



**HAL**  
open science

## L'accident corporel de la circulation, entre transactionnel et juridictionnel

Evelyne Serverin, Boris Bertin, Simy Elbaz, Sophie S. Julliot

### ► To cite this version:

Evelyne Serverin, Boris Bertin, Simy Elbaz, Sophie S. Julliot. L'accident corporel de la circulation, entre transactionnel et juridictionnel. [Rapport de recherche] Ministère de la justice. 1997, pp.202 f. halshs-01024055

**HAL Id: halshs-01024055**

**<https://shs.hal.science/halshs-01024055v1>**

Submitted on 15 Jul 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE JEAN MONNET DE SAINT-ETIENNE

CENTRE DE RECHERCHES CRITIQUES SUR LE DROIT  
(CERCRID)

*Unité propre de l'enseignement supérieur associée au CNRS  
(ESA 5054)*

**L'ACCIDENT CORPOREL DE LA  
CIRCULATION,  
ENTRE TRANSACTIONNEL  
ET JURIDICTIONNEL**

**Evelyne SERVERIN**  
Directeur de Recherches au CNRS

**Enquête : Boris BERTIN**

A.T.E.R., Université Jean Monnet de Saint-Etienne, CERCRID

**Simy ELBAZ**

A.T.E.R., Université Jean Monnet de Saint-Etienne, CERCRID

**Sophie JULLIOT**

Maître de conférences, Université Jean Monnet de Saint-Etienne, CERCRID

**Evelyne SERVERIN**

Directeur de Recherches CNRS, Université Jean Monnet de Saint-Etienne, CERCRID

N° de Contrat : E. T. 94.4  
Ministère de la Justice  
Sous-Direction de la Statistiques  
Des Etudes et de la Documentation

**Saint-Etienne,  
Septembre 1997**



## Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	2
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>LA COMPARAISON DES PROCÉDÉS DE RÈGLEMENT EN QUESTIONS .....</b>	<b>9</b>
I- L'officialisation de la transaction comme qualification des règlements effectués par l'assureur.....	9
A- Une qualification sans débats.....	9
B- Les fondements d'une qualification.....	10
a- Le schéma originaire de réparation des conséquences des accidents de la circulation.....	10
b- L'entrée en scène de la transaction.....	11
c- Le réaménagement par la loi du processus d'indemnisation.....	15
II- La mise en équivalence des modes de règlement transactionnels.....	17
B- Les moyens d'une comparabilité: la construction légale d'un référent commun.....	20
a- L'absence d'un référent juridique commun en matière d'évaluation judiciaire.....	20
b- La construction d'un référent statistique commun aux divers procédés de règlement.....	22
C- La construction juridique d'une rationalité commune aux différents types de règlement.....	23
a- La distance entre le droit commun de la transaction et le jugement.....	23
b- La réduction de la distance entre la transaction de la loi de 1985 et le jugement.....	25
III- Une recherche à mener dans un cadre soumis à la contrainte de comparaison.....	26
A- L'élaboration d'une problématique.....	27
a- Une équipe pour une recherche.....	27
b- Un questionnement à préciser.....	28
B- Des actions à observer.....	29
a- Observer des actions d'évaluation.....	29
b- Observer des actions juridiquement situées.....	30
C - Un plan d'exposition pour la recherche.....	32
<b>IIÈME PARTIE.....</b>	<b>33</b>
<b>LE DISPOSITIF D'OFFRE D'INDEMNITÉ: UN CADRE PROCÉDURAL ORIENTÉ VERS LE RÈGLEMENT TRANSACTIONNEL DES CONSÉQUENCES DES ACCIDENTS CORPORELS DE LA CIRCULATION.....</b>	<b>33</b>
Chapitre I L'offre d'indemnité comme séquence d'actions.....	34
Section 1- Les échanges précontractuels.....	35
A- Une communication d'informations à la charge de l'assureur.....	35
a- Les informations obligatoires aux termes de la loi.....	35
b- Les informations rendues obligatoires par décret.....	36
B- L'échange d'informations sur les bases d'évaluation du préjudice.....	37
C- Le respect de la procédure d'information devant la Cour de cassation.....	38
Section 2 - La formation de l'offre d'indemnité.....	39
A Les délais de formation de l'offre.....	39
B- La teneur de l'offre.....	39
a- L'offre négative.....	39
b- L'offre positive.....	41
c- Le contenu de l'offre devant la Cour de cassation.....	43
Chapitre II - La transaction comme offre d'indemnité acceptée.....	46



Section 1- L'exigence d'un écrit .....	46
A - Le principe d'un écrit.....	47
B- Le contenu de l'écrit .....	47
Section 2- Les conditions de l'acceptation.....	47
A- L'acceptation de l'offre par la victime.....	48
B- Le droit de rétractation .....	48
C- L'autorisation du juge des tutelles.....	48
Section 3- L'objet de la transaction.....	49
Section 4- L'exécution de la transaction.....	50
Section 5- La portée de la transaction vis-à-vis des tiers.....	52
A- Effets de la transaction assureur-victime à l'égard de l'auteur.....	52
a- Le nouveau principe d'opposabilité .....	52
b- Applications jurisprudentielles.....	53
B- Effets de la transaction assureur-victime à l'égard des tiers payeurs.....	53
a- Conditions de l'opposabilité de la transaction aux tiers payeurs.....	53
b- Applications jurisprudentielles.....	54
C- Les effets de la transaction assureur-tiers payeurs à l'égard de la victime.....	55
a- Absence d'effets de la transaction à l'égard de la victime.....	55
b- Applications jurisprudentielles.....	55
D- L'effet des transactions assureurs-victimes dans leurs rapports réciproques .....	57
Annexe Ière partie: Notice d'information des victimes d'accidents.....	59
<b>DEUXIEME PARTIE.....</b>	<b>62</b>
<b>L'EXTENSION EMPIRIQUE DE LA PROCÉDURE .....</b>	<b>62</b>
Chapitre I -Une population à caractériser .....	62
Section 1 Les victimes d'accidents corporels de la circulation.....	62
A- L'évolution du nombre de victimes dans les accidents corporels .....	63
Tableau 1: Evolution du nombre et de la gravité des blessures des victimes .....	64
B- Les victimes destinataires d'une procédure d'offre.....	65
a- Les circonstances des accidents.....	66
Tableau 2: Répartition des accidents corporels selon le type en 1994.....	66
b- La répartition des victimes dans les véhicules .....	67
Tableau 3: Nombre de victimes par catégorie d'usagers en 1994 .....	67
C- Les victimes destinataires de l'offre au regard du risque de non-indemnisation.....	69
Section 2- L'intervention des juridictions dans le traitement des conséquences des accidents de la circulation.....	70
A- Les condamnations pour homicides et coups et blessures involontaires .....	70
a- Les poursuites pénales pour homicides et coups et blessures involontaires.....	71
b- Les sources statistiques des condamnations.....	73
c- L'évolution des condamnations pour coups et blessures involontaires .....	74
Tableau 4: Evolution des condamnations pénales pour coups et blessures ou homicides involontaires.....	75
d- Condamnations pénales et accidents corporels .....	75



Tableau 5: Accidents corporels et taux de condamnation.....	76
B- Les demandes en réparation des dommages causés par des véhicules formées .....	77
a- Le contexte juridique des demandes .....	77
b- Les sources de la statistique civile.....	78
c- Les demandes nouvelles formées en matière civile .....	79
Tableau 6: Evolution des actions en responsabilité formées en matière d'accidents causés par un véhicule terrestre à moteur devant les juridictions civiles.....	79
Section III - La répartition des règlements entre assureurs et tribunaux .....	80
A- La composition du fichier AGIRA .....	81
a- Principes de collecte.....	82
b- Les variables disponibles .....	82
B- Les statistiques issues de l'exploitation du fichier AGIRA.....	84
a - Le fichier d'indemnisation en évolution.....	84
Tableau 7: Evolution du nombre de dossiers réglés depuis la mise en place du fichier .....	84
b- Les modes de règlement des sinistres .....	85
Tableau 8: Modes de règlement selon le type de dommages .....	86
Tableau 9: Proportion de transactions selon le taux d'IPP.....	88
c- Les caractéristiques des victimes .....	89
Tableau 10: Qualité de la victime indemnisée .....	89
Tableau 11: Age des victimes selon la position dans l'accident.....	90
Annexe 2: Modèles de fiches du Fichier National des indemnités-Fiche 1 IPP .....	92
Annexe 2: Modèles de fiches du Fichier National des indemnités-Fiche 2 Décès.....	93
Chapitre II Une population à échantillonner .....	94
Section 1- Des unités d'observation à définir.....	95
A- La définition des dossiers à observer .....	95
a- La distinction entre dossier de sinistre et dossier soumis à la procédure.....	95
b- La définition du dossier soumis à la procédure.....	96
B- Le moment de l'observation .....	97
a- Approche longitudinale.....	97
b- Approche transversale.....	97
C -Définition de la population de référence.....	98
Section 2 - Un plan de sondage à établir .....	99
A- Les bases statistiques du sondage .....	99
a- Les statistiques d'accidents.....	99
b- La statistique des indemnités.....	99
c- La statistique des PV d'accidents .....	100
B- Un plan de sondage à deux degrés .....	101
a- Le sondage parmi les entreprises.....	101
Liste 1: Classement des entreprises selon le nombre de PV transmis .....	102
Tableau 12: Répartition des entreprises selon leur forme juridique .....	104
Tableau 13: Stratification de la population de l'échantillon.....	106
Tableau 14: Tirage des entreprises à échantillonner .....	107



Tableau 15: Effectif de dossiers à tirer dans les entreprises échantillonnées .....	108
C- Les opérations de tirage des dossiers dans les entreprises.....	109
a- Le rôle de la gravité comme critère de classement des sinistres.....	109
Annexe III: Échantillon auto pondéré.....	112
Annexe IV: Tirage des sociétés sur les effectifs cumulés .....	113
<b>IIIÈME PARTIE.....</b>	<b>114</b>
<b>LE DISPOSITIF D'OFFRE D'INDEMNITÉ EN ACTIONS .....</b>	<b>114</b>
Chapitre I La constitution d'une base de données d'individus .....	114
Section 1 - Le chemin d'accès aux dossiers.....	114
A- La production des listes .....	115
a- Les critères d'établissement des listes.....	115
b- Le tirage des numéros .....	116
B- La saisie des dossiers.....	116
a- Le contrôle des dossiers avant saisie.....	117
Tableau 16: Les critères d'appartenance des dossiers au champ de l'enquête.....	119
b- La saisie des données .....	120
Section 2 Les variables retenues .....	121
A- Les variables du fichier "Accidents".....	121
B- Les variables du fichier des victimes.....	122
a- Conception du fichier.....	122
b- Les variables.....	122
Annexe-5: Structure de transaction .....	125
Annexe-5: Structure de transaction (suite).....	126
Annexe-5: Structure de transaction (fin).....	127
Section 3 -Configuration de la base de données sur les règlements 1994 .....	128
A- Composition de la base de données .....	128
Tableau 17: Les dossiers clos en 1994 par les entreprises entrant dans l'enquête.....	129
a- Une base de données très proche du plan de sondage.....	130
b- Des victimes réparties inégalement dans le fichier des sinistres.....	130
Tableau 18: Nombre de fiches victimes par dossier.....	131
B- La base de données issue des dossiers consultés.....	131
Tableau 19: Répartition des dossiers à l'issue des opérations de tirage.....	133
a- Les sinistres exclus de l'observation.....	134
Chapitre II Les acteurs de la procédure d'offre.....	137
Section 1 Les acteurs de l'information sur les sinistres .....	137
A- Les informateurs .....	138
Tableau 20: Les sources d'information .....	138
B- Les informations sur les fautes.....	139
Tableau 21: Les informations sur les fautes du conducteur assuré .....	140
Section 2 Les acteurs de la procédure d'offre .....	141
A- Les acteurs -victimes.....	141
Tableau 22: Les victimes dans les accidents .....	142



a- La qualité des victimes.....	143
b- La position des victimes dans l'accident .....	143
B- Les tiers payeurs organismes sociaux .....	144
Tableau 23: Les acteurs-organismes sociaux .....	144
C- Les tiers payeurs-employeurs .....	145
Tableau 24: Les acteurs-employeurs.....	145
D- Les acteurs- juridictions .....	146
a- Les acteurs -juridictions dans les dossiers.....	147
Tableau 25: Les acteurs -juridictions dans les dossiers .....	147
b- Les acteurs-juridictions à l'égard des victimes .....	149
Tableau 26: Les acteurs-juridictions dans les fiches victimes.....	150
Chapitre III Le déroulement de la procédure d'offre .....	152
Section 1 L'entrée dans la procédure d'offre .....	152
A- Le délai d'ouverture d'un dossier .....	153
Tableau 27: Délai d'ouverture du dossier (en jours).....	153
Tableau 28:Délai d'ouverture du dossier selon la catégorie d'information .....	154
B- Délais et destinataires de la première correspondance.....	154
Tableau 29: Délai, (en jours), et bénéficiaire, de l'envoi du premier courrier .....	155
Tableau 30: Délai d'introduction d'une procédure judiciaire (en jours).....	156
Tableau 31: Délai d'introduction d'une procédure selon le type (en jours).....	157
Section 2 Le rythme des propositions et des provisions .....	158
A- Les propositions.....	158
a- La première proposition .....	158
Tableau 32: Délai de la première proposition depuis l'accident.....	159
Tableau 33: Les résultats pour les victimes non bénéficiaires de propositions .....	160
b- La dernière proposition.....	161
Tableau 34: Les délais de la dernière proposition .....	162
Tableau 35: Multipropositions et type de règlement.....	163
c- Le calendrier des propositions et le calendrier judiciaire.....	164
Tableau 36: Les propositions et l'ouverture d'une procédure.....	164
B- La première provision depuis l'accident.....	165
Tableau 37: La première provision depuis l'accident.....	165
Tableau 38: Le montant de la première provision .....	167
Chapitre IV- Les résultats de la procédure d'offre.....	168
Section 1- Les modes de règlement définitifs .....	168
A- Répartition des règlements selon leurs modalités.....	168
Tableau 39: Les modes de règlement selon la qualité des victimes.....	168
a- Règlements transactionnels ou juridictionnels .....	169
b- La non- indemnisation.....	170
Tableau 40: Situation du conducteur du VTAM observé (plus d'un véhicule).....	171
c- Les réductions du droit à indemnité.....	172
Tableau 41:Les réductions d'indemnité selon les modes de règlement .....	172



B- Les modalités des règlements .....	173
a- Les modalités des règlements juridictionnels .....	173
Tableau 42: Les modes de règlement dans le contexte des procédures judiciaires.....	174
Tableau 43: L'intervention du juge des tutelles à l'égard des mineurs de 16 ans.....	176
b- Les modalités des règlements transactionnels .....	176
Section 2 Le temps de règlement des conséquences financières des accidents .....	177
A- Délai de règlement définitif selon le mode de fin .....	178
Tableau 44: Délai de règlement selon le mode de fin.....	178
a- Les délais de règlement.....	178
Tableau 45: Les délais de règlement selon le taux d'IPP et la qualité des victimes .....	179
b- Les différences de délai selon les modes de règlement.....	180
Tableau 46: Le temps propre de la procédure judiciaire .....	181
Section 3 La comparaison des résultats selon les modes de règlement.....	181
A- Comparaison des sommes versées aux victimes selon les chefs de préjudice.....	182
a- Les sommes versées aux victimes directes et par ricochet .....	183
Tableau 47: La répartition des sommes versées aux victimes directes et par ricochet.....	183
b- Les sommes versées aux autres victimes.....	184
Tableau 48: La répartition des sommes versées aux autres victimes .....	184
B- Le coût d'IPP selon le mode de règlement.....	185
Tableau 49: Victimes directes avec IPP.....	185
Graphique 1: Montant versé au titre de l'IPP-Sous échantillon "Graves" .....	187
Graphique 2: Montant versé au titre de l'IPP- Sous échantillon "Graves", gravité $\leq 25\%$ .....	188
Graphique 3: Montant versé au titre de l'IPP- Sous échantillon "Légers".....	189
a- comparaison des niveaux de règlements.....	189
b- comparaison de la liaison entre les variables.....	189
C- La part des sommes versées aux victimes dans le coût total de l'indemnisation. ....	190
Tableau 50: La part de l'indemnisation des victimes et des organismes sociaux .....	191
Tableau 51: Part versée à la victime directe en présence de l'employeur.....	192
<b>Synthèse: L'équilibre d'un dispositif.....</b>	<b>194</b>
I- Une orientation transactionnelle.....	194
A- Comparer les procédés?.....	194
B- Analyser l'offre.....	194
II- L'extension empirique de la procédure d'offre .....	195
A- Les accidents routiers .....	195
B- Les condamnations pénales .....	195
C- Le contentieux civil.....	195
D- Le fichier des indemnités.....	196
III- La procédure d'offre en actions .....	196
A- Réaliser un sondage .....	196
B- Acteurs .....	196
a- Les informateurs sur les sinistres.....	196
b- Les victimes .....	197
c- Les tiers payeurs .....	197

d- Les juridictions .....	197
C- Actions.....	198
a- Ouverture.....	198
b- Abstentions et refus.....	198
c- Propositions.....	198
d- Enchaînements.....	199
e- Provisionner.....	199
D- Bilans.....	199
a- Des bilans parfois négatifs pour les victimes.....	199
b- Juger ou transiger.....	200
c- Comment transiger .....	200
d - Attendre un règlement.....	200
e- Comparer les coûts .....	200
f- Comparer les participations.....	201

---



## INTRODUCTION

### LA COMPARAISON DES PROCÉDÉS DE RÈGLEMENT EN QUESTIONS

En instaurant une procédure d'offre d'indemnisation au bénéfice des victimes d'accident corporels de la circulation, avec l'objectif affiché d'en faciliter le règlement conventionnel, la loi du 5 juillet 1985 donnait une place officielle au contrat de transaction dans le dispositif de réparation de cette catégorie de dommages. Officialisation *juridique* tout d'abord, par la désignation de la transaction comme "forme normale" pour qualifier tant les propositions formées par l'assureur, que l'offre acceptée. (I) Officialisation *politique* ensuite par la mise en équivalence des modes transactionnels et juridictionnels de règlement (II). De cette "entrée en visibilité" de la transaction est née une demande de comparaison des effets des règlements transactionnels et juridictionnels, sur fond d'une attente de rapprochement entre les différents procédés. Si naturelle qu'elle semble être aujourd'hui, la démarche de mise en perspective de la transaction et du jugement est le produit d'une construction juridique élaborée. C'est dans la "fenêtre" ainsi ouverte par la loi du 5 juillet 1985, sur des pratiques jusqu'alors vouées au silence des arrangements privés, que s'inscrit la présente recherche (III).

#### I- L'officialisation de la transaction comme qualification des règlements effectués directement par l'assureur

Si la jurisprudence avait très tôt adopté la qualification transactionnelle pour rendre compte des règlements entre l'assureur et la victime, c'est la loi du 5 juillet 1985 qui en a fixé les termes (A), ajoutant ainsi une dimension contractuelle à l'engagement non conventionnel résultant de l'accident. (B).

##### A- Une qualification sans débats

La qualification de transaction pour caractériser les paiements effectués par l'assureur n'avait pas été sérieusement discutée avant la loi : les tentatives des juridictions pour assimiler les versements à un acte unilatéral, et non à un contrat synallagmatique, notamment en vue d'éviter l'effet extinctif de cette dernière, ont été très tôt écartées par la Cour de Cassation<sup>1</sup>. Cette qualification n'a pas été remise en doute, lors des débats parlementaires qui ont abouti à la loi du 5 juillet 1985. Plus encore, la procédure d'offre d'indemnisation, instaurée par la loi, a été traitée comme un pur préliminaire transactionnel. Le texte de la loi porte trace en divers points de cette intégration. Ainsi, l'expression "d'offre d'indemnité" est équivalente à celle de "proposition de transaction", comme dans l'article L. 211-

<sup>1</sup>V. notamment Civ. 2ème, 12 décembre 1963, D. 1964, p. 467, note Boulanger.



15 c. assur. qui vise le "projet de transaction" concernant les mineurs, ou l'article L.211-16 al. 3 c. assur., qui cite les mentions obligatoires que doit comporter "l'offre de transaction". Une fois acceptée, l'offre devient une transaction, ainsi que l'affirment toutes les dispositions relatives à la situation postérieure à l'acceptation: il est ainsi question des "causes de nullité de la transaction" dans l'article L.211-10 c. assur., de la "dénonciation de la transaction" dans l'art. L. 211-16 al. 1, de "transaction non autorisée" dans l'article L.211-15 al. 2, enfin "d'indemnités fixées par les transactions" dans l'article L.211-23. Cette qualification, si "naturelle" a priori, mérite cependant d'être précisée dans ses fondements. La transaction est un contrat du code civil (art. 2044 et s.) qui paraît en tant que tel totalement étranger tant au droit de la responsabilité civile qu' à celui des assurances. Sur quels fondements ce contrat du code civil en est-il venu à s'imposer comme "forme juridique normale" pour qualifier les relations entre l'assureur de responsabilité et la victime?

### *B- Les fondements d'une qualification*

Le processus de réparation des accidents de la circulation met en scène trois catégories d'acteurs, entre lesquels s'établissent des liens juridiques de nature différente: la victime, l'auteur de l'accident, l'assureur de responsabilité de ce dernier. A priori, la transaction n'avait aucun rôle à jouer dans ce scénario (a). Pour lui donner une place, il a été nécessaire de mettre en avant les risques de contestation et l'incertitude des droits (b). Il en résulte une situation d'action renouvelée, où la transaction occupe cette fois une place centrale (c).

#### a- Le schéma originaire de réparation des conséquences des accidents de la circulation

Dans le schéma de réparation initial, le rôle essentiel est occupé, non par le conducteur dont la responsabilité est recherchée, mais par son assureur, en tant que ce dernier est tenu, par le jeu de l'assurance obligatoire<sup>2</sup>, de garantir la dette de responsabilité de son assuré. Le lien entre l'assurance et le droit de la responsabilité a été rendu plus étroit encore par la loi du 5 juillet 1985, qui a redéfini l'étendue de l'assurance obligatoire pour l'ajuster aux nouvelles dispositions du droit à indemnité fixé dans les articles 1 à 6 du texte. Dans l'ensemble du processus de réparation, le personnage clé de la réparation est donc l'assureur. Cette situation est cependant source de difficultés dès lors qu'il s'agit d'établir des liens juridiques entre l'assureur et la victime.

-Si l'on s'en tient au mécanisme propre aux assurances de responsabilité, le lien principal s'établit entre l'auteur de l'accident et son assureur. Ce dernier doit sa garantie à l'assuré, et la cause des règlements effectués à la victime est à rechercher dans le seul contrat d'assurance. Autrement dit, ces versements ne constituent a priori rien d'autre qu'une modalité d'exécution, par l'assureur, de son contrat à l'égard de son assuré, sans qu'il soit nécessaire de considérer que s'instaure un lien contractuel avec la victime. En droit strict, la victime demeure un "tiers" à l'égard de l'assureur, et ne dispose a priori de créance que vis-à-vis de l'auteur de l'accident. Si l'on s'en tient aux mécanismes généraux du droit civil, la victime ne disposerait à l'encontre de l'assureur, en cas de non indemnisation, que de l'action

---

<sup>2</sup> Art. L. 211-1 Code assur. : "Toute personne physique ou morale (...), dont la responsabilité civile peut être engagée en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens dans la réalisation desquels un véhicule terrestre à moteur (...), est impliqué, doit, pour faire circuler lesdits véhicules, être couverte par une assurance garantissant cette responsabilité (...).



oblique de l'article 1166 du Code civil: cette action permet à tout créancier (en l'espèce la victime) d'exercer tous les droits et actions ( droit à la créance d'indemnité ) de leur débiteur (l'assuré-auteur de l'accident). Ce type de recours présente évidemment de multiples inconvénients, notamment celui de voir la créance d'indemnité tomber dans le patrimoine de l'assuré, et de devoir subir le concours de l'ensemble des créanciers. C'est pour éviter ce danger que la loi a reconnu depuis 1930 un droit propre à la victime, en lui attribuant une action directe à l'égard de l'assureur. En application de l'article L.124-3 Code assur., la victime peut aujourd'hui obtenir une condamnation *in solidum* de l'assureur et de l'assuré. Mais il ne s'agit là que d'une facilité procédurale, qui ne crée pas de lien contractuel avec l'assureur. Pourquoi, dès lors, rechercher dans un contrat annexe, la transaction, le fondement juridique des règlements effectués par l'assureur ?

#### b- L'entrée en scène de la transaction

A l'analyse, la relation entre le droit de la responsabilité (ou la législation spécifique de l'accident de la circulation depuis 1985), le contrat d'assurance de responsabilité, et le contrat de transaction, paraît s'établir par l'intermédiaire de la notion de *différend* (1) liée à une situation d'incertitude sur les droits (2), dont l'ampleur varie selon la qualité des victimes (3)

##### 1- La transaction et le différend

La transaction, telle que la règle le titre quinzisième du Livre III du Code civil qui porte cet intitulé, trouve sa cause dans *l'existence d'un différend*, actuel ou prévisible, auquel ce contrat a vocation à mettre fin : l'article 2044 du code civil la définit ainsi comme "un contrat par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître". Ces contestations, au moins potentielles, sont nourries par l'incertitude des droits. Or les créances des victimes d'accidents de la circulation sont précisément affectés de deux formes d'indétermination: pour certaines d'entre elles, sur *l'existence même de la dette de responsabilité* (en l'absence de garantie, ou en présence d'une faute exonératoire de la victime...); pour toutes, sur le *montant des indemnités*, en l'absence de barème obligatoire, et dans l'attente d'une évaluation expertale. Les droits invoqués par les victimes se trouvent ainsi alourdis de "contestations à naître", celles-là mêmes dont l'article 2044 du Code civil fait la "cause" du contrat de transaction. Ainsi, tout règlement extra-juridictionnel tendra à recevoir une qualification transactionnelle, *par cela seul* qu'il se situe dans un contexte de créance incertaine. La transaction joue le rôle de *contrat auxiliaire*, permettant de passer "de l'incertain au certain", de l'inconnu au connu, comme dans la logique casuiste des juriconsultes du XVIII ème siècle<sup>3</sup>.

##### 2- L'incertitude sur les droits

Mais la cause de cette incertitude doit être précisée<sup>4</sup>. Doit-on entendre par "incertitude des droits", un doute sur l'existence même du droit revendiqué? Telle était la conception des rédacteurs du Code civil, qui n'imaginaient pas qu'on pût transiger sur un droit certain. Selon un des rédacteurs du Code, "il n'y aurait pas de transaction si elle n'avait pour objet un droit douteux". Si l'on sacrifie un droit

---

<sup>3</sup> Sur le rôle des juriconsultes dans la réduction de l'incertitude, et en particulier celui de Domat, v. E. Coumet "La théorie du hasard est-elle née par hasard?", *Annales Economie, Sociétés, Civilisation*, 25ème année, mai-juin 1970, n° 3, p. 574-598.

<sup>4</sup> Sur le rôle de l'incertitude dans le contrat de transaction, v. Serverin E., Lascoumes P., Lambert P., *Transactions et pratiques transactionnelles*, Economica, 1987.



connu, il ne s'agit pas d'une transaction, mais d'une vente ou d'une donation<sup>5</sup>. Mais cette analyse n'a pas résisté à l'ascension de la transaction dans le domaine des droits subjectifs les mieux fixés. La doctrine juridique moderne a dû abandonner la notion de "doute", héritée du code civil, pour lui substituer celle de "litige", plaçant la transaction là où existe un droit d'action en justice, que ce droit soit fondé ou non<sup>6</sup>. La transaction moderne trouve ainsi son terrain d'élection partout où préexistent des droits à faire valoir, c'est-à-dire là où se trouvent des incitations à la négociation.

Ce n'est pas un hasard si la transaction a connu une consécration en même temps qu'était posé le principe d'un véritable droit à indemnisation des victimes<sup>7</sup>: les articles 2 à 6 de la loi faisaient ainsi figurer sous un titre intitulé "Dispositions relatives au droit à indemnisation", la liste des victimes titulaires d'un droit, en les distinguant selon les causes de réduction de ce droit qui peuvent leur être opposées: faute du conducteur; faute inexcusable, cause exclusive de l'accident, de la victime non-conducteur; faute volontaire des non-conducteurs de moins de 16 ans, de plus de 70 ans, et des handicapés se situant à un niveau défini d'incapacité.

Pour les victimes non conducteurs au moins, la réalité du droit à indemnité ne peut être que très difficilement contestée, et la réparation présentera un caractère quasi-automatique. Le choix législatif des personnes à indemniser de cette manière se fondait sur un argument de "faible dangerosité" des victimes, liée à leur mobilité réduite, opposé au "danger de circulation" créé par les conducteurs de véhicules<sup>7</sup>. Cette option est classique dans la perspective de considérations utilitaires sur l'efficacité d'une législation en matière de réduction des causes d'accident<sup>8</sup>. Mais quelle qu'ait été la rationalité déployée dans le choix des principes de responsabilité, et la définition des bénéficiaires, le résultat pratique en est une quasi certitude du droit de référence. Et c'est ce droit qui constitue, précisément, le *support de l'opération de transaction*.. Autrement dit, et pour emprunter une expression à un

---

<sup>5</sup> Bigot de Préameneu, "Exposé des motifs du projet de loi relatif aux transactions, Code civil contenant la série des lois qui le composent avec leurs motifs", Paris, Garnery, 1803, p. 143 et s.

<sup>6</sup> L. Boyer, *La notion de transaction*, Thèse Toulouse, Sirey, 1947, p. 38 et s.: "Deux personnes sont en litige quand l'une prétend que le droit protège immédiatement son intérêt en conflit avec l'intérêt de l'autre, et que celle-ci conteste la prétention, ou que, quoique ne la contestant pas, elle n'y satisfait pas"(...) Il apparaît évident que la condition nécessaire et suffisante pour que soit possible l'intervention judiciaire est que les parties disposent du pouvoir de la provoquer. Il est nécessaire qu'existe le droit d'action".

<sup>7</sup> L'exposé des motifs de la loi faisait un sort à part aux piétons, cyclistes et personnes transportées, "qui ne constituent pas un danger pour les autres usagers de la route, car elles ne déploient qu'une très faible énergie cinétique, et ne créent pas de danger de circulation". Exposé des motifs du projet de loi n°2391, A.N. Documents.

<sup>8</sup> L'économiste du droit G.Calabresi assigne deux finalités à la législation sur les accidents: fournir une compensation aux victimes et réduire le coût des accidents. Ce second objectif peut lui-même être atteint de deux manières: soit en limitant celles des activités qui sont source d'accidents, soit en mettant au point une législation dissuasive à l'égard de certains des acteurs. Tenant pour indiscuté le fait que l'activité de circulation routière ne peut faire l'objet de réduction, parce qu'elle n'est pas "valueless", c'est la seconde solution qui était prônée. Le modèle proposé est proche de celui que la loi de 1985 allait retenir: un système de responsabilité sans faute (nonfault liability), couplé avec des sanctions pénales applicables aux conducteurs imprudents. Dans ce schéma, ce sont les automobilistes, et non les piétons, qui doivent supporter le coût des accidents "The decision for accidents: an approach to no-fault allocation of costs", *Harvard Law Review*, 1965, Vol. 78, N°4.



des fondateurs de l'économie du droit, R. Coase,<sup>9</sup> le droit alloué va entrer dans un "marché de transactions", (au sens de l'échange), et constituera le support de la négociation.

Cependant, la situation de la victime d'un accident dans le système français du droit à réparation ne se confond pas avec celle du titulaire d'un titre, qu'envisageait R. Coase dans sa théorie du marché des droits. En effet, dans l'exemple coasien, le droit qui pourra être négocié est celui qui résulte d'une solution *judiciairement et antérieurement déterminée*, en l'espèce une décision relative à la délivrance d'une injonction de cesser une activité polluante. Une telle négociation prend la forme d'une transaction sur une décision de justice, c'est-à-dire d'une renonciation, moyennant contrepartie financière, à l'exécution d'un titre. Un titre de cette nature pourrait du reste circuler au-delà de la relation entre les parties, par la voie d'une cession de droit à un tiers (article 1689 code civ.). Mais la victime d'un accident ne se trouve pas, a priori, dans une situation de cette nature. Si sa position est forte, en raison de la reconnaissance *légale* d'un droit à indemnité (et elle sera d'autant plus forte que ce droit n'est pas aisément contestable), elle n'est pas pour autant assimilable à celle d'un titulaire de titre, en raison de *l'indétermination du montant de la créance*.

Une part d'incertitude radicale demeure, sur fond d'une reconnaissance de principe d'un droit à indemnité. Ce qui constituera l'objet central de la négociation, c'est *ce qui reste indéterminé*, et ce qui reste indéterminé dans tous les cas, même les moins litigieux, c'est le montant de la créance d'indemnité. Dans ce contexte, la transaction va pallier le doute portant, non plus sur *l'existence d'un droit*, mais sur *sa valeur pour le cas considéré*. Du même coup, ce qui est en jeu n'est pas la *cession* d'un titre exécutoire, mais son *obtention*. C'est cette part d'incertitude inhérente à toute indemnisation qui empêche de concevoir la transaction comme un simple processus de réaménagement de droits déjà fixés, dans la perspective développée par les économistes du droit de tradition anglo-américaine.

Cependant, l'incertitude n'est pas la même selon les victimes, en raison de leur différence de traitement par la loi. Il en résulte des marges de négociation variables selon les situations.

### 3- Une incertitude à étendue variable

Dans le domaine de l'indemnisation, il faut introduire une différence de degré dans l'indétermination de la créance, selon qu'elle met en jeu l'existence même du

---

<sup>9</sup> L'économiste américain R. H. Coase a comparé l'efficacité relative des différents procédés d'allocation de droit pour réduire les nuisances industrielles. Il relève ainsi un premier procédé, consistant à allouer des droits aux parties, mais dans la perspective de leur réarrangement ultérieur à travers le marché. Ce procédé n'est cependant valable que si les coûts de transaction sont nuls, c'est-à-dire si le processus de discussion nécessaire à l'obtention d'un tel réarrangement ne génère pas des coûts supérieurs à l'allocation directe du droit par le juge. Si les coûts de transaction ne sont pas nuls, deux autres procédés sont ouverts: le recours au juge qui dira cas par cas ce qui revient aux parties, sous le régime de common law, et en prenant en considération les incidences économiques de la décision; l'action gouvernementale, qui identifiera a priori les activités polluantes. R. H. Coase marque d'ailleurs une nette préférence pour le procédé d'allocation de droits par le juge, estimant que les coûts de transaction ne sont jamais si bas qu'on puisse compter sur la régulation spontanée des niveaux de pollution par le jeu du marché. R.H. Coase, "The problem of social cost", *The Journal of Law and Economics*, vol. 3, 1960 p. 1-44, notamment p. 19 et s.



droit à indemnisation dans un cas considéré, ou seulement l'évaluation des préjudices. ce qui nous amène à introduire une distinction entre les victimes .

- Pour les *victimes conducteurs*, le droit à indemnité est toujours douteux, puisque leurs fautes, même simples, peuvent toujours leur être opposées. Si une faute est retenue, l'assureur refusera d'indemniser, ou ne proposera qu'une indemnisation réduite, et nous verrons que cette hypothèse est expressément aménagée dans la procédure d'offre.

- Pour les autres victimes, dont le droit à indemnité n'est que difficilement contestable, la transaction ne peut porter que sur l' évaluation. Quelle que soit la certitude qui s'attache au droit à indemnité, la *quotité de ce droit* est toujours indéterminée. L'incertitude affecte la liquidité de la créance, c'est-à-dire sa valeur exacte, au sens du droit des procédures civiles d'exécution, qui définit la créance saisissable comme celle qui est "liquide et exigible"<sup>10</sup>. La dette de responsabilité nécessite donc d'être fixée pour devenir exigible. Et cette fixation passe par le recours à un "geste" supplémentaire: soit celui, *conventionnel*, des intéressés, qui s'accordent sur un montant satisfaisant; soit celui, *juridictionnel*, d'un tribunal, qui dira ce qu'il en est de la valeur des prétentions de chacun. A défaut de détermination du montant, la créance n'est pas exigible, ce qui exclut notamment le recours par la victime au commandement de payer<sup>11</sup>. Cette situation explique également que le point de départ des intérêts de retard majorés ( en dehors du cas du défaut d'offre), ait été fixé par la loi au moment de la détermination du montant de la créance<sup>12</sup>: lorsque c'est une décision qui fixe la créance, les intérêts au taux légal "courent à compter du prononcé du jugement" (article 1153-1 au Code civil, ajouté par l'article 36 de la loi); en cas d'accord transactionnel, et aux termes de l'article 20 de la loi, ces mêmes intérêts courent à l'expiration du délai d'un mois après la fin du délai de dénonciation fixé à l'article 19<sup>13</sup> .

Pour résumer le schéma d'action du règlement des indemnités, on peut dire que *le substrat légal d'allocation de droits est commun* aux deux formes de règlements, et place sur un même plan, du point de vue fonctionnel, la décision judiciaire et l'accord transactionnel, en leur assignant la finalité commune d'assurer la liquidité de la créance. Nous sommes donc loin de l'alternative entre régulation par la loi et

---

<sup>10</sup> Art. 2 de la loi du 9 juillet 1991, relative aux procédures civiles d'exécution.

<sup>11</sup> D'où l'embarras des juges lorsque la victime agit par cette voie pour réclamer les sommes qu'elle estime lui être dues. V. par ex. l'arrêt de la 1ère Chambre Civile du 14 nov. 1995, (pourvoi n° 92-19.673, Lexis), venu après une procédure d'opposition à commandement. La victime réclamait des sommes que contestait l'assureur, et la Cour d'appel avait déclaré l'opposition formée par ce denier recevable et bien-fondée, approuvée par la Cour de cassation sur un motif purement procédural (moyen produit par la victime considéré comme nouveau et mélangé de fait et de droit).

<sup>12</sup> Selon l'article 20 de la loi, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal, majoré de moitié durant deux mois, puis au double du taux légal.

<sup>13</sup> A contrario, lorsque la créance est d'un montant déterminé, les intérêts de retard courent à compter de la sommation de payer. C'est sur cet argument que la Chambre criminelle de la Cour de cassation a considéré que la créance réclamée par l'employeur tiers payeur à l'assureur, "née et déterminée dans son montant antérieurement à toute décision du juge qui se borne à la constater, porte intérêt à compter de la sommation de payer". Crim. 8 fév. 1995, Pourvoi n° 94-80.513, Lexis.



régulation par le marché, chère aux économistes du droit<sup>14</sup>. Ici, le " marché " assurantiel est amené à intervenir sur les mêmes droits, et dans la même configuration, que le juge. L'ordre même des interventions du juge et de l'assureur a été réglé par la loi.

### c- Le réaménagement par la loi du processus d'indemnisation

Considérés sous l'angle des actions à entreprendre, la transaction et le jugement se présentent comme les branches d'une alternative dans le processus de liquidation de la créance. Du côté des sujets intéressés, il s'agit de procéder à un choix en situation d'incertitude. Pour faire emprunt au langage des économistes conventionnalistes, nous dirons qu'il s'agit de traiter de l'incertitude par des personnes ayant des intérêts différents et n'ayant pas a priori de visées communes<sup>15</sup>. Observer des choix implique de prendre en considération l'asymétrie des positions des parties au regard des actions à mener, et de manière plus générale, de tenir compte de la situation d'action. L'incertitude ne peut être traitée en-dehors du couple formé par le "sujet-décideur et son environnement<sup>16</sup>".

L'acceptation de ce cadre d'observation nous conduit à nous démarquer de manière radicale des analyses des choix du "mode de règlement des disputes" que développent les tenants de l'analyse économique des règlements des litiges, dans un contexte nord-américain pour l'essentiel: les parties y sont perçues comme des entités symétriques calculant l'intérêt d'un recours au tribunal sur la base de probabilités subjectives mettant en balance le coût du procès et la valeur attendue de l'indemnité<sup>17</sup>. Si les modèles intègrent dans des proportions variées les caractéristiques subjectives des individus (aversion pour le risque, pessimisme ou optimisme dans les évaluations, asymétrie de l'information<sup>18</sup>, comportements

---

<sup>14</sup> Selon Coase et ses épigones, l'allocation de droits par la négociation est efficace (au sens de l'efficacité économique), chaque fois que les coûts de transaction sont nuls. Mais l'allocation directe de droits par la loi est nécessaire dans certains types de dommages. R. Cooter et Rubinfeld citent à cet égard les accidents de la route : "pour ces accidents, la balance entre le dommage et le coût de leur évitement doit être effectuée par la loi, non le marché (...) dans ce cas, la négociation est inhibée ou bloquée, et les coûts sociaux des dommages doivent être externalisés". R. Cooter et D.L. Rubinfeld, "Economic analysis of legal disputes and their resolution", *Journal of Economic Literature*, vol. 27, 1989, op. cit., p. 1069.

<sup>15</sup> Sur la manière de traiter de l'incertitude en situation asymétrique, v. D. Rivaud-Danset, "Le rationnement du crédit et l'incertitude", *Revue d'économie politique*, n° 2, pp. 223-248.

<sup>16</sup> V. sur ce point les travaux de H. A. Simon, notamment *Reason in human affairs*, Oxford, Basil Blackwell 1983, et de F. H. Knight, *Risk, uncertainty and profit*, Chicago, University of Chicago Press, 1971. Tous deux se sont préoccupés de définir la prise de décision comme procédé de construction d'alternatives dans un monde de rationalité limitée.

<sup>17</sup> Les comportements stratégiques des justiciables ont été principalement analysés par R. Cooter et D.L. Rubinfeld ("Economic analysis of legal disputes and their resolution", *Journal of Economic Literature*, vol. 27, 1989, p. 1067-1097,) et par J. Kennan et R. Wilson ("Bargaining with private information" *Journal of Economic Literature*, vol. 31, 1993, p. 45-104).

<sup>18</sup> Parmi les travaux actuels qui insistent sur le caractère asymétrique de l'information, v. notamment K.E. Spier, "The dynamic of pretrial negotiation", *Review of economic Studies*, (1992), 59, 93--108. Cette étude développe un modèle de négociation séquentielle avec une information asymétrique, allant de la naissance du litige jusqu'à la fin de la procédure, en passant par l'enrôlement de l'affaire.



stratégiques)<sup>19</sup>, ils ignorent presque<sup>20</sup> complètement la construction procédurale des positions des parties qu'opère l'institution juridique.

Dans cette perspective les acteurs (1), pas plus que les décisions à prendre (2), ne peuvent être considérés comme donnés a priori: il nous faut les identifier à partir des cadres légaux.

### 1 - Les acteurs de la prise de décision

Sur qui pèse le choix d'agir? Ou pour le dire autrement, qui, de l'assureur ou de la victime, a intérêt à voir fixer le montant de la réparation? En termes de bénéfice attendu, c'est toujours la victime qui a un intérêt à agir, puisque c'est elle qui est en attente d'obtention d'un règlement, et la contrainte d'action lui incombe au premier chef. Mais cette contrainte "naturelle" a été déplacée par la loi de 1985: en effet, pour combattre l'inertie de l'assureur dans le processus d'indemnisation, la loi a mis à sa charge une offre obligatoire d'indemnité, qui doit être présentée à " la victime qui a subi une atteinte à la personne " (art. L.211-8 du c. Assur.). L'obligation ainsi créée à la charge de l'assureur peut s'analyser comme *une obligation d'entrer dans un processus de négociation avec la victime*. Cette obligation constitue une dérogation au principe général posé par l'article L.124-1 du c. Assur. selon lequel, "dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est faite à l'assuré par le tiers lésé". L'assureur ne peut plus se borner désormais à attendre une réclamation: il doit être actif dans le processus d'indemnisation. Il ne s'agit pas pour autant d'une obligation d'indemnisation: celle-ci serait incompatible avec le jeu des règles de responsabilité, dont l'application peut conduire à la non-indemnisation, au moins pour une partie des victimes. L'obligation en cause consiste en ce fait de *se prononcer* sur une éventuelle indemnisation, et, si le principe en est accepté, de proposer une somme à titre de réparation. Il en résulte que l'obligation pèse sur l'assureur seul, la victime ne perdant pas le droit de saisir le juge, au fond comme en référé, au civil comme au pénal<sup>21</sup>. Du point de vue de l'action, l'initiative revient donc à l'assureur, dans des conditions dont le détail sera étudié ultérieurement.

---

<sup>19</sup> Notamment chez B. Deffains, qui développe différents modèles de stratégies d'offre en fonction de l'information des parties. B. Deffains, "L'analyse économique de la résolution des conflits juridiques", *Revue française d'économie*, 1997, vol. XII, n°3.

<sup>20</sup> Sauf sur le mode prospectif, comme dans la conclusion de R.D. Cooter et D.L. Rubinfeld, op.cit. p. 1094, qui indiquent, parmi les voies de développement du modèle économique des "legal disputes", l'amélioration de la théorie générale de la négociation stratégique" en s'inspirant partiellement du détail de l'institution juridique".

<sup>21</sup> La notice annexée à la première correspondance rappelle opportunément cette possibilité: la victime a ainsi toute latitude "d'introduire devant le tribunal un référé (procédure d'urgence pour obtenir une avance sur indemnité), particulièrement en cas d'inaction persistante de l'assureur du responsable; de faire intervenir le juge en cas de désaccord persistant sur: le taux de responsabilité, le caractère inexcusable d'une faute, le montant de l'offre d'indemnisation; de (se) constituer partie civile ou d'engager une procédure judiciaire à l'encontre des auteurs de l'accident qu'(elles estiment) responsables".



## 2- L'objet de la décision

Quel sera l'objet de cette décision d'action? Il s'agit certes de procéder à un choix de mode de règlement. Mais l'objet de ce choix n'est pas le même pour l'assureur et la victime.

-Pour l'assureur, il s'agit de choisir la *teneur de la proposition à formuler*, laquelle peut consister en un refus d'indemnisation, lorsqu'il s'agit de victimes dont la faute peut être retenue. Mais l'assureur n'a aucun intérêt à agir devant le tribunal. De sorte que si le choix d'un refus de formuler une proposition de règlement transactionnel ouvre la voie à une contestation, ce ne sera pas à ce dernier qu'incombera l'initiative de l'action en justice.

- La position de la victime se présente au contraire comme un choix alternatif entre *l'acceptation* d'un règlement conventionnel, et la *demande de fixation judiciaire* de la créance. Mais des séquences peuvent être envisagées dans le processus de règlement: la victime n'est pas tenue d'attendre les propositions de l'assureur, et peut entamer une procédure, quitte à accepter une transaction en cours d'instance. Elle peut également transiger après l'obtention d'une ordonnance de référé, sans attendre une évaluation judiciaire définitive.

La séquence des actions entre les sujets-décideurs n'est donc pas prédéterminée. Cependant, *l'horizon juridictionnel* est commun aux deux parties, même si la charge du recours est inégalement répartie.

Qui dit prise de décision dit information de l'intéressé sur les avantages comparés de chaque procédé. La question se pose pour l'assureur, comme pour la victime, chacun dans son cadre d'action. Pour les victimes d'accidents, la situation de prise de décision a ceci de particulier qu'elle n'est pas routinière, mais exceptionnelle, et ne permet pas de fonder un choix rationnel sur le jugement et l'expérience, comme c'est le cas pour l'expert, ou l'assureur<sup>22</sup>. La question de l'information des victimes se trouvait placée par là-même au centre des préoccupations d'un législateur qui accordait ouvertement la préférence au mode de règlement transactionnel.

## II- La mise en équivalence des modes de règlement transactionnels et juridictionnels

La comparaison entre modes de règlements a répondu à une attente politique (A), mais sa mise en oeuvre supposait la mise en place de référents communs aux évaluations (B), passant par la création de liens juridiques nouveaux entre transaction et jugement (C).

---

<sup>22</sup> Savage L.J., *The foundations of statistics*, New York, Dover Publications, 1972.



### A- Une attente de comparabilité

La faveur législative ainsi accordée au mode de règlement transactionnel, si elle a été de peu d'incidence sur des pratiques de négociation déjà bien ancrées<sup>23</sup>, a joué un rôle d'opérateur de transformation d'une "norme statistique" (les pratiques d'indemnisation négociées), en "norme juridique", (l'offre transactionnelle), cette dernière placée au même plan que les règlements juridictionnels. *En tant que pratique* en effet, la transaction a largement précédé la loi, ce dont témoignent tant le développement de l'activité conventionnelle sur les règlements amiables, que les données statistiques sur leur mise en oeuvre. Ainsi, les diverses conventions entre assureurs mises en place entre 1968 et 1977 ont permis de régler de manière accélérée et sans procès les sinistres automobiles, et singulièrement les dommages corporels<sup>24</sup>. Dans ce domaine, comme dans d'autres<sup>25</sup>, la loi est venue entériner une pratique existante sans créer le phénomène: même si certains estiment que le contentieux reste trop élevé<sup>26</sup>, il n'en reste pas moins que l'on peut considérer que la transaction est, et a toujours été, la règle en matière d'accident de la circulation, et qu'elle constitue le cadre juridique de référence pour l'indemnisation des victimes.

- *Ce qui est nouveau, c'est de considérer que transaction et jugement doivent s'inscrire dans un espace commun.* Le "geste" législatif déterminant à cet égard a été de rendre comparables deux formes de règlement que tout opposait. Mais cette comparaison faisait naître une ambiguïté, entre le "comparable", au sens de ce qui relève d'un même instrument de mesure, et le "comparable", au sens de ce qui est de valeur proche. Ce glissement était inévitable par la logique même d'un dispositif qui présentait la procédure d'offre d'indemnité comme "le moyen le plus efficace d'accélérer les procédures d'indemnisation". En assurant la *célérité* des règlements, entendue comme l'évitement du recours au juge, le législateur s'engageait parallèlement à assurer l'*égalité des victimes devant la loi*, entendue comme la garantie de l'obtention d'une "équivalence de résultats" entre les procédés conventionnels et juridictionnels. L'idée de la *comparabilité* des indemnisations répondait dès lors à la double nécessité de donner une légitimité aux règlements transactionnels, et d'en encourager la réalisation. Il s'agit en effet d'inciter la victime à accepter les offres qui lui sont faites, sans que pèse sur le règlement ainsi réalisé le soupçon d'une sous-évaluation par rapport à un niveau supposé garanti par le juge. C'est donc le *doute sur la qualité financière de la transaction*, doute

<sup>23</sup> Dans les années 1980, les statistiques des entreprises d'assurances pouvaient ainsi faire apparaître un taux annuel moyen de transactions de 80% pour le règlement des sinistres. Margeat H., "L'indemnisation par l'assurance", in "La loi Badinter, deux ans d'application", *R.G.A.T.*, numéro spécial, 1988, p. 94. Ce sont aujourd'hui des taux de 90% qui sont avancés. Notre recherche nous conduira à différencier ces différents taux en fonction de la gravité des accidents.

<sup>24</sup> La convention IDAC entre assureurs, conclue en 1977, visait à assurer l'indemnisation directe des accidents corporels, sur le modèle de la convention IDA conclue en 1968 pour le règlement des dommages matériels.

<sup>25</sup> Ainsi, la réforme du divorce réalisée par la loi du 11 juillet 1975 est venue aménager la procédure sous la pression du flot croissant des demandes, sans avoir été la cause de cet accroissement, comme on l'affirme souvent. Sur cette question, v. Munoz-Perez B., Rondeau-Rivier M.C., "Une nouvelle phase pour le divorce?", *Données sociales 1990*, I.N.S.E.E, 1990, p. 297.

<sup>26</sup> Lambert-Faivre Y., "Le droit du dommage corporel", Dalloz, 2ème édition 1993, n°538.



imputé à une victime recherchant l'indemnisation maximale, que voulait lever la procédure. Ce raisonnement repose sur une analyse de la position de la victime comme plaideur potentiel, dont les actions incontrôlées seraient susceptibles d'enrayer la machine transactionnelle.

Si cette vision micro-économique du plaideur peut faire songer aux modèles qui ont cours en économie du droit pour "expliquer" les choix d'action que fait le plaideur, sa prise en charge par la loi lui donne une toute autre signification: il s'agit de créer une situation de confiance entre l'assureur et la victime, sur deux points essentiels: un traitement égalitaire des victimes d'accidents, une indemnisation rationnelle et contrôlée. Ainsi, à la différence des modèles micro-économiques, le dispositif mis en place par la loi de 1985 n'est pas "explicatif" ou "descriptif" des choix d'action. Il est *incitatif*, en ce sens qu'il crée les moyens d'un rapprochement entre les indemnisations transactionnelles et les indemnisations judiciaires. Alors que l'économiste abandonne à l'agent rationnel le soin de déterminer son intérêt, en fonction de calculs privés fondés tant sur l'information disponible que sur la croyance, le législateur est intervenu pour allouer aux intéressés une information suffisante pour *le mettre en situation* de procéder à une comparaison. Cette incitation n'est pas allée cependant jusqu'à faire de l'équivalence des résultats une condition de validité des transactions. La loi s'est en effet bornée à retenir le critère de suffisance de l'offre, en prévoyant une sanction *a posteriori* des offres manifestement insuffisantes (art. L.211-14 C. assur.). Mais l'horizon sur lequel se fixent les attentes politiques est bien celui d'un rapprochement maximum. L'objectif assigné à la loi (et à l'aune duquel elle devait être évaluée),<sup>27</sup> était de placer les indemnisations à un même étage, quelle que soit leur source. Dix ans après le vote de la loi, son promoteur, R. Badinter, jugeait la loi selon ce critère, supposé approché, mais non encore satisfait, en l'état des pratiques<sup>28</sup>. De leur côté, les parlementaires se font l'écho de revendications répétées d'ajustement entre les procédés d'indemnisation formés par des groupements de défense des intérêts des victimes. Ces derniers déplorent, (sans du reste indiquer leurs sources), que "les propositions financières d'indemnisation faites aux victimes par les compagnies d'assurance sur la base des dispositions de ladite loi soient trop souvent d'un niveau inférieur à celui qui résulterait de l'utilisation de la voie judiciaire", et suggèrent même qu'"au-delà d'un certain seuil de préjudice à déterminer, les compagnies d'assurance soumettent leurs propositions d'indemnisation au visa préalable du président du tribunal de grande instance concerné"<sup>29</sup>.

C'est dire que la comparaison se situe au coeur de la logique du système d'indemnisation: il s'agit de rendre *comparables* les règlements, pour vérifier s'ils sont de niveau *équivalent*. Pourtant, rien de moins naturel que ce principe de

---

<sup>27</sup> Sur cette préoccupation d'évaluation, inscrite au coeur de nombre de dispositifs nouveaux, v. Jeammaud A., Serverin E., "Évaluer le droit", *D. chr.*, 1992, p.

<sup>28</sup> Robert Badinter, répondant à une question au cours d'un colloque, affirmait que "la transaction devrait être générale, et l'écart se combler avec le judiciaire". "Dixième anniversaire de la loi Badinter. Bilan et perspectives". Colloque organisé à Paris les 8 et 10 juin 1995.

<sup>29</sup> Pour une expression récente de cette attente, voir les questions posées par Ambroise Guellec, n° 13078, *JOAN* du 11 avril 1994, p. 1763, Louis Le Pensec, n° 7842, *JOAN* du 15 novembre 1993, p. 4003, et Charles Miossec, n° 8041 *JOAN* du 15 novembre 1993, p. 4003.



“ comparabilité ”, qui se heurte, dans sa mise en oeuvre à différents obstacles, levés par la loi par des aménagements spécifiques.

*B- Les moyens d'une comparabilité: la construction légale d'un référent commun pour l'évaluation des indemnités "*

Le premier obstacle apporté à la comparabilité tient aux méthodes d'évaluation des préjudices. En effet, dans le droit de la responsabilité civile, aucune méthode n'est imposée au juge, de sorte que manque le référent judiciaire auquel pourraient être rapportés les règlements conventionnels (a).

Sans modifier radicalement cette situation, la loi a rapproché les formes de règlement en construisant un espace d'observation commun, accessible aux différents partenaires intéressés (b).

a- L'absence d'un référent juridique commun en matière d'évaluation judiciaire des préjudices

De l'article 1382 du Code civil, la jurisprudence a tiré le principe d'une *réparation intégrale* du préjudice subi par la victime d'un acte dommageable, "sans qu'il puisse en résulter pour elle ni en appauvrissement ni enrichissement". L'évaluation des réparations doit se faire *in concreto*, c'est-à-dire en considération d'éléments de fait dont l'appréciation est par tradition abandonnée au pouvoir souverain d'appréciation du juge du fond. Il en résulte un principe de personnalisation de la réparation, excluant la référence à des types de préjudice (1), ou à des barèmes prédéterminés (2), ce qui conduit à une grande diversité des pratiques (3).

1- En matière de responsabilité civile, les juges du fond ne sont pas tenus de fournir le détail des évaluations sur lesquelles ils se sont fondés pour fixer les indemnités allouées. Concrètement, une juridiction peut, sans encourir la cassation, allouer un montant global de dommages-intérêts, sans effectuer aucune répartition selon les types de préjudice<sup>30</sup>. La seule contrainte de motivation pesant aujourd'hui sur le juge résulte, non du droit commun, mais de la législation de la sécurité sociale. En effet, depuis une loi du 27 décembre 1973<sup>31</sup>, le juge est tenu d'effectuer la distinction entre les indemnités réparant l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, et les indemnités réparant des préjudices à caractère personnel<sup>32</sup>. Et s'il y

<sup>30</sup> Pour un exemple d'appréciation "in globo", V. Cass. civ. 2ème, 7 mars 1985, Bull. civ. II, n° 62, p. 43.

<sup>31</sup> La loi n° 73-1200 du 27 décembre 1973 excluait le "préjudice d'agrément" de l'assiette du recours exercé par les caisses de sécurité sociale contre le tiers qui avait occasionné un accident à un assuré social.

<sup>32</sup> Cette contrainte résulte aujourd'hui de l'application combinée de l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, énumérant les prestations versées à la victime qui ouvrent droit à recours subrogatoire de la part des organismes prestataires, et des articles L. 376-1 (régime général) et L. 454-1 (accidents du travail) du Code de la sécurité sociale, qui aménagent un recours des caisses contre les



est tenu, c'est en vue de permettre de déterminer l'assiette du recours des organismes sociaux, qui est limitée aux indemnités de la première catégorie.

En pratique, les juridictions effectuent bien des distinctions selon les préjudices, mais sous les appellations les plus diverses, ce qui conduit à des discussions sans fin sur les frontières des dommages ainsi réparés<sup>33</sup>.

2- Parce qu'ils doivent se livrer à une appréciation *in concreto* des dommages, les juges ne peuvent se référer explicitement à un quelconque barème d'évaluation. Le défaut d'appréciation concrète des dommages par le juge du fond qui se réfère à un barème constitue un moyen récurrent de cassation, auquel la Cour ne peut échapper qu'en renvoyant au pouvoir souverain du juge d'apprécier les chefs de préjudice<sup>34</sup>. La situation est donc instable, notamment en matière de mesure de l'incapacité, où l'absence de barème se fait sentir à deux niveaux: en ce qui concerne la mesure du taux d'incapacité ( qui se calcule en nombre de " points "); en ce qui concerne la " valeur " du point d'incapacité ensuite. Si des barèmes médicaux d'incapacité de travail existent bien en matière d'accidents du travail (art. R. 434-35 Code séc. soc.<sup>35</sup>), c'est en raison du caractère forfaitaire de la réparation propre à ce domaine, et ils ne sont, de ce fait, pas transposables au cas des accidents de droit commun. *En principe donc, les juges restent libres d'évaluer à la fois le taux d'incapacité, et le prix de la réparation des dommages causés à l'intégrité physique de la personne.*

En pratique, un début d'unification a été réalisé, par un double procédé. D'abord, le recours par les médecins experts à des barèmes médicaux disponibles depuis juin 1982<sup>36</sup>. Ensuite, par l'usage d'une méthode d'évaluation dite "au point", implicitement admise par la Cour de cassation<sup>37</sup>, consistant à déterminer la valeur du point d'IPP par référence aux décisions judiciaires rendues dans le ressort d'une cour d'appel. La méthode consiste à diviser le montant des sommes allouées par les

---

tiers " à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elles endurées et au préjudice esthétique et d'agrément".

<sup>33</sup> Pour une énumération (simplement indicative), des appellations en usage devant les cours d'appel, v. Y. Lambert Faivre, *Le droit du dommage corporel*, Dalloz, 2ème édition, 1993, notamment les n°s 86 à 147.

<sup>34</sup>A titre purement illustratif de ce raisonnement, on se reportera à l'arrêt de la Deuxième Chambre civile du 3 décembre 1997, qui écarte le grief tiré d'une violation des articles 5 et 1382 du Code civil par le juge du fond qui a "considéré que le montant de l'incapacité permanente partielle était conforme à ce qui se fait habituellement en la matière", en renvoyant "à l'exercice du pouvoir souverain d'appréciation de la cour d'appel", ajoutant que cette dernière avait tenu compte dans sa motivation "de la situation concrète, personnelle, et individuelle de la victime". Civ. 2ème, pourvoi n°96-11.046, Lexis.

<sup>35</sup> Selon ce texte, l'existence d'une incapacité permanente est appréciée en référence à un barème indicatif d'invalidité, annexé au Livre IV du code de la sécurité sociale relatif aux accidents du travail.

<sup>36</sup> Un barème médical indicatif des incapacités en droit commun a été publié en juin 1982, suivi en juin 1991 par un barème de même nature produit à l'initiative d'une association de médecine légale.

<sup>37</sup> Cass. Soc. 12 décembre 1953, Bull. civ. IV n° 1358 p. 1044.



juges au titre de la réparation du dommage physique, par le taux d'incapacité déterminé par l'expertise, estimé en pourcentage. Il en résulte une évaluation *a posteriori* de la valeur du point, fondée sur des pratiques judiciaires localisées, et donc par nature diversifiées. Rien d'étonnant donc à ce qu'aient été constatés des écarts considérables entre les cours d'appel, allant de 240 % en 1968 à 60% aujourd'hui<sup>38</sup>.

3- Certes, les efforts convergent aujourd'hui pour introduire des principes directeurs dans l'évaluation des dommages corporels, tant sur la nécessité d'effectuer des distinctions selon les préjudices, que sur l'établissement de barèmes. C'est ainsi que la Résolution 75 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès, indiquait que "dans la mesure du possible, le jugement doit mentionner le détail des indemnités accordées au titre des différents chefs de préjudice subis par la victime"<sup>39</sup>. De même, la perspective d'harmonisation était au principe des travaux de la commission présidée par le président P. Bellet, chargée d'établir des bases d'évaluation communes des différents chefs d'indemnisation des victimes<sup>40</sup>. Mais il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, devant les tribunaux, de tels instruments ne sont pas disponibles, et que l'indemnisation des victimes ne répond pas à des principes communs.

Comment, dès lors, rendre comparables les règlements judiciaires et transactionnels, alors que manque un instrument d'harmonisation des pratiques juridictionnelles elles-mêmes?

#### b- La construction d'un référent statistique commun aux divers procédés de règlement

La connaissance du montant des indemnités accordées par les juridictions était assurée depuis de nombreuses années par les revues juridiques, et a même été au principe du développement des premières banques de données des décisions des juridictions du fond. Rien de tel n'existait pour les règlements contractuels, qui ne sont pas soumis au principe de publicité de la justice. Pour rendre comparables les règlements, la loi a construit un espace d'information commun, en créant un "Fichier national des personnes indemnisées", où doivent figurer les montants d'indemnités *résultant tant des décisions que des transactions*. Cette obligation d'information a été inscrite dans la lettre de la loi. L'article 26 de la loi du 5 juillet 1985 (codifié sous l'article L.211-23 c. Assur.), indique que, "sous le contrôle de l'autorité publique, une publication périodique rend compte des indemnités fixées par les jugements et les transactions". La mise en place du "Fichier national des

<sup>38</sup> H. Margeat, préface à l'ouvrage de M. Le Roy, *L'évaluation du préjudice corporel*, Litec, 1993, p. XVI.

<sup>39</sup> Article 3 du 1° de la résolution, adoptée par le Conseil des ministres le 14 mars 1975, lors de la 243ème réunion des délégués des ministres.

<sup>40</sup> V. le rapport remis en mars 1982, "Réforme du droit de la responsabilité civile en matière d'accidents de la circulation routière", et notamment le chapitre III consacré au montant de l'indemnité des victimes". Ce rapport proposait d'assurer "la certitude de l'égalité devant la loi en établissant une table nationale de valeur du point d'incapacité".



personnes indemnisées" allouées aux victimes d'accident de la circulation<sup>41</sup>, et sa mise à disposition sur minitel depuis 1989, ont fourni le support de l'information. C'est à ce fichier que renvoient les réponses ministérielles chaque fois que se manifeste une inquiétude sur la valeur des indemnités proposées<sup>42</sup>. Mais cette démarche est purement incitative. Il ne s'agit pas de garantir un niveau d'indemnisation à la victime, mais seulement de lui assurer la disponibilité de l'information, lui laissant le soin de juger elle-même de la valeur des règlements qui lui sont proposés.

La légitimité du dispositif dépend donc largement de la qualité de l'information, et c'est bien là le point fragile du processus, sur lequel se concentrent les critiques. Les spécialistes du domaine reprochent notamment, au fichier son manque de transparence sur la répartition des différents préjudices, (préjudices économiques et moraux), ainsi que le caractère obsolète de la référence au taux d'IPP<sup>43</sup>. Et cependant, malgré ses insuffisances, le processus de rationalisation de la transaction n'a jamais été aussi poussé aussi loin qu'avec la loi de 1985.

### *C- La construction juridique d'une rationalité commune aux différents types de règlements*

Au-delà de la difficulté à rendre comparables les évaluations, le rapprochement entre ces deux formes de règlement n'allait pas de soi, en raison de la différence entre les opérations juridiques qui commandent chacun des procédés (a). Il y avait là distance à combler, ce qui fut fait par un aménagement spécifique du droit de la transaction (b).

#### a- La distance entre le droit commun de la transaction et le jugement

Le contrat de transaction, tel que le règlent les articles 2044 et suivants Code civ., est indifférent à l'ampleur des abandons concédés par chacune des parties (1). Mais l'existence de tels abandons conditionne néanmoins la validité du contrat (2). Une fois la transaction conclue, les droits engagés dans le litige s'en trouvent affectés, par la perte du droit d'action de celui qui les réclamerait en justice (2).

1- Alors que le juge " tranche le litige conformément aux règles de droit qui lui sont applicables " (art. 12 Nouv. C. pr. Civ.), les parties à la transaction sont libres de régler leur différend par tous moyens, et ne peuvent "l'attaquer pour cause d'erreur de droit, ni pour cause de lésion" (art. 2052 al. 2 C. civ). Si la transaction

<sup>41</sup> Ce fichier est géré par l'Association pour la gestion de l'information sur le risque automobile (AGIRA). Nous reviendrons dans la deuxième partie de cette étude sur la structure de ce fichier.

<sup>42</sup> V. à titre d'exemple la réponse du Ministre des finances en date du 15 février 1993 (J.O. débats AN du 15 février 1993, p. 53456), renvoyant les victimes à la consultation "par Minitel, 3515 code AGIRA, du fichier national des victimes indemnisées (...)" pour leur permettre " de visualiser instantanément les montants des diverses indemnités allouées dans des cas comparables aux leurs".

<sup>43</sup> Lambert-Faivre Y., *Le droit du dommage corporel*, Dalloz, 2ème édition 1993, op. cit., n° 96 et 169. Selon l'auteur, "le système du calcul au point perdu pour l'IPP, encouragé par les publications statistiques qui continuent la routine" (p. 103).



porte bien sur des droits, l'erreur commise sur ces droits, et surtout, comme dans le cas de la réparation des dommages corporels, sur leur valeur, ne constitue pas une cause de nullité. *Le droit classique de la transaction n'implique donc nullement que les parties obtiennent l'intégralité de ce à quoi elles pouvaient prétendre.*

2- A considérer d'autres dispositions de ce contrat, on peut même affirmer qu'une telle exigence *est au contraire exclue*. On songera au critère de "réciprocité des concessions", oublié par le Code civil, mais utilement rappelé par la jurisprudence<sup>44</sup>, qui s'entend comme une exigence pour chacune des parties d'abandonner une partie de ses droits. Dans la conception des auteurs du code civil, s'il n'était pas nécessaire que les concessions aient une valeur économique identique, il étaient indispensable qu'elles coexistent<sup>45</sup>. Interprétée dans un tout autre contexte, celui des transactions sur les conséquences de la rupture du contrat de travail, l'existence d'une réciprocité des concessions fait aujourd'hui un examen minutieux des droits engagés dans les litiges. Si on faisait une application en l'état de cette disposition au règlement des conséquences d'accidents de la circulation, il en résulterait que la victime serait tenue d'accepter une réparation réduite de son dommage, en contrepartie d'un règlement immédiat. Faute de quoi manquerait la part du droit qu'elle concéderait à l'assureur.

3- Le droit commun de la transaction exclut également un retour "efficace" devant le juge, par lequel pourraient être contestées les évaluations faites dans le cadre contractuel. Ce retour est écarté par un effet spécifique de la transaction, l'autorité de chose jugée qui s'y attache. La transaction tient en effet de l'article 2052 C. civ. une autorité homologue à celle du jugement: "les transactions ont, entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort". L'étendue de cet effet est à rechercher dans l'article 1351 C. civ., exigeant que " la chose demandée soit la même; que la demande soit fondée sur la même cause; que la demande soit entre les mêmes parties, et formée par elles et contre elles en la même qualité". Procéduralement, cette autorité de chose jugée se traduit par une fin de non-recevoir, c'est-à-dire un moyen tendant à faire déclarer une demande irrecevable, sans examen au fond, (article 122 du Nouv. c. pr. c.)<sup>46</sup>. Dans le cadre de cette triple identité, les parties ne pourront plus être entendues par le juge, et par voie de conséquence, les évaluations faites ne pourront plus faire l'objet d'un nouvel examen. L'autorité de chose jugée, jointe au nombre réduit des causes de nullité, limite donc le retour efficace au juge, et par là même, les sources de débats sur les bases de calcul des transactions.

---

<sup>44</sup> Si le Code civil ne comporte pas aujourd'hui cette mention, c'est en raison d'un oubli, que la jurisprudence a réparé dès le début du siècle.

<sup>45</sup> Selon Troplong, "une des parties peut renoncer à la totalité de ses prétentions, tandis que l'autre ne fait qu'un abandon restreint de ses droit; l'une peut même abandonner beaucoup pour peu recevoir (...). Mais ce point accordé, il n'en n'est pas moins certain que si la renonciation de l'un des contractants n'avait pas un corrélatif dans un sacrifice quelconque fait par l'autre, le contrat serait autre chose qu'une transaction". Troplong, *Du cautionnement et des transactions: commentaire des titres XIV et XV et du Livre III du Code civil*, Paris, Charles Hingray éd., 1846, p. 562-563.

<sup>46</sup> L'article 122 du Nouv. c.pr. c. définit la fin de non-recevoir comme "tout moyen qui tend à faire déclarer l'adversaire irrecevable dans sa demande, sans examen au fond, pour défaut de droit d'agir, tel le défaut de qualité, le défaut d'intérêt, la prescription, le délai préfix, la chose jugée".



Tout, dans le droit commun de la transaction, *fait donc obstacle à une attente d'équivalence* avec les règlements juridictionnels. Pour lever cet obstacle, il fallait procéder à un réaménagement en profondeur de ce contrat, pour l'ajuster au droit de l'indemnisation.

#### b- La réduction de la distance entre la transaction de la loi de 1985 et le jugement

L'étape essentielle du processus de rationalisation a consisté à aligner les procédés rédactionnels des transactions sur ceux du jugement (1). Les sanctions prévues en cas d'insuffisance ou d'absence de l'offre ont complété le processus (2).

##### 1- Des règlements également motivés

De fait, en imposant une exigence de motivation dans la présentation de l'offre, la loi donnait au projet de transaction une forme quasi-juridictionnelle. Si l'assureur reconnaît, en tout ou partie, un droit à indemnité de la victime, il doit lui fournir les *bases du calcul de l'indemnité*. L'article R. 211-40 al. 1 C. assur. précise que l'offre doit indiquer "...l'évaluation de chaque chef de préjudice, les créances de chaque tiers payeur et les sommes qui reviennent au bénéficiaire", et qu'elle doit être "accompagnée de la copie des décomptes produits par les tiers payeurs". Si une limitation d'indemnisation est invoquée, elle doit être motivée, tout comme l'exclusion. Cette présentation de l'offre suppose que la détermination du montant de l'indemnité revenant à la victime soit le résultat *d'un calcul*, et non d'une appréciation forfaitaire, comme il est fréquent d'en rencontrer dans d'autres paratitres transactionnelles<sup>47</sup>. Pour que ce calcul puisse s'effectuer, les différents préjudices doivent être ventilés. De plus, en ce qui concerne le préjudice corporel, la référence aux tiers payeurs suppose que soient adoptés le procédé de fixation de l'indemnité par déduction, issu des principes de recours de la sécurité sociale. En effet, le calcul des sommes revenant à la victime au titre de ce préjudice s'effectue par déduction du total de l'indemnité réparant le préjudice corporel de la victime, de celles des sommes versées par les tiers payeurs pour lesquelles le recours subrogatoire est autorisé, dans la mesure où ces sommes ont contribué à réparer le préjudice corporel subi par la victime. (article R. 211-40 al. 1 C. assur). Par application du même principe de réparation intégrale du préjudice, lequel s'impose au juge (tout le préjudice, mais rien que le préjudice...), la victime ne peut percevoir, au titre de ce type de dommages, qu'une *indemnité résiduelle*, résultant de la différence entre ce qu'elle a déjà perçu de la part des différents organismes payeurs, et le dommage subi.

C'est bien sur ce principe de calcul rationnel que repose le dispositif d'offre, ce qui suppose que la *somme proposée ne subisse aucune réduction*, et soit intégralement versée à la victime. Le modèle de calcul proposé *exclut donc toute appréciation forfaitaire de l'indemnité*, et place l'assureur dans la même position que le juge.

---

<sup>47</sup> On se reportera à cet égard à nos observations d'interactions de conciliation sur différents terrains (judiciaire et extrajudiciaire), d'où il résultait que nombre d'entre elles se réalisaient de manière forfaitaire, c'est-à-dire sans aucune justification des réductions et renonciations effectuées. E. Serverin et alii, *La conciliation et le traitement non juridictionnel des conflits privés*, rapport de recherche pour le Commissariat général du Plan, Ronéo, Saint-Étienne, octobre 1985, p. 254.



De la combinaison des règles du code civil sur la transaction (art. 2044 à 2058 C. Civ.), et du code des assurances, régissant l'offre d'indemnisation, (art. L.211-8 à L.211-25 du C. Assur.) s'évince un cadre juridique renouvelé, à l'intérieur duquel les évaluations de l'assureur se trouveront soumises à un principe commun.

## 2- Des évaluations juridiquement contrôlées

Dans le processus fort élaboré de l'offre d'indemnité, que nous analyserons plus en détail ultérieurement, deux techniques sont à retenir, qui tendent à rendre commensurables règlements transactionnels et juridictionnels.

- Le procédé le plus significatif est celui de l'instauration d'une sanction *a posteriori* en cas d'offre manifestement insuffisante (art. L.211-14 C. assur.). Destinée à sanctionner les excès, cette disposition n'est pas en tant que telle ajustée à un contrôle de l'équilibre du contrat. Mais même délicat à manier, et même si la Cour de cassation n'a jamais eu à contrôler la manière dont les juges du fond appréciaient l'insuffisance de l'offre, *ce critère négatif* contribue à construire un horizon d'évaluation commun, en traçant les limites de la variation légitime des évaluations.

- Le second procédé notable est celui de la sanction pécuniaire du défaut d'offre dans un délai de huit mois. L'article L. 211-13 du Code des assurances assortit ce défaut d'offre d'une pénalité, consistant en un versement d'intérêts majorés au double sur le montant de l'indemnité, à compter de l'expiration du délai jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenu définitif. Cette disposition, cohérente avec l'instauration d'une obligation d'offre à la charge de l'assureur, a également pour effet de mettre au jour l'opération d'évaluation qui sous-tend cette offre.

-Par la seule force du processus de comparaison, un lien étroit s'établit entre le calcul judiciaire et le calcul transactionnel. Cette évolution est remarquable pour l'économie de la transaction, dont la figure a été profondément remaniée par la loi de 1985. Qu'on approuve ou non cet infléchissement, on doit admettre que les règlements non juridictionnels intervenant dans ce domaine sont aujourd'hui soumis à une *logique de la comparaison* avec la décision juridictionnelle. Et toute recherche de terrain menée sur les indemnisations se trouve inscrite dans le cadre d'action ainsi tracé.

### III- Une recherche à mener dans un cadre soumis à la contrainte de comparaison

La demande d'évaluation des pratiques d'indemnisation, induite par la loi de 1985, s'est manifestée rapidement après l'entrée en vigueur de la loi. La mise en place du fichier des indemnités notamment, qui n'a été effective qu'à compter du 1er janvier 1988, était très attendue<sup>48</sup>. Mais les inquiétudes suscitées n'ont pas été

---

<sup>48</sup> V. par ex. la question écrite du 13 oct. 1988 au Ministère de la Justice, attendant de ce fichier qu'il conduise à une normalisation des décisions. (J.O. Sénat du 15 déc. 1988, p. 1435), ou celle du 15 mai 1989, adressée au même ministère, affirmant que cette publication "est de la plus grande importance pour connaître les effets de la loi sur la situation des victimes d'accident" (J.O. A.N. du 17 juillet 1989, p. 3250).



apaisées par les multiples réponses ministérielles. La raison en tient essentiellement à l'ambiguïté du dispositif juridique, que nous venons de souligner: si celui-ci assure les termes de la comparabilité entre les modes de règlement, il n'en garantit nullement l'égalité, celle précisément que réclament les victimes d'accidents. Mais il n'en reste pas moins que la promesse d'une égalisation des situations se profile derrière la mise en comparaison des indemnités, et c'est le respect de cet engagement qui est attendu.

Il était donc inévitable qu'une demande de recherche soit formulée en ce sens, surtout après la constatation de l'inadaptation du fichier des indemnités (dont telle n'était pas la finalité), à répondre à des questions d'évaluation d'un dispositif. Mais y répondre avec une préoccupation de recherche, et non dans le seul souci de satisfaire une demande, impliquait de redéfinir un questionnement propre (A), en vue de déterminer quelles actions devaient être observées (B). Trois directions ont été suivies, qui constituent les parties du présent rapport (C).

#### *A- L'élaboration d'une problématique*

L'équipe sollicitée pour répondre à la demande d'enquête (a) a proposé de redéfinir les termes de l'interrogation, pour l'insérer dans un cadre théorique renouvelé (b).

##### a- Une équipe pour une recherche

Sollicité en 1992 par Direction des Affaires civiles et du Sceau pour concevoir une recherche sur les pratiques transactionnelles, le Centre de Recherche Critiques sur le droit de l'Université de Saint-Etienne (CERCRID), proposait de réaliser dans un premier temps une étude préliminaire sur la question. Cette équipe avait en effet rassemblé un corpus de connaissances, tant empiriques que théoriques, sur les procédés de règlements non-juridictionnels des litiges, à la suite d'une première recherche réalisée pour le Commissariat Général au plan<sup>49</sup>, elle-même suivie d'une publication plus générale sur la transaction<sup>50</sup>. Intitulé "La place de la transaction dans l'indemnisation des dommages corporels résultant d'accidents de la circulation", un premier rapport concluait à la nécessité de réaliser une enquête de terrain sur les dossiers de sinistres traités par les assureurs<sup>51</sup>. La Direction générale de l'administration et de l'Équipement du Ministère de la justice acceptait d'en

---

<sup>49</sup> E. Serverin et alii, *La conciliation et le traitement non juridictionnel des conflits privés*, op.cit, p. 254.

<sup>50</sup> Serverin E., Lascoumes P., Lambert P., *Transactions et pratiques transactionnelles*, Economica, 1987.

<sup>51</sup> Le rapport de préenquête a été rédigé par E. Serverin. En raison du rôle important que cette étude a joué dans la mise en place de l'enquête de terrain, les données collectées dans ce cadre ont été reprises dans la première partie du présent rapport, après mise à jour.



financer la réalisation, qui était confiée à la même équipe par une convention d'études signée en octobre 1994<sup>52</sup>.

Mais à quelles questions devait répondre cette enquête?

#### b- Un questionnement à préciser

Observer la transaction dans le contexte du règlement des accidents de la circulation, impliquait d'accepter la *logique de la comparaison* comme un fait résultant de la loi.. Mais il n'en allait pas de même de *l'attente d'équivalence des résultats* entre les procédés de règlement, simple directive d'action qui n'était pas en elle-même évaluable. Autrement dit, l'objectif de la recherche ne pouvait pas être de procéder à une évaluation du dispositif à l'aide d'un critère purement quantitatif de mesure de la divergence entre les règlements, même s'il est clair que cette attente était, en partie au moins, au principe de la demande d'enquête. *Ce dont il fallait prendre la mesure, c'est de la manière dont, dans un espace soumis à l'exigence de comparaison, se coordonnent les actions, a priori antinomiques, du juge et de l'assureur.* Au-delà, c'est l'aptitude de la procédure à produire une telle coordination, dans un espace d'actions orientées vers le règlement transactionnel des conséquences des accidents, qui devait être mesurée.

La première étape a consisté à identifier le *meilleur espace d'observation possible* pour l'approche des actions coordonnées par le dispositif légal. De l'analyse qui précède, il résulte que le processus accorde la place essentielle à l'assureur de responsabilité, sur lequel repose la charge de la gestion des dossiers d'accidents de la circulation. Comparer les formes de règlement revenait dès lors à étudier les *conditions de mise en oeuvre, par les assureurs du risque automobile, de la procédure d'offre d'indemnité* à l'égard des tiers victimes d'accidents corporels de la circulation, dans le contexte d'application des articles 12 à 17 de la loi du 5 juillet 1985<sup>53</sup>. Aux termes de ces dispositions, l'assureur de responsabilité du conducteur d'un véhicule terrestre à moteur impliqué dans un accident de la circulation, est tenu de diligenter une procédure d'offre d'indemnité à l'égard des *tiers victimes* de cet accident. La définition du *tiers victime* s'entend dans les termes très larges de l'article L.211-1 du Code des assurances, soit de toute victime piéton, cycliste, passager du véhicule assuré (même membres de la famille) ou d'un véhicule adverse, conducteur d'un véhicule adverse, hormis le conducteur lui-même.

Seule cette procédure d'offre doit être étudiée, à l'exclusion des autres sources d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation. Il s'agit donc de se situer dans le cadre spécifique de l'intervention de l'assureur de responsabilité dans lequel ce dernier est invité à régler la *dette de responsabilité* du conducteur de véhicule contractée à l'égard d'un tiers victime. Sont donc exclues les indemnisations

---

<sup>52</sup> Convention passée entre par la Sous-Direction de la statistique des études et de la documentation et le Président de l'Université de Saint-Étienne pour le CERCRID. L'étude a été placée sous la responsabilité scientifique de E. Serverin, Directeur de recherche au CNRS, avec le soutien de B. Munoz-Perez, responsable de la Cellule Études de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau.

<sup>53</sup> Codifiés aux articles L.211-9 à L.211-24 du Code des assurances.



effectuées en application de conventions qui ont pu être conclues par la victime avec un assureur: assurances de personnes (assurance vie, assurances accidents corporels), application de clauses spécifiques des contrats d'assurance automobile à caractère hybride (assurance avance-recours visant à indemniser l'assuré en fonction du dommage subi<sup>54</sup>). Les accidents corporels de la circulation faisant application exclusive de ces dernières garanties n'ont pas à être prises en compte pour la recherche. Malgré l'intérêt qui y est aujourd'hui attaché, notamment pour pallier les limites du régime de responsabilité<sup>55</sup>, leur mise en oeuvre relève d'une logique contractuelle dans laquelle la transaction n'occupe pas de place. Notre objectif n'est pas de déterminer *dans quelle mesure* les victimes d'accident de la circulation sont indemnisées, à un titre ou à un autre, mais dans *quelles conditions* se déroule la procédure spécifique d'offre d'indemnité.

### *B- Des actions à observer*

La procédure d'offre d'indemnité doit faire l'objet d'une observation dans tous ses éléments, ce qui inclut à la fois les opérations *d'évaluation de l'existence d'une dette de responsabilité*, et de *calcul des indemnités* (a). C'est dire que l'état du droit de référence joue un rôle central dans la manière dont sont réalisées ces évaluations, ce qui inscrit l'analyse de la règle au centre de l'observation (b).

#### a- Observer des actions d'évaluation

Malgré son intitulé général "d'offre d'indemnité", qui peut laisser croire à l'automatisme d'une réparation, cette procédure implique de la part de l'assureur bien plus qu'une simple opération d'évaluation des préjudices et de règlement des indemnités. Il s'agit d'une véritable démarche de *qualification*. L'assureur sollicité sur le fondement de la loi de 1985 ne procédera aux évaluations requises que dans la mesure où il estime que *la dette de responsabilité existe*, c'est-à-dire dans les cas où, selon lui, la victime n'a pas commis de faute (simple, inexcusable, ou volontaire selon qu'il s'agit de conducteurs, de non conducteurs, ou de personnes protégées) qui viendrait réduire (si la faute est la cause non exclusive), ou supprimer (si la faute est la cause exclusive), son droit à indemnité. Le caractère nécessaire de cette qualification préalable est reconnu par le dispositif juridique lui-même: l'article R.211-40 al.2 du code des assurances précise qu'en cas *d'exclusion d'indemnisation*, l'assureur n'est pas tenu de fournir les évaluations, détails de créances des tiers payeurs, et copies des décomptes, requises pour la formulation de l'offre.

Mais comment l'assureur procédera-t-il à cette qualification?

---

<sup>54</sup> Lorsque ce type de garantie est assorti d'une clause de subrogation, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre l'auteur de l'accident, s'il en existe un (art. 33 al.3 loi du 5 juill.1985).

<sup>55</sup> Le Ministère des finances (J.O.A.N du 5 décembre 1994, p. 6040), répondait au grief de retard pris dans les indemnisations que "la meilleure réponse au souci d'indemnisation rapide consiste en un effort de prévoyance individuelle, par le biais de la souscription de contrats d'assurance "accidents corporels".



b- Observer des actions juridiquement situées

Les actions d'évaluation accomplies par les différentes parties ne sont pas arbitraires. Elles s'inscrivent dans un cadre juridique complexe, composé du droit spécifique issu de la loi de 1985, du droit de la sécurité sociale, du droit commun de la transaction, du droit des assurances, sans oublier le jeu des diverses conventions qui déterminent pour une part les évaluations. Indemniser requiert au surplus de l'assureur une attention constante portée à l'état de la jurisprudence sur l'étendue du droit de la réparation. Contrairement à ce qu'une vision simpliste de l'économie du droit tendrait à faire accroire, le droit de la responsabilité et le droit de l'assurance ne s'excluent nullement<sup>56</sup>: les assureurs prennent appui sur l'état du droit de la responsabilité, non seulement pour fixer le niveau des primes d'assurances, mais aussi pour déterminer les fautes dans chaque cas, et en déduire l'étendue du droit à indemnité des victimes.

Et cette jurisprudence est en constante évolution, notamment sous la pression des assureurs qui voudraient voir restreindre au maximum les droits des victimes auxquelles les fautes peuvent être opposées.

C'est notamment à l'égard de conducteurs victimes dans des collisions, que la jurisprudence est aujourd'hui la plus mouvementée. Dans ce domaine, à partir de 1993, la Deuxième Chambre civile de la Cour de cassation développait une jurisprudence déniait tout *droit d'agir* au conducteur auquel peuvent être reprochées des fautes, en l'absence de *faute prouvée* contre le conducteur du véhicule impliqué<sup>57</sup>. Cette formulation très restrictive faisait suite à des arrêts antérieurs qui affirmaient déjà le principe de non indemnisation du conducteur victime qui a commis une faute, sans faute prouvée du conducteur adverse<sup>58</sup>. La Chambre

---

<sup>56</sup> V. sur ce point B. Lemennicier, qui affirme que les économistes "préfèrent l'assurance à la réglementation ou au système de responsabilité civile". Selon cet auteur, c'est à l'assureur de déterminer le niveau de précautions à attendre des intéressés, et donc à exercer une police des comportements, et non à la loi. La loi dite "Badinter" se voit notamment critiquée en raison de son but qui serait de "réaliser une assurance tous risques pour les victimes", avec pour effet négatif "d'interférer avec l'ordre spontané du marché de l'assurance et de détruire le système des prix de l'assureur" B. Lemennicier, *Economie du droit*, Théories économiques, éd. Cujas, 1991, p.118-119.

<sup>57</sup> Selon cette jurisprudence de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, la seule preuve de l'implication d'un véhicule dans un accident ne suffisait plus à ouvrir le droit à indemnisation pour conducteurs. Il était ainsi affirmé que "la victime conducteur d'un véhicule impliqué dans un accident qui a commis une faute ne disposait pas d'action contre le conducteur qui n'en a commis aucune". Voir Civ. 2, 24 nov. 1993, pourvoi n°92-12.350, Bull., Lexis. Cette formulation était reprise ensuite de manière ininterrompue dans de très nombreux arrêts jusqu'à l'arrêt de la Chambre mixte du 28 mars 1997. Pour une dernière application de cette formulation, v.Civ. 2, 19 février 1997, pourvoi n°95-15.888, Lexis "aucune faute n'ayant été retenue à la charge de l'autre conducteur, Mme E.avait commis une faute excluant l'indemnisation des ayants-droits".

<sup>58</sup> Cette jurisprudence, qui se fondait sur l'appréciation causale de l'accident, se faisait jour au lendemain de la loi, avec un arrêt de cette même chambre du 28 avril 1986, (pourvoi n°85-11.734, Lexis), intervenu dans l'hypothèse d'une collision à une intersection. Elle s'appliquait également au cas de recours subrogatoire (Civ. 2, 17 mars 1993, pourvoi n°91-16.244., Bull., Lexis).



Criminelle maintenait cependant l'examen de la seule faute du conducteur victime pour apprécier l'indemnisation<sup>59</sup>.

-Depuis l'arrêt de la Chambre mixte du 28 mars 1997<sup>60</sup>, l'absence de faute de l'autre conducteur ne conduit plus nécessairement à la privation totale de toute indemnisation du conducteur victime. Mais elle ne lui garantit pas pour autant une telle indemnisation, qui dépend toujours de l'appréciation des fautes, dont le même arrêt confie l'appréciation souveraine au juge du fond. Aujourd'hui encore, les victimes-conducteurs se trouvent placées juridiquement dans une situation plus défavorable que les autres victimes: la simple preuve de l'implication du véhicule est insuffisante à leur assurer une indemnisation, même partielle, en présence d'une faute de leur part.

On voit donc que, du côté de l'assureur, la formation d'une offre va nécessiter l'accomplissement d'une succession d'évaluations complexes et coordonnées: les opérations d'appréciation des *fautes commises par les victimes, de leur lien avec l'accident*, vont se combiner avec les *opérations d'évaluation des préjudices* proprement dites. Si les questions d'évaluation des dommages présentent un intérêt, c'est à condition de les mettre en perspective avec les *procédures d'évaluation des fautes* que la loi a, implicitement, mais certainement, confiées à l'assureur.

Or les études menées jusqu'alors<sup>61</sup>, ainsi que les griefs formés par les associations de victimes à l'encontre de cette procédure<sup>62</sup>, se sont centrées sur les questions d'évaluation des dommages, négligeant les conditions, pourtant préalables, d'appréciation des fautes et de l'existence d'une implication des véhicules. Cet élément de la pratique d'évaluation des assureurs est la plus méconnue du dispositif d'offre, alors même qu'elle est essentielle à la mesure du rôle joué par ce dispositif dans la réparation des dommages<sup>63</sup>.

---

<sup>59</sup> Crim. 22 mai 1996, *D.*1997, Jur.p.138, note Chabas.

<sup>60</sup>Ch. Mixte du 28 mars 1997, *D.* 1997, jur.p.294, note Groutel.

<sup>61</sup>Ainsi l'étude de M.Quenillet-Bourrié, "L'évaluation monétaire du préjudice corporel: pratique judiciaire et données transactionnelles", *JCP* 1995, éd.G., n°3818, compare transactions et arrêts d'appel sur une même année de référence. Cette étude soulève des objections de méthode, dans la mesure où elle place sur un même plan des arrêts sélectionnés issus d'une banque de données juridiques, et des transactions relevées à partir du fichier AGIRA, postulant ainsi l'homogénéité de structure entre les affaires traitées judiciairement et transactionnellement. Nos propres observations nous incitent à mettre en doute l'existence d'une telle homogénéité.

<sup>62</sup>Le courrier reçu par le Bureau de la protection des victimes du Ministère de la Justice, et les questions parlementaires en témoignent: ce sont les expertises et le chiffrage du préjudice qui sont contestés, la loi étant perçue comme une loi d'indemnisation, assurant une réparation à toutes les victimes d'accident. V. parmi les manifestations les plus récentes, la question écrite n°13078, du 11 avril 1994, adressée par M.A.Guellec au Ministre de la Justice.

<sup>63</sup>En économie du droit de la responsabilité, cette dimension indemnitaire a seule été retenue, avec pour conclusion que "l'assurance tous risques pour la victime (...), entraîne des effets pervers, comme d'accroître le nombre d'accidents mortels". (B. Lemennicier, *Economie du droit*, op. cit., p. 119). Cette conclusion, évidemment erronée au regard de l'évolution du nombre de ces accidents, en



### *C - Un plan d'exposition pour la recherche*

La conception de l'enquête se trouvait clairement orientée vers l'exploration d'un espace d'actions, et l'analyse même des résultats ne pouvait prendre sens que dans cet espace. Même si les résultats constitue le noyau dur du présent rapport, il n'est pas paru souhaitable de faire l'économie d'une présentation de ce qui en est l'enveloppe conceptuelle.

- Une *première partie sera consacrée à l'analyse de ce cadre*, menée cependant dans une perspective particulière, que l'on pourrait qualifier de "procédurale" : identification des acteurs, des actions, et des séquences d'action, produits par les règles (Chapitre I); détermination de la portée des règlements transactionnels (Chapitre II).

- Une *deuxième partie* nous amènera à *opérationnaliser ce cadre*, étape intermédiaire de la collecte de données, et consistant, après évaluation des informations fournies par les sources disponibles sur la population concernée par la procédure d'offre (Chapitre I), à concevoir un plan de sondage sur les dossiers d'assurance (Chapitre II).

- La *troisième partie* développera les principaux résultats issus de l'exploitation de la base de données qui constitue le support de l'enquête. L'observation sera menée en suivant la séquence des opérations de traitement. Le protocole par lequel a été défini le cadre de l'observation sera d'abord présenté (Chapitre I) ainsi que la population issue de l'enquête (Chapitre II). Les actions accomplies, telles que les décrivent les variables de l'enquête, seront alors suivies selon une chronologie des opérations allant de l'entrée dans la procédure d'offre, (Chapitre III), jusqu'au résultat net pour chacune des parties concernées (Chapitre IV).

- Une conclusion rassemblera les différentes images de la coordination entre les processus juridictionnels et transactionnels, dans l'espace commun tracé par le cadre processuel de la procédure d'offre.



## IERE PARTIE

# LE DISPOSITIF D'OFFRE D'INDEMNITÉ : UN CADRE PROCÉDURAL ORIENTÉ VERS LE RÈGLEMENT TRANSACTIONNEL DES CONSÉQUENCES DES ACCIDENTS CORPORELS DE LA CIRCULATION

Si on considère la loi du 5 juillet 1985 dans sa dimension procédurale, c'est l'instauration d'une *obligation de proposition d'indemnité à la charge de l'assureur* qui paraît centrale. L'assureur visé est celui qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur impliqué dans un accident; les destinataires sont les différentes catégories de personnes qui ont subi une atteinte directe ou indirecte à la personne (article 211-9 c. Assur.)<sup>64</sup>: la victime directe, ou, en cas de décès, à ses héritiers et éventuellement son conjoint, et, sur leur demande, les autres victimes. Mais au-delà de cette obligation, *la procédure constitue un cadre plus vaste accueillant l'ensemble des actions visant à réparer les conséquences des accidents, y compris les recours juridictionnels.*

La part du procès est réservée à tout moment du processus, qui se présente dès lors comme une séquence réglée d'actions (Chapitre I). La transaction prend sa place comme le résultat d'une rencontre entre une offre et une acceptation. (Chapitre II).

Méthodologiquement, la lecture du dispositif légal sera menée à partir des textes régissant la matière, éclairés par la jurisprudence de la Cour de cassation, dont l'étude sera menée de manière systématique à partir d'une banque de donnée exhaustive<sup>65</sup>. A cet égard, on relèvera d'emblée la faiblesse de la jurisprudence générée par l'offre d'indemnité proprement dite. Si la mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 1985 a généré un afflux de pourvois, dont le nombre ne paraît pas devoir décroître ( plus de 2000 arrêts ont visé la loi sur les questions les plus diverses entre 1985 et 1995)<sup>66</sup>, l'offre d'indemnisation et la transaction ne sont qu'exceptionnellement évoquées: une cinquantaine d'arrêts concernent des transactions conclues dans le contexte de l'application de la loi de 1985, dont le

---

<sup>64</sup>Cette procédure a été organisée par les articles 12 à 27 de la loi du 5 juillet 1985, et complétée par un décret du 6 janvier 1986, et un arrêté du 22 juin 1988. Ces dispositions ont été codifiées dans les articles L.211-9 et s., R. 211-29 et s. du Code des assurances.

<sup>65</sup>Il s'agit de la base de données Lexilas produite par les éditions Lamy, dans sa version disponible sur CDROM. L'étude a été menée systématiquement sur la période 1985-1997, et complétée par les décisions de janvier et février 1998.

<sup>66</sup>La recherche a été menée à partir du visa de la loi, qu'il figure dans les moyens du pourvoi ou dans le corps même de l'arrêt.



tiers visent des transactions conclues antérieurement à son entrée en vigueur <sup>67</sup>. Ce "silence" jurisprudentiel sur les problèmes liés à la transaction, contraste avec la permanence et la vigueur des débats sur le droit substantiel, notamment sur les fautes exclusives de l'indemnisation et la notion d'implication du véhicule. La doctrine fait régner le même silence sur ce secteur: parmi les 197 références de publication relevées<sup>68</sup>, seules 4 font référence de manière appuyée à la question de l'offre d'indemnité<sup>69</sup>.

On ne peut considérer cependant que ce silence soit l'indicateur de la non conflictualité "naturelle" de la matière transactionnelle, puisqu'on trouve pour la même période, près d'un millier d'arrêts concernant les transactions entre salariés et employeurs devant la seule Chambre sociale de la Cour de cassation. On pourrait faire l'hypothèse complémentaire d'un trop faible délai pour que les contestations générées par les transactions conclues depuis la loi aient eu le temps d'arriver devant la Cour de cassation: mais le nombre de pourvois formés contre des transactions anciennement conclues est tout aussi faible. La seule conclusion que l'on puisse tirer de cette faible mobilisation jurisprudentielle est *l'absence d'acteur organisé* pour contester les transactions conclues dans le contexte des accidents de la circulation, sinon devant les juridictions du fond (faute d'informations sur le détail des demandes formées par les victimes<sup>70</sup>), du moins devant la haute juridiction.

### *Chapitre I L'offre d'indemnité comme séquence d'actions juridiquement réglées*

La procédure d'indemnisation se présente d'abord comme une séquence d'échanges précontractuels, comportant une série de correspondances, chacune contenant obligatoirement un certain nombre d'informations (Section 1). L'offre doit intervenir dans délai qui ne doit pas, en principe, excéder huit mois à compter

---

<sup>67</sup>Notons à cet égard que l'interdiction de remettre en cause les transactions conclues avant l'entrée en vigueur de la loi (article 47 de la loi) n'empêche pas la formation de demandes postérieures à une transaction, qu'il s'agisse de demandes complémentaires fondées sur une aggravation de l'état de la victime, ou de demandes en nullité des transactions fondées sur des motifs propres à celle-ci. Parmi ces arrêts, nous avons retenu ceux qui concernaient des actions en nullité des transactions, introduites par la victime aux fins de bénéficier des aspects plus favorables des règles de responsabilité issues des articles 1 à 6 de la loi de 1985.

<sup>68</sup>Les références doctrinales ont été répertoriées à partir de la base développée par Edidata, par interrogation en ligne (ORT Télématique).

<sup>69</sup>Ces publications se concentrent dans la période d'entrée en vigueur de la loi, et sont dues principalement à un auteur, H. Groutel. Ce dernier a publié trois commentaires sur la question, dans une même revue: "La portée de la portée de l'obligation de faire une offre d'indemnité prévue par la loi du 5 juillet 1985", (à propos de cass crim 16 janvier 1992), Responsabilité civile et assurance, 1992, n° 11; "L'absence d'offre d'indemnité à la victime d'accident de la circulation" (à propos de l'arrêt de la chambre criminelle du 28 novembre 1991). Responsabilité civile et assurance, 1992 n° 1; "La notion de transaction dans la procédure d'offre", commentaire du jugement du tribunal de grande instance de Nice du 15 mai 1995, Responsabilité civile et assurance, 1995, n°7.

<sup>70</sup>V. infra Ière partie, Chapitre I, les statistiques des recours devant les tribunaux.



de l'accident<sup>71</sup>, et doit porter trace des évaluations effectuées par l'assureur (Section 2).

### Section 1- Les échanges précontractuels

Deux opérations centrales peuvent être identifiées dans la procédure: une communication d'information à la charge de l'assureur (A) ; un échange de propositions sur la responsabilité et les bases de calcul du préjudice (B). Ces opérations ne correspondent pas nécessairement à des séquences d'action différentes, un même document pouvant être le support d'opérations distinctes. On verra qu'une jurisprudence ne s'est formée que sur une partie de ce processus (C).

#### *A- Une communication d'informations à la charge de l'assureur*

Les communications organisées par le dispositif légal concernent les seules victimes directes, héritiers et conjoints. Les victimes par ricochet, ni les tiers payeurs bénéficiaires de la subrogation prévue aux articles 29 et 32 de la loi (employeurs, organismes sociaux), qui seront identifiés dans le cours de la procédure, ne font l'objet de dispositions expresses. Si leur information est sous-entendue, elle n'est nullement organisée, et son défaut n'est sanctionné qu'en ce qui concerne les organismes versant des prestations sociales visés à l'article 29 de la loi, à l'égard desquels "l'assureur ne peut invoquer l'ignorance (...) "que l'accident avait imposé des débours" (art. L. 211-11 al. 1 Code Assur.)".

Dès qu'il a été avisé de l'accident, <sup>72</sup> l'assureur adresse une première correspondance à la victime (art. L.211-10 c. Assur.) contenant un certain nombre d'informations. Certaines d'entre elles sont obligatoires, et leur défaut est sanctionné par la nullité relative des transactions susceptibles d'intervenir (a). Mais le décret d'application du 6 janvier 1986 a ajouté d'autres éléments d'information<sup>73</sup>, et surtout, a complété le contenu de cette première correspondance de manière à en faire la première étape de la phase d'échange d'informations sur le préjudice (b).

#### a- Les informations obligatoires aux termes de la loi

*La loi rend obligatoire* la fourniture à la victime de trois catégories d'informations:

---

<sup>71</sup>Le délai est de huit mois à compter de l'accident pour la victime directe et ses ayants-droit, ou à compter de leur demande pour les autres victimes (art. L. 211-9 Code assur.). Cette offre peut avoir un caractère provisionnel en l'absence de consolidation dans les trois mois de l'accident, l'offre définitive devant alors être formée dans le délai de cinq mois à compter de l'information de l'assureur sur la consolidation (art. L. 211-9 al. 4 Code assur.). Ces délais sont suspendus, ou prorogés, dans des conditions précisées aux articles R. 211-32 à R. 211-36 du Code des assurances.

<sup>72</sup>Si l'assureur n'a pas été avisé dans le mois de l'accident, le délai de huit mois est suspendu jusqu'à réception de cet avis (article R. 211-29 Code assur.).

<sup>73</sup>Conformément à l'article 27 de la loi (art. L. 211-24 Code assur.), qui laissait au pouvoir réglementaire le soin de déterminer, notamment, les informations réciproques que se doivent l'assureur, la victime, et les tiers payeurs.



-informations concernant ses droits tout d'abord (droit d'obtenir communication des copies de procès-verbaux d'enquête de police et de gendarmerie, droit de se faire assister d'un médecin ou d'un avocat);

-informations relatives au statut de l'offre à venir ensuite (offre provisionnelle lorsque l'assureur n'aura pas été informé de la consolidation de l'état de la victime dans les trois mois de l'accident);

-informations sur ses propres obligations enfin (obligation d'informer l'assureur de l'existence de tiers payeurs, à défaut de quoi ces tiers auront un recours contre elle à concurrence de l'indemnité qu'elle aura perçue de l'assureur, ainsi que le prévoit l'article L. 111-12 Code Assur.).

La sanction de nullité relative de l'éventuelle transaction dont est assorti le défaut de ces informations indique bien le statut qui leur est accordé: il s'agit d'assurer à chaque partie un égal accès à l'information sur les faits qui font l'objet de la procédure transactionnelle. La qualité de cette information est déterminante pour la légitimité de la négociation. Mais au regard de cette ambition, les exigences posées sont bien minces: si la victime est certes mise à même d'obtenir l'information relative aux circonstances de l'accident telles qu'établies par les services de police, elle n'en reçoit pas directement communication. Alors que l'assureur bénéficie depuis une circulaire du 28 novembre 1983 d'une transmission directe des procès-verbaux relatifs aux accidents de la circulation, (Trans-PV), la victime n'en est pas destinataire, et ne dispose du double des procès-verbaux que si elle en fait la demande. Quant à l'information sur son droit de se faire assister d'un avocat ou d'un médecin, elle n'est guère utile à cette étape de la procédure où les éventuelles divergences avec l'assureur n'ont pu encore se faire jour.

Le décret du 6 janvier 1986 est venu ajouter d'autres informations à la liste de celles prévues à l'article L. 211-10. Mais la sanction de nullité relative de la transaction ne se trouve malheureusement plus attachée à leur défaut.

#### b- Les informations rendues obligatoires par décret

L'article R. 211-39 c. Assur. complète la liste des informations devant figurer dans la première correspondance: devront également être mentionnés le nom de la personne chargée de suivre le dossier, et le droit d'obtention sans frais de la copie des pièces d'enquête. Surtout, ce texte prévoit que cette correspondance sera accompagnée d'une notice dont le modèle est fixé par arrêté. Cette notice, codifiée à l'article A. 211-11 c. Assur., constitue un résumé des différents textes régissant la procédure d'offre: rappel du champ d'application de la loi, des principes de responsabilité civile s'appliquant aux victimes d'accidents corporels, indication des étapes de la procédure d'offre, indication du mode de calcul des indemnités, des voies de recours etc...<sup>74</sup>. L'information ainsi transmise est purement procédurale. Il s'agit d'informer la victime sur la "règle du jeu" de l'échange, chaque partie étant alors présumée disposer des mêmes informations sur l'objet et les enjeux de la discussion. On retrouve avec cette disposition l'importance accordée par la jurisprudence de la dernière décennie aux conditions dans lesquelles les transactions

<sup>74</sup>v. le texte de cet arrêté en annexe de ce chapitre.



sont conclues, l'équilibre du contrat étant recherché dans l'existence d'une égalité devant l'information, et non d'une égalité dans les concessions <sup>75</sup>.

A côté des *informations à communiquer*, le décret fait figurer, dans la même correspondance, des *demandes de renseignements* à transmettre à la victime, ou aux victimes par ricochet. Ce "volet" de demande introduit l'opération d'échange d'informations sur les éléments du préjudice.

#### *B- L'échange d'informations sur les bases d'évaluation du préjudice*

En même temps qu'elle indique les règles de la procédure d'indemnisation, la première communication de l'assureur comporte une série de *demandes de renseignements* (art. R. 211-37 et R. 211-38 c. Assur.). L'examen de cette liste indique qu'il s'agit pour l'assureur de disposer d'éléments lui permettant d'évaluer les éléments de l'éventuelle indemnisation: situation personnelle et médicale de la victime directe ou par ricochet, (utiles pour l'évaluation des préjudices personnels et matériels), ainsi que l'identification des tiers payeurs (employeur et organismes amenés à lui verser des prestations). Pour autant, cette demande n'implique aucun engagement de la part de l'assureur d'offrir une indemnité. Son effet immédiat est de créer une obligation de réponse à la charge de la victime, dont le défaut, ou l'insuffisance, dans le délai de six semaines ouvre une suspension du délai de huit mois jusqu'à réception de la lettre contenant les renseignements demandés (art. R. 211-29 c. Assur.).

A partir de cette demande de fourniture de renseignements, un échange de correspondances peut s'établir entre l'assureur et la victime aux fins de parvenir à une réponse complète, les délais étant suspendus dans des conditions qui varient selon le calendrier de la correspondance (art. R.211-33 c. Assur.). C'est donc à l'assureur qu'il reviendra de déterminer si les réponses sont suffisantes ou non, ce qui lui assure en définitive la maîtrise des délais de la procédure.

Le retard dans l'échéancier de l'indemnisation est la seule sanction visible du défaut ou de l'insuffisance de réponse. Aucune limite n'ayant été apportée à ce délai de suspension, on peut considérer que le délai de l'offre peut être suspendu jusqu'à la prescription de l'action, soit dix ans à compter de l'accident<sup>76</sup>. C'est à l'enquête de terrain qu'il reviendra de fournir les informations relatives aux délais moyens d'indemnisation.

- Les échanges d'informations ne se limitent pas à la seule réponse aux questions visées à l'article R. 211-29 c. Assur. L'article R. 211-43 c. Assur. évoque la possible formation par l'assureur d'une demande d'examen médical "en vue de l'offre d'indemnité". Cette demande d'examen est accompagnée d'informations sur le médecin désigné, la possibilité pour la victime de se faire assister d'un médecin,

---

<sup>75</sup>Sur cette analyse, v. Serverin E., Lascoumes P., Lambert P., *Transactions et pratiques transactionnelles*, op.cit.

<sup>76</sup>L'article 2270-1 nouveau du Code civil (créé par la loi du 5 juillet 1985) prévoit que les actions en responsabilité extra contractuelle se prescrivent par dix ans à compter de la manifestation du dommage ou de son aggravation.



et ouvre de nouveaux délais de réalisation et de remise du rapport. Cet examen peut donner lieu à refus de la part de la victime et ouvrir la voie contentieuse selon des modalités réglées par l'article R. 211-34 c. Assur.

*C- Le respect de la procédure d'information devant la Cour de cassation*

Aucun des éléments de ce processus, en tant qu'il concerne les victimes directes, n'a été sérieusement débattu devant la Cour de cassation. Trois arrêts seulement évoquent la procédure d'information, dont deux dans le contexte d'une demande de nullité de la transaction, et un pour échapper à la sanction de doublement du taux d'intérêt.

- Dans le premier, le pourvoi reprochait (sans succès) à l'assureur de ne pas avoir demandé à la victime les éléments d'information nécessaires à l'évaluation de son préjudice économique<sup>77</sup>.

- Le second, formé par l'assureur devant la Chambre sociale<sup>78</sup>, faisait grief à une cour d'appel d'avoir rejeté sa demande d'annulation d'une transaction, qui avait été conclue sans prendre en considération la créance d'un organisme de retraite dont l'existence ne lui avait pas été signalée par la victime. La Cour écarte le moyen, en se bornant à indiquer que le texte du Code de sécurité sociale visé par le demandeur au pourvoi ne fait pas obligation à la victime d'indiquer les caisses de sécurité sociale auxquelles elle est affiliée, mais sans faire référence à l'art. R. 211-37 al. 9 C. assur., qui prévoit pourtant bien la communication d'une telle information<sup>79</sup>

- Les demandeurs au pourvoi du troisième arrêt faisaient état du défaut de diligence de la victime dans la fourniture des pièces nécessaires à l'évaluation de son préjudice économique pour justifier le défaut de toute proposition, et demander la réduction de la pénalité de doublement du taux d'intérêt, au titre des "circonstances non imputables à l'assureur" visées par l'art. L.211-13 C. assur. La Cour n'a cependant pas répondu à ce moyen, qui n'avait pas été soutenu dans la déclaration de pourvoi<sup>80</sup>. Mais il faut certainement considérer que cette disposition trouve à s'appliquer dans tous les cas où le retard dans l'offre est imputable aux seules victimes.

La rareté des débats jurisprudentiels sur la question ne doit pas conduire à une conclusion pessimiste sur la mise en oeuvre de ces dispositions. Il ne faut pas oublier que ces règles ont moins pour objectif de fournir des causes de nullité, que d'organiser activement, et de manière ouverte, les échanges entre les parties. De ce

---

<sup>77</sup>Crim. 21 septembre 1994, pourvoi n° 93-85.787, Lexis. Ce moyen a été déclaré irrecevable, comme nouveau et mélangé de fait.

<sup>78</sup>Soc. 23 novembre 1995, pourvoi n° 91-14.890, Lexis.

<sup>79</sup>La Chambre sociale a donc fait application exclusivement des règles du code de sécurité sociale, ce qui ne saurait être étendu aux autres chambres.

<sup>80</sup>Crim. 12 novembre 1997, Pourvoi n° 96-86.172, Lexis.



point de vue, la loi a incontestablement produit un effet de "calibrage" de la procédure d'offre, en fixant les termes de la communication.

Une fois les informations réunies, l'assureur doit se déterminer au regard de la nature de l'offre à former à la, ou les victimes, et ce dans un délai de huit mois à compter de l'accident, délai éventuellement prorogé en fonction des diverses causes de suspension prévues par les textes.

### Section 2 - La formation de l'offre d'indemnité

L'offre doit être formée dans le délai de huit mois (A). Mais quelle doit être la teneur d'une offre pour être valablement formée? (B)

#### *A Les délais de formation de l'offre*

Si la réglementation des échanges ne concerne que les victimes directes, l'offre doit être proposée à l'ensemble des victimes dans le délai de huit mois (L.211-9 al. 2 c. Assur.) Ce délai concerne donc également les tiers payeurs, sous réserve qu'ils aient produit leurs créances dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur. (art .L. 211-11 al. 2 c. Assur.)

Le caractère obligatoire de la formulation d'une proposition par l'assureur dans les délais requis est affirmé par la loi, dont l'article 16 (L.211-13 c. Assur.) pose que le dépassement des délais entraîne intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal du montant de l'indemnité offerte par l'assureur ou allouée par le juge. Cette sanction ne s'appliquera donc que dans les cas où une procédure a été diligentée. Et surtout, elle suppose pour être appliquée qu'une indemnité ait été allouée. Qu'en est-il des cas où l'assureur se sera refusé à toute proposition parce qu'il estime que la victime a perdu son droit à indemnité?

#### *B- La teneur de l'offre*

Si l'on s'en tient aux termes du dispositif, l'offre ne désigne pas seulement une proposition d'indemnisation positive (l'offre d'une somme d'argent), mais toute décision relative à cette indemnisation. *L'offre peut notamment consister en un refus d'indemniser*, si l'assureur retient une cause d'exclusion d'indemnisation. On doit donc considérer *l'obligation de procéder à une offre d'indemnisation comme une réponse à la demande d'indemnisation*, réponse qui peut être négative (a) ou positive (b), la jurisprudence ayant eu surtout à apprécier les conséquences du défaut d'offre (c).

##### a- L'offre négative

L'offre négative peut s'exprimer de deux manières différentes selon la qualité des victimes. Elle peut être implicite à l'égard du conducteur victime dont l'assureur mène la procédure (1); elle doit être explicite pour les autres victimes (2).



### 1- Le refus d'offre implicite de l'assureur mandaté à l'égard de son assuré victime

En cas d'implication de plus d'un véhicule, l'offre est faite par l'assureur mandaté par les autres (art. L. 211-9 c.Assur.). Et les règles relatives au mandat résultant de la convention entre assureurs, prévoient que sera mandaté l'assureur du conducteur qui est considéré comme ayant la part maximale de responsabilité. Si le conducteur assuré est lui-même blessé, il en résultera qu'il ne peut être destinataire d'aucune offre, puisque c'est son propre assureur qui mènera l'offre. Or cette évaluation des fautes est effectuée en amont de la procédure, par échange de courriers entre les assureurs, dans des conditions exclusives des formalités prévues pour le refus d'indemnisation. Chaque conducteur se verra notifier cette répartition des fautes par simple courrier émanant de son propre assureur, sans qu'un véritable refus ait à être exprimé. Dans cette hypothèse, les dispositions de l'article R.211-40 al. 2 c. Assur., qui prévoit que *l'offre peut être négative* si l'assureur retient une cause d'exclusion d'indemnisation, sous réserve de la *motivation de ce refus.*, ne trouvent pas à s'appliquer<sup>81</sup>. L'introduction même de la procédure d'offre se trouve ainsi dépendre de l'appréciation qui sera faite par les assureurs de l'existence de la dette de responsabilité. Et on verra que cette position procédurale particulière a une incidence importante sur la manière dont les conducteurs-victimes dans les collisions sont indemnisés<sup>82</sup>.

### 2- Le refus d'offre explicite à l'égard des victimes-tiers

La loi prévoit le cas de l'offre négative, lorsque l'assureur retient une cause d'exclusion d'indemnisation. Ce refus doit être motivé (article R. 211-40 al. 2 c. Assur.). Dans ce cas, aucun autre document ou information n'a à être fourni à la victime. On pense évidemment à la situation du conducteur victime, dont la faute "a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation du dommage qu'il a subi" (art. 4 de la loi du 5 juillet 1985), et, dans une moindre mesure, aux autres victimes auxquelles est reprochée une faute inexcusable, ou volontaire. C'est donc à *l'assureur qu'il revient d'estimer l'existence et la gravité d'une faute*, et d'en tirer les conclusions du point de vue de l'indemnisation. A cet égard, l'exigence de motivation posée par le texte est ambiguë: l'assureur doit-il *motiver en droit* l'appréciation de la faute de la victime, ou peut-il se borner à invoquer une faute sans se référer à aucune disposition juridique? Autrement dit, attend-on de l'assureur qu'il *se comporte en juge*, alors qu'il est lui-même partie? Au surplus, la question de l'appréciation de la faute du conducteur, et surtout des caractères qu'elle doit revêtir pour exclure toute indemnisation, est une des plus controversées et difficile qui soit, et alimente une jurisprudence pléthorique dont la synthèse est

---

<sup>81</sup>Cette question ne s'est jamais présentée en ces termes devant la Cour de cassation. On peut rapprocher cependant de ce cas un arrêt rendu dans l'hypothèse d'un partage de responsabilité convenu entre les assureurs (Crim. 16 janvier 1992, pourvoi n° 90-86.793, Bull.Crim. n° 92). Dans cet arrêt, la Chambre criminelle approuve le juge du fond d'avoir condamné l'assureur au paiement d'une indemnité au double du taux de l'intérêt légal, en raison du refus de ce dernier de formuler une offre provisionnelle, alors même qu'il avait reconnu la responsabilité partielle de son assuré. Mais les conditions dans lesquelles ce partage avait été notifié n'a pas été mis en discussion.

<sup>82</sup>V. sur ce point notre troisième partie, et notamment le tableau 40.



aujourd'hui hasardeuse<sup>83</sup>. Peut-on exiger de l'assureur qu'il connaisse une telle jurisprudence, et se livre à une appréciation de la faute dans les mêmes termes que la Cour de cassation? La réponse est certainement négative, s'agissant, non d'une décision, mais d'une simple proposition, que la victime est toujours en droit de refuser. A priori, *la liberté de l'assureur est totale dans l'appréciation des fautes*. Mais en pratique, cette liberté va se trouver restreinte en présence d'éléments de preuve incontestables, tel un procès-verbal attestant de l'existence de fautes, sauf à nier une évidence qui pourrait être considérée comme constitutive d'un refus de proposition. On verra que la Cour de cassation a eu très récemment à se prononcer sur cette situation, dans un sens défavorable à l'assureur.

Ces différentes caractéristiques de l'offre inscrivent l'action transactionnelle dans le même espace d'appréciation que celui du juge. Au-delà des règles propres à la procédure, codifiées au code des assurances, l'assureur devra apprécier les conditions de la perte ou de la réduction du droit à indemnité prévues par l'article 4 de la loi du 5 juillet 1985. Il en résulte notamment que les *refus d'indemnisation, constituent des modalités d'application de la loi*, au même titre que les indemnisations.

La question se pose alors de déterminer la *fréquence de cette situation*, ce qui relève d'une analyse statistique des règlements de dossiers de sinistres.

#### b- L'offre positive

Si l'assureur reconnaît le droit à indemnité de la victime, en tout ou partie, il doit fournir à la victime les *bases du calcul de l'indemnité*. (1). Il doit également indiquer l'existence d'un droit de dénonciation de la transaction en cas d'acceptation (2).

##### 1- Les bases de calcul

L'article R.211-40 al.1 C. assur. précise que l'offre doit indiquer "...l'évaluation de chaque chef de préjudice, les créances de chaque tiers payeur et les sommes qui reviennent au bénéficiaire", et qu'elle doit être "accompagnée de la copie des décomptes produits par les tiers payeurs". Si une limitation d'indemnisation est invoquée, elle doit être motivée, tout comme l'exclusion. Nous avons déjà fait la remarque que cette présentation de l'offre suppose que la détermination du montant de l'indemnité revenant à la victime soit le résultat *d'un calcul*<sup>84</sup>.

Les éléments de ce calcul sont soigneusement précisés par les textes. D'une part, les différents préjudices doivent être ventilés. D'autre part, en ce qui concerne le préjudice corporel, la référence aux tiers payeurs renvoie aux modalités de calcul propres à la fixation de l'indemnité. En effet, les sommes versées par les tiers payeurs, pour lesquelles le recours subrogatoire est autorisé, et dans la mesure où ces sommes ont contribué à réparer le préjudice corporel subi par la victime, viennent en déduction du montant total de l'indemnité réparant le préjudice corporel de la victime. Le calcul des sommes revenant à la victime au titre de ce préjudice

---

<sup>83</sup>Sur l'état de la question, et singulièrement sur la notion de causalité exclusive, v. G.Viney, op.cit. n° 33. V. également nos remarques en introduction sur les évolutions jurisprudentielles relatives à la faute du conducteur.

<sup>84</sup>On se reportera à cet égard à nos observations d'interactions de conciliation sur différents terrains (judiciaire et extrajudiciaire), d'où il résultait que nombre d'entre elles se réalisaient de manière arbitraire, c'est-à-dire sans aucune justification des réductions et renoncements effectués. E.Serverin et alii, "La conciliation et le traitement non juridictionnel des conflits privés", rapport de recherche pour le Commissariat général du Plan, Ronéo, Saint-Étienne, octobre 1985, p. 254.



s'effectue donc par déduction de ces sommes du montant évalué du préjudice. La liste des sommes visées à l'article R. 211-40 al. 1 C. Assur. figure à l'article 29 de la loi: il s'agit des prestations versées par les organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, ou par l'Etat et les personnes publiques versant de telles prestations, des sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation, des salaires et accessoires des salaires maintenus par l'employeur, des indemnités journalières de maladie et prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes. Par application des principes de réparation intégrale de son préjudice, la victime ne peut percevoir, au titre des dommages matériels, qu'une *indemnité résiduelle*, résultant de la différence entre ce qu'elle a déjà perçu de la part des différents organismes payeurs et le dommage subi. C'est bien sur ce principe de calcul rationnel que repose le dispositif d'offre, ce qui suppose que la *somme proposée ne subisse aucune réduction*, et soit intégralement versée à la victime. Le modèle de calcul proposé exclut donc toute appréciation forfaitaire de l'indemnité, et place l'assureur dans la même position que le juge.

Cependant, l'existence de multiples conventions d'indemnisations entre assureurs, ainsi que le protocole assureurs-organismes sociaux mis en place le 24 mai 1983<sup>85</sup>, n'est pas sans influencer sur les bases de ce calcul. En effet, ces différentes conventions instaurent des barèmes d'évaluation des divers chefs de préjudice, notamment en ce qui concerne la valeur du point d' I.P.P. et des rentes. Bien que ces conventions ne soient opposables ni à la victime, ni à l'assuré, elles n'en constituent pas moins une référence commode pour l'assureur, qui proposera ainsi à la victime une évaluation fondée sur les bases de calcul dont il a un usage routinier. Mais faute de normes d'évaluation générales applicables à chacun des chefs de préjudice, on ne peut reprocher à l'assureur de se référer (tout comme le juge) à ses propres grilles d'évaluation, fussent-elles issues de conventions. Tout au plus peut-on exiger de lui qu'il fasse clairement figurer les termes de calcul retenu, en déterminant par différence la somme revenant à la victime.

La situation est tout autre en ce qui concerne l'appréciation des fautes de la victime. Aux termes du dispositif, l'offre doit être précisée dans ses aspects comptables, mais non dans sa dimension juridique d'appréciation des responsabilités. Autrement dit, si le dispositif impose un calcul objectif pour la fixation de l'indemnité, il admet implicitement que la faute de la victime est appréciée librement par l'assureur, et fait partie intégrante de la transaction

## 2- L'information sur le droit de dénonciation

Enfin, l'offre doit comporter une mention sur l'existence du droit de la victime de dénoncer la transaction conclue dans le délai de quinze jours, mention qui doit figurer "en caractères très apparents dans l'offre de transaction et dans la transaction" (article L. 211-16 c. Assur.). Ce droit de dénonciation est identique à ce droit de rétractation prévu par la loi du 10 janvier 1978 en matière de certaines opérations de crédit aux particuliers, et qui permet au candidat à l'opération de revenir sur son acceptation dans un délai de sept jours à compter de l'offre (art. 7 loi). Ce rapprochement n'est certainement pas fortuit. Il s'effectue à partir d'une même considération sur le caractère risqué d'une opération qui met en relation un professionnel et un non professionnel, et conduit à considérer l'acceptation d'une offre transactionnelle comme une variante d'une décision consumériste. La Cour de cassation a eu l'occasion d'affirmer le caractère unilatéral de ce droit dans un arrêt

<sup>85</sup>V. le texte de cette convention, in *Droit social*, avril 1984, supplément au n° 4.



du 28 février 1997, en énonçant que le "droit de dénoncer la transaction dans les 15 jours n'appartenait qu'à la victime"<sup>86</sup>.

Dans sa présentation, l'offre d'indemnité est donc soumise à des contraintes qui répondent au souci de rationaliser l'activité transactionnelle elle-même. On peut s'étonner dès lors qu'aucune sanction de cette présentation des éléments de l'offre n'ait été prévue, et notamment la sanction de nullité relative de la transaction à venir, qui n'est édictée que pour l'obligation d'information prévue à l'article L.211-10 c. Assur. Mais il ne fait pas de doute que le non respect des formes de la présentation de l'offre peut donner accès à une des actions en nullité prévues dans le droit commun de la transaction.

### c- Le contenu de l'offre devant la Cour de cassation

L'offre conclut la phase d'échanges précontractuels. Si aucune indemnisation n'est proposée, ou si l'offre apparaît insuffisante, la victime se trouve placée devant l'alternative de renoncer à sa prétention, ou de saisir une juridiction pour demander réparation sur le fondement de la loi du 5 juillet 1985<sup>87</sup>. Saisi d'une demande principale en indemnisation, le juge pourra être requis de procéder à l'examen de l'offre formée au cours de la procédure amiable, en constater éventuellement l'absence, (et appliquer la sanction de doublement du taux d'intérêt), ou l'insuffisance manifeste (condamner d'office l'assureur à verser au fonds de garantie une somme égale à 15% au plus de l'indemnité allouée, en application de l'art. L. 211-14 c. Assur.). Ces diverses dispositions visent à introduire un contrôle *a posteriori* sur la procédure d'offre dans les cas où la transaction n'a pas été conclue, ou n'a fait l'objet d'aucune demande en nullité. Alors que la procédure proprement dite n'a jamais fait l'objet de véritables discussions devant la Cour de cassation, l'offre qui la ponctue a été plusieurs fois critiquée devant la haute juridiction, à l'égard de la victime, parfois (1), au regard de l'action des tiers payeurs, le plus souvent. (2) .

#### 1- Le contrôle de l'existence d'une procédure d'offre au regard de la victime

En ce qui concerne la victime directe en premier lieu, la Cour de cassation, en ses différentes chambres, a eu à se prononcer sur le défaut ou l'insuffisance d'offre dans les délais (1-1), et de manière plus surprenante, sur le refus d'offre (1-2), dans sa définition, comme dans ses conséquences.

#### 1-1- Le défaut ou l'insuffisance de l'offre dans les délais

-Plusieurs situations sont visées dans les pourvois au titre du défaut ou de l'insuffisance de l'offre. Tout d'abord l'offre partielle, qui ne vise qu'une partie des préjudices, a été assimilée par la Cour de cassation à un défaut d'offre, au motif que "selon l'article L.211-29 du code des assurances, l'offre doit comporter tous les éléments indemnisables du préjudice"<sup>88</sup>. De même<sup>89</sup>, une provision fût-elle "d'un

---

<sup>86</sup> Civ. 2ème 29 avril 1997, Pourvoi n° 95-16.177, Bull., Lexis En l'espèce, la victime était décédée moins de 15 jours après avoir accepté la transaction, et l'assureur demandeur au pourvoi avait tenté de faire juger que la transaction n'était valable qu'à l'expiration de ce délai de 15 jours.

<sup>87</sup> Rappelons à cet égard que la victime n'est pas tenue d'attendre la fin de la procédure d'indemnisation pour saisir le juge, que ce soit au fond ou en référé, aux fins de demander une provision ou une expertise.

<sup>88</sup> Crim. 16 mars 1994, Pourvoi n°93-81.829, Lexis.

<sup>89</sup> Crim. 23 janvier 1992, Pourvoi n°91-82.796, Lexis.



montant raisonnable", ne constitue pas une offre d'indemnité<sup>90</sup>. Et si l'assureur n'a pas été informé de l'état de la victime dans les trois mois, il doit former au moins une offre provisionnelle<sup>91</sup>. Ensuite, les difficultés d'évaluation d'un préjudice ne sont pas davantage motifs à refuser de formuler une proposition<sup>92</sup>. Les motifs de pourvois les plus nombreux concernent les conditions d'application de la sanction de doublement du taux d'intérêts qui s'attache au défaut ou au retard d'offre (articles L. 211-13 de la loi). L'arrêt le plus ancien sur la question concernait les mesures transitoires de l'article 48 de la loi, qui avaient déterminé un délai de 18 mois au cours duquel les délais d'offre étaient portés à 12 et 9 mois. La Chambre criminelle<sup>93</sup> a prononcé la cassation de ce chef, mais seulement sur le point de départ du calcul des pénalités. Plus récemment, plusieurs arrêts ont eu à répondre à ces mêmes griefs: certains pour rappeler que, si les conditions sont remplies, le juge n'a que la faculté de réduire la pénalité, et non de la supprimer<sup>94</sup>; d'autres encore pour exiger, pour l'application de la sanction, que l'assureur soit partie à l'instance ou ait été mis en cause<sup>95</sup>; d'autres enfin pour apprécier les circonstances non imputables à l'assureur qui peuvent donner lieu à réduction<sup>96</sup>.

-On relèvera en dernier lieu un arrêt venu rappeler -si besoin était-, que le juge des référés saisi en cours de procédure transactionnelle restait libre de fixer le montant de la provision en l'absence de contestation sérieuse sur l'obligation, sans avoir à prendre en considération le montant de l'offre formée par l'assureur. Le grief de "refus d'application de l'article 12 de la loi (art. L. 211-9 c. Assur.), articulé par le demandeur au pourvoi était écarté par la Deuxième chambre civile, en considération des pouvoirs que le juge des référés tient de l'article 809 al. 2 NCPC<sup>97</sup>.

#### 1-2 Le refus d'offre

Le *refus d'offre*, motivé par la négation explicite de l'existence du droit à indemnité de la victime, a été récemment assimilé par la Deuxième Chambre civile à un défaut d'offre. L'arrêt rendu le 4 juin 1997 par cette chambre marque un

---

<sup>90</sup>En l'espèce, la provision avait été versée dans le délai de six mois suivant l'accident, mais la formation d'une offre définitive avait été interdite, selon l'assureur "par les prétentions irraisonnables de la victime". Il résulte de cet arrêt que la formation d'une offre est toujours obligatoire, même si la victime a fait connaître des prétentions totalement différentes.

<sup>91</sup>Civ. 2ème, 4 juin 1997, Pourvoi n° 95-19.183, Lexis.

<sup>92</sup>;Crim. 29 mars 1995, Pourvoi n°94-83.293, Lexis.

<sup>93</sup>Crim. 6 novembre 1991, Pourvoi n° 90-86.519, Lexis.

<sup>94</sup>Civ. 2ème 28 juin 1995, Pourvoi n° 93-18.465, Lexis.; Crim. 23 janvier 1992, Pourvoi n° 91-82.796, Lexis.

<sup>95</sup>Crim. 21 septembre 1994, Pourvoi n°93-85.787, Lexis.; Crim. 10 août 1993, Pourvoi n°92-86.544, Lexis.

<sup>96</sup> Notamment Civ. 2ème, 17 décembre 1997, Pourvoi n° 96-12.364, Lexis, et Crim. 12 novembre 1997, Pourvoi n°96-86.172, Lexis, préc.

<sup>97</sup>Civ. 2ème 15 mai 1992, Pourvoi n° 90-14.261, Lexis.



tournant dans l'analyse jurisprudentielle du caractère obligatoire de la formulation d'une offre<sup>98</sup>. L'accident en cause concernait un piéton, à qui l'assureur avait imputé une faute inexcusable (en l'espèce, s'être placé de nuit au milieu d'une route nationale pour faire de l'auto-stop), et qui n'avait de ce fait formé aucune offre. L'assureur condamné par la suite à verser une indemnité, assortie d'un doublement du taux d'intérêt en raison du défaut d'offre, soutenait que "l'offre d'indemnité à la victime ne s'impose à l'assureur que dans la mesure où cette responsabilité dans la survenance de l'accident n'est sujette à aucune contestation sérieuse". L'assureur trouvait argument au surplus dans le fait qu'un juge des référés s'était "déclaré incompétent" dans la même affaire, en raison du sérieux de la contestation. La Cour de cassation rejette le moyen en des termes très généraux, en approuvant la cour d'appel d'avoir "énoncé que l'obligation mise à la charge de l'assureur ne lui permet aucune appréciation quant au bien ou au mal fondé du principe de l'offre qu'il est tenu de faire<sup>99</sup>. Une telle assertion peut surprendre si l'on se rappelle que l'assureur n'est tenu que dans la limite de la dette de responsabilité de son assuré. Si cette dette n'existe pas, et dans la rigueur des principes de la loi, l'offre n'a pas à être formulée. Cette situation de refus a bien été prévue par la loi, qui vise expressément l'exclusion de l'indemnisation par l'assureur, tout en exigeant qu'elle soit motivée (article R. 211-40 al. 2 c. Assur.). Doit-on tirer de cet attendu la conclusion que l'offre se trouve détachée de son support assurantiel, pour devenir une *obligation autonome*, pesant sur l'assureur du véhicule pour la seule raison que ce dernier est impliqué, sans que puisse être opposées les fautes des victimes? L'admettre, en l'état du dispositif, reviendrait à obliger l'assureur qui entend relever une faute à l'encontre de la victime, à *saisir la juridiction* pour la voir se prononcer sur l'étendue du droit à indemnité. Solution qui apparaît en contradiction avec la logique du dispositif, sans assurer pour autant une meilleure réparation à la victime.

## 2- La procédure d'offre au regard des tiers payeurs

Les arrêts les plus fréquents concernent le cas de la déchéance opposable aux tiers payeurs qui n'ont pas produit leurs créances dans le délai de quatre mois requis par l'art. L. 211-11 al. 2 c. Assur..

Depuis un arrêt du 5 décembre 1991, la Chambre Criminelle considère que, dès lors qu'une procédure a été engagée, la déchéance des droits des tiers payeurs pour non production dans le délai de quatre mois (article L. 211-11 c. Assur) n'est pas opposable à l'organisme, même si la demande de production avait été régulièrement formée par l'assureur. Selon la Chambre criminelle, " en l'absence de transaction entre la victime et l'assureur de la personne tenue à réparation, les tiers payeurs sont recevables, selon le droit commun, à intervenir à l'instance pour

<sup>98</sup> Civ. 2ème, 4 juin 1997, Pourvoi n° 94-21.881, Bull. Civ., Lexis.

<sup>99</sup> Pour être complet, mais sans s'y arrêter en raison de son caractère conjoncturel, on citera l'arrêt du 29 octobre 1991 par lequel la Chambre criminelle a cassé un arrêt qui avait annulé une transaction conclue sans que l'imprimé utilisé réponde aux obligations édictées en matière de faculté de dénonciation, au motif que l'accident s'étant produit avant la date d'entrée en vigueur de la loi, les dispositions relatives à la présentation de l'offre n'avaient pas à s'appliquer. Crim. 29 octobre 1991, Pourvoi n° 90-84.619, Lexis.



demander le remboursement de leurs prestations"<sup>100</sup>. Cette interprétation, plusieurs fois adoptée en termes identiques tant par la Chambre Criminelle<sup>101</sup> que par la première Chambre civile<sup>102</sup>, peut être considérée comme constante. La Chambre criminelle, comme la Chambre civile, font ici prévaloir le principe de la recevabilité de l'action civile intentée devant les juridictions par les caisses de sécurité sociale intervenant à la suite de l'action de l'assuré, sur la sanction civile de déchéance pour défaut de célérité de l'organisme social dans la production de sa créance. Si l'avantage est certain pour les organismes, qui n'auront pas à souffrir des conséquences de leur négligence en présence d'une procédure, l'exigence de célérité requise par la procédure d'offre pour la production des créances s'en trouve atténuée, et surtout se voit conditionnée par l'attitude du ministère public ou de la victime au regard de la décision d'exercer une action. Cette interprétation tend également à restreindre la portée de l'offre d'indemnisation aux seules victimes directes. Sans doute la Cour de cassation a-t-elle pris en considération l'existence d'une procédure transactionnelle parallèle en ce qui concerne les relations entre les tiers payeurs, celle qui résulte du protocole assureurs-organismes sociaux mis en place le 24 mai 1983<sup>103</sup>. En créant une obligation d'information, notamment au profit des caisses, en contrepartie d'une évaluation forfaitaire de l'assiette des recours, cette convention a mis en place un circuit transactionnel parallèle à l'offre d'indemnité.

C'est donc surtout pour les victimes que l'offre se présente comme une proposition à "prendre ou à laisser". Mais dès que l'offre est acceptée, elle constitue juridiquement une transaction, dont la loi a réaménagé certains aspects au regard du droit commun de ce contrat.

## *Chapitre II - La transaction comme offre d'indemnité acceptée*

La loi a aménagé un régime particulier de la transaction résultant de la mise en oeuvre de la procédure d'offre d'indemnité. Des dispositions particulières ont été édictées, tant sur la forme de l'acte (Section 1), les modalités de son acceptation (Section 2), son objet (Section 3), son exécution (Section 4), que sur sa portée vis-à-vis des tiers (Section 5).

### Section 1- L'exigence d'un écrit

Dans son principe, cette exigence est dérogatoire par rapport au droit commun de la transaction (A). Sa mise en oeuvre est de nature à écarter toute contestation ultérieure, ce qui explique peut-être l'absence d'invocation jurisprudentielle de cette disposition (B).

<sup>100</sup>Crim. 5 décembre 1991, Pourvoi n° 90-87.188, Bull. Crim, Lexis.

<sup>101</sup>Pour une application récente, v. Crim. 8 février 1995, Pourvoi n° 94-80.513, Lexis: "Il résulte de l'article L. 211-11 du Code des assurances que la déchéance des droits des tiers payeurs (...) ne leur est opposable que dans la procédure d'indemnisation organisée par les articles L. 211-9 et suivants du même code".

<sup>102</sup>V. par ex. Civ. Ière 16 février 1994, (Pourvoi n° 92-13.393, Lexis n° 286), cassant pour violation de la loi un arrêt de la Cour d'appel de Bourges, qui avait déclaré déchu de ses droits l'agent judiciaire du Trésor pour avoir produit sa créance seulement en cours d'instance.

<sup>103</sup> *Droit social*, avril 1984, supplément au n° 4.



### A - Le principe d'un écrit

Dans le droit commun de la transaction, l'exigence d'un écrit posée par l'article 2044 al. 1 C. civ. est interprétée comme une règle de preuve, et non comme une condition de validité<sup>104</sup>. Il n'en va pas de même pour la transaction sur les accidents corporels, dans la mesure où toute la procédure est écrite, et où l'offre elle-même doit figurer sur un support comportant des mentions obligatoires et s'accompagner de divers décomptes. La victime qui accepte l'offre doit faire figurer cet accord sur le texte même de la proposition, ou sur un document qui s'y réfère, sans se borner à une acceptation tacite, comme l'encaissement d'un chèque ou l'acceptation du règlement de certaines dépenses par l'assureur.

L'exigence de l'écrit va même plus loin que celle du support du contrat, puisque, on se le rappelle, la nullité relative de la transaction est encourue si la première correspondance de l'assureur ne comporte pas un certain nombre de mentions obligatoires.

### B- Le contenu de l'écrit

L'écrit transactionnel n'est pas quelconque. Il doit comporter un certain nombre de mentions obligatoires, sous peine de nullité. Cette sanction de nullité relative est explicitement prévue en cas d'absence de la mention de l'existence d'un droit de rétractation de la victime (art. L. 211-16 al. 3 c. Assur.). Elle doit s'appliquer également à notre sens, et bien que le texte ne le précise pas, en cas d'absence, dans le texte de l'offre, d'une ou de plusieurs mentions obligatoires visées à l'article R.211-40. Dans ce cas, pourrait être demandée la nullité pour erreur sur l'objet de la contestation (art. 2053 C. civ.), en raison notamment de l'impossibilité pour la victime de connaître le montant des divers préjudices qu'elle a subis. *La loi, en développant l'obligation d'information, a accru la rationalité de la transaction* qui se présente, dans sa forme même, comme le résultat d'un calcul vérifiable.

Il est certain que, dans ce contexte, l'absence de références aux termes de ce calcul constitue une source d'erreur sur l'objet même de la transaction, ouvrant à une action en nullité. Mais en même temps, l'exigence d'un écrit a pour effet premier de renforcer la force de la transaction. Si l'écrit transactionnel est conforme aux différentes exigences posées par le dispositif d'offre, les sources d'annulation s'en trouvent taries. Il sera bien difficile à la victime qui veut contester l'acte de faire la preuve d'autres faits entraînant la nullité, notamment le dol ou la violence (art 2053 al. 2 C. civ.), ou la fausseté des pièces produites (art. 2055 C. civ.). Du reste, la jurisprudence de la Cour de cassation ne nous fournit aucun exemple d'action en nullité sur ce fondement.

### Section 2- Les conditions de l'acceptation

Pour l'assureur, l'offre d'indemnité constitue un engagement qui sera rendu parfait par l'acceptation par la victime (A). Cette acceptation prendra le plus souvent la forme d'un renvoi d'un formulaire d'offre signé.<sup>105</sup> Cependant, la loi a

<sup>104</sup>Cette interprétation est constamment rappelée par la Cour de cassation. V. par ex. Civ. 1ère, 18 mars 1986, Bull.Civ. I, n° 74.

<sup>105</sup>Comme dans Civ. 1ère, 24 février 1993, (Pourvoi n° 91-14.220, Lexis n° 328), où la victime, après avoir renvoyé signé le procès-verbal de transaction proposé par l'assureur, en a réclamé l'exécution, à laquelle l'assureur se refusait. La Cour casse l'arrêt sur le visa de l'article 1134 du Code civil, en considérant que le fait de renvoyer l'acte signé valait acceptation de l'offre.



aménagé sur ce point le droit commun des contrats par deux dispositions spéciales, l'une sur le droit de rétractation (B), l'autre concernant les incapables (C).

*A- L'acceptation de l'offre par la victime*

Pour la transaction comme pour tout contrat, le contrat est conclu dès lors qu'une partie a accepté l'offre formée par l'autre. Cela va sans dire, mais la question a néanmoins été soulevée devant la Cour de cassation à au moins deux reprises. Tout d'abord, au bénéfice de l'assureur qui se voyait opposer une offre antérieurement formée alors que la juridiction ultérieurement saisie avait considéré que la victime conducteur avait perdu son droit à indemnité: "l'offre d'indemnisation ne peut engager l'assureur que si elle est acceptée par la victime ou ses ayants-droits"<sup>106</sup>. Au bénéfice des ayants-droits de la victime ensuite, dans l'hypothèse où une victime était décédée quelques jours après la signature de la transaction, la Cour de cassation se fondant en l'espèce sur l'autorité de chose jugée qui s'attache à la transaction pour décider qu'elle ne pouvait être remise en cause.<sup>107</sup>

*B- Le droit de rétractation*

L'acceptation de la victime ouvre un délai de rétractation de quinze jours, au cours duquel cette dernière peut la dénoncer par simple lettre recommandée avec demande d'avis de réception<sup>108</sup>. La Cour de cassation a eu l'occasion de rappeler que cette faculté n'appartenait qu'à la victime<sup>109</sup>. L'exercice de ce droit est certainement discrétionnaire, sous réserve de la traditionnelle action en dommages-intérêts pour abus de droit à laquelle son exercice pourrait donner lieu de la part de l'assureur. En cela, cette procédure est distincte de l'action en nullité qui peut être intentée pour vice du consentement, ou toute autre cause de nullité.

*C- L'autorisation du juge des tutelles*

L'acceptation de la transaction concernant les dommages subis par un mineur ou un majeur en tutelle est soumise à l'autorisation du juge des tutelles. L'article L. 211-5 c. Assur. met à la charge de l'assureur l'obligation de soumettre à ce juge tout projet de transaction concernant les incapables, et doit donner avis au juge du paiement. La transaction qui n'a pas été autorisée par le juge peut faire l'objet d'une action en nullité absolue, à l'initiative de tout intéressé, (mais non de l'assureur) ou du ministère public. Notons que cette autorisation est déjà requise par le code civil, la transaction constituant une renonciation à un droit que ni l'administrateur légal pur et simple (art. 389-5 C. civ.), ni le tuteur (art. 457 C. civ.) ne peuvent réaliser seuls<sup>110</sup>. Cette disposition a donné lieu à application jurisprudentielle sur une situation transitoire. Deux arrêts, rendus le même jour dans la même affaire par la

<sup>106</sup> Civ. 2ème, 9 juillet 1997, Pourvoi n°93-286, Lexis, Bull.

<sup>107</sup> Civ. 2ème, 18 décembre 1996, Pourvoi n°94-17.737, Lexis.

<sup>108</sup> Art. L. 211-16 c. Assur.

<sup>109</sup> Civ. 2ème 29 avril 1997, Pourvoi n° 95-16.177, op.cit.

<sup>110</sup> Pour un exemple d'application de ce texte avant l'entrée en vigueur de la loi, v. Civ. 1ère, 17 mai 1988, Lexis n° 599, admettant la recevabilité du recours de l'administrateur légal contre une ordonnance du juge des tutelles qui avait fait droit à sa demande d'autorisation de transaction, au motif que, " dans l'intérêt de l'enfant, l'administrateur peut modifier l'opinion exprimée au moment de la requête au juge des tutelles".



Deuxième chambre civile 111, concernant l'application de la loi aux transactions conclues avant l'entrée en vigueur de la loi (article 47 al. 2 de la loi). En l'espèce, une transaction signée par une victime en 1977 pour un accident survenu en 1971 alors qu'elle était mineure avait été annulée par la Cour d'appel d'Angers sur le fondement de l'article 489 C. civ. pour altération des facultés mentales. Le pourvoi formé contre cet arrêt était pendant devant la Cour de cassation lorsque la loi est entrée en vigueur, ce qui a permis à la haute juridiction, tout en confirmant l'arrêt sur la nullité de la transaction, d'approuver la cour d'appel qui avait apprécié le droit à réparation sur le fondement de la loi de 1985. Le second pourvoi, connexe au premier, était formé contre un autre arrêt de la Cour d'appel fixant le montant de l'indemnité sans en déduire le montant de la transaction annulée, ce qui entraînait cette fois la cassation pour violation du principe de réparation intégrale du préjudice (tout le préjudice, mais rien que le préjudice).

Notons enfin que ces dispositions, à caractère procédural, s'appliquent sans préjudice des actions en nullité qui peuvent être exercées en cas d'altération des facultés mentales. Un exemple de cette action nous est fourni par un arrêt de la Première Chambre civile du 26 novembre 1991, rejetant un pourvoi formé contre un arrêt qui avait refusé d'annuler une transaction pour altération des facultés mentales et violence aux termes des articles 489 et 2053 c. Civ. Rejet sans surprise en l'espèce, si l'on considère que la violence alléguée était la menace de faire appel<sup>112</sup>.

En pratique, comme on le verra, et malgré le caractère très strict de ces dispositions, la saisine du juge des tuelles est loin d'être systématique en présence d'un mineur.

### Section 3- L'objet de la transaction

Une des questions les plus difficiles soulevées par les transactions sur la réparation des dommages corporels est celle de *l'objet du contrat* notamment en cas d'aggravation de l'état de la victime postérieurement à la conclusion de la transaction. Dans quelle mesure la transaction conclue sur le fondement d'une situation donnée peut-elle s'étendre à des dommages non encore survenus? Les articles 2048 et 2050 du Code civil incitent à une interprétation restrictive de l'objet de la transaction: le premier vise précisément le cas des renonciations générales en indiquant que "les transactions se renferment dans leur objet", et que "la renonciation qui y est faite à tous droits, actions et prétentions, ne s'entend que de ce qui est relatif au différend qui y a donné lieu"; le second rappelle que "Les transactions ne règlent que les différends qui s'y trouvent compris, soit que les parties aient manifesté leur intention par des expressions spéciales ou générales, soit que l'on reconnaisse cette intention par une suite nécessaire de ce qui est exprimé". Autrement dit, à défaut de précision dans la convention, c'est en considération des termes du différend tel qu'il était posé par les parties au moment de l'accord que doit être défini l'objet de la transaction. Les conséquences non prévues de la situation initiale peuvent dès lors faire l'objet de nouvelles demandes, sans que soit remis en cause l'accord antérieur, ce qui présente un avantage certain par rapport aux effets de la nullité. Encore faut-il prouver que les conséquences

---

<sup>111</sup>Civ. 2ème 23 octobre 1985, arrêts 911 et 912, pourvois n°s 83-11. 125 et 84-12. 682, Lexis.

<sup>112</sup>Civ. 1ère, 26 novembre 1991, pourvoi n° 90-17.170, Lexis.



nouvelles n'avaient pas été prévues, ce qui était bien difficile autrefois en présence des clauses dites "de forfait", dont l'insertion dans les contrats d'assurance avait précisément pour but d'étendre l'effet extinctif de la transaction à tous les développements futurs des faits dommageables<sup>113</sup>.

Saisie fréquemment de cette question avant la réforme, la Cour de cassation y répondait de manière plutôt favorable aux victimes<sup>114</sup>. Mais il n'est guère possible de déterminer une véritable tendance, s'agissant pour la haute juridiction de contrôler l'interprétation d'un contrat, domaine dans lequel le juge du fond dispose, hors dénaturation, d'un pouvoir souverain d'appréciation<sup>115</sup>. Dans un arrêt récent, rendu à propos d'une transaction conclue avant la loi de 1985, la Cour a pu approuver une cour d'appel d'avoir rejeté une demande de réparation complémentaire au motif que la transaction faisait apparaître une "renonciation à tout recours et à toute réclamation"<sup>116</sup>.

La loi a voulu lever l'indécision pesant sur cette situation en ouvrant une action à la victime qui peut, "dans le délai prévu par l'article 2270-1 du Code civil, demander la réparation de l'aggravation du dommage qu'elle a subi à l'assureur qui a versé l'indemnité" (article L. 211-19 c. Assur.). Autrement dit, quelles qu'aient été les clauses du contrat, et même en présence d'une clause de forfait, la victime garde le droit de réclamer un complément d'indemnité dans le délai de dix ans. Encore doit-elle prouver qu'il s'agit bien d'une aggravation (et non du développement normal du dommage initial), et surtout que l'aggravation, si elle est reconnue, résulte bien des blessures causées par l'accident, et non d'un état antérieur de la victime. L'intérêt de la disposition est néanmoins indéniable, en ce qu'elle pose en principe la recevabilité des demandes formées par la victime en cas de modification de son état, tant à l'égard de l'assureur que du juge. Mais elle soulève de délicates questions d'autorité de chose jugée, pour éviter que soit indemnisé deux fois le même préjudice, question sur laquelle la Cour de cassation a eu à statuer à plusieurs reprises, sous le visa de l'article 2052 du Code civil<sup>117</sup>.

#### Section 4- L'exécution de la transaction

Bien que la transaction ait "entre les parties l'autorité de la chose jugée en dernier ressort (art. 2052 C. civ.), elle n'en constitue pas moins un simple contrat, que n'assortit aucune force exécutoire. L'exécution du contrat est donc laissée à la bonne volonté des parties, et singulièrement à celle de l'assureur à qui incombe l'initiative du versement des sommes convenues. Si un refus de paiement paraît peu vraisemblable compte tenu de la manière dont se déroule la procédure, le risque de

---

<sup>113</sup>Sur la pratique de cette clause, fréquente jusqu'en 1978, v. G.Viney, op. cit., n° 108.

<sup>114</sup>G.Viney, op. cit. n° 110, p. 130.

<sup>115</sup>Boré J., "La cassation en matière civile", Sirey 1988, n° 1220 et s.

<sup>116</sup>Civ. 2ème, 29 janvier 1997, Pourvoi n°95-12.084, Lexis.

<sup>117</sup>Comme dans Civ. 2ème, 11 janvier 1995, (Pourvoi n° 93-11.045, Lexis), et Civ. 2ème, 5 octobre 1994, (Pourvoi n° 92-20.536, Lexis), où la Cour casse sur le visa de l'article 2052 du Code civil les arrêts dans lesquels les cours d'appel, saisies après aggravation, avaient fixé un montant global de réparation, sans tenir compte des préjudices déjà indemnisés dans les transactions antérieurement conclues. V. également Soc. 9 décembre 1993, (Pourvoi n° 91-10.771, Lexis), le moyen tiré de l'autorité de chose jugée ayant été rejeté en l'espèce comme mélangé de fait et de droit.



retard est plus sérieux. L'article L. 211 -17 fixe pour ce versement un délai d'un mois à compter de l'expiration du délai de dénonciation, à défaut de quoi "les sommes non versées produiront de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié pendant deux mois, puis, à l'expiration de ces deux mois, au double du taux légal". Cette disposition dispense la victime de toute mise en demeure pour faire courir les intérêts de retard. Mais en cas de retard, elle sera néanmoins amenée à recourir au juge pour en faire fixer le montant, le paiement spontané des intérêts de retard par l'assureur étant pour le moins improbable. Notons qu'une disposition équivalente sanctionne le retard dans l'exécution d'une décision judiciaire exécutoire, même par provision<sup>118</sup>.

-Enfin, lorsque la transaction est conclue en cours d'instance, c'est ce contrat qui doit être exécuté, le juge perdant le pouvoir de se prononcer sur le montant des indemnités. C'est ce que rappellent opportunément plusieurs arrêts de la Chambre criminelle et de la Deuxième chambre civile. Le premier arrêt a été rendu <sup>119</sup> à propos d'une procédure correctionnelle dans laquelle le juge du fond s'était prononcé sur les intérêts civils, sans répondre aux conclusions de la partie civile tendant à son désistement en raison de la transaction intervenue. Sous l'attendu de principe selon lequel "les juges ne peuvent évaluer le dommage né de l'infraction à une somme différente de celle qui résulterait de l'accord des parties", la Chambre criminelle casse l'arrêt au motif que la Cour aurait dû vérifier la réalité de l'existence de la transaction avant de se prononcer sur les intérêts civils. Le second arrêt visait une offre acceptée par la victime sur un chef de préjudice modifié ensuite par la cour d'appel. La Chambre criminelle casse pour contradiction de motifs l'arrêt qui accorde à la victime une somme différente de celle qui avait été proposée dans des conclusions par ailleurs déclarées satisfaisantes<sup>120</sup>. Le dernier arrêt, rendu par la Deuxième chambre civile, casse sous le visa de l'article 4 Nouv.code proc.civ. l'arrêt qui a fixé une indemnité à un montant différent de celui contenu dans une offre formée en cours de procédure, et déclarée satisfaisante par les parents des victimes<sup>121</sup>.

Sur le fond, ces arrêts n'apportent rien de nouveau, mais ont le mérite de rappeler que la transaction peut être conclue à toute hauteur de la procédure, et que l'accord intervenu dessaisit le juge de la contestation dans les termes de l'article 4 Nouv.code proc.civ <sup>122</sup>.

---

<sup>118</sup>Art. L. 211-18 c. Assur.

<sup>119</sup>Crim.17 octobre 1989, Pourvoi n° 89-80. 425, Lexis.

<sup>120</sup> Crim. 29 octobre 1997, Pourvoi n°96-85.948, Lexis .

<sup>121</sup> Civ. 2ème, 19 novembre 1997, Pourvoi n°96-13.077, Lexis.

<sup>122</sup>"En-dehors des cas où cet effet résulte du jugement, l'instance s'éteint accessoirement à l'action par l'effet de la transaction, de l'acquiescement, du désistement d'action ou, dans les actions non transmissibles, par le décès d'une partie."



### Section 5- La portée de la transaction vis-à-vis des tiers

Comme tout contrat, la transaction n'a par principe qu'un effet relatif<sup>123</sup>. L'article 2051 du code civil ne fait que le rappeler, en posant que "la transaction faite par l'un des intéressés ne lie point les autres intéressés et ne peut être opposé par eux". Ce qui a été convenu entre l'assureur et la victime ne devrait pas avoir une incidence sur les *droits des tiers* que sont les tiers payeurs, les autres victimes ou même l'assuré.

La loi est venue sur ce point aussi modifier la situation des intéressés. Mais l'application de ces dispositions doit être appréciée en fonction de la qualité des personnes en cause: on distinguera à cet égard, les effets de la transaction assureur-victime à l'égard de l'auteur (A); de la transaction assureur-victime à l'égard des tiers payeurs (B); de la transaction tiers-payeur-assureur à l'égard de la victime (C); des transactions assureur-victime à l'égard des autres victimes (D).

#### *A- Effets de la transaction assureur-victime à l'égard de l'auteur*

Le principe "d'inopposabilité" de la transaction, applicable jusqu'alors en la matière, a été modifié par la loi (a), mais n'a fait l'objet que de rares applications jurisprudentielles (b).

##### a- Le nouveau principe d'opposabilité

Bien que non signataire de la transaction, l'auteur de l'accident tout d'abord, *en est le plus souvent partie* par l'effet des clauses de transaction insérées dans la plupart des contrats d'assurance, et qui valent mandat pour l'assureur de transiger pour le compte de l'assuré. Cette situation est sans incidence pour l'assuré dès lors que l'assureur assume bien sa garantie. Mais elle est source de difficultés lorsque ce dernier invoque une cause d'exclusion ou de limitation de garantie. Dans quelle mesure l'assuré est-il tenu de rembourser à l'assureur les sommes payées à la victime?. Sur le fondement du mandat, la solution était inévitablement défavorable à l'assuré. Pour écarter cet effet, la Cour de cassation avait considéré que le mandat de transiger se trouvait de plein droit révoqué lorsque l'assureur entendait invoquer une cause de déchéance, et que la transaction conclue avec l'assureur n'engageait donc pas l'assuré<sup>124</sup>. Mais depuis la loi, et hors toute clause de transaction, l'assureur du véhicule impliqué est tenu de faire une offre à la victime pour le compte de qui il appartiendra" alors même qu'il invoque une exception de garantie légale ou contractuelle (article L. 211-20 c. Assur.). L'assureur sera dans ce cas amené à transiger pour le compte de l'assuré dont il n'entend pas garantir la dette de responsabilité.

La loi a tiré les conséquences de cette obligation nouvelle sur la situation des tiers débiteurs de la dette d'indemnité, en leur réservant un recours. Suivant l'article L. 211-20 C. assur., la transaction intervenue dans ces circonstances pourra être contestée devant le juge par celui pour le compte de qui elle aura été faite, sans que

<sup>123</sup>Cet effet s'entend comme l'obligation pour les tiers de respecter la transmission des droits et la création des obligations entre les parties, et la possibilité de s'en prévaloir. Duclos J., "L'opposabilité. Essai d'une théorie générale", L.G.D.J., 1984.

<sup>124</sup>Civ. 1, 30 juin 1976, Rev.gén.ass. terr., 1977, p. 205. Pour une application récente, mais dans le contexte d'un accident intervenu avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 1985, v. Civ 1ère, 2 février 1994, pourvoi n° 91-22.304, Lexis.



soit remis en cause le montant des sommes allouées à la victime ou à ses ayants-droit<sup>125</sup>.

L'intérêt d'une telle contestation est indéniable pour le tiers débiteur, qui pourra discuter devant le juge *le principe même de la dette* en invoquant notamment une faute de la victime exclusive de toute indemnisation, mais sans pouvoir se fonder sur la loi de 1985, dans la mesure où ce recours n'a pas de caractère subrogatoire. Ainsi, toute demande en remboursement formée ultérieurement par l'assureur qui a transigé avec la victime ouvrira un débat sur l'appréciation faite par ce dernier de la dette de dommages-intérêts, tant dans son principe que dans son montant.

#### b-Applications jurisprudentielles

-Lorsque l'assureur qui a transigé avec la victime soulève une exception de garantie à l'égard de l'assuré, ou en cas d'intervention du Fonds de garantie automobile, le responsable à qui est demandé le remboursement dispose depuis la loi d'un recours pour contester le montant des sommes allouées à la victime (art. L.211-20 et L.421-3 al. 2 c. Assur.), sans pouvoir remettre en cause le montant des sommes allouées à la victime. Un seul arrêt a été rendu en application de ce texte. Il s'agissait en l'espèce de déterminer la compétence territoriale de la juridiction à saisir en cas de contestation<sup>126</sup>. L'application conjuguée des articles L. 421-3 al. 2 c. Assur. et 46 al. 3 NCPC a permis à la Première chambre civile d'affirmer que la demande tendant à l'évaluation du dommage subi par la victime d'un accident relevait de la matière délictuelle, et pouvait être portée indifféremment devant la juridiction du lieu du fait dommageable ou celle dans le ressort de laquelle le dommage a été subi.

-L'assureur de la victime bénéficiaire d'une garantie avance sur recours qui a transigé avec cette dernière et se trouve subrogé dans ses droits en application de l'article 33 al. de la loi, peut réclamer le remboursement de cette dernière au responsable, qui, s'il n'en conteste pas le montant, sera irrecevable ensuite à demander la fixation du préjudice réellement subi<sup>127</sup>.

-C'est sur le visa de l'article 2052 du code civil qu'une transaction conclue entre la victime et l'assureur sur la base d'un partage de responsabilité a été déclarée inopposable à la même victime dans ses rapports avec un responsable in solidum, de sorte que ce co-responsable devait indemniser la victime en totalité et non dans les limites du partage de responsabilité consenti avec l'assureur<sup>128</sup>.

#### *B- Effets de la transaction assureur-victime à l'égard des tiers payeurs*

Les principes posés dans ce domaine (a), font l'objet des applications jurisprudentielles les plus nombreuses (b).

##### a- Conditions de l'opposabilité de la transaction aux tiers payeurs

A l'égard des *tiers payeurs* de sommes dues à la victime au titre de la protection sociale ou des rémunérations, et subrogées dans les droits de l'intéressé à l'égard de l'assureur, la transaction conclue avec la victime ne produit d'effets que s'ils en ont été préalablement informés. Si c'est le cas, ces tiers ne pourront exercer leurs

---

<sup>125</sup>Une disposition identique est prévue pour la transaction réalisée par le Fonds de garantie automobile à l'égard de l'auteur de l'accident (art. L. 421-3 al 2 c. Assur.).

<sup>126</sup>Civ. 1ère 2 juin 1992, Pourvoi n° 91-10. 490, Lexis.

<sup>127</sup>Crim. 28 octobre 1992, Pourvoi n° 91-86.098, Lexis. En l'espèce, le moyen a été déclaré irrecevable comme nouveau et mélangé de droit et de fait.

<sup>128</sup>Civ. 1ère, 15 octobre 1991, Pourvoi n° 89-15. 952, Lexis.



recours au-delà du montant de la dette telle qu'elle aura été évaluée à l'égard de la victime. Sinon, ils pourront en contester le montant, et réclamer le remboursement de la totalité des sommes versées. Le principe en était bien établi avant même la loi, par différents textes applicables à ces organismes. Ainsi, l'article L. 376-3 Code séc. soc. prévoit que "le règlement amiable pouvant intervenir entre les tiers et l'assuré ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre". Avec le nouveau dispositif, l'information réciproque devient obligatoire, et des sanctions différenciées ont été aménagées par la loi en fonction de la qualité du responsable du défaut d'information<sup>129</sup>. Notamment, lorsque c'est l'assureur qui a manqué à son obligation d'information, le tiers payeur pourra poursuivre le remboursement intégral de ses débours contre ce dernier, sans être tenu par l'évaluation du préjudice corporel figurant dans la transaction qui constitue normalement l'assiette de son recours<sup>130</sup>.

Cette situation est cependant presque totalement fictive, moins en raison de l'effet de la loi que de celui du protocole assureurs-organismes sociaux du 24 mai 1983, déjà évoqué, qui a créé une obligation conventionnelle d'information, notamment au profit des caisses, en contrepartie d'une évaluation forfaitaire de l'assiette des recours.

#### b-Applications jurisprudentielles

Diverses illustrations jurisprudentielles des différents principes exposés peuvent être apportées. L'assureur qui a payé une indemnité au titre de la garantie avance sur recours bénéficie d'un recours subrogatoire dans les conditions de l'article L. 211-25 al. 2 c. Assur. Lorsque la victime a transigé avec l'assureur du responsable, l'assureur qui a versé le montant de l'indemnité correspondant à la garantie peut ainsi demander au juge de fixer l'indemnité correspondant à l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, sans être tenu par les termes de la transaction conclue avec la victime, et sans que cette transaction soit remise en cause dans les rapports victime-responsable<sup>131</sup>. La solution est la même pour la caisse de sécurité sociale qui n'a pas été invitée à participer à la transaction<sup>132</sup>, et pour l'employeur de la victime<sup>133</sup>, lesquels peuvent demander au juge de fixer leur indemnité. Dans le même sens, l'assureur responsable de la non information des tiers payeurs ne peut se retourner contre la victime avec laquelle il a transigé pour exiger d'elle le remboursement des sommes que lui réclament ces tiers<sup>134</sup>.

---

<sup>129</sup>Art. L. 211-11 et 12 c. Assur.

<sup>130</sup>Selon l'article L. 376-1 C. séc. soc., la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

<sup>131</sup>Crim. 23 janvier 1992, Pourvoi n° 91-80. 111, Lexis.

<sup>132</sup>Soc. 7 octobre 1987, Pourvoi n° 85-12. 408, Lexis.

<sup>133</sup>Soc 11 juin 1992, Pourvoi n° 89-21.822, Lexis. En l'espèce, la caisse primaire était en même temps l'employeur, de sorte que c'est à un double titre que la transaction, conclue entre l'assureur et la victime, sans qu'elle en soit informée, ne lui était pas opposable.

<sup>134</sup>Soc. 28 février 1991, Pourvoi n° 88-14. 272, Lexis.



- La transaction peut néanmoins être prise en considération par un tiers amené à verser des prestations hors toute subrogation, dans la mesure où le versement de ces prestations est conditionné par le montant de l'indemnisation reçue<sup>135</sup>.

- Dans un arrêt plus ancien, ce sont les conditions de la l'information de l'organisme payeur qui ont fait l'objet de discussions, situation qui ne soulève plus de difficultés juridiques avec l'aménagement de l'information de ces tiers <sup>136</sup>.

### *C- Les effets de la transaction assureur-tiers payeurs à l'égard de la victime*

#### a- Absence d'effets de la transaction à l'égard de la victime

En application de la convention assureurs-organismes sociaux de 1983, les assureurs s'engagent à transiger avec ces organismes sur des bases forfaitaires. Cette transaction, nous l'avons signalé, prend sa source dans la convention, et non la loi, et n'est donc pas opposable à la victime. Lorsque la victime n'a pas elle-même transigé, et demande réparation de son dommage devant une juridiction civile ou pénale, la question se pose de l'évaluation du montant des sommes à déduire de son préjudice: peut-elle demander que la créance de ces organismes soit évaluée en fonction du montant de la transaction, et non des sommes réellement déboursées? Par principe, lors de l'évaluation du dommage, ce sont les débours réels des organismes qui sont pris en compte, pour être ensuite intégralement déduits, de sorte que l'opération est neutre pour la victime. L'intérêt de la victime est alors de demander la déduction de la seule transaction, pour dégager un solde positif plus important. Un tel solde est bien entendu artificiel, puisqu'il résulte d'une différence entre deux sommes de nature différente: l'une qui vient en réparation du préjudice, et concerne la victime seule, l'autre qui touche aux rapports entre l'assureur et les organismes. Cette question est, de loin, la plus fréquemment soulevée dans la jurisprudence relative à la transaction.

#### b- Applications jurisprudentielles

La réponse, rappelée dans presque tous les arrêts par les différentes chambres de la Cour de cassation<sup>137</sup>, est que la victime ne peut invoquer la transaction comme base de calcul du montant de l'indemnisation, par application du principe de réparation intégrale. Il est ainsi affirmé que " si la réparation du préjudice causé par une infraction doit être totale, elle ne saurait cependant être supérieure à celui-ci<sup>138</sup>", ou , selon une autre formule, que "si les juges du fond apprécient

<sup>135</sup>Civ. 1ère, 8 novembre 1989, Pourvoi n° 88-10. 057, Lexis.

<sup>136</sup>Soc., 14 octobre 1987, Pourvoi n° 85-10.753, Lexis.

<sup>137</sup> Crim. 4 juin 1997, Pourvoi n° 96-268, publié au Bulletin criminel; Soc. 8 décembre 1994, Pourvoi n° 92-17.324, Lexis, Bull.; Soc. 15 décembre 1994, Pourvoi n° 92-17.575, Lexis; Civ. 2ème, 8 juin 1994, Pourvoi n° 92-20.136, Lexis, Bull.; Soc. 27 septembre 1990, Pourvoi n° 87-15. 654, Lexis; Crim. 18 janvier 1990, Pourvoi, n° 88-84. 443; Crim. 13 décembre 1990, Pourvoi n° 90-80. 866; Crim. 25 avril 1989, Pourvoi n° 88-84.699; Civ. 2ème, 16 novembre 1988, Pourvoi n° 87-12. 702, Lexis; Crim. 3 mai 1988, Pourvoi n° 87- 84. 661; Civ. 2ème, 6 janvier 1988, Pourvoi n° 86-16. 192, Lexis; Crim. 11 juin 1987, Pourvoi n° 86-95. 862; Crim. 13 mai 1987, Pourvoi n° 85-92. 841; Soc. 10 nov. 1987, Pourvoi n°85-12. 687 et n° 85- 11. 758, Lexis. On ne relève qu' un arrêt en sens inverse (Civ. 2ème, 6 juillet 1994, Pourvoi n° 91-22.097, Lexis). Mais l'attendu qui vient au soutien de cette solution est pour le moins contradictoire, et cet arrêt nous semble devoir rester isolé. Il y est en effet énoncé que "c'est à bon droit que le Cour d'appel évalue l'indemnité complémentaire revenant à la victime qui n'a pas été partie à la transaction, en déduisant du montant de son préjudice patrimonial le montant de la transaction".

<sup>138</sup>Crim. 13 décembre 1990, op.cit.



souverainement le préjudice causé par une infraction, il ne saurait en résulter pour la victime ni perte ni profit" <sup>139</sup>. De plus, lorsque l'accident de la circulation constitue en même temps un accident du travail, la Cour se fonde, pour refuser de prendre la transaction comme base de calcul, sur l'article 470-1 ancien du Code de la Sécurité sociale (article L. 454-1 nouveau), aux termes duquel la victime d'un accident du travail ne conserve le droit de demander à l'auteur réparation de son préjudice que dans la mesure où ledit préjudice n'est pas réparé par les prestations de sécurité sociale.

Dans les arrêts relevés, il est rappelé que le juge doit retrancher de l'indemnité allouée à la victime au titre de l'atteinte à l'intégrité physique "la totalité des prestations réellement servies à la victime, et non pas seulement le montant de la transaction intervenue entre l'organisme social et l'assureur du responsable" <sup>140</sup>. L'intérêt de l'assureur qui a transigé avec la caisse est bien évidemment de demander au juge saisi de la demande principale d'intégrer dans les bases de calcul le maximum de prestations versées, ce qui peut l'amener paradoxalement à exercer un recours de ce chef <sup>141</sup>.

La solution paraît s'imposer, dans la mesure où la victime a bénéficié réellement des prestations. Mais que se passe-t-il lorsque sont déduites des sommes qui n'ont pas été perçues par la victime? C'est le cas, illustré par l'arrêt de la Chambre sociale du 7 mars 1996 <sup>142</sup>, où un organisme social perçoit à titre transactionnel le montant du capital représentatif d'une rente <sup>143</sup>, mais en supprime par la suite le service à la victime, dont l'état s'est amélioré. En l'espèce, la victime avait agi contre l'organisme pour lui réclamer le versement du solde du capital sur le fondement de l'enrichissement sans cause. La Chambre sociale rejette le pourvoi formé contre l'arrêt qui avait débouté le demandeur, et procède par substitution de motifs pour considérer que le "versement par l'assureur du tiers responsable du capital représentatif de la rente d'invalidité ne constitue qu'une modalité d'exécution de la transaction conclue avec la caisse". Certes, la transaction avait été favorable à l'organisme social, mais la victime avait vu son dommage très exactement réparé, sans profit ni perte.

La victime ne peut donc revendiquer l'application à son profit d'une transaction conclue avec les tiers payeurs dès lors que cette transaction est devenue définitive. Mais il faut signaler la solution différente qu'apporte à cette question un récent arrêt

---

<sup>139</sup>Crim. 4 juin 1997, op.cit.

<sup>140</sup> V. par ex. Civ. 2ème 8 juin 1994, (Pourvoi n° 92-20.136, Lexis), affirmant qu' "il y a lieu de calculer selon les règles du droit commun le préjudice corporel soumis à recours, et d'en déduire les débours effectivement exposés par la caisse, sans tenir compte de la transaction survenue entre elle et (l'assureur)".

<sup>141</sup> Comme dans Soc. 27 septembre 1990, où c'est l'assureur qui demande la prise en considération du coût de versement d'une prestation d'invalidité, pour réduire le montant de la somme revenant à la victime.

<sup>142</sup>Soc. 7 mars 1996, Lexis, Pourvoi n° 94-15.481., Bull. Civ.

<sup>143</sup> Notons que la caisse ne peut en principe obtenir le versement du capital représentatif, qui représente des sommes non encore déboursées. L'accord du tiers responsable est nécessaire pour effectuer une tel versement. v. Crim, 3 février 1993, Bulletin Criminel, et Civ. 2ème, 7 nov. 1990.



de la Deuxième chambre civile <sup>144</sup> dans une hypothèse où une caisse primaire avait *transigé en cours d'instance*, et accepté de ne réclamer à l'assureur que la moitié des sommes qu'elle avait versées à la victime, ce qui a eu pour effet de dégager un important solde d'indemnité à l'égard de la victime. Bien que l'indemnisation de la victime s'en soit ainsi trouvée considérablement accrue, la deuxième chambre approuve cette solution, au motif que le juge "n'a fait que prendre en compte comme il le devait, l'accord intervenu par voie transactionnelle". Cette solution est bien différente de celle qui prévaut en matière d'effet de la transaction, puisqu'elle revient à faire bénéficier la victime d'un accord auquel elle n'a pas été partie. Il n'est pas certain cependant qu'il faille voir dans cet arrêt un revirement, dans la mesure où le pourvoi était formé non par l'assureur, mais par l'organisme social, qui se bornait à contester le mode de calcul de l'indemnité lui revenant, sans remettre directement en cause la situation de la victime.

*D- L'effet des transactions assureurs-victimes dans leurs rapports réciproques*

Dans leurs rapports réciproques, les victimes ne sont pas tenues par la transaction conclue par certaines d'entre elles, sauf lorsqu'elles agissent en qualité d'héritières de la victime qui a transigé. Autrement dit, en cas de pluralité de victimes pour un accident donné, la transaction peut n'être que partielle, et concerner certaines d'entre elles seulement, les autres poursuivant leurs droits en justice.

- En cas de pluralité de véhicules impliqués, (art. L. 211-9 al. 5 c. Assur.) l'assureur mandaté par les autres transige au nom des assureurs des autres véhicules, qui se trouvent ainsi de plein droit parties à la transaction, en application des règles du mandat.

- On évoquera pour mémoire la question de l'effet de la transaction conclue directement par l'auteur de l'accident avec la victime. Cette situation est exceptionnelle, compte tenu de la manière dont est géré aujourd'hui le risque automobile. Dans ce cas, et lorsque le contrat contient une stipulation expresse sur ce point, la sanction prévue par l'article L. 124-2 c. Assur. est l'inopposabilité de la transaction à l'assureur. A défaut d'une telle clause, on devrait considérer que l'assureur qui a laissé la victime conclure un accord est tenu par les termes de celui-ci.

Le bilan juridique du dispositif d'offre met en lumière la place centrale occupée par l'assureur à toutes les phases de la procédure, et notamment dans le processus d'appréciation des fautes sur lesquelles repose le principe même de l'indemnisation. A cet égard, le dispositif constitue une reconnaissance des pratiques d'indemnisation transactionnelles, dont il s'efforce de rationaliser le déroulement et les montants versés. Mais sur l'ensemble du dispositif, on aura noté l'absence de véritable débat jurisprudentiel. Dans le domaine des transactions issues des accidents de la circulation, le silence des arrangements privés contraste avec l'âpreté des débats qui ont cours sur la faute et sur les conditions d'application de la loi. La mise en oeuvre de la procédure d'offre se déroule donc largement hors contrôle de la Cour de cassation. Cela doit-il s'interpréter comme le résultat d'une parfaite application du dispositif par les assureurs, et par là même, d'une satisfaction des intéressés? La réponse à cette question ne peut être plus être apportée par le moyen d'une étude de la loi, et de son application jurisprudentielle. Il est nécessaire de



recourir à une étude de terrain pour accéder à *une connaissance des pratiques d'indemnisation des assureurs*, dans le contexte d'application du dispositif en matière d'offre d'indemnité.



## **Annexe Ière partie : Notice d'information des victimes d'accidents corporels de la circulation**

(Art. A. 211-11 c. assur.)

La notice relative à l'information des victimes prévue à l'article R. 211-39 doit comporter les indications figurant dans le modèle type annexé au présent article. <<Cette notice est présentée de manière claire et lisible. Elle est rédigée en caractères dont la hauteur ne peut être inférieure à celle du corps huit.>>.

Notice destinée aux victimes d'accidents de la circulation mettant en cause un véhicule terrestre à moteur. Les informations suivantes ont pour but de vous expliquer ce que vous devez entreprendre et comment vous serez indemnisé. Elles ont été volontairement limitées à l'essentiel. Pour en savoir plus, il vous faut consulter: la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 publiée au Journal officiel du 6 juillet 1985; le décret n° 86-15 du 6 janvier 1986 publié au Journal officiel du 7 janvier 1986. La loi du 5 juillet 1985 a amélioré la situation des victimes d'accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, à l'exception des chemins de fer et des tramways circulant sur des voies qui leur sont propres: les cas de non-indemnisation sont désormais limités; une offre d'indemnité doit être faite par l'assureur dans un délai de huit mois en cas d'accident corporel. Qui a droit à indemnisation? Pour les dommages corporels: les passagers, piétons et cyclistes victimes, sauf lorsque la victime a: recherché volontairement son dommage; commis une faute inexcusable, cause exclusive de l'accident. Toutefois, cette faute ne peut être opposée à la victime si elle est âgée de moins de seize ans ou de plus de soixante-dix ans ou encore si elle est atteinte d'une incapacité permanente ou d'une invalidité au moins égale à 80 p. 100; les conducteurs de véhicule terrestre à moteur, sauf lorsqu'ils sont responsables de l'accident (la faute du conducteur peut en effet limiter voire exclure son droit à indemnisation). Pour les dommages matériels: toutes les victimes dans la mesure où elles ne sont pas responsables de l'accident. Attention. -- Même si vous êtes indemnisé de vos dommages, vous pouvez être tenu de réparer ceux que vous avez causés à autrui si vous êtes responsable. Comment se déroule l'indemnisation? l'assureur du responsable prend contact avec vous; vous le renseignez; vous vous soumettez à un examen médical; l'assureur vous fait une offre d'indemnisation; vous acceptez l'offre, l'assureur vous indemnise; vous refusez l'offre, vous devez alors réclamer l'indemnisation devant le tribunal. Qui devez vous contacter? dans la plupart des cas: l'assureur qui garantit la responsabilité civile du véhicule impliqué. Si plusieurs véhicules sont impliqués, un seul assureur fait l'offre pour le compte de tous. le propriétaire du véhicule s'il est dispensé de recourir à un assureur (Etat, R.A.T.P....); le bureau central français, ou son représentant, s'il s'agit d'un véhicule étranger (B.P. 27-93171 Bagnolet Cedex); si l'auteur de l'accident est inconnu ou non assuré, il vous appartient de saisir le fonds de garantie (64, rue DeFrance, 94307 Vincennes Cedex). A la première correspondance, il vous est demandé de fournir les renseignements nécessaires à votre indemnisation. Vous pouvez: vous faire assister d'un avocat de votre choix; obtenir, sans frais, copie du rapport de police ou de gendarmerie. Vous devez communiquer à l'assureur: 1° Vos nom et prénoms; 2° Vos date et lieu de naissance; 3° Votre activité professionnelle et l'adresse de votre ou de vos employeurs; 4° Le montant de vos revenus professionnels avec les justifications utiles; 5° La description des atteintes à votre personne accompagnée d'une copie du certificat médical initial et autres pièces justificatives en cas de consolidation; 6° La description des dommages causés à vos biens; 7° Les nom, prénoms et adresse des personnes à votre charge au moment de l'accident; 8° Votre numéro



d'immatriculation à la sécurité sociale et l'adresse de la caisse d'assurance maladie dont vous relevez; 9° La liste des tiers payeurs appelés à vous verser des prestations, ainsi que leurs adresses; 10° Le lieu où les correspondances doivent être adressées. Si la victime décède, le conjoint et chacun des héritiers doivent communiquer à l'assureur: 1° Ses nom et prénoms; 2° Ses date et lieu de naissance; 3° Les nom et prénoms, date et lieu de naissance de la victime; 4° Ses liens avec la victime; 5° Son activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs; 6° Le montant de ses revenus avec les justifications utiles ; 7° La description de son préjudice, notamment les frais de toute nature qu'il a exposés du fait de l'accident; 8° Son numéro d'immatriculation à la sécurité sociale et l'adresse de la caisse d'assurance maladie dont il relève; 9° La liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations, ainsi que leurs adresses; 10° Le lieu où les correspondances doivent être adressées. Vous devez répondre à toutes ces questions dans un délai de six semaines. Si vous tardez ou si votre réponse est incomplète, vous retardez l'indemnisation. Vous êtes convoqué à un examen médical. Vous êtes avisé au moins quinze jours avant l'examen médical: de la date et du lieu de l'examen; de l'identité et des titres du médecin; de l'objet de l'examen ; du nom de l'assureur pour le compte duquel l'examen est demandé. Vous recevrez copie du rapport dans les vingt jours. Vous pouvez vous faire assister d'un médecin de votre choix; refuser de vous présenter à l'examen médical si les renseignements ne vous ont pas été communiqués dans le délai prescrit; refuser de vous faire examiner par le médecin choisi par l'assureur; dans ce cas, l'assureur peut vous proposer un autre médecin ou demander au tribunal d'en désigner un; demander vous-même au tribunal la désignation d'un médecin expert. Que contient l'offre d'indemnisation? Si vous avez subi un dommage corporel, l'assureur doit vous présenter, dans les huit mois qui suivent l'accident, une offre d'indemnisation comprenant la réparation: du préjudice corporel; du préjudice matériel lorsqu'il n'a pas fait l'objet d'un règlement préalable. Selon votre état de santé, cette offre peut être: définitive si votre état de santé est consolidé et que l'assureur en a été informé dans les trois mois suivant l'accident; provisionnelle dans le cas contraire, l'offre définitive vous sera présentée au plus tard cinq mois après que l'assureur aura été informé de votre consolidation. L'offre doit couvrir tous les éléments de votre préjudice, c'est-à-dire: En cas de blessure: les frais engagés pour vous soigner (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation, etc.); les salaires ou revenus que vous auriez perçus si vous n'aviez pas été accidenté; si vous n'exercez pas d'activité rémunérée, des indemnités forfaitaires peuvent vous être allouées; l'incapacité permanente partielle déterminée par le médecin chargé de vous examiner; le remboursement du coût de la ou des tierces personnes dont l'aide est rendue nécessaire du fait de votre état; l'indemnisation des souffrances endurées; les autres préjudices (esthétique, d'agrément...); En cas de décès: les frais d'obsèques raisonnablement engagés; les préjudices moraux; les préjudices économiques; les autres préjudices; Dans tous les cas: les préjudices matériels annexes aux préjudices corporels ou mortels (vêtements, prothèses...). Attention. - Les sommes calculées subissent, s'il y a lieu, une réduction résultant: de votre responsabilité; des sommes payées ou à payer par les organismes participant à l'indemnisation de votre préjudice (organismes sociaux, employeurs, assureurs d'avances sur indemnités...); une copie des décomptes de ces organismes est jointe à l'offre. Qui doit recevoir l'offre d'indemnisation? la victime (cas général); les héritiers et le conjoint (en cas de décès); le représentant légal et, selon le cas, le juge des tutelles ou le conseil de famille si la victime est mineure ou majeure incapable. Les suites à donner Lorsque vous recevez l'offre, vous pouvez: Accepter. Dans les quinze jours qui suivent



votre accord, vous pouvez le dénoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si vous agissez en tant que représentant légal d'un mineur ou d'un majeur incapable, il vous faut l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille. Discuter. Refuser. Vous pouvez: vous adresser aux tribunaux pour obtenir l'indemnisation; réclamer des dommages-intérêts en cas d'offre manifestement insuffisante. Dans tous les cas, faites part de votre décision à l'assureur qui vous a présenté l'offre d'indemnisation. Attention. - Vous devez informer votre caisse d'assurance maladie de toute transaction intervenue avec l'assureur ou de toute action judiciaire. Quand êtes-vous indemnisé? Vous êtes indemnisé: au plus tard quarante-cinq jours après l'accord conclu entre l'assureur et vous; en cas de procès, à l'issue de celui-ci. Vous pouvez réclamer des intérêts en cas de retard imputable à l'assureur. Conseils pratiques Vous pouvez confier la défense de vos intérêts à toute personne de votre choix; en cas de procès, un avocat doit vous représenter devant le tribunal de grande instance. En adressant une feuille de soins à la sécurité sociale, précisez bien qu'il s'agit d'un accident et indiquez sa date. Constituez votre dossier en conservant l'original ou à défaut la copie de toute pièce médicale, les décomptes de la sécurité sociale, les justificatifs de vos frais ainsi qu'une copie de toute correspondance. Vous devez adresser à l'assureur les pièces justifiant les préjudices que vous avez subis. Vous pouvez prendre l'avis de spécialistes, agent ou courtier d'assurances, avocat, conseiller juridique, médecin. Toutefois, les frais et honoraires de ces intervenants peuvent rester à votre charge sauf si vous bénéficiez d'une garantie de protection juridique ou de l'aide judiciaire en cas de procès. Surveillez les délais afin d'accélérer le règlement de votre dossier. En particulier si un mois après l'accident vous n'avez aucune nouvelle de l'assureur du responsable, prenez contact avec lui. Remarque Le dispositif mis en place par la loi a pour objet de réduire le nombre de procès et d'accélérer l'indemnisation des victimes. Cependant, vous avez la possibilité à tout moment: d'introduire devant le tribunal un référé (procédure d'urgence pour obtenir une avance sur indemnité), particulièrement en cas d'inaction persistante de l'assureur du responsable; de faire intervenir le juge en cas de désaccord persistant sur: le taux de responsabilité, le caractère inexcusable d'une faute, le montant de l'offre d'indemnisation; de vous constituer partie civile ou d'engager une procédure judiciaire à l'encontre des auteurs de l'accident que vous estimez responsables.



## IIEME PARTIE

### L'EXTENSION EMPIRIQUE DE LA PROCÉDURE D'OFFRE

Passer de l'analyse de l'extension juridique de la procédure d'offre, à son observation (Chapitre II), implique de disposer d'abord d'une batterie de données complémentaires sur la population destinataire potentielle d'une procédure d'offre (Chapitre I).

#### *Chapitre I - Une population à caractériser*

La population visée par la procédure d'offre peut être caractérisée sous trois aspects: d'abord en tant que victimes d'accidents corporels de la circulation (Section 1); ensuite en tant que parties à une procédure (Section 2); enfin en fonction des type de règlement dont elles font l'objet (Section 3). Trois sources sont disponibles: dans l'ordre des informations recherchées, il s'agit respectivement des statistiques des accidents collectées par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière ; des statistiques pénales et civiles produites par la Sous-direction de la statistique du Ministère de la justice; du fichier des indemnités allouées au victimes d'accidents de la circulation .

#### Section 1 Les victimes d'accidents corporels de la circulation

Le bilan annuel publié par l'Observatoire interministériel de la circulation routière comporte deux parties consacrées aux données relatives aux accidents corporels. Nous retiendrons pour l'analyse le rapport relatif aux données de 1994, qui comporte également des informations en évolution sur le nombre et la structure de ce type d'accidents<sup>145</sup>. L'exploitation de ces données sera menée dans la perspective d'une évaluation de la population de référence pour la mise en oeuvre de la procédure d'offre d'indemnisation, et plus précisément, de la population susceptible de bénéficier d'une indemnité. Les valeurs relevées ne pourront souvent être qu'approchées, en raison des objectifs propres de la production de ces statistiques, qui sont davantage à connaître les causes des accidents, aux fins de proposer des mesures de prévention, que de connaître le sort des victimes.

Les accidents corporels et leurs victimes sont connus par exploitation du fichier national des accidents corporels de la circulation routière, établi à partir des informations transmises sur support informatique par les services de la Police

---

<sup>145</sup>"Bilan annuel" 1994, La documentation française, 1993.



nationale et de la Gendarmerie<sup>146</sup>. Les critères de collecte, relativement restrictifs, introduisent dans ces données un biais de sous-estimation évalué selon les sources entre 20 et 25%<sup>147</sup>. On peut penser, et notre enquête le confirmera, que cette sous-estimation touche les accidents corporels les moins graves, pour lesquels les services de police et de gendarmerie ne sont pas mobilisés. En l'état, on peut considérer que ce fichier fournit une bonne information sur la fraction la plus grave des accidents de la circulation.

Après un bref rappel des données d'évolution de ces accidents, (A), nous nous attacherons plus particulièrement à l'analyse des catégories de victime selon le type d'accident, pour déterminer un effectif de victimes destinataires d'une offre (B), et au-delà, le nombre des victimes susceptibles de se voir opposer une faute exclusive d'indemnité (C).

*A- L'évolution du nombre de victimes dans les accidents corporels de la circulation*

Le tableau 1 (page suivante) présente en évolution sur vingt ans le nombre d'accidents corporels (accident déclaré ayant entraîné au moins une victime corporelle), et le nombre de personnes concernées par ces accidents, répartis selon le niveau de gravité.

---

<sup>146</sup>Les définitions de l'accident corporel sont les suivantes: accident provoquant au moins une -victime, survenant sur une voie ouverte à la circulation publique, impliquant un moins un véhicule. Les victimes sont tuées si elles décèdent sur le coup ou dans les six jours; les blessés sont considérés comme graves si l'hospitalisation dépasse 6 jours, légers pour les hospitalisations entre 0 et 6 jours. Cette définition présente l'avantage d'être proche de celle de la loi, si ce n'est en ce qui concerne la définition du lieu de survenance, qui est plus restrictive que celle de la loi de 1985. Sur cette définition, v. "Bilan annuel", 1994, p.5.

<sup>147</sup>Le rapprochement entre les statistiques de la Sécurité routière et les sous-produits comptables du Ministère des Finances fait apparaître un déficit d'environ 20 %, dû sans doute à la non communication d'un certain nombre de fiches statistiques par les services de police et de gendarmerie. Les assureurs de leur côté estimaient à 25% la proportion de sous-estimation des accidents corporels. (source F.F.S.A/ A.P.S.A.D., Direction automobile).



Tableau 1

**Evolution du nombre et de la gravité des blessures des victimes  
d'accidents corporels**

Année	Nombre d'accidents corporels	Nombre de tués	Nombre de blessés graves	Nombre de blessés légers	Total blessés	Total blessés et tués
1974	260 187	13521	*	*	353 059	366 580
1975	258 201	13 170	105 316	248 414	353 730	366 900
1976	261 275	13 787	102 059	255 394	357 451	371 238
1977	257 689	13 104	101 907	252 998	354 905	368 009
1978	247 785	12 137	96 659	241 855	338 514	350 651
1979	253 208	12 480	99 084	248 834	347 918	360 398
1980	248 469	12 543	95 099	244 533	339 632	352 175
1981	239 734	12 428	90 973	243 316	334 289	346 717
1982	230 701	12 410	84 532	236853	321 385	333 795
1983	216 139	11 946	79 447	221 987	301 434	313 380
1984	202 637	11 685	73 314	211 593	284 907	296 592
1985	191 132	10 448	66 925	203 874	270 799	281 247
1986	184 615	10 960	63 496	195 507	259 003	269 963
1987	170 994	9 855	57 902	179 734	237 636	247 491
1988	175 887	10 548	58 172	185 870	244 042	254 590
1989	170 590	10 528	55 086	180 913	235 990	246 518
1990	162 573	10 289	52 578	173 282	225 860	236 149
1991	148 890	9 617	47 119	158 849	205 968	215 585
1992	143 362	9 083	44 965	153 139	198 104	207 187
1993	137 500	9 052	43 535	145 485	189 020	198 072
1994	132 726	8 533	40 521	140 311	180 832	189 365

\* Jusqu'en 1975, la distinction selon la gravité des accidents n'était pas effectuée.



Sans entrer dans le détail des évolutions, on retiendra que le bilan des accidents corporels (tués et blessés), s'améliore continûment depuis vingt ans, sur tous les indicateurs, alors que la circulation s'accroissait considérablement au cours de la même période. Ainsi, le nombre d'accidents avec incidence corporelle a diminué de 48,9 % en 20 ans, tandis que, dans le même intervalle de temps, le nombre de personnes concernées dans ces accidents diminuait de 48,3% et le nombre de tués de 36,9% <sup>148</sup>. Le nombre des accidents, en diminution constante depuis 1974, (si on excepte l'année 1976), a atteint en 1994 son niveau le plus bas. On en conclura que la loi de 1985, qui a étendu le champ de l'indemnisation automatique, *n'a pas produit les effets de "déresponsabilisation" que l'on avait imaginés...* ce qui nous permet de mettre en doute à nouveau l'existence d'une corrélation entre les règles de responsabilité et les comportements des usagers de la route<sup>149</sup>., pour lui préférer une explication tirée des effets propres de la réglementation de la circulation.

Ces données vont nous permettre de procéder à une première évaluation de la taille de la population des victimes d'un accident de la circulation, dans lequel un véhicule au moins a été impliqué. En moyenne annuelle, ce sont plus de 200.000 personnes qui subissent des dommages corporels. Mais pour déterminer dans quelle mesure ces personnes peuvent faire l'objet d'une procédure d'offre d'indemnisation, il est nécessaire de connaître les circonstances des accidents.

#### *B- Les victimes destinataires d'une procédure d'offre*

Pour être destinataire d'une procédure d'offre, la victime doit avoir subi des dommages corporels à l'issue d'un accident dans lequel un *véhicule au moins a été impliqué*. Mais si la victime est elle-même conducteur d'un véhicule, la procédure ne peut se déclencher que si un *second véhicule est impliqué*. Autrement dit, le conducteur d'un véhicule (quel que soit par ailleurs ce véhicule), subissant des dommages corporels à la suite d'un accident de la circulation dans lequel aucun autre véhicule terrestre à moteur n'est impliqué, n'est pas "victime" au sens de la loi de 1985, même s'il l'est au sens de la sécurité routière. Cela signifie qu'en l'absence de tout assureur de responsabilité, il ne sera destinataire d'aucune offre d'indemnité, et ne recevra aucune indemnisation à ce titre, sauf s'il a contracté par ailleurs une garantie personnelle ou une assurance de dommages, à caractère facultatif<sup>150</sup>.

Pour déterminer la part des victimes "indemnisables", il est nécessaire de disposer d'une information sur la position des victimes dans l'accident telle qu'elle nous permette d'exclure les conducteurs blessés hors collision.

---

<sup>148</sup>"Bilan annuel " 1994, Tableau p. 20.

<sup>149</sup>L'affirmation selon laquelle la loi Badinter, en assurant une indemnisation automatique des piétons, diminuerait le niveau de vigilance de ces derniers, et donc augmenterait le nombre d'accidents mortels, apparaît dénuée de fondement. Nous avons déjà fait la critique de ce propos, rencontré sous la plume de B. Lemennicier, *Economie du droit*, op. cit., p. 119.

<sup>150</sup>L'article R. 211-8 c.Assur. excepte de l'obligation d'assurance "la réparation des dommages subis par la personne conduisant le véhicule".



Cependant, les statistiques établies ne procèdent pas ainsi, qui ventilent les accidents selon les circonstances, et non les victimes de ces accidents. Pour obtenir néanmoins des indicateurs, on identifiera d'abord les circonstances des accidents (a), puis la répartition des victimes dans les véhicules (b).

#### a- Les circonstances des accidents

Parmi les tableaux disponibles sur cette variable, on retiendra celui qui procède à une ventilation selon le nombre de véhicules impliqués (Tableau 2 ci-dessous).

**Tableau 2 :**

#### **Répartition des accidents corporels selon le type en 1994<sup>151</sup>**

Type d'accidents	Accidents corporels		Dont tués	
	Nombre	%	Nombre	%
Un véhicule seul avec piéton	21 051	15,9	1 015	11,9
Un véhicule seul sans piéton	27 813	21,0	3 070	36,0
Deux véhicules et plus	83 862	63,1	4 448	52,1
Ensemble	132 726	100,0	8 533	100,0

En 1994, 132 726 accidents ont causé des dommages corporels à 189 365 personnes. Ces type d'accidents représente une faible part (5%), des accidents de la circulation, dont le nombre était évalué à 2 500 000 en 1993<sup>152</sup>. Mais ce chiffre doit être considéré comme largement sous-évalué, compte tenu des définitions restrictives de l'accident corporel résultant des conventions d'alimentation du Fichier national des accidents corporels.

Plus de 63 % des accidents corporels sont le résultat de collisions, et près de 16% concernent des piétons. Ces deux effectifs se cumulant, puisqu'il s'agit de circonstances dans lesquelles un tiers est victime, on peut affirmer *qu'au moins 79% des accidents entrent certainement dans le champ d'application de la loi*. Le cas des "véhicules seuls sans piétons" est en revanche indécidable au regard des critères d'application de la loi. En effet, si la victime est *le passager* d'un véhicule accidenté sans intervention d'un tiers, elle bénéficie de la procédure, même si le conducteur

<sup>151</sup>Source: "Bilan Annuel "1994, tableau P.85.

<sup>152</sup>Cette évaluation est fournie par la Statistique Commune des sinistres, établie par les entreprises d'assurance, à partir de l'étude exhaustive du portefeuille de quelques sociétés. Ces statistiques sont publiées dans le " Bilan annuel ", p. 106 et s.



assuré est son parent ou son conjoint<sup>153</sup>. Si c'est le conducteur seul qui est victime, son indemnisation ne relève plus du régime de la responsabilité civile. La proportion de ce type d'accidents, n'impliquant pas d'autres véhicules, est relativement faible sur l'ensemble des accidents corporels (20%). Mais elle représente une proportion très élevée de l'ensemble des décès (36%).

On peut prendre en compte partiellement ces accidents en faisant l'hypothèse qu'un accident sur deux sans véhicule tiers impliqué a causé des blessures à au moins un passager. En appliquant cette répartition, c'est alors 10,5% d'accidents qu'il faut ajouter au pourcentage d'accidents susceptibles d'entraîner une indemnisation. *Au total, pour l'année 1994, on peut estimer que près de 118 000 accidents, soit 90% de l'ensemble, entrent dans le champ d'application de la loi.*

Ce tableau ne permet cependant pas d'évaluer directement le *nombre de personnes* victimes d'un accident causé par un véhicule. En effet, ce sont les accidents qui sont comptabilisés, et non des victimes, sauf en ce qui concerne la ligne des décès. Si l'on veut estimer le nombre de victimes directes concernées, il est nécessaire de compléter cette information par le nombre de victimes par catégorie d'usagers .

#### b- La répartition des victimes dans les véhicules

**Tableau 3**

**Nombre de victimes par catégorie d'usagers en 1994<sup>154</sup>**

<b>Victimes</b>	<b>Tués</b>	<b>Blessés graves et légers</b>	<b>Total victimes</b>	<b>%</b>
Piétons	1 126	21 810	22 936	12,1
Cyclistes	321	7429	7 750	4,1
Cyclomotoristes	472	20 072	20 544	10,9
Motocyclistes	816	17 044	17 860	9,4
Usagers voitures de tourisme	5 423	106 741	112 173	59,2
Usagers poids lourds	122	1 882	2 004	1,1
Usagers d'autres véhicules	253	5 854	6 107	3,2
Ensemble	8 533	180 832	189 365	100

<sup>153</sup>En effet, l'article L.211-1 dernier alinéa c.Assur., issu de la loi du 7 janvier 1981, assimile les membres de la famille du conducteur à des tiers, garantis en tant que tels par les assurances de responsabilité obligatoires.

<sup>154</sup>Tableau p. 71 du Bilan Annuel 1994.



Ce tableau doit être lu dans la perspective d'identifier la part des personnes victimes directes susceptibles de bénéficier d'une offre. Cette information n'est cependant pas immédiatement perceptible dans tous les cas.

- Elle est directement lisible pour les *piétons* : tous sont indemnisables, soit 22.936 personnes.

- En ce qui concerne les véhicules terrestres à moteurs (voitures, cyclomoteurs, motocycles), la notion d'*usagers de véhicules* est ambiguë. En effet, on connaît pas, en l'état des données, leur position dans le véhicule (passager ou conducteur). Or les premiers sont indemnisables dans tous les cas (qu'un véhicule tiers soit ou non intervenu), tandis que les seconds ne le seront que dans le cas où un autre véhicule est impliqué,

-De même, les cyclistes ne seront concernés par la loi que si un véhicule tiers est intervenu, que ce cycliste soit conducteur ou passager.

En pourcentages cumulés, ces usagers représentent 87,9% des victimes. Pour estimer leur chance d'être destinataires d'une offre, et à défaut d'information directe, on peut recourir à une donnée synthétique, relative au nombre d'accidents impliquant au moins un véhicule tiers: dans ce type d'accidents en effet, la position des conducteurs et des passagers au regard de la procédure d'offre est équivalente, puisque le conducteur est également susceptible d'être indemnisé. Ces accidents représentaient, en 1994, 52,1 % de l'ensemble des accidents impliquant un véhicule. Si on applique ce pourcentage à la somme des usagers de véhicules, des cyclistes et des cyclomotoristes/ motocyclistes, (soit 166.438 personnes<sup>155</sup>), on peut ajouter 85.049 personnes à l'ensemble des victimes indemnisables. Sur la fraction restante de ce type de victimes, (soit 79.723), qui peut être affectée aux accidents hors collision, on doit faire une hypothèse supplémentaire sur la répartition entre conducteurs et passagers. En effet, dans ce cas, les conducteurs ne sont pas indemnisables au titre de la responsabilité civile<sup>156</sup>. On retiendra cette fois une répartition inégale, en nous appuyant sur les statistiques des assureurs qui fixent à 40% la part des victimes passagers dans les accidents<sup>157</sup>. En retenant cette répartition, on ajoutera 32.000 passagers environ (40% de 79.723) à l'ensemble des victimes.

*Au total donc, on peut estimer à près de 140.000, soit 74%, le nombre de victimes destinataires de la procédure, sur les 189.020 victimes recensées.*

Il reste à évaluer parmi ces victimes la part de celles qui, à l'issue de la procédure d'offre, peuvent se voir réduire ou supprimer toute indemnisation.

---

<sup>155</sup>Le taux d'occupation moyen n'étant pas connu, on fera l'hypothèse que la répartition des victimes dans les véhicules est la même, quel que soit le type d'accidents.

<sup>156</sup>Dans notre évaluation, cette population représente près de 48 000 personnes annuellement. C'est cette catégorie de personnes que vise le marché des assurances personnelles fondées sur la prévoyance, lesquelles, rappelons-le, ne relèvent plus du mécanisme de l'assurance de responsabilité.

<sup>157</sup>Source F.F.S.A./A.P.S.A.D., Direction automobile, note du 28 nov. 1995, p. 1



*C- Les victimes destinataires de l'offre au regard du risque de non-indemnisation*

La variable pertinente est ici celle du statut de la victime: seule la victime conducteur d'un véhicule terrestre à moteur est susceptible de se voir opposer ses fautes, jusqu'à exclusion totale de l'indemnisation. Les non conducteurs, ou les usagers de véhicules terrestres sans moteur, ne peuvent se voir opposer que leur faute inexcusable, et dans certaines conditions d'âge, ou de santé, leur seule faute volontaire<sup>158</sup>.

En l'absence de distinction selon la qualité de l'usager du véhicule, cette information n'est malheureusement pas disponible. On peut là encore tenter d'approcher cette valeur en se reportant à nouveau à la répartition des victimes selon la catégorie de véhicule (V. Tableau 3 ci-dessus). Ce tableau peut être analysé ligne à ligne pour déterminer cet effectif:

- ainsi, on peut d'ores et déjà considérer comme très probable l'indemnisation des victimes piétons (22.936 )

- les cyclistes, pour lesquels on a considéré à titre d'hypothèse basse que la moitié ont été victimes d'un accident impliquant un véhicule, seront également très probablement indemnisés (3875 victimes).

- parmi les 166.438 usagers de deux roues à moteur, véhicules de tourisme, camionnettes et poids lourds, 52,1%, soit 85.049, ont été considérés comme victimes dans un accident impliquant un véhicule tiers. Sur ces dernières, en réutilisant la même répartition inégale entre conducteurs et passagers (respectivement 60 et 40%), on retiendra 48.833 conducteurs et 36.216 passagers.

- enfin, sur les accidents hors collision, (47,9% des usagers, soit 81.389 personnes), en faisant à nouveau l'hypothèse d'une répartition inégale entre passagers et conducteurs, on estimera à 49.000 le nombre de conducteurs, et 32.000 le nombre de passagers. A partir de ces données, on peut proposer deux estimations :

- En excluant tous les conducteurs, on estimera donc à 95.000 environ le nombre de victimes ayant une très forte probabilité d'être indemnisées, soit 50% de l'ensemble des victimes répertoriées, et près de 68% des victimes destinataires d'une offre.

- La population des conducteurs victimes dans des accidents impliquant un véhicule tiers (48 833), représente près de 35% des victimes indemnisables. En faisant l'hypothèse qu'un sur deux sera effectivement indemnisé, on peut ajouter 24;500 victimes.

En cumulant les effectifs de conducteurs et de non conducteurs, on aboutit une population indemnisée de 119.500 victimes environ, représentant 85% des victimes destinataires d'une offre.

---

<sup>158</sup> Rappelons qu'il s'agit des victimes âgées de moins de seize ans ou de plus de soixante dix ans, ou handicapées quel que soit leur âge. (art. 3 al. 2 de la loi).



*Si l'on tient compte du fait que tous les accidents corporels ne sont pas comptabilisés par la statistique routière, on peut considérer que cette évaluation est compatible avec celle fournie par les assureurs, qui estimaient à partir de leurs propres enquêtes à 172.000, pour l'année 1994, le nombre de victimes indemnisées en droit commun<sup>159</sup>.*

Il s'agit là bien sûr pour une grande partie d'approximations, mais qui nous permettent, d'une part de disposer d'un ordre de grandeur du nombre des dossiers d'accidents ouverts annuellement au titre de l'assurance de responsabilité, et d'autre part de disposer d'un élément de référence pour prendre la mesure du rôle des juridictions dans le traitement des accidents, sous leur double dimension civile et pénale.

### Section 2- L'intervention des juridictions dans le traitement des conséquences des accidents de la circulation

Quelle que soit la phase à laquelle se situe la procédure d'indemnisation, les juridictions judiciaires peuvent être saisies à des titres différents, et être amenées à statuer, tant sur les infractions associées aux accidents corporels, que sur le montant des indemnités: le juge pénal peut ainsi statuer sur les intérêts civils à l'occasion de poursuites pénales pour homicide ou coups et blessures involontaires; le juge civil peut statuer en référé sur les demandes de provision ou d'expertise, et au fond, sur le principe de l'indemnisation. Ces différentes procédures *ne sont pas exclusives les unes des autres*, et peuvent se combiner dans le temps: une instance en référé peut être suivie d'une procédure au fond; de même, une procédure pénale peut être suivie d'une procédure civile au fond pour former la demande d'indemnisation qui ne l'aurait pas été devant le juge pénal; si le ministère public a préalablement saisi la juridiction, la victime peut même abandonner la voie civile qu'elle avait choisie pour porter son action devant la juridiction répressive (art 5 c. Pr. pén.) enfin, la victime qui se constitue partie civile devant la juridiction répressive peut saisir en référé la juridiction civile "pour ordonner toutes mesures provisoires relatives aux faits qui sont l'objet de poursuites lorsque l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable" (art. 5-1 c. Pr. pén.).

Il résulte de ce "ballet" de procédures que les statistiques issues de l'activité de ces différentes juridictions ne peuvent pas être purement et simplement cumulées pour obtenir un effectif de "personnes". Il s'agit en revanche d'autant *d'instances distinctes*, ce qui permet d'utiliser ces statistiques comme indicateur pertinent de l'ampleur de l'activité juridictionnelle dans le cadre des accidents de la circulation.

Sous le bénéfice de ces remarques, nous présenterons et commenterons successivement les statistiques pénales (A) et les statistiques civiles (B) issues de l'exploitation des fichiers de la Sous direction de la statistique de la Chancellerie.

#### *A- Les condamnations pour homicides et coups et blessures involontaires consécutifs à un accident de la circulation*

---

<sup>159</sup>Source F.F.S.A./A.P.S.A.D., Direction automobile, note du 28 nov. 1995.



Pour prendre la mesure de ces condamnations, il faut d'abord rappeler le fondement des poursuites (a), puis décrire le système d'observation statistique (b), avant de présenter les effectifs de condamnations (c) et de les confronter aux données d'accidents de la circulation (d).

#### a- Les poursuites pénales pour homicides et coups et blessures involontaires

Les auteurs des infractions (1), peuvent faire l'objet de poursuites à l'initiative de différents acteurs (2).

1- L'auteur de tout accident ayant entraîné des dommages corporels pour autrui peut être poursuivi du chef de coups et blessures ou homicide involontaires. Selon la gravité des conséquences, il s'agira d'un délit (articles 319-320 ancien c. Pénal, et articles 221-6 et 222-19 nouv. c. Pénal)<sup>160</sup>, ou d'une contravention de 5ème classe (art R. 40 4° ancien c. Pénal, et articles R. 622-1, R. 625-2 et R. 625-2 nouv. c. Pénal).<sup>161</sup>

Dans le nouveau code pénal, applicable aux infractions commises à partir du 1er mars 1994, le nombre de faits susceptibles de recevoir une telle qualification s'est trouvé considérablement accru, par la création de contraventions de 2ème et 5ème classe pour des blessures n'entraînant aucune incapacité de travail. Cet

---

<sup>160</sup>Art. 319 ancien c. Pén.: "Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 1000 à 30 000 F". Art. 320 c. Pén.: "S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précaution des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité totale de travail personnel pendant plus de trois mois, le coupable sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de 500 à 20 000 F ou d'une de ces deux peines seulement". Art. 221-6 nouveau c. pénal: "Le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. En cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende". Art. 222-19 nouveau c. pénal: "Le fait de causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende. En cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 300 000 F d'amende". Les dispositions du nouveau code pénal sont entrées en vigueur au 1er mars 1994.

<sup>161</sup>Art. R. 40 al. 1 "Seront punis d'un emprisonnement de dix jours à un mois et de l'amende prévue pour les contraventions de la 5ème classe ou de l'une de ces deux peines seulement" al 4 : "Ceux qui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou inobservation des règlements, auront involontairement été la cause de blessures, coups ou maladies, n'entraînant pas une incapacité totale de travail supérieure à trois mois". Art. R. 625-2 nouveau c. pénal: " Hors le cas prévu par l'article 220-20, le fait de causer à autrui par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5ème classe". Art. R. 622-1 nouveau c. pénal: " Hors le cas prévu par l'article R. 625-3 , le fait, par maladresse, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, de porter atteinte à l'intégrité d'autrui sans qu'il en résulte d'incapacité totale de travail est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2ème classe". Art. R. 625-3 nouveau c. pénal: " Le fait, par un manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, de porter atteinte à l'intégrité d'autrui sans qu'il en résulte d'incapacité totale de travail est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5ème classe".



alourdissement de l'appareil des sanctions en cas de blessures constitue un des éléments du renforcement notable de l'appareil législatif en matière de lutte contre l'insécurité routière, qui s'est traduit notamment par la création de nouvelles infractions, tels le délit de risques causés à autrui (art. 223-1), d'entrave aux mesures d'assistance (art. 223-5), ou d'abstention de mesures pour combattre un sinistre (art. 223-7). Le rôle joué par cet appareillage de règlements et de sanctions dans la régulation des comportements est central, et doit être considéré à cet égard comme tout aussi important que les règles de responsabilité civile. On ne peut qu'être étonné à cet égard de l'absence d'intérêt que les économistes du droit portent à la dimension pénale des accidents<sup>162</sup>. L'explication en tient peut-être à la prégnance d'une vision individualiste de la réparation de l'accident chez ces économistes, qui a pour effet d'occulter l'intervention des organes étatiques dans cette prise en charge, tant en ce qui concerne l'élaboration de la règle pénale que dans sa mise en oeuvre par l'ensemble des services répressifs.

Dans l'économie des poursuites exercées dans ce contexte infractionnel, plusieurs acteurs disposent d'un pouvoir d'action, mais avec une prépondérance marquée au profit du parquet.

2- En matière pénale, le ministère public joue un rôle essentiel, puisque c'est lui qui détient au premier chef le pouvoir de mettre en mouvement et d'exercer l'action publique (art. 1 al. 1 et 31 c. pr. pén.). Pour l'exercice de ce pouvoir, il bénéficie d'une très large information. Dans le cas des accidents de la route, c'est le parquet qui est destinataire des procès verbaux dressés et transmis par les services de police et de gendarmerie<sup>163</sup>. C'est donc à son initiative que les poursuites ont le plus de chances d'être exercées, ce que confirme largement notre enquête<sup>164</sup>.

- La place de la victime dans le processus pénal est plus modeste. Si cette dernière détient, comme le parquet, le pouvoir de mettre en mouvement l'action publique, (art 1 al. 2 c. et art. 3 c. pr. pén.), en se constituant partie civile devant le juge d'instruction (art. 85 c. pr. pén.), ou en citant directement le prévenu devant le tribunal (art. 388 et 392-1 c. pr.pén.), cela ne va pas sans danger pour elle <sup>165</sup>. La

---

<sup>162</sup>Comme dans Cooter et Rubinfeld, "Economic analysis of legal disputes and their resolution", op. cit. p. 1069, qui, considérant le cas des accidents de la circulation, estiment que "l'allocation légale de droits est essentielle pour fournir des incitations efficaces au regard des terrains d'action et des précautions contre les dommages causés à autrui".

<sup>163</sup>L'article L.23 c. de la route donne aux agents et officiers de police judiciaire de la police nationale des pouvoirs spécifiques en matière de constatation des infractions au code de la route et aux articles 221-6, 222-19 et R. 40 4\*. Il en va de même pour la gendarmerie, l'article 200 du décret portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie indiquant que la gendarmerie "dénonce par procès verbal ou arrête les individus qui, par imprudence, par négligence, par la rapidité de leurs chevaux (!), ou de toute autre manière ont blessé quelqu'un ou commis quelques dégâts sur les routes, dans les rues ou voies publiques.

<sup>164</sup>V. infra IIIème partie, chap. II.

<sup>165</sup>Lorsque la victime met ainsi en mouvement l'action publique, c'est sous la contrainte de consigner une somme (art. 88 c. pr.pén.), destinée à garantir le paiement de l'amende civile à laquelle le plaignant peut se voir condamner en cas de décision de non lieu, et si la constitution est jugée abusive ou dilatoire (art. 91 c. pr.pén.). La même consignation est prévue, aux mêmes fins, lorsque la partie civile a cité directement le prévenu devant un tribunal répressif (art. 392-1 c.pr.pén.).



position la moins risquée pour la victime est d'attendre, pour former une telle constitution, qu'une poursuite soit préalablement exercée par le ministère public. Après avoir été informée par le parquet de l'existence d'une telle poursuite, elle pourra se constituer partie civile, soit par lettre recommandée si le dommage n'excède pas la compétence de droit commun des tribunaux d'instance (art. 420-1 c. Pr. pén.), soit avant ou après l'audience au-delà de ce montant (art. 419 et 420 c. Pr. pén.)<sup>166</sup>.

- Pour les infractions involontaires, ou pour les dommages pouvant être garantis par un assureur, qu'il s'agisse de l'assureur de responsabilité de l'auteur ou de l'assureur de dommages de la victime, l'article 388-1 c. Pr. pén. prévoit leur mise en cause dans la procédure, volontaire ou forcée.

- La jurisprudence admet de longue date la recevabilité de l'intervention des caisses de sécurité sociale pour réclamer le remboursement des sommes versées à l'assuré<sup>167</sup>, la Cour de cassation considérant même dans ce cas, nous l'avons vu, que la déchéance qu'elle aurait encourue pour retard dans la production de sa créance, ne saurait lui être opposée<sup>168</sup>.

Du point de vue des relations assureur/victime, la poursuite pénale occupe une place singulière. Elle échappe à l'initiative de l'assureur, en droit, et à celle de la victime, en fait. De plus, elle est indépendante de la procédure d'offre d'indemnité, qui se déroule en parallèle à l'instance pénale. Pour autant, les différents protagonistes ne peuvent l'ignorer: ni la victime, (qui devra répondre à la proposition de constitution de partie civile), ni l'assureur de responsabilité (qui est appelé en cause aux termes de l'article 388-1 c. pr. pén., ou aux termes d'une clause défense-recours), ni les tiers payeurs (qui sont admis à intervenir). *La probabilité d'intervention d'une décision sur les intérêts civils est donc plus grande dans ce cas, alors même que les différents intéressés n'avaient nullement pris l'initiative de la procédure.* Certes, la victime, comme les tiers-payeurs, peuvent accepter de transiger sur leurs intérêts civils à toute hauteur de la procédure, mais l'existence même de la procédure modifie certainement les termes de la négociation, notamment sur l'appréciation des fautes et l'évaluation des divers préjudices. On le verra, les faits sont largement venus confirmer cette prévision.

#### b- Les sources statistiques des condamnations

Les statistiques disponibles pour ce type d'infraction apparaissent particulièrement fiables : la statistique pénale est obtenue en sous-produit du casier judiciaire où sont inscrites toutes les condamnations pour crime, délit, et

---

<sup>166</sup>Ces dispositions édictées pour le jugement des délits sont également applicables devant le tribunal de police aux termes de l'article 536 c. Pr. Pén.

<sup>167</sup>Crim. 12 mars 1957, S. 1957,2, 222.

<sup>168</sup>Ce depuis un arrêt Crim. 5 décembre 1991, Lexis; Pourvoi n° 90-87.188, Bull. Crim. Sur cette question, v. notre analyse supra, 1ère partie.



contraventions de 5ème classe<sup>169</sup>. L'unité de compte est le condamné, et non la victime, une même personne pouvant faire l'objet de poursuites pour un même accident ayant provoqué plusieurs victimes<sup>170</sup>. La Nomenclature des infractions (NATINFF), dans laquelle sont codées les infractions, fait la distinction entre les différentes causes d'accident, et identifie les accidents de la route parmi les contraventions et délits de blessures et homicides involontaires. Actuellement, les dispositions créées par le nouveau code pénal coexistent avec les anciennes, le juge pénal devant appliquer ces dernières pour les infractions commises avant l'entrée en vigueur du nouveau code pénal. Mais il n'est pas possible, compte tenu des modes de tenue du casier judiciaire, de disposer d'informations sur les condamnations pour contraventions de deuxième classe prévues par le nouveau code pénal en cas de blessures n'ayant pas entraîné d'incapacité de travail.

La probabilité de relaxe dans le domaine des accidents de la circulation étant très faible, compte tenu des conditions de constatation des infractions, on peut considérer que, sauf pour les années où se font sentir les effets des lois d'amnistie, le chiffre des condamnations est très proche de celui des poursuites.

D'autre part, il faut rappeler que, même en cas de relaxe du chef de ces infractions, le tribunal saisi à l'initiative du Ministère public ou sur renvoi d'une juridiction d'instruction (c'est-à-dire en dehors des cas de mise en mouvement de l'action publique par la victime), reste compétent, sur demande de la partie civile ou de son assureur, pour accorder, en application des règles de droit civil, réparation de tous les dommages résultant des faits qui ont fondé la poursuite, sauf si des tiers responsables doivent être mis en cause (art. 470-1 c. Pr. pén. pour le tribunal correctionnel, disposition rendue applicable au tribunal de police par l'article 541 al. 2 du même code). Il en résulte que le juge pénal saisi d'une infraction d'homicide ou coups et blessures involontaires *sera toujours amené à statuer sur les intérêts civils si la demande lui en est faite*, quelle que soit la décision prise sur l'infraction. Même si cette procédure a peu d'opportunité de s'appliquer (les relaxes étant rares), il en résulte que le juge pénal une fois saisi devient ipso facto le juge de la décision civile.

La statistique des condamnations ne permet pas malheureusement de prendre la mesure de la fréquence de cette procédure, laquelle conduit à des *décisions qui ne sont comptabilisées à aucun titre*. Seule l'enquête de terrain permettra d'obtenir une évaluation du nombre de décisions rendues dans cette circonstance.

#### c- L'évolution des condamnations pour coups et blessures involontaires en matière d'accidents de la circulation.

Cette évolution a été observée pour les dix dernières années, jusqu'à l'année 1994, dernière disponible. L'incidence du nouveau code pénal (entré en vigueur seulement au 1er mars 1994) ne se fait donc pas encore sentir, d'autant que les juges continuent à appliquer les anciennes dispositions, plus douces, de l'ancien code pénal, pour les infractions commises antérieurement à cette entrée en vigueur.

<sup>169</sup>Les règles de tenue du casier judiciaire sont fixées aux articles 768 et .s. et R. 62 et s. c. Pr.

<sup>170</sup>Lorsque plusieurs délits ont été relevés à l'encontre d'un conducteur dans une même procédure, une seule peine sera prononcée, en application de l'article 132-3 nouveau c. pén. (art 5 ancien).



Tableau 4

**Evolution des condamnations pénales pour  
coups et blessures ou homicides involontaires**

Année	Tribunaux correctionnels		Tribunaux de police	Total
	Homicides involontaires	Coups et blessures involontaires	Coups et blessures involontaires	
1984	2 521	12 073	23 733	38 327
1985	2640	13 438	23 878	39 956
1986	2 879	15 394	25 289	43 562
1987	3 089	15 507	23 701	42 297
1988	2 912	14 187	9 404	26 503
1989	3 020	14 418	20 440	37 878
1990	2 696	13 105	22 923	38 724
1991	2 597	12 631	20 494	34 744
1992	2 583	12 455	19 692	34 730
1993	2 479	11 098	17 511	31 088
1994	2 200	10 052	15 518	27 730

*Sources: Statistique des condamnations portées au casier judiciaire. S/DSED*

L'évolution des condamnations n'est pas linéaire : si l'on excepte les années où se font sentir les effets des lois d'amnistie (années 1988-1989 dans le fichier), on relève deux moments bien opposés.

- Dans un premier temps, on observe une augmentation lente, mais constante, du nombre des condamnations pour les différentes infractions liées aux accidents corporels de la circulation, qui culmine au cours de l'année 1990. Cette année-là, *ce sont plus de 38 000 condamnations qui ont été prononcées de ce chef*, dont 6% au titre des homicides involontaires, 33,8% pour les blessures involontaires délictuelles, et 59,2% pour les blessures contraventionnelles. La part des blessures contraventionnelles est constamment la plus élevée, quoique en décroissance, jusqu'à 59% en 1990.

- Dès l'année 1991, la courbe s'infléchit, et la diminution est constante sur toutes les infractions. En 1994, année que l'on peut considérer comme homogène par rapport aux années antérieures au regard des infractions applicables, le niveau atteint est le plus bas de toute la période, avec un total de 27 730 condamnations. Dans la répartition des infractions, la part des plus graves s'élève, jusqu'à atteindre 44 % en 1994. Mais quoiqu'il en soit de cette évolution, qui doit être interprétée au regard de l'évolution correspondante du nombre d'accidents corporels, c'est aujourd'hui encore *le tribunal de police qui le premier juge pénal en matière d'accident*, et c'est lui qui sera amené à statuer le plus fréquemment sur les intérêts civils.

d- Condamnations pénales et accidents corporels

L'activité pénale des juridictions est à évaluer au regard du niveau des accidents corporels de la circulation ayant impliqué des tiers. Les statistiques de la circulation routière constituent à cet égard un élément de référence particulièrement fiable,



puisqu'elles se fondent sur des P.V. de déclarations d'accidents par les services de police et de gendarmerie, qui sont également les sources de l'information du parquet. Cependant, les accidents corporels comptabilisés par statistique routière ne relèvent pas tous d'une poursuite pénale: pour une part, ces accidents n'impliquent pas de tiers (cas du conducteur seul dans son véhicule et hors collision), et pour une autre part, le responsable est lui-même décédé. La proportion de condamnations relevée doit être considérée comme un minimum.

Sous le bénéfice de cette remarque, on rapportera le nombre de condamnations d'une année au nombre d'accidents corporels constatés<sup>171</sup>, en négligeant les différences de calendrier entre la survenance de l'accident et la sanction pénale, et en considérant comme constante la part des accidents corporels non susceptibles de poursuites. (Tableau 5 ci-dessous).

Tableau 5

## Accidents corporels et taux de condamnation

Année	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Total condamn.	38 327	39 956	43 562	42 297	26 503	37 878	38 724	34 744	34 730	31 088	27 730
Total accid corp.	202 637	191 132	184 615	170 994	175 887	170 590	162 573	148 890	143 362	137 500	132 726
% total condamnés	18,9	20,9	23,5	24,7	15	22,2	23,8	23,3	24,2	22,6	20,8
Nbre de tués	11 685	10 448	10 960	9 855	10 548	10 528	10 289	9 617	9 083	9 052	8 533
dont Nbre condamn. H.L.	2 521	2 640	2 879	3 089	2 912	3 020	2 696	2 597	2 583	2 479	2 200
% condamnés H.L.	21,5	25,2	26,2	31,3	27,6	28,6	26,2	27	28,4	27,3	25,8

- Sur toute la période, on relève une assez grande stabilité des taux de condamnation, à l'exception de l'année 1988 où se fait sentir l'effet de la loi d'amnistie: le taux des condamnations n'a jamais été inférieur au 1/5 des accidents déclarés au cours des dix dernières années, et a atteint son plus haut niveau en 1987, avec près du quart des accidents. La baisse du nombre des condamnations constatée plus haut est donc corrélée à la baisse du nombre des accidents. Notons cependant un infléchissement de la proportion des condamnations en 1993 et 1994, qui nécessite d'être étudié sur une plus longue durée pour pouvoir être interprété.

Ces taux sont plus élevés encore en cas d'accidents mortels. Si l'on rapporte les condamnations au nombre de tués, la proportion des sanctions est de plus du quart, atteignant même le tiers en 1987.

<sup>171</sup>V. supra tableau 1. Il est préférable de se reporter à la colonne du nombre d'accidents plutôt qu'à celle du nombre de victimes, un même accident pouvant avoir occasionné plusieurs victimes, et donner lieu à une seule poursuite.



Ces chiffres attestent de l'importance du procès pénal dans le traitement des accidents corporels de la circulation. Le déroulement de ce procès risque fort d'interférer avec celui de la procédure d'offre d'indemnisation, même si elle lui reste juridiquement étrangère. Dans l'hypothèse où une transaction intervient en cours d'instance, (ce qui est, nous le verrons, le cas le plus fréquent, en raison de la durée des procédures), elle se déroulera à l'ombre d'une procédure derrière laquelle se profile l'incertitude d'une évaluation judiciaire. Le rôle de la juridiction pénale est donc loin d'être négligeable, et les politiques du parquet, qui sont essentielles dans les choix de poursuite, risquent d'exercer, de fait, une influence sur les modes de règlement des conséquences financières des accidents.

Si on ajoute à ces procédures les recours formés devant les juridictions civiles, la place du tribunal apparaît encore plus déterminante.

*B- Les demandes en réparation des dommages causés par des véhicules formées devant les juridictions civiles*

La mesure de l'implication des juridictions civiles (a) est à effectuer en référence aux actions disponibles (b), en l'état des systèmes statistiques (c).

a- Le contexte juridique des demandes

Les juridictions civiles peuvent être saisies à divers titres par les différentes parties:

- par les victimes tout d'abord, soit qu'elles aient refusé un règlement transactionnel, soit qu'il ne leur en ait pas été proposé. Ces victimes peuvent assigner l'auteur du dommage et son assureur devant la juridiction du fond, ou en référé. La juridiction compétente sera le tribunal d'instance si le montant de la demande principale est inférieur à 30 000F, le tribunal de grande instance au-delà. Si la victime demande seulement une mesure d'expertise, et/ou une provision, elle saisira le juge des référés compétent, qui fera droit aux demandes s'il n'existe aucune contestation sérieuse (art. 808 et 848 NCPC).

- L'assureur qui a payé l'indemnité "pour le compte de qui il appartiendra", et qui se trouve subrogé dans les droits de la victime peut également demander à l'auteur de l'accident le remboursement des sommes versées.

- Les tiers payeurs peuvent faire de même, soit à titre principal, soit en intervenant dans une instance introduit par la victime.

- L'auteur du dommage ou son assureur peuvent appeler en garantie un autre responsable dans la procédure précédemment introduite aux fins d'obtenir une condamnation in solidum.

- Enfin on signalera pour mémoire le cas de saisine du juge civil sur renvoi du juge pénal lorsque une relaxe ayant été prononcée, un tiers responsable doit être mis en cause (art. 470-1 c. Pr. pén.). Dans ce cas, le Nouveau code de procédure civile organise une procédure spécifique devant chaque type de juridiction (art. 826-1 NCPC pour le Tribunal de grande instance, art. 852-1 NCPC pour le tribunal d'instance).



Dans quelle mesure la statistique nous permet-elle de disposer d'une information sur ces différentes situations?

#### b- Les sources de la statistique civile

La nomenclature des affaires civiles qui décrit les demandes formées devant les juridictions tenant un Répertoire de leurs affaires (art. 726 NCPC), permet d'identifier trois des situations précitées, sans cependant aller jusqu'au niveau de détail que nous venons d'exposer. Dans la version de la nomenclature mise en place en 1988,<sup>172</sup> trois postes prennent en compte les demandes formées dans le cadre de la responsabilité du fait des véhicules: le poste 600 vise les "demandes en réparation formées par la victime de dommages occasionnés par un véhicule terrestre à moteur"; le poste 601 les "demandes en remboursement par un débiteur de prestations sociales ou un assureur pour des dommages occasionnés par un véhicule terrestre à moteur"; le poste 602 les "demandes en garantie formées par un responsable contre un autre responsable pour des dommages occasionnés par un véhicule terrestre à moteur".

Ces demandes ne font pas cependant l'objet de distinctions selon la nature, matérielle ou corporelle, du dommage causé. Contrairement au secteur pénal, où l'existence de dommages corporels est un des éléments constitutifs de l'infraction, les demandes formées devant les juridictions civiles peuvent tout aussi bien concerner des dommages exclusivement matériels, ce qui interdit de les affecter dans leur totalité au seul secteur des dommages corporels.

Cependant, la *probabilité de l'existence de dommages corporels est très forte pour les demandes formées devant le tribunal de grande instance* (dommages supérieurs à 30 000F). On peut utiliser à titre d'indicateur les statistiques établies par les assureurs sur le montant moyen des dommages matériels, réglés sur la base de la convention I.D.A.<sup>173</sup>. En 1993, le coût moyen des dommages matériels était inférieur à 6000 F. 99,1% des sinistres exclusivement matériels présentaient un coût inférieur à 30. 000F, et 93, 3% moins de 15 000 F . Même en supposant une sous-évaluation des montants réglés transactionnellement, il en résulte que les recours exercés devant les tribunaux de grande instance concernent le plus probablement des dommages corporels.

Il n'est en revanche pas possible de distribuer les types d'accidents devant le tribunal d'instance. En effet, les coûts moyens, quoique plus élevés, sont également faibles en cas de dommages corporels (67,6% des sinistres corporels avaient entraîné des coûts inférieurs à 30 000 F)<sup>174</sup>. Sous le bénéfice de ces observations, nous présenterons les données civiles en évolution dans un tableau général.

---

<sup>172</sup> En remplacement de l'ancienne nomenclature de 1981, où figurait un poste unique "Accidents de la circulation routière" (ancien poste 601).

<sup>173</sup> Ces statistiques sont présentées en annexe du "Bilan annuel", année 1994, p. 106 et 107.

<sup>174</sup> "Bilan annuel" 1994, p. 108.



c- Les demandes nouvelles formées en matière civile

Tableau 6

**Evolution des actions en responsabilité formées en matière  
d'accidents causés par un véhicule terrestre à moteur devant les  
juridictions civiles**

Juridictions	Cours d'appel	T.G.I		T.I		Total
		Fond	Référé	Fond	Référé	
Année						
1984	5 147	19 207	*	8588	*	32 942
1985	5 344	19 066	*	8 946	*	33 356
1986	4 611	20 056	*	9 153	*	33 820
1987	4 209	17 669	*	7 650	*	29 528
1988	5 117	16 510	*	8 821	98	30 448
1989	4 952	16 719	*	9 150	116	30 821
1990	4 334	15 139	8 843	7 918	100	36 334
1991	4 142	14 100	9 232	6 505	115	34 094
1992	3 785	14 104	10 034	6 622	143	34 688
1993	3 753	14 205	11 031	6 390	124	35 503
1994	3 747	13 375	10 889	6 283	170	34 464
1995	3 843	12 725	10 853	5 751	157	33 329

\* Donnée non disponible

SOURCE: Répertoire civil, S/DSED. Ministère de la justice

Les commentaires de ce tableau peuvent être menés en tendance interne (1), et par comparaison avec les données d'accidents (2).

1- La tendance d'évolution constatée au cours de la période 84-95 est contrastée: alors que l'on relève devant les juridictions du fond une *lente décroissance des effectifs d'affaires de ce type devant toutes les juridictions civiles*, la pente est inverse en référé, du moins à partir de l'année 1990 où la donnée devient disponible. Ainsi, la part des référés passe de 24,6% en 1990 à 33% en 1995. C'est l'augmentation du nombre de référés, pour l'essentiel due au TGI, qui ralentit la baisse d'effectifs des affaires dans ce domaine, laquelle est également moins rapide que la baisse du nombre des accidents de la circulation.

Il en résulte que, *en proportion*, le nombre d'accidents qui donnent lieu à procédure est en augmentation entre 1990 et 1995. Il était de 22% en 1990, et se situe à 25% en 1995. Mais les juridictions contribuent inégalement à cette prise en charge des accidents. Alors que le tribunal d'instance traitait 19,4% des affaires civiles en 1990, il n'en reçoit plus que 17,7% en 1995, la décroissance étant continue au cours de la période. Les Cours d'appel maintiennent leur activité (11,9% des affaires en 1990, 11,5% en 1995), mais le *président du tribunal de grande instance statuant en référé devient progressivement un interlocuteur central*, même si, on le verra, son intervention n'est pas déterminante pour la réalisation du règlement. On sait en effet que l'action en référé vise surtout à désigner des experts et à fixer des provisions dans le cas de litiges où le fond du droit n'est pas en cause. La prégnance du référé signale donc l'existence d'un *contentieux de l'évaluation*,



celui-là même qui résulte d'une divergence dans la fixation du montant d'indemnités dont le principe ne soulève pas de "contestation sérieuse".

Surtout, ces données indiquent que ce sont toujours les accidents entraînant les dommages les plus élevés qui sont les plus nombreux devant les tribunaux, alors même qu'ils représentent une très faible part des accidents indemnisés<sup>175</sup>. Le coût de l'accident est sans aucun doute une variable explicative du recours aux tribunaux, hypothèse qui devra être vérifiée dans le cadre de l'enquête de terrain.

- A cet égard, la quasi absence de demandes en référé devant le tribunal d'instance montre une différence de traitement des litiges d'accidents de la circulation de faible importance. Dans ces procédures, les demandes sont formées immédiatement au fond, sans recours à des mesures d'expertise préalables qui sont très certainement ordonnées par le juge saisi du principal.

2- Pour résumer en chiffres bruts la contribution des juridictions civiles, on retiendra qu'au cours des cinq dernières années, *plus de 33 000 accidents ont été annuellement déférés devant les tribunaux*, et pour plus de 80% d'entre eux devant les tribunaux de grande instance et les cours d'appel. On considère que dans leur grande majorité, il s'agit d'accidents ayant entraîné des conséquences corporelles.

Mais surtout, cette contribution est à resituer dans l'ensemble des affaires traitées par les juridictions judiciaires. Aujourd'hui, juridictions civiles et pénales prennent en charge à part presque égale les accidents corporels de la circulation. Si on additionne les recours, (en gardant à l'esprit la réserve des doubles-comptes induits par l'introduction en parallèle de procédures civiles, pénales, et en référé), *la contribution des juridictions judiciaires au traitement des accidents se situe à un très haut niveau, avec plus de 61 000 accidents traités en 1994, soit 46% de l'ensemble des accidents comptabilisés cette année-là.*

En conclusion, les résultats cumulés de l'activité des juridictions civiles et pénales font apparaître une prégnance forte des tribunaux dans le règlement des litiges nés des accidents corporels de la circulation, singulièrement des juridictions pénales qui sont encore les premières productrices de décisions dans ce domaine. Si on rapporte le nombre de saisines au nombre d'accidents, les tribunaux sont plus fréquemment saisis aujourd'hui qu'hier.

Mais *saisine judiciaire* n'est pas nécessairement synonyme de *règlement juridictionnel*. La question reste posée, notamment pour le juge pénal dont on ignore dans quelle proportion il est amené à se prononcer sur les intérêts civils. Le recours à une dernière source statistique, celle de l'AGIRA, nous permettra de progresser dans la connaissance du niveau d'intervention des tribunaux dans le règlement de ces litiges.

---

<sup>175</sup>V. nos remarques ci-dessus sur le coût moyen des accidents corporels.



### Section III - La répartition des règlements entre assureurs et tribunaux dans le fichier AGIRA

Le principe de la tenue "sous le contrôle de l'autorité publique" d'une publication périodique rendant compte des indemnités allouées par voie transactionnelle ou judiciaire, posé par l'article 26 de la loi (art. L. 211-23 c. Assur.), s'est traduit par la mise en place d'un fichier, (dit "Fichier AGIRA", fonctionnel depuis le 1er avril 1988), et la création d'un service par Minitel (depuis le 3 avril 1989). La fonction de ce fichier, nous l'avons longuement rappelé, était bien évidemment d'exercer un contrôle sur le montant des indemnités transactionnelles, toujours suspectées de sous-évaluation. Mais on a vu que, d'une part la procédure d'offre laisse toute latitude à l'assureur d'apprécier la faute de la victime, et que d'autre part, si le mode de calcul de l'indemnité doit être visible, les bases de calcul sont libres, faute d'existence de barèmes en ce domaine. Aussi est-ce moins la valeur comparée du point d'IPP qui présente un intérêt pour évaluer la portée de la loi, que *les caractéristiques des victimes indemnisées*, ainsi que la répartition des indemnités entre transactions et décisions judiciaires en fonction de ces caractéristiques .

Le fichier AGIRA constitue à cet égard une première source d'informations, même s'il ne peut fournir toutes les données utiles. Les principes de collecte et les variables disponibles dans ce fichier ne donnant qu'une connaissance partielle des accidents indemnisés (A), les résultats statistiques devant être appréciés dans ce contexte (B).

#### *A- La composition du fichier AGIRA<sup>176</sup>*

Le fichier AGIRA est alimenté par des données collectées à partir de deux modèles de fiches remplies par les assureurs au moment du règlement définitif de la victime<sup>177</sup>. Une fiche distincte est établie pour les victimes blessées et décédées. L'unité d'enregistrement *est la victime directe, et non l'accident*. Les ayants-droit sont pour leur part comptabilisés sur la même fiche que la victime décédée. Des instructions ont été fournies pour préciser la tenue des différentes variables, ainsi que leur caractère obligatoire ou facultatif. Les principes de collecte adoptés (a) et les variables retenues (b) donnent à ce fichier des caractéristiques dont il importe de tenir compte pour l'interprétation des résultats.

---

<sup>176</sup>Ces informations, ainsi que les séries statistiques, nous ont été fournies par M. Théry, responsable de l'APSAD (Assemblée plénière des sociétés d'assurance dommages) dont les adhérents alimentent, pour une grande part le fichier AGIRA. Qu'il soit ici remercié en cette occasion du soutien qu'il a apporté à cette étude.

<sup>177</sup>Un exemplaire de chacune de ces deux fiches figure en annexe de la présente section.



### a- Principes de collecte

C'est d'abord un *principe de collecte restreint* qui a été retenu: seuls sont pris en compte les accidents *ayant donné lieu à indemnité, (1)* et ayant entraîné le *décès de la victime ou des blessures avec incapacité permanente (2)*.

1- Le principe de collecte des *seuls accidents indemnisés* se situe dans le droit fil d'une publication qui vise seulement à comparer des quantum d'indemnité, mais présente l'inconvénient de laisser en-dehors de l'observation les caractéristiques des victimes non indemnisées, ainsi que les motifs de ces refus<sup>178</sup>. C'est donc l'opération même d'évaluation de la situation juridique des victimes qui est exclue du fichier, sa prise en compte impliquant de se situer en *amont de l'alimentation de ce fichier*, au moment même du règlement du sinistre.

2- Par ailleurs, la limitation de la collecte aux accidents présentant un minimum de gravité, si elle se conçoit en raison de l'importance du nombre des accidents corporels, rend difficile le rapprochement avec les données de la sécurité routière. En effet, les définitions de gravité données par les service de police et de gendarmerie (plus ou moins six jours d'hospitalisation, décès dans les six jours), sont différentes de celles des assureurs qui apprécient cette gravité à la phase de consolidation des blessures. Ces divergences dans les définitions sont d'ailleurs à l'origine des différences d'évaluation du nombre d'accidents selon les sources, les assureurs, nous l'avons indiqué, estimant ce nombre à 25% au-dessus de celui de la sécurité routière<sup>179</sup>. Faute de disposer d'une vue d'ensemble des accidents corporels, il n'est pas possible de comparer les pratiques d'indemnisation en fonction de la gravité des blessures. Le seul indicateur pertinent est celui des décès, qui reste le plus proche de celui de la sécurité routière: en effet, tous les décès indemnisés font l'objet d'un enregistrement, ce qui rend opératoires les rapprochements avec les décès constatés.

### b- Les variables disponibles

Ces variables, très diversifiées, peuvent être réparties en deux groupes (1), et sont tenues selon des règles qu'il importe de prendre en compte pour l'interprétation des résultats (2):

1- Un premier groupe décrit les caractéristiques des victimes (âge, sexe, revenus, qualité de conducteur). Dans un second groupe, figurent des variables relatives aux caractéristiques de l'indemnisation: règlement transactionnel ou judiciaire (la juridiction étant précisément identifiée), part de la responsabilité attribuée à la victime, existence et gravité d'un préjudice personnel, ventilation du préjudice total en fonction des différents chefs de préjudice, montant du recours de la sécurité sociale. La fiche "décès" ajoute des données relatives aux ayants-droit indemnisés.

---

<sup>178</sup>On se rappelle en effet qu'aux termes de l'article R. 211-40 al. 2 c. Assur., les limitations ou exclusions d'indemnisation retenues par l'assureur doivent être motivées.

<sup>179</sup>V. supra note 147.



De plus, le relevé des dates d'accident et de règlement permet de calculer des durées de règlement du sinistre.

2- Les règles de tenue de ces variables, telles qu'elles résultent des instructions données aux assureurs, appellent quelques remarques utiles pour l'interprétation des données.

La variable relative à l'indemnisation du préjudice total est calculée *avant abattement lié à la part de responsabilité de la victime*. Il s'agit donc de la base de calcul du préjudice subi par la victime (sur laquelle s'exercera le recours subrogatoire des tiers payeurs), et non de sommes réellement versées par l'assureur.

La notice précise les conditions de ventilation entre les différents chefs de préjudice<sup>180</sup>. Si les frais pharmaceutiques, médicaux, et d'hospitalisation, sont toujours indiqués en valeur réelle, (ces sommes faisant l'objet de facturations), les sommes engagées au titre de l'incapacité permanente et des préjudices extrapatrimoniaux peuvent être reconstituées en cas de règlement transactionnel: l'instruction précise qu'en cas de sommes accordées in globo, la Société s'efforcera, après avoir isolé les appréciations concrètes, de faire une part raisonnable au *pretium doloris*, au préjudice esthétique, au préjudice d'agrément, la somme restante constituant les capitaux alloués au seul titre de l'incapacité permanente".

Cette consigne résulte de la prise en compte de la pratique des transactions globales. Il est certain que l'assureur ne se comporte pas en cette matière comme un juge, et ne procède nullement à un décompte détaillé des chefs de préjudice. Mais on verra que cette pratique de transaction "globale" n'est guère répandue, en présence d'une incapacité, ce qui correspond au cas des dossiers traités par AGIRA. En pratique, l'évaluation de chaque chef de préjudice requise par l'article R. 211-40 c. Assur. a les plus grandes chances de prendre la forme décrite par cette instruction: les sommes engagées au titre des frais médicaux récupérables par les organismes sociaux sont prises pour leur valeur réelle, tandis que les autres chefs de préjudice donnent lieu à une évaluation globale sur la base de laquelle s'établit l'accord avec la victime.

Mais ces diverses évaluations ne permettent pas de connaître directement les sommes versées aux victimes, dans la mesure où elles s'effectuent avant abattement en fonction de la part de responsabilité qui leur est attribuée.

Elles ne sont pas non plus représentatives des sommes réellement perçues par les organismes sociaux, dans la mesure où ceux-ci sont indemnisés forfaitairement, et peuvent également voir réduire leur base de recours en application des coefficients de responsabilité prévus dans la convention. Ces sommes ne peuvent être connues que par exploitation d'une autre variable déterminant le montant du recours de la Sécurité sociale, évalué ou réglé, dont le détail ne figure pas dans les statistiques disponibles. Il semble cependant que cette variable ne soit pas exploitable.

---

<sup>180</sup>Les sommes engagées au titre des dommages matériels subis par les véhicules ne sont pas comptabilisées.



Il est donc nécessaire de considérer avec la plus grande prudence les montants résultant de l'exploitation de ces variables, et en tout état de cause, de ne pas considérer qu'ils correspondent à des sommes effectivement perçues par les victimes.

### *B- Les statistiques issues de l'exploitation du fichier- AGIRA<sup>181</sup>*

L'alimentation du fichier n'est que partiellement réalisée: malgré l'obligation légale, un certain nombre de groupements d'assureurs ne fournissent aucune donnée sur les règlements qu'ils effectuent. Cette situation, jointe à la définition restrictive des indemnisations à prendre en compte, rend hasardeux tout rapprochement quantitatif avec les données issues de la Sécurité routière. Mais l'analyse en structure reste néanmoins possible, puisque rien ne permet de penser que ces lacunes répondent à une politique délibérée de dissimulation d'information. Cette analyse sera menée en évolution (a), par mode de règlement (b), et en fonction des caractéristiques des victimes (c).

#### a - Le fichier d'indemnisation en évolution

**Tableau 7**

#### **Evolution du nombre de dossiers réglés depuis la mise en place du fichier**

Année	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Préjudice						
IPP	25 424	23 836	25 694	27 007	27 048	26 368
Décès	1 573	1 449	1 654	1652	1 546	1 235
Ensemble	26 997	25 285	27 348	28 659	28 594	27 603

*Source A.G.I.R.A. 1994*

*Sont comptabilisées au titre d'une année de référence les affaires réglées au cours de l'année n et parvenues à l'A.G.I.R.A. au 15 juillet de l'année n+1..*

Depuis la création du fichier, le nombre de fiches traitées est resté relativement stable, et se situe annuellement à un niveau inférieur à 30 000 unités. Cet effectif ne peut être utilement rapproché de ceux fournis par la circulation routière, qui ne disposent naturellement pas, au leur stade de traitement des dossiers qui est le leur, de l'information sur le taux d'IPP. On se référera plus certainement aux statistiques des assureurs eux-mêmes, auxquelles nous nous sommes déjà reportée, qui estimaient à 172 000 le nombre de victimes indemnisées en 1994, dont 90 000 avec

<sup>181</sup>Nous utilisons pour cette étude les exploitations statistiques effectuées en 1993 et 1994 par la Section du fichier des indemnités de l'AGIRA.



IPP, et 6 000 décès<sup>182</sup>. Appliqués à l'année de règlement 1993, c'est donc seulement 28,7% des dossiers entrant dans la définition du fichier (réglés avec IPP ou décès) qui ont été communiqués, le fichier lui-même ne représentant que 16% de l'ensemble des règlements d'accidents corporels. Les décès font l'objet d'un taux d'enregistrement plus faible encore. Alors que les assureurs eux-mêmes estiment à 6000 le nombre de décès indemnisés, seulement 20% sont comptabilisés, soit une part moins importante que l'ensemble des accidents indemnisés.

Mais en répartition, la proportion de victimes décédées est stable au cours de la période, et représente entre 4,4 et 5,4 % de l'ensemble des accidents indemnisés.

Ce sous-enregistrement ne doit pas cependant être considéré comme l'expression d'un biais. S'il traduit une imparfaite application des principes d'enregistrement voulus par la loi, il offre néanmoins une vision très étendue des accidents réglés, dont les modes de traitement peuvent être justement appréciés.

#### b- Les modes de règlement des sinistres

(v. Tableau 8 p. suivante).

---

<sup>182</sup>Source F.F.S.A./A.P.S.A.D., Direction automobile, note du 28 nov. 1995.



Tableau 8

## Modes de règlement selon le type de dommages

Mode de règlement	Sinistres 1992			Sinistres 1993			Sinistres 1994 (en %)		
	IPP	Décès	Total	IPP	Décès	Total	IPP	Décès	Total
Transactions	23 233 89,1%	1 131 75,4%	24 364 88,4%	22 889 89,6%	820 69,8%	23 709 88,7%	90,0%	73%	88,5%
Décisions judiciaires	2 816 10,9%	368 24,5%	3 184 11,6%	2 663 10,4	354 30,1%	3017 11,3%	10%	27%	11,5%
dont 1er degré	2 362	-	-	2 210	-	-	-	-	-
Ensemble	26 049	1 499	27 548	25 552	1 174	26 726	100%	100%	100%

Source A.G.I.R.A. , 1992-1994

Ce tableau nous apporte deux enseignements majeurs : le premier sur la répartition entre les modes de règlement, le second sur le rôle joué par la gravité des conséquences de l'accident sur ces modes de règlement.

- Sur l'ensemble des sinistres indemnisés, le taux d'affaires transigées est très élevé (plus de 88%). En l'état, ces données attestent du fait que la part la plus importante va encore au règlement transactionnel. Mais il s'agit là de cas où la juridiction a réglé définitivement le dommage, c'est-à-dire a rendu une décision juridictionnelle sur les intérêts civils. Ces données ne rendent pas compte du rôle de la juridiction dans les autres aspects de ce règlement. A cet égard, le rapprochement de ces chiffres avec les statistiques judiciaires présentées ci-dessus laisse entrevoir une importante sous-estimation du rôle du juge judiciaire. Et cette sous-estimation affecte tant les données civiles que pénales. En s'attachant aux seules données de structure fournies par le fichier AGIRA, (les chiffres bruts étant ininterprétables en raison des lacunes d'alimentation indiquées ci-dessus), les règlements judiciaires n'atteindraient pas 11%, alors même que, et par définition de collecte, il s'agit des accidents les plus graves. Or nos propres estimations, obtenues par addition des recours, (et en gardant à l'esprit la réserve des doubles-comptes induits par l'introduction en parallèle de procédures civiles, pénales, et en référé), nous permettait de situer la contribution des juridictions judiciaires au traitement des accidents (sinon à leur règlement) à un très haut niveau, soit près de 46% de l'ensemble des accidents <sup>183</sup>. Pour expliquer cette différence, il faut supposer que le nombre des abandons de procédure, comme celui des poursuites pénales sans intérêt civil, se situe à un niveau lui-même très élevé. Cette hypothèse est de celles que l'enquête de terrain devra vérifier.

- L'influence de la gravité sur les modes de règlement est très sensible. Alors qu'en cas d'IPP, le taux moyen de transaction est de plus de 88%, il ne dépasse pas 76% en cas de décès, et a tendance à diminuer depuis 1992. Le niveau le plus bas a

183V. supra chap. II.



été atteint en 1993, où la proportion de décisions judiciaires en cas de décès est passée à 30,1%. Ce que nous savons de la procédure pénale laisse penser que l'introduction d'une poursuite par le ministère public, parallèlement à la procédure d'offre, inciterait les victimes à se constituer partie civile plutôt qu'à transiger. Pour aller plus loin dans cette hypothèse, il convient d'affiner la répartition des modes de règlement selon l'indice de gravité que constitue l'IPP, au cours des quatre dernières années. (v. tableau 9 ci-dessous).



Tableau 9

## Proportion de transactions selon le taux d'IPP

Année	1991		1992		1993		1994	
	%		%		%		%	
Taux d'IPP (en %)	% transac.	% selon taux d'IPP	% transac.	% selon taux d'IPP	% transac.	% selon taux d'IPP	% transac.	% selon taux d'IPP
1 à 4	93,1	52,7	93,5	54,4	94,0	55,3	94,1	57,7
5 à 9	87,4	24,9	87,7	24,3	88,0	24,5	88,3	23,1
10 à 14	81,7	10	84,9	9,5	85,2	9,5	83,5	8,9
15 à 19	77,4	5,1	81,1	5,2	79,1	5	81,6	4,5
20 à 29	74,7	4,2	74,5	3,7	73,0	3,4	75,2	3,2
30 à 49	67,8	2,1	71,5	1,9	67,4	1,7	69,5	1,7
50 à 74	53,0	0,7	59,6	0,7	66,0	0,5	60,0	0,8
75 et +	41,3	0,3	65,9	0,3	65,3	0,4	71,1	0,1
Ensemble	88,0	100	89,2	100	89,6	100	90,0	100

*Tout au long de la période, le taux de transaction décroît avec la gravité. Il est le plus élevé dans les accidents à faible pourcentage d'IPP, (constamment supérieur à 90%), pour se situer à son minimum dans la tranche des 50 à 74 points, avec 66% au maximum. Cependant, ces tranches de niveau d'IPP élevés ne concernent qu'une petite fraction de personnes, ce qui affecte peu le niveau moyen des transactions, lequel se situe à près de 90% sur la population des victimes non décédées: en moyenne sur la période considérée, seulement 3% environ des personnes indemnisées ont connu des taux supérieurs à 29 points. On peut penser, comme en cas de décès, que la probabilité de poursuites pénales est beaucoup plus forte pour ce quantum de dommages, ce que l'enquête devra là aussi vérifier.*



### c- Les caractéristiques des victimes

La position des victimes (conducteur ou non d'un véhicule terrestre à moteur) (1) et leur âge (2) constituent les variables les plus intéressantes dans le contexte du droit à indemnité, dont on sait qu'il se distribue différemment selon ces caractéristiques.

#### 1- La position des victimes dans l'accident

(Tableau 10 ci-dessous)

**Tableau 10**

#### Qualité de la victime indemnisée

Année	1991		1992		1993	
	Nombre	%sur total victimes	Nombre	%sur total victimes	Nombre	%sur total victimes
Victime conducteur IPP	11 431	41,8	11 866	43	11 626	43,5
Victime conducteur Décès	394	1,5	378	1,4	305	1,1
<b>Total conducteurs</b>	<b>11 825</b>	<b>43,2</b>	<b>12 244</b>	<b>44,4</b>	<b>11 930</b>	<b>44,6</b>
Victime non conducteur (passagers, cyclistes) IPP	14 337	52,5	14 183	51,5	13 926	52,1
Victime non conducteur (passagers, cyclistes) Décès	1 164	4,3	1 121	4,1	869	3,3
<b>Total non conducteurs</b>	<b>15 501</b>	<b>56,8</b>	<b>15 304</b>	<b>55,6</b>	<b>14 795</b>	<b>55,4</b>
<i>Ensemble victimes</i>	<i>27 326</i>	<i>100%</i>	<i>27 548</i>	<i>100%</i>	<i>26 725</i>	<i>100%</i>

Source: AGIRA. Exploitations 1991-1992-1993

Au cours des trois dernières années, la part des victimes non-conducteurs indemnisées a été sensiblement supérieure à celle des conducteurs. Cette part est maximale en ce qui concerne les décès, puisque les non-conducteurs y sont en moyenne trois fois plus nombreux. Les non-conducteurs sont donc certainement les bénéficiaires les plus nombreux de la procédure d'offre, surtout en cas de décès. Mais l'interprétation en terme de fréquence relative d'indemnisation doit être menée avec prudence. Pour être correctement interprétée, cette donnée doit être rapprochée des statistiques d'accident établies par la DSCR, plus précisément, de celles qui permettent de déterminer la part des conducteurs indemnisables au regard de la loi. Il s'agit des seuls conducteurs qui ont été victimes dans un accident impliquant un autre véhicule. Or si les conducteurs constituent plus de 60% de l'ensemble des victimes d'accidents<sup>184</sup>, une partie seulement d'entre eux ont été victimes dans un accident impliquant un véhicule tiers, et sont donc indemnisables. Pour l'année 1994, nous avons estimé la part de ces conducteurs victimes "indemnisables" à 48

<sup>184</sup> Estimation proposée par la Direction Automobile F.F.S.A./APSAD, note du 28 novembre 1995, op. cit.



833, soit 35% environ de l'ensemble des victimes indemnisables<sup>185</sup>. Cette estimation apparaît largement sous-évaluée par rapport au fichier AGIRA, puisque, en proportion, les conducteurs représentent toujours plus de 43% des victimes indemnisées, sans qu'une évolution se fasse sentir à cet égard. C'est seulement pour les décès que la proportion est retrouvée, les conducteurs décédés étant très peu nombreux dans le fichier. En-dehors des décès, tout se passe comme si tous les conducteurs indemnisables l'avaient été effectivement, ce qui apparaît surprenant au regard de l'application des règles de responsabilité. Ces écarts sont difficiles à interpréter, en raison des imprécisions sur les évaluations de la répartition passagers/conducteurs qui affectent les statistiques d'accidents. Soit le fichier AGIRA n'est pas représentatif de la structure des victimes, soit les victimes dans les accidents "indemnisables" (avec véhicules tiers), sont beaucoup plus fréquemment des conducteurs que des passagers, en tout cas dans une proportion supérieure à la répartition 60/40% sur laquelle nous sommes appuyés. C'est à l'enquête de terrain qu'il reviendra en définitive de vérifier les termes exacts de cette répartition.

Mais il nous faut aller plus loin encore dans l'étude des caractéristiques des victimes indemnisées, en y ajoutant les éléments relatifs à l'âge. Cette donnée ne concerne évidemment que les victimes non-conducteurs.

## 2- L'âge des victimes selon la position dans l'accident

(v. tableau 11 ci-dessous)

**Tableau 11**

### Age des victimes selon la position dans l'accident

Age/Année	1991		1992		1993	
	IPP	Décès	IPP	Décès	IPP	Décès
< 16 ans	7,2	12,6	7,9	12,6	6,6	11,3
16 à 69	76,6	63,3	77,0	63,3	76,9	64,6
70 et >	16,2	24,1	15,1	24,1	16,5	24,1
Total	100	100	100	100	100	100

Sur l'ensemble des sociétés, la part des victimes non conducteurs qui bénéficient de la protection maximale de la loi (-de 16 ans et 70 ans et plus) est très élevée. Pour la période considérée, elle représente près du quart de l'ensemble des victimes de cette catégorie, et atteint près de 37% de l'ensemble des victimes non conducteurs décédées. Pour ces derniers, la proportion apparaît élevée si on la

<sup>185</sup>V. supra, notre commentaire sous le tableau 10.



rapproche des statistiques de la circulation routière sur la structure par âge<sup>186</sup>. En 1994, sur l'ensemble des accidents, la part des personnes décédées à des âges comparables n'était que de 22,7 au lieu de 35,4 dans le fichier AGIRA en 1993.

Autrement dit, *les victimes non-conducteurs décédées indemnisées présentent un profil très proche de celui des victimes super protégées par la loi*. Si l'on se rappelle que le fichier des personnes décédées ne subit que peu de distorsion (puisque, contrairement aux blessés, le principe est que les décès indemnisés par les sociétés qui alimentent le fichier sont déclarés), force est de constater que les conducteurs décédés sont moins fréquemment indemnisés.

Mais avec ces considérations, nous atteignons les limites des exploitations statistiques du fichier AGIRA. La finalité de ce fichier n'est en effet pas de procéder à des recherches sur les caractéristiques des personnes indemnisées, mais de permettre de comparer les indemnités judiciaires et transactionnelles *lorsqu'elles ont eu lieu.*, avec l'objectif visé d'en permettre le rapprochement. Les caractéristiques des personnes ne sont retenues que dans la mesure où elles permettent de procéder à de telles comparaisons. Aussi, malgré tout son intérêt, le fichier des indemnités ne peut répondre à des questions qui n'ont pas été au principe de son élaboration. Une fois encore, il faut reconnaître la nécessité de procéder à des observations en amont de l'alimentation du fichier AGIRA, aux fins, notamment de connaître les *pratiques de non-indemnisation qui appartiennent au même processus transactionnel*.

Il s'agit là d'une démarche lourde, mais qui constitue un passage obligé pour permettre l'accès à une connaissance statistiquement valide des pratiques d'assurance en matière de proposition de règlement, ainsi que de la prégnance du juridictionnel.

---

<sup>186</sup>"Bilan annuel" 1994, p. 86-87. Les valeurs retenues sont approchées, dans la mesure où les tranches d'âge retenues sont différentes selon les sources. Le bilan annuel retient notamment une tranche de personnes âgées plus étendue, avec une catégorie de "65 ans et plus". La sur-représentation des personnes âgées dans le fichier AGIRA s'en trouve accentuée.



## Annexe 2

## Modèles de fiches du Fichier National des indemnités

## Fiche 1 IPP



## AUTOMOBILE

FICHIER DES INDEMNITES ALLOUEES AUX VICTIMES  
D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

## BLESSES AVEC INCAPACITE PERMANENTE

(Article 26 de la loi n° 85677 du 5 Juillet 1985)

(A remplir au moment du règlement définitif de la victime par le gestionnaire)

Numéro de sinistre _____	
Code Société _____	Casse réservée _____
Nom de la Société _____	
Date de survenance du sinistre _____	_____
Ressort de la Cour d'Appel de : _____	

## A - DESCRIPTION DE LA VICTIME

1. Date de naissance _____	4. Qualité de la victime :
J M A	2 [ ] Conducteur d' un V.I.A.M. 3 [ ] Passager d' un V.I.A.M.
2. Sexe : 1 [ ] Masculin 2 [ ] Féminin	5 [ ] Piéton ou Cycliste 6 [ ] Non conducteur sans autre précision
3. Gains Annuels (en Francs) _____	5. Date de la consolidation : _____
	J M A

## B - INDEMNISATION DE LA VICTIME

1. Taux de responsabilité de la victime : _____ %	8. Taux d' Incapacité Permanente : _____ %
2. Mode de règlement : 9 [ ] Règlement transactionnel A [ ] Décision Judiciaire - 1er Degré B [ ] Décision Judiciaire - Appel	9. Indemnisation en Préjudice total (compte non tenu de la responsabilité) Y compris le montant des recours régis ou évalués de la S.S. ou des organismes assimilés (voir rubrique n° 10).
Siège de la Juridiction ) Ville: _____ ayant statué définitivement ) Département: _____	Ventilation : 1 [ ] Réelle 2 [ ] Reconstituée
3. Date de la transaction ou de la décision (donnant lieu à règlement définitif) : _____	Frais médicaux, pharmaceutiques _____ (1)
J M A	Hospitalisation - Nbre de jours _____ (1)
4. Prenum doloris, préjudice esthétique, préjudice d' Agrément: P. Doloris P. Esthétique P. Agrément	Frais de prothèse _____ (1)
0. Nul _____ [ ] [ ] 0 [ ] nul	Incapacité temporaire - Nb de jours _____
1. Très léger _____ [ ] [ ]	Incapacité permanente _____
2. Léger _____ [ ] [ ]	Tierce personne _____
3. Modéré _____ [ ] [ ]	Premium Doloris _____
4. Moyen _____ [ ] [ ] 9 [ ] non nul	Préjudice Esthétique _____
5. Assez important _____ [ ] [ ]	Préjudice d' Agrément _____
6. Important _____ [ ] [ ]	Autres indemnités (à préciser) _____
7. Très important _____ [ ] [ ]	TOTAL _____
5. Y a-t-il incidences professionnelles ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non Si oui, en a-t-il été tenu compte dans l'appréciation du préjudice ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non	Tout ou partie du règlement est-il effectué par paiement : d' une rente indexée 1 [ ] Oui 2 [ ] Non d' un capital 1 [ ] Oui 2 [ ] Non
6. S' il existe un état antérieur en a-t-il été tenu compte dans l'appréciation du préjudice ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non	10. Montant du recours S.S. ou organisme assimilé (s' il y a lieu) 1 [ ] Évalué _____ 2 [ ] Régie _____ TOTAL _____
7. S' agit-il d' un accident du travail ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non	11. Y a-t-il un commentaire joint à cette fiche ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non

(1) Si la ventilation de ces trois postes est impossible, indiquer le total des trois à la ligne 'Frais médicaux et pharmaceutiques'.  
Les informations 'nombre de jours d' hospitalisation' et 'nombre de jours d' incapacité temporaire' sont facultatives.



## Annexe 2

## Modèles de fiches du Fichier National des indemnités

## Fiche 2 Décès



## AUTOMOBILE

FICHIER DES INDEMNITES ALLOUEES AUX VICTIMES  
D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

## DECES

(Article 26 de la loi n° 85677 du 5 Juillet 1985)

(A remplir au moment du règlement définitif de la victime par le gestionnaire)

Numéro de sinistre _____	
Coté Société _____	Case réservée _____

Nom de la Société _____	
Date de survenance du sinistre	_____ _____ _____ _____ _____ _____  J M A
Ressort de la Cour d'Appel de : _____	

## A - DESCRIPTION DE LA VICTIME

1. Date de naissance	_____ _____ _____ _____ _____ _____  J M A	4. Qualité de la victime :	2 [ ] Conducteur d'un V.t.a.m.	3 [ ] Passager d'un V.t.a.m.
2. Sexe :	1 [ ] Masculin 2 [ ] Féminin	5 [ ] Piéton ou Cycliste	6 [ ] Non conducteur sans autre précision	
3. Gains Annuels (en Francs)	_____	5. Date du décès :	_____ _____ _____ _____ _____ _____  J M A	

## B - INDEMNISATION DE LA VICTIME

1. Taux de responsabilité de la victime : _____   _____   _____   _____   %	7. Mode de règlement :	9 [ ] Règlement transactionnel A [ ] Décision Judiciaire - 1er Degré B [ ] Décision Judiciaire - Appel																																																																																																			
2. Date de la transaction ou de la décision (donnant lieu à règlement définitif) : _____   _____   _____   _____   _____   _____   J M A	Siège de la Jurisdiction ) Ville : _____   _____   _____   ayant statué définitivement ) Département : _____   _____   _____																																																																																																				
3. Avants-droit :	8. Indemnisation en Préjudice total (compte non tenu de la responsabilité) Y compris le montant des recours réglés ou évalués de la S.S. ou des organismes assimilés (voir rubrique n° 9).																																																																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Qualité (2)</th> <th rowspan="2">A G E X E</th> <th rowspan="2">S E X E</th> <th rowspan="2">(3) Gains Annuels (en Francs)</th> <th colspan="2">R E N T E</th> <th rowspan="2">Montant des préjudices (en Francs)</th> </tr> <tr> <th>E T</th> <th>Moral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Qualité (2)	A G E X E	S E X E	(3) Gains Annuels (en Francs)	R E N T E		Montant des préjudices (en Francs)	E T	Moral	1							2							3							4							5							6							7							8							9							10							<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ventilation : 1 [ ] Réelle 2 [ ] Reconstituée</th> <th>Montant (en Francs)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Frais médicaux, pharmaceutiques</td><td></td></tr> <tr><td>Hospitalisation - Nbre de jours _____   _____  </td><td></td></tr> <tr><td>Incapacité temporaire - Nbre de jours _____   _____  </td><td></td></tr> <tr><td>Incapacité permanente</td><td></td></tr> <tr><td>Frais d'obsèques</td><td></td></tr> <tr><td>Préjudices économiques</td><td></td></tr> <tr><td>Préjudices moraux</td><td></td></tr> <tr><td>Autres indemnités (à préciser)</td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL _____</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ventilation : 1 [ ] Réelle 2 [ ] Reconstituée	Montant (en Francs)	Frais médicaux, pharmaceutiques		Hospitalisation - Nbre de jours _____   _____		Incapacité temporaire - Nbre de jours _____   _____		Incapacité permanente		Frais d'obsèques		Préjudices économiques		Préjudices moraux		Autres indemnités (à préciser)		TOTAL _____	
Qualité (2)					A G E X E	S E X E		(3) Gains Annuels (en Francs)	R E N T E		Montant des préjudices (en Francs)																																																																																										
	E T	Moral																																																																																																			
1																																																																																																					
2																																																																																																					
3																																																																																																					
4																																																																																																					
5																																																																																																					
6																																																																																																					
7																																																																																																					
8																																																																																																					
9																																																																																																					
10																																																																																																					
Ventilation : 1 [ ] Réelle 2 [ ] Reconstituée	Montant (en Francs)																																																																																																				
Frais médicaux, pharmaceutiques																																																																																																					
Hospitalisation - Nbre de jours _____   _____																																																																																																					
Incapacité temporaire - Nbre de jours _____   _____																																																																																																					
Incapacité permanente																																																																																																					
Frais d'obsèques																																																																																																					
Préjudices économiques																																																																																																					
Préjudices moraux																																																																																																					
Autres indemnités (à préciser)																																																																																																					
TOTAL _____																																																																																																					
Renter : 1=Oui 2=Non A ne renseigner que si l'ayant-droit perçoit un préjudice économique.	9. Montant du recours S.S. ou organisme assimilé (s'il y a lieu)																																																																																																				
4. S'il existe un état antérieur en a-t-il été tenu compte dans l'appréciation du préjudice ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non	1 [ ] Evalué _____																																																																																																				
5. S'agit-il d'un accident du travail ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non	2 [ ] Régie _____																																																																																																				
6. Y a-t-il un commentaire joint à cette fiche ? 1 [ ] Oui 2 [ ] Non	TOTAL _____																																																																																																				

(1) Si la ventilation entre ces deux premiers postes est impossible, indiquer le total des deux à la ligne 'Frais médicaux, pharmaceutiques'.  
Les informations 'nombre de jours d'hospitalisation' et 'nombre de jours d'incapacité temporaire' sont facultatifs.

Qualité des ayants-droit : C = Conjoint, Concubin P = Père  
(2) E = Enfant M = Mère  
S = Soeur F = Frère

Sexe des ayants-droit : 1 = Masculin 2 = Féminin

T = Tout autre cas de parenté (grands-parents, oncles, tantes, petits enfants...)

X = Tout autre ayant droit sans lien de parenté avec la victime.



## *Chapitre II Une population à échantillonner*

Observer la part du transactionnel, dans un cadre qui ne laisse échapper aucune des composantes de l'offre d'indemnisation, impliquait de se situer très en amont dans le processus d'offre, jusque dans les dossiers de sinistre où se concentre la mémoire du règlement. Et pour qu'une telle observation puisse prétendre à la validité statistique, il fallait recourir à l'échantillonnage des dossiers. Tels étaient les termes de la convention de recherche passée entre la CERCRID et la Sous-Direction de la statistique, des études, et de la documentation du Ministère de la Justice.

L'enquête a consisté à constituer et à exploiter un échantillon de dossiers de sinistres *entrant dans le champ d'application de la procédure d'offre d'indemnité prévue par la loi du 5 juillet 1985*, (art. L.211-8 et s. code des assurances), avec pour objectif d'étudier la manière dont s'articulent les actions transactionnelles et juridictionnelles. La mise au point de cet échantillon s'avérant délicate, notamment en raison de l'absence de données directes sur la population de référence, une *phase préalable de préparation du sondage* a été suivie, dont le détail constitue la matière de ce chapitre.

Cette phase préalable a été elle-même découpée en deux temps: dans un premier temps (de septembre à décembre 1994,) des contacts ont été pris avec diverses entreprises d'assurance, assortis de consultation de dossiers<sup>187</sup>. Parallèlement, un premier projet de sondage était établi avec l'aide d'un statisticien spécialiste des enquêtes de ce type<sup>188</sup>; à l'issue de cette première étape, en mars 1995, une note a été remise aux services gestionnaire de l'étude, note transmise en parallèle aux entreprises d'assurance concernées par l'enquête aux fins de recueillir leurs observations. Après consultation des entreprises sur les propositions de cette première note<sup>189</sup>, le plan de sondage a été définitivement arrêté.

Le présent chapitre veut faire le point sur les différentes étapes de la réalisation de ce sondage. En deux moments distincts, ont été arrêtés, les unités de l'observation (Section 1) le plan de sondage proprement dit (Section 2), ainsi que les modalités pratiques de recueil des données (Section 3).

---

<sup>187</sup>Après une première prise de contact avec MM. Thiry et Tomadini, membres de l'APSAD, qui nous ont confirmé le principe de leur participation à l'enquête, nous avons consulté les responsables du règlement des sinistres corporels des entreprises Phénix-Espagnol (23/8/94), AXA (13/9/941994), Continent (21/10/94), et MACIF (28/10/94).

<sup>188</sup>Nous remercions B.Riandey, conseiller scientifique auprès de l'INED, responsable d'un séminaire de méthode d'enquête, pour l'aimable concours qu'il a bien voulu nous apporter à la préparation de ce plan de sondage.

<sup>189</sup> Deux réunions ont eu lieu à Paris, la première pour les sociétés d'assurance avec les représentants de l'APSAD le 26 avril 1995, la seconde pour les mutuelles le 28 avril 1995.



### Section 1- Des unités d'observation à définir

L'observation se trouve ainsi centrée sur la *procédure d'offre d'indemnité menée par un assureur à la suite d'un accident ayant occasionné des blessures à une ou plusieurs victimes tiers*. Faute de pouvoir procéder à une observation directe des opérations d'offre, la trace de ces procédures a été recherchée *dans les dossiers de sinistres* traités par les entreprises.

Restait à définir les unités de compte de la recherche, c'est-à-dire à identifier les "individus statistiques" qui allaient constituer la population de référence. La difficulté essentielle a été d'extraire de l'ensemble des accidents corporels de la circulation, ceux qui entraient dans le champ des dispositions des articles L.211-8 et s. du code des assurances.

En procédant là encore de manière séquentielle, ont été définis successivement les dossiers à observer (A), le moment de leur observation (B), enfin la population de référence (C).

#### *A- La définition des dossiers à observer*

Tout dossier relevant de la garantie "responsabilité civile", et enregistré à ce titre, ne conduit pas nécessairement à une procédure d'offre (a). Il a été en conséquence nécessaire de se doter d'une définition du dossier entrant dans le champ de l'étude (b).

#### a- La distinction entre dossier de sinistre et dossier soumis à la procédure

Chaque déclaration de sinistre mettant en jeu la garantie "responsabilité civile" d'un conducteur donne lieu à ouverture d'un dossier spécifique. Cette déclaration peut provenir de différentes sources: auteur de l'accident, victime elle-même, ou organisme de transmission de procès-verbaux d'accidents de la circulation (trans-PV). Si l'on s'en tient à une définition du dossier comme celui qui est ouvert à la suite d'une *déclaration d'accident*, il existe un risque de double compte entre assureurs. Pour un même accident, impliquant plus d'un véhicule, avec des victimes de part et d'autre, sont établies autant de déclarations de sinistres que de conducteurs dont la responsabilité est susceptible d'être engagée. Si l'on effectue un tirage à l'intérieur d'une série de déclarations reçues par un assureur donné, les accidents concernant plus d'un véhicule seront comptés plusieurs fois. Telle était la difficulté rencontrée par l'enquête statistique effectuée sur l'année 1975 par la Section statistique de l'AGSAA sur les accidents corporels. L'existence de double comptes avait contraint les auteurs de l'étude à procéder à une série d'estimations complexes pour reconstituer la population des victimes indemnisées<sup>190</sup>.

---

<sup>190</sup> Association générale des sociétés d'assurance, *Étude sur les sinistres corporels*, Ronéo 80 p.+annexes, 1981, p. 24 et s.



Mais la seule déclaration de sinistre n'implique pas que l'assureur ait la charge de mener la procédure d'offre, dès lors que *plus d'un* véhicule terrestre à moteur est impliqué dans l'accident, occasionnant des blessures à des tiers. Dans ce cas, un seul assureur sera chargé en définitive de mener la procédure d'offre. L'objectif étant d'observer la manière dont les organismes d'assurance *conduisent la procédure d'offre*, c'est à l'unité "accident dont la gestion incombe à un assureur de responsabilité" qu'il convenait de se référer. De ce point de vue, c'est l'organisation même de la gestion des affaires entre assureurs qui permet d'écartier les risques de double compte.

#### b- La définition du dossier soumis à la procédure

-Dans les cas de collision entre véhicules, *un seul assureur* sera mandaté pour faire les offres pour l'ensemble des victimes. C'est ce qui résulte de l'article 211-9 al. 5 code ass., qui prévoit qu'en cas de pluralité de véhicules, et s'il y a plusieurs assureurs, l'offre est faite par l'assureur mandaté par les autres. Les conditions d'octroi de ce mandat ont été précisées conventionnellement entre assureurs. Aux termes de la convention ICA (Indemnisation pour le compte d'autrui) dans sa version initiale en vigueur depuis le 1er janvier 1986<sup>191</sup>, sera mandaté l'assureur dont l'assuré se voit attribuer la part de responsabilité la plus importante, ou, en cas de répartition égale des responsabilités, celui qui assurait le véhicule ayant heurté la victime, ou, lorsque la victime est un passager, le véhicule dans lequel elle se trouvait.

Des recours sont ensuite ouverts à l'assureur mandaté en cas de partage de responsabilité.

Même lorsque l'assureur n'entend pas prendre en charge l'accident en raison des fautes commises par l'automobiliste victime, un assureur gestionnaire est désigné par application de la convention<sup>192</sup>.

Le jeu de ces diverses règles et conventions permet de définir dans chaque cas *un assureur, et un seul*, chargé de mener la procédure d'offre, même si cette procédure n'aboutit pas.

Seront dès lors observables les dossiers d'accidents de la circulation présentant les deux caractéristiques suivantes:

- il s'agit d'accidents ayant *occasionné des blessures à des tiers*,
- *pour lesquels c'est l'assureur, objet de l'enquête, qui s'est trouvé en situation de mener la procédure d'offre d'indemnité*, quel qu'ait été le résultat de cette procédure.

---

<sup>191</sup>Cette convention a été refondue le 1er janv. 1994, les nouvelles dispositions ne s'appliquant qu'aux accidents survenus avant cette date. Le principe de la responsabilité prépondérante est maintenu, mais ce mandat peut être modifié si les parties en sont d'accord. Les autres principes d'attribution de mandat ont été supprimés.

<sup>192</sup>Art. 2.1.3 de la convention ICA de 1984, et 2.2.3 de la convention de 1994.



### *B- Le moment de l'observation*

L'événement, tel que nous venons de le définir, peut être saisi à deux moments: soit au cours d'une année de survenance donnée, soit lors de sa clôture. L'approche est longitudinale dans le premier cas (a) transversale dans le second (b).

Chacune de ces options présente des avantages et des inconvénients.

#### a- Approche longitudinale

La saisie de l'accident déclaré à l'assureur au cours d'une année donnée (n), et son suivi longitudinal au cours des années suivantes (n+1, n+2....) permettent d'établir un *calendrier de sortie des affaires*, et notamment de calculer des taux de règlement par type de dossiers. Cette démarche autorise également le rapprochement du fichier des accidents déclarés avec celui de l'ensemble des accidents survenus au cours de la même période. Mais l'avantage est mince dans la mesure où, comme nous l'avons vu, nous ne disposons pas de véritable unité commune avec les autres statistiques concernant les accidents de la circulation.

-L'inconvénient majeur de ce choix est de *sous-estimer les dossiers à gestion longue*, dont l'état d'avancement ne permettra pas de disposer d'informations suffisantes sur les règlements. C'est le cas notamment des dossiers qui ont donné lieu à procédure judiciaire, ou qui concernent les accidents les plus graves retardant le moment de la consolidation. Pour pallier cet inconvénient, il serait nécessaire de retenir une date de survenance suffisamment ancienne pour augmenter la part des dossiers réglés. Mais deux autres obstacles sont à redouter: d'une part les *risques d'indisponibilité* des dossiers en raison de leur ancienneté, d'autre part, la *modification des pratiques de règlement* dans le temps, qu'il sera bien difficile d'identifier. La première objection est sans doute la plus sérieuse: si la collecte de dossiers s'avère trop difficile, un allongement de la procédure d'enquête et donc un accroissement de son coût était à redouter, sans oublier les contraintes de recherche des dossiers pour les entreprises participantes .

La démarche de type longitudinal nous a paru en définitive peu appropriée pour la constitution d'un fichier de référence.

#### b- Approche transversale

Dans cette approche, les dossiers répondant aux critères définis ci-dessus sont retenus en fonction *d'une année de clôture donnée*, quelle que soit l'année de déclaration.

-L'avantage de cette méthode est de permettre de saisir même les dossiers les plus anciens, et de décrire ainsi tous les modes de règlement des affaires, notamment des situations complexes comme celle des transactions survenues postérieurement à un jugement . Cette notion de "dossier réglé" doit cependant être précisée: il s'agit du règlement des victimes directes, par ricochet, ou des tiers payeurs, sans tenir compte des *recours internes* entre sociétés pouvant intervenir postérieurement aux paiements concernant ces catégories de personnes. Quant aux variations entre entreprises quant à la définition de la "date de clôture", elle a été considérée comme sans importance, dès lors qu'elle était constante pour une entreprise donnée, et surtout, dès lors que les dates de règlement effectif peuvent



toujours être connues. Sur le terrain, il est apparu en effet que les dossiers étaient clos à des dates variables, pour des raisons purement pratiques, sans qu'il en résulte un biais dans la constitution de la population.

L'avantage apporté par la connaissance de tous les modes de règlement, quelles que soient les caractéristiques des dossiers, l'emporte largement sur l'inconvénient de la difficulté à établir des taux par promotion d'affaires. L'objectif de la recherche serait en partie manqué si les dossiers dont les délais de règlement sont les plus longs étaient imparfaitement connus, sachant que ce sont précisément ces dossiers qui représentent l'enjeu le plus important. La seule limite dans le temps qu'il a paru nécessaire d'apporter est celle de l'entrée en vigueur de la loi pour la survenance du sinistre, soit le premier janvier 1986<sup>193</sup>.

### *C - Définition de la population de référence*

La combinaison des critères définis aux deux paragraphes qui précèdent nous a conduit à définir une population de référence.

- il s'agit d'accidents de la circulation routière impliquant au moins un véhicule terrestre à moteur,

- ayant occasionné des blessures à des tiers,

- pour lesquels c'est l'assureur, observé, qui s'est trouvé en situation de mener la procédure d'offre d'indemnité, (quel qu'ait été le résultat de cette procédure),

- pour des sinistres intervenus à partir du premier janvier 1986,

- clos par l'entreprise d'assurance au cours de l'année 1994, à l'égard de l'ensemble des victimes.

C'est sur cette population ainsi définie que devait être réalisée l'enquête. La taille de la population imposait de procéder par voie de sondage. Le plan en a été arrêté avec l'aide d'un spécialiste de la matière, en accord avec les entreprises associées à l'opération.

---

<sup>193</sup> Article 47 de la loi du 5 juillet 1985.



## Section 2 - Un plan de sondage à établir

Une fois définies les caractéristiques de la population à étudier, restait à établir la taille, et surtout à en étudier la répartition parmi les entreprises d'assurance. En effet, le choix d'une observation sur dossier impliquait que l'on pût établir une *liste d'entreprises* auprès de qui ces dossiers devront être tirés et analysés.

Une statistique d'activité des entreprises en matière de responsabilité civile nous était indispensable pour disposer d'un critère de classement des entreprises (A), en vue de la mise au point définitive du plan de sondage (B), et de la réalisation du tirage des dossiers dans les entreprises (C).

### *A- Les bases statistiques du sondage*

Il n'existe actuellement aucune donnée statistique générale permettant de mesurer le *nombre de procédures d'indemnisation menées* par les organismes d'assurance pour un sinistre donné. Les statistiques disponibles sont partielles, et concernent des objets dont la définition répond à d'autres impératifs. Nous avons vu la plupart d'entre elles (a) et (b); mais c'est finalement la statistique de transmission des procès-verbaux qui est apparue la plus discriminante pour rendre compte de l'activité des entreprises en termes de gestion des accidents (c).

#### a- Les statistiques d'accidents

On pouvait songer à recourir aux statistiques des accidents de la circulation, tenues par l'Observatoire interministériel de la circulation routière, précédemment exploitées pour la mesure des accidents. Mais ses lacunes, déjà gênantes pour la précision de la mesure du phénomène de "l'accidentalité", deviennent rédhibitoires pour l'évaluation du rôle joué par les entreprises d'assurance.

-d'une part, s'appuyant sur une comptabilisation de procès-verbaux d'accidents corporels, ces statistiques ne permettent pas d'identifier les accidents corporels qui n'ont donné lieu qu'à constat amiable, ou qui ont fait l'objet d'une simple déclaration à l'assureur,

-d'autre part et surtout, ces statistiques n'introduisent pas de distinction entre le statut des victimes dans un véhicule donné, (conducteur ou passager), ce qui ne permet pas de déterminer le nombre d'accidents qui ont causé des blessures au seul conducteur, lesquels ne relèvent pas du dispositif d'offre d'indemnité.

#### b- La statistique des indemnités

Les statistiques du fichier des indemnités sont établies, nous le savons, à partir de données collectées sur des critères très restrictifs. Si les informations enregistrées entrent bien dans notre champ d'observation, dans la mesure où elles concernent les victimes directes d'accidents de la circulation relevant de la procédure d'offre, elles souffrent, rappelons le, d'une triple lacune: seules les *victimes indemnisées* sont retenues; ces victimes ne sont comptabilisées qu'en cas de décès, ou si leur dommage a entraîné une IPP (au moins un point); enfin, et surtout, toutes les sociétés ne contribuent pas également à l'alimentation du fichier. Le grief le plus important, dans notre perspective de recherche, concerne la



sélection effectuée dans l'alimentation du fichier: il y a *perte de l'information prioritairement recherchée* par l'enquête, à savoir la part des victimes à laquelle toute indemnisation a été refusée.

### c- La statistique des PV d'accidents

Une troisième source est disponible, celle des statistiques des PV de police et de gendarmerie transmis aux entreprises d'assurance par un organisme spécialement créé par ces dernières, Trans-PV<sup>194</sup>. Cette statistique, purement technique, est issue de la facturation des photocopies de procès-verbaux communiqués aux entreprises en cas d'accidents corporels. Son avantage principal est d'en faire la répartition selon les entreprises, nous permettant de disposer d'une liste détaillée de ces dernières. En 1993, et 1994, ce sont respectivement 243 609 et 229 994 PV d'accidents corporels qui avaient été transmis à environ 170 entreprises d'assurance (sociétés et mutuelles) et une dizaine d'organismes publics. Ce nombre peut difficilement être considéré comme donnant de manière certaine la taille de la population de référence, et ce en raison d'une double distorsion, dont les effets peuvent se compenser.

- Au regard des statistiques de la circulation routière, il y a certainement surestimation de la population des accidents soumis à la procédure, dans la mesure où un même PV peut être transmis à plusieurs assureurs, et où les PV transmis ne concernent pas nécessairement des accidents ayant causé des blessures à des tiers. Ceci explique les discordances relevées entre ces chiffres et ceux déclarés par la circulation routière en nombre d'accidents déclarés pour une même année de référence, alors que, sur ce point au moins, la matière de l'information est puisée à la même source, les services de police et de gendarmerie. En effet, pour chacune des deux années considérées, les entreprises comptent autour de 100 000 unités supplémentaires : 243 609 pour 137 500 accidents comptabilisés en 1993, 229 994 pour 132 726 accidents en 1994.

- Au regard du nombre d'accidents indemnisables, il y a sous-estimation, dans la mesure où cette statistique, comme celle de la circulation routière, ne prend pas en charge les accidents qui ont donné lieu à règlement amiable.

- Mais quelle que soit la cause et le sens de ces distorsions, il en résulte que les données fournies par Trans-PV ne peuvent être retenues au titre de la mesure de la population. Cependant, si ces statistiques sont impropres à déterminer quels accidents entrent dans le champ de l'observation, elles présentent l'avantage de nous fournir un *classement des entreprises d'assurance* en fonction du nombre de PV reçus au cours d'une année de référence. C'est à ce titre que nous les avons retenues comme référence pour établir la liste des entreprises à retenir.

---

<sup>194</sup>C'est une circulaire du Garde des sceaux 83-30 du 28 nov. 1983 (B.O. Ministère de la Justice du 31/12/83) qui a organisé la communication directe des procès-verbaux d'accident aux assureurs par l'intermédiaire de Trans-PV. Ce service est actif depuis le 15 janvier 1984. Cet organisme est destinataire des copies de P.V. dressées par les services de police et de gendarmerie en application de l'article 19 du Code de Procédure Pénale, et les communique aux assureurs concernés, avant de les renvoyer au Parquet.



### *B- Un plan de sondage à deux degrés*

Le champ d'observation est constitué, rappelons-le, par *l'ensemble des dossiers d'accidents corporels de la circulation mettant en jeu la responsabilité civile d'un conducteur de véhicule terrestre à moteur, terminés au cours d'une année de référence, par les entreprises d'assurance à qui incombait la charge de mener la procédure d'offre.*

Ces dossiers ne peuvent être saisis qu'à travers l'activité des entreprises, ce qui implique la *réalisation d'un sondage: à deux degrés::* parmi les entreprises d'une part, (a); parmi les dossiers traités par ces sociétés d'autre part (b).

#### a- Le sondage parmi les entreprises

En deux étapes, les entreprises ont été classées (1), puis échantillonnées (2).

##### 1- Classement des entreprises

Les entreprises qui assurent le risque automobile (à titre principal ou accessoire), étaient au nombre de *170 en 1993*, sociétés et mutuelles confondues. Le nombre *d'accidents* traités par ces entreprises oscillerait annuellement entre 150.000 (si l'on se réfère aux chiffres fournis par l'Observatoire interministériel de la sécurité routière), et 250.000 (nombre de transmission de PV.).

Ces entreprises doivent être comparées au regard de leur importance dans le traitement du risque automobile. Le seul indicateur existant à cet égard est celui du nombre de PV d'accidents corporels de la circulation transmis annuellement par Trans-PV à chacune d'entre elles. Nous avons pris pour référence un listing classant les entreprises en fonction du nombre de P.V. reçus au cours de l'année 1993<sup>195</sup>. (v. p. suivante).

---

<sup>195</sup>Ce listing nous a été fournis par l'APSAD.



## Liste 1

Classement des entreprises selon le nombre de PV transmis par  
TRANS-PV au cours de l'année 1993

SOCIETE	Nombre de PV	%
MACIF (Mutuelle d'Assurance des Commerçants et Industriels de France)	27 536	11,3
GROUPE AXA	17 590	7,2
GMP (Garantie Mutuelle des Fonctionnaires)	16 993	7,0
UAP (Union des Assurances des Paris)	16 652	6,8
MAAF (Mutuelle d'Assurance des Artisans de France) et S.A	14 885	6,1
GAN (Groupe des Assurances Nationales)	14 190	5,8
MATHMUT (Mutuelle d'Assurance des Travailleurs Mutualistes)	12 157	5,0
MAIF (Mutuelle Assurance des Instituteurs de France)	11 940	4,9
AGF (Assurances Générales de France)	9 019	3,7
GROUPEAMA	8 580	3,5
Mutuelles du Mans Assurances	7 215	3,0
SAMOA (Société d'Assurance Moderne des Agriculteurs)	6 123	2,5
Abeille Assurances	5 231	2,2
Uni Europe	4 785	2,0
PFA (Préservatrice Foncière Assurances)	4 448	1,8
Allianz-Via	4 165	1,7
Groupe Azur (+Alsacienne)	4 043	1,7
Continent	2 853	1,2
Equité	2 721	1,1
Lilloise d'Assurances	2 558	1,1
Sauvagarde	2 333	1,0
Concorde	2 070	0,9
Caisse Mutuelle Assurances et de Prévoyance	2 067	0,8
ACM (Assurance du Crédit Mutuelle)	1 901	0,8
Rhin et Moselle	1 885	0,8
Winterthur	1 783	0,7
France	1 746	0,7
MAE (Mutuelle Assurance de L'Éducation)	1 585	0,7
MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français)	1 339	0,5
Zurich	1 279	0,5
Lloyd Continental	1 256	0,5
HRA (Les Mutuelles Régionales d'Assurances) (+Normandie)	1 119	0,5
MFA (Mutuelle Fraternelle d'Assurances)	1 094	0,4
FILIA-MAIF	1 057	0,4
SHABTP (Société Mutuelle d'Assurance du Bâtiment et des Travaux Publics)	976	0,4
UPE (Union et Phenix Espagnol)	975	0,4
Generali Belgium	967	0,4
Mutuelle de Poitiers	960	0,4
General Accident	962	0,4
CAMAT (Compagnie d'Assurances Maritimes, Aériennes et Terrestres)	862	0,4
Nationale Suisse Assurances	814	0,3
MAPA (Mutuelle d'Assurance des Professions Alimentaires)	705	0,3
SAGENA (Société Anonyme Générale d'Assurance)	653	0,3
CGAM (Caisse Générale d'Assurance Mutuelle)	567	0,2
Elvia	539	0,2
MEPM (Mutuelle d'Entraide et de Prévoyance Militaire)	535	0,2
Lutèce	534	0,2
Mutuelle du Poitou	513	0,2
Mutuelle des Notards	500	0,2
Baloise	499	0,2
.....	.....	.....
Total des 50 premières	227 747	93,5
.....	.....	.....
Autres sociétés	9 211	3,8
.....	.....	.....
Bureau Central Français (BCF)	4 219	1,7
.....	.....	.....
Organismes d'état :	2 432	1,0
Etat	1 442	0,6
RATP	374	0,2
La Poste	381	0,2
Franco Télécom	232	e
Ville de Paris	3	e
.....	.....	.....
Ensemble	243 609	100,00



Le listing ci-dessus nous a permis de relever d'emblée la forte concentration des opérateurs dans le domaine du risque automobile. On constatait ainsi que 93,5% des P.V. avaient été transmis par 50 entreprises, et que les 10 premières avaient reçu à elles seules 61,3% des P.V.. Parmi ces dix sociétés, on identifie six grands groupes et quatre mutuelles. Les 50 premières entreprises se répartissent en 17 mutuelles et 33 sociétés.

Ce premier classement ne peut cependant être retenu tel quel pour la détermination du plan de sondage. Il est apparu nécessaire de procéder à des réarrangements de cette liste en fonction de trois critères.

-D'une part, compte tenu de la différence d'organisation entre mutuelles et sociétés, les entreprises devaient être réparties en deux sous-groupes. Cette répartition a été effectuée selon le double critère de la forme juridique (mutuelle ou société) et du mode de gestion (avec ou sans intermédiaire) : après consultation des entreprises intéressées<sup>196</sup>, c'est le critère de la *gestion sans intermédiaire* qui a été retenu comme caractérisant les "vraies" mutuelles, ce qui permet de donner une signification plus opératoire à la partition entre mutuelles et sociétés. La vérification du statut de chacune des entreprises a permis également d'exclure la MAE, mutuelles d'assurance opérant en milieu scolaire, qui ne dispose pas de la garantie responsabilité civile automobile et n'est donc pas amenée à réaliser des offres d'indemnité.

-D'autre part, les entreprises qui appartiennent à un même groupe doivent être réunies, ce qui fait passer la liste des entreprises qui traitent le plus de dossiers d'accidents de 50 à 43.

-Enfin, l'ensemble des autres opérateurs qui reçoivent moins de 7% des P.V. ont été regroupés dans une troisième liste.

L'application de ces différents critères conduisait à établir un tableau en trois parties (V. Tableau 12 p. suivante).

C'est à partir du listing ainsi réorganisé que le choix des entreprises a été effectué. En réalisant une stratification suffisamment fine, on était assuré d'une bonne répartition de l'échantillon entre mutuelles et sociétés, et par taille des groupes concernés.

---

<sup>196</sup>Réunion du 28 avril 1995.



**Tableau 12**  
**Répartition des entreprises selon leur forme juridique et leur mode de gestion(1993)**

Mutuelles sans intermédiaire				Sociétés				Autres	
Nom	Effectif	% cumulés sur total mutuelles	% cumulés sur total entrepr.	Nom	Effectif	% cumulés sur total sociétés	% cumulés sur total entrepr.	Nom	Effectif et % cumulés sur total entrepr.
MACIF	27536	24,4	11,38	Gpe AXA+Uni Europe	22375	19,8	9,24	Autres sociétés	9211 3,80%
GMF+ Sarvegard	19326	41,4	19,36	Groupe UAP	16652	34,5	16,13	Bureau Central	4219 1,74%
MAAF	14885	54,6	25,51	Groupe GAN	14190	47,1	21,99	Erat	1442 0,59%
GROUPAMA/SAMDA	14703	67,6	31,59	Groupe AGF	9019	55,0	25,71	RATP	374 0,16%
MAIF+ Filia MAIF	13005	79,1	36,96	Mut.Mans	7215	61,4	28,70	La poste	381 0,16%
MATMUT	12157	89,9	41,98	Gpe Athéna (PFA+Lilloise)	7006	67,6	31,59	France Télécom	232 0,1%
Caisse Mut. Ass.Prévoy	2067	91,7	42,84	Abeille Ass. (Gpe Victoire)	5231	72,2	33,75	Ville de Paris	3
Assur. Créd.Mut.	1901	93,4	43,62	Groupe AZUR	4043	75,8	35,42		
Soc.Mut.Ass.Ba t.+Sagena	1629	94,8	44,30	Groupe Allianz-Via	4165	79,5	37,14		
MACSF	1339	96,0	44,85	Continent	2853	82,0	38,32		
Mut.Rég.Ass.	1119	97,0	45,31	Equité	2721	84,4	39,45		
Mut.Frat. Assurances	1094	98,0	45,76	Concorde	2070	86,2	40,30		
MAPA	705	98,6	46,06	Rhin et Moselle	1885	87,9	41,08		
Caisse Rég.Ass. Mut.	567	99,1	46,29	Groupe Winterthur	1783	89,5	41,82		
Mut.Ent.Prév. Milit.	535	99,6	46,51	France	1746	91,0	42,54		
Mutuelle Motards	500	100,0	46,72	Zurich	1279	92,2	43,07		
				LloydContin.	1256	93,3	43,59		
				Union et Phénix	975	94,1	43,99		
				Gpe General Belgium	967	95,0	44,39		
				Mut. Poitiers	960	95,8	44,79		
				General Accid	942	96,7	45,17		
				CAMAT	862	97,4	45,53		
				Nat.Suisse Ass.	814	98,2	45,87		
				Mutuelle Poitou	513	98,6	46,08		
				Elvia	539	99,1	46,30		
				Lutèce	534	99,6	46,52		
				Baloise	499	100,0	46,73		
<b>Total mutuelles</b>	<b>113 068</b>		<b>46,72</b>	<b>Total sociétés</b>	<b>113 094</b>		<b>46,73</b>	<b>Total autres</b>	<b>15 862 6,39%</b>
Total des 43 premières entreprises : 226 162				Total des entreprises : 242 024					



## 2- Le tirage des groupes d'assurance

Nous avons déterminé a priori le nombre de dossiers à traiter et le nombre d'entreprises à retenir en fonction des données déjà recueillies, et en fonction des moyens attribués au CERCRID dans le cadre du contrat de recherche: 1500 *dossiers devaient être ainsi traités*, répartis entre 16 *entreprises* (8 mutuelles et 8 sociétés).

Un effectif supérieur de groupes, plus efficace à taille d'échantillon constant, aurait entraîné un coût de collecte trop élevé, par la multiplication corrélative des déplacements. Pour les mêmes raisons d'efficacité, on a évité de sonder les quelques 120 entreprises d'assurance de petite taille, qui totalisent moins de 7% des dossiers.

Le tableau 12 ci-dessus fait apparaître une *discontinuité d'effectifs* dans la distribution des entreprises, comparable pour les mutuelles et les sociétés. Cette discontinuité s'établit respectivement à partir de 12.000 P.V. (pour les mutuelles) et 14.000 (pour les entreprises).

Il était donc pertinent de *retenir d'office dans l'échantillon tous les groupes ayant reçu au moins 12.000 P.V. en 1993*, soit les 6 premières mutuelles (totalisant 89,9% de leurs affaires, et les trois premières sociétés (cumulant 47,1% de leurs affaires). La population de l'échantillon se répartit donc comme suit (tableau 13 p. suivante).



Tableau 13

## Stratification de la population de l'échantillon

		Mutuelles	Sociétés	Ensemble
Groupes retenus d'office	-Population	101.612	53.217	154.829
	-(%)	89,9%	47,1%	68,5%
	-Dossiers à tirer	<b>674</b>	<b>353</b>	<b>1027</b>
Groupes à échantillonner	-Population	11.456	59.877	75.251
	-(%)	10,1%	52,9%	31,5%
	-Dossiers à tirer	<b>76</b>	<b>397</b>	<b>473</b>
Ensemble	-Population	113.068	113.094	226.162
	-(%)	100%	100%	100%
	-Dossiers à tirer	<b>750</b>	<b>750</b>	<b>1500</b>

Les 9 groupes retenus d'office totalisaient en 1993 près des deux tiers de la population (68,5%), et donc de l'échantillon. Les 1027 dossiers à retenir ont été répartis entre eux au prorata de leur taille. Le taux de sondage général s'établit à 1/151 (soit 226.162/1500).

Il restait à tirer au hasard respectivement deux mutuelles et cinq sociétés, avec des probabilités proportionnelles à leur taille. On a tiré ensuite un nombre de dossiers constant dans chacune des mutuelles et des sociétés, donc à un taux inversement proportionnel à leur taille, ces deux effets se compensant. L'échantillon est dit "auto pondéré" au taux de 1/152, comme on peut le vérifier a posteriori (Annexe 1 de la présente section).

Dans la pratique, on réalise successivement des tirages de 2 dossiers fictifs de mutuelles, et 5 dossiers fictifs de sociétés, dont les groupes sont retenus selon la procédure de tirage systématique qui suit (Tableau 14).



Tableau 14

Tirage des entreprises à échantillonner<sup>197</sup>

	<u>Mutuelles</u>	<u>Sociétés</u>
Nbre de pas (r)=	5728 (11.456/2)	11.975 (59.877/5)
Nombre au hasard (h) <sup>198</sup> =	0,1340	0,7421
Dossiers fictifs:	Localisation du dossier:	Localisation du dossier:
a1=rh	764: <i>Caisse Mutuelle</i>	8886: <i>AGF</i>
a2=r(h+1)	<i>ass.prév.</i>	32836: <i>Groupe AZUR</i>
a3=r(h+2)	6495: <i>MACSF</i>	35925: <i>Groupe</i>
a4=r(h+3)		<i>Allianz-Via</i>
a5=r(h+4)		47900: <i>Groupe</i>
		<i>Winterthur</i>
		59875: <i>Baloise</i>

Les entreprises figurant dans le tableau 13 ont été ajoutées à celles qui avaient fait l'objet d'une sélection d'office (Tableau 15 p. suivante). Pour ces dernières, la répartition du nombre de dossiers a été effectuée au prorata de leur taille dans l'ensemble des 43 entreprises retenues.

<sup>197</sup> L'annexe 2 fournit les effectifs cumulés des groupes à échantillonner. Les groupes sélectionnés sont indiqués en caractère gras.

<sup>198</sup> Ces nombres sont les premier et dernier de la table de l'ISUP, page II, 27.



Tableau 15

Effectif de dossiers à tirer dans les entreprises échantillonnées

MUTUELLES	SOCIÉTÉS
<b>Mutuelles retenues d'office</b>	<b>Sociétés retenues d'office</b>
-MACIF:182	-AXA+Uni Europe : 148
-GMF : 128	-UAP : 110
-MAAF : 99	-GAN : 94
-GROUPAMA : 98	
-MAIF : 86	
-MATMUT : 81	
<b>TOTAL : 674</b>	<b>TOTAL : 353</b>
<b>Mutuelles retenues après tirage</b>	<b>Sociétés retenues après tirage</b>
-Caisse Mutuelle ass.prév.:38 <i>(non enquêté)</i>	-AGF: 84
-MACSF: 38 <i>(non enquêté)</i>	-AZUR :84
	-Allianz-Via : 83
	-Winterthur : 83
	-Bâloise : 83
<b>TOTAL : 76</b>	<b>TOTAL : 397</b>
<b>Total Mutuelles : 750</b>	<b>Total Sociétés : 750</b>

Ce tableau de tirage a été respecté dans l'enquête, à deux entreprises près: deux mutuelles, la Caisse mutuelle (38 dossiers)<sup>199</sup>, et la MACSF (38 dossiers)<sup>200</sup>, n'ont pu être observées. Mais le nombre de dossiers manquants étant très faible, on verra que le sondage réalisé est très proche du plan initialement prévu<sup>201</sup>.

<sup>199</sup> Lors de la prise de contact avec cette entreprise, il nous a été répondu que la Caisse Mutuelle fonctionnait avec intermédiaire, et ne devait donc pas être rangée parmi les mutuelles. Il était nécessaire de la remplacer, ce qui n'a pu être réalisé compte tenu du calendrier très serré des opérations de collecte.

<sup>200</sup> La MACSF n'a pu être enquêtée pour les mêmes raisons de calendrier.

<sup>201</sup> V. dans la troisième partie le tableau détaillé du sondage.



### *C- Les opérations de tirage des dossiers dans les entreprises*

Le tirage des dossiers constituait une étape essentielle et délicate de la constitution du fichier. A défaut de connaissance des caractéristiques des dossiers, c'est une méthode de tirage strictement aléatoire des numéros de dossiers qui devait être retenue, les entreprises n'intervenant d'aucune manière dans ce processus .

La méthode la plus simple consistait à procéder au tirage des dossiers à partir d'une liste de numéros de dossiers de responsabilité civile, ayant entraîné des dommages corporels, et terminés au cours de l'année 1994. A priori, les dossiers à tirer auraient dû l'être à partir *d'une liste unique*, comportant l'ensemble des dossiers répondant aux critères définissant la population de référence. Cette option comportait cependant un risque, en cas de distribution inégale des affaires sur des caractéristiques susceptibles d'exercer une influence sur le mode de traitement des offres d'indemnité, de nous fournir un *nombre insuffisant de dossiers* sur les situations les moins fréquentes. Le rôle du critère de gravité des accidents est notamment apparu déterminant (a), ce qui nous a amené à retenir le principe d'un double échantillonnage des dossiers (b).

#### a- Le rôle de la gravité comme critère de classement des sinistres

Le critère de *gravité des dommages subis par les victimes* , joue un rôle important dans la procédure d'offre, comme le montraient divers indicateurs:

- la convention de recours conclue entre assureurs en 1984 (convention ICA), posait ainsi explicitement que le droit commun, et non le barème, devait être mis en oeuvre en cas de blessures graves pour déterminer la part de responsabilité de chaque automobiliste <sup>202</sup>.

- de plus, une enquête réalisée par les assureurs eux-mêmes sur la période 1972-1990, montrait que 4,7% des sinistres corporels représentent 52,9% de l'ensemble des sommes versées au titre de l'indemnisation des préjudices corporels<sup>203</sup>.

- enfin, l'exploitation du fichier AGIRA fait apparaître un mode de traitement différencié en fonction de la gravité: nous avons vu que la part des transactions (qui est en moyenne de 90% pour l'ensemble des accidents enregistrés), varie selon la gravité de l'accident. Ainsi, les transactions représentent 94% des accidents avec taux d'IPP compris entre 1 et 4%, 65,3% dans le cas de taux égaux ou supérieurs à 75%, et 69,8% seulement en cas de décès<sup>204</sup>.

---

<sup>202</sup>Exposé des motifs de la convention ICA, éd. 1986 (p. 2, et article 9 de cette convention, qui établit une échelle du fondement des recours en fonction du taux d'IPP. Ce mode d'évaluation n'a pas été repris dans la dernière version de la convention, applicable aux accidents survenus à partir du premier janvier 1994.

<sup>203</sup>Source: *Bilan annuel* 1994, op.cit., p.95.

<sup>204</sup>Source AGIRA, Section du fichier des indemnités allouées aux victimes d'accidents de la circulation, 1994, tableau 8.



Sachant que le nombre d'accidents graves est très faible au regard de l'ensemble des accidents<sup>205</sup>, la chance d'un dossier de cette nature d'être retenu dans le cadre d'un tirage au hasard des dossiers est également très faible.

Pour se donner les moyens d'un examen plus approfondi de ce type de dossiers, *il nous a semblé préférable de procéder à un sondage à taux différencié selon la gravité des accidents.*, ce qui nous a amenés à établir, non pas une liste unique, mais *deux listes de numéros, selon la gravité des accidents.* L'échantillon est donc en définitive un échantillon à probabilités inégales, en raison de la sur représentation des accidents graves, et aussi parce que cette proportion peut également varier selon les groupes.

#### b- Définition du critère de gravité pour l'établissement des listes

Le critère de la gravité n'était pas cependant aisé à définir, et ne l'a été définitivement qu'à la fin de l'observation de la première entreprise. La démarche la plus logique eût été de classer parmi les dossiers "graves" ceux dans lesquels une victime tiers au moins était décédée, ou avait subi une IPP supérieure à 15%. Tel avait été le choix initial. Mais l'application de ce critère s'est révélée impossible en pratique. Elle supposait que chaque entreprise disposât d'un accès informatique au dossier par individu, en complément d'un accès par numéro de sinistre. En pratique, seule la MACIF s'est révélée répondre à cette exigence. Pour toutes les autres, et fort légitimement du reste dans une perspective de gestion unifiée des sinistres, un dossier unique était ouvert, auxquelles étaient rattachées les victimes, sans possibilité de trier les dossiers en fonction des taux d'IPP. Un second critère de gravité a donc dû être retenu, celui-là commun à l'ensemble des entreprises, à savoir *le coût global du sinistre, composé de la somme de tous les débours entraînés par un sinistre corporels pour l'entreprise, quel que soit le nombre de personnes et le type de dépenses.* Moins précis que le précédent, (notamment en ce qu'il ne permettait pas de discriminer les dépenses selon leur cause), ce critère apparaissait cependant efficace pour saisir les dossiers les plus coûteux, en se fiant aux analyses de répartition des dépenses effectuées par les assureurs eux-mêmes dans le cadre de leurs différentes enquêtes. Dans leurs propres estimations relatives à l'année 1990<sup>206</sup>, ces derniers situaient 89,6% de leurs sinistres corporels à moins de 100 000 F, et 94,5% à moins de 200 000F. Il a donc été décidé, en accord avec les assureurs participant à l'enquête, de placer à 150 000 F (tous les coûts confondus), le seuil de classement des dossiers dans la liste des dossiers graves.

Le plan de sondage ainsi mis au point nous permettait de résoudre plusieurs des difficultés de saisie d'une population dont les contours apparaissaient fuyants à travers les multiples sources statistiques explorées. La nécessité de procéder à une définition des unités d'observation, si elle constituait une contrainte, avait apporté en contrepartie un gain de précision dans la définition de l'objet étudié:

---

<sup>205</sup>Les blessés légers (dont l'état nécessite entre 0 et 6 jours d'hospitalisation) représentaient plus de 84% des blessés en 1991 (Source, Rapport Sécurité routière, op.cit., p. 57).

<sup>206</sup>Publiées en annexe du "Bilan Annuel de la Sécurité routière", 1994, p. 108.



C'est la seule procédure d'offre, *en tant qu'elle est une contrainte pour l'entreprise*, et en tant qu'elle ouvre à un des modes possibles de règlement des accidents corporels de la circulation, qui constitue l'objet de l'observation. Il en résulte que ni les accidents corporels, (comme phénomène social), ni la mise en oeuvre de la garantie responsabilité civile automobile, (comme pratique de gestion), ni le jeu des garanties du risque automobile dans leur ensemble, (comme recherche d'équilibre entre la prévoyance et la responsabilité), ne sont au centre du questionnement. C'est bien de la transaction, et de sa place dans une procédure toute orientée vers ce mode règlement, qu'il s'agit de rendre compte dans cette recherche de terrain.

Avec l'ensemble de ces définitions, le cadre procédural, analysé dans la première partie, devenait un circonscrivait un espace d'observation qu'il était enfin possible de parcourir. Se trouvait ainsi résolue une difficulté majeure soulevée par la demande de comparaison entre modes de règlement des conséquences des accidents : celle de la "faisabilité" même d'une observation. La réponse, positive, à cette question n'allait pas de soi. Et en cela, *on peut considérer qu'elle constitue un des premiers acquis de cette recherche*, peut-être le plus important dans la perspective d'une reproductibilité d'une observation de même nature dans le futur.

Il nous restait ensuite à passer de *l'observable* à *l'observé*, ce qui nous amène au point central de l'enquête, la production de données sur les pratiques d'offres d'indemnités.



**Annexe III****Échantillon auto pondéré**

Vérifions sur des exemples le caractère auto pondéré de l'échantillon:

-Un dossier d'AGF est tiré avec la probabilité P:

$P(\text{AGF}) \cdot P(\text{ce dossier/ AGF étant tiré}) =$

$9019/111975 \cdot 80/9019 = 80/111975 = 1/149,7$

-Un dossier de la Caisse Assurance Prévoyance est tiré avec la probabilité suivante:

$2067/5278 \cdot 38/2067 = 38/5278 = 1/150,7$

L'écart très faible des taux de sondage tient à la seule incrémentation des effectifs à enquêter.



## Annexe IV

## Tirage des sociétés sur les effectifs cumulés

Mutuelles sans intermédiaire			Sociétés		
Nom	Effectif	Effectifs cumulés	Nom	Effectif	Effectifs cumulés
<b>MACIF</b>	<b>27536</b>	<b>27536</b>	<b>Grpe AXA+Uni Europe</b>	<b>22375</b>	<b>22375</b>
<b>GMF+ Sauvegarde</b>	<b>19326</b>	<b>46862</b>	<b>Groupe UAP</b>	<b>16652</b>	<b>39027</b>
<b>MAAF</b>	<b>14885</b>	<b>61747</b>	<b>Groupe GAN</b>	<b>14190</b>	<b>53217</b>
<b>GROUPAMA /SAMDA</b>	<b>14703</b>	<b>76450</b>	<b>Groupe AGF</b>	<b>9019</b>	<b>62236</b>
<b>MAIF+ Filia MAIF</b>	<b>13005</b>	<b>89455</b>	Mut.Mans	7215	69451
<b>MATMUT</b>	<b>12157</b>	<b>101612</b>	<b>Grpe Athéna (PFA+Lilloise)</b>	<b>7006</b>	<b>76457</b>
<b>Caisse Mut. Ass.Prévoy.</b>	<b>2067</b>	<b>103676</b>	Abeille Ass. (Grpe Victoire)	5231	81688
Assur.Créd.Mut.	1901	105580	<b>Groupe AZUR</b>	<b>4043</b>	<b>85731</b>
Soc.Mut.Ass.Bat.+Sagena	1629	107209	<b>Groupe Allianz-Via</b>	<b>4165</b>	<b>89896</b>
<b>MACSF</b>	<b>1339</b>	<b>108548</b>	Continent	2853	92749
Mut.Rég.Ass.	1119	109667	Equité	2721	95470
Mut.Frat.Ass.	1094	110761	Concorde	2070	97540
MAPA	705	111466	Rhin et Moselle	1885	99425
Caisse Rég.Ass. Mut.	567	112033	<b>Groupe Winterthur</b>	<b>1783</b>	<b>101208</b>
Mut.Ent. Prév.Milit.	535	112568	France	1746	102954
Mutuelle Motards	500	113068	Zurich	1279	104233
			Lloyd Contin.	1256	105489
			Union et Phénix	975	106464
			Grpe Generali Belgium	967	107431
			Mut. Poitiers	960	108391
			General Accid.	942	109333
			CAMAT	862	110195
			Nat.Suisse Ass.	814	111009
			Mutuelle Poitou	513	111522
			Elvia	539	112061
			Lutèce	534	112595
			<b>Baloise</b>	<b>499</b>	<b>113094</b>
<b>Total mutuelles</b>	<b>113068</b>		<b>Total sociétés</b>	<b>113094</b>	

(Les groupes retenus sont indiqués en caractères gras)



## IIIÈME partie

### LE DISPOSITIF D'OFFRE D'INDEMNITÉ EN ACTIONS

Comment se coordonnent les actions entre les différentes parties intéressées au règlement des conséquences des accidents corporels des accidents de la circulation?

Pour en rendre compte, et sur la base du plan de sondage élaboré, il fallait d'abord mettre au point un dispositif d'observation très rigoureux (Chapitre I), comportant, d'une part, un protocole de collecte des dossiers, d'autre part, une grille d'analyse des dossiers, en vue de constituer un fichier d'individus pour l'enquête.

Les individus qui composent cette population sont autant d'acteurs de la procédure (Chapitre II), Les actions accomplies, telles que les décrivent les variables de l'enquête, peuvent alors être suivies selon une chronologie des opérations, qui va du processus d'entrée dans la procédure d'offre, au déroulement de la procédure (Chapitre III), jusqu'au résultat net pour chacune des parties concernées (Chapitre IV).

#### *Chapitre I La constitution d'une base de données d'individus pour l'enquête*

L'offre d'indemnité s'adresse à des individus, qui sont autant de supports d'actions. Mais dans le cadre de la mise en oeuvre de la garantie responsabilité civile automobile, l'individu statistique est d'abord *le sinistre corporel*, dont la déclaration conduit à la constitution d'un dossier, auquel se rattachent un nombre plus ou moins grand de victimes. Dans le cadre tracé par le plan de sondage, l'accès au dossier, et aux informations qu'il contient, devait être aménagé selon des voies rigoureuses (Section 1). C'est à ce dossier, ainsi identifié, que s'applique la grille d'analyse définie pour l'enquête (Section 2). Les informations collectées, organisées en base de données, constituent le support de l'analyse des actions. (Section 3)

#### Section 1 - Le chemin d'accès aux dossiers

Le choix de travailler sur dossiers, et en suivant un plan de sondage, s'imposait compte tenu des objectifs de la recherche. Mais il en est résulté une charge matérielle très lourde, qui n'a pu être assumée qu'au prix d'une très stricte organisation du travail.

Après transmission du plan de sondage aux responsables de l'APSAD, et l'organisation de deux réunions de coordination en avril 1995, la collecte de données a débuté au milieu du mois de mai 1995, pour s'achever en juin 1996. Le temps de collecte a été près de deux fois plus long que la durée initialement prévue,



qui avait été établie sur une base moyenne de deux dossiers analysés à l'heure par une équipe de deux chercheurs, pour sept heures de travail par jour d'enquête. Mais la multiplicité des déplacements, et surtout le temps de préparation des listes pour le sondage, ont ralenti les opérations, alors que le temps d'analyse à proprement parler est apparu correctement évalué. Du point de vue matériel, la collecte de données passait par deux étapes :

- une phase de production de listes (A), selon des critères précis (a), suivie d'un tirage de numéros (b);

- une phase de collecte de données auprès des entreprises (B), laquelle comportait également deux opérations distinctes: une étape de vérification d'appartenance du dossier tiré au champ de l'enquête (a), l'analyse et la saisie des données proprement dite (b).

#### *A- La production des listes*

##### a- Les critères d'établissement des listes

A chaque entreprise étudiée, il était demandé d'établir deux listes, par exploitation informatique des fichiers de sinistres. Cette opération, laissée à leur charge, était réalisée en relation avec les services informatiques. La première liste comprend les dossiers d'accidents corporels les plus graves (Liste I, GR); la seconde les autres accidents (Liste II, LE).

#### 1- La liste des dossiers graves

*La liste I*, correspondant aux accidents corporels les plus graves, était constituée en appliquant les critères suivants:

- Critère 1 : dossiers d'accidents de la circulation *impliquant au moins un véhicule terrestre à moteur*

- Critère 2 : ayant provoqué des dommages corporels à *un tiers au moins* (la définition du tiers s'entend dans les termes de l'article L.211-1 du Code des assurances, soit de toute victime hormis le conducteur)

- Critère 3 : clôturés au cours de l'année 1994,

- Critère 4 : dans lesquels la date de survenance de l'accident est postérieure au 31 décembre 1985

- Critère 5 : pour lesquels la *charge de mener la procédure d'offre repose sur l'entreprise* (ce qui exclut les dossiers où l'entreprise vient seulement en recours, ou n'a pas été mandatée en cas d'implication d'autres véhicules), même si *cette procédure n'a pas été effectivement menée* en raison du refus d'indemnisation opposé par l'entreprise

- Critère 6 : et dont le coût global est égal ou supérieur à 150 000F.

#### 2- La liste des dossiers légers



*La liste II* (autres que graves), était produite par application de l'ensemble des critères, à l'exception du critère 6, remplacé par un coût de dommages inférieur à 150 000F.

#### b- Le tirage des numéros

- Les listes établies selon ces critères étaient communiquées sur support informatique, selon une présentation dont les modalités étaient arrêtées avec les services informatiques des entreprises. Les informations figurant sur ces listes étaient variables selon les entreprises. Mais y figuraient au minimum le numéro de dossier, la date d'ouverture, la date de fin, et le montant versé. Les affaires étaient classées, selon un ordre identique pour toutes les entreprises, dans l'ordre de leur numéro, ordre considéré comme aléatoire, plutôt que par date de fin, pour éviter les éventuels biais liés à des calendriers différenciés de sortie des dossiers.

- Les disquettes de données étaient ensuite transmises à notre équipe, qui procédait au tirage des dossiers. Ce tirage s'effectuait de la manière suivante: tout d'abord, le nombre total des dossiers à traiter dans chaque entreprise en fonction du plan de sondage était divisé à part égale entre chacune des deux listes. Puis le tirage des dossiers s'effectuait de manière aléatoire dans chacune de ces deux listes. La liste des dossiers tirés était ensuite renvoyée au service informatique de l'entreprise, aux fins de sortie matérielle des dossiers (lesquels étaient par définition archivés), selon un calendrier arrêté avec chacune des sociétés enquêtées.

- A priori, le nombre de numéros tirés devait être strictement égal au nombre de dossiers correspondant au plan de sondage pour l'entreprise. Mais il est apparu rapidement qu'il était préférable de disposer sur place d'un nombre de dossiers supérieur au nombre de dossiers à saisir, pour nous permettre, sans retarder la saisie, d'éliminer les dossiers qui n'entraient pas dans le champ de la recherche. Le problème se posait surtout pour la liste des dossiers "légers", dans laquelle la part de "sans suite" est apparue élevée. Il a donc été décidé de tirer sur ce listing trois numéros, pour un dossier à saisir. C'est ultérieurement, à la phase de la saisie, qu'il était procédé, "sur pièces", au contrôle d'appartenance du dossier au champ de l'enquête.

#### *B- La saisie des dossiers*

L'étape de saisie se déroulait au siège des entreprises où avaient été rassemblés les dossiers correspondant aux numéros tirés. Les déplacements ont eu lieu sur seize sites, répartis dans neuf villes différentes<sup>207</sup>, et correspondant aux quatorze entreprises finalement enquêtées<sup>208</sup>. C'est dire l'importance de la démarche d'enquête, inhérente à un objectif d'observation de pratiques assurantielles, par définition dispersées sur le territoire.

---

<sup>207</sup>Pour les mutuelles, les travaux se sont déroulés à Niort (MACIF, région Nord-Est, MAAF, MAIF), à Rouen (MATMUT), à Levallois Perret (GMF), à Lyon (GROUPAMA Lyon), et à Andrézieux -Bouthéon (MACIF). Les sociétés étaient situées à Chartres (AZUR), Paris (BÂLOISE, WINTHERTUR, AGF, UAP), et en région parisienne (Charenton pour ALLIANZ-VIA, Nanterre pour AXA).



Le déplacement était ensuite effectué par deux chercheurs, équipés d'un micro-ordinateur portable, qui procédaient d'abord au contrôle des dossiers (a), puis à la saisie des données proprement dite (b).

#### a- Le contrôle des dossiers avant saisie

Nous avons vu que toutes les déclarations de sinistres corporels ne conduisaient pas à faire peser sur l'assureur la charge d'une procédure d'offre. A cet égard, *l'extension de la procédure d'offre apparaît beaucoup plus réduite que la liste complète des sinistres engageant une responsabilité civile automobile*. L'idéal eût été, compte tenu de la connaissance dont nous disposons des critères d'exclusion, de procéder à l'établissement de listes qui répondissent d'emblée aux critères de la charge de l'offre. Mais pour cela, il eût fallu que tous les critères d'appartenance à la population des sinistres concernés par la procédure d'offre fussent disponibles comme variables de tri, et ce de manière homogène sur les entreprises, ce qui ne s'est pas avéré. Notamment, tous les systèmes de gestion ne permettaient pas d'identifier a priori certaines situations, telles:

- les "faux dommages corporels", dossiers enregistrés comme corporels alors qu'il s'est avéré par la suite qu'aucun dommage corporel n'a été subi (réserves corporelles des constats amiables),

- l'existence d'un mandat, attribuant la charge de la procédure à l'autre assureur impliqué,

- la position de recours de l'assureur,

- les cas de réouverture des dossiers après aggravation, (ces situations ne relevant pas de la procédure d'offre d'indemnisation)

- les accidents survenus à l'étranger.

Des procédures de correction du tirage ont donc dû être aménagées pour permettre de respecter le plan de sondage. La démarche suivie comportait deux "pas" successifs: après tirage des numéros, il était procédé à la vérification de l'appartenance de chaque affaire tirée à la population de référence, et en cas de réponse négative, à son remplacement par celui qui suivait immédiatement dans la liste considérée, l'opération étant répétée jusqu'à obtention d'un dossier entrant dans le champ.

La gestion des tirages successifs a été effectuée sur tableur, ce qui nous a permis de disposer d'un moyen de contrôle de la structure de la population, et surtout, de mieux connaître ce que recouvrait pour chaque entreprise la notion de "Sinistre corporel" en responsabilité civile.

Si les dossiers "sans suite", ou "faux corporels", étaient exclus sans problème, la décision était plus délicate lorsqu'il s'agissait d'appliquer les règles de répartition de la charge de la procédure d'offre entre assureurs. Le principe était de ne retenir que les dossiers pour lesquels la charge de l'offre reposait sur l'assureur observé,

---

<sup>208</sup> Deux d'entre elles ayant des gestions régionalisées (MACIF et GROUPAMA), ont été explorées chacune sur deux sites différents.



ce qui correspond à un certain nombre de situations que résume le tableau 16 ci-dessous.

**Tableau 16**

**Les critères d'appartenance des dossiers au champ de l'enquête**

Situation	Un seul VTAM impliqué	Plus d'un VTAM impliqué						
		Victime passager AO ou piéton ou cycliste	Victime passager AO (seule ou avec conduct. AO)	Victime passager AO (seule ou avec conduct. AO)	Victime AT seules conduct.	Victime AT seule passager	Victimes AO+AT	
Fautes	Avec ou sans faute inexcusable	faute conduct. assuré par AO	faute conduct. assuré par AT	conduct. assuré par AT (fauteur ou non fauteur)	conduct. assuré par AT (fauteur ou non fauteur)	Si conduct. AT non fauteur	Si part de resp. AO > à part de resp. AT	Si part de resp. AO < à part de resp. AT
Assureur tenu à l'offre	RC-AO	RC-AO	RC-AO AO ne viendra en recours que s'il a fait l'avance	RC-AO Rejet ou acceptation de l'indemnisation	RCAT (mandat) AO viendra en recours si conduct. AT fauteur	RCAO	RCAO (mandat)	RCAT (mandat)
Solution quant au tirage	Dossier retenu	Dossier retenu	Dossier hors champ	Dossier retenu	Dossier hors champ	Dossier retenu	Dossier retenu	Dossier hors champ

Légende: AO=Assureur observé AT= Assureur tiers RC=Responsabilité civile



L'application de ce principe nous permettait de disposer d'une bonne image de la sous-population des dossiers de sinistres corporels soumis à procédure d'offre. Etait ainsi possible une mesure de la part relative prise par la procédure d'offre dans la gestion du risque corporel par les assureurs, ce qu'aucune des statistiques disponibles ne permettait jusqu'alors d'assurer.

Après l'étape de vérification des dossiers, commençait l'opération de saisie des variables prévues dans le plan d'enquête.



### b- La saisie des données

La saisie a été directement réalisée sur micro ordinateur portable, par trois équipes composées chacune de deux chercheurs<sup>209</sup>, l'un chargé plus spécialement de la saisie, l'autre de la manipulation des dossiers et de la recherche des informations, mais tous deux participant également à l'analyse des données.

- Du point de vue matériel, les données étaient recherchées à la fois sur le dossier "physiquement" disponible, et sur les fiches informatiques correspondantes. En effet, les entreprises nous aménageaient un accès à leurs systèmes informatiques, pour nous permettre de consulter notamment les données financières concernant les dossiers. Nous étions ainsi assurés de disposer, avec la plus grande précision, des informations comptables relatives aux versements effectués, aux bénéficiaires, et aux dates des opérations, toutes informations précieuses pour connaître le calendrier des opérations d'offre et leur résultats.

Cette démarche a été suivie dans toutes les entreprises étudiées, lesquelles ont fait montre à cet égard d'un remarquable souci de transparence, en n'exerçant aucun contrôle a priori sur la liste des informations consultables .

- Commençaient ensuite la phase de saisie, laquelle s'effectuait sur un logiciel de base de données<sup>210</sup>, permettant à la fois la saisie et l'exploitation des fichiers en temps réel. La saisie était contrôlée par des tests de cohérence, qui s'appliquaient au moment de l'enregistrement des fiches, permettant ainsi d'éviter les erreurs liés à la retranscription de données. Mais le contrôle le plus efficace résultait du fonctionnement de la saisie en binôme, ouvrant à une "lecture croisée" des dossiers.

Ces conditions matérielles de collecte, très strictes comme on aura pu le constater, répondaient à la perspective qui était la nôtre d'une observation "procédurale" de la mise en oeuvre de la procédure d'offre. Ce souci a bien évidemment commandé le choix des variables à retenir, lesquelles étaient la plupart du temps des variables "objectives", nécessitant le moins possible de codage "qualitatif" des informations. Ce sont ces variables qui constituent le point de passage entre l'*observable*, et l'*observé*.

---

<sup>209</sup>La liste des chercheurs qui ont participé à l'enquête figure sur la page de couverture

<sup>210</sup>Logiciel 4D, version first 1.0, pour Macintosh.



## Section 2 Les variables retenues

La mise au point des variables à collecter et du plan de saisie a été effectuée au cours de différentes réunions d'équipe qui se sont déroulées au cours du mois d'avril 1995. Pour le choix de ces variables, nous avons pris en considération leur pertinence vis-à-vis des objectifs poursuivis, en nous inspirant également, chaque fois que cela apparaissait utile, du plan de saisie de l'enquête réalisée en 1981 par l'Association générale des sociétés d'assurance<sup>211</sup>. Ces variables ont été testées sur des dossiers de règlement auprès d'une région MACIF au cours des mois d'avril et mai 1995. Le plan de saisie a été arrêté au cours de la deuxième semaine de mai, sur une liste de variables dont le modèle figure en annexe I de la présente section. Ces variables sont réparties dans deux fichiers, qui constituent la structure de la base de données: un fichier principal "accident" (A), et un fichier associé "Victimes" (B). Sans entrer dans le détail des modalités des variables, qui seront explicitées au fur et à mesure des exploitations, on donnera quelques indications sur les variables retenues (C).

### *A- Les variables du fichier "Accidents"*

On sait que la population des affaires est constituée par des dossiers de sinistres, auxquels sont rattachés un nombre variable d'individus. La base de donnée qui a été constituée reproduit cette double articulation. D'un côté, a été établi un fichier des sinistres, formant le dossier principal, auquel se rattachent des fiches de victimes, dont il était établi autant d'exemplaires que de victimes (directes, conjoints, ayants-droits, et par ricochet) identifiées dans le sinistre.

Le fichier principal comprend 30 variables, qui occupent trois écrans successifs de saisie. La finalité de ces variables est de procurer des informations synthétiques et générales sur l'accident et l'ensemble des victimes, sous trois aspects :

- caractéristiques de l'accident et de la déclaration: dates (de l'accident et de l'ouverture), origine de la déclaration, type de véhicule, nombre de véhicules impliqués, nombre de victimes, faute de l'assuré (telle qu'elle figure dans le procès-verbal ou la déclaration amiable), le nombre et le type d'expertises;

- répartition des modes de règlement : règlements juridictionnels (les types de juridictions étant détaillés dans 10 variables) règlements transactionnels, refus d'indemnisation);

- résultat et dates des règlements : date de clôture, nombre et nature des règlements;

---

<sup>211</sup>"Étude sur les sinistres corporels", exploitations statistiques du sondage 1978 sur les sinistres corporels et du fichier des sinistres corporels réglés", A.G.S.A.A., 1981, ronéo, 80p. et annexes.



- Une zone de commentaire, en clair permet enfin de relever les caractéristiques du contexte du dossier qui ne sont pas prises en compte par les variables, ou d'explicitier des anomalies ou des difficultés propres à un dossier.

### *B- Les variables du fichier des victimes*

La conception de ce fichier (a), permet de disposer d'une lecture individualisée des variables relatives aux victimes (b).

#### a- Conception du fichier

Au fichier principal, est associé un fichier des victimes, relié au précédent par l'intermédiaire du numéro d'identification du dossier, identique pour chacune des victimes d'un même accident. *Il est créé autant de fiches qu'il y a de victimes dans un même accident..* Le lien entre les deux fichiers est assuré sur l'ensemble des variables, ce qui permet de réaliser des exploitations croisées entre toutes les variables de chacun des fichiers.

Chaque fiche décrit la situation de chacune des victimes, en 50 variables, réparties sur trois écrans de saisie. Cette méthode permet de disposer d'informations *individualisées* sur chacune des victimes, et de considérer la procédure d'offre, à la fois de manière globale, au niveau du dossier, et de manière individualisée, en considération de chaque cas. La définition de la victime donnant lieu à création d'une fiche a été précisée après la phase de test: l'unité "victime" s'entend de toute personne ayant subi, directement ou indirectement, un dommage corporel, et non pas seulement les victimes indemnisables. Y sont donc inclus les conducteurs assurés victimes, alors même qu'ils ne peuvent pas bénéficier de la procédure d'offre, du moins celle dont la charge pèse sur leur propre assureur. En revanche, les tiers payeurs n'ont pas été considérés comme victimes indépendantes, et n'ont pas donné lieu à établissement d'une fiche distincte. Il s'agit en effet de recours subrogatoires, qui sont attachés à la créance d'indemnité de chaque victime. Leurs recours sont cependant bien pris en compte, par une variable figurant sur chaque fiche victime.

Lorsqu'une victime était prise en compte à plusieurs titres dans un même sinistre (en tant que victime par ricochet, et victime directe par exemple), une fiche distincte était créée pour chacune de ces qualités. Mais ce cas s'est révélé très marginal.

#### b- Les variables

Ces fiches contiennent *l'essentiel de l'information* concernant les offres, ce qui explique le nombre élevé de variables retenues. Ces données sont organisées en cinq parties:

- *les caractéristiques socio démographiques*:: âge, sexe, lieu de résidence, profession, (écran 1, 1ère partie)

- *la position juridique dans l'accident* : qualité (victime directe, par ricochet, ayant droit.), position dans le véhicule (passager, conducteur, piéton...), la faute



retenue, la base de l'évaluation de la faute (convention ou droit commun), la part éventuelle de responsabilité mise à sa charge (écran 1, deuxième partie)

- *la procédure de règlement* (nature et date de l'acte comportant règlement pour la victime, date des propositions, date et montant des provisions.) (écran 2, première partie),

- les *dommages subis* (incapacité temporaires, partielle, décès...), (écran 2, deuxième partie),

- le *coût des dommages corporels*, (écran 3). Cette partie du fichier est centrale pour l'étude. Elle repose sur la distinction entre les "coûts induits par l'accident", et les "sommes versées" à la victime (directe ou par ricochet), et à leurs tiers payeurs. *La notion de coût de induit par l'accident* est la plus complexe. Il s'agit des coûts générés par la réparation des conséquences des accidents corporels, tels qu'ils résultent des diverses factures et relevés de débours figurant dans le dossier, et non des coûts réels, qui nous restaient inconnus. C'est ainsi notamment que les frais exposés par l'employeur, mais non réclamés par lui, (ce qui constitue le cas le plus fréquent), ne sont pas pris en compte, pas plus que les débours réels des organismes sociaux, qui réclament seulement une réparation forfaitaire en application de la convention. La notion de coût de l'accident correspond en réalité à *la somme des débours exposés par l'assureur, sur la base des réclamations qui lui sont faites*. Mais "exposés" ne signifie pas "réglés". Ces sommes ne seront cependant pas toujours versées, ou ne le seront qu'en partie, si une cause partielle ou totale de non indemnisation est retenue à l'encontre de la victime, ou en application de la convention "assureurs organismes sociaux", qui prévoit dans certains cas que l'organisme social n'aura qu'une fraction des sommes prévues<sup>212</sup>. *De sorte que si, la plupart du temps, le coût du dommage est égal au total des sommes versées à chaque victime, il est des cas où les sommes exposées seront plus importantes que ces débours.*

En revanche, n'entrent pas dans ce total les frais de gestion des dossiers assumés par les entreprises, ni leurs éventuels frais de procédure, d'avocat, ou d'expertise.

- Les "sommes versées" correspondent aux relevés comptables, tels qu'ils figurent sur les écrans auxquels nous avons accès. Il s'agit donc de *sommes réellement versées et encaissées par les victimes*, à des dates précises, et par chef de préjudice. La cause juridique de ces versements (transaction, ou exécution d'une décision de justice), nous était également connue, de sorte que nous pouvions connaître précisément ce qui était versé, et à quel titre.

- La différence entre "coûts induits" et "sommes versées", permet de prendre la mesure de la participation prise par l'assureur à la réparation. Il est ainsi possible de calculer la répartition de 100F de coûts induits par un accident entre les diverses victimes, (directe, tiers payeurs, et employeurs), et de mesurer la contribution de l'assureur à sa prise en charge. Il en résulte que, si les coûts induits ne représentent

---

<sup>212</sup>C'est le cas notamment en cas de faute simple de la victime piéton, qui sera indemnisée intégralement en droit commun, mais ne sera prise en charge que partiellement à l'égard de l'organisme social.



qu'une fraction des dépenses réelles générées par les accidents indemnisés, la somme des coûts versés représente les sommes réellement dépensées par les assureurs.

- La présentation formelle de l'écran de saisie offrait une visualisation d'ensemble de ces diverses variables. L'écran a été divisé en deux parties parallèles, où sont détaillés, par chef de préjudice, d'un côté les coûts induits par l'accident (tels qu'ils résultent des différents documents comptables), de l'autre les sommes versées à chacune des victimes (directes, organismes sociaux, employeurs). Deux variables totalisent, d'une part le coût de l'accident, d'autre part les sommes revenant effectivement à la victime. Ces indemnités sont distinguées par chef de préjudice, en reprenant la distinction entre les préjudices physiques qui constituent l'assiette du recours de la sécurité sociale, et les préjudices personnels qui restent acquis à la victime<sup>213</sup> (art.L. 371-1 et L.454-1 du Code de la sécurité sociale).

-Enfin, une variable supplémentaire sur l'écran 3 permet de tenir compte des *indemnités versées à un autre titre que la responsabilité civile* (garanties personnelles, avance sur recours...).

La base de données des règlements d'accidents effectués en 1994, produite selon le protocole que nous venons de détailler, *est le support des exploitations qui vont constituer la matière principale des deux chapitres qui suivent.*

Mais avant d'entrer dans le détail de ces exploitations, il importe de donner une image d'ensemble de ce fichier.

---

<sup>213</sup>Sur les modes de calcul des recours, v. la note de Y. Lambert-Faivre sous CA Paris, 3 mai 1994, *D.* 20 oct.1994, p.516-520.



## Annexe-5

## Structure de transaction

Dos Principal	
Société	A
Ident dossier	A
No fiche	A
Date accident	D
Date ouverture	D
Class dossier	A
Origine déclar	A
Date mandat	D
Véhicule assuré	A
Nb véhic impliq	E
Nb tot victime	E
Faute assuré	A
non util1	D
non util2	D
Date début proc	D
Nb expert int	E
Nb expert judic	E
Nb proc pén ss	E
Nb proc pén av	E
Nb référé civ	E
Nb référé pén	E
Nb civ au fond	E
Nb appel civ	E
Nb appel pén	E
Nb pourvoi civ	E
Nb pourvoi pén	E
Nb proc aut	E
Date cloture	D
Nb règl jud	E
Nb règl transac	E
Nb refus indem	E
Gravité	A
Nb fiches victi	E
	N
CommentaireBool	B
Commentaire	T

Victime	
No fiche	A
Sexe	A
Naissance	D
Age	N
Code postal	A
PCS	A
Qualité	A
Position accide	A
Faute retenue	A
Base éval resp	A
Tx réduction	E
Nature act règl	A
Nature juridict	A
Date act règl	D
date 1er courri	D
date 1er propos	D
Date rejet	D
Date 1er provis	D
Montant 1er pro	N
Incapacité temp	E
Incapacité perm	E
Décès	B
Indéterminé	B
Montant dommage	N
Ct med phar H	N
Ct IT	N
Ct IPP	N
Ct mens rente	N
Durée rente éva	E
Ct pretium D	N
Ct esth ou agré	N
Ct préj moral	N
Ct autres	N
Date prod CPAM	D
Montant versé	N
Vers med phar H	N
Vers IT	N
Vers IPP	N
Vers mens rente	N
Durée rente fix	E
Vers pretium D	N
Vers esth ou ag	N
Vers préj moral	N
Vers autres	N
Versé hors RC	N
Assurance victi	A
Date dem dec J	D
Destin courrier	A
Date dem prop	D
Versé sociaux	N
Versé employeur	N
Dispositif	A



## Annexe-5

## Structure de transaction (suite)

Structure : Dos Principal		
Société	Alpha 30	Enumérée; Indexée; Obligatoire; Saisissable
Ident dossier	Alpha 20	Obligatoire; Saisissable
No fiche	Alpha 30	Indexée; Unique
Date accident	Date	Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Date ouverture	Date	Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Class dossier	Alpha 30	Enumérée; Indexée; Saisissable; Modifiable
Origine déclar	Alpha 30	Enumérée; Indexée; Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Date mandat	Date	Saisissable; Modifiable
Véhicule assuré	Alpha 30	Enumérée; Indexée; Saisissable; Modifiable
Nb véhic impliq	Entier	Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Nb tot victime	Entier	Saisissable; Modifiable
Faute assuré	Alpha 30	Enumérée; Saisissable; Modifiable
non util1	Date	Saisissable; Modifiable
non util2	Date	Saisissable; Modifiable
Date début proc	Date	Saisissable; Modifiable
Nb expert int	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb expert judic	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb proc pén ss	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb proc pén av	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb référé civ	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb référé pén	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb civ au fond	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb appel civ	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb appel pén	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb pourvoi civ	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb pourvoi pén	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb proc aut	Entier	Saisissable; Modifiable
Date cloture	Date	Saisissable; Modifiable
Nb règl jud	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb règl transac	Entier	Saisissable; Modifiable
Nb refus indem	Entier	Saisissable; Modifiable
Gravité	Alpha 2	Enumérée; Indexée; Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Nb fiches victi	Entier	Saisissable; Modifiable
	Numérique	Saisissable; Modifiable
CommentaireBool	Booléen	Saisissable; Modifiable
Commentaire	Texte	Saisissable; Modifiable



## Annexe-5

## Structure de transaction (fin)

Structure : Victime		
No fiche	Alpha 30	Indexée; Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Sexe	Alpha 2	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Naissance	Date	Saisissable; Modifiable
Age	Numérique	Saisissable; Modifiable
Code postal	Alpha 5	Saisissable; Modifiable
PCS	Alpha 30	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Qualité	Alpha 20	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Position accide	Alpha 20	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Faute retenue	Alpha 30	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Base éval resp	Alpha 20	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Tx réduction	Entier	Saisissable; Modifiable
Nature act règl	Alpha 30	Enumérée; Obligatoire; Saisissable; Modifiable
Nature juridict	Alpha 80	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Date act règl	Date	Saisissable; Modifiable
date 1er courri	Date	Saisissable; Modifiable
date 1er propos	Date	Saisissable; Modifiable
Date rejet	Date	Saisissable; Modifiable
Date 1er provis	Date	Saisissable; Modifiable
Montant 1er pro	Numérique	Saisissable; Modifiable
Incapacité temp	Entier	Saisissable; Modifiable
Incapacité perm	Entier	Saisissable; Modifiable
Décès	Booléen	Saisissable; Modifiable
Indéterminé	Booléen	Saisissable; Modifiable
Montant dommage	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct med phar H	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct IT	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct IPP	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct mens rente	Numérique	Saisissable; Modifiable
Durée rente éva	Entier	Saisissable; Modifiable
Ct pretium D	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct esth ou agré	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct préj moral	Numérique	Saisissable; Modifiable
Ct autres	Numérique	Saisissable; Modifiable
Date prod CPAM	Date	Saisissable; Modifiable
Montant versé	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers med phar H	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers IT	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers IPP	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers mens rente	Numérique	Saisissable; Modifiable
Durée rente fix	Entier	Saisissable; Modifiable
Vers pretium D	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers esth ou ag	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers préj moral	Numérique	Saisissable; Modifiable
Vers autres	Numérique	Saisissable; Modifiable
Versé hors RC	Numérique	Saisissable; Modifiable
Assurance victi	Alpha 40	Saisissable; Modifiable
Date dem dec J	Date	Saisissable; Modifiable
Destin courrier	Alpha 20	Enumérée; Saisissable; Modifiable
Date dem prop	Date	Saisissable; Modifiable
Versé sociaux	Numérique	Saisissable; Modifiable
Versé employeur	Numérique	Saisissable; Modifiable
Dispositif	Alpha 40	Enumérée; Indexée; Saisissable; Modifiable



Section 3 - Configuration de la base de données sur les règlements 1994 des dossiers d'accidents corporels de la circulation

La base de données peut être présentée selon deux plans: dans sa composition finale (A), et comme résultat du processus de tirage (B).

*A- Composition de la base de données*

Le tableau 17 ci-dessous a été établi par exploitation de la base de données. Il répartit les dossiers de sinistres, ainsi que les fiches des victimes, dans les 14 entreprises enquêtées.



Tableau 17

Les dossiers clos en 1994 par les entreprises entrant dans l'enquête

Sociétés	Gravité	Nbre de victimes	Nombre de dossiers	% de victimes	% de dossiers
AGF	GR	142	42		
AGF	LE	61	42		
<b>Total</b>		<b>203</b>	<b>84</b>	<b>5,40%</b>	<b>5,80%</b>
ALLIANZ	GR	194	40		
ALLIANZ	LE	54	43		
<b>Total</b>		<b>248</b>	<b>83</b>	<b>6,60%</b>	<b>5,70%</b>
AXA	GR	307	74		
AXA	LE	95	75		
<b>Total</b>		<b>402</b>	<b>149</b>	<b>10,60%</b>	<b>10,30%</b>
AZUR	GR	169	42		
AZUR	LE	50	42		
<b>Total</b>		<b>219</b>	<b>84</b>	<b>5,80%</b>	<b>5,80%</b>
BALOISE	GR	119	41		
BALOISE	LE	58	42		
<b>Total</b>		<b>177</b>	<b>83</b>	<b>4,70%</b>	<b>5,70%</b>
GAN	GR	167	47		
GAN	LE	56	47		
<b>Total</b>		<b>223</b>	<b>94</b>	<b>5,90%</b>	<b>6,50%</b>
GMF	GR	243	64		
GMF	LE	82	64		
<b>Total</b>		<b>325</b>	<b>128</b>	<b>8,60%</b>	<b>8,90%</b>
GROUPAMA (deux régions)	GR	211	49		
GROUPAMA (deux régions)	LE	78	49		
<b>Total</b>		<b>289</b>	<b>98</b>	<b>7,60%</b>	<b>6,80%</b>
MAAF	GR	149	49		
MAAF	LE	69	50		
<b>Total</b>		<b>218</b>	<b>99</b>	<b>5,80%</b>	<b>6,90%</b>
MACIF(deux régions)	GR	545	92		
MACIF(deux régions)	LE	161	90		
<b>Total</b>		<b>706</b>	<b>182</b>	<b>18,60%</b>	<b>12,60%</b>
MAIF	GR	160	43		
MAIF	LE	59	43		
<b>Total</b>		<b>219</b>	<b>86</b>	<b>5,80%</b>	<b>6,00%</b>
MATMUT	GR	90	40		
MATMUT	LE	51	41		
<b>Total</b>		<b>141</b>	<b>81</b>	<b>3,70%</b>	<b>5,60%</b>
UAP	GR	140	55		
UAP	LE	64	55		
<b>Total</b>		<b>204</b>	<b>110</b>	<b>5,40%</b>	<b>7,60%</b>
WINTERTHUR	GR	146	41		
WINTERTHUR	LE	57	42		
<b>Total</b>		<b>203</b>	<b>83</b>	<b>5,40%</b>	<b>5,70%</b>
<b>Total fichier</b>	<b>3777</b>		<b>1444</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
dont graves	2782		719		
dont légers	992		725		



Ce tableau fournit deux types d'informations, l'une sur la conformité de la base de données au plan de sondage (a), l'autre sur la taille et la répartition des victimes dans le fichier (b).

a- Une base de données très proche du plan de sondage

- En ce qui concerne la répartition dans les entreprises, la base de données est conforme au plan de sondage, à deux exceptions près, antérieurement signalées, celles des deux mutuelles qui n'ont pu être enquêtées, et qui représentaient 38 dossiers chacune. *Le total des dossiers de sinistres saisis dans la base est donc de 1444, très proche donc des 1500 prévus.*

*Ce total de 1444 dossiers constitue l'effectif du fichier principal de l'enquête, et sera le nombre de référence pour toutes les exploitations réalisées au plan du dossier de sinistre.*

- La répartition des dossiers dans les deux listes (dossiers légers et graves), est là aussi presque identique à ce qui avait été prévu, soit une partition à parts (presque) égales en 719 dossiers tirés sur la liste des sinistres égaux ou supérieurs à 150 KF, et 725 sur la liste des sinistres inférieurs ou égaux à 150 KF<sup>214</sup>.

b- Des victimes réparties inégalement dans le fichier des sinistres

Si le fichier principal ne fait que confirmer une information, le fichier des victimes nous apporte en revanche une information inédite, sous deux aspects. -En ce qui concerne le nombre de victimes tout d'abord. Tous dossiers confondus, *3777 victimes sont rattachées aux 1444 dossiers examinés, soit 2,6 en moyenne.* Il s'agit, rappelons-le, de toutes les victimes, directes, ayants droits, conjoints, et par ricochet, indemnisables ou non, à l'exception des tiers payeurs.

- Au plan des entreprises, ces victimes se répartissent de manière à peu près proportionnelle au nombre de dossiers, à l'exception de la MACIF, qui compte 6% de plus de victimes que sa contribution à l'échantillon. Cela signifie que les entreprises étudiées présentent des profils très voisins en ce qui concerne le nombre de victimes identifiées dans les dossiers, et que la charge de la procédure d'offre pèse donc sur chacune de manière comparable.

- La part est en revanche très inégale selon la gravité du dossier. En effet, sur les 3777 victimes, 2782, soit 73, 7% appartiennent à la liste des dossiers "graves". Le classement de ces fiches par société a permis de vérifier que cette répartition se retrouvait de manière régulière dans tous les fichiers des entreprises. Si l'on calcule le nombre moyen de victimes par liste, on arrive à des résultats bien différents du précédent, soit près de 4 victimes par dossier grave, et à peine 1,4 sur les dossiers légers. L'analyse de la distribution du nombre de fiches par dossier dans chaque sous-échantillon, montre au surplus une répartition différente des dossiers comportant plus d'une victime. (Tableau 18).

---

<sup>214</sup>Cette différence de 6 dossiers est répartie sur 6 entreprises.



Tableau 18

## Nombre de fiches victimes par dossier

Nbre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14 et +	Total Dossiers	Total victim
G	301	125	54	40	35	24	22	27	21	8	14	11	8	31	719	2782
% dbs.	41,9 %	17,4 %	7,2 %	5,6 %	4,9 %	3,3 %	3,1 %	3,8 %	2,9 %	1,1 %	1,9 %	1,5 %	1,1 %	4,1 %		
L	566	103	33	9	8	3		2						1	725	995
% dbs.	78,1 %	14,2 %	4,6 %	1,2 %	1,1 %	0,4 %		0,3 %						0,1 %		

On relève une inégale concentration des fiches selon l'échantillon : si les dossiers légers ne comportent qu'une seule victime dans 78,1% des cas, la situation la plus fréquente dans les dossiers lourds est celle de plus de deux victimes (58,1%). Mais on aura également relevé la part non négligeable de dossiers très chargés en victimes, puisque le tiers des dossiers graves (33,3%) comporte plus de quatre fiches. Considérée sous l'angle du poids de la procédure d'offre, les dossiers graves apparaissent non seulement plus coûteux, mais plus lourds en gestion, avec la multiplication des victimes pour un même sinistre, conduisant à une augmentation équivalente du nombre d'échanges précontractuels.

Cette première description sera d'abord retenue comme confortation du bien-fondé de la démarche de constitution d'un double échantillonnage. A défaut, à nombre de dossiers égal, la taille du fichier des victimes eût été considérablement réduite. Mais en l'état des critères employés pour la constitution des listes, (coût du dossier pour l'assureur), cela signifie aussi que ce *coût* augmente avec le *nombre* de victimes, ce qui, pour n'être pas surprenant, mérite d'être précisé au regard des variables individuelles de gravité des blessures.

La base de données ainsi constituée est le produit d'une étape de consultation des dossiers, dont nous avons dit l'importance pour la saisie.

#### B- La base de données issue des dossiers consultés

Nous avons indiqué précédemment<sup>215</sup> que les listes de sinistres corporels établies par les entreprises présentaient un nombre de dossiers plus élevés que le nombre de dossiers soumis à la procédure, notamment (mais pas uniquement), en raison de la présence de "faux dossiers corporels", indétectables sur les listings. Il en résultait qu'un certain nombre de numéros de dossiers tirés sur les listes n'entraient pas dans le champ de l'étude, et devaient donc être remplacés par le suivant sur la liste.

Une des premières étapes de la saisie des dossiers consistait dès lors à vérifier l'appartenance du dossier tiré au champ de l'observation. Le nombre de *dossiers consultés* se trouve donc être supérieur au nombre de dossiers saisis. Les

<sup>215</sup>Supra section 1.



opérations de tirage dans chaque entreprise étudiée ayant été contrôlés sur listing, un tableau des caractéristiques du tirage a pu être établi à la fin de la collecte, par dépouillement des différents listings collectés au cours de la période d'enquête. Le tableau qui suit synthétise l'ensemble de ces opérations de tirage, ainsi que toutes les informations statistiques générales concernant les entreprises enquêtées (v. Tableau 19 p. suivante).



Tableau 19

## Répartition des dossiers à l'issue des opérations de tirage

Nom de l'entreprise	Nombre d'affaires terminées au cours de l'année 1994				Total des PV reçus (1994)	Total des PV reçus (1993)	Total n° à tirer	Nombre de dossiers légers consultés								Nombre de dossiers graves consultés											
	Dossiers IPP < ou = 15% ou coût < ou = < 150000F	Dossiers IPP > 15% ou coût > 150000F	Total dossiers clos en 1994	Liste des dossiers fournis				Nbre dossiers saisis	Nbre doss. hors champ	Dont faux corporels	Dont recours	Dont non gestionnaire	Dont sans suite	Dont autres*	Nbre doss. saisis	Nbre doss. hors champ	Dont le coût est < 150000 F	Dont recours	Dont non gestio.	Dont réouverture	Dont autre *						
AGF	12392	951	13343	13343	8132	9019	84	42	17	3	0	0	9	5	42	8	0	0	2	4	2						
ALLIANZ VIA	6526	346	6872	6872	3887	4165	83	43	53	11	16	8	14	4	40	8	4	0	0	1	3						
AXA	21205	1427	22632	22632	17624	17590	149	75	40	17	3	0	15	5	74	1	0	0	0	0	1						
AZUR	7154	246	7400	7400	3822	4043	84	42	38	9	5	9	12	3	42	10	7	0	2	0	1						
BALOISE	810	64	874	874	447	499	83	42	31	8	6	8	4	5	41	6	4	0	0	0	2						
GAN	9813	442	10255	10255	11834	14190	94	47	6	2	0	0	0	4	47	6	1	0	0	1	4						
GMP	30074	1187	31261	31261	15606	16993	128	64	109	35	19	10	37	8	64	4	1	0	0	0	3						
GROUPAMA(L)	1230	75	1305	1305			80	40	25	6	2	2	14	1	40	2	0	0	0	0	2						
GROUPAMA(E)	395	20	415	415			18	9	3	0	0	1	2	0	9	2	0	2	0	0	0						
Total GROUPAMA	1625	95	1720	1720	8580	8580	98	49	28	6	2	3	16	1	49	4	0	2	0	0	2						
MAAF	30220	992	31212	31212	10860	14885	99	50	41	4	0	2	26	9	49	4	0	0	0	0	4						
MACIF Anbrézieux	14423	216	14639	1183			92	46	1	0	1	0	0	0	46	30	0	4	2	1	23						
Macif COA	2077	123	2200	354			90	44	1	0	1	0	0	0	46	15	0	5	0	0	10						
Total MACIF	16500	339	16839	1537	27060	27536	182	90	2	0	2	0	0	0	92	45	0	9	2	1	33						
MAIF	23870	588	24458	24458	11758	11948	86	43	38	3	7	1	21	6	43	1	0	0	0	0	1						
MATMUT	17874	493	18367	18367	11533	12157	81	41	61	12	14	0	23	12	40	6	0	1	2	0	3						
UAP	68546	2937	71483	71483	14896	16652	110	55	47	16	12	2	10	7	55	14	9	2	0	0	3						
WINTERTHUR	2807	249	3408	3408	1628	1783	83	42	48	15	14	4	13	2	41	11	6	1	1	1	2						
<b>TOTAUX</b>	<b>249416</b>	<b>10356</b>	<b>260124</b>	<b>244822</b>	<b>147667</b>	<b>160040</b>	<b>1444</b>	<b>725</b>	<b>559</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>200</b>	<b>71</b>	<b>719</b>	<b>128</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>64</b>						
<b>Total dossiers consultés</b>								<b>Total consultés: 2131</b>								<b>Total consultés légers: 1284</b>						<b>Total consultés graves: 847</b>					

\*Champ date, accident étranger, accident ne relevant pas de la loi, réouverture, garantie individuelle.



Ce tableau est riche d'enseignements à plusieurs titres. Il nous fournit d'abord des indications utiles sur les motifs d'exclusion d'un certain nombre de dossiers de sinistres. (a). Rapportées aux statistiques générales, les données d'observation nous permettent de prendre la mesure du poids de la procédure d'offre pour chaque entreprise (b).

#### a- Les sinistres exclus de l'observation

Le nombre de dossiers consultés s'est révélé bien supérieur au nombre de dossiers saisis, et ce en raison de la part importante du nombre de "sinistres légers" n'entrant pas dans la procédure.

Il a fallu consulter 2131 dossiers pour une saisie de 1444 dossiers, dont 1284 pour la seule saisie des 725 dossiers "légers". Pour le dire autrement, 32,2% des dossiers examinés sur les deux listes n'ont pas donné lieu à une procédure d'offre. Ces exclusions représentent 43,5 % des dossiers légers consultés, mais seulement 15,1% des dossiers lourds. Là encore, il s'agit d'une constante dans les entreprises. On mettra à part le cas de la MACIF, qui présente des particularités sur les dossiers hors champ dans les deux listes, et ce pour des raisons purement conjoncturelles<sup>216</sup>. Mais c'est l'analyse des causes d'exclusion des dossiers qui se révèle tout particulièrement intéressante.

1- Tout d'abord, si les causes d'exclusion se rencontrent moins fréquemment sur les listes de dossiers supérieurs à 150KF, c'est en conséquence du fait que ces dossiers ont *a priori* donné lieu à des versements. Les dossiers ne sont à exclure que lorsque les sommes qui ont figuré au titre des règlements l'ont été en-dehors de l'application de la procédure d'offre, et qu'elles ont été ensuite récupérées à un titre ou à un autre.

2- Sur la liste des dossiers "légers", ce sont les "faux corporels", (résultant d'une erreur dans l'information sur l'existence de blessures), et les "sans suites corporelles", (correspondant à des abandons explicites de la part des victimes, avant toute procédure d'offre), qui constituent à eux seuls 61% des causes d'exclusions de dossiers. Ces causes réunies concernent au total 26,6% des dossiers consultés. Le critère d'exclusion retenu était très strict: le dossier n'était écarté que si aucune procédure n'avait commencé, ou n'avait été suivie par la victime, et si aucun versement n'avait été effectué aux tiers payeurs. Les dossiers de ce type n'ont donc entraîné aucune gestion "en corporel pour l'entreprise". Sachant que les dossiers de la liste des moins de 150 KF représentent près de 96% de l'ensemble des sinistres clos en 1994, on peut en conclure que c'est le quart de l'ensemble des dossiers qui n'ont connu aucune suite corporelle.

3- Sur les deux listes, l'autre grande cause d'exclusion est l'absence de gestion de la procédure par l'assureur enquêté: soit la victime était son propre assuré, pour

---

<sup>216</sup>En ce qui concerne la liste des dossiers légers, tous les dossiers tirés dans cette entreprise se sont révélés être "dans le champ". On peut le vérifier sur le tableau en comparant le total des dossiers clos en 1994 à la taille de la liste fournie dans cette entreprise. A l'inverse, une part importante de dossiers "lourds" (38%), se sont avérés ne pas relever de la garantie R.C. automobile. Ces deux biais sont dus aux procédés utilisés pour constituer les listes, qui se sont révélés particulièrement inadéquats. Les listes fournies sont donc incomplètes, ou trop extensives selon les cas, ce qui n'a pas d'incidence sur le sondage, mais rend les listes impropres à une lecture statistique. Nous écarterons donc la Macif dans la suite de ce commentaire statistique.



lequel il s'était borné à faire une avance, et dont il récupérait le montant auprès de l'assureur adverse (17,8% des exclusions dans les dossiers légers, 11,7 pour les lourds), soit plusieurs véhicules étaient impliqués, et l'assureur n'avait pas été mandaté pour mener la procédure (8,4% des exclusions dans les dossiers légers, 7% dans les lourds). Mais la signification de cette exclusion n'est pas la même que pour les dossiers sans suite: dans le cas considéré, les accidents en cause donneront bien lieu à une procédure d'offre, mais qui sera menée par l'assureur adverse. Pour les assureurs, ces taux sont l'effet des processus de répartition des charges de la procédure; pour notre enquête, ces taux nous donnent la mesure des doubles-comptes dans l'enregistrement des dossiers.

Il nous reste à proposer une vue d'ensemble de la répartition de la procédure d'offre dans les entreprises.

#### b- La mesure du poids de la procédure d'offre dans l'ensemble des entreprises

Ces différents pourcentages peuvent être appliqués aux effectifs d'affaires terminées par les entreprises enquêtées au cours de l'année 1994, tels qu'ils résultent des listings exhaustifs fournis par chacune d'entre elles. Rappelons que *ces listings constituent une source inédite d'informations sur les dommages corporels et leurs règlements*. Elles sont le résultat des exploitations statistiques demandées dans le cadre de l'enquête aux fins de tirage des dossiers. On en déduira une évaluation de la part des déclarations de sinistres qui *donnent lieu à procédure d'offre*, même si aucune réparation n'est finalement accordée à la victime.

On partira d'abord de l'observation de la répartition des dossiers entre graves et légers (colonnes 2,3, et 4 du tableau). *On relève à cet égard que seulement 4% des dossiers ont entraîné un coût supérieur à 150 KF*. Ce pourcentage, pourra être rapproché, sinon comparé terme à terme, en raison des différences de tranches, avec ceux avancé par les assureurs pour l'année 1990, (5,5% de dossiers ayant entraîné un coût supérieur ou égal à 200 000F, et 10,4 un coût supérieur ou égal à 100 000 F)<sup>217</sup>. La liste des dossiers de moins de 150 KF représente donc 95,8% de l'ensemble des dossiers clos dans les entreprises enquêtées au cours de l'année 1994. Sachant que 43,5% des dossiers de cette liste sont hors champ, on peut considérer que ce sont environ 140 000 dossiers légers qui *donné lieu à procédure d'offre*. En appliquant le même raisonnement aux dossiers "graves" (15,1% de dossiers "hors champ") on peut estimer à 8700 le nombre de procédures d'offre menées dans ce cadre.

Cette estimation peut être étendue à l'ensemble des entreprises. L'analyse de la répartition des PV dans les entreprises nous a permis de constater que les sociétés retenues dans le plan de sondage (en excluant les deux mutuelles non enquêtées), avaient traité 75,8% de l'ensemble des sinistres.

*Il en résulte que l'on peut estimer à 185 000 environ sur l'ensemble des entreprises le nombre de dossiers légers traités en procédure d'offre, et à un peu plus de 11 000 le nombre de dossiers graves, soit près de 200 000 au total.*

<sup>217</sup>V. le "Bilan annuel", op. cit. p. 108.



Ce nombre est supérieur à celui qui résulte du dénombrement des accidents effectué par la statistique routière soit, selon notre estimation, 118 000 accidents en 1994. <sup>218</sup>. Cette différence apparaît normale, si on se rappelle que le champ de la statistique routière n'est que très partiel. Une variable sera tout particulièrement utile pour estimer la part des accidents non connus des services de police, celle de la source de l'information sur le sinistre (constats amiable ou PV), variable qui figure dans notre base de données, et que nous exploiterons ultérieurement .

La base de données constituée à partir des dossiers retenus nous fournit donc une image des sinistres *ayant donné lieu à procédure d'offre*. Mais cette image n'est pas encore celle de *l'indemnisation des victimes* . Même à l'intérieur des dossiers saisis, une part d'abandons est encore à attendre, ainsi que le rejet d'une partie des demandes. Les exploitations qui vont suivre vont nous permettre de suivre les chemins parcourus par les dossiers jusqu'à leur achèvement.

---

<sup>218</sup>v. notre estimation supra Ce chiffre représentait 90% de l'ensemble des accidents comptabilisés cette année là.



## *Chapitre II Les acteurs de la procédure d'offre*

Par acteurs de la procédure, nous entendons les différentes parties concernées par le règlement du sinistre: les victimes bien sûr, mais aussi et surtout les juridictions, et enfin les tiers, organismes sociaux et employeurs. Ces divers acteurs sont inégalement représentés dans les dossiers, et en tout premier lieu, comme nous l'avons déjà relevé pour les victimes, en raison du coût du dossier. Les exploitations seront donc systématiquement réalisées de manière distincte dans les deux sous-échantillons, la variable filtre étant celle de la "Gravité du sinistre"(sinistres graves (Gr) ou légers (Le)) .

Les acteurs seront d'abord identifiés en fonction de leur rôle dans la production d'informations sur le sinistre (Section 1), puis selon leur position dans l'accident, (Section 2), enfin selon leur position dans la procédure.

### Section 1 Les acteurs de l'information sur les sinistres

Qui est à l'origine de l'information sur le sinistre? La question est importante, puisqu'elle renvoie à la maîtrise de l'appréciation des fautes des victimes. Les sources d'information sont détaillées dans la variable "origine de la déclaration", (A) ; la nature de l'information qui en résulte est obtenue par croisement avec une seconde variable, celle des fautes relevées à l'encontre du conducteur assuré (B).



## A- Les informateurs

Tableau 20

## Les sources d'information

Gravité /Origine	PV police ou gendarmerie seul	PV Police ou gendarm.+ autre source (1)	Constat amiable contradictoire	Déclaration de l'assuré	Victime ou son assureur	Assureur RC du resp.	Autres (2)	Somme
Dossiers graves: nbre	688 (24,7%)	1935 (69,5%)	56 (2%)	31 (1,1%)	44 (1,6%)	26 (0,9%)	2 (ns)	2782
Dossiers graves: Victimes: dossiers:	158 (21,9%)	495 (68,8%)	33 (4,6%)	20 (2,8%)	9 (0,1%)	2 (ns)	2 (ns)	719
Dossiers légers: nombre	76 (7,6%)	419 (42,1%)	429 (43,1%)	65 (6,7%)	5 (0,5%)	—	1 (ns)	995
Dossiers légers: victimes : dossiers	47 (6,4%)	247 (34%)	368 (50,7%)	58 (8%)	4 (ns)	—	1 (ns)	725
<i>Total et % victimes et dossiers</i>	764 (20,2%) 205 (14,1%)	2354 (62,3%) 742 (51,3%)	485 (12,8%) 401 (27,7%)	96 (2,5%) 78 (5,4%)	49 (1,3%) 13 (0,9%)	26 (0,6%) 2 (ns)	3 (ns) 3 (ns)	3777 1444

(1) Constat amiable, déclaration de l'assuré, déclaration de l'adversaire, auto-saisine après une information dans la presse.(2) Indéterminé, CPAM.

Une donnée retiendra principalement notre attention dans ce tableau: il s'agit de l'indication, très attendue, de la part des sinistres dans lesquels un PV a été dressé. Il apparaît immédiatement que, selon le sous-échantillon considéré, cette part varie considérablement. Si les PV *sont quasiment de règle* dans les dossiers graves, tant en nombre de dossiers (94,2%), que de victimes (90,7%), ils ne sont présents que dans à peine la moitié des dossiers légers (49,7%), et concernent une minorité de victimes (40,4%).

Cela signifie que la majorité des dossiers de moins de 150 KF (dont on se rappelle qu'ils représentent 95% des sinistres classés en corporel) n'ont pas donné lieu à établissement d'un constat de la part des services de police et de gendarmerie, et échappent en conséquence à la connaissance du ministère public, comme à celle de l'observatoire de la circulation routière. Il s'agit certes des dossiers les moins graves. Mais ces cas sont assez nombreux pour expliquer la distorsion, relevée précédemment, entre les données issues de l'exploitation des listes de sinistres et celles de la circulation routière. En effet, nous avons estimé à 185 000 environ sur l'ensemble des entreprises le nombre de dossiers légers traités en procédure d'offre, et à un peu plus de 11 000 le nombre de dossiers graves. En appliquant les pourcentages de PV précédemment dégagés (49,7% pour les légers, 94,2% pour les lourds), on retrouve seulement 91 945 sinistres légers, mais 10 362 graves, soit un peu plus de 102 000 sinistres, *ce qui est cette fois très proche du chiffre de 118000 accidents répertoriés par la circulation routière*. Au-delà de cette question



d'estimation, c'est le périmètre d'action de la justice pénale qui se trouve ainsi délimité, puisque la connaissance des infractions passe par l'établissement de PV qui en établit l'existence.

*B- Les informations sur les fautes*

Le tableau 21 ci-dessous ventile la variable "faute reprochée au conducteur assuré" selon l'origine de l'information. L'unité "dossier" sera ici seule retenue, dans la mesure où il s'agit d'une faute unique pour l'ensemble du dossier. Nous ne sommes cependant pas entrés dans le détail des infractions, qui ont été codées sous 64 modalités, composées d'infractions primaires et de leurs combinatoires<sup>219</sup>.

---

<sup>219</sup>Des exploitations complémentaires de ces infractions sont bien évidemment possibles.



Tableau 21

## Les informations sur les fautes du conducteur assuré

Origine	Dossiers graves				Dossiers légers				Total
	Pas d'infraction relevée	Cause indéterm	Infract. relevées	Total	Pas d'infraction relevée	Cause indéterm	Infract. relevées	Total	
PV police ou gendarmerie (tous PV)	134 20,5%	26 4%	493 (dont 78 état alcool. 75,5%)	653 90,9%	59 20%	8 3,5%	227 (dont 26 état alcool. 77,2%)	294 40,1%	947 65,6%
Constats amiables (contradictaires ou non)	13 22,8%	5 8,8	39 68,4%	57 7,9%	71 16,5%	9 2,1%	350 (dont 111 chocs arrière) 81,4%	430 58,7%	487 33,7%
Autres	2 (ns)	1 (ns)	5 (ns)	8 1,1%	1	-	-	9 1,2%	10 0,6%
<i>Total dossiers</i>	719	32	537	718	131	17	577	733	1444

- Les PV de police et gendarmerie sont la source quasi-exclusive de l'information dans les dossiers graves, mais sont moitié moins fréquents dans les accidents légers. On y trouve relevées des infractions, respectivement, dans 75,5% et 77,2% des cas. Ces PV sont au fondement des poursuites qui peuvent être exercées par le parquet, et il nous faudra garder ces chiffres en référence pour apprécier ensuite le rôle des juridictions pénales.

-Mais il faut aussi noter que dans la plupart des accidents non déclarés aux services de police et de gendarmerie, des fautes ont été relevées par les protagonistes eux-mêmes à l'encontre du conducteur. Sans entrer dans le détail des infractions ainsi identifiées, qui apparaissent fort diverses dans le fichier (on relève une quarantaine de combinaisons d'infractions au code de la route), on retiendra d'abord que la part des infractions signalées est plus importante que celle des services officiels: plus de 84,1% des constats amiables en relèvent, dont la plus fréquente est le défaut de maîtrise consistant, pour le conducteur du véhicule assuré, à avoir heurté par l'arrière le véhicule qui le précédait. Ainsi, pour les automobilistes eux-mêmes, les accidents ont une cause fautive, et ils ne sont que 18,6%, dans les accidents peu graves, à estimer que l'accident n'est dû à aucune faute, ou à une cause indéterminée, c'est-à-dire dans une proportion inférieure aux



services de police et de gendarmerie qui dans le même type de dossier, ne relèvent pas d'infraction dans 23,5% des cas. Certes, il n'est pas possible de savoir si les fautes relevées par les automobilistes auraient été considérées comme constitutives d'une infraction devant un tribunal répressif. *Mais il n'en reste pas moins que la majeure partie des accidents ayant entraîné des blessures légères ne donnant lieu qu'à constat amiable (58,7%), ne connaîtront aucune suite pénale.*

C'est dire l'importance du moment de la constatation des faits, et plus précisément, du recours aux services de police ou de gendarmerie pour procéder à ces constatations. De là va dépendre la suite des actions, et notamment la mise en mouvement de l'action publique. Mais la déclaration constitue aussi le moment de l'entrée dans une procédure dans laquelle vont apparaître des acteurs diversifiés.

### Section 2 Les acteurs de la procédure d'offre

Nous entendons par "acteurs de la procédure d'offre" toutes les parties intéressées au règlement des conséquences des accidents, que ce soit comme victimes, directes ou par ricochet (A), tiers payeurs (B), employeurs (C), et enfin et surtout, les juridictions (D). Plusieurs variables vont nous permettre d'identifier ces acteurs: "qualité de la victime", "position dans l'accident," "recours organismes payeurs", "recours employeurs", "origine de la décision" "nombre de décisions".

#### *A- Les acteurs -victimes*

Les victimes ci-dessous décrites sont celles pour lesquelles une fiche a été établie, selon les critères qui ont été précédemment énumérés. Y figurent toutes les victimes directes (indemnisés ou non), les victimes par ricochet (indemnisées ou prétendant à une indemnisation), et les ayants-droits. Le tableau 22 ci-dessous résume toute l'information relative aux victimes: toujours en distinguant les deux sous-échantillons, sont décrites les qualités et les positions des victimes dans les accidents.



Tableau 22

## Les victimes dans les accidents

Qualité des victimes	Position dans l'accident	Conducteur VTAM assuré		Conducteur VTAM adverse		Passager VTAM ou VTSM		Piéton ou conducteur VTSM adverse		Autres (1)	Somme des victimes	Somme des G	Somme des L
		G	L	G	L	G	L	G	L				
Victime directe		190	74	343	420	546	324	254	153	3	2307	1336	971
Victime par ricochet	Parents	-	-	76	-	123	2	41	-	4	246	244	2
	Grands-parents	-	-	33	-	60	-	16	-	1	110	110	-
	Enfants	-	-	80	-	86	4	122	4	-	296	288	8
	Petits-enfants	-	-	23	-	68	7	190	3	-	291	281	10
	Collaté	-	-	109	-	192	1	115	2	-	419	416	3
	Conjoint ou concub.	-	-	28	-	20	-	31	-	-	79	79	-
	Autres (1)	1	-	5	-	7	-	15	1	-	29	28	1
Total		191	74	697	420	1102	338	784	163	8	3777	2782	995
Totaux		265		1117		1440		947		8	3777		

(1) Ayants-droits, indéterminé, enfant mort-né.

Ce tableau peut donner lieu à une double lecture: sur la répartition des victimes selon leur qualité (directe ou par ricochet) (a), et sur leur position dans l'accident (b).



### a- La qualité des victimes

-L'inégale répartition du nombre des victimes dans chacun des deux sous-échantillons nous était déjà apparue dans le tableau 17, qui montrait que le fichier "grave" comprenait à lui seul près de 74% de l'ensemble des victimes. Le tableau 22 nous informe cette fois sur la source de ce déséquilibre: dans le fichier des accidents graves, les victimes par ricochet représentent près de 52% des victimes, alors qu'elles sont quasiment absentes du fichier des accidents légers (2,4%). Cette représentation massive est bien évidemment due au poids des décès dans le fichier des accidents à coût élevé<sup>220</sup>. Si on se rappelle que les victimes par ricochet ne sont pas a priori destinataires d'une offre d'indemnité, mais doivent former une demande d'indemnisation (art. L. 211-9 al. 2 code assur.), cette participation massive pourrait être interprétée comme le *signe d'une attitude revendicative de leur part* à l'égard de la réparation. En réalité, l'enquête a permis de constater que ce sont les assureurs qui, en prenant contact avec les familles, demandent *communication d'une fiche d'état-civil, identifiant ainsi les victimes par ricochet. Du point de vue de l'offre, la situation de ces victimes n'est pas différente en pratique de celle des héritiers et du conjoint, en raison de la nécessaire confusion des qualités* .

Mais la répartition des victimes par ricochet dans les familles est très inégale. Les plus nombreux sont paradoxalement les collatéraux, dont on n'attendait pas une participation aussi massive aux règlements: ils constituent à eux seuls 28,5% de la population des victimes par ricochet du sous-échantillon des accidents graves, bien avant les autres membres de la famille qui se répartissent à part presque égale entre les parents (16,8%), les enfants (19,9%), les petits enfants (19,4%). Les conjoints et concubins sont de loin les moins bien représentés: 5,5% de ce sous- groupe. Ce phénomène mériterait d'être étudié d'un point de vue démographique, qui n'est pas dans notre propos ici. En revanche, il est clair que les sommes obtenues par les collatéraux ne sont pas de même nature, ni de même montant, que celles auxquelles peut prétendre un conjoint, comme on le verra ultérieurement.

Les victimes directes sont plus nombreuses dans le sous-échantillon des accidents graves (58% de l'ensemble des victimes directes), que dans celui des accidents légers (42%). Cependant, ce ne sont pas elles qui influent sur la taille du fichier des victimes entre les deux sous-échantillons, mais les victimes par ricochet. Si on se souvient qu'un tiers des dossiers graves comprend plus de trois victimes, on en conclura que dans ces dossiers, ce sont les négociations avec les victimes par ricochet qui seront les plus fréquentes, mais sur des bases financières souvent réduites par la distance du lien de parenté avec la victime.

### b- La position des victimes dans l'accident

- La répartition des victimes directes est inégale selon les échantillons. On relève ainsi le nombre plus élevé de victimes passagers, piétons, ou conducteurs de véhicules sans moteur, dans les accidents graves. Ces trois catégories représentent près de 60% des victimes directes, contre 49% dans le fichier "légers". On notera ensuite dans le fichier lourd le *nombre élevé des conducteurs-victimes directes*

---

<sup>220</sup>Il est arrivé cependant que des décès aient entraîné un coût de sinistre inférieur à 150KF, mais il s'agit de cas marginaux.



*assurés*, donc non indemnisables au titre de la RC: ils forment 14% des victimes de cet échantillon, et 7% seulement des légers. Ces victimes ne seront donc pas destinataires d'une procédure d'offre à la charge de leur assureur, et ne seront sans doute pas indemnisées, sauf dans l'hypothèse où, les causes de l'accident restant indéterminées, une indemnisation croisée aura été admise. Elles seront la plupart du temps exclues des exploitations.

- Cette différence se retrouve dans le fichier des victimes par ricochet. Ces dernières sont les plus nombreuses dans les cas de victimes non-conducteurs de VTAM (passagers, piétons, ou conducteurs de véhicules sans moteur): plus de 75% des victimes par ricochet se trouvent concentrées sur cette situation, correspondant aux cas d'indemnisation quasi-automatique. Cette proportion est identique à celle que nous donnait le fichier AGIRA sur les victimes *décédées*, puisque les non-conducteurs y étaient en moyenne trois fois plus nombreux<sup>221</sup>.

Dans les dossiers "lourds", le profil des victimes par ricochet s'aligne donc sur celui des victimes directes, *renforçant la présence des victimes titulaires d'un droit à indemnité dans le jeu de la procédure d'offre*. C'est au total près de 68% des victimes du fichier "lourd", qui se trouvent placées dans la situation juridiquement la plus favorable, ce qui ouvre à des négociations davantage axées sur *l'évaluation des indemnités* que sur le principe du droit à réparation.

#### B- Les tiers payeurs organismes sociaux

L'entrée en scène des organismes sociaux va dépendre des sommes versées au titre des soins médicaux. Le tableau 23 nous indique, par catégorie de victime, la part prise par ces organismes à la réparation.

Tableau 23

#### Les acteurs-organismes sociaux

Qualité	Position dans l'accident	Conducteur VTAM adverse		Passager véhicule (adverse ou assuré)		Piéton ou conducteur VTSM		Autres		Total Séc.Soc		Total victimes du fichier	
		G	L	G	L	G	L	G	L	G	L	G	L
Directe	Nbre	288	336	405	243	196	123	7	5	896	707	1366	971
										(65,6 %)	(72,8 %)		
Par ricochet	Nbre	8	-	4	-	3	-	-	-	15	-	1416	24
										(ns)			
Total Séc.S.		296	336	409	243	199	123	7	5	911	707	2782	995

<sup>221</sup>V. supra, Tableau 10



La présence des organismes sociaux dans l'indemnisation est directement fonction de la qualité de la victime: partout où il y a victime par ricochet, et par définition, décès de la victime directe, ces organismes, qui n'ont pas (ou presque pas) eu à rembourser des frais d'hospitalisation ou médicaux, ne sont pas présents. Mais on les aurait attendus plus nombreux au titre de la récupération du capital-décès. Ce sont aussi les décès qui expliquent leur absence dans 34,4% des victimes directes. En effet, dans notre base de données, les fiches victimes des personnes décédées ne comportent aucune somme à ce titre, les récupérations, quand il y en a, étant reportées sur la fiche correspondante des membres de leur famille.

C'est donc dans les accidents légers, dont on sait qu'ils représentent 95% des accidents pris en charge au titre de la responsabilité civile, que leur participation est proportionnellement la plus importante. Mais on le verra, les sommes récupérées à ce titre sont d'un montant très peu élevé.

### C- Les tiers payeurs -employeurs

Pour être correctement interprétée, la modalité relative à la présence des employeurs doit être croisée avec la catégorie socioprofessionnelle de la victime. La question du remboursement des salaires et traitement ne se pose en effet que pour les actifs, ou pour les victimes par ricochet des actifs.

**Tableau 24**

### Les acteurs -employeurs

PCS	Qualité		% en ligne	PCS dans fichier victimes
	Directe	Ricochet		
				3777
Agriculteurs exploitants	-	-	-	17 0,4%
Artisans, comm. , chef ent.	1	-	0,92	109 3%
Autres sans activité prof. (dont apprentis)	4	-	0,37	1085 28,8%
Cadres, prof. intel. sup.	12	-	12,50	96 2,5%
Employés	47	1	9,40	500 13,2%
Indéterminé	2	-	0,21	955 25,3%
Ouvriers (dont agricoles)	10	-	2,29	436 11,5%
Professions intermédiaires	9	-	10,00	90 2,3%
Retraités	-	-	-	488 13%
Total	85	1	35,69	3777

Ce tableau se passe pratiquement de commentaires: l'absence des employeurs est la règle dans les procédures d'offre, puisqu'ils ne sont présents que dans 86 fiches victimes, soit à peine 6,9% des actifs. Mais le plus intéressant est la part prise par les employeurs à l'égard des cadres et professions intellectuelles supérieures, qui



apparaissent ici massivement représentés: ce sont près de 49% des cadres qui ont concernés par un tel recours. Ce que le tableau ne montre pas, mais qui a été constaté au cours de l'enquête, c'est que ces demandes sont dans la quasi totalité le cas le fait de personnes publiques, (collectivités territoriales, Etat), et concerne des fonctionnaires ou assimilés. L'explication de cette situation est simple: ces collectivités versent à la fois des traitements pour la période d'incapacité, et diverses prestations liées à la réparation du dommage, et réclament donc les remboursements des sommes versées à ce double titre. Il n'en va pas de même pour les autres employeurs, qui ne sont pas a priori identifiés, et doivent former une réclamation pour obtenir le remboursement des traitements et salaires (art. L. 211-9 al. 2 code assur.). L'assureur, quant à lui, ne sera tenu de faire une offre qu'après que cette réclamation aura été formée. De ce point de vue, la situation des employeurs apparaît bien différente de celles des victimes par ricochet, qui sont elles nécessairement informées de la procédure d'offre, si elles n'en sont par ailleurs destinataires en qualité d'héritier ou de conjoint.

Cette situation de non prise en compte de la créance des employeurs est a priori neutre vis-à-vis de la victime. *Mais elle constitue une économie appréciable pour les assureurs, comme on le verra en analysant les coûts moyens versés dans ces dossiers.*

#### *D- Les acteurs- juridictions*

Cette dernière catégorie d'acteurs est bien évidemment au centre des investigations. Dans quelle mesure, et à quel titre, les juridictions figurent-elle dans les dossiers de sinistres? A cette étape de l'analyse, nous nous bornons à identifier une *occurrence*, indépendamment de la part prise au règlement définitif des conséquences des accidents. Deux tableaux sont nécessaires, pour donner un aperçu complet de la participation judiciaire. En effet, l'évaluation peut être effectuée selon deux points de vue:

- sous l'angle du *dossier*, pour prendre une mesure synthétique du nombre et de la nature des procédures générées par un sinistre donné. Seront exploitées à cette fin les 10 variables du dossier qui détaillent le nombre et le type de procédures (a), tous dossiers confondus ( Tableau 25).

- sous l'angle de la *victime*, pour identifier précisément toutes les procédures concernant personnellement chacune des victimes, qu'elles aient été diligentées à leur initiative, ou à celle d'un tiers (parquet, parent dans le cas d'un enfant mineur, tuteur lorsqu'il s'agit d'un incapable). La variable exploitée sera celle de la nature de la juridiction, variable qui indique en clair le nom et la nature de la juridiction (b, Tableau 26 ). L'exploitation du fichier victime sera faite en excluant les victimes directes décédées, dans la mesure où les recours juridictionnels les concernant figurent sur les fiches des victimes par ricochet , ou ayant-droits, qui leur sont associées.



## a- Les acteurs -juridictions dans les dossiers

Tableau 25

## Les acteurs -juridictions dans les dossiers

Type et nombre de procédures	Tirage	Procéd pénales 1er degré (sans constitution partie civile)	Procéd pénales 1er degré (avec constitution partie civile)	Référé civil	Référé pénal	Civil fond (I et TGI)	Appel civil	Appel pénal	Cass civile	Cass Crim.	Autres (Tut, TA)	Total procéd par dossier (selon le type)	Total des dossiers sans procédure (b)	Total des dossiers avec au moins un type de procéd
Nbre types procéd/ dossier	G	148	171	119	1	129	32	59	1	3	41	704	268	451
	L	57	40	19	0	17	2	3	1	0	6	145	615	110
Somme G +L		205	211	138	1	146	34	62	2	3	47	849	883	561
Somme décisions /dossiers	G	150	275	167	1	163	36	68	1	3	57	921	268	451
	L	58	54	24	0	18	74	3	1	0	8	240	615	110
Somme G +L		208	329	191	1	181	110	71	2	3	65	1161	883	561

Ce tableau comporte trois unités de compte différentes. L'unité "dossier avec procédure", renvoie au nombre de dossiers dans lesquels figure *une au moins* des procédures considérées. Cette unité est la même que celle du dossier, et la somme des dossiers, avec et sans procédure, est égale au nombre total de dossiers du fichier (1). On distingue ensuite le "nombre de procédures par dossier selon le type", qui comptabilise les couples dossier/ type de procédures comme autant d'unités distinctes. Sachant qu'un même dossier peut comporter plusieurs types de procédures, le nombre de dossiers comportant un type de procédure donné est supérieur au nombre de dossiers total (2). On dispose enfin de l'unité "somme des décisions", qui totalise à l'intérieur de chaque type le nombre de décisions correspondant à un accident donné, lequel se trouve être supérieur à la fois au nombre de dossiers et au nombre de types de procédures (3).



### 1- Les dossiers avec procédure

La première observation concerne la part des dossiers de sinistres qui comportent au moins une procédure (col. b et c). C'est le cas de la majorité des dossiers graves (451 sur 719, soit près de 63%), mais d'une fraction réduite des dossiers légers (110 sur 725, soit seulement 15%). Autrement dit, dans les *dossiers lourds, une procédure judiciaire, tous types confondus se déroule le plus souvent en parallèle à une procédure d'offre*. D'emblée, il apparaît que les juridictions sont associées à la fraction la plus grave des accidents, selon des modalités qui resteront à déterminer.

### 2- Les types de procédures par dossier

- Considérées cette fois par nature de juridiction, les dossiers comportant au moins une procédure sont dominés par la figure de la procédure pénale: dans l'ensemble des dossiers "avec procédure", *la fréquence des procédures pénales* (fond, référé, appel, cassation) y est la plus élevée, et ce quel que soit l'échantillon (84,7% pour les dossiers lourds, et près de 91% pour les dossiers légers). Ces mêmes dossiers comportent respectivement 71,3% et 41% de procédures civiles.

Rapportée à l'ensemble des dossiers, (avec ou sans procédure) la fréquence des procédures pénales est de 53,1% pour les graves, et de 13,8% pour les légers, alors que ces pourcentages sont, pour les procédures civiles, de 44,8 et 6%. Cela signifie que, parmi les procédures qui figurent dans les dossiers, l'action publique est dominante, et qu'un dossier, quel que soit sa gravité, a plus de chances de comporter une procédure pénale qu'une procédure civile.

A l'intérieur des procédures pénales du premier degré, celles où les parties se constituent partie civile sont les plus fréquentes dans l'échantillon grave (53,6%, contre 41,2% dans l'échantillon léger). Ces proportions s'inversent dans les accidents les moins graves. Mais il faut préciser les modalités de ces constitutions de partie civile. Nous avons pu relever au cours de l'enquête que les *parties ne prenaient jamais l'initiative d'une poursuite pénale*, et qu'elles se bornaient à se constituer dans le sillage du ministère public. Dans ce domaine, *elles ne sont pas les moteurs de l'action*, contrairement aux procédures civiles. Se trouve ici confortée l'hypothèse que nous suggérait la lecture des statistiques judiciaires, selon laquelle le ministère public était l'acteur principal de la poursuite en matière d'atteinte à l'intégrité des personnes dans le domaine routier.

A l'intérieur des procédures civiles, mais loin derrière les actions pénales, le référé fait jeu (presque) égal avec le fond, et ce quel que soit l'échantillon. Mais on relèvera surtout la part des tutelles, qui est loin d'être négligeable en matière civile, même si, on le verra, ce dernier n'intervient pas toujours autant qu'il le devrait dans les règlements.

### 3- La somme des décisions dans les dossiers selon le type de procédure

Pour chaque type de procédure, on compte autant d'individus qu'il existe de jugements. Sont ainsi additionnées entre elles les ordonnances de référé, et les différentes décisions pénales qui jalonnent une même poursuite au premier degré



(décisions sur la peine et sur intérêts civils). *Il en résulte un accroissement total du nombre d'unités décisionnelles.* Ce comptage nous permet de disposer d'un indicateur d'activité juridictionnelle. Lue selon cette dimension, la fréquence des procédures pénales, notamment celles du premier degré, s'accroît, jusqu'à atteindre près de 54% de l'ensemble des procédures comptabilisées. Surtout, le nombre de décisions concernant des procédures avec constitution de partie civile augmente, et atteint 64,7% de l'ensemble des procédures du premier degré au pénal. Enfin, et de manière attendue, si l'on se souvient des enseignements de la statistique civile, *le nombre de référés civils s'accroît, et dépasse le nombre de procédures au fond.* Au total, on comptabilise en moyenne deux décisions par dossier qui ont comporté au moins une procédure.

Si l'on raisonne en terme *d'activité pour le juge*, on doit considérer que l'activité juridictionnelle est plus intense dans le domaine des accidents de la circulation que ne le laissent voir les statistiques de règlement des conséquences des accidents. *Les actions juridictionnelles dans les accidents sont nombreuses et diversifiées*, même si toutes n'ont pas pour effet d'en régler définitivement les conséquences. Cette remarque nous conduit à envisager les relations juridiction/transaction autrement qu'en termes *d'alternative*: il existe plutôt un "partage des tâches" entre assureurs, victimes et tribunaux, chacun assumant une dimension particulière de la prise en charge de l'accident de la circulation. Ainsi la dimension de la sanction est assurée par les seules juridictions répressives, celle de l'expertise tend à être confiée au juge des référés, et celle de la fixation définitive la créance à l'assureur.

Cette dernière remarque reste vraie si on se place du côté des personnes, en évaluant le nombre de victimes concernées par un même règlement. L'intervention juridictionnelle peut en effet être appréciée à l'égard de chaque victime concernée par la décision.

#### b- Les acteurs-juridictions à l'égard des victimes

Le tableau 26 page suivante a été produit par l'exploitation du fichier des victimes, étant rappelé qu'en sont exclues les victimes directes décédées.



Tableau 26

## Les acteurs -juridictions dans les fiches victimes

Tirage	Juridictions	Cass Crim	Cass Civil	CA pénal	CA civil	TC	TP	TGI fond	TGI référé	TI	Tutelles	Autres (TE, TA)	Somme des personnes
G	Nbre de juridictions ayant rendu des décisions	1	-	25	79	33	63	30	-	46	1	278	
G	Nbre de personnes concernées par des décisions définitives	1	-	191	103	781	80	217	47	-	87	1	1508  54,2%  (sur 2782)
L	Nbre de juridictions ayant rendu des décisions	-	1	3	30	38	11	5	2	6	1	97	
L	Nbre de personnes concernées par des décisions définitives	-	1	3	2	89	80	14	8	2	7	1	207  20,8%  (sur 995)

La variable "Nature de la juridiction" est complémentaire des précédentes. Elle décrit (de manière exhaustive), la *dernière décision définitive associée à une victime* donnée, quel qu'en ait été le résultat, et indépendamment d'une



indemnisation, dont la fréquence est appréciée à l'aide d'une variable distincte<sup>222</sup>. De cette définition, il résulte qu'une même décision peut concerner plusieurs personnes (et c'est le cas le plus fréquent à l'égard des victimes par ricochet), et sera donc comptée plusieurs fois, ce qui conduit à accroître le nombre de décisions rendues. Ce double-compte est légitime, dans la mesure où il s'agit de compter des personnes concernées, et pas seulement des décisions. La population des victimes est en revanche la même, sur la base de 2782 pour le tirage "grave", et 995 pour le tirage "léger".

Sous le bénéfice de ces remarques, le tableau 26 appelle trois observations: sur la fréquence des victimes concernées tout d'abord (1), sur le nombre des juridictions qui ont rendu des décisions ensuite (2), puis sur la nature de ces juridictions, (3), enfin sur la nature des décisions (4).

#### 1- La fréquence des décisions définitives par victime

Le premier enseignement, qui corrobore les résultats précédents, est la part très élevée des victimes concernées par une décision juridictionnelle dans le fichier "grave": *plus de 54% des personnes* y présentent une décision associée. Cette part est plus de deux fois plus faible dans le tirage "léger", tout en restant non négligeable, avec près de 21% des victimes.

#### 2- Nombre de juridictions

- Le second enseignement de ce tableau est le nombre élevé de juridictions différentes, tant en type qu'en implantation géographique, qui interviennent dans les accidents. Au total, 278 tribunaux différents ont contribué à produire les décisions observées. Ce sont les cours d'appel qui sont le mieux représentées (25, sur les 33 existantes). Cette diversité, inhérente à la dispersion des acteurs juridictionnels, est *génératrice de risques de dispersion des règlements judiciaires*. A cet égard, on doit remarquer que la diversité des opérateurs d'assurance est bien moindre. Les quatorze entreprises étudiées, qui sont majoritaires sur le marché de l'assurance, peuvent être considérées comme homogènes du point de vue de la gestion sur le territoire, malgré la multiplicité des agents chargés du traitement des dossiers. Cette observation devra ainsi être gardée en référence dans le dernier chapitre, pour le commentaire des différences entre les distributions de règlements selon les modes de traitement de l'affaire.

#### 3-Nature des juridictions

Le point le plus notable est la part très élevée des arrêts d'appel dans le fichier "grave", et parmi ces derniers, la prédominance de ceux rendus par les chambres correctionnelles. Près de 20% des victimes auxquelles est associée une décision sont concernées par un arrêt, dont 12,6% par un arrêt correctionnel. Ce phénomène ne se retrouve pas dans le fichier léger, d'où ces arrêts sont quasi-absents.

---

<sup>222</sup>Il s'agit de la variable "nature de l'acte de règlement, dont l'exploitation sera effectuée dans le dernier chapitre.



#### 4-Type de décisions

Une dernière information peut être retenue, qui constitue une confirmation: *les décisions pénales sont, de loin, les plus fréquentes des décisions définitives concernant les victimes, et ce dans les deux échantillons*. Dans le sous-échantillon "grave", toutes procédures pénales confondues, les juridictions répressives ont rendu des décisions à l'égard de 76,5% des victimes "avec décision", et de 41,5% des victimes du fichier. Dans le fichier léger, si la part des victimes concernées par une décision est plus faible, elles le sont à 83,1% par des décisions pénales, lesquelles représentent 17,3% de l'ensemble des victimes de ce fichier.

Cette prédominance de l'action répressive, relevée à plusieurs reprises, sous différentes dimensions, constitue l'enseignement le plus intéressant dans la perspective d'une appréciation du rôle des différents acteurs dans le règlement. La dimension répressive, a priori indifférente aux règlements financiers, *donne cependant accès à une dimension juridictionnelle de ces mêmes règlements*. Les audiences sur intérêt civil constituent à cet égard le lieu par excellence du rapprochement entre la réparation et la sanction. Autrement dit, les perspectives d'action judiciaire des victimes se trouvent guidées, voire orientées, vers ce type de règlement, dès lors que l'action publique a été déclenchée. Il n'est nul besoin pour la victime d'être active dans ce processus pour accéder au tribunal, si ce n'est sous la forme minimale de *l'acceptation d'une proposition d'action*, formée par les services du parquet. Nous serons amenée à reprendre cette réflexion lors de l'appréciation de l'action de ces juridictions en termes d'indemnisation effective.

Mais ces procédures se déroulent en arrière-plan de la procédure d'offre. C'est de l'articulation des procédures avec les actions des parties intéressées qu'il s'agit à présent de rendre compte, sous forme d'une dynamique des interactions.

### *Chapitre III Le déroulement de la procédure d'offre*

Les différents acteurs en présence se coordonnent selon des séquences d'actions, dont les variables du fichier permettent de décrire l'agencement, par la collecte d'une série de *dates* et d'*événements*. Ont été privilégiés, dans la perspective du questionnement central de la recherche, les événements procéduraux, dont le calendrier de survenance permet de mesurer l'incidence. On rappellera qu'il ne s'agit pas ici de décrire le traitement des accidents de la circulation en soi, mais de comprendre comment s'agencent les procédés de traitement transactionnels et juridictionnels. Ce chapitre s'organisera autour de deux séquences centrales dans le déroulement de la procédure d'offre: l'entrée dans la procédure d'offre (Section 1), le rythme des propositions et des provisions (Section 2).

#### Section 1 L'entrée dans la procédure d'offre

Dans quels délais, à partir de l'accident, est ouvert un dossier de sinistre? (A). Dans quels délais, et en direction de quel destinataire, intervient le premier courrier de l'assureur? (B). Selon quel calendrier interviennent les procédures judiciaires? (C). Ce questionnement sera mené à titre principal en référence à l'unité de compte



"victime", chacune d'entre elles étant concernée à titre individuel par la procédure d'offre.

*A- Le délai d'ouverture d'un dossier*

L'ouverture d'un dossier constitue un acte de gestion pour l'entreprise, qui constituera un dossier de RC automobile au vu des circonstances de l'accident, telles qu'elles résultent des informations disponibles. La date de l'ouverture peut donc être plus ou moins éloignée de l'événement. Le délai ainsi généré est obtenu par différence entre la date d'ouverture et la date de l'accident. Le délai est le même pour toutes les victimes associées à un même sinistre. Il a été calculé par unité victime, exclusion faite des victimes décédées, pour lesquelles la procédure est suivie sur les fiches de leurs ayants-droits ou de leurs parents victimes par ricochet. Le tableau 27 ci-dessous en propose une répartition selon le type de victime.

**Tableau 27**

**Délai d'ouverture du dossier (en jours)**

Tirage	Victime directe	Victime par ricochet et ayant-droit	Durée moyenne
GR	34,9	14	22,6
<i>Nbre de victimes</i>	885	1351	2236
LE	26,5	12	26,1
<i>Nbre de victimes</i>	841	24	26,1

Dans les deux sous-échantillons, les dossiers sont ouverts dans des délais très courts (moins d'un mois en moyenne), et comparables. En revanche, la différence est grande entre les victimes selon qu'il s'agit de victimes directes ou par ricochet: l'ouverture du dossier est *deux fois plus rapide dans les dossiers graves, à l'égard des familles des victimes décédées*. Si l'on se rappelle que la date d'ouverture est la même pour toutes les victimes d'un dossier, cela signifie que c'est en cas de *décès que l'ouverture est la plus rapide*. Il en résulte une réduction de la durée moyenne d'ouverture, puisqu'on se rappelle que les victimes indirectes sont les plus nombreuses dans le sous-échantillon "grave". Pour neutraliser cet effet, on a calculé ces durées au *niveau du dossier*, tous sinistres confondus, en isolant la variable "décès" (tableau 28 ci-dessous).



Tableau 28

**Délai d'ouverture du dossier selon la catégorie d'information (en jours)**

Tirage	Délai moyen total	Délai en cas de décès
GR	39,8	17,15
<i>Nbre de dossiers</i>	719	213
LE	30	18,86
<i>Nbre de dossiers</i>	725	7

Si l'on se place au plan du dossier, on constate que les durées moyennes sont plus longues, et on trouve la confirmation de la très grande rapidité d'ouverture des dossiers qui comportent au moins une victime décédée : la différence est de plus du double entre ces deux situations dans le tirage "grave", et de près du double dans le tirage "léger". Cette différence de traitement ne peut s'expliquer seulement par la gravité, puisque les autres sinistres "graves" sont enregistrés avec un délai de plus d'un mois. Sans vouloir avancer une explication, on retiendra l'importance de la variable "décès" pour l'appréciation de la gestion du dossier dans son ensemble.

*B- Délais et destinataires de la première correspondance*

La variable "Destinataire du courrier" décrit la première correspondance rencontrée dans le dossier. Cette variable avait été originellement conçue dans le seul sens assureur -observé/ victime. Mais il est apparu que dans certains dossiers, le premier courrier consistait en une réclamation de la victime, ou de son assureur. Dans ce cas, le premier courrier de l'assureur observé est une réponse à une demande, et la date retenue est celle de la réclamation de l'assureur ou de la victime. Une modalité spécifique a été prévue pour ce cas de figure. Les délais sont calculés entre l'envoi du premier courrier et l'accident, cette date étant en effet la seule référence pertinente pour le délai de la procédure d'offre à l'égard des victimes directes, des ayants-droit, et des conjoints. (art. L. 211-9 Code assur.). L'exploitation a été effectuée sur le fichier victime, d'où ont été exclus les personnes décédées et les conducteurs assurés, qui ne sont évidemment pas concernés par la procédure, soit 3101 fiches sur 3777.



Tableau 29

Délai, (en jours), et bénéficiaire, de l'envoi du premier courrier

Gravité/Destinataire	Grave		Léger	
	Effectif	Délai depuis l'accident (décroissant sur G)	Effectif	Délai depuis l'accident (décroissant sur G)
Employeur victime	-	-	2	230,50
Avocat victime	112	251,20	3	226,33
Indéterminé	6	112,17	3	92,00
Victime par ricochet + avocat	46	100,41	-	-
Assureur auteur	289	80,08	149	52,51
Victime directe	779	64,01	587	39,98
Ayant droit	57	53,26	-	-
Représentant légal victime	225	52,39	-	27,47
Victime par ricochet	516	51,23	6	32,50
Assureur victime	185	48,57	49	47,82
Conducteur assuré	21	11,05	66	21,50
<b>TOTAL</b>	<b>2236</b>	<b>70,07</b>	<b>865</b>	<b>42,80</b>

Contrairement à la variable précédente, le délai d'envoi du courrier est propre à chaque victime. Les variations sont grandes selon le sens et la qualité des destinataires.

- Le cas le plus fréquent est celui de l'envoi du courrier à la victime directe: les délais sont alors relativement brefs, mais sont néanmoins plus rapides dans les accidents peu graves (un peu moins de 40 jours), que dans les accidents graves (64 jours).

-Parmi les délais les plus brefs, on relève les courriers concernant les victimes par ricochet et les ayants-droits: là encore, on retiendra la rapidité de la gestion des dossiers avec décès, puisque le premier courrier parvient aux victimes en 50 jours environ. On notera également la rapidité des transmissions entre assureurs, lorsque le premier courrier est envoyé à l'assureur de la victime.

Les délais s'allongent en revanche dans deux situations, dont la fréquence n'est pas négligeable: lorsque le premier courrier est adressé par la victime ou son assureur à l'assureur de l'auteur de l'accident, c'est-à-dire *en cas de réclamation par la victime*, le délai est 11 semaines en moyenne; de même la présence d'un avocat fait passer le délai à huit mois en moyenne (dossiers graves). Ces deux dernières situations sont porteuses de litiges. Il faut y lire l'indice d'un désaccord sur l'imputation des responsabilités, ou l'existence d'une procédure en cours. Ces dossiers sont donc affectés dès le départ d'un handicap sur le délai de traitement, handicap qui se retrouvera dans la suite du règlement. Dans cette perspective de la gestion des délais, le calendrier des procédures judiciaires devient tout particulièrement intéressant à apprécier.



*C- Le délai d'ouverture de la procédure*

Il s'agit du délai qui sépare la date de l'accident de la date d'introduction de la *première procédure diligentée* figurant dans le dossier, quelle qu'en ait été l'issue. Ce délai est d'abord calculé sur le fichier "victimes", en restreignant le champ aux 1793 victimes concernées par l'ouverture d'une procédure, hors victimes décédées et conducteurs du VTAM assuré. Le tableau 30 ci-dessous distribue ces délais en fonction de la qualité des victimes .

**Tableau 30**

**Délai d'introduction d'une procédure judiciaire (en jours)**

Tirage	Grave		Léger	
	Délai d'ouverture de la procédure	Effectif	Délai d'ouverture de la procédure	Effectif
Par ricochet beaux-parents	385,2	5	0	0
Directe	345,71	629	265,98	185
Par ricochet parents	289,01	176	0	0
Par ricochet enfants	280,11	179	307	3
Par ricochet collatéraux.	279,68	292	307	2
Par ricochet concubins	279,63	8	0	0
Ay. dr + ricochet enfants.	0	0	278	1
Par ricochet beaux-enfants	70	2	278	1
Par ricochet autres	248,4	10	0	0
Par ricochet grands-parents	230,42	76	0	0
Par ricochet conjoints	222,52	50	0	0
Par ricochet petits-enfants	211,44	156	297,33	3
Par ricochet multiples	190,45	11	0	0
Ayant droit	143	3	0	0
Par ricochet divorcé	68	1	0	0
<i>Total</i>	<i>294,82</i>	<i>1598</i>	<i>267,64</i>	<i>195</i>
Ensemble	1793			
Durée moyenne ensemble	291,87			

L'information la plus notable de cette répartition est le *très long délai qui s'écoule entre l'accident et l'introduction d'une procédure*: dans les accidents graves (situation de fréquence maximale des procédures judiciaires): ce délai est de 10 mois en moyenne, et de près d'un an pour les victimes directes. La présence de victimes par ricochet réduit ces délais, ce qui signifie qu'en cas d'accident mortel, les actions sont intentées plus rapidement. Si l'on rapproche ces délais du calendrier de l'ouverture et du premier courrier, on constate qu'en tout état de cause, les procédures sont introduites bien après le début de la procédure d'offre, avec par exemple un écart de plus de neuf mois pour les victimes directes. Mais les délais sont-ils les mêmes pour toutes les procédures? Pour répondre à cette



question, nous avons calculé des délais comparés selon les procédures engagées, en nous situant cette fois au plan du dossier, et non plus de la victime, pour disposer d'une vision synthétique (Tableau 31).

**Tableau 31**

**Délai d'introduction d'une procédure selon le type (en jours)**

Tirage	Graves		Légers		Effectif total G+L
	Délai moyen d'ouverture	Total procédures	Délai moyen	Total procédures	
Délai ouverture procédures pénales	277,6	307	209,9	209	397
Délai ouverture procédures civiles	414,4	187	286,8	26	213
Total procédures	-	494	-	235	610 (1)

(1) Ce total de procédures est légèrement supérieur au nombre total de dossiers avec procédures figurant dans le tableau 25 ci-dessus (+49). Ceci résulte des modalités du tri retenues, consistant à compter séparément les dossiers qui comportaient les deux types de procédure.

Le calendrier d'introduction des procédures apparaît en effet nettement contrasté. Ce sont les procédures civiles qui sont *introduites le plus tardivement*, et ce dans les deux échantillons: dans les dossiers graves, ce sont plus de quatre mois et demi en moyenne qui séparent les procédures civiles des procédures pénales, les premières étant introduites en moyenne près de quatorze mois après l'accident, les secondes neuf mois après seulement. Ces différences dans le rythme d'introduction des procédures renvoient à des types d'action très contrastés.

- En matière répressive, ce délai de neuf mois atteste d'abord de l'absence d'initiative de la part des victimes, qui laissent au ministère public le soin d'apprécier les suites à donner à l'accident. C'est donc la temporalité de l'exercice de l'action publique qui commande, avec notamment les délais inhérents à la transmission des procès-verbaux et leur appréciation par le parquet. Ce délai est "opaque" pour les parties, qui ignorent ce qu'il en sera d'une poursuite dont ils ne sont pas les animateurs, et ne s'y joignent que de manière opportuniste. Ainsi, les neuf mois en moyenne que nécessite l'exercice de l'action publique sont un temps "neutre" pour les intéressés, qui restent dans l'incertitude quant à la survenue d'un procès, lequel interviendra à un moment où la procédure d'offre sera déjà bien avancée.

- En matière civile au contraire, la procédure appartient aux parties, et plus précisément, aux victimes, sur qui repose le poids de l'action. Cette phase est, à l'inverse des poursuites pénales, totalement intégrée au temps de la procédure d'offre. Elle apparaît comme un moment de désaccord entre les parties sur le montant des indemnités et/ou sur l'appréciation des fautes. Le délai qui s'écoule,



qui est de plus de quatorze mois, prend alors un tout autre sens: il s'agit d'un délai de maturation du litige, lequel parvient à un point où aucune des parties ne veut céder sur ses positions, et où, en quelque sorte, elles "sont d'accord sur le désaccord".

La procédure d'offre se présente alors comme un échiquier sur lequel se joue une partie avec différents acteurs et des séquences d'actions. Si les juridictions ne sont pas les maîtresses de ce jeu, elles en sont des partenaires obligés, dont l'action finale sera appréciée dans l'analyse des résultats. Il reste à progresser dans la procédure, pour analyser le rythme des propositions et des propositions, et surtout leur articulation avec le calendrier des procédures judiciaires.

## Section 2 Le rythme des propositions et des provisions

Les propositions, comme les provisions, sont individualisées, et doivent être étudiées sur le fichier "victimes". (hors victimes décédées et conducteur VTAM assuré). Plusieurs variables sont disponibles, qui permettent de calculer des délais: dates de la première et de la dernière proposition (A), date et montant des provisions (B). Pour apprécier ces données, des croisements seront effectués avec la qualité des victimes, et sur leur articulation avec les procédures judiciaire.

### *A- Les propositions*

L'existence d'une, ou de plusieurs propositions, ainsi que les délais dans lesquels elles ont été formées, font l'objet des tableaux 31, 32 et 33 (a) et (b). Le calendrier de ces propositions par rapport à l'introduction d'une procédure judiciaire, sera présenté dans le tableau 34 (3).

#### a- La première proposition

L'ensemble des victimes non décédées, non-conducteurs assurés, forme une population de 3 288 personnes sur les 3777 du fichier. Mais toutes n'ont pas fait l'objet d'une proposition transactionnelle: 760, soit 23% des victimes indemnisables, n'en ont pas été destinataires. Le tableau 32 répartit ces deux populations en fonction de leur qualité, et indique les délais moyens pour celles qui ont été bénéficiaires d'une proposition. L'analyse sera menée distinctement sur l'existence d'une proposition (1), et sur les délais (2).



Tableau 32

## Délai de la première proposition depuis l'accident

Gravité	Graves			Légers			Total G+L avec prop.	Total G+L sans prop.
	Avec proposition		Sans proposition	Avec proposition		Sans proposition		
Qualité	Délai depuis l'accident (décroissant sur G)	Effectif	Effectif	Délai depuis l'accident (décroissant sur G)	Effectif	Effectif		
Ayant droit	644,00	1	3	0	0	0	1	3
Ay. dr.+ricochet parent	609,00	1	0	0	0	0	1	1
Ay. dr.+ricochet enfant	0	0	0	245,00	1	0	1	0
Ay. dr. +ricochet coll.	609,00	2	0	0	0	0	2	0
Directe	520,19	728	199	295,69	676	217	1404	416
Par ricochet conjoint	291,40	53	16	0	0	0	53	
Par ricochet concubin	278,86	7	3	0	0	0	7	3
Par ricochet enfant	261,03	225	61	0	0	0	225	61
Par ricochet parent	236,10	167	70	735,00	2	0	169	70
Par ricochet collatéraux	221,26	294	120	318,33	3	0	297	417
Par ricochet petit-enfants	203,21	242	39	100,40	10	0	252	39
Par ricochet beaux-enfants	179,00	2	0	245,00	1	0	3	0
Par ricochet grand-parents	175,47	85	25	235,00	7	0	92	25
Par ricochet autres	142,11	9	2	0	0	0	9	2
Par ricochet beaux-parents	105,50	4	3	0	0	0	4	3
Par ricochet multiples	65,13	8	4	0	0	0	8	4
329,47	343,79	1828	543	292,06	700	217	3288	760

## 1 - Les victimes non destinataires d'une proposition

La répartition des victimes qui n'ont fait l'objet d'aucune proposition est comparable à celle du fichier victimes (supra, tableau 22), avec une prédominance des victimes par ricochet sur les victimes directes dans les accidents graves (63%), et parmi ces dernières, des collatéraux (22%). Quelles sont donc les raisons de l'absence de proposition? Pour le savoir, il est nécessaire de croiser cette donnée avec le résultat de la procédure. Sans vouloir anticiper sur ces résultats, on peut procéder à l'analyse de la répartition en fonction de ce résultat (Tableau 33 ci-après).



Tableau 33

## Les résultats pour les victimes non bénéficiaires de propositions

Tirage/Résultat	Graves	%	Légers	%
Exécution d'une décision de justice	365	67,2%	17	7,7%
Transaction après décision ou devant le juge des tutelles	8	1,5%	3	1,4%
Transaction	112	20,7%	50	23%
Défaut d'offre	7	1,3%	17	7,7%
Refus d'indemnisation	2	0,3%	7	3,2%
Sans suite	49	9%	123	56,7 %
<i>Total</i>	543	100%	217	100%

L'absence de proposition revêt deux significations bien différentes selon l'échantillon. Dans le fichier "grave", le défaut de proposition est très fortement corrélé avec l'existence d'une décision judiciaire définitive (68% des cas). Dans le second échantillon, c'est surtout l'abandon du dossier par une victime identifiée qui explique l'absence de proposition (56,7%). Surtout, et ce dans les deux fichiers, on aura noté *l'extrême rareté des refus d'indemnisation, et plus encore, des défauts d'offre*. Cette dernière modalité désigne le cas très précis de *l'absence de toute proposition*, par suite de l'inertie de l'assureur. La rareté de ce cas, que la loi visait précisément à éradiquer, est le signe d'une attitude active de l'assureur, qui remplit parfaitement sa fonction de débiteur d'une offre d'indemnité.

Les cas dans lesquels une transaction a été conclue sans proposition préalable (du moins où aucune trace de courrier n'était relevée dans les dossiers) sont au total peu fréquents (respectivement 20,7 et 23%). Ils sont difficiles à interpréter, dans la mesure où il n'est pas possible de connaître la raison de cette absence de proposition préalable.

## 2- Les délais de la première proposition

Lorsqu'une proposition a été effectuée, elle l'est dans des délais extrêmement variables. Les délais les plus longs se rencontrent dans les dossiers graves, à l'égard des victimes directes: 520 jours en moyenne, soit plus de 17 mois. Ce délai s'explique bien évidemment par le temps de consolidation des victimes directes gravement blessées: on sait que dans ce cas, le délai de l'offre (définitive), est de



cinq mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de la consolidation. (art. L. 211-9 al. 4 Code assur.). C'est l'absence de délai de consolidation qui explique, de manière complémentaire, les délais très brefs qui assortissent les premières propositions adressées aux victimes par ricochet: ces dernières bénéficient d'une proposition dans des délais très voisins du minimum requis par la procédure. On notera que ce délai varie en raison inverse de la proximité familiale: il va de 9,7 mois (pour les conjoints et concubins), et 7,8 mois pour les parents, à sept mois pour les collatéraux. La raison en paraît évidente: les intérêts financiers en jeu ne sont pas de même ampleur, ce que nous confirmera l'analyse des résultats.

#### b- La dernière proposition

Faute de pouvoir suivre dans leur détail les propositions formulées, (ce qui était matériellement très complexe à relever), on a retenu comme indicateur de négociation l'existence d'une dernière proposition, quel que soit son rang dans l'ordre des débats. Le tableau 34 en indique la répartition, selon la qualité de la victime.



**Tableau 34**  
**Les délais de la dernière proposition**

Tirage	GRAVE			LEGER		
	Délai entre la première et la dernière proposition	Délai entre l'accident et la dernière proposition	Effectif	Délai entre la première et la dernière proposition	Délai entre l'accident et la dernière proposition	Effectif
Ay. dr+ricochet enfant	0	0	0	131	376	1
Directe	241	852,1	358	166,3	448,1	275
Par ricochet conjoint	214,6	499,7	30	0	0	0
Par ricochet concubin	392,5	522,0	2	0	0	0
Par ricochet enfant	166,07	403,7	104	0	0	0
Par ricochet parent	196	409,8	59	0	0	0
Par ricochet collatéraux	156,7	372,0	95	0	0	0
Par ricochet petit-enfant	70	206,0	92	131	376	1
Par ricochet beaux-enfants	100	279,0	2	131	376	1
Par ricochet grands-parents	226,1	365,7	27	0	0	0
Par ricochet autres	208,8	351,6	8	0	0	0
Par ricochet beaux-parents	149	265,0	2	0	0	0
1057	194,5	583,6	779	165,9	447,3	278

-Ce qui est à noter en premier lieu est la part non négligeable de victimes destinataires de plus d'une proposition. On se rappelle que les victimes susceptibles de recevoir une proposition sont au nombre de 3288, et que 760 n'étaient pas entrées dans un processus d'offre. Sur les 2528 victimes qui ont reçu une première proposition, 1057 au total, soit 41,6%, connaîtront au moins une seconde étape. Le nombre de victimes pour lesquelles la première proposition "est la bonne", est comparable, quoique inférieur, à celles pour lesquelles la proposition initiale a eu pour effet de relancer le cycle des discussions.

Mais, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, ces victimes ne sont proportionnellement pas beaucoup plus nombreuses sur le fichier des accidents graves : si on considère les victimes du fichier "graves" qui ont reçu une proposition (soit 1828 personnes), on constate qu'elles sont 42,6% à en avoir reçu plus d'une, alors qu'elles sont près de 39,7% sur le fichier "légers" (770 personnes concernées). Autrement dit, la gravité du dossier n'est pas la seule explication de la formulation de plus d'une proposition.

-Si l'on considère le temps écoulé entre les propositions, on notera qu'un délai de réflexion assez important sépare les différentes propositions: huit mois pour les victimes directes des dossiers graves, et plus de cinq mois dans les dossiers légers. Ces diverses observations nous incitent à aller voir d'un peu plus près le contexte



des multipropositions. On peut faire à cet égard l'hypothèse du rôle joué par les circonstances de la négociation, telles qu'elles apparaissent dans les modalités de la variable résultat. (tableau 35 ci-dessous).

Tableau 35

## Multipropositions et type de règlement

Tirage Nature de l'acte de règlement	Graves		Légers	
	Ecart entre les propositions (décroissant sur G)	Nbre	Ecart entre les propositions (décroissant sur G)	Nbre
Exéc. déc.+Trans. sur aggrav.	2114,00	1	0	0
Exéc.déc.+rect.amiable	550,00	1	0	0
Transaction partielle+exéc.déc	536,67	5	184,00	1
Transaction après décision	508,36	17	0	0
Transaction av. intérêt civil	477,00	3	0	0
Transaction suiv.recours	433,00	1	0	0
n'y a lieu	333,67	3	1,00	5
Transac. avec avoc. ou conseil	267,45	243	202,76	33
Exécution décision définitive	234,40	82	221,30	10
Transaction sans mandataire	186,28	158	129,08	51
Transaction après exp.judiciai	174,42	32	140,75	5
Transaction dev. juge tut.	162,03	47	0	0
Transaction avec assureur	158,77	169	153,58	173
Transaction pour incapable (hors juge des tutelles)	129,81	16	0	0
Exéc. déc+Trans. éco.	61,00	1	0	0
Total	194,57	779	165,99	278
<b>Total G+L</b>	<b>1057</b>			
<b>Moyenne totale</b>	<b>187,05</b>			

L'intérêt de ce tableau est de montrer la part importante prise par les transactions avec avocat ou conseil dans ces multipropositions ( 31,1% et 11,8% des règlements). En revanche, sur le fichier grave, l'exécution d'une décision définitive est très peu représentée dans cette sous-population, (10,5%), alors que ce mode de règlement constitue près de 30% des fins de procédure dans le fichier total. L'intervention du juge ne paraît positive à cet égard que lorsqu'il autorise les transactions des mineurs (6%, contre 3,4% dans le fichier total), et lorsqu'il a rendu une expertise (4,1%, contre 1,7 dans le fichier total). *Autrement dit, la présence d'un conseil accroît le rôle joué par la négociation dans les dossiers graves, (que ce conseil soit un avocat, un mandataire, ou un juge), mais l'existence d'un procès au fond le réduit..* La dernière partie de cette remarque est à rapprocher de celle que nous avons faite précédemment, et selon laquelle, sur le fichier "grave", le défaut de proposition est corrélé avec l'existence d'une décision judiciaire définitive. Cette question nous ramène à nouveau à l'examen de la combinatoire des calendriers des offres et des actions juridictionnelles.



### c- Le calendrier des propositions et le calendrier judiciaire

Cet examen ne peut être mené que de manière synthétique à partir des différentes variables utiles. En combinant la première et la dernière proposition, ainsi que la variable relative à l'ouverture d'une procédure judiciaire, on parvient à un tableau de l'enchaînement des actions (tableau 36). Ce tableau concerne donc la seule sous-partie de la population des victimes auxquelles est associée une action judiciaire, et pour lesquelles la valeur de la variable recherchée est non vide.

**Tableau 36**

#### Les propositions et l'ouverture d'une procédure

Tirage	Grave				Léger			
	Première proposition antérieure à une procédure	Première proposition postérieure à une procédure	Dernière proposition antérieure à une procédure	Dernière proposition postérieure à une procédure	Première proposition antérieure à une procédure	Première proposition postérieure à une procédure	Dernière proposition antérieure à une procédure	Dernière proposition postérieure à une procédure
Calendrier des propos.								
Ecart moyen avec la propos.	267,3	250,1	198,4	496,0	193,3	252	108,6	432,3
Effectif	504	609	122	350	64	82	15	55
Total	1113		472		146		70	

Le fichier de référence est constitué par l'ensemble des victimes non décédées, non-conducteurs, et auxquelles est associée une procédure. 1598 victimes du fichier grave, et seulement 195 du fichier léger, répondent à l'ensemble de ces critères. La plupart d'entre elles avaient été destinataires d'une première proposition (respectivement 70 et 74,8%), mais plus rarement d'une dernière (29,5% et 35,8%) que dans le fichier de référence (42,6% et 39,7%).

- Les premières propositions, lorsqu'elles sont formées dans les dossiers graves, se répartissent à part presque égale avant, et après, l'introduction d'une procédure. Mais leurs délais sont très proches, et surtout, apparaissent très voisins de ceux dans lesquels sont intentées des poursuites pénales (277 et 209 jours selon les échantillons), *ce qui signifie que la procédure pénale est indépendante de la procédure d'offre, et "fait irruption" dans le temps de la négociation.* Dans le fichier léger, une partie des premières propositions (43,8%) est formée rapidement (190 jours), donc antérieurement à l'information sur l'introduction d'une procédure. Mais la population de référence est trop petite pour en tirer des conclusions.

- Les dernières propositions en revanche, sont pour l'essentiel formées après l'introduction d'une procédure (soit 74% pour les graves, et 78% pour les légers), ce qui est normal compte tenu du délai très long selon lequel ces dernières sont intentées. On retiendra qu'elles sont formées dans un *contexte judiciaire connu des intéressés.*

Mais des propositions ne peuvent être formées que lorsque les dommages subis par les victimes sont connus. Dans l'attente, des provisions peuvent, et doivent être versées.



*B- La première provision depuis l'accident*

L'article L. 211-9 code assur. prévoit, dans son alinéa 4, que des offres provisionnelles peuvent être faites lorsque l'assureur n'a pas, dans les trois mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime. Les variables montant et date de la provision permettent de mesurer la valeur de ces provisions, et le moment de leur versement par rapport à l'accident. L'origine de la provision (judiciaire ou transactionnelle), est connue de manière approchée par le croisement avec la variable du dossier "nombre de référés civils". Seule la première provision a été prise en compte dans l'enquête.

**Tableau 37**

**La première provision depuis l'accident**

Gravité	Grave			Léger		
	Montant 1ère provision (décroissant sur G)	Déla de la provision depuis l'accident	Effectif	Montant 1ère provision	Déla de la provision depuis l'accident	Effectif
Par ricochet conjoint	54191,00	250,94	16			
Par ricochet concubin	40000,00	179,00	1			
Par ricochet enfants	35214,29	163,86	14			
Par ricochet multiples	30000,00	59,50	2			
Par ricochet parents	27166,67	184,67	6			
Par ricochet collatéraux	16000,00	510,00	2			
Par ricochet petits-enfants	15000,00	142,00	1			
Directe	13545,42	242,71	679 (93,6%)	4240,00	180,57	300 (100%)
Par ricochet beaux-parents	8000,00	820,50	2			
Ayants-droit	5000,00	339,00	1			
Par ricochet autres	3000,00	142,00	1			
Total	15022,62	242,49	725	4240,00	180,57	300
Population de référence			2236			865

Les données de ce tableau sont à apprécier en référence à la population des victimes non décédées, non conducteurs du VTAM assuré, soit, rappelons-le, 3101 personnes, dont 2236 pour le seul fichier "graves". Une exploitation de la variable "référé civil" nous a permis de constater que ces provisions sont la plupart du temps transactionnelles: en effet, seules 158 victimes du fichier grave, (21,7%), et 20 du fichier léger (6,6%), ont été concernées par un référé. En l'état, ce tableau nous livre plusieurs enseignements sur le mécanisme des provision (fréquence, montant, bénéficiaires, délais), dont la combinaison nous permet de dessiner un profil des situations dans lesquelles un tel versement a eu lieu.

- On aura noté que les provisions sont relativement rares dans les deux échantillons, avec, respectivement, 32,4 et 34,6% des victimes susceptibles d'en recevoir une. Ces chiffres peuvent paraître faibles au regard des délais moyens relevés pour la formation d'une première proposition. Mais si l'on examine les



caractéristiques des bénéficiaires, cette répartition trouve son explication. En effet, on constate que *les victimes directes en sont les bénéficiaires quasi exclusives* dans les dossiers graves (93%), et exclusives dans les dossiers légers. Or on se souvient que les délais des propositions varient considérablement selon la qualité des personnes: les victimes directes des dossiers graves attendent en moyenne 520 jours, alors que les victimes par ricochet bénéficient d'une proposition dans des délais oscillant autour du maximum requis par la procédure (entre 9,7 et 7 mois). *Cela signifie que les victimes par ricochet sont indemnisées suffisamment rapidement pour ne pas justifier le recours à une provision.* Et comme ces victimes constituent près des deux tiers du fichier des victimes, l'incidence des provisions est réduite d'autant. La fréquence des provisions doit donc être appréciée à l'égard des seules victimes directes, soit, comme l'indique le tableau 22, 1336 dans le fichier grave, et 971 dans le fichier léger. Les fréquences se contrastent alors fortement selon les fichiers, de 50,8% des victimes graves à 30,9% des victimes légères.

- Les montants moyens doivent également être appréciés au regard des seules victimes directes: on relève sans surprise que les premières provisions dans les dossiers graves sont en moyenne trois fois plus élevées que dans les dossiers légers, et se situent à plus de 13 000 F. Si l'on étudie les distributions de ces sommes, on constate qu'elles présentent un caractère forfaitaire très marqué. En effet, les chiffres de provisions sont toujours des multiples de 100, avec des "pics" de fréquence aux points de doublement des sommes. On peut donc résumer l'information en classant ces montants selon des intervalles réguliers C'est ce que montre le tableau des fréquences ci-dessous (Tableau 38).



**Tableau 38**  
**Le montant de la première provision**

Gravité	Graves		Légers	
	Effectif victimes	<i>Dont extrémité de classe</i>	Effectif victimes	<i>Dont extrémité de classe</i>
1-1000	9	5	31	25
>1000-5000	258 (35,5%)	150	217(72,3%)	67
>5000-10 000	233 (32,1%)	159	45 (15%)	22
>10 000-20 000	124(17,1%)	60	7	4
>20 000-50 000	75	22	0	0
>50000-100 000	20	4	0	0
>100000-300000	6	1	0	0
Total	725	401	300	118

Entre les dossiers graves et légers, la répartition des versements s'effectue avec une tranche de décalage: dans les premiers, 67,6% des provisions sont inférieures à 10 000F, alors que les seconds présentent des montants concentrés sur la tranche des 1000-5000F (72,3%). Le choix forfaitaire s'affirme dans les tranches les plus utilisées, et ce pour les deux fichiers .

- Les délais de versement de ces provisions apparaissent en revanche fort longs: huit mois en moyenne pour les dossiers graves, et près de six mois pour les légers. *Cela signifie que pendant une durée en moyenne supérieure à cinq mois, les victimes ne perçoivent aucune somme, ni à titre provisionnel, ni à titre définitif.* Ce temps de carence est sans doute compensé par la prise en charge de la réparation du dommage par les organismes qui fournissent des prestations médicales. Il n'en apparaît pas moins excessif, et rend plus surprenante encore l'attitude de relative passivité des victimes au regard du choix d'exercice d'une action.

Au total, le temps de gestion "silencieuse" du dossier apparaît relativement long, et n'est interrompu que de manière partielle, et en tout état de cause, tardive, par le versement d'une provision. Il reste à aborder la dernière partie de cette gestion, celle des règlements, dont l'analyse se situe au coeur de la comparaison entre les procédés de traitement des affaires.



### Chapitre IV- Les résultats de la procédure d'offre

Pour apprécier ces résultats, trois dimensions doivent être explorées: la dimension qualitative du mode de règlement (section 1); sa dimension temporelle, avec la mesure du temps d'obtention d'un règlement définitif (section 2); enfin, la plus importante sans doute, la dimension financière, avec la répartition des règlements entre les différentes parties intéressées (section 3).

#### Section 1- Les modes de règlement définitifs

Une première vision d'ensemble de la répartition des règlements selon leur modes doit d'abord être apportée (A). Il conviendra ensuite d'en examiner le détail (B).

#### A- Répartition des règlements selon leurs modalités

Nous avons mesuré sous différents aspects l'intervention des tribunaux dans le temps de la procédure d'offre. Il importe à présent d'en tirer le bilan, en termes de résultat net pour la victime: pour cela, nous avons établi un premier tableau général, qui répartit selon la variable "mode de règlement" les victimes concernées par l'offre, c'est-à-dire les victimes non décédées (directes et par ricochet), hormis le conducteur assuré. La population de référence est donc de 3288, sur les 3777 du fichier général.

Tableau 39

#### Les modes de règlement selon la qualité des victimes

Tirage	Graves				Léger		
	Ricochet	%	Directes	%	Ricochet	Directes	%
Exécution décision définitive (y compris les rejets)	451	31,3	198	21,3		42	4,70
Transac. avec avoc. ou conseil	330	22,9	179	19,2	3	42	4,70
Transaction sans mandataire	320	22,2	207	22,2	18	205	22,96
Transaction avec assureur	176	12,2	166	17,8	0	420	47,03
Transaction dev. juge tut.	82	5,69	29	3,11	0	6	0,67
Transaction après décision	19	1,32	20	2,1	0	7	0,78
Transaction pour incapable	25	1,74	16	1,72	0	8	0,90
Transac. après expertise jud.	11	0,76	43	4,62	0	5	0,56
Abandon de procédure	8	0,55	5	0,54	0	9	1,01
Transac. ass. adverse	6	0,42	6	0,64	0	2	0,22
Exéc. jugt exéc par provis	4	0,28	5	0,54	3	1	0,11
Transact. partielle+exéc. déc	4	0,27	2	0,2	0	1	0,11
Exécution ordonnance référé	2	0,14	2	0,21	0	0	0,00
Défaut d'offre	1	0,07	6	0,64	0	17	1,90
Gar. avance-recours ass. adv.	1	0,07	0	0	0	0	0,00
Refus d'indemnisation	0	0	2	0,21	0	7	0,78
Sans suite	0	0	42	4,5	0	121	13,33
Transaction suiv. recours	0	0	3	0,32	0	0	0,00
<b>TOTAL (sur 3288)</b>	<b>1440</b>	<b>100</b>	<b>931</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>893</b>	<b>100</b>

On proposera la synthèse de ce tableau selon un double questionnement: la répartition des règlements définitifs entre transaction et exécution d'une décision



(a), part des non-indemnisations (b). On y ajoutera une recherche spécifique sur les cas d'indemnisation partielle (c).

#### a- Règlements transactionnels ou juridictionnels

La répartition entre règlements transactionnels et décisionnels, qui est au coeur de la recherche, se trouve détaillée dans le tableau 39. On fera à cet égard une distinction entre trois cas: les règlements juridictionnels purs (1), les règlements transactionnels purs (2), et les règlements à l'ombre du tribunal (3). Pour chacun de ces types de règlements, on identifiera la part des victimes qui ont fait l'objet d'une limitation ou d'une exclusion d'indemnisation.

##### 1- les règlements juridictionnels

-Les règlements juridictionnels recouvrent l'ensemble des dossiers de victimes qui se sont terminées par l'exécution d'une décision de justice, quelle qu'elle soit, en y intégrant les cas d'autorisation de transaction par le juge des tutelles, et l'exécution de décisions provisoires. Si on rassemble les modalités relatives à ces situations, on constate que *34,2 % des dossiers graves, et 7 % des dossiers légers, se terminent par une décision définitive, exécutée par l'assureur*, et ce, quelle que soit la qualité des victimes. La différence entre les fichiers est importante, puisqu'un accident grave se termine par une décision près de cinq fois plus souvent qu'un accident léger. Cet indicateur est proche de celui que fournit le fichier AGIRA, qui montrait que la proportion de décisions s'accroissait avec la gravité du dommage (tableau 39 ci-dessus). Il confirme une fois encore le rôle non négligeable que sont amenés à jouer les tribunaux dans le règlement des accidents les plus graves.

##### 2- Les règlements transactionnels

Ce type de règlement est fortement contrasté selon l'échantillon: il a concerné 1434 victimes du fichier grave (soit 60,4%) mais 698 du fichier léger, (soit 76%). *L'indemnisation transactionnelle reste donc le mode de règlement majoritaire pour les accidents corporels*, mais subit la concurrence judiciaire pour une part importante dans les dossiers graves. Si l'on se rappelle que les dossiers de sinistres sont composés majoritairement d'accidents de faible gravité (rappelons que 96% des dossiers ont entraîné un coût inférieur à 150 KF), on comprend que la part de la transaction dans l'ensemble des règlements des accidents corporels apparaisse très élevée.

##### 3- Les règlements à l'ombre du tribunal

Ce cas recouvre les transactions postérieures à une décision sur le fond, ou à une expertise judiciaire: 93 victimes sont concernées dans le fichier grave (soit près de 4%), mais seulement 12 dans le fichier léger. Cette situation est donc peu fréquente, surtout en présence d'une expertise judiciaire, alors qu'on aurait pu croire au rôle dissuasif de cette dernière. En réalité, l'expertise judiciaire jalonne le parcours du règlement, sans être l'élément déterminant de la conclusion de l'accord.



### b- La non- indemnisation

Une distinction est à effectuer parmi les règlements, entre ceux qui comportent le versement de sommes, et ceux qui ne donnent pas lieu à indemnité. Les non règlements, toutes causes confondues, ne constituent qu'une infime partie du fichier des victimes graves (64 victimes, soit 2,7%), mais une partie plus importante du fichier léger (154, soit 16,8%). Les causes de non indemnisation se répartissent entre les "sans suite" (1), les refus d'indemnisation de l'assureur (2), et les rejets de demandes judiciaires (3).

1- La *situation de non indemnisation* la plus fréquente est le défaut de suite de la part de l'intéressé, (respectivement 3,8% et 13,3% des règlements). Il s'agit, rappelons-le, des situations où le dossier a été ouvert pour paiement de frais médicaux, mais sans suivi de la part des victimes. Ces cas viennent s'ajouter aux "sans suite corporelles", identifiés lors du tirage des dossiers, dans lesquels aucun versement n'était effectué, et qui ne donnaient pas lieu à saisie des dossiers (tableau 18).

2- *Les refus*, identifiés en tant que tels, sont ceux opposés par l'assureur à la demande d'indemnisation de la victime. Si on laisse de côté le cas des défauts d'offre, déjà commentés, (23 cas seulement), on notera que *les véritables refus d'indemnisation, fondés sur des arguments juridiques*, sont extrêmement rares, et ne concernent que les victimes directes: on en trouve deux dans le fichier grave, et sept dans le fichier léger. Un tri sur l'ensemble des refus d'indemnisation (y compris cette fois les victimes décédées, hors conducteur assuré), fait apparaître au total *dix refus*: Parmi ces non indemnisés, on relève sept conducteurs du véhicule adverse, deux passagers du véhicule assuré<sup>223</sup>, et un piéton. *Ce dernier constitue le seul cas de non-indemnisation d'un piéton pour faute inexcusable rencontré dans le fichier*<sup>224</sup>.

Les refus d'indemnisation concernant les *conducteurs de véhicules adverses* sont très rares: si on rapporte les sept cas constatés à l'ensemble des conducteurs de VTAM adverses victimes (765), le taux de rejet est de moins de 1%. Mais il s'agit là de *refus formalisés en tant que tels*, c'est-à-dire de cas où l'assureur qui se voit mandaté pour mener la procédure impute au conducteur adverse une faute exclusive de toute indemnisation. Or cette situation est marginale, compte tenu de la manière dont la procédure est menée. En effet, une partie des conducteurs victimes- les conducteurs du VTAM assuré par l'entreprise enquêtée- est extérieure à

---

<sup>223</sup> Dans un cas, le véhicule a été considéré comme non impliqué, de manière contestable puisqu'il s'agissait d'une chute d'un passager hors d'un autobus. Dans le second cas était invoquée une limitation de garantie pour un véhicule de société, qui ne couvrirait pas les passagers salariés, comme le cas en était prévu par l'article R. 211-8 code assur. Une telle exclusion n'est plus possible depuis décret du 7 sept. 1993, qui permet à la victime d'un accident du travail de percevoir une réparation complémentaire. Mais l'accident en cause était survenu antérieurement à la date fixée pour l'application de ce décret, soit le 7 sept. 1993.

<sup>224</sup> Dans ce cas, la victime avait effectué une traversée imprudente, et s'est vu réclamer par l'assureur du véhicule les dommages causés par le piéton au véhicule, soit la somme de 4000F. La qualification de faute inexcusable était bien discutable, mais elle ne l'a pas été, et le piéton n'a perçu aucune indemnisation.



l'application des principes de la RC, et donc "invisible" à l'observation. Comme les principes de gestion tendent à déplacer sur l'assureur du conducteur, considéré comme responsable, la prise en charge de l'offre, les conducteurs victimes considérés comme fautifs sont placés en-dehors du champ de l'enquête. Ainsi, en l'absence de collision entre deux VTAM, les passagers, piétons, et cyclistes, seront indemnisés par l'assureur du conducteur-victime, mais non ce dernier. En présence d'une collision, si des passagers du véhicule adverse sont également blessés, et que leur conducteur blessé, ait été déclaré fautif, la gestion en incombera à l'assureur de ce dernier, et la garantie RC ne le concernera pas non plus. *On ne peut donc pas en tirer la conclusion que les conducteurs se voient rarement exclus de l'indemnisation.*

-La question se posait dès lors du sort des *conducteurs observés, victimes* dans une collision. Ces derniers peuvent en effet être indemnisés dans l'hypothèse où aucune faute ne peut être relevée contre aucun des conducteurs victimes (causes indéterminées). Pour apporter un élément de réponse, nous avons recherché dans les dossiers la trace d'un éventuel règlement par l'assureur adverse, (modalité "transaction avec l'assureur adverse"), ou par décision de justice (modalité "exécution de la décision contre assureur adverse"), ou à titre d'avance par son propre assureur de responsabilité. L'exploitation de ces diverses modalités nous confirme le petit nombre de conducteurs -assurés pris en charge par l'assureur adverse.

**Tableau 40**

**Situation du conducteur du VTAM observé (plus d'un véhicule impliqué)**

Nature de l'acte de règlement	Graves	Légers
Aucune indemnisation	111	52
Transac. ass. adverse	13	4
Exéc. déc. ctre ass. adv.	3	1
Sans suite	1	-
Refus indemn. ass. adv.	-	1
Somme	128	58
Total G+L		186

Parmi les 186 conducteurs -observés, victimes dans une collision, seuls 17 ont obtenu une indemnisation de la part de l'assureur adverse, et 4 ont bénéficié d'une décision favorable. Cela signifie que *les cas d'indemnisation croisée sont extrêmement rares*, et que la pratique habituelle consiste à imputer des fautes exclusives d'indemnisation à l'un des conducteurs victimes. Cela signifie également (et peut-être essentiellement), que les *conducteurs acceptent en général la qualification de leur comportement proposée par les assureurs*, et renoncent à exercer une action en justice. Ce type d'action, qui porte sur la reconnaissance de principe du droit à indemnité, est pourtant le seul moyen pour le conducteur victime assuré de parvenir à une indemnisation, compte tenu de l'organisation de la procédure: ce conducteur ne peut plus compter sur une offre d'indemnisation, puisque c'est son propre assureur qui va mener la procédure. Toute recherche de gain devra nécessairement passer par le tribunal.



3- Le tableau 39 ne détaille cependant pas tous les cas de non-indemnisation, puisqu'il faut compter avec la situation où la victime a été *déboutée par un tribunal*, cas recouvert par la modalité "exécution d'une décision définitive". Pour évaluer ce nombre de cas, nous avons exploité la variable "taux de réduction", en recherchant la modalité "100% de réduction" pour les victimes. Ce cas est très rare: six victimes directes seulement ont été déboutées, dans six dossiers différents (4 dossiers graves, 2 dossiers léger).

Ainsi, devant le juge comme devant l'assureur, *l'indemnisation est de principe*, dès lors que le dossier est ouvert en RC par une société, *et fait l'objet d'un suivi* par la victime. Reste à identifier les opérateurs de cette indemnisation.

#### c- Les réductions du droit à indemnité

Une dernière question se pose quant à l'ampleur du règlement pour les victimes à qui des fautes réductrices de l'indemnisation peuvent être imputées. Telle est la situation des conducteurs de véhicules terrestre à moteur adverses, et de leurs ayants-droits en cas de décès. 1049 victimes sont concernées par cette situation, réparties entre 707 victimes directes non décédées, et 342 victimes par ricochet. L'analyse des taux de réduction est menée de manière comparative selon les modes de règlement.

**Tableau 41**

#### **Les réductions d'indemnité selon les modes de règlement et la qualité des victimes**

Tirage	Graves				Légers			
	Par ricochet		Directe		Par ricochet		Directe	
Taux de réduction	Règlement judiciaire	Règlement transactionnel	Règlement judiciaire	Règlement transactionnel	Règlement judiciaire	Règlement transactionnel	Règlement judiciaire	Règlement transactionnel
20	0	0	1	0	0	0	0	0
25	6	6	2	0	0	0	0	0
33	7	7	4	2	0	0	0	0
50	12	12	1	7	0	0	0	16
60	0	0	1	0	0	0	0	0
66	1	0	1	0	0	0	0	1
67	2	0	0	0	0	0	0	0
70	0	5	0	0	0	0	0	0
75	6	4	0	1	0	0	0	0
80	1	0	1	0	0	0	0	0
<b>Somme</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
Pop. de référence	195	147	98	189	0	0	20	400
%	14,8%	23,1%	11,2%	5,3%	-	-	0%	4,2%

Si l'on rapporte les cas de réductions à chacun des sous-ensembles de victimes réparties dans les deux tirages (dernière ligne du tableau), on constate que les réductions d'indemnisation constituent *un phénomène rare* et qu'elles ont concerné au total 101 victimes sur les 1049 victimes soumises au risque, soit 9,6% en moyenne. Mais si rare soit-il, ce phénomène n'est pas également réparti: en ce qui



concerne les victimes directes, c'est devant les juridictions que le risque de partage est le plus élevé, avec 11,2% des cas, contre 5,3% au transactionnel. En revanche, les victimes par ricochet des conducteurs décédés se voient plus souvent opposer les fautes de la victime directe dans les règlements transactionnels: 23,1% contre 14,8% au judiciaire. Les réductions sont les plus rares dans le fichier "légers", où le procédé transactionnel est exclusivement représenté, avec seulement 4,2% des victimes directes. Il est clair que la gravité de l'accident joue un rôle dans la pratique de la réduction, ce qui explique la part importante prise par les règlements judiciaires. Enfin, si les taux de réduction sont très variables, on signalera l'affection particulière que les opérateurs au transactionnel attachent à la réduction par moitié, laquelle correspond à une logique de la répartition à parts égales des causes de l'accident entre les conducteurs.

Rapproché des autres résultats pour les victimes, et notamment le petit nombre de rejets des demandes d'indemnité, ce tableau confirme la prégnance d'une logique du "tout ou rien" en matière d'indemnisation, y compris lorsque "l'arme" de la réduction est disponible.

### *B- Les modalités des règlements*

Examinées dans leur détail, les circonstances des règlements juridictionnels (a), transactionnels (b), montrent l'existence d'une forme d'interpénétration entre les processus de règlement.

#### a- Les modalités des règlements juridictionnels

Ces règlements seront appréciés d'abord de manière globale, dans leur répartition interne (1), puis au regard du rôle spécifique du juge des tutelles (2).

##### 1- La part des juridictions dans le règlement définitif

Nous venons de l'indiquer, les règlements juridictionnels concernent 34,2 % des dossiers graves, et 7 % des dossiers légers. Ces chiffres traduisent une baisse par rapport à la part, précédemment relevée, des décisions attachées tant aux victimes qu'aux dossiers. On se souvient à cet égard que la majorité des dossiers graves (451 sur 719, soit près de 63%), et une fraction réduite des dossiers légers (110 sur 725, 15%), comportaient une procédure (tableau 25), pénale la plupart du temps (84,7% pour les dossiers lourds, et près de 91% pour les dossiers légers). On se souvient également que plus de 54% des victimes du fichier grave présentaient une *décision* associée, et 21% des victimes du fichier léger (tableau 26).

Cela signifie qu'une part importante des décisions n'a pas emporté règlement des conséquences économiques de l'accident, soit qu'une action civile n'ait pas été exercée (devant les juridictions répressives), soit qu'il y ait eu abandon de procédure. En exploitant la variable "dispositif" des décisions, sur le champ des victimes non décédées (directes et par ricochet), hormis le conducteur assuré, on peut retrouver la source de ces abandons. (Tableau 42 ci-dessous).



Tableau 42

**Les modes de règlement dans le contexte des procédures judiciaires**

Procédures	Pénal TC+TP			Pénal CA			Civil (TGI, référé, tutelles)			Civil CA			Total
	Tirage	Exéc. décis.	Trans.	Autres*	Exéc. décis.	Trans.	Autres*	Exéc. décis.	Trans.	Autres*	Exéc. décis.	Trans.	
G	251	652	26	218	68	31	267	107	3	48	23	-	
	27	70,2	2,8	75,4	23,5	1	70,8	28,4	0,8	67,6	32,4		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Somme G	929			289			377			71			1666
L	31	102	13	1	2	1	16	11	-	2	-	-	
	21,2	69,9	8,9	ns	ns	ns	59,3	40,7		ns			
	%	%	%				%	%					
Somme L	146			4			27			2			179

\* Sans suite, abandons, défaut d'offre.

1845 décisions étaient associées aux victimes du fichier correspondant au champ des victimes directes ou par ricochet non décédées et non conducteurs du VTAM assuré (1666 pour le fichier grave, et 179 pour le fichier léger). Mais parmi ces dernières, seules 834 (784 du fichier grave et 50 du fichier léger), ont abouti à un règlement exécuté<sup>225</sup>. Le tableau ci-dessus nous fournit une synthèse extrêmement intéressante des suites données selon le type d'action intentée.

- On y relève d'abord, en proportion, une différence très nette de suivi entre les procédures civiles et pénales, au niveau du premier degré de juridiction. En effet, les décisions pénales ne font l'objet d'un règlement exécuté que dans (selon les échantillons), 27% et 21% des cas, alors que les décisions civiles sont suivies d'un règlement dans 75,4% des cas (procédures graves). Cette donnée, ajoutée aux observations sur le calendrier d'introduction des actions, confirme l'autonomie d'une partie des actions pénales, qui se déroulent sans que des intérêts civils soient

<sup>225</sup> Les modalités relatives à l'exécution d'une décision étaient cochées après contrôle de la réalité, et de la conformité du règlement au dispositif de la décision. Toutes les décisions relevées ont bien été appliquées par les assureurs. Les cas de transaction après jugement ont été codés séparément.



en jeu. Mais si on raisonne en résultats bruts, on constate que la part des décisions pénales statuant sur intérêts *civils est équivalente à celle qui résulte des décisions civiles*, et qu'elle est lui est même supérieure dans le fichier "légers". Autrement dit, en termes d'effet global, les actions pénales génèrent des règlements dans des proportions équivalentes aux actions civiles dans les dossiers graves, et qu'ils constituent, de loin, le premier mode de règlement des dossiers légers. Si l'on se rappelle que les accidents "légers" représentent 95% de la population des accidents, cela signifie que *les juridictions répressives sont les premières pourvoyeuses de décisions sur les indemnisations*.

- Le rôle des juridictions pénales est plus net encore au plan de l'appel, et ce tant en proportion qu'en chiffres bruts. Nous avons déjà signalé la part importantes des arrêts rendus par les chambres correctionnelles des cours d'appel, tant en nombre de dossiers que de victimes concernées (supra tableau 24). Il est possible de confirmer à présent le rôle joué par ces cours dans le règlement des conséquences des accidents: ces arrêts statuent dans leur écrasante majorité, sur les intérêts civils. Dans les dossiers graves, 75,4% de ces arrêts sont suivis d'une exécution, contre 67,6% des arrêts civils, et la proportion reste importante dans les dossiers légers (59,3%). Compte tenu du nombre important d'arrêts d'appel rendus en matière correctionnelle, cela signifie que ce sont les juridictions pénales qui mettent le plus d'arrêts "sur le marché" de l'évaluation des dommages corporels.

- La logique indemnitaire se trouve donc, le plus souvent, couplée à une logique répressive. Mais la mise en oeuvre de cette logique ne résulte pas de l'action des victimes. Pour ces dernières, la poursuite pénale représente une "aubaine", qui leur permet de donner une dimension judiciaire au règlement, au moindre risque pour elles. *L'action répressive des parquets exerce une pression centripète quasi-mécanique d'une partie des victimes vers le tribunal..* L'effet est maximum pour les accidents graves, qu'une politique répressive du parquet conduit à déférer le plus souvent devant les tribunaux. Pour les accidents légers, c'est l'absence de procès-verbal qui limite l'exercice de l'action publique, et par voie de conséquence, les risques d'une demande d'indemnisation judiciaire. Mais pour ces accidents, le recours aux juridictions civiles est également très réduit, ce qui laisse encore la part belle aux décisions de juridictions répressives. L'analyse de ce type d'action ne requiert pas l'imputation aux victimes d'un comportement vindicatif, ni même d'un choix complexe entre deux modes de règlement, sur les modèles imaginés par certains économistes du droit. Il s'agit d'un *effet de structure*, qui doit être prise en compte pour l'interprétation du recours au tribunal: en effet, si ce n'est pas uniquement du côté des comportements des victimes qu'il faut rechercher le moteur de l'action judiciaire, cela signifie que subsistera pour tous les accidents une fraction irréductible d'actions en justice, dont la part ne diminuera qu'avec la baisse du nombre des accidents,... ou la vigilance des services de police et de gendarmerie.

## 2- La place du juge des tutelles

Comparée à l'action pénale, le recours au juge civil est réduit. Surtout, il est apparu qu'il ne s'exerçait pas là où on l'attendait, à savoir sur l'action du juge des tutelles pour les transactions concernant les mineurs. Sur l'ensemble du fichier, on relève l'intervention du juge des tutelles dans 95 procédures (78 graves et 17 légères). Mais cette donnée ne prend sens que si on la rapporte à la population des personnes relevant de cette procédure. L'exploitation de la variable "âge au



moment de l'accident", a permis de mesurer l'ampleur du contrôle exercée par ce juge sur la population des mineurs. L'exploitation a été faite sur les accidents concernant les mineurs non décédés de moins de 16 ans au moment de l'accident, non conducteurs de VTAM, et dont l'âge avait été déclaré. Le choix de la limite inférieure de 16 ans a été retenu afin de tenir compte des décalages dans le calendrier des indemnisations.

**Tableau 43**  
**L'intervention du juge des tutelles à l'égard des mineurs de 16 ans**

Nature de l'acte de règlement	G	%	L	%
Transac. avec avoc. ou conseil	80	25,5	14	18,42
Exécution décision définitive	77	24,5	3	3,95
Transaction dev. juge tut.	70	22,3	3	3,95
Transaction sans mandataire	36	11,5	8	10,53
Transaction pour incapable	25	7,96	6	7,89
Transaction avec assureur	12	3,82	25	32,89
Sans suite	4	1,27	14	18,42
n'y a lieu	3	0,96	1	1,32
Transac. ass. adverse	3	0,96	0	0,00
Transaction après exp. judiciaire	2	0,64	0	0,00
Exéc. déc+Trans. éco.	1	0,32	0	0,00
Transaction partielle+exéc. déc	1	0,32	0	0,00
Abandon de procédure	0	0	1	1,32
Transaction après décision	0	0	1	1,32
<i>Total</i>	314	100	76	100

Sur les 390 mineurs de 16 ans concernés par un règlement (en tant que victime directe ou par ricochet), une fraction, non négligeable pour les accidents graves, (24,5 %) a bénéficié d'un contrôle juridictionnel par la voie d'une action principale en justice. En revanche, la part des transactions autorisées par le juge des tutelles reste marginale: 22,3% pour les cas graves, moins de 4% des dossiers légers. Au total, un peu moins de la moitié de ces mineurs a été concernée par une décision judiciaire, juridictionnelle ou non. Cette carence n'est pas méconnue des entreprises. Mais tous les gestionnaires ont invoqué l'allongement des délais qui résulterait de l'exercice du contrôle par le juge des tutelles, sachant qu'il s'agit la plupart du temps de préjudices moraux de faible montant. Il n'en reste pas moins que les transactions conclues dans ces conditions sont annulables, aux termes d'une action dont, cependant, les dossiers étudiés ne nous ont fourni aucun exemple.

#### b- Les modalités des règlements transactionnels

Les conditions dans lesquelles les transactions sont conclues informent sur le rôle des intermédiaires dans la négociation. Deux catégories d'intermédiaires sont susceptibles d'intervenir aux côtés de la victime dans le cours de la procédure d'offre: les avocats et autres mandataires, et le propre assureur de la victime. Si l'on observe la répartition des règlements en fonction de l'existence d'un tiers, telle que la présente le tableau 38, on remarque, dans le fichier grave, une ventilation à



part presque égale entre les trois cas: sur le sous-ensemble des règlements transactionnels, et toutes qualités de victimes confondues, (soit 1512), les transactions sans mandataires représentent 34,8%, le recours aux avocats ou conseils le tiers (33,6%), et les transaction avec l'assureur 22,6%. *Le cas le plus fréquent (68,4%) est donc celui d'une victime assistée, ou au moins conseillée, par un tiers à la procédure d'offre.* Si l'on ajoute ces formes transactionnelles aux règlements juridictionnels, on peut conclure que les accidents graves sont réglés dans leur grande majorité avec l'intervention d'un tiers (72,6% des règlements toutes formes confondues), qui joue au moins un rôle d'informateur sur les bases juridiques des règlements. En ce sens, et pour ce type d'accident, il est certain que "l'ombre de la loi" se profile derrière les actions, accroissant la dimension rationnelle des règlements.

Ce profil contraste sur un point avec celui des règlements dans les dossiers légers, c'est celui de la qualité du tiers intervenant. Cette fois, les avocats et conseils sont quasiment absents (6,6% du sous-ensemble des règlements transactionnels), ainsi que les règlements juridictionnels, et la majorité des accords se réalise avec l'entremise de l'assureur (59,1%). Cette caractéristique des négociations dans les dossiers légers complète l'image de règlements "entre soi" attachée aux dommages de faible importance, allant du peu de formalisme de la preuve (le constat amiable se substituant aux procès-verbaux), à la faible précellence des procédures judiciaires, et au nombre réduit de victimes concernées.

Ainsi contrastés selon les circonstances de leur conclusion, les règlements doivent à présent être situés dans le temps, selon le calendrier de leur survenance.

## Section 2 Le temps de règlement des conséquences financières des accidents

La durée de traitement des conséquences corporelles est une des mesures les plus difficiles à réaliser, mais aussi un des enjeux du règlement transactionnel, dont l'atout majeur, habituellement mis en avant, est bien entendu le gain de temps. Des chiffres avancés au vu de l'exploitation du fichier AGIRA, il ressort que la durée de règlement est d'environ 20 mois pour les transactions, et de près du double en cas d'intervention d'une décision judiciaire<sup>226</sup>. Mais ce fichier, on le sait, ne comprend que les accidents avec IPP, alors que la majorité des accidents légers n'emporte pas de séquelles durable, et ne fait pas de calcul de durée distinct pour les victimes par ricochet. Notre base de données des victimes prend en considération chaque victime, quelle que soit sa qualité, ce qui nous permet d'établir pour chacune d'entre elles, pour tous les types d'accidents, et tous les modes de règlement, le temps écoulé entre la date de l'accident et la date de versement de l'indemnité, cette dernière nous étant connue directement par consultation des écrans comptables dans les sociétés. *Il s'agit donc bien d'un temps de règlement pour la personne*, et non d'un temps de clôture du dossier, laquelle constitue une opération purement gestionnaire qui se s'accomplit dans des délais fort variables à partir de la fin du traitement du sinistre. L'exploitation croisée des diverses variables dates et des variables qualitatives, fournit un tableau synthétique

<sup>226</sup> Ces chiffres ont été annoncés par le responsable du service statistique du GEMA lors du colloque des 8 et 9 juin 1995 tenu à l'occasion du dixième anniversaire de la loi Badinter.



des durées par mode de règlement (A), complété par le détail des durées pour les règlements juridictionnels (B).

*A- Délai de règlement définitif selon le mode de fin*

Ce délai a été calculé sur la population des victimes non décédées et non conducteurs du VTAM assuré, et pour lesquels la date de règlement n'était pas nulle (soit 3072 fiches), en fonction du règlement *définitif* du litige.

**Tableau 44**

**Délai de règlement selon le mode de fin**

Gravité /Durée (en jours)	Délai des règlements juridictionnels depuis l'accident	Effectif	Délai des règlements transactionnels depuis l'accident	Effectif	Somme
Grave	878, 86 (29,2 mois)	715	519,4 (17,3 mois)	1623	2338
Léger	818 (27,2 mois)	45	430,3 (14,3 mois)	689	1423

Les durées présentées dans ce tableau peuvent être commentées en fonction de leur longueur (a), ou de manière contrastée selon les modes de règlement (b).

a- Les délais de règlement

La première observation concerne la longueur des durées de traitement. Ces durées varient selon le mode de règlement, et la gravité, mais sont cependant moins importantes que celles que présente le fichier AGIRA. En nous en tenant à un commentaire sur les niveaux de durées, nous relevons, dans notre fichier, une durée moyenne de 29 à 27 mois pour les règlements judiciaires, et de 17 à 14 mois pour les règlements transactionnels. Dans le fichier AGIRA, les délais avancés pour 1994 sont de 19,8 mois pour les transactions, et de 41,5 mois pour les décisions judiciaires. Ces divergences sur les temps moyens de traitement tiennent aux différences plusieurs fois rappelées entre les populations de référence. Les calculs de durée faits par AGIRA le sont sur les accidents les plus graves (avec IPP), et sans mesure distincte pour les victimes par ricochet. Les nôtres considèrent isolément les victimes par ricochet, et incluent tous les accidents, quelle qu'en soit la gravité. Or ces deux situations *tirent à la baisse* de manière très sensible les durées de traitement. Pour contrôler cet effet, nous avons comparé les temps de règlement selon la qualité des victimes, et pour les victimes directes, selon le taux d'IPP regroupé, en isolant les IPP nulles.



Tableau 45

**Les délais de règlement selon le taux d'IPP et la qualité des victimes**

Modes de règlement	Taux d'IPP	Règlements transactionnels			Règlements judiciaires		
		Graves	Légers	Somme G+L	Graves	Légers	Somme G+L
Victimes directes	IPP=0	413,9 (157 dossiers)	342,4 (567 dossiers)	724	1036,8 (ns) (12 dossiers)	700,3 (ns) (11 dossiers)	23
	IPP >0 et <20	744,7 (365 dossiers)	572,3 (255 dossiers)	620	1231 (117 dossiers)	987 (26 dossiers)	143
	IPP > 20	1062,1 (101 dossiers)	694 (2 dossiers)	103	1598,9 (47 dossiers)	0	47
Victimes par ricochet	Décès	724,2 (442 dossiers)	449,1 (3 dossiers)	445	376,8 (968 dossiers)	340,3 (21 dossiers)	989

En nous en tenant au commentaire des effectifs significatifs, on constate que les durées de règlement augmentent fortement pour les victimes directes avec l'augmentation du taux de l'IPP (1), et ce que le règlement soit juridictionnel ou transactionnel, alors qu'elles sont contrastées selon le mode de règlement pour les victimes par ricochet (2).

1- La durée minimale *pour la transaction* se rencontre dans le cas des victimes directes sans IPP (celles précisément qu'exclut le fichier AGIRA), avec des délais allant de 432 jours à 375 selon le tirage, soit autour de 13 mois. Mais cette durée oscille entre 19 et 24 mois pour les IPP entre 1 et 20, durées qui se rapprochent alors des durées constatées par AGIRA.

- En ce qui concerne les décisions judiciaires, la gravité joue à un autre niveau, qui est celui du risque de survenance d'une décision définitive. Ce risque est très faible pour les IPP nulles, (23 victimes au total), de sorte que la non prise en compte des accidents très légers n'a pas d'incidence pour le calcul de la durée de ces affaires au niveau d'AGIRA. En revanche, le plein des actions judiciaires pour les victimes directes est atteint pour les IPP entre 1 et 20, et c'est effectivement là que l'on retrouve les délais avancés par AGIRA, soit entre 41 et 33 mois.

2- Pour les victimes par ricochet, les délais de règlement judiciaires sont les plus courts, (entre 11 et 12 mois), et *sont considérablement plus brefs que les délais de règlement transactionnels*. Cette situation montre une "sortie" beaucoup plus rapide des règlements judiciaires en cas de décès. Il en résulte un abaissement sensible de la durée moyenne de règlements judiciaires, la rapidité du règlement des victimes



par ricochet venant compenser les durées requises par l'indemnisation d'une victime directe.

#### b- Les différences de délai selon les modes de règlement

Si l'on s'attache aux différences de durées *entre les modes de règlement*, le tableau 44 met en évidence une durée totale des règlements judiciaires plus longue de près du double dans le fichier léger (avec un écart de 90%), alors que la différence est moins sensible dans les dossiers graves (écart de 69%). C'est cette image d'un doublement de la durée qui est habituellement retenue de l'exploitation du fichier AGIRA. Mais il est difficile de la maintenir dès lors que l'on contraste les situations des victimes, en fonction des enseignement du tableau 45.

-Pour les victimes directes, et en s'en tenant à la lecture de la ligne des IPP comprises entre 1 et 20% (qui rassemble les effectifs maximum), on relève que *la durée du règlement judiciaire est toujours plus longue*, d'une durée oscillant entre 13 et 16 mois selon la gravité du dossier.

- Mais des écarts en faveur du judiciaire se rencontrent en cas de décès, pour les victimes par ricochet: cette fois, *les délais transactionnels sont toujours plus longs*, d'environ 9 mois pour les dossiers graves, qui rassemblent l'effectif maximum de ces victimes. Sachant que les effectifs des victimes par ricochet sont les plus importants devant les juridictions, on en conclura que ces dernières bénéficient le plus souvent d'un règlement accéléré par le recours au juge. Si l'on se rappelle par ailleurs qu'en cas de décès, les actions passent la voie pénale, *on ne peut qu'en conclure que les victimes ont tout intérêt à se constituer partie civile et à laisser le juge statuer sur leur préjudice*. A ce niveau de gravité, la gestion pénale du dossier paraît donc plus efficace que la gestion transactionnelle, et conduit en tout état de cause à des règlements plus rapides.

Il reste à apprécier le temps propre de la procédure judiciaire. En effet, on ne peut se référer aux seuls écarts pour évaluer cette durée, dans la mesure où les procédures se chevauchent dans la durée, les actions étant introduites en cours de procédure d'offre, selon un calendrier qui varie selon le type d'action (supra tableau 30). Pour connaître précisément les durées des procédures, nous avons calculé le délai qui sépare la date d'ouverture de la procédure et la date de la dernière décision définitive, en distinguant ces délais selon le type de règlement. Nous avons considéré le temps judiciaire comme une unité, quel qu'ait été le nombre de décisions rendues avant le prononcé de la décision définitive.

La population de référence est, comme précédemment, constituée par les victimes non décédées, non conducteurs de VTAM assuré, et pour lesquelles les dates de décision ne sont pas nulles (Tableau 46 ci-dessous).



Tableau 46

## Le temps propre de la procédure judiciaire

Gravité	Délai des décisions en cas de règlement transactionnel	Effectif	Délai des décisions en cas de règlement juridictionnel	Effectif
Graves	189,9 (6,3 mois)	708	596,8 (19,8 mois)	662
Légers	101,1 (3,3 mois)	121	610,5 (20,3 mois)	46

Les délais de traitement sont dissociés dans ce tableau selon que la décision rendue a effectué le règlement du dommage, ou a été suivie d'une transaction.

Les différences de durée de la procédure entre ces deux situations sont considérables: *il faut en moyenne trois fois plus de temps pour rendre une décision statuant définitivement sur les dommages, que pour une décision qui n'effectue pas ce règlement..* Ce temps intègre celui des voies de recours, dont on a pu voir qu'elles étaient nombreuses en ce domaine, surtout en matière pénale. Les décisions n'effectuant pas le règlement sont le plus souvent celles qui prononcent une condamnation pénale sans stauer sur intérêts civils.

Mais la contribution du délai propre de la procédure judiciaire à l'allongement du délai de règlement doit être appréciée en considération du calendrier d'introduction de l'action. Nous avons vu (supra tableau 31), que cette action est exercée dans des délais qui varient entre neuf mois pour les procédures pénales, et près de quatorze mois pour les procédures civiles après la date de survenance de l'accident. Il en résulte que les procédures civiles contribuent plus que les pénales à l'allongement des délais de règlement, puisqu'une partie importante de leur temps propre se déroule après une phase relativement longue de procédure transactionnelle. Si ces actions étaient intentées dès le moment de survenance de l'accident, (notamment par la voie d'une action pénale) l'incidence de la durée judiciaire sur le temps de règlement serait moindre. Mais nous avons vu que les choix du recours au tribunal sont fortement déterminés par la situation, et que le recours véritable "actif" ne se rencontre qu'en matière civile, comme un "moment" du processus de négociation.

Mais que se passe-t-il pour les intéressés en termes de "résultats nets", en fonction de chaque type de règlement? Ou pour le dire de manière plus directe, y a-t-il un gain financier pour les victimes à recourir au tribunal, tel qu'il viendrait compenser le temps et le coût de la procédure judiciaire?

### Section 3 La comparaison des résultats selon les modes de règlement

Les variables pertinentes pour procéder à cette comparaison sont celles qui sont relatives aux différents montants, selon les distinctions entre les chefs de préjudice, le coût du dommage, et les sommes versées aux différentes victimes, toutes variables qui figurent sur le fichier "victimes". Mais la simple comparaison



terme à termes des différents montants selon les modes de règlement serait fastidieuse, et n'apporterait pas d'information synthétique. Pour organiser ces résultats, trois types de mesures ont été privilégiés: une mesure comparée des sommes versées par catégorie de préjudice, qui vise à établir des différences "brutes" entre les modes de règlement (A); une mesure comparée des sommes versées au titre de l'IPP selon la distribution des taux d'incapacité, qui permet d'introduire une variable de gravité dans l'appréciation des différences constatées<sup>227</sup> (B); une mesure comparée de la part revenant aux victimes sur l'ensemble des sommes versées au titre de la réparation du dommage (C)

#### *A- Comparaison des sommes versées aux victimes selon les chefs de préjudice*

La différence des montants versés aux victimes selon le type de règlement constitue le noyau dur des revendications d'une équivalence de résultat entre les procédés. Ces différences sont incontestables, et le fichier AGIRA les met en évidence année après année. Nous procéderons à une évaluation de même nature, sans introduire de variable de gravité autre que celle de l'échantillon. Il s'agit donc d'évaluations "brutes", qui ne rendent pas compte de la structure des accidents.

Pour cette comparaison, une vision d'ensemble préférable à une série d'exploitations indépendantes. Les variables les plus significatives ont fait l'objet d'une exploitation, sur les critères suivants: un *montant total versé* non nul, des victimes non conducteurs assurés, et non décédées, soit une sous-population de 3063 victimes. Cette population est commune aux exploitations d'une grande partie de l'étude.<sup>228</sup>

Nous proposons cependant de ranger dans deux tableaux distincts les victimes directes et par ricochet (a) des autres bénéficiaires de versements (b).

---

<sup>227</sup> Ces exploitations ont été effectuée sous un logiciel statistique spécifique, par F. Martin, statisticien à l'Université Jean Monnet, dont la contribution a été précieuse pour la réalisation de cette partie de la recherche.

<sup>228</sup> Les valeurs nulles de chaque poste de préjudice n'ont pas été éliminées, pour éviter la multiplication de sous-populations de taille différentes, sauf dans le cas d'effectifs très réduits, comme pour les victimes par ricochet avec préjudice économique. Dans ce cas, l'effectif nouveau est indiqué.



## a- Les sommes versées aux victimes directes et par ricochet

Tableau 47

## La répartition des sommes versées aux victimes directes et par ricochet

		Avec jugement					Sans jugement				
		versé total	Versé IPP	Versé Pretium doloris	Versé esthét. agrém.	Versé moral	versé total	Versé IPP	Versé Pretium doloris	Versé esthét. agrém.	Versé moral
G	Directe	220 885 (224)	98 089	32 413	25 410	-	126 055 (650)	63 581	18 237	8 487	-
	Par ricochet	63 949 (523)	184 449 (57)	-	-	34 570	42 796 (916)	242 547 (54)	-	-	27 242
L	Directe	39 400 (48)	15 155	11 135	2 559	-	15 476 (678)	5 698	5 143	1 058	-
	Par ricochet	25 472 (3)	-	-	-	18 333	12 852 (21)	-	-	-	12 852

Cette répartition confirme les différences de montant des sommes versées à la victime selon le mode de règlement: ces différences sont générales, mais elles sont plus nettes pour les victimes directes que pour les victimes par ricochet.

- Pour les victimes directes, il faut rapprocher ces chiffres moyens de la moyenne des taux d'IPP. Une exploitation séparée de la variable "taux d'IPP" nous a permis de constater que ces taux variaient selon les modes de règlement, et qu'ils sont de 45% moins élevés en moyenne: dans le fichier grave, ils sont de 16% en moyenne devant les tribunaux, et 11% seulement en cas de transaction; dans le fichier "léger", ces mêmes taux vont de 3,7% à 1,7%. Or on retrouve un écart de 45% dans les montants moyens versés, (fichier grave), et de 60% dans le fichier léger. Des écarts de 35% se retrouvent pour le montant moyen d'IPP (fichier grave), et de 62% dans le fichier léger. Sans entrer dans le détail du tableau, on peut constater une élévation générale de la valeur des montants versés devant les tribunaux, corrélée à une différence de gravité. Cette remarque conduit à mettre en doute les évaluations faites en référence à une valeur moyenne du point d'IPP. En effet, ces valeurs sont calculées sans prendre en considération l'incidence d'une gravité globale du dommage subi.. Si ce sont "les plus graves des dossiers graves" qui sont traités devant les tribunaux, ainsi que la fraction la plus grave des



dommages légers, alors *une élévation générale de la valeur des différents éléments qui composent le dommage est prévisible.*

-A cet égard, on peut observer ce qui se passe pour les victimes par ricochet, pour qui la gravité est maximale, toutes considérations économiques mises à part. Pour la majeure partie de ces victimes, la réparation principale est celle du préjudice moral. Or si des différences existent, elles ne sont pas aussi sensibles que pour les victimes directes. De plus, *l'écart sur le préjudice économique des victimes par ricochet est cette fois en faveur de la transaction.* Même s'il n'est pas possible de commenter cet écart en raison de la faiblesse des effectifs de cette sous-population, on reconnaîtra pour le moins l'existence d'une aune commune pour ces évaluations.

#### b- Les sommes versées aux autres victimes

Ce tableau a été établi sur les mêmes bases que précédemment, soit une population totale de 3063 victimes. En ce qui concerne les employeurs, qui sont très rarement représentés, nous avons fait le calcul pour les valeurs non nulles de la variable.

**Tableau 48**

#### **La répartition des sommes versées aux autres victimes**

Gravité *	Avec jugement		Sans jugement	
	Montant versé organismes sociaux	Montant versé employeur	Montant versé organismes sociaux	Montant versé employeurs
Graves	156 857 (224)	56 094 (16)	108 095 (224)	115 653 (46)
Légers	21 044 (48)	30 601 (4)	11 555 (48)	18 042 (16)

Les sommes versées aux autres catégories de victimes connaissent des différences de même ordre que les victimes directes, et sont dues aux mêmes phénomènes. En ce qui concerne les employeurs, on notera une inversion de tendance entre les montants moyens versés, analogue à celle que l'on vient de relever pour le préjudice économique des victimes par ricochet: sur un nombre de dossiers plus élevés, les montants moyens versés aux employeurs sont nettement plus élevés en présence d'une transaction, du moins dans les dossiers graves. Dans ce domaine en effet, la production des créances par les employeurs, dont on sait qu'il s'agit le plus souvent de personnes publiques, sont réglées sans discussion dès qu'elles sont présentées. Il ne tiendrait aux employeurs qu'à se tenir mieux informés de l'existence d'un accident pour bénéficier de manière automatique des remboursements des salaires et accessoires versés pendant la durée d'incapacité.



Ces diverses constatations nous ramènent à l'idée commune d'une sous-évaluation transactionnelle des indemnités, à même de faire douter de l'équité des mesures transactionnelle.

Mais ces différences tiennent-elles à des différences d'évaluation, ou à des différences dans la structure des affaires traitées transactionnellement ou judiciairement?. Le rôle de la gravité du dommage a déjà été souligné tout au long de cette étude, non pas tant comme élément explicatif du comportement des parties, que pour mettre en évidence le traitement répressif qui caractérise ce type d'accidents. Il s'agit maintenant de se demander si, à gravité égale, les règlements ne sont pas plus favorables en cas de recours au juge qu'en cas de transaction. Encore faut-il pour cela disposer d'un instrument objectif de mesure de la gravité: nous ne disposons guère à cet égard que du taux d'IPP retenu. On peut certes objecter que ce taux est évalué de manière différente par les experts d'assurance et par les experts mandatés par les tribunaux, les derniers étant supposés fournir des appréciations plus élevées. Mais ce dernier point n'est nullement certain. A le supposer établi, les différences d'évaluation ne pourraient en tout état de cause conduire qu'à des modifications *relatives* des taux, ce qui autorise à conserver les indicateurs de niveau de gravité.

#### *B- Le coût d'IPP selon le mode de règlement*

Une des comparaisons le plus fréquemment effectuée est celle de la valeur du point d'IPP selon le mode de règlement. Nous avons déjà indiqué les limites de ce mode calcul "au point" pour estimer les différences d'évaluation entre le juge et l'assureur. Les affaires traitées par l'un et l'autre ne sont en effet pas comparables du point de vue de la gravité, et il est difficile de considérer comme équivalentes la valeur d'un point établie à partir d'un petit nombre d'accidents graves (cas du juge), ou à partir d'un grand nombre d'accidents de faible gravité (situation de l'assureur). Pour éviter les effets induits par cette différence de structure des accidents, il est préférable de procéder à une comparaison "taux à taux", en appariant les différents taux retenus entre les deux fichiers, et en comparant les montants versés pour chaque taux retenu. Pour cela, nous avons retenu les victimes directes, non décédées, non conducteurs assurés, pour lesquelles le taux d'IPP était non nul. Cette exploitation concernait au total 805 victimes, réparties de la manière suivante:

**Tableau 49**

#### **Victimes directes avec IPP**

	Transaction		Règlement judiciaire	
	<i>Grave</i>	<i>Léger</i>	<i>Grave</i>	<i>Léger</i>
	403	219	158	25
<b>Total</b>	<b>622</b>		<b>183</b>	

Pour ces victimes, nous avons ensuite établi une série de trois graphiques, qui projettent dans un même espace à deux dimensions les montants *versés à la victime*



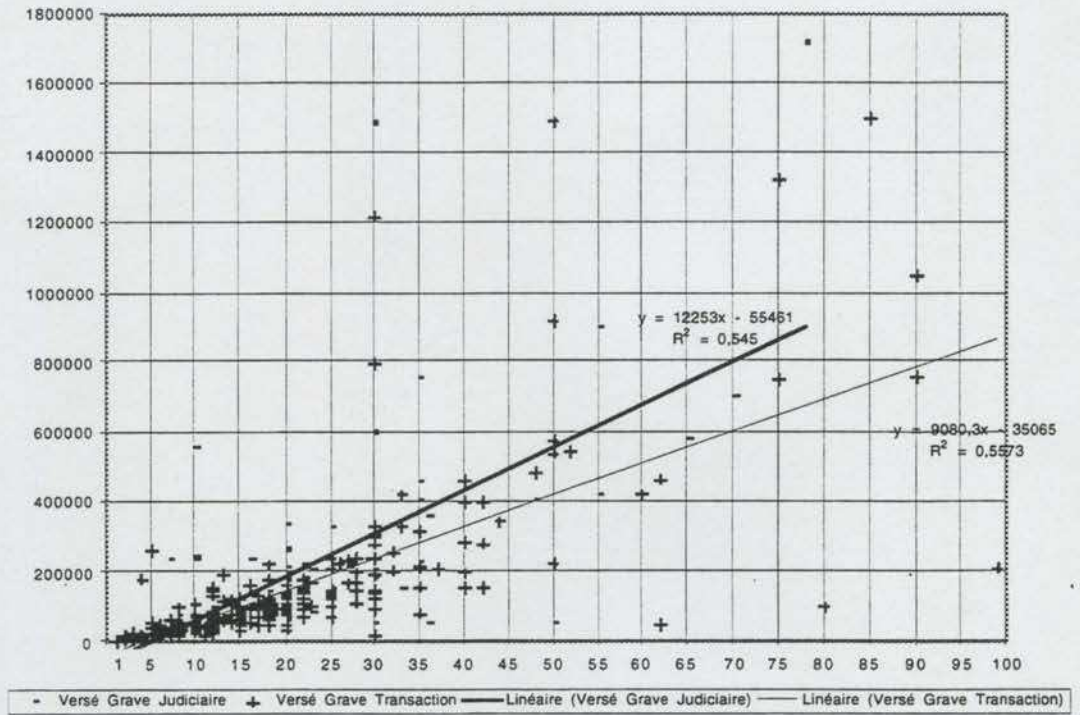
*au titre de l'IPP*, selon le type de règlement (judiciaire ou transactionnel), et selon le taux d'IPP. Il s'agit donc d'une valeur globale, et non au point, ce qui permet de procéder à des comparaisons entre types de dossiers de même gravité. Le premier graphique a été établi sur le sous échantillon des dossiers graves; le second précise les valeurs pour ce même sous échantillon en ne retenant que les taux les plus fréquents, soit ceux qui sont  $\leq 25\%$ ; le troisième a été établi sur le sous échantillon des dossiers légers.



## Graphique 1

Montant versé au titre de l'IPP

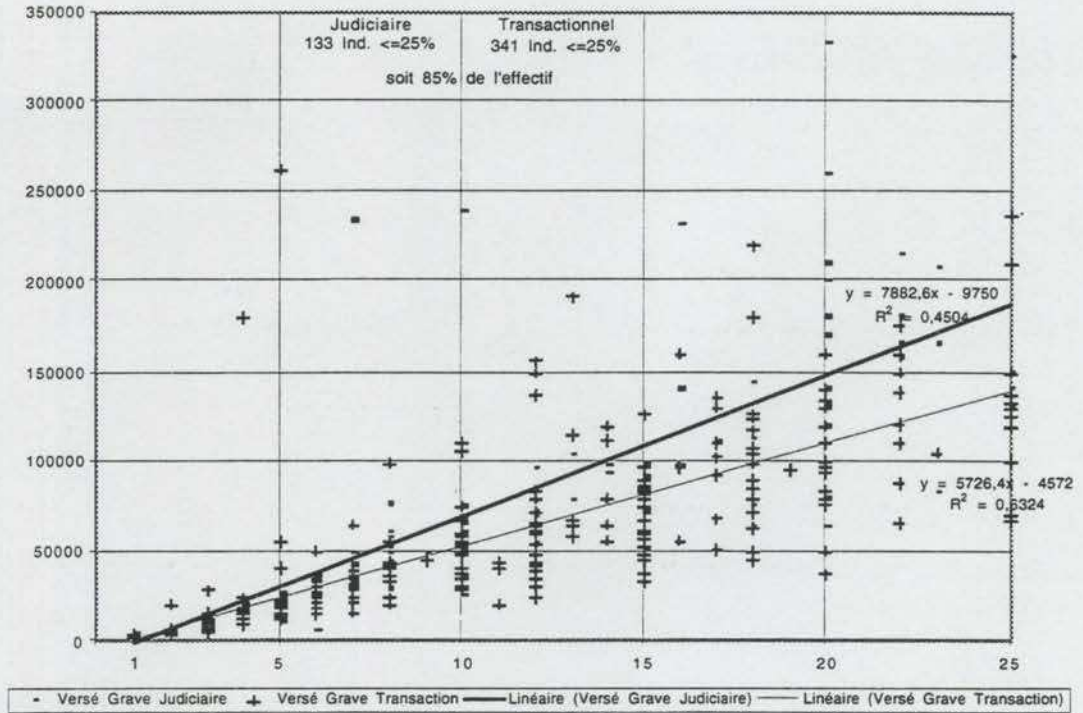
Sous échantillon "Graves"





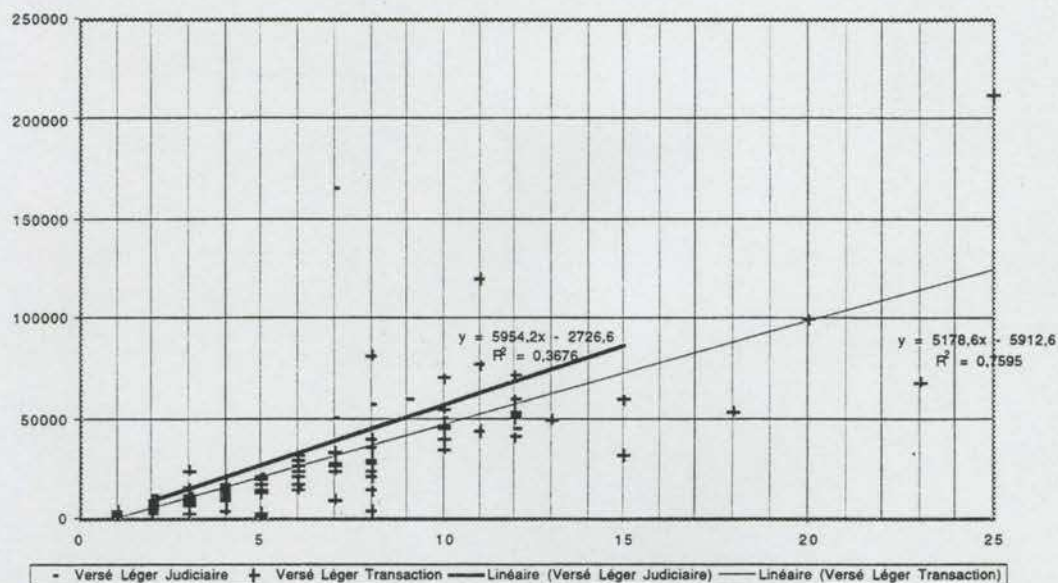
## Graphique 2

## Montant versé au titre de l'IPP

Sous échantillon "Graves", gravité  $\leq 25\%$ 



**Graphique 3**  
**Montant versé au titre de l'IPP**  
**Sous échantillon "Légers"**



Les trois graphiques nous fournissent les éléments d'une lecture plus contrastée des montants versés au titre de l'IPP que ne l'indiquent les valeurs moyennes. Deux types de comparaisons peuvent être effectués selon les modes de règlements: entre les niveaux de sommes versées (a); selon la prévisibilité des montants en fonction du taux d'IPP (b).

a- comparaison des niveaux de règlements

Si, dans les deux échantillons, les montants versés au titre de l'IPP sont constamment plus élevés au juridictionnel (ce qui est conforme aux valeurs moyennes relevées précédemment), ils appartiennent néanmoins à un espace commun:

- dans l'échantillon "graves", les montants pour les taux d'IPP situés à moins de 25% (soit 85% de l'effectif de cet échantillon) apparaissent très voisins, et le sont d'autant plus que ce taux est bas (graphique 2).

- dans l'échantillon "légers", l'espace est plus resserré encore, les deux droites se superposant presque aux taux inférieurs à 10%.

b- comparaison de la liaison entre les variables

Le coefficient de corrélation calculé pour les variable "taux d'IPP" et "montant versé au titre de l'IPP" ( $R^2$ ), permet de mesurer la force de liaison existant entre ces variables. Il s'agit d'une mesure de la probabilité d'obtention d'un montant donné



à un niveau d'IPP donné. Plus ce taux est proche de 1, et plus la force de liaison est grande, et en l'espèce, moins la dispersion des règlements sera grande.

Or on constate que le coefficient de corrélation est constamment plus élevé pour les règlements transactionnels, jusqu'à atteindre 0,7595 dans l'échantillon "léger". Dans les dossiers judiciaires au contraire, la probabilité d'obtenir un règlement d'un montant donnée est nettement moins bonne, voire franchement mauvaise: c'est le cas notamment du sous-fichier des accidents graves ( graphique 2,) où le coefficient de corrélation est inférieur à 0,4504.; c'est le cas surtout dans l'échantillon "léger", où ce coefficient n'est plus que de 0,3676. Cette situation n'est pas vraiment surprenante. La dispersion des montants constatés au judiciaire est la contrepartie de celle des demandes, lesquelles ne s'enferment pas dans les limites de barèmes prédéterminés. Même dans l'hypothèse du recours au fichier AGIRA, le nombre élevé de juridictions intervenant dans le règlement (v. supra tableau 26) entraîne une dispersion des références. Le recours au tribunal conduit donc inévitablement à une rupture d'égalité entre les victimes, dont les règlements dépendront des prétentions et des appréciations différenciées des juges.

Une dernière mesure reste à faire: celle de la fraction des sommes versées par l'assureur qui revient en définitive aux victimes.

*C- La part des sommes versées aux victimes dans le coût total de l'indemnisation.*

Pour compléter la comparaison entre les modes de règlement, il reste à se demander si la part revenant aux victimes est comparable selon les modes de règlement. Un raisonnement en termes de "participation" est cohérent avec un système d'indemnisation qui laisse à la victime, au titre de réparation, une somme différentielle entre les coûts générés par l'accident, et la part prise dans la réparation par les tiers payeurs. Un calcul en ces termes présente l'avantage d'éliminer l'effet de valeur du dommage, pour ne retenir que son poids économique dans le règlement. Nous avons procédé à cette mesure sur la même sous population que précédemment, soit 3063 victimes.



Tableau 50

**La part de l'indemnisation des victimes et des organismes sociaux  
dans le coût de la réparation du dommage**

Trage	Qualité/effectif	Part revenant à la victime sur le montant du dommage	Part des préjudices personnels non soumis à recours sur le montant du dommage	Part des organismes sociaux
Graves avec jugement	Directes (224)	57,7	42,7	36,4
Graves avec jugement	Par ricochet (523)	96,1	89,3	0,7
Graves sans jugement	Directes (650)	57,7	41,1	37,5
Graves sans jugement	Par ricochet (916)	98,7	95,8	0,1
Légers avec jugement	Directes (48)	67,9	51,9	
Légers avec jugement	Par ricochet (3)	100	100	NS
Légers sans jugement	Directes (678)	73,0	62,3	
Légers sans jugement	Par ricochet (21)	100	100	NS

*Vue sous l'angle de la participation aux sommes versées par l'assureur, le sort de la victime apparaît identique dans les deux procédés de règlement, quelle que soit la qualité de la victime .*

- En ce qui concerne les victimes directes, l'équivalence est même parfaite dans le fichier grave, avec une participation de 57,7% aux sommes dépensées, quel que soit le procédé de règlement. La part revenant à la victime est la plus faible dans le fichier grave (57,7%), et la plus élevée dans le fichier léger (67,9 et 73%), avec une part plus importante en cas de règlement transactionnel. De manière toujours homogène selon les modes de règlement, on constate que la part des préjudices non soumis à recours croît avec la gravité, de 42,7 à 51,9 pour les affaires jugées , et 41,1 à 62,3 pour les affaires transigées.

- L'égalité de traitement se retrouve également pour les organismes sociaux, dont la part se situe autour de 36,4% en affaires jugées, et 37,5% en affaires transigées sur le fichier grave.



- Les victimes par ricochet, qui n'ont à subir la concurrence des organismes sociaux que si elles perçoivent un préjudice économique, reçoivent la plus grande partie des sommes, mais avec un avantage pour les affaires transigées: 95,8 des sommes sont perçues par ces victimes dans ce cas, contre seulement 89,3% devant les tribunaux.

L'importance de la part revenant aux victimes est donc fonction du nombre de tiers payeurs susceptibles de former un recours, pour avoir participé à l'indemnisation du dommage. On peut se demander à cet égard ce qui se passe lorsque l'employeur vient en recours, ce qui, on le sait, est un cas très peu fréquent. Une exploitation spécifique sur ce point montre qu'effectivement, la part de la victime se réduit considérablement (Tableau 51 ci-dessous)

**Tableau 51**

**Part versée à la victime directe en présence de l'employeur**

Gravité	Nbre	Montant dommage	Montant versé à la victime	Part versée victimes	Versé employeur
GR	63	549 886,79	227 909,84	38,73	101 547,43
LE	23	48 976,65	19 542,35	34,66	18 185,17
	86	415922,45	172183,65	37,64	79252,87

Dans ce sous fichier, toutes les valeurs sont à la hausse par rapport aux moyennes de coûts et de montants versés. Cette augmentation est clairement due à l'intervention des employeurs, dont on a vu qu'ils ne forment des réclamations qu'à l'égard de personnes qui occupent les positions les plus élevées dans l'échelle des professions. Il en résulte que si, en moyenne, les montants versés à la victime directe sont plus élevés qu'en moyenne générale (tableau 48), leur part relative diminue, en raison de l'important contribution de l'employeur ( la plupart du temps une personne publique), à la réparation du dommage, par le maintien du traitement et autres avantages financiers.

*Cette équivalence des contributions atteste d'abord de l'homogénéité des procédés de calcul du juge et de l'assureur.* On peut en tirer la conclusion que la contrainte de rationalisation des propositions que la loi fait peser sur l'assureur, met ce dernier dans une position équivalente à celle d'un juge. L'exigence d'indiquer dans l'offre "l'évaluation de chaque chef de préjudice, les créances de chaque tiers payeur et les sommes qui reviennent au bénéficiaire", contraint l'assureur à présenter un véritable calcul, dont les bases sont identiques à celles du juge. *A cet égard, l'exigence de comparabilité nous paraît être largement satisfaite en pratique.* Cette exigence était certes posée par la loi, mais elle satisfait également le besoin de prévision de l'assureur. Le calcul rationnel ne permet pas seulement d'éviter une action judiciaire: il a pour effet d'harmoniser les pratiques de gestion entre les régleurs d'une même entreprise, et de permettre de provisionner les créances. *Cette harmonisation des procédés est centrale pour l'équité du système de règlement, et elle nous paraît être le seul procédé d'évaluation pertinent du dispositif d'offre.* En effet, il est bien difficile de tirer une conclusion des différences en chiffres moyens entre les montants versés, et encore moins d'un calcul en valeur du point, qui fait abstraction du contexte de gravité générale de l'atteinte corporelle.



Avec cette observation, c'est la place de la victime dans un processus de répartition des coûts qui se trouve évaluée. Dernière d'une série de notations sur l'économie du processus transactionnel, elle introduit à une nécessaire synthèse des résultats, pour déterminer le point d'équilibre de dispositif.



## Synthèse: L'équilibre d'un dispositif

Dans son économie générale, le dispositif d'offre d'indemnité évoque cette forme de justice que J. Rawls qualifie de "justice procédurale pure". Il s'agit de cette catégorie de justice qui "s'exerce quand il n'y a pas de critère indépendant pour déterminer le résultat correct", et qui consiste à prévoir une procédure "correcte et équitable", qui déterminera également un résultat "correct et équitable, pourvu que la procédure ait été correctement appliquée"<sup>229</sup>. L'exemple pris par Rawls du jeu de hasard se rapproche singulièrement de celui de la transaction dans la loi de 1985: on y trouve combinées une incertitude des résultats et une procédure d'informations réciproques destinées à garantir la légitimité des gains. Sans vouloir faire entrer la procédure d'offre dans un modèle dont les fondements théoriques sont d'une autre nature, il nous semble pouvoir en retenir l'intérêt qui y est manifesté pour la dimension procédurale d'une action. Mais vouloir rendre compte de "l'équité d'une procédure", et surtout, de son application "correcte", crée des contraintes qui vont bien au-delà de la seule appréciation vague d'un dispositif. La recherche que nous avons menée poursuivait l'ambition de tenir les fils de cette double évaluation: évaluation de l'économie de la procédure dans sa dimension de coordination d'actions (I), impliquant de prendre la mesure de son extension empirique, (III), prélude à l'approche de terrain (III).

### I- Une orientation transactionnelle

#### A- Comparer les procédés?

Notre propos introductif visait à identifier de quelles exigences notre enquête était tributaire: l'exigence de comparabilité inscrite au cœur de la loi, et l'attente d'équivalence, voire d'égalité, qui en résultait. La première exigence devait être prise en charge, au titre d'une réalité de la construction, par la loi du 5 juillet 1985, des outils d'une mise en perspective comparée des règlements. Mais l'attente d'équivalence ne pouvait être satisfaite, sinon à faire de l'égalité des indemnisations le critère d'évaluation de la procédure. L'objectif de la recherche se précisait alors comme un projet d'évaluation de l'aptitude de la procédure à produire des actions coordonnées entre le juge et l'assureur, dans un espace orienté vers le règlement non juridictionnel des accidents corporels, sous contrainte d'information.

#### B- Analyser l'offre

La première partie prenait en charge la dimension procédurale de l'offre d'indemnité, en analysant le dispositif comme organisateur de séquences d'actions (comportant notamment des échanges d'informations), et comme opérateur de

---

<sup>229</sup> J. Rawls, *Théorie de la justice*, Ed. du Seuil, 1987, p. 118 et s.



transformation d'une proposition informelle en offre motivée, au contenu soigneusement précisé. De l'étude des textes, il résultait d'abord que l'information transmise concernaient essentiellement la "règle du jeu" de l'échange, chaque partie étant alors présumée disposer des mêmes informations sur l'objet et les enjeux de la discussion. *La loi, en développant l'obligation d'information, a accru la rationalité de la transaction*, qui apparaît moins comme le fruit d'abandons réciproques que comme le résultat d'un calcul vérifiable. Le bilan juridique du dispositif d'offre met en lumière la place centrale occupée par l'assureur à toutes les phases de la procédure, et notamment dans le processus d'appréciation des fautes sur lesquelles repose le principe même de l'indemnisation. Mais sur l'ensemble du dispositif, le débat jurisprudentiel s'est révélé singulièrement étroit.

## II- L'extension empirique de la procédure d'offre

### A- Les accidents routiers

A partir des statistiques d'accidents, nous avons pu estimer pour l'année 1994, à 118 000, soit 90% de l'ensemble, le nombre d'accidents entrant dans le champ d'application de la loi. Dans ces accidents, nous avons estimé à près de 140 000, le nombre de victimes destinataires de la procédure, sur les 189 020 victimes recensées, et à 119 500 environ le nombre de victimes indemnisées, représentant 85% des victimes destinataires d'une offre.

### B- Les condamnations pénales

Les statistiques de condamnations pénales montrent l'importance du rôle de ces juridictions. Sur les dix dernières années, on a relevé une assez grande stabilité des taux de condamnation, à l'exception de l'année 1988 où se fait sentir l'effet de la loi d'amnistie: le taux des condamnations n'a jamais été inférieur au 1/5 des accidents déclarés au cours des dix dernières années, et a atteint son plus haut niveau en 1987, avec près du quart des accidents. La baisse du nombre des condamnations constatée plus haut suit donc celle du nombre des accidents. Ces taux sont les plus élevés encore en cas d'accidents mortels. Si l'on rapporte les condamnations au nombre de tués, la proportion des sanctions est de plus du quart, atteignant même le tiers en 1987.

### C- Le contentieux civil

En matière civile, le nombre d'accidents qui donnent lieu à procédure est *en augmentation entre 1990 et 1995*. Il était de 22% en 1990, et se situe à 25% en 1995. Mais les juridictions contribuent inégalement à cette prise en charge des accidents. Alors que le tribunal d'instance traitait 19,4% des affaires civiles en 1990, il n'en reçoit plus que 17,7% en 1995, la décroissance étant continue au cours de la période. Les Cours d'appel maintiennent leur activité (11,9% des affaires en 1990, 11,5% en 1995). Mais c'est le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, qui devient progressivement un interlocuteur central, même si, on l'a vu, son intervention n'est pas déterminante pour la réalisation du règlement. Surtout, ces données ont montré que ce sont toujours les accidents entraînant les dommages les plus élevés qui sont les plus nombreux devant les tribunaux, alors même qu'ils représentent une très faible part des accidents indemnisés.



#### *D- Le fichier des indemnités*

Dans l'ensemble des sinistres indemnisés et inscrits au fichier des indemnités, le fichier AGIRA, le taux d'affaires transigées est très élevé (plus de 88%). Ces données ne rendent pas compte du rôle de la juridiction dans les autres aspects de ce règlement. Nos propres estimations, obtenues par addition des recours, nous permettait de situer la contribution des juridictions judiciaires au traitement des accidents (sinon à leur règlement) à un très haut niveau, soit près de 46% de l'ensemble des accidents.

Mais il manque à ces données d'être rassemblées dans un même espace. Cet espace commun est celui du dossier de sinistre, que l'enquête s'est proposé d'explorer.

### **III- La procédure d'offre en actions**

L'enquête a consisté à constituer et à réaliser un sondage dans les dossiers de sinistres entrant dans le champ d'application de la procédure d'offre d'indemnité prévue par la loi du 5 juillet 1985 (A), avec pour objectif d'étudier, en fonction des acteurs en présence (B), la manière dont s'articulent les actions transactionnelles et juridictionnelles (C).

#### *A- Réaliser un sondage*

L'unité de compte de l'observation est l'accident dont la gestion incombe à un assureur de responsabilité. Sur cette unité de compte, le sondage a été effectué à deux niveaux: au niveau des entreprises, (grâce aux statistiques des P.V. de police et de gendarmerie transmis aux entreprises d'assurance par un organisme spécialement créé par ces dernières, Trans-PV), et au niveau des dossiers. Pour ces derniers, la méthode la plus simple consistait à procéder au tirage des dossiers à partir d'une liste de numéros de dossiers de responsabilité civile, ayant entraîné des dommages corporels, et terminés au cours de l'année 1994. Pour se donner les moyens d'un examen plus approfondi des dossiers les plus graves, le principe a été retenu de procéder à un sondage à taux différencié selon la gravité des accidents. Le total des dossiers de sinistres saisis dans la base est finalement de 1444. Ces dossiers se répartissent en 719 dossiers de sinistres égaux ou supérieurs à 150 KF, et 725 sur la liste des sinistres inférieurs à 150 KF. Le fichier "victimes comporte 3777 fiches, inégalement concentrées selon l'échantillon : si les dossiers légers ne comportent qu'une seule victime dans 78,1% des cas, la situation la plus fréquente dans les dossiers lourds est celle de plus de deux victimes (58,1%).

#### *B- Acteurs*

##### a- Les informateurs sur les sinistres

La majorité des dossiers de moins de 150 KF n'ont pas donné lieu à établissement d'un constat de la part des services de police et de gendarmerie, (58,7%) et échappent en conséquence à la connaissance du ministère public.



#### b- Les victimes

Les victimes passagers, piétons, ou conducteurs de véhicules sans moteur, représentent près de 60% des victimes directes, contre 49% dans le fichier "légers". Dans le fichier lourd, les conducteurs-victimes directes assurés, non indemnisables au titre de la RC, représentent 14% des victimes de cet échantillon, et 7% seulement des légers. Ces différences se retrouvent dans le fichier des victimes par ricochet, qui sont les plus nombreuses dans les cas de victimes non-conducteurs de VTAM (passagers, piétons, ou conducteurs de véhicules sans moteur). Dans les dossiers "lourds", le profil des victimes par ricochet s'aligne donc sur celui des victimes directes. Au total près de 68% des victimes du fichier "lourd" se trouvent placées dans la situation juridiquement la plus favorable, ce qui ouvre à des négociations davantage axées sur l'évaluation des indemnités que sur le principe du droit à réparation.

#### c- Les tiers payeurs

-La présence des organismes sociaux dans l'indemnisation est directement fonction de la qualité de la victime: partout où il y a victime par ricochet, et par définition, décès de la victime directe, ces organismes, qui n'ont pas (ou presque pas) eu à rembourser des frais d'hospitalisation ou médicaux, ne sont pas présents. Mais on les aurait attendus plus nombreux au titre de la récupération du capital-décès. C'est donc dans les accidents légers, dont on sait qu'ils représentent 95% des accidents pris en charge au titre de la RC, que leur participation est proportionnellement la plus importante.

- Les tiers-employeurs sont quasiment absents de la procédures d'offre, et représentent à peine 6,9% des actifs. Mais ils sont sur-représentés à l'égard des cadres et professions intellectuelles supérieures.

#### d- Les juridictions

La présence des juridictions est une donnée importante de l'enquête. Elle a été appréciée selon quatre modes de calcul complémentaires.

-En part des dossiers de sinistres qui comportent au moins une procédure, la majorité des dossiers graves (451 sur 719, soit près de 63%), mais une fraction réduite des dossiers légers (110 sur 725, soit seulement 15%), comportent une procédure.

- Considérés par nature de juridiction, les dossiers comportant au moins une procédure sont dominés par la figure de la procédure pénale. Rapportée à l'ensemble des dossiers, (avec ou sans procédure) la fréquence des procédures pénales est de 53,1% pour les graves, et de 13,8% pour les légers, alors que ces pourcentages sont, pour les procédures civiles, de 44,8 et 6%. A l'intérieur des procédures pénales du premier degré, celles où les parties se constituent partie civile sont les plus fréquentes dans l'échantillon grave (53,6%, contre 41,2% dans l'échantillon léger). Ces proportions s'inversent dans les accidents les moins graves.



- En nombre total de décisions rendues, les procédures pénales, notamment celles du premier degré, atteignent près de 54% de l'ensemble des procédures comptabilisées. Surtout, le nombre de décisions concernant des procédures avec constitution de partie civile augmente, et atteint 64,7% de l'ensemble des procédures du premier degré au pénal. Enfin le nombre de référés civils s'accroît, et dépasse le nombre de procédures au fond. Au total, on comptabilise en moyenne deux décisions par dossier qui ont comporté au moins une procédure. Si l'on raisonne en terme d'activité pour le juge, on doit considérer que l'activité juridictionnelle est plus intense dans le domaine des accidents de la circulation que ne le laissent voir les statistiques de règlement des conséquences des accidents.

-En termes de victimes concernées par une décision, plus de 54% des personnes du fichier grave présentent une décision associée. Cette part est plus de deux fois plus faible dans le tirage "léger", tout en restant non négligeable, avec près de 21% des victimes.

### *C- Actions*

#### a- Ouverture

-Ouverture des dossiers: les dossiers sont ouverts dans des délais très courts (moins d'un mois en moyenne). Mais l'ouverture du dossier est deux fois plus rapide dans les dossiers graves, à l'égard des familles des victimes décédées.

-Début de la procédure: un très long délai s'écoule entre l'accident et l'introduction d'une procédure: dans les accidents graves (situation de fréquence maximale des procédures judiciaires): ce délai est de 10 mois en moyenne, et de près d'un an pour les victimes directes. La présence de victimes par ricochet réduit ces délais, ce qui signifie qu'en cas d'accident mortel, les actions sont intentées plus rapidement. La durée varie considérablement selon les procédures: les procédures civiles sont introduites le plus tardivement, et ce dans les deux échantillons (quatorze mois après l'accident), les procédures pénales neuf mois après seulement.

#### b- Abstentions et refus

La répartition des victimes qui n'ont fait l'objet d'aucune proposition est comparable à celle du fichier victimes, avec une prédominance des victimes par ricochet sur les victimes directes dans les accidents graves (63%), et parmi ces dernières, des collatéraux (22%). L'absence de proposition revêt deux significations bien différentes selon l'échantillon. Dans le fichier "grave", le défaut de proposition est très fortement corrélé avec l'existence d'une décision judiciaire définitive (68% des cas). Dans le second échantillon, c'est surtout l'abandon du dossier par une victime identifiée qui explique l'absence de proposition (56,7%). Dans les deux fichiers, les refus d'indemnisation, et plus encore, les défauts d'offre, sont très rares.

#### c- Propositions

Les délais les plus longs se rencontrent dans les dossiers graves, à l'égard des victimes directes: 520 jours en moyenne. C'est l'absence de délai de consolidation qui explique, de manière complémentaire, les délais très brefs qui assortissent les



premières propositions adressées aux victimes par ricochet: ces dernières bénéficient d'une proposition dans des délais très voisins du minimum requis par la procédure. Ce délai varie en raison inverse de la proximité familiale: il va de 9,7 mois (pour les conjoints et concubins), et 7,8 mois pour les parents, à sept mois pour les collatéraux. 41,6% des victimes qui ont eu une première proposition connaîtront au moins une seconde étape.

#### d- Enchaînements

- Les premières propositions, lorsqu'elles sont formées dans les dossiers graves, se répartissent à part presque égale avant, et après, l'introduction d'une procédure. Les dernières propositions en revanche, sont pour l'essentiel formées après l'introduction d'une procédure (soit 74% pour les graves, et 78% pour les légers).

#### e- Provisionner

Les provisions sont loin d'être systématiques dans les deux échantillons, avec, respectivement, 32,4 et 34,6% des victimes susceptibles d'en recevoir une. Les victimes directes en sont les bénéficiaires quasi exclusives dans les dossiers graves (93%), et exclusives dans les dossiers légers. Si l'on considère les seules victimes directes, des provisions sont versées à 50,8% des victimes graves et 30,9% des victimes légères. Entre les dossiers graves et légers, la répartition des versements s'effectue avec une tranche de décalage: dans les premiers, 67,6% des provisions sont inférieures à 10 000F, alors que les seconds présentent des montants concentrés sur la tranche des 1000-5000F (72,3%). Le choix forfaitaire s'affirme dans les tranches les plus utilisées, et ce pour les deux fichiers. Les délais de versement apparaissent très longs: huit mois en moyenne pour les dossiers graves, et près de six mois pour les légers.

### *D- Bilans*

#### a- Des bilans parfois négatifs pour les victimes

- Les non règlements, toutes causes confondues, ne constituent qu'une infime partie du fichier des victimes graves (64 victimes, soit 2,7%), mais une partie plus importante du fichier léger (154, soit 16,8%). Les causes de non indemnisation se répartissent entre les sans suite, les refus d'indemnisation de l'assureur, et les rejets de demandes judiciaires.

-Ce sont surtout les conducteurs qui se voient privés de toute indemnisation. Mais dans les collisions, par le jeu du mandat, les conducteurs à qui est attribuée une part prépondérante de responsabilité se trouvent face à leur propre assureur de responsabilité. Ils se trouvent placés hors de la procédure d'offre, sans qu'un refus explicite ait à leur être opposé. Parmi les 186 conducteurs assurés en RC par l'assureur-observé, et victimes dans une collision, seuls 17 ont obtenu une indemnisation de la part de l'assureur adverse, et 4 ont bénéficié d'une décision judiciaire favorable. Cela signifie que les cas d'indemnisation croisée sont extrêmement rares, et que la pratique habituelle consiste à imputer des fautes exclusives d'indemnisation à l'un des conducteurs victimes.



- En revanche, les réductions d'indemnisation restent *un phénomène rare*, avec 124 victimes seulement sur les 3288 concernées, réparties dans 53 dossiers. Mais elles sont deux fois plus fréquentes au judiciaire qu'au transactionnel.

#### b- Juger ou transiger

34,2 % des dossiers graves, et 7 % des dossiers légers, se terminent par une décision définitive, exécutée par l'assureur, et ce, quelle que soit la qualité des victimes. Mais les abandons ont été nombreux par rapport aux instances initiales. En effet, les décisions pénales ne font l'objet d'un règlement exécuté que dans (selon les échantillons), 27% et 21% des cas, alors que les décisions civiles sont suivies d'un règlement dans 75,4% des cas (procédures graves).

Si on raisonne en résultats bruts, on constate que la part des décisions pénales statuant sur intérêts *civils est équivalente à celle qui résulte des décisions civiles*, et qu'elle est lui est même supérieure dans le fichier "légers".

#### c- Comment transiger

Le cas le plus fréquent (68,4%) est celui d'une victime assistée, ou au moins conseillée, par un tiers à la procédure d'offre. Si l'on ajoute ces formes transactionnelles aux règlements juridictionnels, les accidents graves sont réglés dans leur grande majorité avec l'intervention d'un tiers (72,6% des règlements toutes formes confondues), qui joue au moins un rôle d'informateur sur les droits en présence.

#### d - Attendre un règlement

Une durée moyenne de 29 à 27 mois est à prévoir pour les règlements judiciaires, et de 17 à 14 mois pour les règlements transactionnels. Les durées de règlement augmentent fortement pour les victimes directes avec l'augmentation du taux de l'IPP, et ce que le règlement soit juridictionnel ou transactionnel, alors qu'elles sont contrastées selon le mode de règlement pour les victimes par ricochet.

-Entre les modes de règlement, la durée totale des règlements judiciaires est plus longue de près du double dans le fichier léger (avec un écart de 90%), alors que la différence est moins sensible dans les dossiers graves (écart de 69%). Pour les victimes directes, la durée du règlement judiciaire est toujours plus longue, d'une durée oscillant entre 13 et 16 mois selon la gravité du dossier. Mais pour les victimes par ricochet, les *délais transactionnels sont toujours plus longs*, d'environ 9 mois pour les dossiers graves, qui rassemblent l'effectif maximum de ces victimes.

-Il faut attendre en moyenne trois fois plus de temps pour une décision statuant définitivement sur les dommages, que pour une décision qui n'effectue pas ce règlement, ce temps intégrant celui des voies de recours.

#### e- Comparer les coûts



- Les moyennes des coûts selon le type de règlement sont très contrastées, avec des montants de dommage allant de 437 980 F à 258 710F (décisions, échantillon grave), et de 27 876 à 63 533 (transactions, échantillon léger). Sans aller du simple au double, ces moyennes traduisent une nette différence de gravité des accidents. La comparaison est intéressante pour les affaires graves, où on aurait pu attendre des coûts équivalents, compte tenu du faible nombre de ces affaires dans l'ensemble des accidents. En réalité, les tribunaux reçoivent "*les plus graves des affaires graves*", c'est-à-dire ont à faire face à un échantillon non représentatif de ces dernières. Le rôle de la sélection opérée par le ministère public en matière de poursuite n'est sans doute pas étranger à ce phénomène, sachant la part importante qu'occupent les décisions rendues sur intérêt civil dans l'ensemble des règlements juridictionnels.

- Le coût des dommages se répartit également de manière très différente selon le type de règlement. Dans les deux échantillons, les victimes se concentrent dans la tranche la plus basse en présence d'une transaction, et dans des tranches plus élevées en présence d'un jugement. Dans l'échantillon "grave", le mode des victimes avec jugement se situe dans la tranche des 175 000 à 200 000, mais il est nettement décalé à la baisse pour les victimes qui ont transigé, pour se situer dans la tranche des 1 à 50 000F. Il en va de même dans l'échantillon "léger", ( mais avec des effectifs réduits), où les victimes "sans jugement" sont concentrées dans la tranche minimale des 1 à 18 750F, alors que les victimes dans les affaires "jugées" occupent plusieurs intervalles de la distribution.

- Les montants versés varient selon l'IPP. Dans le fichier grave, les IPP sont de 16% en moyenne devant les tribunaux, et 11% seulement en cas de transaction; dans le fichier "léger", ces mêmes taux vont de 3,7% à 1,7%. Les écarts entre les montants moyens versés sont de même ampleur. On peut relever une élévation générale de la valeur des montants versés devant les tribunaux, corrélée à une différence de gravité.

- Mais les montants versés au judiciaire sont plus dispersés qu'au transactionnel. Cette dispersion est la contrepartie de la diversité des demandes, lesquelles ne s'enferment pas dans les limites de barèmes prédéterminés. Même dans l'hypothèse du recours au fichier AGIRA, le nombre élevé de juridictions statuant au fond entraînera une dispersion des références. Le recours au tribunal conduit donc inévitablement à une rupture d'égalité entre les victimes, dont les règlements dépendront des prétentions et des appréciations différenciées des juges.

#### f- Comparer les participations

Vue sous l'angle de la participation aux sommes versées par l'assureur, le sort de la victime apparaît identique dans les deux procédés de règlement, quelle que soit sa qualité :

- La part des victimes directes est la même dans les deux modes de règlement (57,7%). Elle est proche pour leurs prestataires: 36,4% (en affaires jugées), et 37,5% (en affaires transigées) .

- Les victimes par ricochet, qui n'ont à subir la concurrence des organismes sociaux que si elles perçoivent un préjudice économique, reçoivent la plus grande partie des sommes, mais avec un avantage pour les affaires transigées: 95,8% des



sommes sont perçues par ces victimes dans les affaires transigées, contre seulement 89,3% devant les tribunaux.

Cette équivalence des contributions atteste de l'homogénéité des procédés de calcul du juge et de l'assureur, qui agissent et raisonnent dans un espace commun. Si l'on ne devait en retenir qu'une, telle devrait être la conclusion principale de ce parcours .

---