

ASSEMBLEE GENERALE DES 7 ET 8 NOVEMBRE 2008

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES VICTIMES

Gisèle MOR

Vers une meilleure indemnisation des dommages corporels

Membres du groupe :

Bruno GALY

Jean-Guy LEVY

Marie-Christine WIENHOFER

Andréanne SACAZE

Odile BELINGA

Frédéric LANDON

Martine RUBIN



SOMMAIRE

I. LE SARVI.....	3
II. LA VICTIME ET L'ASSUREUR – A PROPOS DU LIVRE BLANC DE L'INDEMNISATION DU DOMMAGE CORPOREL	4
A. Une logique de grille et de codage.....	7
1) Une nomenclature des postes de préjudice réglementaire ?	7
2) Des missions d'expertise officielles ?	8
B. Une logique de barémisation.....	8
1) Un barème médical unique ?	8
2) Des référentiels indemnitaires pour les préjudices non économiques ?.....	9
3) Une méthode d'évaluation unique pour les postes de préjudices économiques	11
4) Un barème de capitalisation des rentes unique ?.....	11
C. Une logique de simplification complexifiante – A propos du recours des tiers payeurs.....	12
D. Une logique d'ingérence dans la vie des victimes	12
1) La « mitigation » des dommages ?.....	12
2) Une implication dans le projet de vie ?	13



Plusieurs réflexions sont menées en vue d'aboutir à une meilleure indemnisation des dommages corporels. Des propositions émanent tant des associations de victimes que des assureurs. Nuancés toujours, les avocats entendent participer à ces débats, à la recherche d'un équilibre qui préserve l'indispensable adaptation de la réparation à chaque cas particulier.

Dans tous les domaines, une bonne décision de justice – ou une bonne transaction – est une décision comprise et acceptée par toutes les parties et les avocats en sont garants.

Différents dispositifs existent qui tendent à faire prendre en charge par la solidarité nationale l'indemnisation des victimes d'infraction ou même, en l'absence d'infraction, les victimes d'accidents corporels tels que les contaminations sanguines, l'amiante ou les accidents thérapeutiques non fautifs.

Mais jusqu'à présent, aucun dispositif ne permettait de garantir l'indemnisation de petits préjudices matériels lorsque ceux-ci n'étaient pas assurés. C'est l'objet du Service d'Aide au Recouvrement des Victimes d'Infraction (SARVI) mis en place le 6 octobre 2008 (I).

Le dommage corporel et son indemnisation continuent d'alimenter les discussions. L'association française de l'assurance prétend apporter sa contribution au travers d'un Livre blanc (II).

Victimes, avocats, médecins de recours ont fait part de leurs inquiétudes face à cette initiative des assureurs suspectés de vouloir garder la maîtrise de l'évaluation au détriment des victimes. Les représentants des assureurs indiquent pour leur part que leurs propositions sont livrées aux pouvoirs publics auxquels il appartient de faire un choix de société, l'assureur ne devant que s'adapter et garantir l'équilibre primes/sinistres/bénéfices. Ceci est effectivement inquiétant dans une période de maîtrise des prix, de récession économique. Ces choix peuvent être lourds de conséquence, ce qui justifie que le Conseil National des Barreaux s'empare du sujet et fasse entendre sa voix.

Notre groupe de travail a souhaité réfléchir à la portée de ce Livre blanc. Pour étayer notre réflexion nous avons organisé une rencontre avec :

- des associations de victimes,
- des avocats de victimes (ANADAVI),
- des médecins conseils de victimes (ANAMEVA).

Nous avons ensuite rencontré les représentants du GEMA et du FFSA.

Notre initiative a été très bien accueillie tant par les associations de victimes, les médecins et les avocats que par les assureurs.

Pour toutes ces raisons, notre action doit être poursuivie.

I. Le SARVI

Le 6 octobre dernier, Madame Rachida DATI a installé le Service d'Aide au Recouvrement des Victimes d'Infraction (SARVI), issu de la loi du 1^{er} juillet 2008, qui vise à assurer aux victimes « une meilleure protection et l'assurance de leurs dédommagements dans les délais les plus courts ».



Géré par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions, le SARVI verse aux victimes qui ne peuvent bénéficier du dispositif CIVI tout ou partie des dommages et intérêts alloués par le tribunal. Il procède ensuite au recouvrement des sommes ainsi payées auprès des débiteurs.

La victime peut saisir le SARVI si, dans le délai de deux mois, le débiteur ne s'est pas acquitté des condamnations mises à sa charge. Il dispose d'un an à compter du jour où la condamnation est devenue définitive. Il devra utiliser un formulaire mis à disposition dans les juridictions (par le JUDEVI ?), les Maisons de Justice ou les points d'accès au droit. La victime devra recevoir une information sur la possibilité de saisir le SARVI et les délais pour le faire.

Le SARVI, dans les deux mois, règlera l'intégralité des condamnations si celles-ci sont inférieures à 1000 € ou versera une avance de 1000 € à 3000 € si les sommes dues sont supérieures. La personne condamnée sera incitée, dès le prononcé de la condamnation, à acquitter celles-ci, informée lors du prononcé du jugement qu'à défaut d'exécuter ces condamnations dans le délai de deux mois, elle sera tenue en cas de saisine du SARVI au paiement des frais de recouvrement¹ et à des pénalités.

Informée du dispositif, l'UNCA a examiné la possibilité d'intervention des CARPA pour aider au recouvrement des condamnations auprès des débiteurs et proposé des « solutions adaptées et innovantes » pour gérer des sommes parfois modestes, et souvent versées en espèces, que les débiteurs aient un avocat ou non.

L'intervention des CARPA présenterait l'avantage d'éviter un contact direct entre la victime et l'auteur et permettrait d'assurer la confidentialité des coordonnées de la victime. Cette mission entre dans la vocation des CARPA de gérer des fonds en provenance de tiers et de participer au service de la justice. Il s'agirait d'une « quatrième branche de l'activité des CARPA ».

Lorsqu'à l'origine du dommage, il y a un tiers responsable assuré, c'est évidemment à l'assureur de prendre en charge la réparation.

II. La victime et l'assureur – A propos du Livre blanc de l'indemnisation du dommage corporel

Les assureurs transigent directement, sans intervention d'un conseil, d'un médecin ou d'un avocat, plus de 95 % des sinistres corporels automobiles alors même que la loi leur fait obligation, à peine de nullité relative de la transaction, d'informer la victime qu'elle peut se faire assister d'un avocat et, en cas d'examen médical, d'un médecin².

Dans plus de 95% des cas, les victimes d'accident de la circulation dûment informées de leur droit d'être assistées n'osent pas franchir la porte d'un cabinet d'avocat.

Pourtant, l'avocat apporte une sérieuse plus-value. Les propositions étant souvent très inférieures à ce qu'accordent les tribunaux, l'intervention de l'avocat génère communément une augmentation relativement significative des propositions. De façon régulière, on constate, en reprenant la proposition, qu'ont été oubliés certains postes de préjudices.

¹ Y compris les frais de gestion.

² Article L211-10 du Code des assurances.



Dans le cadre des conventions IRCA, la victime d'un accident de la circulation, qui s'adresse à son propre assureur pour exercer un recours, sera en fait indemnisée par celui-ci s'il s'agit d'un accident peu grave. Or, elle ignore totalement que son assureur n'est pas là pour la défendre mais en tant que débiteur. Cette ambiguïté est lourde de conséquences puisque le conseiller est en fait le payeur.

Le groupe de travail du Conseil National d'Aide aux Victimes, chargé de réfléchir à l'amélioration de la prise en charge des victimes d'accidents de la route, dans un rapport de mars 2008, a donc proposé de modifier l'article L211-11 du Code des assurances relatif à l'information des victimes afin de préciser les modalités de prise en charge par l'assureur des frais d'assistance, de compléter l'article L211-10 pour que l'assistance par un avocat et un médecin conseil devienne obligatoire en cas de préjudice corporel important. Il proposait en outre que l'assureur ait l'obligation d'informer la victime de son cadre d'intervention (convention IRCA). Souhaitons que ces propositions, auxquelles le représentant des assureurs a souscrit, ne tombent pas dans l'oubli.

Depuis plusieurs années, les assureurs militent pour la création d'un référentiel d'évaluation du dommage corporel.

En 2003, un groupe de travail placé sous l'égide du CNAV, présidé par Madame Yvonne LAMBERT-FAIVRE proposait entre autres la création d'un « référentiel indicatif », sorte de concentré de données issues de la jurisprudence et des transactions. Ce rapport excluait formellement toute référence à des barèmes jugés contraires au principe de réparation intégrale et d'individualisation des préjudices.

Inquiet du projet de création d'un barème annoncé par Madame Nicole GUEDJ alors secrétaire d'Etat aux victimes, le Conseil National des Barreaux avait organisé à la hâte un premier colloque. Madame GUEDJ a renoncé à ce projet, le Secrétariat d'Etat n'a pas survécu à un remaniement ministériel mais la « barémisation » est toujours d'actualité. Elle revient via le rapport GUINCHARD et fait l'objet de toutes les attentions de la part des assureurs qui ont même élaboré *leur* « référentiel » soit disant indicatif mais qui se trouve entre les mains des régleurs de compagnie, toutes compagnies confondues. Une entente ?

Sans désespérer, la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) et le Groupement des mutuelles d'assurances (GEMA) ont en avril dernier publié le « Livre blanc sur l'indemnisation du dommage corporel ».

Partant de constats tels que :

- L'indemnisation du dommage corporel concerne chaque année 250.000 victimes dont 186.000 accidents de la circulation ;
- Les assureurs versent à ce titre 6 milliards d'euros par an ;
- La moitié de ces indemnités est allouée aux victimes de dommages les plus graves qui représentent 5% des accidents de la circulation ;
- Les assureurs privilégient la transaction dans 95% des cas ;
- 55% des victimes se disent satisfaites de la rapidité de l'indemnisation et 39% déclarent que les indemnités qui leur ont été versées leur ont permis de réorganiser leur vie sociale et professionnelle.

Prenant appui sur le rapport LAMBERT-FAIVRE et celui du groupe de travail animé par Monsieur Jean-Pierre DINTILHAC ayant élaboré la nomenclature des postes de préjudices que toutes les juridictions appliquent aujourd'hui.



Les assureurs prétendant participer ainsi à l'amélioration du sort des victimes, proposent des mesures telles que :

- L'adoption d'une nomenclature des postes de préjudice imposée ;
- L'élaboration d'un barème médical unique s'imposant et se substituant à tous les barèmes existants ;
- « La mise en place de référentiels indemnitaires officiels pour les préjudices non économiques » ;
- « L'adoption de méthodes officielles de calcul des préjudices économiques » ;
- « Une réforme complète du droit de recours des organismes sociaux » ;
- « Un barème de capitalisation officiel » ;
- « Des mesures incitatives permettant aux victimes de participer à l'amélioration de leur état de santé et à leur réinsertion socioprofessionnelle » ;
- Ils souhaitent pouvoir « s'impliquer dans le projet de vie de la victime », étudier les moyens à mettre en place pour privilégier l'insertion socioprofessionnelle des victimes de dommages corporels lourdement handicapées, participer au développement de structures d'accueil en adéquation avec les besoins des victimes et de leur famille ;
- Imposer l'indemnisation de l'aide humaine (poste le plus important de la nomenclature des préjudices) sous forme de rente et l'adosser à un « projet de vie » en imposant un délai pour la mise en place de ce projet... tout en suggérant une réforme fiscale qui permettrait de soustraire cette rente à l'impôt...



A. Une logique de grille et de codage

1) *Une nomenclature des postes de préjudice réglementaire ?*

Le rapport LAMBERT-FAIVRE de 2003 avait conclu à la nécessité de proposer une nomenclature des postes de préjudices³. C'est la tâche à laquelle s'est attelé le groupe de travail dirigé par Monsieur Jean-Pierre DINTILHAC, Président de la 2^{ème} chambre de la Cour de Cassation, à la demande de Madame Nicole GUEDJ, alors secrétaire d'Etat aux victimes.

Ladite nomenclature a été très bien accueillie, par les représentants des victimes, avocats, médecins, associations, comme par les assureurs et leurs conseils. Il faut souligner cette unanimité.

Lorsqu'en 2006, grâce à l'action conjointe du Médiateur de la République, du Conseil National des Barreaux et de l'INAVEM, l'article 25 de la loi de finances sur la Sécurité Sociale est venu instituer le recours des organismes sociaux poste par poste, le besoin d'une nomenclature des postes de préjudices est devenu criant et tout le monde a adopté la nomenclature DINTILHAC, sauf les juridictions administratives qui en ont fait un artéfact.

La question est ici de savoir si la nomenclature doit être obligatoire et limitative.

Les assureurs semblent vouloir nous entraîner dans une logique de grille et de codage qui serait l'outil d'une barémisation de l'indemnisation.

Rendre la nomenclature obligatoire présenterait l'avantage de l'imposer notamment aux juridictions administratives et peut-être d'amener ces juridictions, qui procèdent actuellement de façon globale, à un examen plus précis des préjudices.

Cela faciliterait également la publication des jurisprudences et l'élaboration d'un outil statistique.

Mais, le danger est grand de freiner l'évolution de la jurisprudence. On rappellera que des préjudices aussi évidents aujourd'hui que le préjudice sexuel, le préjudice spécifique de contamination, plus récemment le préjudice d'angoisse, sont des créations prétorienne.

Les représentants de victimes s'accordent tous pour considérer que la nomenclature DINTILHAC est un formidable outil d'évaluation, dont on doit cependant préserver le caractère évolutif. Une nomenclature réglementaire, même indicative, risquerait de perdre cette qualité essentielle qu'est l'évolutivité.

³ Objectif : harmoniser les pratiques, faciliter le travail des régleurs et des avocats (le rapport rappelant la nécessité d'avocats spécialistes au côté des victimes) et permettre le recours des tiers payeurs poste par poste.



2) Des missions d'expertise officielles ?

Les assureurs appellent de leurs vœux des missions d'expertise « officielles », « claires », « précises » et « encadrées », pour servir de base aux évaluations médico-légales déterminant ensuite l'évaluation des préjudices.

Depuis 1994, les assureurs, via l'AREDOC, se sont entendus sur une « mission type » qu'ils utilisent dans le cadre des expertises de la loi de 1985. Cette mission a été adaptée à la nomenclature DINTILHAC, elle est aujourd'hui reprise par certaines juridictions... D'autres missions ont été élaborées pour des situations particulières : contaminations VIH ou VHC, traumatismes crâniens, handicaps lourds, etc.

Ils considèrent qu'il faut parvenir à une « égalité de traitement », que l'élaboration de missions types les rendrait « plus compréhensibles pour les victimes ».

Les associations de victimes que nous avons entendues n'ont pas paru sensibles à cet argument, l'APF⁴ notamment souhaite une mission « négociable » : pour elle comme pour l'UNAFTC⁵, c'est « l'évaluation situationnelle » qui doit dominer.

C'est d'ailleurs un leitmotiv du « Livre blanc » que de se référer à l'esprit de la loi du 11 février 2005⁶ qui instaure au bénéfice des personnes handicapées des droits sociaux et tend à les mettre en adéquation avec un projet de vie.

Mais solidarité et compensation ne doivent pas être confondues. L'indemnisation du dommage corporel doit tendre à replacer la personne dans sa situation antérieure, non à lui fournir un minimum social.

La mission d'expertise doit donc demeurer adaptable à chaque situation, l'adoption de missions types obligatoires ne peut être conforme à l'objectif de réparation intégrale et entre dans une logique de barémisation inacceptable.

B. Une logique de barémisation

1) Un barème médical unique ?

L'évaluation médico-légale des préjudices est évidemment centrale pour parvenir à une juste réparation. Le médecin expert se réfère à des barèmes médicaux mais les assureurs déplorent la multiplicité de ces barèmes : barème du Concours médical, barème de la société de médecine légale, barème de l'association des médecins experts en dommage corporel, barème des accidents iatrogènes et infections nosocomiales... Ils indiquent que, au plan médical, « quels que soient les origines des lésions et la nature de l'accident ou le régime juridique auxquels celles-ci se rattachent, l'évaluation physiologique est objectivement identique. En vertu du principe d'égalité de dignité de toute personne humaine, à séquelle identique, le taux ou degré d'évaluation doit être identique. L'évaluation médico-légale des séquelles s'inscrit dans une logique scientifique, gage d'objectivité, de transparence et d'équité dans l'évaluation. » Ils invitent à réfléchir à une harmonisation des barèmes médicaux à la lumière du « Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique ». De quoi s'agit-il ?

⁴ Association de Paralysés de France.

⁵ Union Nationale des Associations de Traumatisés Crâniens.

⁶ Loi n°2005-02 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.



L'institut de droit des assurances de Trêves organise chaque année un colloque : le colloque de Trêves qui est en fait un véritable outil de lobbying. Y sont généralement associés des parlementaires européens, des fonctionnaires de la commission... Ce colloque réfléchit à l'harmonisation de règles européennes relatives à la circulation routière et forme des propositions à l'attention des décideurs européens. C'est dans ces conditions qu'a été élaboré le barème européen, qu'il a été adopté par la Commission mais uniquement pour servir de base d'évaluation des accidents dont peuvent être victimes les fonctionnaires européens.

La finalité d'un barème d'évaluation en droit du travail ou en droit commun n'est évidemment pas la même. L'un évalue le corps comme « outil de travail », l'autre évalue le déficit fonctionnel incluant séquelles corporelles et qualité de vie. L'existence par exemple d'un barème médico-légal des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se justifie par l'obligation résultant de la loi d'évaluer au regard de la situation de chaque individu la gravité de l'accident, condition de sa prise en charge.

Il est un fait que le barème du concours médical est aujourd'hui obsolète, que les conséquences pour une même victime puissent être évaluées en fonction de plusieurs types de barèmes est quelquefois difficilement compréhensible, mais une victime correctement conseillée comprend vite ces logiques d'évaluation.

Un barème unique est une utopie. Les choses ne se résument pas à « pour tel diagnostic tel taux ». Ne faudrait-il pas aller vers du descriptif comme cela se pratique en Grande-Bretagne ? Quoi qu'il en soit, le sujet doit être discuté en présence de tous les acteurs. Dans son rapport de mars 2008, le groupe de travail du CNAV, à propos de l'amélioration de la prise en charge des victimes d'accidents de la route, proposait « la constitution d'un groupe de travail sur l'expertise » ; cette réflexion devrait en faire partie.

2) Des référentiels indemnitaires pour les préjudices non économiques ?

Les assureurs déplorent « avec les victimes » (sic) « une dispersion dans l'appréciation jurisprudentielle de ces préjudices suivant à la fois les ordres de juridictions (administratif et judiciaire) et à l'intérieur d'un même ordre... ». Ils pointent deux « conséquences » : « une inégalité indemnitaire et un facteur de judiciarisation des règlements ».

L'approche est adroite. Nul ne peut contester qu'il existe une différence de traitement selon les juridictions, selon les régions... Cette question a beaucoup animé nos colloques aux actes desquels on pourra se reporter.

Brandir le spectre d'une sur-judiciarisation dans une période de déjudiciarisation tous azimuts, c'est s'assurer une oreille attentive des pouvoirs publics... Les conclusions de la commission GUINCHARD, qui proposent l'institution de barèmes indicatifs des pensions alimentaires et de réparation des préjudices corporels, en témoignent.

Mais, revenons à la réalité. Plus de 95% des accidents de la circulation sont actuellement transigés avec les assureurs. Où est la sur-judiciarisation ? En revanche, 45% des « bénéficiaires » de transactions, par déduction, ne seraient pas entièrement satisfaits de la rapidité de l'indemnisation, et 61% considèrent que les indemnités qui leur ont été versées ne leur ont pas permis de réorganiser leur vie sociale ou professionnelle. Ceci n'est pas la conséquence d'un recours abusif au juge mais bien la conséquence d'une inadéquation des propositions des assureurs au regard du principe de réparation intégrale.



Se prévaloir de l'opinion des victimes est non moins adroit (c'est une catégorie de personnes qu'il est de bon ton d'avoir avec soi). Mais, c'est dénaturer le sens du mécontentement des victimes.

Les associations que nous avons entendues sont unanimes pour rejeter l'idée de tout barème ou référentiel.

Certes, il existe de multiples barèmes de Cours d'appel qui circulent de façon plus ou moins opaque. Le ministère serait en train de préparer en collaboration avec les magistrats (ENM) un barème/référentiel basé sur des fourchettes.

L'idée de mettre en place des fourchettes est à elle seule une aberration et ne présente pas le moindre intérêt. Si l'on veut enseigner aux magistrats à chiffrer, il faut commencer par leur donner les paramètres du chiffrage.

Le concept d'équité est mal utilisé par les assureurs qui l'emploient à contresens. Ils font passer l'égalité par les chiffres. Or, l'accès à l'égalité devant la loi se fait par une méthodologie qui permet à un individu d'avoir le même accès au droit qu'un autre. Le traitement égalitaire des victimes ne doit pas être confondu avec le résultat indemnitaire. Une personne qui bénéficie des services d'un avocat, et qui conservera la possibilité de recourir au magistrat, sera mieux indemnisée qu'une autre qui se trouve seule face à son assureur.

Notons à ce propos que le représentant du FENVAC⁷ a proposé que chaque victime soit assistée d'un expert et d'un avocat pris en charge par l'assureur pour les accidents collectifs.

C'est d'ailleurs en ce sens qu'a conclu le groupe de travail du CNAV dans le cas de préjudices corporels importants.

Mais, en outre, la question doit être réglée, dans l'hypothèse d'un barème/référentiel, de savoir qui l'élaborera, sur quels critères et comment il évoluera ?

L'expérience que nous a relatée SOS Attentat est à cet égard édifiante : « Le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme a adopté un référentiel qui ne constitue qu'une base de calcul a minima. Il permet, dans le cadre de transactions amiables conclues directement entre le fonds et les victimes qui ne sont pas assistées par un conseil, que les propositions faites ne soient pas sous-évaluées. A la suite d'un engagement de l'Etat, lors de l'adoption de la loi du 9 septembre 1986 créant le Fonds terrorisme, ce référentiel aurait dû s'inspirer de la jurisprudence la plus favorable. Or, depuis plusieurs années, ce référentiel ne tient plus compte des promesses écrites qui m'avaient été faites, ainsi, certains postes de préjudice n'ont pas évolué depuis 2002, et pour d'autres depuis 2004⁸. »

L'art du chiffrage s'enseigne, il ne peut pas être remplacé par des fourchettes. Il ne faut pas perdre de vue l'individualisation de l'indemnisation. L'équité ne consiste pas à tout niveler. L'équité résulte de l'égalité des armes.

⁷ Fédération Nationale des Victimes d'Accidents Collectifs.

⁸ Françoise Rudetzki, SOS Attentats SOS Terrorisme – mail adressé au CNB.



3) Une méthode d'évaluation unique pour les postes de préjudices économiques

Les assureurs regrettent l'absence de méthodologie dans l'évaluation des conséquences économiques du dommage corporel conduisant à des « divergences d'appréciation dans le cadre tant amiable que judiciaire ».

Il faut souligner l'extrême importance de cette question. Les préjudices économiques concernent notamment les pertes de gains professionnels actuels ou futurs, l'incidence professionnelle (qui n'est pas de même nature) et la tierce personne.

Une mauvaise évaluation de ces postes de préjudice est source de désastres humains.

Quelle méthode serait la meilleure ?

S'il est un domaine où la personnalisation s'impose, c'est bien celui-là.

Prenons un exemple simple. L'indemnisation du préjudice économique du conjoint survivant et de ses enfants. Il faut évaluer la part des revenus de la victime directe consacrés au ménage, aux enfants... Or, cette part est éminemment variable en fonction, par exemple, de l'endettement du ménage, de l'âge ou des études des enfants.

L'équité commande au contraire d'ouvrir le plus largement possible la porte à une évaluation *in concreto*.

4) Un barème de capitalisation des rentes unique ?

Les préjudices patrimoniaux permanents : dépenses de santé futures, assistance par tierce personne, pertes de gains professionnels futurs peuvent être évaluées soit sous forme de rente soit par l'allocation d'un capital représentatif de la rente.

Pour déterminer ce capital, on fait appel aux tables d'euros de rente.

En 1986, dans le cadre de l'application de la loi de 1985 sur la prise en charge des accidents de la route, une table de capitalisation a été publiée par voie réglementaire mais n'a jamais été réévaluée. Cette table est évidemment dépassée...

La Gazette du Palais a publié en 2004⁹ un barème de capitalisation basé sur une table de mortalité et un taux de placement de l'argent de 2001. Cette table est aujourd'hui la plus avantageuse pour les victimes. D'autres utilisent le TD 88/90.

Nos confrères A. Coviaux et F. Bibal¹⁰ se sont livrés à une petite étude des conséquences de l'utilisation de tel ou tel barème. Selon que l'on utilise le barème du décret de 86, le TD 88/90 ou la Gazette du Palais 2004, on aboutit à une déperdition par rapport à une prise en charge réelle de -48,66% avec le barème de 86, -41,24 % pour le TD 88/90 ou -5,15 % pour le barème de la Gazette du Palais.¹¹

L'enjeu est évidemment de taille mais ce qui est frappant c'est que, même en prenant l'hypothèse la plus favorable, on n'est jamais dans la prise en charge intégrale du préjudice.

Nous rejoignons donc les assureurs pour dire qu'il faudrait élaborer chaque année une table de capitalisation pour prendre en compte l'évolution du taux de placement de l'argent et de la table de mortalité. C'est le vœu qui a également été exprimé par le groupe de travail du CNAV.

⁹ GP, 9 novembre 2004, p. 11.

¹⁰ Membres de l'ANADAVI (Association Nationale des Avocats de Victimes).

¹¹ GP, 12-13 juillet 2006, p. 25



C. Une logique de simplification complexifiante – A propos du recours des tiers payeurs

Rappelons que la loi du 21 décembre 2006, grâce à l'action conjointe du Médiateur de la République, de l'INAVEM et du Conseil National des Barreaux, a mis un terme à une injustice flagrante qui perdurait depuis des décennies en instituant le recours des tiers payeurs poste par poste.

Elle n'affecte en rien la dette de droit commun. Les assureurs ont d'ailleurs bien accueilli cette réforme. Pourquoi changer ce qui marche ?

Certes les conditions d'adoption de cette réforme ont laissé quelques zones d'ombre que la jurisprudence est en passe de combler.

C'est à nouveau en se référant aux victimes qui comprendraient mal ce mécanisme que les assureurs appellent de leurs vœux une nouvelle réforme.

Ils proposent de « permettre aux assureurs de régler directement aux victimes le montant des postes de préjudices correspondant aux prestations sociales de nature pécuniaire (pensions d'invalidité et rentes accidents du travail, principalement), les organismes sociaux intervenant, le cas échéant en complément... Cette faculté qui serait offerte aux assureurs de régler directement les victimes permettrait d'accélérer leur indemnisation. »

On voit mal en quoi ce dispositif complexe viendrait accélérer le processus indemnitaire ? Le fonctionnement des organismes sociaux présente quelquefois des défaillances mais ce n'est pas au stade de la liquidation des indemnités. On voit mal comment pourrait s'articuler ce processus.

A moins qu'il ne s'agisse de l'expression par les assureurs de leur ambition de privatiser la protection sociale, vaste question qui échappe à l'objet de ce rapport.

L'ensemble des acteurs de la réparation du dommage corporel ont salué la réforme résultant de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006. Il serait fort malvenu d'entreprendre une réforme complexe qui pourrait remettre en cause cet acquis.

D. Une logique d'ingérence dans la vie des victimes

1) La « mitigation¹² » des dommages ?

Les assureurs veulent encourager la victime à se réinsérer dans un projet socioprofessionnel en remettant en cause le principe selon lequel la victime n'est pas tenue de limiter son préjudice dans l'intérêt du responsable.

Une victime pourrait ainsi voir son droit à indemnisation limité si elle ne faisait pas d'effort de rééducation suffisant, si elle ne se soumettait pas à une intervention chirurgicale ou à un traitement risqué mais pouvant améliorer son état.

Aline Boyer, avocat honoraire, Présidente de l'ANADAVI, a écrit¹³ :

¹² Atténuation, adoucissement.

¹³ GP, 18-19 juillet 2008, p. 31.



« Ce que les assureurs désignent par la nécessaire participation de la victime à l'amélioration de sa situation se situe dans la droite ligne de la volonté d'ingérence des assureurs dans le choix de vie des victimes et de leur avenir. Elle révèle au surplus la suspicion permanente que manifestent les assureurs à l'égard des victimes, lesquelles se priveraient délibérément de soins pour obtenir davantage d'argent. »

2) Une implication dans le projet de vie ?

Dans une même logique d'ingérence dans le projet de vie de la victime, les assureurs prétendent participer à la « réhabilitation socioprofessionnelle et médicale de la victime » et entendent par ailleurs s'impliquer dans la sphère privée considérant que « l'aménagement du domicile pour permettre à une personne dont les capacités ont été réduites de vivre avec d'autres qui n'ont pas subi un traumatisme similaire, généralement en famille, ne constitue pas toujours la meilleure solution. »

Ces propositions s'adressent aux victimes les plus durement touchées. Il s'agit donc de « remettre la victime au travail et de la diriger de préférence vers une institution. »¹⁴

Bien entendu (sous réserve de la mitigation), les victimes auraient le choix mais quelle est la limite de ce choix lorsque l'on connaît les enjeux économiques ? Quel avantage en tirent les assureurs ?

Il faut réaffirmer la liberté de chacun, surtout lorsqu'il est gravement touché par un accident, à choisir sa vie et la vocation de l'indemnisation à compenser économiquement toutes les conséquences des bouleversements qu'entraîne le handicap.

*

Ce rapport n'a pas la prétention d'avoir apporté des réponses à l'ensemble des questions qui se posent lorsque l'on envisage la prise en charge des victimes. Le sujet est trop vaste.

Il n'est destiné qu'à fixer les orientations d'une réflexion sur cette problématique, à rappeler que l'avocat a toujours eu un rôle essentiel aux côtés des victimes. On le dit défenseur de la veuve et de l'orphelin, ce n'est pas qu'une expression.

Nous sommes parvenu à un véritable consensus avec les associations de victimes s'agissant de la réponse à apporter au Livre blanc des assureurs.

Nous souhaitons que ce rapport recueille le même consensus de la part des représentants de la profession et serve de base à notre action vis-à-vis des pouvoirs publics, afin que l'on cesse de penser la victime comme un enjeu politique et pour construire un véritable droit des victimes soucieux du respect des équilibres entre droit des victimes/droits de la défense et droit des victimes/enjeux économiques.

¹⁴ Aline Boyer, GP 18-19 juillet 2008, op. cit.