.

La victime directe ne peut recourir au référé provision sauf si son état médical n'est pas consolidé. C'est en ce moment seulement qu'elle peut obtenir la provision sur indemnité qui peut être proposée par l'assureur après avoir recueilli l'avis d'un expert.

Toutefois, le Code CIMA prévoit des cas de motifs valables pouvant justifier le retard dans l'offre de transaction sans qu'il y ait des sanctions contre l'assureur. Il s'agit là des cas de suspension et de prorogation de délais. En effet, la suspension des délais peut intervenir dans trois hypothèses :

- ❖ En cas de retard dans la déclaration de l'accident à l'assureur (article 247 du code CIMA)
- ❖ En cas de retard dans la communication des documents justificatifs (article 249 du code CIMA).
- ❖ En l'absence de réponse ou de réponse incomplète de la victime (article 250 du code CIMA).

La pratique indique que les délais sont très souvent suspendus ; d'abord parce que les procès-verbaux sont obtenus avec du retard. Ensuite parce qu'il n'y a pas d'adresse

fiable, les rues dans la plupart des Etats Africains ne sont ni nommées ni numérotées, sans compter le temps mis pour rassembler les documents. Pour y remédier, Madame Jacqueline La houes OBLE, Professeur à l'Université d'Abidjan, propose à l'*Assemblée Générale de la FANAF du 10 Février 2010 à Kinshasa*, que les procès-verbaux soient communiqués aussi à la victime, mais que leur convocation se fasse par organe de presse, notamment dans les journaux d'annonces légales, en attendant que les Autorités des Etats membres de la CIMA procèdent à l'adressage des rues. Outre la suspension de délais, le code CIMA prévoit des prorogations de délais dans cinq hypothèses :

- ❖ En cas de refus d'examen médical ou constatation du choix du médecin (article 252 du code CIMA)
- ❖ S'il y a divergence sur les conclusions de l'examen médical (article 252 bis du code CIMA)
- ❖ Si la victime réside à l'étranger (article 253 du code CIMA)
- ❖ Si la victime décède plus d'un mois après le jour de l'accident (article 248 du code CIMA).

Avant de procéder à l'indemnisation de la victime, l'assureur doit tenir compte de l'intervention des tiers payeurs. Le rôle accordé à l'assureur par les textes place ce dernier en position de force vis-à-vis des accidentés de la route et dans ce contexte, on ne peut s'attendre qu'à des abus, le code CIMA est au quotidien foulé aux pieds par les compagnies d'assurance, ce qui contribue à affliger davantage les accidentés de la route qui le plus souvent n'ont aucune connaissance en matière d'assurance. Cette ignorance de la loi par les victimes ne peut profiter qu'à l'assureur qui est devenu maître dans l'art d'interpréter abusivement le code des assurances CIMA.

Plusieurs autres raisons peuvent être évoquées pour expliquer cet écart dans le règlement parmi lesquelles on peut citer :

- ❖ la lenteur dans le traitement des dossiers ;
- ❖ les problèmes financiers notamment : l'absence de marge de solvabilité, le Compte d'exploitation général déficitaire, le non-respect des règles prudentielles, les mauvais placements ; les frais de gestion excessifs au-delà du seuil de 15% de l'hypothèse de la prime théorique, la sous-évaluation ou surévaluation des provisions, etc. En gros, tous ces problèmes financiers peuvent se résumer par le non-respect des engagements réglementés qui aggrave la situation financière de la société qui éprouve un besoin pressant de financement. D'où la difficulté de procéder rapidement au règlement des dossiers sinistres

❖ la mauvaise foi des victimes qui peut s'expliquer par la lenteur dans le dépôt des pièces réclamées par l'assureur afin de lui permettre d'instruire rapidement le dossier.

Au sujet des intérêts moratoires, le code CIMA énonce clairement en son article 233 traitant de la question des pénalités pour offre tardive : « Lorsque l'offre n'a pas été faite ou a été faite en violation des délais impartis à l'article 231, le montant de l'indemnité produit de plein droit un intérêt de retard égal à 5% par mois de retard.

Cette pénalité est réduite ou annulée en raison des circonstances non imputables à l'assureur. ».

En nous référant à notre échantillon de dossiers traités, il ressort qu'aucun n'a fait l'objet d'intérêts de retard. Cette attitude peut s'expliquer du côté de l'assureur soit par une mauvaise foi visant à moins dépenser, voire à faire des économies. Et du côté des victimes par la méconnaissance ou l'ignorance de loi ou des dispositions y relatives.

Au sujet des chefs de préjudices indemnifiables, le code CIMA n'a pas prévu la prise en compte de certains préjudices pourtant importants, entre autres :

- Le préjudice d'agrément spécifique ;
- Le préjudice sexuel ;
- Le préjudice d'établissements ;
- Le préjudice d'accompagnement ;
- Le préjudice d'affection ;
- Frais de logement ;
- Frais de véhicule ;
- Incidence professionnelle temporaire ou définitive ;
- Reclassement professionnel, etc. Cette non prise en compte est source de

contentieux entre l'assureur et les victimes.

Ce vide juridique conduit l'assureur obligé de respecter les dispositions du code CIMA à léser les victimes. Il s'agit d'un problème réglementaire ne relevant pas de la compétence de l'assureur.

En ce qui concerne l'obligation d'information ou de communication, celle-ci peut être appréhendée comme une obligation de nature juridique pesant sur certaines catégories de professionnels afin de garantir un certain niveau de protection aux particuliers.

En Assurance, dans le souci de protéger les victimes d'accident de la circulation routière l'assureur est donc tenu de communiquer avec les victimes ou leurs ayants droit dans tout le processus de l'instruction du dossier. Dans la pratique, on relève souvent un défaut de communication entre l'assureur et les victimes. Qu'il s'agisse de l'assureur ou des victimes, on observe le non-respect de cette obligation légale.

En effet, on constate un manque de communication au niveau de l'assureur en sa qualité de professionnel, pourtant tenu par la loi de renseigner durant tout le processus de traitement du dossier ses victimes, en leur demandant les pièces nécessaires au dénouement du dossier. Cette attitude de l'assureur peut soit cacher la lenteur dans le traitement, soit encore la mauvaise tenue des dossiers, soit enfin la non réactivité ou l'absence de diligence des gestionnaires sinistres.

Du côté des victimes, le non-respect de l'obligation d'information ou de communication constaté peut relever de l'ignorance de ces dernières en tant que non professionnel, amateur ou novice, car, la plupart des victimes méconnaissent leurs droits et obligations.

PARAGRAPHE II : ANALYSE DES PROBLEMES DECOULANT DU CONTENTIEUX ENTRE LE MEDECIN CONSEIL ET LE MEDECIN TRAITANT

Il s'agit des problèmes découlant du contentieux opposant le médecin conseil et le médecin traitant concernant notamment le taux d'IP. Ce contentieux naît des écarts observés dans l'appréciation et la fixation du taux d'IP. On constate une appréciation ou fixation tantôt objective ou subjective de ce taux.

Objectivement, ce taux est déterminé en tenant compte des règles de l'art établies par la réglementation. Cette réglementation diffère selon les professions médicales ou d'assurance, chaque profession privilégiant sa réglementation.

Subjectivement, chaque partie fait preuve de mauvaise foi dans la fixation du taux d'IP dans le but de faire gagner soit l'assureur, soit les victimes. Ce comportement déplorable vise à enrichir illicitement soit l'assureur, soit les médecins, soit les victimes.

Cette attitude peut s'expliquer par plusieurs raisons entre autres :

- la recherche de l'intérêt personnel : le profit des uns causant préjudice aux autres.
- le problème de compétence et d'habilitation des médecins : l'appréciation faite par les médecins diffèrent selon que ces derniers sont généralistes ou spécialistes.

Dans la pratique, nous avons constaté que les assureurs recourent le plus souvent dans la quasi-totalité des cas à des médecins généralistes pour la détermination du taux d'IP.

SECTION II : LES SUGGESTIONS

De l'analyse des problèmes découlant des différents contentieux évoqués ci-dessus, il est question de suggérer les pistes de solutions. Tel est l'objet de cette section qui traite à travers deux paragraphes des suggestions relatives à chaque type de contentieux selon qu'il oppose l'assureur et les victimes, le médecin conseil et le médecin traitant.

PARAGRAPHE I : LES SUGGESTIONS EN RAPPORT AU CONTENTIEUX ASSUREURS ET VICTIMES

Tel qu'évoqué au chapitre II, section I, paragraphe 1, la nature des problèmes à base de ce contentieux se résume ainsi :

- ❖ La durée de règlement ;
- ❖ La non prise en compte des intérêts moratoires ;
- ❖ L'étendue des chefs de préjudices indemnifiables ;
- ❖ Non-respect de l'obligation d'information ou de communication entre assureur et victimes ;
- ❖ La mauvaise foi des assurés.

En rapport à la durée de règlement la responsabilité de l'assureur est vivement interpellée quant à tout mettre en œuvre pour diligenter l'instruction des dossiers sinistres, voir leur règlement afin d'éviter les intérêts de retard. La réactivité de l'assureur doit être le maître mot pour se conformer aux exigences du code CIMA.

Si la lenteur vient du côté des victimes, l'assureur en sa qualité de professionnel et de civilement responsable est, tenu de se rapprocher de ces dernières ou de les relancer afin de débloquent les nœuds du problème, c'est-à-dire certaines situations qu'il peut facilement gérer et éviter par conséquent les sanctions de la commission régionale de contrôle des assurances (CRCA). En effet, la CRCA est l'organe régulateur de la CIMA. Elle est chargée du contrôle des sociétés et de la surveillance complémentaire des sociétés d'assurance faisant partie d'un groupe d'assurance au sens 7° de l'article 301-1. Elle assure la

surveillance générale et concourt à l'organisation des marchés nationaux d'assurances. Quand elle constate à l'encontre d'une société soumise à son contrôle une infraction à la réglementation des assurances, la commission régionale de contrôle des assurances en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, prononce les sanctions disciplinaires suivantes :

- L'avertissement ;
- Le blâme ;
- La limitation ou l'interdiction de tout ou partie des opérations ;
- Toutes autres limitations dans l'exercice de la profession ;
- La suspension ou la démission d'office des dirigeants responsables ;
- Le retrait d'agrément .la commission peut en outre infliger des amendes et

prononcer le transfert d'office du portefeuille des contrats.

Pour éviter d'être exposé à l'une de ses sanctions nous exhortons donc l'assureur à se comporter de manière honorable et d'être aussi diligent que possible dans le règlement des sinistres.

Au sujet de non prise en compte des intérêts de retard, les compagnies d'assurances du marché en générale et Allianz Congo en particulier, doivent se conformer à la réglementation en vigueur en respectant les délais de règlement prévus par le code CIMA.

En traitant les dossiers dans les délais ou en respectant les délais de présentation de l'offre à la victime ou à ses ayants droit, les compagnies d'assurance éviteraient de payer les intérêts de retard, les contentieux avec les victimes ou leurs ayants droit devant les tribunaux et les procédures judiciaires, tout comme les sanctions du régulateur.

Car, comme l'a souligné un orfèvre du droit, « les intérêts de retard destinés à sanctionner l'inertie de l'assureur tenu des obligations de faire l'offre et de payer l'indemnité courent de plein droit sans que le juge ait à les prononcer ni que le demandeur ait à les solliciter ; dès lors aucune mise en demeure n'est exigée de la part de la victime »¹².

Dans la pratique, on constate qu'il y a des cas où la victime connaissant pleinement ses droits réclame le paiement des intérêts de retard et que l'entreprise d'assurance conteste la demande. La jurisprudence dans l'affaire Ministère Public et Ayants droit BAYEMI contre BOPNDA Jean Marie en constitue une illustration parfaite. En l'espèce, les victimes

¹² Jacqueline LOHOUES -OBLES, op cit,page 8.

ont sollicité la condamnation de l'assureur au paiement des pénalités pour offre tardive. Rejetant ce chef de demande par jugement n°448/COR du 06 mai 2011, le tribunal de Première instance d'Edéa a motivé sa décision ainsi qu'il suit : « attendu que rien ne permet de justifier que la compagnie AREA ASSURANCES était informée du sinistre et n'a fait aucune offre de transaction dans un délai de 12 mois ; que les pénalités ne justifient pas dès lors ; qu'il échet de l'en débouter(...) »¹³.

De même par jugement correctionnel n°468 rendu le 13 novembre 2012, le tribunal de Première instance de Dschang a fait une bonne application de la loi en rejetant la demande de condamnation de l'assureur au paiement des pénalités pour absence d'offre. Il ressort dudit jugement qu'« attendu qu'il résulte des dispositions de l'article 233 du code CIMA que les pénalités sollicitées sont réduites ou annulées en raison de circonstances non imputables à l'assureur et notamment lorsqu'il ne dispose pas de l'adresse de la victime ; qu'en l'état des pièces versées au dossier, il ne ressort guère que l'assureur a eu connaissance dudit sinistre et à fortiori de l'adresse de la victime dans les délais légaux ; qu'il échet de n'allouer aucune indemnité compensatrice au titre de ce chef de demande »¹⁴.

Au regard de cette jurisprudence, il ressort clairement que, pour condamner la compagnie d'assurances au paiement des intérêts de retard pour offre tardive ou absence d'offre, il faut apporter la preuve par tout moyen que :

- L'assureur avait connaissance du sinistre ;
- L'assureur avait connaissance de l'identité, de l'adresse ou du numéro de téléphone de la victime.
- La victime ou ses ayants droits ont communiqué toutes les pièces et renseignements demandés en vertu des articles 240 ou 241 du code CIMA.

A propos de l'étendue des chefs de préjudices indemnifiables par l'assureur, il est nécessaire et impérieux que les préjudices non pris en compte par le code CIMA y soient intégrés pour soulager tant soit peu les victimes. L'allusion est faite notamment aux préjudices d'agrément, au préjudice sexuel..., qui sont souvent à l'origine du rejet de l'offre d'indemnité par les victimes souvent marginalisées par le code CIMA.

¹³ Contentieux des assurances dans l'espace CIMA, première édition, 2015, page 103

¹⁴ Contentieux des assurances dans l'espace CIMA, première édition, 2015, page 104

Il est donc souhaitable le cas échéant, que la législation communautaire applicable en zone CIMA, relative aux assurances, s'inspire de celle de l'occident en particulier celle de la France (code des assurances français) dont elle tire sa source et présente des similitudes. En effet, cette législation des assurances applicable sur le territoire Français tient compte de ces chefs de préjudices cités.

A propos du non-respect de l'obligation d'information ou de communication entre l'assureur et les victimes constaté dans la pratique, il importe de préciser que l'assureur est tenu de respecter ses obligations en tant que professionnel. Il doit communiquer régulièrement avec ses victimes pendant toute la période d'instruction notamment sur la procédure à suivre, les pièces à fournir, l'évolution du dossier, etc. Autrement dit, il lui incombe de fournir les renseignements nécessaires et satisfaisants à ses victimes à chaque étape de l'instruction ou traitement du dossier, ceci pour plus de diligence ou de réactivité.

S'agissant de la mauvaise foi de certains assurés relevée dans la pratique, il est important pour y pallier que l'assureur sensibilise ces derniers quant au rôle prépondérant qu'ils jouent dans le dénouement du dossier. La communication ou la collaboration dans ce cas est de mise et exigée entre l'assureur et ses assurés. L'assuré joue donc un rôle de facilitateur dans la procédure entre l'assureur et les victimes, et est tenu de faire preuve de bonne foi en se comportant en bon père de famille.

PARAGRAPHE II : LES SUGGESTIONS EN RAPPORT AU CONTENTIEUX ENTRE LE MEDECIN CONSEIL ET LE MEDECIN TRAITANT

Il s'agit du contentieux en rapport au taux d'IP, opposant notamment le médecin traitant de la victime et le médecin conseil de l'assureur.

Un cadre juridique unique auquel tous les médecins doivent se conformer pour la détermination des taux d'IP est souhaitable, car le barème de référence de l'appréciation ou évaluation du taux d'IP annexé au code CIMA est souvent foulé aux pieds par l'ensemble des médecins. L'intérêt de ce cadre juridique unique est de garantir l'équité, la transparence et la partialité. En effet, cette harmonisation du cadre juridique sera de nature à corriger les écarts constatés dans le traitement des dossiers sinistres et à éviter ou limiter les contentieux y relatifs.

Le législateur communautaire CIMA peut, s'inspirer de la nomenclature DINTILHAC instaurée en France depuis plusieurs années, afin de concevoir un référentiel ou guide sur lequel l'ensemble des médecins doivent s'appuyer pour déterminer ou fixer le taux d'IP.

En France, cette nomenclature DINTILHAC, rendue indispensable par la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, s'est imposée comme l'outil de référence de l'évaluation du dommage corporel permettant une harmonisation et une cohérence en la matière¹⁵.

Dans le même sens, Catherine Meimon Nisenbaum, observe dans son article intitulé « les enjeux essentiels de l'expertise médicale », qu'actuellement l'évaluation d'un dommage corporel s'établit par référence à la nomenclature DINTILHAC¹⁶.

Toutefois, force est de constater que le but recherché dans ces suggestions est d'améliorer le cadre juridique régissant l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation routière afin qu'il s'adapte mieux à nos réalités, tout en limitant ou réduisant les contentieux qui en découlent.

¹⁵ <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2019.01.001>

¹⁶ [Yanous.com](https://www.yanous.com) mai 2019

CONCLUSION :

- Répertorier les contentieux inhérents à l'indemnisation des sinistres ou préjudices corporels au niveau d'ALLIANZ CONGO sur la période allant de 2015 à 2020 ;
- Harmoniser les points de vue ou relations entre les intervenants dans le processus d'indemnisations. Tels sont les objectifs que s'est assigné notre étude.

Tout en recherchant à répondre à la problématique principale : L'indemnisation des préjudices corporels dans le cadre du code CIMA est- elle protectrice des droits des victimes d'accident de la circulation routière ? Et à vérifier les hypothèses évoquées à l'introduction, nous avons adopté une méthodologie reposant sur la recherche documentaire et l'enquête basée sur un échantillon de trente-quatre (34) dossiers sinistres. En effet, nous avons dénombré dans cet échantillon soixante (60) victimes dont cinquante (50) cas de blessés, neuf (9) cas de décès et un (1) cas de décès suite aux blessures, avec comme indicateurs d'appréciation le taux d'IP, la durée de règlement, l'étendue des chefs de préjudices indemnisables.

Au terme de notre étude nous sommes parvenus au résultat que voici : l'indemnisation des sinistres corporels au niveau d'ALLIANZ CONGO n'est pas sans contentieux, ceux-ci opposant d'une part l'assureur et les victimes, et d'autre part le médecin conseil et le médecin traitant.

En rapport à la durée de règlement, il apparaît que le règlement en moyenne pour les dossiers clos se fait en seize (16) mois à raison de quatorze (14) mois pour le cas des blessés et vingt-cinq (25) mois pour le cas de décès, durée qui est largement supérieure à celle prévue par la réglementation CIMA fixée à douze (12) mois pour le cas des blessés et huit (8) mois pour le cas de décès (article 231 du code CIMA).

Concernant le taux d'IP, le contentieux oppose notamment le médecin traitant et le médecin conseil qui fixent différemment ce taux avec parfois des écarts considérables. Ce taux d'IP est déterminant dans l'acceptation ou le rejet de l'offre par les victimes.

Quant à l'étendue des chefs de préjudices indemnifiables, le code CIMA ne prend pas en compte certains préjudices jugés pourtant nécessaires et souvent à la base de rejet d'offre d'indemnisation, notamment le préjudice d'agrément, le préjudice sexuel....

Dans la perspective de réduire tant soit peu les contentieux, il est nécessaire de réformer la réglementation des assurances en vigueur afin :

- d'étendre le champ des chefs de préjudices indemnifiables ;
- de définir un cadre juridique unique susceptible d'harmoniser et d'assainir les relations entre les médecins intervenants dans le processus d'indemnisations pour la fixation des taux d'IP, à savoir : le médecin conseil et le médecin traitant ;

Au regard de ces résultats, nous pouvons affirmer que les deux (2) hypothèses retenues dans le cadre de notre étude sont bien vérifiées. Toutefois, Pour garantir les lendemains meilleurs à l'indemnisation des sinistres ou préjudices corporels, la réforme du cadre juridique est un facteur déterminant et indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

1- TEXTES NORMATIFS ET REGLEMENTAIRES

a- Textes nationaux

- ✦ *Code CIMA*, NOUVELLE EDITION 2019
- ✦ *Loi Badinter* du 05 juillet 1985

2- OUVRAGES

- ✦ H. BEJUI-HUGUES et I. BESSIERES-ROQUES, *précis d'évaluation du dommage corporel*, 6^e édition l'argus.
- ✦ JAMES LANDEL, *lexique des termes d'assurance*, 7^e édition l'argus.
- ✦ JACQUELINE LOHOUSES-OBLES, *op cit*, page 8.
- ✦ NGOKO TIMO RAOUL ANDY et BEBEY EJANGUE FELIX NOEL, *contentieux des assurances dans l'espace CIMA*, première édition, 2015.
- ✦ YVONNE LAMBERT-FAIVRE et STEPHANIE PORCHY-SIMON, *Droit du Dommage Corporel ; Systèmes d'indemnisation*, 8^e édition, 2015.
- ✦ Zacharie YIGBEDEK, *L'assurance automobile théorie et pratique*, les presses universitaires de Yaoundé, 3^e édition, 2015.

3- ARTICLES

- ✦ CATHERINE MEIMON NISENBAUM, « *transaction et accidents de la circulation* », publié sur *Yanous.com*, avril 2012.
- ✦ CATHERINE MEIMON NISENBAUM, « *les enjeux de l'expertise médicale* », publié sur *Yanous.com*, mai 2019.

4- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

1- Mémoires

- ✦ ALIA THIAM, *Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'études supérieures spécialisées en assurances (DESS-A), promotion 2012-2014, Thème : la gestion des sinistres ; outil de performance et de rentabilité d'une compagnie d'assurance IARDT : cas d'Amsa assurances Sénégal.*
- ✦ KANTOME SECK, *Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme de Master II Professionnel Génie Juridique, options Assurances, promotion 2010-2011, Thème : l'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'accident de la circulation routière.*
- ✦ SAWARE, *rapport de fin d'études pour l'obtention du diplôme de Maitrises en Sciences et Techniques d'assurances (MST-A), promotion 2012-2014, Thème : l'impact de la réforme du régime juridique d'indemnisation des victimes d'accident de circulation sur les entreprises d'assurance de la zone CIMA : cas de salama assurances Sénégal .*

5- Interviews

- ✦ *Déclaration en 2013 de Adolphe OUEDRAOGO* lors de l'assemblée générale de la FANAF tenue à Yaoundé.

6- Webographie

7.1 Citations

- ✦ Henry Ford.

7.2 Sites/Liens

- ✦ <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2019.01.001>
- ✦ Yanous.com

ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAU DE COLLECTE DES DONNEES SINISTRES ALLIANZ 2015-2020						
Numéro dossier	Nature ou type de dommage corporel	Date de survenance	Date d'indemnisation	Durée de règlement	expertise médicale	observation sur l'offre d'indemnité
01	01 Blessé	04/03/2019	09/01/2020	Environ 11 Mois	OUI	ACCEPTATION
02	01 Blessé	04/12/2018	25/11/2019	Environ 12 Mois	OUI	ACEPTATION
03	01 Blessé	24/10/2019	09/06/2020	Environ 08 Mois	OUI	ACCEPTATION
04	01 Décès	19/04/2017	08/11/2019	Environ 19 Mois	OUI	ACCEPTATION
05	05 Blessés et 02 Décès	14/01/2017	0	En Cours	OUI	REJET
06	01 Blessé	07/12/2018	02/07/2020	Environ 20 Mois	OUI	ACCEPTATION
07	01 Décès	13/04/2018	10/07/2020	Environ 16 Mois	OUI	ACCEPTATION
08	01 Blessé	12/04/2017	05/09/2017	Environ 06 Mois	OUI	ACCEPTATION
09	01 Décès et 01	09/12/2016	0	En Cours	OUI	REJET

	blessé							
10	01 Blessé	25/12 /2015	17/08/2020		Environ 44 Mois	OUI	ACCEPTATION	
11	01 Décès	12/12/2014	25/06/2019		Environ 43 Mois	OUI	ACCEPTATION	
12	01 Blessé	31/01/2017	09/08/2017		Environ 07 Mois	OUI	ACCEPTATION	
13	01 Blessé	17/02/2017	25/10/2017		Environ 08 Mois	OUI	ACCEPTATION	
14	03 Blessés	04/03/2017	14/12/2017		Environ 10 Mois	OUI	ACCEPTAION	
15	02 Blessés	14/03/2019	23/09/2019		Environ 07 Mois	OUI	ACCEPTATION	
16	02 Blessés	19/04/2018	En Cours		0	OUI	01 ACCEPTATION	
17	01 Blessé	03/03/2017	01/08/2017		Environ 06 Mois	OUI	ACCEPTATION	
18	02 Décès	07/09/2018	27/07/2020		Environ 23 Mois	OUI	ACCEPTATION	
19	07 Blessés	18/08/2016	En Cours		0	OUI	03 ACCEPTATION	
20	01 Blessé	27/03/2020	En Cours		0	0	0	

21	02 Blessés	02/09/2017	En Cours	0	0	0
22	01 Décès et 01 Blessé	29/07/2019	En Cours	0	OUI	01 ACCEPTATION
23	01 Blessé	05/06/2019	28/10/2019	Environ 05 Mois	OUI	ACCEPTATION
24	01 Blessé	09/02/2019	16/10/2019	Environ 09 Mois	OUI	ACCEPTATION
25	01 Blessé	27/07/2019	05/08/2020	Environ 13 Mois	OUI	ACCEPTATION
26	02 Blessés	22/09/2019	En Cours	0	OUI	REJET
27	01 Blessé	14/02/2018	23/07/2019	Environ 18 Mois	OUI	ACCEPTATION
28	01 Blessé	11/09/2016	25/10/2018	Environ 28 Mois	OUI	ACCEPTATION
29	01 Blessé	19/11/2016	21/03/2019	Environ 28 Mois	OUI	ACCEPTATION
30	02 Blessés	04/06/2018	En Cours	0	0	0
31	01 Décès suite aux blessures	03/11/2018	En Cours	0	0	0
32	01 Blessé	10/07/2018	En Cours	0	OUI	REJET

33	01 Blessé	18/03/2018	04/11/2019	Environ 19 Mois	OUI	ACCEPTATION
34	05 Blessés	20/04/2018	En Cours	0	0	0

SOURCE : ALLIANZ IART

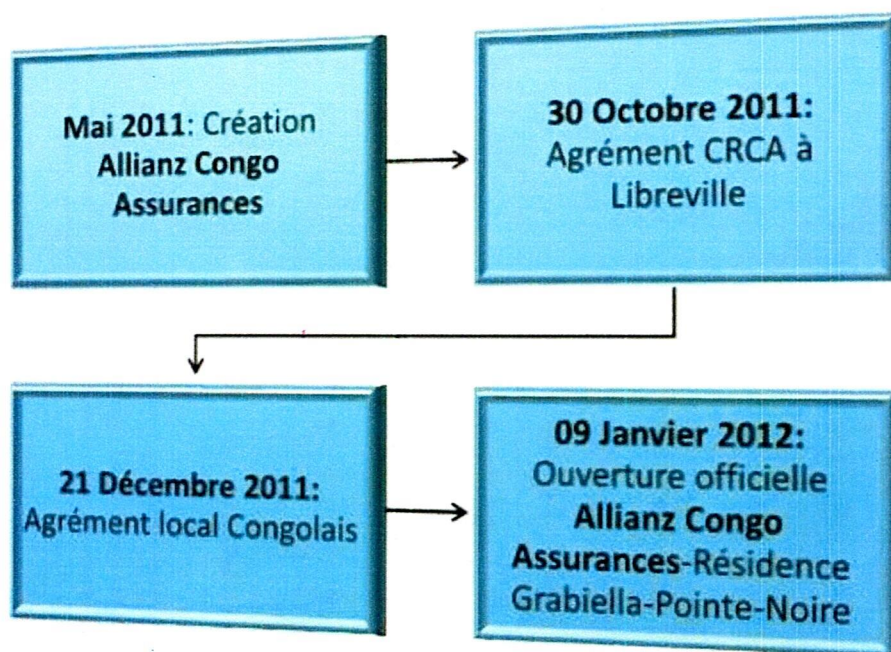
ANNEXE 2 : TABLEAU D'APPRECIATION DU TAUX D'IP DE 2015 à 2020

N° DOSSIER	TAUX D'IP		ECART	OBSERVATION
	MEDECIN CONSEIL	MEDECIN TRAITANT		
01	8%	10%	2%	ACCEPTATION
02	9%	7%	2%	ACCEPTATION
03	7%	9%	2%	ACCEPTATION
05	0	15%	15%	REJET
06	8%	15%	7%	ACCEPTATION
08	3%	2%	1%	ACCEPTATION
10	10%	10%	0	ACCEPTATION
12	0	10%	10%	ACCEPTATION
13	8%	4%	4%	ACCEPTATION
14	6%	5%	1%	ACCEPTATION
15	3% et 3%	5% et 1%	2% et 2%	ACCEPTATION ET EN COURS
16	7%	30%	23%	ACCEPTATION
17	5%	10%	5%	ACCEPTATION
19	12%	10%	2%	ACCEPTATION
22	5%	8%	3%	ACCEPTATION
23	4%	10%	6%	ACCEPTATION
24	3%	3%	0	ACCEPTATION
25	3%	3%	0	ACCEPTATION
26	3%	5%	2%	REJET
27	3%	0	3%	ACCEPTATION
28	5%	6%	1%	ACCEPTATION
29	5%	0	5%	ACCEPTATION
32	10%	15%	5%	REJET
33	18%	20%	2%	ACCEPTATION

SOURCE :

ALLIANZ

IART

ANNEXE 4 : DATES CLES DE L'HISTORIQUE D'ALLIANZ CONGO

SOURCE : ALLIANZ IART

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT.....	vi
SOMMAIRE.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET ORGANISATIONNEL DE L'ETUDE ..	5
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE.....	7
Section I : LE REGLEMENT DES PREJUDICES CORPORELS :.....	7
PARAGRAPHE I : LES COMPOSANTES DU PREJUDICE CORPOREL	9
A) LES PREJUDICES CONSECUTIFS A DES BLESSURES NON MORTELLES :.....	9
B) LES PREJUDICES CONSECUTIFS AU DECES DE LA VICTIME :	13
PARAGRAPHE II : LE REGIME JURIDIQUE DE L'INDEMNISATION, LE DECOMPTE DE L'INDEMNITE ET L'OFFRE D'INDEMNITE	15
A) LE REGIME JURIDIQUE DE L'INDEMNISATION :.....	15
B) LE DECOMPTE DE L'INDEMNITE ET L'OFFRE D'INDEMNITE :	16
SECTION II : LE PAIEMENT DES SINISTRES :	20
PARAGRAPHE I : LES MODALITES DE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS	21
A) LA PRISE EN CHARGE :.....	21
B) LE CHEQUE :	21
PARAGRAPHE II : LES PIECES ACCOMPAGNANT LE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS ET LE DELAI DE PAIEMENT	22
A) LES PIECES ACCOMPAGNANT LE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS :	22
B) LE DELAI DE PAIEMENT DES SINISTRES CORPORELS:.....	23
CHAPITRE II : LE CADRE ORGANISATIONNEL	24
SECTION I : DESCRIPTION DE L'ENTREPRISE	24
PARAGRAPHE I : HISTORIQUE D'ALLIANZ.....	24
➤ Historique d'Allianz Africa :	24
➤ Historique d'Allianz CONGO :	24
PARAGRAPHE II : ORGANISATION GENERALE D'ALLIANZ CONGO	26
SECTION II : FONCTIONNEMENT D'ALLIANZ CONGO ASSURANCE	27

PARAGRAPHE I : LA DIRECTION GENERALE ET LA DIRECTION DE DEVELOPPEMENT	27
A) LA DIRECTION GENERALE :	27
B) LA DIRECTION DE DEVELOPPEMENT :	28
PARAGRAPHE II : LA DIRECTION TECHNIQUE	28
A) LE DEPARTEMENT PRODUCTION	28
B) LE DEPARTEMENT INDEMNISATION	30
DEUXIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	31
CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DE L'INDEMNISATION DES SINISTRES A ALLIANZ CONGO	32
SECTION I : PRESENTATION DES RESULTATS	32
PARAGRAPHE I : DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE PRESENTATION DES RESULTATS	32
PARAGRAPHE II : OBSERVATION DES RESULTATS	33
SECTION II : IDENTIFICATION DES PROBLEMES DECOULANT DES RESULTATS OBSERVES	36
PARAGRAPHE I : PROBLEMES DECOULANT DU CONTENTIEUX ENTRE L'ASSUREUR ET LES VICTIMES	36
PARAGRAPHE II : LES PROBLEMES DECOULANT DU CONTENTIEUX EN RAPPORT AU TAUX D'IP	37
CHAPITRE II : ANALYSE DES PROBLEMES ET SUGGESTIONS	38
SECTION I : ANALYSE DES PROBLEMES	38
PARAGRAPHE I : ANALYSE DES PROBLEMES INHERENTS AU CONTENTIEUX ENTRE ASSUREURS ET VICTIMES	38
PARAGRAPHE II : ANALYSE DES PROBLEMES DECOULANT DU CONTENTIEUX ENTRE LE MEDECIN CONSEIL ET LE MEDECIN TRAITANT	42
SECTION II : LES SUGGESTIONS	43
PARAGRAPHE I : LES SUGGESTIONS EN RAPPORT AU CONTENTIEUX ASSUREURS ET VICTIMES	43
PARAGRAPHE II : LES SUGGESTIONS EN RAPPORT AU CONTENTIEUX ENTRE LE MEDECIN CONSEIL ET LE MEDECIN TRAITANT	46
CONCLUSION :	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	52
TABLE DES MATIERES	60

