

TRAITE CIMA

TRAITE INSTITUANT UNE ORGANISATION INTEGREE DE L'INDUSTRIE DES ASSURANCES DANS LES ETATS AFRICAINS

Préambule

Les gouvernements de la République du Bénin, du Burkina Faso, de la République du Cameroun, de la République Centrafricaine, de la République du Congo, de la République de Côte d'Ivoire, de la République Gabonaise, de la République du Mali, de la République du Niger, de la République du Sénégal, de la République du Tchad, de la République Togolaise, de la République de Guinée Equatoriale, de la République Fédérale Islamique des Comores :

considérant la nécessité économique et financière de poursuivre en commun la rationalisation de leurs marchés nationaux d'assurances, ainsi que la nécessité de renforcer la protection des assurés, des bénéficiaires des contrats et des victimes de dommages ;

rappelant les résultats obtenus dans le cadre des conventions de coopération en matière de contrôle des entreprises et opérations d'assurances, signées à Paris les 27 juillet 1962 et 27 novembre 1973 ;

conscients également de l'action menée en matière de formation et soucieux de renforcer cette politique de formation en vue de répondre aux besoins nouveaux de l'assurance africaine ;

rappelant que la convention de coopération pour la promotion et le développement de l'industrie des assurances, signée à Paris le 20 Septembre 1990, traduit leur volonté de donner une impulsion nouvelle à leur coopération dans ce secteur ;

réaffirmant la nécessité de poursuivre cette coopération, de l'intensifier dans le but de restructurer, de renforcer leurs marchés nationaux d'assurances et de parvenir à une meilleure utilisation de leurs ressources et moyens qui jouent un rôle important dans le processus de développement économique et social ;

réalisant ainsi une étape dans la transformation progressive des marchés d'assurances en un grand marché disposant de règles et d'une autorité communes tendant vers un meilleur équilibre des mécanismes institutionnels ;

désireux de parfaire cette démarche en établissant entre eux une organisation commune dotée de compétence et d'organes propres agissant dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par le présent Traité ;

Conviennent de ce qui suit :

TITRE I

LES OBJECTIFS

■ Article 1

Les Hautes Parties Contractantes instituent entre elles une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans les Etats africains dénommée Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances, en abrégé CIMA, ci-après dénommée la Conférence, en vue de :

- 1°) Prendre toutes mesures nécessaires pour le renforcement et la consolidation d'une coopération étroite dans le domaine de l'assurance, afin que leurs marchés soient à même de couvrir par des garanties mieux adaptées aux réalités africaines et tenant compte de leurs possibilités contributives, les risques du secteur agricole et rural ainsi que ceux liés au commerce extérieur dans la mesure où cela est techniquement faisable ;
- 2°) Encourager, en vue d'accroître la rétention au plan national et régional, la mise en place de facilités permettant aux organismes d'assurances et/ou de réassurance opérant dans leur pays, d'effectuer des échanges d'affaires par des techniques adéquates, notamment par la souscription et la gestion des grands risques dépassant la capacité de conservation d'un marché ;
- 3°) Prendre également des dispositions appropriées en vue de permettre l'investissement local, dans les conditions les meilleures au profit de l'économie de leur pays ou de la région, des provisions techniques et mathématiques générées par les opérations d'assurance et de réassurance, sous réserve des impératifs techniques relatifs aux risques assurés et au genre de couverture en réassurance fournie ainsi que des critères de sécurité, de liquidité, de rentabilité et de diversité ;
- 4°) Poursuivre la politique de formation de cadres et techniciens en assurance pour les besoins des entreprises et des administrations dans les Etats membres ;
- 5°) Rationaliser la gestion des ressources humaines de ces entreprises et administrations par la mise en œuvre de la spécialisation et de la formation permanente ;
- 6°) Créer des structures communes, chargées de l'étude, de la définition et de la mise en œuvre des orientations politiques et des décisions dans les domaines précités, en vue de :
 - a) faciliter les conditions d'un développement sain et équilibré des entreprises d'assurances ;
 - b) favoriser la constitution, sur l'ensemble de leurs pays, d'un marché élargi et intégré réunissant les conditions d'un équilibre satisfaisant au point de vue technique, économique et financier ;
 - c) mettre en place de nouveaux instruments financiers pour mieux rentabiliser les placements des compagnies d'assurances et de réassurance et autres investisseurs institutionnels, notamment par la création dans leurs zones monétaires respectives de marchés financiers ;

7°) Poursuivre la politique d'harmonisation et d'unification des dispositions législatives et réglementaires relatives aux opérations techniques d'assurance et de réassurance, au contrôle applicable aux organismes d'assurances et de réassurance exerçant sur leur territoire, ainsi qu'à tous autres objectifs de nature à contribuer au plein essor de l'industrie des assurances, au développement des instruments de gestion et des moyens de prévention des risques dans les Etats membres ;

8°) Pourvoir en ressources financières, matérielles et humaines les institutions communes qu'elles sont appelées à créer pour promouvoir la coopération ainsi définie en matière d'assurance et de réassurance.

Aux fins d'harmonisation et d'unification énoncées au paragraphe 7 ci-dessus, la Conférence arrête une législation unique, met en place un contrôle unique des assurances et harmonise les méthodes des Directions Nationales des Assurances.

■ Article 2

En vue de la pleine réalisation des objectifs qu'elles se sont assignés, les Hautes Parties Contractantes décident de :

1°) Maintenir en place les institutions autonomes ci-après :

- L'Institut International des Assurances, en abrégé IIA ;
- La Compagnie Commune de Réassurance des Etats membres de la CICA, en abrégé CICA-RE ;

2°) Réorganiser ou créer les organes ci-après :

- Le Conseil des Ministres de la Conférence ;
- La Commission Régionale de Contrôle des Assurances ;
- Le Secrétariat Général de la Conférence.

Les organes et institutions visés aux alinéas précédents du présent article sont régis par des statuts et règlements autonomes pris en application du présent Traité.

Nonobstant les dispositions ci-dessus, ces organes et institutions doivent entretenir entre eux des liens étroits de coopération, leurs activités étant complémentaires et correspondant à la promotion d'une industrie d'assurances et de réassurance fiable et compétitive au niveau tant africain qu'international.

■ Article 3

Le Code des assurances figurant à l'annexe I du présent Traité définit la législation unique des assurances.

■ Article 4

La Conférence pourra ultérieurement être investie de nouvelles compétences.

L'extension de ses compétences et les modifications concomitantes de son système institutionnel seront réalisées conformément à la procédure instituée à l'article 60 paragraphe 3 du présent Traité.

■ Article 5

Le Conseil des Ministres de la Conférence a la faculté de créer de nouvelles institutions autonomes.

TITRE II

LE SYSTEME INSTITUTIONNEL

CHAPITRE PREMIER

LES ORGANES ET LES POUVOIRS

Section première

Le Conseil des Ministres

■ Article 6

Le Conseil des Ministres de la Conférence, ci-après dénommé le Conseil, est l'organe directeur de la Conférence. Il assure la réalisation des objectifs du présent Traité. A cette fin :

a) Il adopte la législation unique des assurances.

Dans le cadre de cette mission, il modifie et complète par voie de règlement le code unique des assurances annexé au présent Traité ;

b) Il définit la politique de la Conférence en matière de formation dans le secteur des assurances ;

c) Il veille à l'application de la législation unique par les Etats membres et à l'exécution par eux des obligations découlant du présent Traité.

Dans le cadre de cette mission, il fixe par voie de règlement les informations dont la transmission incombe aux Etats membres ; il adopte à leur intention des recommandations portant sur toute question ayant une incidence sur le bon fonctionnement du secteur des assurances ; il statue sur les questions qui lui sont soumises dans le cadre de la procédure mentionnée à l'article 46 alinéa 3 du présent Traité ;

d) Il constitue l'unique instance de recours contre les sanctions disciplinaires prononcées par la Commission Régionale de Contrôle des Assurances ;

e) Il fixe son règlement intérieur, les statuts des organes de la Conférence et des institutions spécialisées ainsi que le statut du personnel des organes de la Conférence ;

f) Il adopte le règlement intérieur du Comité des Experts.

■ Article 7

S'il apparaît nécessaire, en vue de la réalisation des objectifs énoncés à l'article 1 du présent Traité, de renforcer la coopération que le présent Traité institue entre les Etats membres et d'attribuer à cette fin de nouvelles missions aux organes de la Conférence, le Conseil définit ces missions et les pouvoirs correspondants par voie de règlement dans le respect du principe de subsidiarité.

■ Article 8

Le Conseil est composé des Ministres chargés du secteur des assurances dans les Etats membres. Chaque Etat membre est représenté par un Ministre.

■ Article 9

Le Conseil se réunit et délibère valablement si les trois quarts au moins de ses membres sont présents ou représentés.

■ Article 10

La présidence du Conseil est exercée à tour de rôle par chaque Etat membre pour une durée d'un an selon l'ordre suivant : Congo, Centrafrique, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Gabon, Bénin, Burkina, Cameroun, Togo, Tchad, les Comores, Guinée Equatoriale.

En cas d'absence ou d'empêchement du président en exercice lors d'une réunion du Conseil, la présidence est exercée par le doyen d'âge des membres présents.

■ Article 11

Le Conseil se réunit deux fois par an en session ordinaire en marge de la réunion des Ministres de la zone franc. Il se réunit en session extraordinaire sur convocation de son Président à l'initiative de celui-ci ou à la demande d'au moins deux de ses membres.

Dans l'intervalle des réunions du Conseil, une procédure écrite de décision peut être mise en œuvre par son président à l'initiative de celui-ci ou à la demande d'au moins deux Etats membres.

La procédure écrite ne peut pas être mise en œuvre pour l'adoption ou la modification de la législation unique des assurances, pour l'exercice du recours contre les décisions de la Commission, pour l'application des dispositions de l'article 7 du présent Traité.

■ Article 12

L'ordre du jour des réunions du Conseil est fixé par son Président en tenant compte des propositions transmises par les Etats membres.

L'ordre du jour des réunions du Conseil comprend de plein droit l'examen des propositions et avis transmis par le Secrétaire Général de la Conférence.

■ Article 13

Les délibérations du Conseil sont acquises à l'unanimité des membres présents ou représentés, l'abstention des membres présents ou représentés ne faisant pas obstacle à la manifestation de l'unanimité sauf si le nombre des abstentions est supérieur à celui des votants.

Si l'unanimité des membres présents ou représentés n'a pas été réunie sur un ou plusieurs points figurant à l'ordre du jour d'une session du Conseil, les délibérations reprennent sur ces points lors de la session suivante et sont alors acquises à la majorité qualifiée des deux tiers.

■ Article 14

Lorsque le Conseil prend un acte en application des articles 6 alinéa e, 22, 23, 32, 34, 36, 37, 39 alinéa b, 46 alinéa 3, 48, 50, 55, 57 et 58, du présent Traité, ses délibérations sont acquises à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés.

■ Article 15

Dans le cadre de l'instruction des propositions et des dossiers qui seront soumis au Conseil, le Secrétaire Général de la Conférence prend l'avis technique d'un comité des experts qui a en outre pour tâche de préparer les travaux du Conseil et de donner l'avis prévu à l'article 50 alinéa 1 du présent Traité.

Chaque membre du Conseil désigne un expert national du secteur des assurances pour siéger au comité des experts. Celui-ci comprend par ailleurs le Directeur Général de l'IIA, le Directeur Général de la CICA-RE et deux représentants de la FANAF.

Section deuxième

La Commission Régionale de Contrôle des Assurances

■ Article 16

La Commission Régionale de Contrôle des Assurances, ci-après dénommée la Commission, est l'organe régulateur de la Conférence. Elle est chargée du contrôle des sociétés, elle assure la surveillance générale et concourt à l'organisation des marchés nationaux d'assurances.

■ Article 17

a) Dans le cadre de sa mission de contrôle, la Commission organise le contrôle sur pièces et sur place des sociétés d'assurances et de réassurance opérant sur le territoire des États membres. A cette fin, elle dispose du corps de contrôle constitué au sein du Secrétariat Général de la Conférence. Les constatations utiles à l'exercice du contrôle effectué par les Directions Nationales des Assurances dans le cadre de leurs missions propres lui sont communiquées.

Le contrôle sur place peut être étendu aux sociétés mères, aux filiales des sociétés contrôlées, à tout intermédiaire, ou expert technique dans les conditions déterminées par la législation unique des assurances.

b) Quand elle constate la non observation de la réglementation des assurances ou un comportement mettant en péril l'exécution des engagements contractés envers les assurés, la Commission enjoint à la société concernée de prendre les mesures de redressement qu'elle désigne.

L'absence d'exécution des mesures de redressement dans les délais prescrits est passible des sanctions énumérées à l'alinéa c infra.

c) Quand elle constate à l'encontre d'une société soumise à son contrôle une infraction à la réglementation des assurances, la Commission prononce les sanctions disciplinaires suivantes :

- l'avertissement ;
- le blâme ;
- la limitation ou l'interdiction de tout ou partie des opérations ;
- toutes autres limitations dans l'exercice de la profession ;
- la suspension ou la démission d'office des dirigeants responsables ;
- le retrait d'agrément.

La Commission peut en outre infliger des amendes et prononcer le transfert d'office du portefeuille des contrats.

Ces décisions doivent être motivées. Elles ne peuvent être prononcées qu'après que les responsables de la société en cause, qui peuvent requérir l'assistance d'un représentant de leur Association Professionnelle, aient été invités à formuler leurs observations soit par écrit, soit lors d'une audition.

Les sanctions sont exécutoires dès leur notification aux intéressés. Pour le retrait d'agrément, celle-ci n'intervient qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la communication de la décision au Ministre en charge du secteur des assurances. Ce délai est prorogé en cas de saisine du Conseil selon la procédure prévue à l'article 22.

d) Pour l'exécution des sanctions prévues à l'article 17 alinéa c, la Commission propose au Ministre en charge du secteur des assurances, le cas échéant, la nomination d'un administrateur provisoire. Lorsque les décisions de la Commission nécessitent la nomination d'un liquidateur, elle adresse une requête en ce sens au président du tribunal compétent et en informe le Ministre en charge du secteur des assurances.

■ Article 18

L'exécution des contrôles sur place et la mise en œuvre des sanctions mentionnées à l'article 17 alinéa c supra revêtent un caractère contradictoire selon les modalités déterminées par la législation unique des assurances.

■ Article 19

Les injonctions et les sanctions prononcées par la Commission prennent la forme de décisions.

■ Article 20

Dans le cadre de la mission de surveillance et d'organisation définie à l'article 16, la Commission :

- a) émet un avis qui conditionne la délivrance de l'agrément par le Ministre en charge du secteur des assurances selon les dispositions de l'article 20-1 du présent Traité ;
- b) dispose de tous documents et statistiques concernant les marchés nationaux d'assurances sur le territoire couvert par le présent Traité ;
- c) transmet au Conseil ses observations et ses propositions sur le fonctionnement du secteur des assurances ainsi que sur les modifications du Traité et de la législation unique qui lui paraissent appropriées ;
- d) transmet aux autorités des États membres ses observations concernant les suites données à ses décisions sur le territoire de ceux-ci ainsi que ses recommandations sur le fonctionnement des marchés nationaux des assurances.

■ Article 20-1

L'octroi par le Ministre en charge du secteur des assurances de l'agrément demandé par une société d'assurances est subordonné à l'avis conforme de la Commission.

La Commission dispose d'un délai maximum de deux mois pour se prononcer. L'absence de réponse à l'expiration de ce délai vaut acceptation.

Les agréments prononcés par les autorités nationales avant l'entrée en vigueur des présentes dispositions demeurent valables.

■ Article 21

Les décisions et avis de la Commission de Contrôle sont notifiés aux entreprises intéressées et au Ministre chargé du secteur des assurances dans l'Etat membre concerné. Les décisions sont exécutoires dès leur notification.

■ Article 22

Les décisions de la Commission ne peuvent être frappées de recours que devant le Conseil et dans un délai de deux mois à compter de leur notification.

Le Conseil a la faculté d'annuler les décisions de la Commission.

Les recours n'ont pas de caractère suspensif.

Toutefois, quand elle prononce le transfert d'office du portefeuille des contrats ou le retrait d'agrément, la Commission peut, sur la demande du Ministre en charge du secteur des assurances dans l'Etat membre concerné, autoriser sous conditions précisées par elle la poursuite de l'activité de la société pendant une durée maximale de six mois à compter de la notification de la décision et dans l'attente de la décision du Conseil sur un éventuel recours.

■ Article 23

1°) Sont membres de la Commission :

- a) un juriste ayant une expérience en matière d'assurance nommé par le Conseil ;
- b) une personnalité ayant exercé des responsabilités dans le secteur des assurances, choisie pour son expérience du marché africain des assurances et nommée par le Conseil ;
- c) une personnalité ayant acquis une expérience des problèmes du contrôle des assurances en Afrique dans le cadre de l'aide technique fournie par les Etats tiers ou les organisations internationales, nommée par le Conseil ;
- d) six représentants des Directions Nationales des Assurances nommés par le Conseil ;
- e) le Directeur Général de la CICA-RE ;
- f) une personnalité qualifiée dans le domaine financier désignée d'un commun accord par le Gouverneur de la BEAC et le Gouverneur de la BCEAO.

Le Conseil nomme le Président de la Commission parmi les personnalités désignées aux alinéas précédents.

Pour chacun des membres visés aux a), b), c), d), e) et f) ci-dessus, le Conseil nomme, selon des critères identiques, un membre suppléant. Le Directeur Général de la CICA-RE peut se faire représenter par le Directeur Général Adjoint de la CICA-RE.

2°) Siègent à la Commission sans voix délibérative :

- le Président de la FANAF, à l'exception des cas où l'ordre du jour d'une réunion appelle une délibération intéressant l'entreprise d'assurances à laquelle il appartient ;
- le Secrétaire Général de la Conférence ;
- le Directeur Général de l'IIA ;
- un représentant du Ministre en charge des assurances dans l'Etat membre où opère chaque société faisant l'objet d'une procédure disciplinaire ou sollicitant un octroi d'agrément.

■ Article 24

Le mandat des membres de la Commission ne siégeant pas es qualité est fixé à trois ans renouvelable, à l'exception de ceux visés à l'article 23 alinéa d) dont le mandat est renouvelable par rotation.

■ Article 25

Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres de la Commission ne sollicitent ni n'acceptent d'instructions d'aucun gouvernement ni d'aucun organisme.

Les membres de la Commission ayant voix délibérative s'abstiennent de tout acte incompatible avec les devoirs d'honnêteté et de délicatesse attachés à l'exercice de leurs fonctions. A l'exception du Directeur Général de la CICA-RE, ils ne peuvent, pendant la durée de leur mandat et dans les deux ans qui suivent l'expiration de celui-ci, recevoir de rétribution d'une entreprise d'assurances.

Les membres de la Commission ainsi que les personnalités y siégeant sans voix délibérative sont tenus au secret professionnel.

■ Article 26

En dehors des renouvellements réguliers et des décès, les fonctions de membre de la Commission prennent fin par démission volontaire ou d'office.

■ Article 27

Tout membre de la Commission ayant manqué à ses obligations peut être déclaré démissionnaire par le Conseil.

■ Article 28

Le Secrétaire Général de la Conférence est chargé du Secrétariat de la Commission.

■ Article 29

Les délibérations de la Commission sont acquises à la majorité simple des membres présents ou représentés. Le Président détient une voie prépondérante en cas de partage.

La Commission ne peut siéger valablement que si neuf des membres la composant sont présents ou représentés par leur suppléant.

■ Article 30

Les dispositions du présent titre relatives à l'organisation de la Commission et à l'exécution de ses missions sont complétées et précisées par les statuts de celle-ci ou par la législation unique des assurances mentionnée à l'article 3 du présent Traité.

Section troisième

Le Secrétariat Général de la Conférence

■ Article 31

Le Secrétariat Général de la Conférence, ci-après dénommé le Secrétariat Général, concourt à la réalisation des objectifs du présent traité.

A cette fin, le Secrétariat Général de la Conférence :

- a) assure la préparation, l'exécution et le suivi des travaux du Conseil et de la Commission ;
- b) fait, s'il l'estime nécessaire, au Conseil toutes propositions tendant à modifier ou à compléter la législation unique et donne tous avis relatifs à la réalisation des objectifs du présent Traité ;
- c) arrête les règlements d'application des actes établis par le Conseil ;
- d) effectue, de sa propre initiative ou sur instruction de la Commission, le contrôle des sociétés d'assurances et de réassurance agréées sur le territoire des Etats membres ;
- e) transmet au Conseil les dossiers soumis par le Directeur Général de l'IIA et le Directeur Général de la CICA-RE ;
- f) transmet au Conseil un rapport annuel sur l'exécution de ses missions, sur l'activité de la Conférence et sur la situation du secteur des assurances.

La responsabilité de la direction et de la gestion du Secrétariat Général incombe au Secrétaire Général de la Conférence, ci-après dénommé le Secrétaire Général.

■ Article 32

Le Secrétaire Général est désigné par le Conseil pour une durée de cinq ans renouvelable une fois. Il doit justifier d'une compétence technique et avoir assuré des responsabilités dans le domaine des assurances. Le Conseil peut mettre fin, à tout moment, au mandat du Secrétaire Général.

■ Article 33

Le Secrétaire Général exerce en pleine indépendance les pouvoirs propres qui lui sont dévolus.

■ Article 34

Le Secrétaire Général transmet au Conseil pour information, les projets de règlements d'application mentionnés à l'article 31 alinéa c du présent Traité. Leur adoption définitive ne peut avoir lieu que dans un délai de trois mois à compter de la date de transmission au Conseil.

■ Article 35

Le Secrétaire Général établit l'organigramme des services du Secrétariat Général et pourvoit aux emplois dans la limite des effectifs autorisés par le budget de la Conférence.

■ Article 36

Le Conseil désigne deux secrétaires généraux adjoints.

Les Secrétaires Généraux Adjoints sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable une fois. Ils doivent justifier d'une compétence technique et avoir assuré des responsabilités dans le domaine des assurances. Ils peuvent recevoir délégation de pouvoir de la part du Secrétaire Général.

■ Article 37

Le Secrétaire Général et les Secrétaires Généraux Adjoints s'abstiennent de tout acte incompatible avec les devoirs d'honnêteté et de délicatesse attachés à l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des renouvellements réguliers et des décès, les fonctions de Secrétaire Général et celles de Secrétaires Généraux Adjoints prennent fin par la démission ou par la décision de révocation prononcée par le Conseil en cas de faute grave ou si les conditions nécessaires à l'exercice des fonctions ne sont plus remplies.

■ Article 38

Les statuts du Secrétariat Général fixent les incompatibilités attachées à l'exercice des fonctions du Secrétaire Général, des Secrétaires Généraux Adjoints et des Commissaires Contrôleurs.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ORDONNANCEMENT JURIDIQUE

■ Article 39

Pour l'accomplissement de leurs missions et dans les conditions prévues par le présent Traité, les organes de la Conférence adoptent :

- a) des règlements et des décisions ;
- b) des recommandations et des avis.

■ Article 40

Les règlements et les décisions sont obligatoires.

Le règlement a une portée générale et est directement applicable dans tous les Etats membres.

La décision désigne ses destinataires. Elle est directement applicable.

Les recommandations et les avis n'ont pas de portée obligatoire.

■ Article 41

Les règlements et les décisions sont motivés.

■ Article 42

Les règlements sont publiés au Bulletin Officiel de la Conférence. Ils deviennent exécutoires le premier jour du mois suivant la date de leur publication.

Les décisions deviennent exécutoires dès leur notification aux intéressés.

Le Conseil arrête la liste des décisions qui sont publiées au Bulletin Officiel de la Conférence.

Sauf décision expresse contraire du Conseil, les recommandations formulées par lui sont publiées au Bulletin Officiel de la Conférence.

■ Article 43

La mise en vigueur d'un acte rendu obligatoire par le présent Traité ou selon les procédures instituées par lui entraîne le transfert à la Conférence de la compétence correspondante.

■ Article 44

Les Etats membres s'abstiennent de toute intervention normative dans les domaines de compétence de la Conférence.

■ Article 45

Sans préjudice des dispositions figurant à l'article 44 supra, l'exécution juridique et matérielle des actes établis par les organes de la Conférence est assurée par les Etats membres.

■ Article 46

Les Etats membres assurent leur concours à la réalisation des objectifs de la Conférence grâce à l'action de leurs représentants au Conseil et en adoptant toutes mesures internes propres à assurer l'exécution des obligations découlant du présent Traité. Ils s'abstiennent de toute mesure susceptible de faire obstacle à l'application du présent Traité et des actes établis par les organes de la Conférence.

Dans le cadre de l'obligation de collaboration définie à l'alinéa précédent, les Etats membres veillent à ce que les Directions Nationales des Assurances servent de relais à l'action de la Commission et des autres organes de la Conférence, exécutent les missions énumérées à l'annexe II du présent Traité.

A la demande de la Commission ou du Secrétaire Général, le Conseil peut constater qu'un Etat membre a manqué à l'une des obligations qui lui incombent en vertu du présent Traité. Il peut mettre cet Etat en demeure de prendre les mesures nécessaires au rétablissement du bon ordre juridique.

■ Article 47

Les juridictions nationales appliquent les dispositions du présent Traité et les actes établis par les organes de la Conférence nonobstant toute disposition nationale contraire antérieure ou postérieure à ces textes.

■ Article 48

La validité des actes établis par les organes de la Conférence ne peut être mise en cause que devant le Conseil par voie d'action dans un délai de deux mois à compter de leur publication ou de leur notification.

■ Article 49

Le Conseil statue sur l'interprétation du présent Traité et des actes établis par les organes de la Conférence à la demande d'un Etat membre, ou de sa propre initiative s'il apparaît que des divergences d'interprétation dans les décisions des juridictions nationales sont susceptibles de faire obstacle à l'application uniforme du droit de la Conférence.

Les interprétations établies par le Conseil s'imposent à toutes les autorités nationales administratives et judiciaires.

TITRE III DISPOSITIONS FINANCIERES

■ Article 50

Le Conseil arrête, après avis du comité des experts, le budget de la Conférence sur proposition du Secrétaire Général avant l'ouverture de l'exercice budgétaire.

Le budget de la Conférence comprend toutes les dépenses des organes mentionnés à l'article 2 du présent traité à l'exception de la CICA-RE. Il doit être équilibré en recettes et en dépenses.

■ Article 51

Les recettes budgétaires des organes de la Conférence comprennent :

- a) Les contributions annuelles versées au titre des Etats membres conformément aux dispositions des articles 55 et 56 du présent traité ;
- b) Les concours financiers et les subventions versés par tout Etat membre, tout Etat tiers ou toute organisation ;
- c) Les emprunts contractés en vue de l'exécution des dépenses d'investissement ;
- d) Les recettes diverses.

■ Article 52

Le Secrétaire Général exécute le budget de la Conférence conformément aux dispositions du règlement financier pris en application de l'article 57 du présent Traité.

■ Article 53

Le Conseil arrête le budget de l'Institut International des Assurances (IIA) dans les conditions prévues par les statuts et par le règlement financier de celui-ci.

■ Article 54

Les recettes budgétaires de l'IIA comprennent :

- a) les contributions annuelles versées au titre des Etats membres conformément aux dispositions des articles 55 et 56 du présent Traité ;
- b) les concours financiers et les subventions versés par tout Etat membre, tout Etat tiers ou toute organisation ;
- c) les emprunts contractés en vue de l'exécution des dépenses d'investissement ;
- d) les recettes diverses.

■ Article 55

Le Conseil fixe, avant la fin de chaque année civile, les contributions au titre des Etats membres au fonctionnement des organes de la Conférence et de l'IIA au titre de l'année suivante.

Les contributions visées à l'alinéa précédent sont calculées suivant les modalités fixées par le Conseil.

Le Ministre en charge du secteur des assurances de chaque Etat membre notifie aux sociétés, avant le 31 Mars de chaque année, le montant des contributions qui leur reviennent, au titre de l'année courante, en distinguant les parts affectées aux organes de la Conférence, à l'IIA et aux charges de fonctionnement des Directions Nationales des Assurances.

Simultanément, le Ministre en charge du secteur des assurances de chaque Etat membre informe le Secrétaire Général de la Conférence et le Directeur Général de l'IIA des appels de contributions effectués à leur bénéfice et incombant à chaque société.

■ Article 56

Dans chaque Etat membre, les sociétés redevables de la contribution visée à l'article 55 effectuent leur versement sur un compte ouvert auprès d'une banque centrale de la zone franc au nom de la Direction Nationale des Assurances.

Le Directeur National transfère aux organes de la Conférence et à l'IIA la part de contribution qui leur revient dès paiement et leur adresse chaque fin de semestre un état récapitulatif, par société, des appels de contributions et des règlements effectués en leur faveur.

Les sociétés ne s'étant pas acquittées de leurs contributions un mois après l'approbation de leurs comptes et au plus tard le 1^{er} août de chaque année sont passibles de poursuites et de sanctions.

Les poursuites contre les sociétés sont menées par le Ministre en charge du secteur des assurances de chaque Etat membre, conformément à la réglementation nationale.

Les sanctions contre les sociétés sont prononcées par la Commission, conformément aux dispositions de l'article 17) alinéa c, à la demande soit du Ministre chargé des assurances, soit du Secrétaire Général de la Conférence, soit du Directeur Général de l'IIA.

L'Etat n'ayant pas effectué les notifications prévues à l'article 55 ou n'ayant pas respecté les dispositions

de l'alinéa 2 du présent article, au plus tard le 1^{er} septembre de l'année courante fait l'objet d'un rappel lors du prochain Conseil des Ministres.

L'Etat qui ne se sera pas acquitté de ces obligations au 31 décembre de l'année courante verra son droit de vote suspendu jusqu'à l'apurement de son passif.

■ Article 57

1°) Le Conseil arrête sur proposition du Secrétaire Général le règlement financier spécifiant les modalités relatives à l'établissement et à l'exécution du budget de la Conférence, à la reddition et à la vérification de ses comptes.

Le Conseil arrête sur proposition du Directeur Général de l'IIA le règlement financier de celui-ci spécifiant les modalités relatives à l'établissement et à l'exécution de son budget, à la reddition et à la vérification de ses comptes.

Un commissaire aux comptes nommé par le Conseil pour une durée de cinq ans renouvelable une fois certifie l'exactitude et la sincérité des comptes présentés par le Secrétaire Général de la Conférence ainsi que par le Directeur Général de l'IIA ;

2°) Le Commissaire aux Comptes agit conformément aux directives générales ou particulières du Conseil et, sous cette réserve :

– il détermine les modalités de son intervention ;

– il soumet son rapport sur les comptes au Secrétaire Général et au Directeur Général de l'IIA dans les deux mois à compter de l'expiration de l'exercice financier sur lequel portent les comptes vérifiés.

Dès réception des rapports du Commissaire aux Comptes, le Secrétaire Général de la Conférence et le Directeur Général de l'IIA les transmettent à chaque Etat membre et convoquent les commissions de vérification administrative et financière définies dans le règlement intérieur du comité des experts pour qu'elles examinent le rapport et fassent les recommandations y relatives. Le Secrétaire Général de la Conférence et le Directeur Général de l'IIA soumettent au Conseil les rapports du Commissaire aux Comptes et ceux des Commissions de Vérification.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

■ Article 58

La Conférence a la personnalité juridique. Les institutions autonomes ont leur propre personnalité juridique.

La Conférence et les institutions autonomes bénéficient dans les Etats membres des droits, immunités et privilèges octroyés aux organisations internationales. Leurs sièges sont établis dans les capitales des Etats membres ayant signé un accord de siège avec chacune d'entre elles.

Le Conseil peut décider du transfert de siège dans tout Etat membre.

■ Article 59

Le présent Traité sera ratifié par les Hautes Parties Contractantes en conformité avec leurs règles constitutionnelles respectives. Les instruments de ratification seront déposés auprès du gouvernement de la République du Cameroun et de celui de la République Gabonaise.

Le présent Traité entrera en vigueur le premier jour du mois suivant le dépôt de l'instrument de ratification de l'Etat signataire qui procédera le dernier à cette formalité. Toutefois, si le dépôt a lieu moins de quinze jours avant le début du mois suivant, l'entrée en vigueur du Traité sera reportée au premier jour du deuxième mois suivant la date de ce dépôt. Si tous les Etats signataires n'ont pas déposé leur instrument de ratification au 1er janvier 1993, le présent Traité prendra effet entre les Etats ayant accompli cette formalité, à condition qu'ils représentent plus de la moitié des Etats signataires.

■ Article 60

1°) Tout Etat peut demander à devenir membre de la Conférence. Il adresse sa demande au Conseil lequel se prononce à l'unanimité sur le rapport du Secrétaire Général.

Tout Etat adhérent est réputé signataire à compter de la date à laquelle prend effet son admission ;

2°) Le présent Traité peut être dénoncé par tout Etat signataire. Il cesse d'avoir effet à l'égard de celui-ci le dernier jour du sixième mois suivant la date de réception de la dénonciation par les Etats dépositaires ;

3°) Tout Etat membre ou le président du Conseil peut soumettre au Conseil des projets tendant à la révision du présent Traité. La modification est adoptée à l'unanimité des membres du Conseil.

Les modifications entreront en vigueur après avoir été ratifiées par tous les Etats membres en conformité avec leurs règles constitutionnelles respectives.

■ Article 61

La langue de travail de la Conférence et des institutions spécialisées est le français.

■ Article 62

La Conférence et les institutions autonomes peuvent faire appel à l'aide technique ou financière de tout autre Etat qui l'accepte, des organisations internationales et de tout autre organisme susceptible de leur apporter un concours.

Des accords de coopération et d'assistance peuvent être signés avec les Etats ou les organisations internationales.

■ Article 63

Les organes et institutions autonomes mentionnés par le présent Traité prennent la suite de ceux établis par les conventions du 27 novembre 1973 et du 20 septembre 1990. A ce titre, l'Institut International des Assurances (IIA) et la Compagnie Commune de Réassurance des Etats Membres de la CICA (CICA-RE) continuent à bénéficier des mêmes droits et à assumer les mêmes charges et obligations. Ils conservent la propriété de tous leurs biens.

Le Secrétariat Général de la Conférence bénéficie des droits et assure les charges et obligations

précédemment dévolues à la Conférence Internationale des Contrôles d'Assurances des Etats Africains (CICA).

Il acquiert la propriété de tous les biens de cette organisation.

■ Article 64

Les dispositions des accords et conventions signés antérieurement et relatifs à l'appui apporté par le Gouvernement de la République Française à l'IIA restent en vigueur.

Les dispositions des accords et conventions signés antérieurement et relatifs à l'appui apporté par le Gouvernement de la République Française à la CICA seront transférés au Secrétariat Général de la Conférence.

■ Article 65

1°) Dès son entrée en fonction, après avis du Comité des Experts mentionné à l'article 15 du présent Traité, le Secrétaire Général établit l'organigramme du Secrétariat Général de la Conférence ;

2°) Pour pouvoir aux postes du corps de contrôle des assurances constitué au sein du Secrétariat Général de la Conférence, le Secrétaire Général réunit un comité de sélection composé :

- du Président de la Commission ;
- du Directeur Général de l'IIA ;
- d'une personnalité ayant exercé des responsabilités dans le secteur des assurances, choisie pour son expérience du marché africain des assurances, nommée par le Conseil ;
- d'une personnalité ayant acquis une expérience des problèmes du contrôle des assurances en Afrique dans le cadre de l'aide technique fournie par les Etats tiers ou les organisations internationales, nommée par le Conseil.

Le Secrétaire Général de la Conférence est membre du comité de sélection, le Président de la Commission en assure la présidence ;

3°) Les modalités de sélection des candidats au recrutement dans le corps de contrôle des assurances sont établies en annexe des statuts du Secrétariat Général de la Conférence après avis du comité de sélection.

Seuls les titulaires du diplôme de l'IIA ou d'un diplôme équivalent, les titulaires d'un diplôme universitaire de troisième cycle et les personnes justifiant d'une expérience dans le domaine des assurances sont admis à présenter leur candidature.

■ Article 66

Le corps de contrôle constitué en application de l'article 65 supra comprend un effectif initial de cinq membres.

Dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur du présent Traité, le Conseil réexaminera l'effectif du corps de contrôle à la lumière de l'expérience initiale.

Aux termes du statut du personnel prévu à l'article 6 alinéa e) du présent Traité, les membres du corps de contrôle seront recrutés pour une période de trois ans renouvelable en ce qui concerne les contrôleurs et cinq ans renouvelable en ce qui concerne les chefs de brigade.

Le statut du personnel prévu à l'article 6 alinéa e) du présent Traité précisera la nature et la portée des obligations d'indépendance et de secret professionnel auxquelles les membres du corps de contrôle seront tenus dans l'exercice de leurs fonctions.

■ Article 67

Le premier exercice financier s'étendra de la date d'entrée en vigueur du présent Traité jusqu'au 31 décembre suivant. Toutefois, cet exercice s'étendra jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle de l'entrée en vigueur du Traité, si celle-ci se situe au cours du deuxième semestre.

Les contributions prévues aux articles 51 et 54 du présent Traité pourront être perçues dès l'établissement du budget applicable au premier exercice.

■ Article 68

Dès l'entrée en vigueur du présent Traité, le Secrétaire Général le notifiera, indépendamment du dépôt des instruments de ratification auprès des Etats dépositaires, au Secrétaire Général de l'Organisation de l'Unité Africaine ainsi qu'à tout Etat et toute organisation intergouvernementale ou professionnelle en mesure d'être intéressés par ledit Traité.

EN FOI DE QUOI, NOUS LES SOUSSIGNES, DUMENT AUTORISES EN QUALITE DE PLENIPOTENTIAIRES PAR NOS GOUVERNEMENTS RESPECTIFS, AVONS SIGNE LE PRESENT TRAITE.

Fait à Yaoundé, le 10 juillet 1992

Pour la **République du Bénin**

M. Paul DOSSOU

Pour le **Burkina Faso**

M. M. C. KABORE

Pour la **République du Cameroun**

M. Justin NDIORO

Pour la **République Centrafricaine**

M. Auguste TENE-KOYZOA

Pour la **République du Congo**

M. Jean-Luc MALEKAT

Pour la **République de Côte d'Ivoire**

M. Kablan Daniel DUNCAN

Pour la **République Gabonaise**

M. Faustin BOUKOUBI

Pour la **République de Guinée Equatorial**

M. Marcelino Nguema ONGUENE

Pour la **République du Mali**

M. Mahamar Omar MAIGA

Pour la **République du Niger**

M. GNANDOU IDE

Pour la **République du Sénégal**

M. Famara Ibrahima SAGNA

Pour la **République du Tchad**

M. Kadadi NDAGMAISSOU

Pour la **République Togolaise**

M. Elias Kwassivi KPETIGO

Pour la **République Fédérale Islamique des Comores**

M. CAADI El Yachroutu Mohamed

TRAITE CIMA

ANNEXE I

**CODE DES ASSURANCES
DES ETATS MEMBRES DE LA CIMA**

AVANT PROPOS

Depuis son entrée en vigueur le 15 Janvier 1995, le Code des assurances des Etats membres de la CIMA a été modifié à plusieurs reprises par le Conseil des Ministres.

Les modifications sont les suivantes :

A. Conseil des Ministres du 20 Avril 1995

- | | | |
|----------------|-------------------|-------------------|
| 1. Article 4 | 10. Article 256 | 19. Article 335-3 |
| 2. Article 13 | 11. Article 265 | 20. Article 335-8 |
| 3. Article 21 | 12. Article 267 | 21. Article 337-2 |
| 4. Article 23 | 13. Article 268 | 22. Article 411-1 |
| 5. Article 41 | 14. Article 269 | 23. Article 422 |
| 6. Article 55 | 15. Article 274 | 24. Article 431 |
| 7. Article 65 | 16. Article 276 | 25. Article 432 |
| 8. Article 200 | 17. Article 328 | |
| 9. Article 237 | 18. Article 335-1 | |

B. Conseil des Ministres du 20 septembre 1996

1. Article 256

C. Conseil des Ministres du 16 Septembre 1997

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| 1. Article 501 | 4. Article 515 | 7. Article 524 |
| 2. Article 507 | 5. Article 518 | 8. Article 527 |
| 3. Article 510 | 6. Article 521 | 9. Article 530 |

D. Conseil des Ministres du 24 Avril 1999

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| 1. Article 6-3 | 14. Article 274 | 27. Article 330-2 |
| 2. Article 42 | 15. Article 306 | 28. Article 335 |
| 3. Article 65 | 16. Article 321 | 29. Article 335-2 |
| 4. Article 74-5 | 17. Article 321-1 | 30. Article 335-3 |
| 5. Article 99 | 18. Article 325-1 | 31. Article 335-4 |
| 6. Article 227 | 19. Article 325-2 | 32. Article 335-5 |
| 7. Article 231 | 20. Article 325-3 | 33. Article 335-10 |
| 8. Article 234 | 21. Article 325-5 | 34. Article 338 |
| 9. Article 239 | 22. Article 325-6 | 35. Article 419 |
| 10. Article 258 | 23. Article 328-4 | 36. Article 422 |
| 11. Article 259 | 24. Article 328-6 | 38. Article 534 |
| 12. Article 260 | 25. Article 328-6 | |
| 13. Article 265 | 26. Article 329 | |

E. Conseil des Ministres du 04 Avril 2000

1. Article 13
2. Article 301
3. Article 308
4. Article 321-2
5. Article 321-3
6. Article 329-8
7. Article 330-7
8. Article 330-33 bis
9. Article 333-3
10. Article 333-11
11. Article 337-1
12. Article 422

F. Conseil des Ministres du 21 Avril 2004

1. Article 308-1
2. Article 501
3. Article 503
4. Article 534-1
5. Article 534-2
6. Article 535

G. Conseil des Ministres du 6 Avril 2005

1. Article 433

H. Conseil des Ministres du 11 septembre 2006

1. Article 334-8
2. Article 334-12

I. Conseil des Ministres du 04 avril 2007

1. Article 329-3
2. Article 330-2

J. Conseil des Ministres du 15 septembre 2007

1. Article 335-1

K. Conseil des Ministres du 02 avril 2008

1. Article 301-1
2. Article 309
3. Article 310
4. Article 310-1
5. Article 310-2
6. Article 310-3
7. Article 310-4
8. Article 310-5
9. Article 310-6
10. Article 330-49
11. Article 330-50
12. Article 330-51
13. Article 330-52
14. Article 330-53
15. Article 330-54
16. Article 330-55
17. Article 330-56
18. Article 330-57
19. Article 330-58
20. Article 337-5
21. Article 337-5-1
22. Article 337-5-2
23. Article 337-5-3
24. Article 337-5-4
25. Article 337-5-5
26. Article 337-5-6
27. Article 337-6
28. Article 422-1
29. Article 425-1
30. Article 426-1
31. Article 434
32. Article 434-1
33. Article 434-2
34. Article 434-3
35. Article 434-4
36. Article 434-5
37. Article 434-6
38. Article 434-7
39. Article 434-8
40. Article 548
41. Article 549
42. Article 550
42. Article 551
43. Article 552
44. Article 553
45. Article 554
46. Article 555
47. Article 556
48. Article 557
49. Article 558
50. Article 559
51. Article 560
52. Article 561

La présente édition contient :

- 1 - le règlement n° 0002/CIMA/PCMA/PCE/SG/06 du 11 septembre 2006 abrogeant et remplaçant le règlement n° 004/CIMA/PCMA/PCE/SG/04 du 7 Octobre 2004 portant mise en place d'une coassurance communautaire dans la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA) ;
- 2 - le règlement particulier n° 0002/CIMA/PCMA/CE/SG/08 du 02 avril 2008 relatif aux règles de consolidation et de combinaison des entreprises régies par le code des assurances ;
- 3 - le règlement n° 0004/CIMA/PCMA/PCE/SG/08 du 04 octobre 2008 définissant les procédures applicables par les organismes d'assurances dans les Etats membres de la CIMA dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- 4 - la circulaire n° 00230/CIMA/CRCA/PDT/2005 du 24 octobre 2005 relative à la méthode de détermination de la provision pour sinistres déclarés tardifs ;
- 5 - la circulaire n° 00090/CIMA/CRCA/PDT/2006 du 14 juillet 2006 abrogeant et remplaçant le circulaire n° 00229/CIMA/CRCA/PDT/2005 du 24 octobre 2005 relative à la méthode de détermination de la provision pour annulation des primes ;

Elle contient également les interprétations établies par le Conseil des Ministres des Assurances sur dix-neuf (19) articles du Code des assurances. Il s'agit des articles suivants : 13 alinéa 2 - 18 - 28 - 29 - 206 - 239 alinéa 1 - 260 alinéa 3 - 260 b - 304 - 308 - 308-1 - 325-6 - 325-7 alinéa 2 - 329 - 329-8 - 330-14 alinéa 5 - 503 - 530 - 532.

La CIMA espère qu'ainsi revue et complétée, la nouvelle édition du Code répondra à l'attente des utilisateurs.

Les Editeurs.

CODE DES ASSURANCES

CODE DES ASSURANCES DES ETATS MEMBRES DE LA CIMA

LIVRE I	Le Contrat
LIVRE II	Les assurances obligatoires
LIVRE III	Les entreprises
LIVRE IV	Règles comptables applicables aux organismes d'assurance
LIVRE V	Agents généraux, courtiers et autres intermédiaires d'assurance et de capitalisation
LIVRE VI	Organismes particuliers d'assurances.

LIVRE I

LE CONTRAT

TITRE I : Règles communes aux assurances de dommages non maritimes et aux assurances de personnes.

- CHAPITRE 1^{ER} - Dispositions générales
- CHAPITRE II - Conclusion et preuve du contrat d'assurance
Forme et transmission des polices
- CHAPITRE III - Obligations de l'assureur et de l'assuré
- CHAPITRE IV - Compétences et prescription

TITRE II : Règles relatives aux assurances de dommages non maritimes

- CHAPITRE 1^{ER} - Dispositions générales
- CHAPITRE II - Les assurances contre l'incendie
- CHAPITRE III - Les assurances de responsabilité
- CHAPITRE IV - Les assurances des risques agricoles

TITRE III : Règles relatives aux assurances de personnes et aux contrats de capitalisation

- CHAPITRE 1^{ER} - Dispositions générales
- CHAPITRE II - Assurance sur la vie et contrats de capitalisation

TITRE IV : Les assurances de groupe

TITRE V : Dispositions transitoires

LIVRE I LE CONTRAT

TITRE I REGLES COMMUNES AUX ASSURANCES DE DOMMAGES NON MARITIMES ET AUX ASSURANCES DE PERSONNES

CHAPITRE PREMIER

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1

Domaine d'application

Les titres I, II et III du présent livre ne concernent que les assurances terrestres. Ils ne sont applicables ni aux assurances maritimes, ni aux assurances fluviales, ni aux réassurances conclues entre assureurs et réassureurs. Les opérations d'assurance crédit ne sont pas régies par les titres mentionnés au premier alinéa.

Article 2

Dispositions impératives

Ne peuvent être modifiées par convention les prescriptions des titres I, II et III du présent livre, sauf celles qui donnent aux parties une simple faculté et qui sont limitativement énumérées dans les articles 4 alinéa 2, 5, 9, 10, 35 à 38, 42, 45, 46, 50, 51, 53, 58 et 72.

Article 3

Souscription de contrats non libellés en francs CFA - Interdiction

Il est interdit aux personnes physiques résidant sur le territoire d'un Etat membre de la CIMA et aux personnes morales pour leurs établissements situés sur le territoire d'un Etat membre de la CIMA de souscrire des contrats d'assurance directe ou de rente viagère non libellés en francs CFA, sauf autorisation du Ministre en charge des assurances de l'Etat membre.

Sont nuls de plein droit les contrats souscrits à dater de l'application du présent Code en infraction aux dispositions du présent article.

Les sociétés d'assurance qui bénéficient d'une dérogation pour libeller des contrats en devises sont assimilées à des détenteurs agréés de devises et doivent effectuer auprès des banques centrales une déclaration de leurs engagements et avoirs en devises.

Article 4 **Réassurance - Coassurance**

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Réassurance

Dans tous les cas où l'assureur se réassure contre les risques qu'il a assurés, il reste seul responsable vis-à-vis de l'assuré.

Multirisque

Plusieurs risques différents, notamment par leur nature ou par leur taux, peuvent être assurés par une police unique.

Coassurance

Plusieurs assureurs qui opèrent au sein d'un même Etat, peuvent également s'engager par une police unique. En cas de sinistre, il n'y a pas de solidarité entre les Coassureurs dans leurs rapports avec l'assuré.

CHAPITRE II

CONCLUSION ET PREUVE DU CONTRAT D'ASSURANCE FORME ET TRANSMISSION DES POLICES

Article 5

Mandat - Assurance pour compte

L'assurance peut être contractée en vertu d'un mandat général ou spécial ou même sans mandat, pour le compte d'une personne déterminée. Dans ce dernier cas, l'assurance profite à la personne pour le compte de laquelle elle a été conclue, alors même que la ratification n'aurait lieu qu'après le sinistre.

L'assurance peut aussi être contractée pour le compte de qui il appartiendra.

La clause vaut tant comme assurance au profit du souscripteur du contrat, que comme stipulation pour autrui au profit du bénéficiaire connu ou éventuel de ladite clause.

Le souscripteur d'une assurance contractée pour le compte de qui il appartiendra est seul tenu au paiement de la prime envers l'assureur ; les exceptions que l'assureur pourrait lui opposer sont également opposables au bénéficiaire du contrat, quel qu'il soit.

Article 6

Proposition d'assurance - Modification du contrat

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 22 avril 1999)

La proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur ; seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque.

L'assureur est tenu avant la conclusion du contrat de fournir une fiche d'information sur le prix, les garanties et les exclusions.

Est considérée comme acceptée la proposition faite par lettre recommandée avec accusé de réception, par lettre contresignée ou par tout autre moyen faisant foi de la date de réception, de prolonger ou de modifier un contrat, ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas dans les quinze jours après qu'elle lui soit parvenue.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 7

Preuve du contrat - Avenant - Note de couverture

Le contrat d'assurance est rédigé par écrit dans la ou les langues officielles de l'Etat membre de la CIMA en caractères apparents. Lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture.

Article 8

Mentions du contrat d'assurance

Les polices d'assurance doivent indiquer :

- les noms et domiciles des parties contractantes ;
- la chose ou la personne assurée ;
- la nature des risques garantis ;
- le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée de cette garantie ;
- le montant de cette garantie ;
- la prime ou la cotisation de l'assurance ;
- les conditions de la tacite reconduction, si elle est stipulée ;
- les cas et conditions de prorogation ou de résiliation du contrat ou de cessation de ses effets ;
- les obligations de l'assuré, à la souscription du contrat et éventuellement en cours de contrat, en ce qui concerne la déclaration du risque et la déclaration des autres assurances couvrant les mêmes risques ;
- les conditions et modalités de la déclaration à faire en cas de sinistre ;
- le délai dans lequel les indemnités sont payées ;
- pour les assurances autres que les assurances contre les risques de responsabilité, la procédure et les principes relatifs à l'estimation des dommages en vue de la détermination du montant de l'indemnité ;
- la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance ;
- les formes de résiliation ainsi que le délai de préavis.

Les clauses des polices édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents.

Les polices des sociétés d'assurance mutuelle doivent constater la remise à l'adhérent du texte entier des statuts de la société.

Article 9

Transmission de la police d'assurance

La police d'assurance peut être à personne dénommée, à ordre ou au porteur.

Les polices à ordre se transmettent par voie d'endossement, même en blanc.

La police d'assurance sur la vie peut être à ordre. Elle ne peut être au porteur.

L'endossement d'une police d'assurance sur la vie à ordre doit, à peine de nullité, être daté, indiquer le nom du bénéficiaire de l'endossement et être signé de l'endosseur.

Article 10

Opposabilité des exceptions

L'assureur peut opposer au porteur de la police ou au tiers qui en invoque le bénéfice, les exceptions opposables au souscripteur originaire.

CHAPITRE III

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR ET DE L'ASSURÉ

Article 11

Exclusions et faute intentionnelle ou dolosive

Les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police.

Toutefois, l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.

La charge de la preuve du caractère intentionnel de la faute appartient à l'assureur.

Article 12

Obligations de l'assuré

L'assuré est obligé :

1°) de payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;

2°) de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3°) de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2°) ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée ou contresignée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

En cas de lettre contresignée, un récépissé servant de preuve doit être délivré à l'assuré ;

4°) de donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le

contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

En cas de vol ou en cas de sinistre mortalité de bétail, ce délai est fixé à 48 heures.

Les délais ci-dessus, peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

Les dispositions mentionnées aux 1^o), 3^o) et 4^o) ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 13 **Paiement de la prime**

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 4 avril 2000).

Sauf convention contraire, la prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet et titulaire d'un mandat écrit.

La prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime par l'assuré.

Lorsqu'une prime ou fraction de prime d'un contrat renouvelé par tacite reconduction est impayée dix jours après son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'au terme du contrat sans qu'il soit besoin de la renouveler.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés, à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

L'assureur ne peut, par une clause du contrat, déroger à l'obligation de la mise en demeure.

La mise en demeure ou la résiliation pour non paiement de prime doit se faire par lettre recommandée ou lettre contresignée.

Toutefois, l'assureur qui aura donné sa garantie, en fixant une date de prise d'effet dans les documents contractuels sans pour autant que la prime ait été payée, ne pourra en aucun cas se prévaloir de l'alinéa 2 pour refuser la prise en charge d'un sinistre qui surviendrait lorsque les dispositions de l'alinéa 3 n'auront pas été mises en application.

Les dispositions des alinéas 2 à 7 du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 14 **Avis d'échéance**

Pour les contrats à tacite reconduction, à chaque échéance de prime, l'assureur est tenu d'aviser à la dernière adresse connue, au moins quinze jours à l'avance, l'assuré, ou la personne chargée du paiement des primes, de la date d'échéance et du montant de la somme dont il est redevable.

Article 15 **Aggravation et modification du risque**

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou

ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté, soit de dénoncer le contrat en remboursant la fraction de prime non courue, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie, ni à l'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

Si, pour la fixation de la prime, il a été tenu compte de circonstances spéciales, mentionnées dans la police, aggravant les risques, et si ces circonstances viennent à disparaître au cours de l'assurance, l'assuré a le droit de résilier le contrat, sans indemnité, si l'assureur ne consent pas la diminution de prime correspondante, d'après le tarif applicable lors de la souscription du contrat.

L'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a consenti au maintien de l'assurance.

Article 16 **Obligations de l'assureur**

Lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat et ne peut être tenu au-delà.

L'assureur ne couvre pas les sinistres survenus après expiration ou suspension du contrat.

Article 17 **Faillite ou liquidation judiciaire**

L'assurance subsiste en cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assuré. Le syndic ou le débiteur autorisé par le juge ou le liquidateur selon le cas et l'assureur conservent le droit de résilier le contrat pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de faillite ou de liquidation judiciaire. La portion de prime afférente au temps pendant lequel l'assureur ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

En cas de faillite d'une entreprise d'assurance, les contrats qu'elle détient dans son portefeuille cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à midi, à compter de la publication dans un journal d'annonces légales, de la décision du retrait de l'agrément. Les primes sont dues proportionnellement à la période de garantie. Le syndic peut surseoir au paiement des sinistres.

Article 18 **Fausse déclaration intentionnelle : sanctions**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 80, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 19 **Fausse déclaration non intentionnelle**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ou contresignée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 20

Sanctions en cas de déclaration tardive et clauses de déchéance prohibées

Sont nulles :

1°) lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3°) et 4°) de l'article 12 ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure ;

2°) toutes clauses générales frappant de déchéance l'assuré en cas de violation des lois et des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;

3°) toutes clauses frappant de déchéance l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'assureur de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 21

Résiliation

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995).

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police.

Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur.

Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie, pour la couverture des risques de construction et des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 22

Forme de la résiliation

Dans tous les cas où l'assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur dans la localité, soit par acte extra judiciaire, soit par lettre recommandée, soit par tout autre moyen indiqué dans la police.

Article 23

Résiliation après sinistre

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Dans le cas où une police prévoit pour l'assureur la faculté de résilier le contrat après sinistre, la résiliation ne peut être faite que dans un délai de trois mois après qu'il en ait eu connaissance et moyennant un préavis d'un mois à dater de la notification à l'assuré par lettre recommandée, par acte extrajudiciaire ou par tout autre moyen. L'assureur qui, passé le délai d'un mois après qu'il a eu connaissance du sinistre, a accepté le paiement d'une prime ou cotisation ou d'une fraction de prime ou cotisation correspondant à une période d'assurance ayant débuté postérieurement au sinistre ne peut plus se prévaloir de ce sinistre pour résilier le contrat.

Dans le cas prévu au premier alinéa ci-dessus, les polices doivent reconnaître à l'assuré le droit, dans le délai d'un mois, de la notification de la résiliation de la police sinistrée, de résilier les autres contrats d'assurance qu'il peut avoir souscrits auprès de l'assureur, la résiliation prenant effet un mois à dater de la notification à l'assureur.

La faculté de résiliation ouverte à l'assureur et à l'assuré par application des deux précédents alinéas, comporte restitution par l'assureur des portions de primes ou cotisations afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis.

Article 24

Durée du contrat

La durée du contrat doit être mentionnée en caractères très apparents dans la police. La police doit également mentionner que la durée de la tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

A défaut de cette mention, l'une des parties peut, nonobstant toute clause contraire, résilier le contrat sans indemnité, chaque année, à la date anniversaire de sa prise d'effet moyennant un préavis d'un mois au moins.

Article 25

Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- changement de situation ou de régime matrimonial.

Le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

Elle prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 26

Résiliation : forme

Lorsqu'une partie entend résilier un contrat d'assurance en vertu des dispositions de l'article 25, elle doit adresser à l'autre partie une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement qu'elle invoque et donnant toute précision de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement.

Article 27

Résiliation : délai

La date à partir de laquelle le délai de résiliation est ouvert à l'assuré en raison de la survenance d'un des événements prévus à l'article 25 est celle à laquelle la situation nouvelle prend naissance.

Toutefois, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, le point de départ du délai est le lendemain de la date à laquelle la situation antérieure prend fin.

Lorsque l'un quelconque des événements est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

CHAPITRE IV

COMPETENCES ET PRESCRIPTION

Article 28

Prescription biennale ou quinquennale

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1°) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à cinq ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Article 29
Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter soit de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 30
Compétences

Dans toutes les instances relatives à la fixation et au règlement des indemnités dues, le défendeur (assureur ou assuré) est assigné devant le tribunal du domicile de l'assuré, de quelque espèce d'assurance qu'il s'agisse, sauf en matière d'immeubles ou de meubles par nature, auquel cas le défendeur est assigné devant le tribunal de la situation des objets assurés.

Toutefois, s'il s'agit d'assurances contre les accidents de toute nature, l'assuré peut assigner l'assureur devant le tribunal du lieu où s'est produit le fait dommageable.

TITRE II
REGLES RELATIVES AUX ASSURANCES
DE DOMMAGES NON MARITIMES

CHAPITRE PREMIER

DISPOSITIONS GENERALES

Article 31
Principe indemnitaire

L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité ; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre.

Il peut être stipulé que l'assuré reste obligatoirement son propre assureur pour une somme, ou une quotité déterminée, ou qu'il supporte une déduction fixée d'avance sur l'indemnité du sinistre.

Article 32

Dommages causés par les personnes ou biens dont l'assuré est civilement responsable

L'assureur est garant des pertes et dommages causés par des personnes dont l'assuré est civilement responsable quelles que soient la nature et la gravité des fautes de ces personnes, ou par des choses qu'il a sous sa garde.

Article 33

Surassurance

Lorsqu'un contrat d'assurance a été consenti pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée, s'il y a eu dol ou fraude de l'une des parties, l'autre partie peut en demander la nullité et réclamer, en outre, des dommages et intérêts.

S'il n'y a eu ni dol ni fraude, le contrat est valable, mais seulement jusqu'à concurrence de la valeur réelle des objets assurés et l'assureur n'a pas droit aux primes pour l'excédent. Seules les primes échues lui restent définitivement acquises, ainsi que la prime de l'année courante quand elle est à terme échu.

Article 34

Assurances cumulatives

Celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs.

L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée.

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article 33, premier alinéa, sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article 31, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

Article 35

Sous-assurance

S'il résulte des estimations que la valeur de la chose assurée excède au jour du sinistre la somme garantie, l'assuré est considéré comme restant son propre assureur pour l'excédent, et supporte, en conséquence, une part proportionnelle du dommage, sauf convention contraire.

Article 36

Intérêt d'assurance

Toute personne ayant intérêt à la conservation d'une chose peut la faire assurer.

Tout intérêt direct ou indirect à la non réalisation d'un risque peut faire l'objet d'une assurance.

Article 37

Vice propre de la chose assurée

Les déchets, diminutions et pertes subies par la chose assurée et qui proviennent de son vice propre ne sont pas à la charge de l'assureur, sauf convention contraire.

Article 38

Exclusion des risques de guerre

L'assureur ne répond pas, sauf convention contraire, des pertes et dommages occasionnés, soit par la guerre étrangère, soit par la guerre civile, soit par des émeutes ou par des mouvements populaires.

Lorsque ces risques ne sont pas couverts par le contrat, l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ; il appartient à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires.

Article 39

Perte totale de la chose assurée

En cas de perte totale de la chose assurée résultant d'un événement non prévu par la police, l'assurance prend fin de plein droit et l'assureur doit restituer à l'assuré la portion de la prime payée d'avance et afférente au temps pour lequel le risque n'est plus couru.

Article 40

Décès de l'assuré et aliénation de la chose assurée

En cas de décès de l'assuré ou d'aliénation de la chose assurée, l'assurance continue de plein droit au profit de l'héritier ou de l'acquéreur, à charge pour celui-ci d'exécuter toutes les obligations dont l'assuré était tenu vis-à-vis de l'assureur en vertu du contrat.

Il est loisible, toutefois, soit à l'assureur, soit à l'héritier ou à l'acquéreur de résilier le contrat. L'assureur peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à partir du jour où l'attributaire définitif des objets assurés a demandé le transfert de la police à son nom.

En cas d'aliénation de la chose assurée, celui qui aliène reste tenu vis-à-vis de l'assureur au paiement des primes échues, mais il est libéré, même comme garant des primes à échoir, à partir du moment où il a informé l'assureur de l'aliénation par lettre recommandée.

Lorsqu'il y a plusieurs héritiers ou plusieurs acquéreurs, si l'assurance continue, ils sont tenus solidairement du paiement des primes.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables au cas d'aliénation d'un véhicule terrestre à moteur ou de navires et bateaux de plaisance.

Article 41

Aliénation des véhicules terrestres à moteur

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

En cas d'aliénation d'un véhicule terrestre à moteur ou de ses remorques ou semi-remorques, et seulement en ce qui concerne le véhicule aliéné, le contrat d'assurance est suspendu de plein droit à partir

du cinquième jour de l'aliénation à vingt quatre heures. Il peut être résilié par chacune des parties moyennant préavis de 10 jours.

A défaut de remise en vigueur du contrat par accord des parties ou de résiliation par l'une d'elles, la résiliation intervient de plein droit à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'aliénation.

L'assureur est tenu au remboursement du prorata de prime correspondant à la période allant de la date de cette résiliation à la date d'échéance.

L'assuré doit informer l'assureur, par lettre recommandée ou par tout autre moyen prévu dans la police, de la date d'aliénation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

L'ensemble des dispositions du présent article est applicable en cas d'aliénation de navires ou de bateaux de plaisance quel que soit le mode de déplacement ou de propulsion utilisé.

Article 42 **Subrogation de l'assureur**

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui ont causé le dommage ayant donné lieu à la garantie de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé de tout ou partie de sa garantie envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Article 43 **Droits des créanciers sur l'indemnité d'assurance**

Les indemnités dues par suite d'assurance sont attribuées, sans qu'il y ait besoin de délégation expresse, aux créanciers privilégiés ou hypothécaires, suivant leur rang.

Néanmoins, les paiements faits de bonne foi avant opposition sont valables.

Il en est de même des indemnités dues en cas de sinistre par le locataire ou par le voisin qui répondent de l'incendie à moins qu'il ne prouve que l'incendie est arrivé par cas fortuit ou force majeure, ou par vice de construction, ou que le feu a été communiqué par une maison voisine. En cas d'assurance du risque locatif ou du recours du voisin, l'assureur ne peut payer à un autre que le propriétaire de l'objet loué, le voisin ou le tiers subrogés à leurs droits, tout ou partie de la somme due, tant que lesdits propriétaire, voisin ou tiers subrogés n'ont pas été désintéressés des conséquences du sinistre, jusqu'à concurrence de ladite somme.

Article 44 **Disparition de la chose assurée**

L'assurance est nulle si, au moment du contrat, la chose assurée a déjà péri ou ne peut plus être exposée aux risques.

Les primes payées doivent être restituées à l'assuré, sous déduction des frais exposés par l'assureur, autres que ceux de commissions, lorsque ces derniers ont été récupérés contre l'agent ou le courtier.

CHAPITRE II

LES ASSURANCES CONTRE L'INCENDIE

Article 45 **Dommmages garantis**

L'assureur contre l'incendie répond de tous dommages matériels causés par conflagration, embrasement ou simple combustion. Toutefois, il ne répond pas, sauf convention contraire, de ceux occasionnés par la seule action de la chaleur due par le contact direct et immédiat du feu ou d'une substance incandescente s'il n'y a eu ni incendie, ni commencement d'incendie susceptible de dégénérer en incendie véritable.

Article 46 **Obligations de l'assureur**

Les dommages matériels résultant directement de l'incendie ou du commencement d'incendie sont seuls à la charge de l'assureur, sauf convention contraire.

Si, dans les trois mois à compter de la remise de l'état des pertes assorti des justificatifs pertinents, l'expertise n'est pas terminée du fait de l'assureur ou de l'expert qu'il a désigné, l'assuré a le droit de faire courir les intérêts par sommation.

Si elle n'est pas terminée dans les six mois, chacune des parties peut procéder judiciairement.

Article 47 **Secours et mesures de sauvetage**

Sont assimilés aux dommages matériels et directs les dommages matériels occasionnés aux objets compris dans l'assurance par les secours et par les mesures de sauvetage.

Article 48 **Disparition des objets assurés pendant l'incendie**

L'assureur répond de la perte ou de la disparition des objets assurés survenue pendant l'incendie, à moins qu'il ne prouve que cette perte ou cette disparition est provenue d'un vol.

Article 49 **Vice propre de la chose**

L'assureur, conformément à l'article 37, ne répond pas des pertes et détériorations de la chose assurée provenant du vice propre ; mais il garantit les dommages d'incendie qui en sont la suite, à moins qu'il ne soit fondé à demander la nullité du contrat d'assurance par application de l'article 18, premier alinéa.

Article 50
Incendies résultant de cataclysmes

Sauf convention contraire, l'assurance ne couvre pas les incendies directement occasionnés par les éruptions de volcan, les tremblements de terre et autres cataclysmes.

CHAPITRE III

LES ASSURANCES DE RESPONSABILITE

Article 51
Mise en œuvre de la garantie

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.

Article 52
Clauses des polices

Les polices d'assurance garantissant des risques de responsabilité civile doivent prévoir qu'en ce qui concerne cette garantie aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations commis postérieurement au sinistre ne sera opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. Elles ne doivent contenir aucune clause interdisant à l'assuré de mettre en cause son assureur ni de l'appeler en garantie à l'occasion d'un règlement de sinistre.

Article 53
Reconnaissance de responsabilité et transaction

L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité.

Article 54
Action directe - Dépens

Action directe

L'assureur ne peut payer à un autre que le tiers lésé tout ou partie de la somme due par lui, tant que ce tiers n'a pas été désintéressé, jusqu'à concurrence de ladite somme, des conséquences pécuniaires du fait dommageable ayant entraîné la responsabilité de l'assuré.

Dépens

Les dépens résultant de toute poursuite en responsabilité dirigée contre l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf convention contraire.

CHAPITRE IV

LES ASSURANCES DES RISQUES AGRICOLES

Article 55

Risques agricoles, définition

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Sont considérés pour l'application du présent Code comme présentant le caractère de risques agricoles :

- les risques auxquels sont exposées les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe à l'agriculture ainsi que leurs biens ;
- les risques auxquels sont exposés les membres du personnel employés par ces personnes physiques ou morales ainsi que leurs biens agricoles ;
- les risques auxquels sont exposés les membres de la famille des personnes physiques mentionnées ci-dessus ainsi que leurs biens agricoles, lorsqu'ils vivent avec elles sur leur exploitation.

TITRE III

REGLES RELATIVES AUX ASSURANCES DE PERSONNES ET AUX CONTRATS DE CAPITALISATION

CHAPITRE PREMIER

DISPOSITIONS GENERALES

Article 56

Capital assuré

En matière d'assurance sur la vie et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par le contrat.

En matière d'assurance sur la vie, le capital ou la rente garantis peuvent être exprimés en unités de compte constituées de valeurs mobilières ou d'actifs figurant sur une liste dressée par le Conseil des Ministres chargés des assurances dans les Etats membres de la CIMA.

Dans tous les cas, le contractant ou le bénéficiaire a la faculté d'opter entre le règlement en espèces et la remise des titres ou des parts. Toutefois lorsque les unités de compte sont constituées par des titres ou des parts non négociables, le règlement ne peut être effectué qu'en espèces.

La contre-valeur en espèces des sommes versées par l'assureur lors de la réalisation du risque ne peut toutefois être inférieure à celle du capital ou de la rente garantis, calculée sur la base de la valeur de l'unité de compte à la date de prise d'effet du contrat ou, s'il y a lieu, de son dernier avenant.

Article 57

Absence de subrogation

Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Toutefois, lorsqu'il est prévu par le contrat, le recours subrogatoire de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité du fait de l'accident peut être exercé contre la personne tenue à réparation dans la limite du préjudice subi par l'assuré et non réparé par le tiers responsable.

CHAPITRE II

ASSURANCE SUR LA VIE ET CONTRATS DE CAPITALISATION

Section I

Dispositions Générales

Article 58

Assurance sur la vie

La vie d'une personne peut être assurée par elle-même ou par un tiers. Plusieurs personnes peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacune d'elles par un seul et même acte.

Article 59

Consentement de l'assuré

L'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle, si ce dernier n'y a pas donné son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantis.

Le consentement de l'assuré doit, à peine de nullité, être donné par écrit, pour toute cession ou constitution de gage et pour transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête par un tiers.

Article 60

Assurance sur la tête d'un incapable

Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze (12) ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.

La nullité est prononcée sur la demande de l'assureur, du souscripteur de la police ou du représentant de l'incapable.

Les primes payées sont intégralement restituées.

L'assureur et le souscripteur sont en outre passibles, pour chaque assurance conclue sciemment en violation de cette interdiction, de la plus forte amende contraventionnelle.

Ces dispositions ne mettent point obstacle dans l'assurance en cas de décès, au remboursement des primes payées en exécution d'un contrat d'assurance en cas de vie, souscrit sur la tête d'une des personnes mentionnées ci-dessus.

Article 61

Assurance sur la tête d'un mineur de plus de 12 ans

Une assurance en cas de décès ne peut être contractée par une autre personne sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de douze (12) ans sans l'autorisation de celui de ses parents qui est investi de l'autorité parentale, de son tuteur ou de son curateur.

Cette autorisation ne dispense pas du consentement personnel de l'incapable.

A défaut de cette autorisation et de ce consentement, la nullité du contrat est prononcée à la demande de tout intéressé.

Article 62

Mentions de la police

La police d'assurance sur la vie doit indiquer, outre les énonciations mentionnées dans l'article 8 :

- 1°) les nom, prénoms et date de naissance de celui ou ceux sur la tête desquels repose l'opération ;
- 2°) l'événement ou le terme duquel dépend l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.

Article 63

Durée

La durée d'un contrat de capitalisation est fixée par convention.

Article 64

Mentions du titre ou contrat de capitalisation

Tout titre ou contrat de capitalisation doit indiquer :

- 1°) le montant du capital remboursable à l'échéance et le montant à toute époque du capital remboursable par anticipation ;
- 2°) le montant et la date d'exigibilité des versements ;
- 3°) la date de prise d'effet ainsi que la date d'échéance du contrat ;
- 4°) la valeur de rachat garantie du contrat d'année en année pendant au moins 6 ans ;
- 5°) les conditions dans lesquelles l'entreprise peut consentir des avances ;
- 6°) les conditions de déchéance opposables aux souscripteurs pour retard dans les versements, sans que ces déchéances puissent avoir effet avant un délai d'un mois à dater du jour de l'échéance ; ce délai ne court, si le contrat est nominatif, qu'à partir d'une mise en demeure par lettre recommandée ;
- 7°) la substitution de plein droit de tous les héritiers des titulaires de contrats nominatifs auxdits

titulaires, ainsi que l'interdiction pour l'entreprise de stipuler à leur décès aucun versement supplémentaire ou aucune retenue spéciale ;

8°) la limitation des sommes à prélever pour frais de gestion en proportion des versements ;

9°) le numéro ou la combinaison de lettres dont la désignation par le sort peut entraîner le remboursement anticipé à la suite de tirages ;

10°) le nombre de tirages par an, ainsi que leurs dates ;

11°) le mécanisme des tirages et les conditions de publicité dans lesquelles ils s'effectuent ;

12°) les ressources qui alimentent les tirages lorsqu'ils ne sont pas garantis, la proportion des titres remboursés par anticipation avec la spécification de la méthode employée pour la désignation des titres par le sort.

Article 65

Renonciation, Indication des valeurs de rachat

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou une police d'assurance sur la vie ou un contrat de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout autre moyen faisant foi de la réception pendant le délai de trente jours à compter du premier versement.

La renonciation entraîne la restitution de la prime versée, déduction faite du coût de police, dans le délai maximal de trente jours à compter de la réception de ladite renonciation. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, au double du taux légal.

La proposition d'assurance, la police d'assurance, ou le contrat de capitalisation doivent indiquer notamment, pour les contrats qui en comportent, les valeurs de rachat garanties au terme de chacune des huit premières années au moins.

Le défaut de communication des informations énumérées à l'alinéa précédent entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa jusqu'au trentième jour suivant la date de la communication effective de ces informations.

Article 66

Suicide

L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux premières années du contrat.

Article 67

Remboursement de la provision mathématique

Dans le cas de réticence ou fausse déclaration mentionné à l'article 18, dans le cas où l'assuré s'est donné volontairement et consciemment la mort au cours du délai mentionné à l'article 66 ou lorsque le contrat exclut la garantie du décès en raison de la cause de celui-ci, l'assureur verse au contractant ou, en cas de décès de l'assuré, au bénéficiaire, une somme égale à la provision mathématique du contrat.

Article 68

Assurance au profit d'un bénéficiaire déterminé

Le capital ou la rente garantis peuvent être payables lors du décès de l'assuré à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour pouvoir être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire dans la police ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le contractant a le droit de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution ne peut être opérée, qu'avec l'accord de l'assuré, lorsque celui-ci n'est pas le contractant.

Cette désignation peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit par voie testamentaire.

Article 69

Révocation et acceptation du bénéficiaire

La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation expresse ou tacite du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a point eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut, en conséquence, être exercé de son vivant par ses créanciers ni par ses représentants légaux.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du stipulant, par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance a été mis en demeure, par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.

L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation.

Article 70

Assurance sans désignation de bénéficiaire

Lorsque l'assurance en cas de décès a été conclue sans désignation du bénéficiaire, le capital ou la rente garantis font partie du patrimoine ou de la succession du contractant.

Article 71

Droit propre du bénéficiaire

Le capital ou la rente stipulés payables lors du décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers ne font pas partie de la succession de l'assuré. Le bénéficiaire, quelles que soient la forme et la date de sa désignation, est réputé y avoir eu seul droit à partir du jour du contrat, même si son acceptation est postérieure à la mort de l'assuré.

Article 72

Paiement des primes par un tiers

Tout intéressé peut se substituer au contractant pour payer les primes.

Article 73

Action en paiement des primes afférentes aux contrats d'assurance vie ou de capitalisation

L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes afférentes aux contrats d'assurance vie ou de capitalisation.

Le défaut de paiement d'une prime ou d'une cotisation ne peut avoir pour sanction que la suspension ou la résiliation pure et simple du contrat et, dans ce dernier cas, le versement de la valeur de rachat que ledit contrat a éventuellement acquise.

Lorsqu'une prime ou une fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse au contractant une lettre recommandée, par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre le défaut de paiement entraîne soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat, soit la réduction du contrat.

L'envoi de la lettre recommandée par l'assureur rend la prime portable dans tous les cas.

Article 74

Valeurs de réduction et de rachat, avances

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Les modalités de calcul de la valeur de réduction et de la valeur de rachat sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après accord du ministre en charge du secteur des assurances.

Dès la signature du contrat, l'assureur informe le contractant que ce règlement général est tenu à sa disposition sur sa demande. L'assureur doit communiquer au contractant, sur la demande de celui-ci, le texte du règlement général.

Dans la limite de la valeur de rachat, l'assureur peut consentir des avances au contractant.

L'assureur doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat dans un délai qui ne peut excéder deux mois. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux d'escompte majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux d'escompte.

Pour les assurances sur la vie et de capitalisation, l'assureur ne peut refuser la réduction ou le rachat lorsque 15 % des primes ou cotisations prévues au contrat ont été versés. En tout état de cause, le droit à rachat ou à réduction est acquis lorsque au moins deux primes annuelles ont été payées.

L'assureur peut d'office substituer le rachat à la réduction si la valeur de rachat du contrat est inférieure au montant brut mensuel du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) dans l'Etat de souscription du risque.

Article 75

Information de l'assuré

Pour les contrats souscrits et aussi longtemps qu'ils donnent lieu à paiement de prime, l'assureur doit communiquer chaque année au contractant les montants respectifs de la valeur de rachat, de la valeur de réduction, des capitaux garantis et de la prime du contrat.

Ces montants ne peuvent tenir compte de participations bénéficiaires qui ne seraient pas attribuées à titre définitif.

L'assureur doit préciser en termes précis et clairs dans cette communication ce que signifient les opérations de rachat et de réduction et quelles sont leurs conséquences légales et contractuelles.

Pour les contrats ne donnant plus lieu à paiement de prime, les informations visées ci-dessus ne sont communiquées pour une année donnée qu'au contractant qui en fait la demande.

Le contrat doit faire référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents.

Article 76

Indemnité de rachat

Pour tout contrat d'assurance sur la vie et pour tout contrat de capitalisation comportant une valeur de rachat, cette valeur de rachat est égale à la provision mathématique du contrat diminuée, éventuellement, d'une indemnité qui ne peut dépasser 5 % de cette provision mathématique. Cette indemnité doit être nulle à l'issue d'une période de dix ans à compter de la date d'effet du contrat.

Article 77

Assurances dépourvues de réduction ou de rachat

Les assurances temporaires en cas de décès ainsi que les rentes viagères immédiates ou en cours de service ne peuvent comporter ni réduction ni rachat. Les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères différées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat.

Article 78

Meurtre de l'assuré par le bénéficiaire

Le contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré.

Le montant de la provision mathématique doit être versé par l'assureur au contractant ou à ses ayants cause, à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complices du meurtre de l'assuré.

Si le bénéficiaire a tenté de donner la mort à l'assuré, le contractant a le droit de révoquer l'attribution du bénéficiaire de l'assurance, même si le bénéficiaire de l'assurance avait déjà accepté la stipulation faite à son profit.

Article 79

Paiement de bonne foi au bénéficiaire apparent

Lorsque l'assureur n'a pas eu connaissance de la désignation d'un bénéficiaire par testament ou autrement, ou de l'acceptation d'un autre bénéficiaire ou de la révocation d'une désignation, le paiement du capital ou de la rente garantis fait à celui qui, sans cette désignation, y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur de bonne foi.

Article 80

Erreur sur l'âge de l'assuré

L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se

trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.

Section II

Participation des assurés aux bénéfices techniques et financiers

Article 81

Principe

Les entreprises d'assurance sur la vie ou de capitalisation doivent faire participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'elles réalisent, dans les conditions fixées par le présent Code.

Le montant minimal de cette participation est déterminé globalement pour les contrats individuels et collectifs de toute nature souscrits sur le territoire d'un des Etats membres de la CIMA, à l'exception des contrats collectifs en cas de décès.

Les contrats à capital variable ne sont pas soumis aux dispositions de la présente section.

Article 82

Compte de participation aux résultats

Pour chaque entreprise, le montant minimal de la participation aux bénéfices à attribuer au titre d'un exercice est déterminé globalement à partir d'un compte de participation aux résultats.

Ce compte comporte les éléments de dépenses et de recettes qui figurent dans les colonnes grandes branches et collectives de l'état C1 visé au Livre IV du présent Code, à l'exclusion des sommes correspondant aux rubriques « participation aux excédents liquidée », « primes cédées aux réassureurs » et des sommes correspondant aux sous-totaux : « produits financiers nets » et « sinistres et charges incombant aux réassureurs ». Il comporte également en dépenses la participation de l'assureur aux bénéfices de la gestion technique, qui est constituée par 10 % du solde créditeur des éléments précédents.

Il est ajouté en recette du compte de participation aux résultats 85 % au moins du compte financier prévu à l'article 84. Le compte de participation aux résultats comporte en outre les sommes correspondant au « solde de réassurance cédée », calculées conformément aux dispositions de l'article 85 et, s'il y a lieu, le solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent.

Article 83

Participation aux résultats et aux bénéfices

Le montant minimal annuel de la participation aux résultats est le solde créditeur du compte de participation aux résultats défini à l'article 82.

Le montant minimal annuel de la participation aux bénéfices est égal au montant défini à l'alinéa précédent diminué du montant des intérêts crédités aux provisions mathématiques.

Article 84 **Compte financier**

Le compte financier visé à l'article 82 est établi suivant les règles fixées ci-dessous :

Il comprend :

- en recettes :

la quote-part :

- a) des produits financiers de toute nature ;
- b) des plus-values par estimation de valeurs ;

- en dépenses :

- c) la quote-part des moins-values par estimation de valeurs ;
- d) sur autorisation de la Commission de Contrôle et après justifications, la quote-part des résultats que la société a dû affecter aux fonds propres pour maintenir la marge de solvabilité réglementaire.

Pour l'établissement du compte défini à l'article 82 :

La part des produits financiers à inscrire en recettes de ce compte est égale au produit du taux de rendement des placements de l'entreprise réalisés sur le territoire de l'Etat membre de la CIMA par le montant moyen au cours de l'exercice des provisions techniques brutes de cessions en réassurance des contrats considérés.

Ce taux de rendement est égal au rapport :

- du produit des placements net de charges au sens de l'état C1 augmenté des plus-values sur cessions d'éléments d'actif, nettes des moins-values, ainsi que du montant des réévaluations d'actif effectuées dans le cadre de l'article 335-13 du Livre III du présent Code, net des amortissements éventuels prévus audit article ;

- au montant moyen, au cours de l'exercice, de l'ensemble des placements, ainsi que des autres éléments d'actif pouvant être admis en représentation des provisions techniques, à l'exception des valeurs remises par les réassureurs.

Article 85 **Solde de réassurance cédée**

Pour l'application de l'article 82, il est prévu, dans le compte de participation aux résultats, une rubrique intitulée « solde de réassurance cédée ».

Seule est prise en compte la réassurance de risque, c'est-à-dire celle dans laquelle l'engagement des cessionnaires porte exclusivement sur tout ou partie de la différence entre le montant des capitaux en cas de décès ou d'invalidité et celui des provisions mathématiques des contrats correspondants.

Dans les traités limités à la réassurance de risque, le solde de réassurance cédée est égal à la différence entre le montant des sinistres à la charge des cessionnaires et celui des primes cédées. Il est inscrit, selon le cas, au débit ou au crédit du compte de participation aux résultats.

Dans les autres traités, le solde de réassurance cédée est établi en isolant la réassurance de risque à l'intérieur des engagements des cessionnaires. Les modalités de calcul du solde sont précisées par voie réglementaire, par référence aux conditions normales du marché de la réassurance de risque.

Article 86
Affectation de la participation aux bénéfices

Le montant des participations aux bénéfices des assurés peut être affecté directement aux provisions mathématiques ou porté, partiellement ou totalement, à la provision pour participation aux excédents mentionnée à l'article 81. Les sommes portées à cette dernière provision sont affectées à la provision mathématique ou versées aux assurés au cours des cinq exercices suivant celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents.

Section III

Tirages au sort

Article 87
Sommes pour les tirages

Les tirages au sort qui servent à déterminer les contrats ou titres de capitalisation remboursables par anticipation doivent s'effectuer publiquement en présence d'un huissier, aux lieux fixés par les contrats, et dans les conditions prévues par lesdits contrats.

Les sommes remboursées lors des tirages au sort doivent être, soit égales, soit croissantes avec les tirages successifs, sans pouvoir dépasser le capital remboursable à l'échéance.

Les tirages ne peuvent avoir lieu plus d'une fois par mois.

Article 88
Procès verbal

Un procès verbal du tirage, comportant notamment la liste complète des numéros de contrats remboursables, est établi, à l'issue du tirage, par l'huissier, en présence des personnes ayant assisté au tirage.

Chaque tirage doit faire l'objet d'une liste distincte.

Article 89
Information du bénéficiaire

En cas de sortie d'un titre à un tirage, l'entreprise doit, avant toute démarche de ses représentants auprès du bénéficiaire, adresser par la poste à ce dernier une lettre l'informant que son contrat avec l'entreprise a pris fin et qu'il lui sera payé sans aucune retenue et sans aucune obligation de sa part, ni à l'égard de la personne qui fera le paiement, ni à l'égard de l'entreprise, la somme fixée par les conditions générales de son titre et reproduite dans ladite lettre.

Article 90
Publication, Information du public

Après chaque tirage et dans un délai de huit jours, les entreprises doivent publier la liste prévue à l'article 88. Un exemplaire de la liste est adressé au Ministre en charge du secteur des assurances ainsi qu'à toute personne intéressée.

Copie de la liste mentionnée à l'article 88 doit être adressée à toute personne intéressée, sur sa demande.
Toute personne intéressée a droit, après chaque tirage, sur sa demande, à la délivrance d'une liste intégrale des titres sortis dans les séries qui l'intéressent et non encore remboursés.

Section IV

Dispositions diverses relatives aux contrats d'assurance sur la vie et de capitalisation

Article 91

Déclaration à l'assureur

Quiconque prétend avoir été dépossédé par perte, destruction ou vol d'un contrat ou police d'assurance sur la vie, ou d'un bon ou contrat de capitalisation, lorsque le titre est à ordre ou au porteur, doit en faire la déclaration à l'entreprise d'assurance, à son siège social, par lettre recommandée avec avis de réception. L'entreprise destinataire en accuse réception à l'envoyeur, en la même forme, dans les huit jours au plus tard de la remise ; elle lui notifie en même temps qu'il doit, à titre conservatoire et tous droits des parties réservés, acquitter à leur échéance les primes ou cotisations prévues, dans le cas où le tiers porteur ne les acquitterait pas, afin de conserver au contrat frappé d'opposition son plein et entier effet.

La déclaration mentionnée à l'alinéa précédent emporte opposition au paiement du capital ainsi que de tous accessoires.

Article 92

Présentation du contrat frappé d'opposition

Si le contrat frappé d'opposition vient à être présenté à l'entreprise, elle s'en saisit et en demeure séquestre jusqu'à ce qu'il ait été statué par décision de justice sur la propriété du titre ou que l'opposition soit levée.

Il est délivré récépissé du contrat saisi au tiers porteur s'il justifie de son identité et de son domicile. A défaut de cette justification, le contrat est restitué sans formalité à l'opposant.

Article 93

Rachat de rente

Les entreprises d'assurance sur la vie peuvent procéder au rachat des rentes concernant les contrats qui ont été souscrits auprès d'elles, lorsque les quittances d'arrérages correspondantes ne dépassent pas 25.000 francs CFA.

Le barème fixant la valeur de rachat des rentes visées ci-dessus est celui des provisions mathématiques.

Article 94

Assurance sur la vie en temps de guerre

Toute police d'assurance sur la vie doit contenir une clause aux termes de laquelle, en cas de guerre étrangère, la garantie du contrat n'aura effet que dans les conditions qui seront déterminées par chaque Etat membre après la cessation des hostilités.

TITRE IV

LES ASSURANCES DE GROUPE

Article 95

Définition

Est un contrat d'assurance de groupe le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage.

Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur.

Article 96

Cotisation d'assurance - Transparence

Les sommes dues par l'adhérent au souscripteur au titre de l'assurance doivent lui être décomptées distinctement de celles qu'il peut lui devoir, par ailleurs, au titre d'un autre contrat.

Article 97

Exclusion d'un adhérent

Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré.

Lorsqu'un adhérent cesse de remplir les conditions d'adhésion à un contrat groupe comportant une épargne, la société doit lui proposer la souscription d'un contrat individuel ou, en cas de refus, lui reverser le montant de la provision mathématique qui lui revient.

Article 98

Information de l'adhérent

Le souscripteur est tenu :

- de remettre à l'adhérent un document établi par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- d'informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de renonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat.

Le souscripteur d'un contrat d'assurance groupe garantissant des emprunteurs ne peut ni modifier ni résilier celui-ci sans avoir obtenu l'accord de chaque emprunteur.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 99 **Dispositions transitoires**

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Les dispositions des articles 1 à 98 s'appliquent sans délai aux nouveaux contrats.

LIVRE II

LES ASSURANCES OBLIGATOIRES

TITRE I : L'assurance des véhicules terrestres à moteur et de leurs remorques et semi-remorques

- CHAPITRE I^{er} - Personnes assujetties
- CHAPITRE II - Etendue de l'obligation d'assurance
- CHAPITRE III - Contrôle de l'obligation d'assurance
- CHAPITRE IV - Indemnité des victimes.

TITRE II : L'assurance des facultés à l'importation

TITRE III : Dispositions transitoires

LIVRE II

LES ASSURANCES OBLIGATOIRES

TITRE I

L'ASSURANCE DES VEHICULES TERRESTRES A MOTEUR ET DE LEURS REMORQUES ET SEMI-REMORQUES

CHAPITRE PREMIER

PERSONNES ASSUJETTIES

Article 200

Personnes assujetties - Personnes assurées - Véhicules concernés

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Toute personne physique ou toute personne morale autre que l'Etat, au sens du droit interne, dont la responsabilité civile peut être engagée en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens et causés par un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, doit, pour faire circuler lesdits véhicules, être couverte par une assurance garantissant cette responsabilité, dans les conditions fixées par le présent Code.

Les contrats d'assurance couvrant la responsabilité mentionnée au premier alinéa du présent article doivent également couvrir la responsabilité civile de toute personne ayant la garde ou la conduite, même non autorisée, du véhicule, à l'exception des professionnels de la réparation, de la vente et du contrôle de l'automobile, ainsi que la responsabilité civile des passagers du véhicule objet de l'assurance.

Les contrats doivent couvrir, en plus de la responsabilité civile des personnes mentionnées au 1^{er} alinéa du présent article, celle du souscripteur du contrat et du propriétaire du véhicule.

L'assureur est subrogé dans les droits que possède le créancier de l'indemnité contre la personne responsable de l'accident lorsque la garde ou la conduite du véhicule a été obtenue à l'insu ou contre le gré du propriétaire.

Les membres de la famille du conducteur ou de l'assuré sont considérés comme des tiers au sens du premier alinéa du présent article.

Article 201

Professionnels de la réparation et de la vente

Les professionnels de la réparation, de la vente et du contrôle de l'automobile sont tenus de s'assurer pour leur propre responsabilité, celle des personnes travaillant dans leur exploitation, et celle des personnes ayant la garde ou la conduite du véhicule, ainsi que celle des passagers.

Cette obligation s'applique à la responsabilité civile que les personnes mentionnées au précédent alinéa peuvent encourir du fait des dommages causés aux tiers par les véhicules qui sont confiés au souscripteur du contrat en raison de ses fonctions et ceux qui sont utilisés dans le cadre de l'activité professionnelle du souscripteur du contrat.

Article 202

Remorques

L'obligation d'assurance s'applique aux véhicules terrestres à moteur et à leurs remorques ou semi-remorques.

Par remorque ou semi-remorques, il faut entendre :

1°) les véhicules terrestres construits en vue d'être attelés à un véhicule terrestre à moteur et destinés au transport de personnes ou de choses ;

2°) tout appareil terrestre attelé à un véhicule terrestre à moteur.

Sauf en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adjonction à un véhicule terrestre à moteur de petites remorques ou semi-remorques constitue au sens des articles 15 et 19, une aggravation du risque couvert par le contrat garantissant ce véhicule.

Article 203

Chemins de fer et tramways

Les dispositions de l'article 200 ne sont pas applicables aux dommages causés par les chemins de fer et les tramways.

CHAPITRE II

ETENDUE DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE

Article 204

Etendue territoriale

L'assurance prévue à l'article 200 doit comporter une garantie de la responsabilité civile s'étendant à l'ensemble des territoires des Etats membres de la CIMA. Cette garantie, lorsqu'elle est appelée à jouer hors du territoire d'un Etat membre de la CIMA, est accordée par l'assureur dans les limites et conditions prévues par la législation applicable dans l'Etat sur le territoire duquel s'est produit le sinistre.

Article 205

Événements garantis

L'obligation d'assurance s'applique à la réparation des dommages corporels ou matériels résultant :

- 1°) des accidents, incendies ou explosions causés par le véhicule, les accessoires et produits servant à son utilisation, les objets et substances qu'il transporte ;
- 2°) de la chute de ces accessoires, objets, substances ou produits.

Article 206

Exclusions autorisées

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'obligation d'assurance ne s'applique pas à la réparation :

- 1°) des dommages subis :
 - a) par la personne conduisant le véhicule ;
 - b) pendant leur service, par les salariés ou préposés de l'assuré responsable des dommages ;
- 2°) des dommages ou de l'aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire ;
- 3°) des dommages atteignant les immeubles, choses ou animaux loués ou confiés au conducteur à n'importe quel titre ;
- 4°) des dommages causés aux marchandises et objets transportés, sauf en ce qui concerne la détérioration des vêtements des personnes transportées, lorsque celle-ci est l'accessoire d'un accident corporel.

Article 207

Exclusions autorisées - Permis de conduire

Le contrat d'assurance peut, sans qu'il soit contrevenu aux dispositions de l'article 200, comporter des clauses prévoyant une exclusion de garantie dans les cas suivants :

- 1°) lorsque, au moment du sinistre, le conducteur n'a pas l'âge requis ou ne possède pas les certificats, en état de validité, exigés par la réglementation en vigueur pour la conduite du véhicule, sauf en cas de vol, de violence ou d'utilisation du véhicule à l'insu de l'assuré ;

- 2°) en ce qui concerne les dommages subis par les personnes transportées, lorsque le transport n'est pas effectué dans les conditions suffisantes de sécurité fixées par un arrêté des autorités compétentes.

En outre, le contrat peut comporter des clauses de déchéance non prohibées par la loi, sous réserve qu'elles soient insérées aux conditions générales et que la déchéance soit motivée par des faits postérieurs au sinistre.

L'exclusion prévue au 1°) du premier alinéa du présent article ne peut être opposée au conducteur détenteur d'un certificat déclaré à l'assureur lors de la souscription ou du renouvellement du contrat, lorsque ce certificat est sans validité pour des raisons tenant au lieu ou à la durée de résidence de son titulaire ou lorsque les conditions restrictives d'utilisation, autres que celles relatives aux catégories de véhicules, portées sur celui-ci n'ont pas été respectées.

Article 208 **Autres exclusions**

Sont valables, sans que la personne assujettie à l'obligation d'assurance soit dispensée de cette obligation dans les cas prévus ci-dessous, les clauses des contrats ayant pour objet d'exclure de la garantie la responsabilité encourue par l'assuré :

1°) du fait des dommages causés par le véhicule lorsqu'il transporte des sources de rayonnements ionisants destinées à être utilisées hors d'une installation nucléaire, dès lors que lesdites sources auraient provoqué ou aggravé le sinistre ;

2°) du fait des dommages subis par les personnes transportées à titre onéreux, sauf en ce qui concerne les contrats souscrits par des transporteurs de personnes pour les véhicules servant à l'exercice de leur profession ;

3°) du fait des dommages causés par le véhicule, lorsqu'il transporte des matières inflammables, explosives, corrosives ou comburantes et à l'occasion desquels lesdites matières auraient provoqué ou aggravé le sinistre ; toutefois, la non-assurance ne saurait être invoquée du chef de transports d'huiles, d'essences minérales ou de produits similaires, ne dépassant pas 500 kilogrammes ou 600 litres, y compris l'approvisionnement de carburant liquide ou gazeux nécessaire au moteur ;

4°) du fait des dommages survenus au cours d'épreuves, courses, compétitions ou leurs essais, soumis par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des Pouvoirs publics. Toute personne participant à l'une de ces épreuves, courses, compétitions ou essais en qualité de concurrent ou d'organisateur n'est réputée avoir satisfait aux prescriptions du présent titre que si sa responsabilité est garantie par une assurance, dans les conditions exigées par la réglementation applicable en la matière.

Article 209 **Franchise**

Il peut être stipulé au contrat d'assurance que l'assuré conserve à sa charge une partie de l'indemnité due au tiers lésé.

Article 210 **Exceptions inopposables aux tiers**

Ne sont pas opposables aux victimes ou à leurs ayants droits :

1°) la limitation de garantie prévue à l'article 209, sauf dans le cas où le sinistre n'ayant causé que des dégâts matériels, le montant de ceux-ci n'excède pas la somme fixée par arrêté du Ministre en charge du secteur des assurances ;

2°) les déchéances, à l'exception de la suspension régulière de la garantie pour non-paiement de prime ;

3°) la réduction de l'indemnité applicable conformément à l'article 19 ;

4°) les exclusions de garanties prévues aux articles 207 et 208.

Dans les cas susmentionnés, l'assureur procède au paiement de l'indemnité pour le compte du responsable.

Il peut exercer contre ce dernier une action en remboursement pour toutes les sommes qu'il a ainsi payées ou mises en réserve à sa place.

Article 211 **Déchéance**

Est réputée non écrite toute clause stipulant la déchéance de la garantie de l'assuré en cas de condamnation

pour conduite en état d'ivresse ou sous l'emprise d'un état alcoolique.

Toutefois, une telle clause est opposable à l'assuré pour les garanties non obligatoires.

Article 212 **Tarif minimal**

Les entreprises d'assurance déterminent librement leurs tarifs en responsabilité civile automobile. Ceux-ci doivent être au moins égaux au tarif minimal approuvé par la Commission de Contrôle pour chaque Etat membre.

Ce tarif minimal repose notamment sur les critères suivants :

- zone géographique de circulation ;
- caractéristiques et usage du véhicule ;
- statut socio-professionnel et caractéristiques du conducteur habituel.

CHAPITRE III

CONTROLE DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE

Article 213 **Attestation d'assurance avec certificat détachable**

Tout conducteur d'un véhicule mentionné à l'article 200 doit, dans les conditions prévues aux articles de la présente section, être en mesure de présenter un document faisant présumer que l'obligation d'assurance a été satisfaite.

Cette présomption résulte de la production, aux fonctionnaires ou agents chargés de constater les infractions à la police de la circulation, d'un des documents dont les conditions d'établissement et de validité sont fixées par le présent Code.

Ces documents se composent d'une attestation d'assurance conservée par le propriétaire du véhicule et, détachable de cette attestation, d'un certificat d'assurance obligatoirement apposé sur le véhicule automoteur.

A défaut de ces documents, la justification est fournie aux autorités judiciaires par tous moyens. Les documents prévus au présent article n'impliquent pas une obligation de garantie de la part de l'assureur.

Section I

L'attestation d'assurance

Article 214 **Mentions de l'attestation**

Pour l'application de l'article 213, l'entreprise d'assurance doit délivrer, sans frais, un document justificatif pour chacun des véhicules couverts par la police.

Si la garantie du contrat s'applique à la fois à un véhicule à moteur et à ses remorques ou semi-remorques, un seul document justificatif peut être délivré, à la condition qu'il précise le type de remorques ou semi-remorques qui peuvent être utilisées avec le véhicule ainsi que, le cas échéant, leur numéro d'immatriculation.

Pour les contrats d'assurance concernant les personnes mentionnées à l'article 201, le document justificatif doit être délivré par l'entreprise d'assurance en autant d'exemplaires qu'il est prévu par le contrat.

Le document justificatif doit mentionner :

- la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- les nom, prénoms et adresse du souscripteur du contrat ;
- le numéro de la police d'assurance ;
- la période d'assurance correspondant à la prime ou portion de prime payée ;
- les caractéristiques du véhicule, notamment son numéro d'immatriculation ou, à défaut, et s'il y a lieu, le numéro du moteur ;
- dans le cas prévu au troisième alinéa du présent article, la profession du souscripteur ;
- les noms des pays sur le territoire desquels la garantie contractuelle s'applique.

Article 215

Valeur probante de l'attestation

La présomption qu'il a été satisfait à l'obligation d'assurance est établie par le document justificatif pour la période mentionnée sur ce document.

Article 216

Délivrance des documents justificatifs : attestation provisoire

Le document justificatif mentionné à l'article 214 est délivré dans un délai maximal de quinze jours à compter de la souscription du contrat et renouvelé lors du paiement des primes ou portions de primes subséquentes.

Faute d'établissement immédiat de ce document, l'entreprise d'assurance délivre sans frais, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, une attestation provisoire qui établit la présomption d'assurance pendant la période qu'elle détermine, dont la durée ne peut excéder un mois.

Cette attestation, qui est éventuellement établie en autant d'exemplaires que le document justificatif correspondant, doit mentionner :

- la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- les nom, prénoms et adresse du souscripteur du contrat ;
- la nature et le type du véhicule ou, en ce qui concerne les contrats d'assurance mentionnés à l'article 201, la profession du souscripteur ;
- la période pendant laquelle elle est valable.

Article 217

Forme de l'attestation

Les dimensions et la couleur de l'attestation d'assurance mentionnée à l'article 214 et de l'attestation provisoire d'assurance mentionnée à l'article 216 seront définies par la Commission de Contrôle des Assurances.

Article 218
Véhicules non assujettis à l'obligation d'assurance

Pour l'utilisation des véhicules appartenant à l'Etat ou mis à sa disposition, non couverts par un contrat d'assurance et n'ayant pas fait l'objet d'une immatriculation spéciale, il est établi une attestation de propriété par l'autorité administrative compétente.

Article 219
Vol ou perte de documents

En cas de perte ou de vol de l'attestation, l'assureur ou l'autorité compétente en délivre un duplicata sur la simple demande de la personne au profit de qui le document original a été établi.

Section II

Le certificat d'assurance détachable

Article 220
Obligation

Tout souscripteur d'un contrat d'assurance prévu par l'article 200 doit apposer sur le véhicule automobile assuré un certificat d'assurance qui est une partie détachable de l'attestation d'assurance.

Article 221
Mentions du certificat

Toute entreprise d'assurance agréée dans un pays membre de la CIMA doit délivrer sans frais un certificat pour chacun des véhicules couverts par le contrat, à l'exception toutefois des remorques.

Le certificat doit mentionner :

- a)** la dénomination de l'entreprise d'assurance ;
- b)** un numéro permettant l'identification du souscripteur ;
- c)** le numéro d'immatriculation du véhicule ;
- d)** le numéro du moteur lorsque le véhicule n'est pas soumis à immatriculation ;
- e)** les dates de début et de fin de validité.

Par dérogation au deuxième alinéa, le certificat délivré aux personnes mentionnées à l'alinéa 1^{er} de l'article 201 ne doit comporter que les indications a), b) et c) ainsi qu'en termes apparents le mot « garage ».

Tout conducteur d'un véhicule sur lequel est apposé le certificat décrit à l'alinéa précédent doit en outre être en mesure de justifier aux autorités chargées du contrôle des documents justificatifs que la conduite du véhicule lui a été confiée par une des personnes mentionnées à l'alinéa 1^{er} de l'article 201.

Article 222
Certificat provisoire

Le certificat mentionné à l'article 221 est délivré par l'entreprise d'assurance dans un délai maximal

de quinze jours à compter de la souscription du contrat et renouvelé lors du paiement des primes ou portions de primes subséquentes.

Faute d'établissement immédiat de ce document, l'entreprise d'assurance délivre, sans frais, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, un certificat provisoire.

Les dates de validité portées sur le certificat provisoire sont les mêmes que celles portées sur l'attestation et l'attestation provisoire.

En cas de perte ou de vol du certificat, l'assureur en délivre un double sur la demande justifiée du souscripteur du contrat.

Article 223

Durée

La garantie de l'assureur prend fin à la date fixée dans les conditions particulières du contrat.

Article 224

Véhicules non assujettis à l'obligation d'assurance

Les véhicules utilisés par l'Etat doivent être équipés, lorsqu'ils ne font pas l'objet d'une immatriculation spéciale, d'un certificat d'assurance spécifique dont les caractéristiques sont fixées par le Ministre en charge du secteur des assurances.

CHAPITRE IV

INDEMNISATION DES VICTIMES

Section I

Champ d'application

Article 225

Dispositions générales

Les dispositions du présent Code s'appliquent, même lorsqu'elles sont transportées en vertu d'un contrat, aux victimes d'un accident causé par un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques.

Elles s'appliquent soit lors de la transaction, soit lors de la procédure judiciaire.

Section II

Régime juridique de l'indemnisation

Article 226

Inopposabilité de la force majeure et du fait du tiers

Les victimes, y compris les conducteurs ne peuvent se voir opposer la force majeure ou le fait d'un tiers par le conducteur ou le gardien d'un véhicule mentionné à l'article 225.

Article 227

Incidences de la faute du conducteur et impossibilité d'apprécier les fautes commises

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

La faute commise par le conducteur du véhicule terrestre à moteur a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages corporels ou matériels qu'il a subis. Cette limitation ou cette exclusion est opposable aux ayants droit du conducteur et aux personnes lésées par ricochet.

Lorsque les circonstances d'une collision entre deux ou plusieurs véhicules ne permettent pas d'établir les responsabilités encourues, chacun des conducteurs ne reçoit de la part du ou des autres conducteurs que la moitié de l'indemnisation du dommage corporel ou matériel qu'il a subi.

Lorsque le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur n'en est pas le propriétaire, la faute de ce conducteur peut être opposée au propriétaire pour l'indemnisation des dommages causés à son véhicule. Le propriétaire dispose d'un recours contre le conducteur sous réserve des dispositions prévues à l'article 42.

Article 228

Victimes n'ayant pas la qualité de conducteur

Les victimes, hormis les conducteurs de véhicules terrestres à moteur, sont indemnisées des dommages résultant des atteintes à leur personne qu'elles ont subis, sans que puisse leur être opposée leur propre faute à l'exception du cas où elles ont volontairement recherché les dommages subis.

Les fournitures et appareils délivrés sur prescription médicale donnent lieu à indemnisation selon les mêmes règles.

La faute commise par la victime a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages aux biens qu'elle a subis.

Article 229

Lésés à la charge effective de la victime

Le préjudice subi par les personnes physiques qui établissent être en communauté de vie avec la victime directe de l'accident peut ouvrir droit à réparation dans les limites ci-après :

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

- en cas de décès de la victime directe, la personne lésée par ricochet est assimilée, selon son âge, à un enfant majeur ou mineur. A ce titre elle entre parmi les bénéficiaires énumérés aux articles 265 et 266 du présent Code. La réparation à laquelle elle peut prétendre entre dans la limite des plafonds fixés par ces textes.

Section III

Procédure d'offre

Article 230

Communication des procès verbaux

Un exemplaire de tout procès-verbal relatif à un accident corporel de la circulation doit être transmis, automatiquement aux assureurs impliqués dans ledit accident par les officiers ou agents de la police judiciaire ayant constaté l'accident. Le délai de transmission est de 3 mois à compter de la date de l'accident.

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

Article 231

Délai de présentation de l'offre

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Indépendamment de la réclamation que peut faire la victime, l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter dans un délai maximum de douze mois à compter de l'accident une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne. En cas de décès de la victime, l'offre est faite à ses ayants droit tels qu'ils sont définis aux articles 265 et 266 dans les huit mois du décès.

L'offre comprend tous les éléments indemnisables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages aux biens lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable.

Elle peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas, dans les six mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans un délai de six mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

En cas de pluralité de véhicules, et s'il y a plusieurs assureurs, l'offre est faite par l'assureur désigné dans la convention d'indemnisation pour compte d'autrui visée aux articles 267 et suivants.

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux victimes à qui l'accident n'a occasionné que des dommages aux biens (véhicules et objets transportés).

Article 232

Modalités de la communication du procès-verbal

A l'occasion de sa première correspondance avec la victime, l'assureur est tenu, à peine de nullité relative de la transaction qui pourrait intervenir, d'informer la victime qu'elle peut obtenir de sa part, sur

simple demande, la copie du procès-verbal d'enquête de la force publique et de lui rappeler qu'elle peut à son libre choix, et à ses frais, se faire assister du conseil de son choix.

Article 233

Offre tardive : pénalité

Lorsque l'offre n'a pas été faite dans les délais impartis à l'article 231, le montant de l'indemnité produit intérêt de plein droit au double du taux de l'escompte dans la limite du taux de l'usure à compter de l'expiration du délai et jusqu'au jour de l'offre devenue définitive. Cette pénalité est réduite, ou annulée, en raison de circonstances non imputables à l'assureur et notamment lorsqu'il ne dispose pas de l'adresse de la victime.

Article 234

Protection des mineurs et des incapables

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

L'assureur doit soumettre au juge des tutelles ou au conseil de famille, compétent suivant les cas pour l'autoriser, tout projet de transaction concernant un majeur sous tutelle ou un mineur.

Il doit également donner avis sans formalité au juge des tutelles ou au conseil de famille, quinze jours au moins à l'avance, du paiement du premier arrérage d'une rente ou de toute somme devant être versée à titre d'indemnité au représentant légal de la personne protégée.

Le paiement qui n'a pas été précédé de l'avis requis ou la transaction qui n'a pas été autorisée peut être annulée à la demande de tout intéressé ou du ministère public à l'exception de l'assureur.

Toute clause par laquelle le représentant légal se porte fort de la ratification par le mineur ou le majeur en tutelle de l'un des actes mentionnés à l'alinéa premier du présent article est nulle.

Article 235

Faculté de dénonciation de la transaction

La victime peut, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dénoncer la transaction dans les quinze jours de sa conclusion pour des motifs de non respect du présent Code.

Toute clause de la transaction par laquelle la victime abandonne son droit de dénonciation est nulle.

Les dispositions ci-dessus doivent être reproduites en caractères très apparents dans l'offre de transaction et dans la transaction à peine de nullité relative à cette dernière.

Article 236

Délai de paiement et intérêts de retard

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois après l'expiration du délai de dénonciation fixé à l'article 235.

Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit, intérêt au taux d'escompte majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ces deux mois, au double du taux d'escompte.

Article 237
Exception de garantie : règlement pour compte

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Lorsque l'assureur invoque une exception de garantie légale ou contractuelle prévue à l'article 210 ci-dessus, il est tenu de satisfaire aux prescriptions des articles 231 à 236 pour le compte de qui il appartiendra ; la transaction intervenue pourra être contestée, devant le juge par celui pour le compte de qui elle aura été faite, sans que soit remis en cause le montant des sommes allouées à la victime ou à ses ayants droit.

Article 238
Véhicules de l'Etat

Pour l'application des articles 231 à 236 l'Etat est assimilé à un assureur.

Article 239
Règlement contentieux : délais et modalités

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Lorsque l'assureur qui garantit la responsabilité civile et la victime ne sont pas parvenus à un accord dans le délai prévu à l'article 231, l'indemnité due par l'assureur est calculée suivant les modalités fixées aux articles 258 et suivants.

Le litige entre l'assureur et la victime ne peut être porté devant l'autorité judiciaire qu'à l'expiration du délai de l'article 231.

Le juge fixe l'indemnité suivant les modalités fixées aux articles 258 et suivants.

Article 240
Production de documents à la charge de la victime

La victime est tenue, à la demande de l'assureur, de lui donner les renseignements ci-après :

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

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

- 1°) carte d'identité ;
- 2°) extrait d'acte de naissance ;
- 3°) acte de mariage.

Article 241

Production de documents par les ayants droit de la victime

Lorsque l'offre d'indemnité doit être présentée aux ayants droit de la victime, à son (ses) conjoint(s) ou aux personnes mentionnées à l'article 265, chacune de ces personnes est tenue, à la demande de l'assureur de lui donner les renseignements ci-après :

- 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'elle a exposés du fait de l'accident ;
- 8°) la liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations, ainsi que leurs adresses ;
- 9°) le lieu où les correspondances doivent être adressées.

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

- 1°) certificat de décès de la victime ;
- 2°) jugement d'hérédité non frappé d'appel ;
- 3°) certificat de vie des ayants droit ;
- 4°) le certificat de genre de mort ;
- 5°) les actes civils des ayants droit et leurs pièces d'identité.

Article 242

Mentions à apposer sur les correspondances

La correspondance adressée par l'assureur en application des articles 231 et 240 mentionne, outre les informations prévues à l'article 232, le nom de la personne chargée de suivre le dossier de l'accident. Elle rappelle à l'intéressé les conséquences d'un défaut de réponse ou d'une réponse incomplète. Elle indique que la copie du procès-verbal d'enquête de la force publique qu'il peut demander en vertu de l'article 232 lui sera délivrée sans frais.

Article 243

Contenu de l'offre

L'offre d'indemnité doit indiquer, outre les mentions exigées par l'article 231, l'évaluation de chaque chef de préjudice et les sommes qui reviennent au bénéficiaire.

L'offre précise, le cas échéant, les limitations ou exclusions d'indemnisation, retenues par l'assureur, ainsi que leurs motifs. En cas d'exclusion d'indemnisation, l'assureur n'est pas tenu, dans sa notification, de fournir les indications et documents prévus au premier alinéa.

Article 244

Avis donné à la victime de l'examen médical

En cas d'examen médical pratiqué en vue de l'offre d'indemnité mentionnée à l'article 231, l'assureur

ou son mandataire avise la victime, quinze jours au moins avant l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen, ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Il informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister, à ses frais, d'un médecin de son choix.

Article 245

Communication du rapport médical

Dans un délai de vingt jours à compter de l'examen médical, le médecin adresse un exemplaire de son rapport à l'assureur, à la victime et, le cas échéant, au médecin qui a assisté celle-ci.

Article 246

Indication à la victime des recours des tiers payeurs

L'offre d'indemnité doit indiquer, outre les mentions exigées par l'article 231, les créances de chaque tiers payeur et les sommes qui reviennent au bénéficiaire. Elle est accompagnée de la copie des décomptes produits par les tiers payeurs.

Si la victime ou ses ayants droit n'a pas communiqué à l'assureur la liste des tiers payeurs, le paiement effectué est libératoire, les tiers payeurs devront adresser leurs recours à la victime ou ses ayants droit bénéficiaires de l'indemnité.

Section IV

Allongement et suspension des délais

Article 247

Retard dans la déclaration de l'accident à l'assureur

Lorsque l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule à moteur n'a pas été avisé de l'accident de la circulation dans le mois de l'accident, le délai prévu au premier alinéa de l'article 231 pour présenter une offre d'indemnité est suspendu à l'expiration du délai d'un mois jusqu'à la réception par l'assureur de cet avis.

Article 248

Cas du décès postérieur à l'accident

Lorsque la victime d'un accident de la circulation décède plus d'un mois après le jour de l'accident, le délai prévu à l'article 231 pour présenter une offre d'indemnité aux héritiers et, s'il y a lieu, au conjoint de la victime est prorogé du temps écoulé entre la date de l'accident et le jour du décès.

Article 249

Retard dans la communication des documents justificatifs

Si, dans un délai de six semaines à compter de la présentation de la correspondance, par laquelle

l'assureur demande les renseignements qui doivent lui être adressés conformément aux articles 240 ou 241 ci-dessus, l'assureur n'a reçu aucune réponse ou qu'une réponse incomplète, le délai prévu au premier alinéa de l'article 231 est suspendu à compter de l'expiration du délai de six semaines et jusqu'à la réception de la lettre contenant les renseignements demandés.

Article 250

Absence de réponse ou réponse incomplète de la victime

Si l'assureur n'a reçu aucune réponse ou qu'une réponse incomplète dans les six semaines de la présentation de la correspondance par laquelle, informé de la consolidation de l'état de la victime, il a demandé à cette dernière ceux des renseignements mentionnés à l'article 240 qui lui sont nécessaires pour présenter l'offre d'indemnité, le délai prévu au premier alinéa de l'article 231 est suspendu à compter de l'expiration du délai de six semaines jusqu'à la réception de la réponse contenant les renseignements demandés.

Article 251

Nouvelle demande de l'assureur : délai de l'offre en cas de réponse incomplète

Lorsque la victime, ou ses ayants droit ne fournissent qu'une partie des renseignements demandés par l'assureur dans sa correspondance et que la réponse ne permet pas, en raison de l'absence de renseignements suffisants, d'établir l'offre d'indemnité, l'assureur dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la réponse incomplète pour présenter à l'intéressé une nouvelle demande par laquelle il lui précise les renseignements qui font défaut.

Dans le cas où l'assureur n'a pas respecté ce délai, la suspension des délais prévus aux articles 249 et 250 cesse à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de la réponse incomplète, lorsque celle-ci est parvenue au-delà du délai de six semaines mentionné aux mêmes articles ; lorsque la réponse incomplète est parvenue dans le délai de six semaines mentionné aux articles 249 et 250 et que l'assureur n'a pas demandé dans un délai de quinze jours à compter de sa réception les renseignements nécessaires, il n'y a pas lieu à suspension des délais prévus à l'article 231.

Article 252

Refus d'examen médical ou contestation du choix du médecin

Lorsque la victime ne se soumet pas à l'examen médical mentionné à l'article 244 ci-dessus ou lorsqu'elle élève une contestation sur le choix du médecin sans qu'un accord puisse intervenir avec l'assureur, la désignation, à la demande de l'assureur, d'un médecin à titre d'expert d'un commun accord entre le médecin de l'assureur et le médecin de la victime, proroge d'un mois le délai imparti à l'assureur pour présenter l'offre d'indemnité.

Article 252 bis

Divergences sur les conclusions de l'expertise

S'il y a divergence sur les conclusions de l'examen médical, l'expert de l'assureur et l'expert désigné par la victime désignent un tiers expert d'un commun accord. L'avis de ce dernier s'impose. Le délai imparti à l'assureur pour présenter l'offre d'indemnité est prorogé d'un mois.

Article 253

Délais supplémentaires en cas de résidence à l'étranger

Lorsque la victime réside à l'étranger, les délais qui lui sont impartis en vertu des articles 249 et 250 ci-dessus sont augmentés d'un mois. Le délai impartit à l'assureur pour présenter l'offre d'indemnité est prorogé de la même durée.

Section V

Recours des tiers payeurs

Article 254

Prestations ouvrant droit à recours

Ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation les prestations à caractère indemnitaire énumérées ci-dessous :

En cas de décès :

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

En cas de blessure :

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

Article 255

Production des créances des tiers payeurs

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

Le tiers payeur précise à l'assureur pour chaque somme dont il demande le remboursement la disposition législative, réglementaire ou conventionnelle en vertu de laquelle cette somme est due à la victime.

Dans tous les cas, le défaut de production des créances des tiers, dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur, entraîne déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage.

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

Section VI

Prescription

Article 256

Délai de prescription

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 septembre 1996)

Les actions en responsabilité civile extra-contractuelle, auxquelles le présent Code est applicable, se prescrivent par un délai maximum de cinq ans à compter de l'accident.

Toutefois, pour les accidents dont le délai de prescription restant à courir est supérieur ou égal à cinq ans, ce délai court à compter de la date d'entrée en vigueur du présent Code. Pour les Etats ayant ratifié le Traité postérieurement à l'entrée en vigueur du code, le délai de prescription visé à l'alinéa 1^{er} ci-dessus ne court qu'à compter de la date de ratification dudit Traité.

Ne sont pas concernés par les dispositions du présent articles les accidents dont le délai de prescription restant à courir à l'entrée en vigueur du Code est inférieur à cinq (5) ans.

Section VII

Modalités d'indemnisation des préjudices subis par la victime directe

Article 257

Préjudices indemnisables

Les seuls préjudices susceptibles d'être indemnisés sont ceux mentionnés aux articles 258 à 266.

Article 258

Frais

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Les frais de toute nature peuvent être, soit remboursés à la victime sur présentation des pièces justificatives, soit pris en charge directement par l'assureur du véhicule ayant causé l'accident.

Toutefois, leurs coûts ne sauraient excéder deux fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays de l'accident et en cas d'évacuation sanitaire justifiée par expertise, une fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays d'accueil.

A la demande de la victime, l'assureur du véhicule ayant causé l'accident ou du véhicule dans lequel la victime était transportée est tenu de délivrer, dans la limite des tarifs prévus ci-dessus, une lettre de garantie pour la prise en charge des frais médicaux.

Les frais futurs raisonnables et indispensables au maintien de l'état de santé de la victime postérieurement à la consolidation font l'objet d'une évaluation forfaitaire après avoir recueilli l'avis d'un expert.

Article 259 Incapacité temporaire

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par expertise médicale. En cas de pertes de revenus, l'évaluation du préjudice est basée :

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

Dans les deux premiers cas, l'indemnité mensuelle à verser est plafonnée à trois fois le SMIG annuel. Le SMIG s'entend pour le pays sur le territoire duquel s'est produit l'accident.

Article 260 Incapacité permanente

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

a) Préjudice physiologique

Le taux d'incapacité est fixé par expertise médicale en tenant compte de la réduction de capacité physique.

Ce taux varie de 0 à 100 % par référence au barème médical adopté par la CIMA, figurant en annexe au présent livre.

L'indemnité prévue dans le cas où l'assureur et la victime ne sont pas parvenus à un accord dans le délai fixé à l'article 239 est calculé suivant l'échelle de valeur de points d'incapacité ci-dessous :

Valeur du point d'IP (en pourcentage du SMIG annuel)								
TAUX D'IP	AGE DU BLESSE							
	MOINS DE 15 ANS	DE 15 ANS A 19 ANS	DE 20 ANS A 24 ANS	DE 25 ANS A 29 ANS	DE 30 ANS A 39 ANS	DE 40 ANS A 59 ANS	DE 60 ANS A 69 ANS	70 ANS ET PLUS
Moins de 5	6	6	6	6	6	6	5	5
De 6 à 10	12	12	12	12	12	12	10	10
De 11 à 15	14	14	14	14	14	12	10	10
De 16 à 20	16	16	14	14	14	12	12	12
De 21 à 30	17	17	16	16	16	14	14	12
De 31 à 40	18	18	17	17	16	14	14	13
De 41 à 50	18	18	18	17	17	16	15	13
De 51 à 70	19	19	19	18	18	17	16	14
De 71 à 90	25	20	20	19	19	18	17	15
De 91 à 100	29	24	24	22	22	20	19	18

b) Préjudice économique

Ce préjudice n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %.

L'indemnité est calculée :

- pour les salariés, en fonction de la perte réelle et justifiée ;
- pour les actifs non salariés, en fonction de la perte de revenus établie et justifiée.

Dans tous les cas, l'indemnité est plafonnée à sept fois le montant du SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident.

c) Préjudice moral

Ce préjudice n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.

L'indemnité est fixée à une fois le montant du SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident.

Article 261

Assistance d'une tierce personne

La victime n'a droit à une indemnité pour assistance d'une tierce personne qu'à la condition que le taux d'incapacité permanente soit au moins égal à 80 % selon le barème indiqué à l'article 260.

L'assistance doit faire l'objet d'une prescription médicale expresse confirmée par expertise.

L'indemnité allouée à ce titre est plafonnée à 25 % de l'indemnité fixée pour l'incapacité permanente.

Article 262

Souffrance physique et préjudice esthétique

La souffrance physique (ou pretium doloris) et le préjudice esthétique sont indemnisés séparément.

Ils sont qualifiés par expertise médicale et indemnisés selon le barème ci-dessous exprimé en pourcentages du SMIG annuel :

1°) très léger	5
2°) léger	10
3°) modéré	20
4°) moyen	40
5°) assez important	60
6°) important	100
7°) très important	150
8°) exceptionnel	300

Article 263

Préjudice de carrière

Le préjudice de carrière s'entend :

- soit de la perte de chance certaine d'une carrière à laquelle peut raisonnablement espérer un élève ou un étudiant de l'enseignement primaire, supérieur ou leur équivalent ;
- soit de la perte de carrière subie par une personne déjà engagée dans la vie active.

Dans le premier cas, l'indemnité à allouer ne saurait dépasser douze mois de bourse officielle de la catégorie correspondante.

Dans le second cas, l'indemnité est limitée à six mois de revenus calculés et plafonnés dans les conditions de l'article 259 ci-dessus.

Les indemnités ci-dessus ne peuvent être cumulées. En cas de désaccord entre l'assureur et la victime sur la réalité du préjudice, ces indemnités sont fixées dans les limites ci-dessus par le juge compétent. Le désaccord ne saurait faire obstacle au règlement des autres indemnités.

Section VIII

Modalités d'indemnisation des préjudices subis par les ayants droit de la victime décédée

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Article 264 **Frais funéraires**

Les frais funéraires sont remboursés sur présentation des pièces justificatives et dans la limite du SMIG annuel.

Article 265 **Préjudice économique des ayants droit du décédé**

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

Chaque enfant à charge, conjoint(e) et ascendant en ligne directe de la victime recevra un capital égal au produit d'un pourcentage des revenus annuels, dûment prouvés, du décédé par la valeur du prix de un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion figurant en fin du présent Livre.

A défaut de revenus justifiés, le calcul du préjudice économique subi par les personnes précitées est effectué, dans les mêmes conditions, sur la base d'un revenu fictif correspondant à un SMIG annuel.

La capitalisation est limitée à vingt et un an pour les enfants sauf s'ils justifient de la poursuite d'études supérieures, auquel cas la limite est reportée à vingt cinq ans.

Les pourcentages de répartition des revenus du décédé entre les membres de sa famille (ascendants, conjoint(s) et enfant(s)) sont indiqués dans les tableaux ci-après :

CLE DE REPARTITION JUSQU'A QUATRE ENFANTS A CHARGE				
En pourcentage des revenus	Ascendants avec répartition uniforme entre les ascendants	Conjoint(s) avec répartition uniforme entre les conjoints	Enfant(s) avec répartition uniforme entre les enfants	Enfants orphelins double avec répartition uniforme entre les orphelins
% du revenu à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5	40	30	50

CLE DE REPARTITION AU-DELA DE QUATRE ENFANTS A CHARGE				
En pourcentage des revenus	Ascendants avec répartition uniforme entre les ascendants	Conjoint(s) avec répartition uniforme entre les conjoints	Enfant(s) avec répartition uniforme entre les enfants	Enfants orphelins double avec répartition uniforme entre les orphelins
% du revenu à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5	35	40	50

Les quotités ci-dessus sont réparties entre les enfants à charge, les ascendants en ligne directe (père et mère) et les conjoints, d'une manière égale à l'intérieur de chacun des groupes de bénéficiaires.

Dans le cas où une famille comprend à la fois des orphelins simples et des orphelins doubles, le tableau à retenir est celui des orphelins doubles.

L'indemnité globale revenant aux ayants-droits au titre du préjudice économique est plafonnée à soixante cinq fois le montant du SMIG annuel de l'Etat membre sur le territoire duquel l'accident est survenu.

Article 266

Préjudice moral des ayants droit du décédé

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Seul le préjudice moral du (des) conjoint (s), des enfants mineurs, des enfants majeurs, des ascendants et des frères et sœurs de la victime décédée est indemnisé.

Les indemnités sont déterminées selon le tableau ci-dessous, par bénéficiaire :

	En pourcentage du SMIG annuel
Conjoint(s)	150
Enfants mineurs	75
Enfants majeurs	50
Ascendants (premier degré)	50
Frères et sœurs	25

En cas de pluralité d'épouses survivantes, le montant total des indemnités qui leur sont allouées au titre de leur préjudice moral ne peut excéder 300 % du SMIG annuel.

Toutefois, les indemnités de l'ensemble des bénéficiaires donnent lieu à réduction proportionnelle lorsque leur cumul dépasse de 15 fois le SMIG annuel.

Section IX

Indemnisation pour compte d'autrui

I - Le mandat

Article 267

Accident de plusieurs véhicules

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

En cas d'accident ne mettant en cause qu'un seul véhicule, la procédure d'offre incombe à l'assureur de responsabilité civile de ce véhicule quelle que soit la qualité de la victime : personne transportée ou tiers circulant (piéton, cycliste, cavalier...).

Lorsque plusieurs véhicules participent à la survenance d'un accident à conséquences corporelles, l'offre d'indemnisation aux victimes intervient selon les modalités ci-après.

Article 268

Choix du meneur de la procédure d'offre

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

En cas d'accident provoqué par plusieurs véhicules la procédure d'offre incombe :

- Vis-à-vis des personnes transportées, à l'assureur de responsabilité du véhicule dans lequel les victimes ont pris place ;
- à l'égard des tiers circulants, par l'assureur du véhicule qui a heurté la victime. Si ce véhicule n'est pas identifié, l'offre est présentée par l'assureur du véhicule dont le numéro de la plaque d'immatriculation est le plus faible ;
- à tout moment l'assureur, qui estime que la responsabilité de son assuré est prépondérante, peut revendiquer la gestion du dossier.

Article 269

Responsable de la procédure d'offre

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 22 avril 1995)

Dans les rapports entre conducteurs, régis par l'article 268 du présent Code, et pour les dommages corporels et matériels, la procédure d'offre incombe s'il y a lieu :

- en cas d'accident entre deux véhicules, à l'assureur désigné par le barème de responsabilité ci-annexé ;
- en cas d'accident mettant en cause plus de deux véhicules, par l'assureur du véhicule dont le numéro de la plaque d'immatriculation est le plus faible.

Article 270

Responsabilité du payeur pour compte

L'assureur qui intervient pour le compte d'autrui reçoit mandat d'agir comme s'il s'agissait de ses propres intérêts.

Les intérêts de retard éventuellement supportés restent à sa charge.

Article 271

Subrogation du payeur pour compte

L'assureur qui a versé les sommes dues à la victime ainsi qu'aux tiers-payeurs est subrogé dans les droits des personnes indemnisées à concurrence des paiements effectués.

Article 272

Compétence du médecin examinateur

Le médecin ou l'expert technique désigné par l'assureur mandaté doit justifier :

- soit de sa qualité d'expert judiciaire inscrit sur la liste établie à cet effet ;
- soit de la possession de diplômes appropriés ;
- soit de cinq années d'activité ininterrompue dans le domaine concerné.

Chaque Etat tient le répertoire des experts habilités à exercer.

II - Le recours après paiement pour compte

Article 273

Incontestabilité du règlement pour compte

Les paiements effectués en conformité avec les dispositions du présent Code ne peuvent donner lieu à contestation.

Article 274

Contribution des assureurs

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

La contribution des assureurs après indemnisation des lésés par l'assureur mandaté s'établit, vis à vis de chacune des victimes, en fonction de la part de responsabilité incombant à chaque conducteur.

Les responsabilités sont déterminées selon le barème en fin du présent Livre.

Ce barème s'applique également pour l'indemnisation directe des victimes lorsque le sinistre n'a occasionné que des dommages matériels.

En cas d'impossibilité de se prononcer sur l'étendue des responsabilités encourues, le montant du dommage indemnisé est partagé entre les assureurs de responsabilité par parts égales.

La part non acquittée par un co-auteur inconnu ou non assuré est supportée par le Fonds de Garantie Automobile du pays sur le territoire duquel s'est produit le sinistre. A défaut de l'existence d'un Fonds de Garantie Automobile, cette quotité est supportée par les autres assureurs par parts égales.

Article 275

Contribution en cas de responsabilité non déterminée

Lorsque les responsabilités ne peuvent être établies, chaque conducteur conserve à sa charge la moitié des dommages matériels et corporels qu'il a subis, ou que ses ayants-droit ont subis du fait de son décès.

L'autre moitié indemnisée en vertu du mandat est supportée par parts égales par les assureurs de responsabilité civile de chacun des autres co-auteurs ayant participé à la collision.

III - La conciliation et l'arbitrage

Article 276

Commission Nationale d'Arbitrage

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Les conflits nés de l'exercice des recours sont obligatoirement soumis à un arbitrage auprès de la Commission Nationale d'Arbitrage composée de trois assureurs étrangers aux sociétés représentées dans le litige.

Les membres composant la Commission d'Arbitrage rendent leur sentence en qualité d'amiabes compositeurs dans le mois de leur saisine. Leur mandat, d'une durée annuelle, leur est dévolu par l'association nationale des assureurs automobile.

Pour les marchés dont le nombre de sociétés est réduit, les assureurs désignent d'accord parties un tiers arbitre.

Article 277
Intérêts de retard

Les sommes réclamées et dues, non remboursées, portent intérêt au taux de l'escompte à compter du mois écoulé suivant la date de la demande.

TITRE II
L'ASSURANCE DES FACULTES
A L'IMPORTATION

Article 278
Assurance des facultés à l'importation

L'assurance des facultés à l'importation revêt un caractère obligatoire dans la mesure où les législations nationales le prévoient. Elle est alors régie par les dispositions spécifiques de ces législations.

TITRE III
DISPOSITIONS TRANSITOIRES

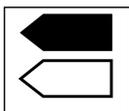
Article 279
Dispositions transitoires

Les dispositions des articles 200 à 278 entrent en vigueur sans délai.

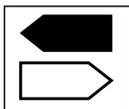
Elles s'appliquent à tous les accidents n'ayant pas donné lieu à une décision judiciaire passée en force de chose jugée ou à une transaction passée entre les parties.

Toutefois, elles n'ont pas d'effet rétroactif en ce qui concerne l'application des articles 200 dernier alinéa et 206 à 211 du présent Code.

BAREME DE RESPONSABILITE



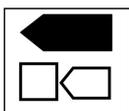
**VEHICULE EN CIRCULATION
DANS LE MEME SENS
SUR LA MEME CHAUSSEE**



**VEHICULE EN CIRCULATION
EN SENS INVERSE**



**VEHICULE PROVENANT
DE DEUX CHAUSSEES DIFFERENTES
Leurs directions devant se couper ou se rejoindre**



**VEHICULES
EN STATIONNEMENT**



**CAS
SPECIAUX**



EXCEPTIONS

NOTE IMPORTANTE

Pour l'utilisation de ce barème, se reporter au Règlement d'Application Pratique.

Les conditions dans lesquelles chaque cas doit être appliqué y sont précisées et commentées.

BAREME DE RESPONSABILITE

VEHICULES EN CIRCULATION DANS LE MÊME SENS SUR LA MÊME CHAUSSEE

PART DE RESPONSABILITE	
X	Y

Véhicules X et Y sur une même file (X heurté sur sa partie arrière)

10	Véhicules X et Y suivant la même direction.				0	1
11	Véhicule X virant dans une chaussée latérale.				0	1
12	Véhicule X prenant un stationnement en marche avant ou s'engageant dans une aire de stationnement, un lieu non à la circulation publique, un chemin de terre				1/4	3/4

Véhicules X et Y sur deux files différentes

13	Véhicules X et Y ne changent pas de file. Véhicules X et Y circulant				1/2	1/2
14	Véhicules X et Y ne changent pas de file. Véhicule X arrêté.				0	1
15	Véhicule Y changeant de file				0	1
17	Véhicule Y changeant de file en virant à gauche dans une chaussée latérale. X empiète ou franchi l'axe médian.				1/2	1/2

VEHICULE EN CIRCULATION EN SENS INVERSE

20	Véhicule Y empiétant sur l'axe médian ou le dépassant (même pour emprunter une chaussée à gauche). Véhicule X circulant dans son couloir de marche.				0	1
21	Véhicule X et Y empiétant l'un sur l'autre sur l'axe médian ou dont la position sur la chaussée par rapport à cet axe ne peut être déterminée.				1/2	1/2

VEHICULES PROVENANT DE DEUX CHAUSSEES DIFFERENTES Leurs directions devant se couper ou se rejoindre

30	Véhicule X prioritaire de droite circulant dans son couloir de marche.				0	1
31	Véhicule X prioritaire de droite circulant sur une chaussée à double sens et empiétant sur l'axe médian ou le dépassant lorsque cet axe n'est pas constitué par une ligne continue. Véhicule Y circulant dans son couloir de marche.				1/4	3/4



VEHICULES EN STATIONNEMENT

Part de Responsabilité	
X	Y

40	Véhicule X en stationnement régulier (ou à l'arrêt régulier).	0	1
41	Véhicule X en stationnement régulier (ou à l'arrêt régulier) en agglomération le long d'un trottoir	0	1
42	Véhicule X en stationnement régulier (ou à l'arrêt régulier) en agglomération dans le cas autres que celui prévu au cas 41.	1/4	3/4
43	Véhicule X en stationnement régulier (ou à l'arrêt régulier) hors agglomération	1/2	1/2

Chaussée :

Partie de la route normalement utilisée pour la circulation des véhicules

File de véhicules :

Succession de véhicules (deux ou plus) placés l'un derrière l'autre ; sont réputés dans la même file les véhicules se trouvant, même parcelllement, dans le prolongement l'un de l'autre.

Changement de file :

Manœuvre par laquelle un véhicule quitte sa file pour prendre Celle de l'autre.
Est assimilé à un changement de file tout écart d'un véhicule Perturbant la circulation de l'autre véhicule



CAS SPECIAUX

50	Véhicules Y ne respectant pas : <ul style="list-style-type: none"> un barrage de police une signalisation de priorité (balise, STOP) un feu de signalisation un panneau de sens interdit un panneau d'interdiction de dépasser un panneau d'interdiction de virer à droite (ou à gauche) une ligne continue. une signalisation au sol, notamment des flèches directionnelles ou circulant sur le trottoir interdit aux véhicules 	0	1
51	Véhicule Y virant à une flèche orange clignotante, véhicule X passant au feu vert.	0	1
52	Véhicule Y circulant en marche arrière ou effectuant un demi-tour	0	1
53	Véhicule Y quittant un stationnement, Sortant d'une aire de stationnement, D'un lieu non ouvert à la circulation publique, D'un chemin de terre.	0	1
54	Ouverture d'une portière droite ou gauche Du véhicule Y. Choc sur la portière	0	1

Axe médian :

- la ligne continue ;
- le milieu de la chaussée ou de la partie de la chaussée laissée disponible par une file de véhicules en stationnement ou des travaux lorsqu'il n'y a pas de ligne continue.

Aire de stationnement :

Emplacement utilisé pour le stationnement des véhicules. Sont assimilées à une aire de stationnement secondaires ne débouchent pas de plain-pied sur la voie principale, ainsi que les cours de gares.

Lieu non ouvert à la circulation publique :

- Lieu devant lequel est apposé un panneau interdisant la circulation à tous véhicules ;
- accès à une propriété privée, lorsqu'il dessert exclusivement cette propriété et ne fait pas partie de la voirie communale, départementale ou nationale ;
- lieu comportant un panneau restreignant la circulation à une catégorie déterminée de personnes : riverains ou autres ;
- lieu interdit, soit par une chaîne, soit par une barrière quelconque.

Chemin de terre :

Toute chaussée réunissant à la fois les trois conditions ci-après :

- ne pas être présignalées par un panneau réglementaire ;
- ne comporter aucun revêtement (par empierrement, pavage, goudronnage, bitumage) ;
- ne pas faire partie de la voirie communale, départementale, ou nationale.



EXCEPTIONS

55	Véhicule X bénéficiant de règles particulières de circulation.	1/4	3/4
56	Cumul de responsabilité excédant 4/4.	1/2	1/2

Partie arrière du véhicule :

Partie du véhicule située derrière les roues arrière

**TABLE DE CONVERSION
BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES VIAGERES**

Table de mortalité : 60/64 MHK - Taux de capitalisation : 6,50 % - Taux de revalorisation : 0,00 %

MASCULIN

Age limite de paiement de la rente : 100 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.576	51	10.637
1	14.910	52	10.440
2	14.915	53	10.237
3	14.903	54	10.030
4	14.884	55	9.818
5	14.861	56	9.602
6	14.835	57	9.381
7	14.807	58	9.156
8	14.777	59	8.928
9	14.744	60	8.696
10	14.709	61	8.461
11	14.671	62	8.223
12	14.631	63	7.983
13	14.588	64	7.741
14	14.543	65	7.498
15	14.497	66	7.254
16	14.450	67	7.010
17	14.401	68	6.766
18	14.353	69	6.523
19	14.304	70	6.282
20	14.253	71	6.043
21	14.200	72	5.808
22	14.144	73	5.577
23	14.086	74	5.351
24	14.025	75	5.132
25	13.959	76	4.921
26	13.891	77	4.720
27	13.818	78	4.531
28	13.740	79	4.356
29	13.658	80	2.707
30	13.571	81	3.582
31	13.480	82	3.371
32	13.384	83	3.167
33	13.284	84	2.969
34	13.180	85	2.778
35	13.071	86	2.593
36	12.958	87	2.415
37	12.839	88	2.244
38	12.716	89	2.081
39	12.588	90	1.924
40	12.455	91	1.775
41	12.316	92	1.633
42	12.172	93	1.498
43	12.023	94	1.371
44	11.869	95	1.250
45	11.709	96	1.136
46	11.544	97	1.030
47	11.373	98	0.930
48	11.197	99	0.836
49	11.016	100	0.748
50	10.829		

**TABLE DE CONVERSION
BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES VIAGERES**

Table de mortalité : 60/64 MHK - Taux de capitalisation : 6,50 % - Taux de revalorisation : 0,00 %
FÉMININ
Age limite de paiement de la rente : 100 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.806	51	11.861
1	15.065	52	11.688
2	15.077	53	11.509
3	15.072	54	11.323
4	15.061	55	11.130
5	15.048	56	10.931
6	15.033	57	10.725
7	15.016	58	10.512
8	14.997	59	10.293
9	14.976	60	10.067
10	14.953	61	9.835
11	14.929	62	9.597
12	14.904	63	9.352
13	14.876	64	9.103
14	14.848	65	8.848
15	14.818	66	8.588
16	14.787	67	8.324
17	14.755	68	8.056
18	14.721	69	7.784
19	14.686	70	7.509
20	14.650	71	7.232
21	14.612	72	6.953
22	14.572	73	6.672
23	14.529	74	6.391
24	14.485	75	6.110
25	14.438	76	5.830
26	14.388	77	5.551
27	14.336	78	5.275
28	14.281	79	5.001
29	14.223	80	4.731
30	14.163	81	4.466
31	14.099	82	4.205
32	14.032	83	3.950
33	13.961	84	3.701
34	13.886	85	3.459
35	13.807	86	3.224
36	13.724	87	2.997
37	13.636	88	2.778
38	13.544	89	2.567
39	13.448	90	2.365
40	13.346	91	2.173
41	13.240	92	1.989
42	13.128	93	1.815
43	13.011	94	1.650
44	12.888	95	1.494
45	12.760	96	1.348
46	12.625	97	1.210
47	12.485	98	1.082
48	12.339	99	0.963
49	12.186	100	0.851
50	12.026		

**TABLE DE CONVERSION
BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES TEMPORAIRES**

Table de mortalité : 60/64 MHK - Taux de capitalisation : 6,50 % - Taux de revalorisation : 0,00 %

MASCULIN

Age limite de paiement de la rente : 65 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.492	33	12.575
1	14.819	34	12.423
2	14.818	35	12.263
3	14.799	36	12.095
4	14.773	37	11.918
5	14.743	38	11.731
6	14.710	39	11.536
7	14.674	40	11.330
8	14.634	41	11.114
9	14.592	42	10.886
10	14.547	43	10.647
11	14.499	44	10.396
12	14.447	45	10.132
13	14.392	46	9.855
14	14.335	47	9.563
15	14.276	48	9.255
16	14.213	49	8.932
17	14.149	50	8.591
18	14.084	51	8.232
19	14.017	52	7.854
20	13.947	53	7.454
21	13.873	54	7.031
22	13.796	55	6.583
23	13.715	56	6.109
24	13.628	57	5.604
25	13.537	58	5.068
26	13.440	59	4.495
27	13.337	60	3.881
28	13.228	61	3.223
29	13.111	62	2.513
30	12.988	63	1.745
31	12.857	64	0.911
32	12.720	65	0.000

Age limite de paiement de la rente : 60 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.425	31	12.355
1	14.745	32	12.184
2	14.739	33	12.004
3	14.715	34	11.813
4	14.684	35	11.612
5	14.648	36	11.399
6	14.609	37	11.175
7	14.566	38	10.938
8	14.519	39	10.688
9	14.470	40	10.423
10	14.417	41	10.144
11	14.360	42	9.850
12	14.299	43	9.538
13	14.235	44	9.209
14	14.167	45	8.861
15	14.095	46	8.493
16	14.022	47	8.103
17	13.945	48	7.690
18	13.867	49	7.252
19	13.785	50	6.787
20	13.700	51	6.294
21	13.610	52	5.769
22	13.515	53	5.210
23	13.415	54	4.613
24	13.309	55	3.975
25	13.196	56	3.293
26	13.077	57	2.560
27	12.950	58	1.772
28	12.814	59	0.921
29	12.670	60	0.000
30	12.517		

Age limite de paiement de la rente : 55 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.322	28	12.184
1	14.633	29	11.998
2	14.620	30	11.800
3	14.588	31	11.590
4	14.548	32	11.368
5	14.503	33	11.132
6	14.454	34	10.883
7	14.401	35	10.618
8	14.344	36	10.338
9	14.283	37	10.042
10	14.218	38	9.728
11	14.148	39	9.394
12	14.073	40	9.041
13	13.994	41	8.667
14	13.910	42	8.269
15	13.822	43	7.847
16	13.730	44	7.399
17	13.635	45	6.923
18	13.536	46	6.417
19	13.432	47	5.878
20	13.324	48	5.303
21	13.209	49	4.691
22	13.088	50	4.037
23	12.959	51	3.339
24	12.822	52	2.591
25	12.677	53	1.789
26	12.523	54	0.927
27	12.359	55	0.000

Age limite de paiement de la rente : 25 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	11.815	13	8.118
1	11.896	14	7.650
2	11.698	15	7.151
3	11.473	16	6.621
4	11.228	17	6.057
5	10.965	18	5.457
6	10.684	19	4.819
7	10.384	20	4.139
8	10.064	21	3.414
9	9.723	22	2.641
10	9.359	23	1.816
11	8.971	24	0.938
12	8.558	25	0.000

Age limite de paiement de la rente : 21 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	10.941	11	7.167
1	10.942	12	6.636
2	10.680	13	6.070
3	10.387	14	5.468
4	10.071	15	4.826
5	9.732	16	4.143
6	9.370	17	3.416
7	8.984	18	2.642
8	8.573	19	1.817
9	8.134	20	0.938
10	7.666	21	0.000

**TABLE DE CONVERSION
BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES TEMPORAIRES**

Table de mortalité : 60/64 MHK - Taux de capitalisation : 6,50 % - Taux de revalorisation : 0,00 %

FÉMININ

Age limite de paiement de la rente : 65 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	.14.685	33	.12.961
1	.14.935	34	.12.820
2	.14.938	35	.12.671
3	.14.923	36	.12.512
4	.14.903	37	.12.344
5	.14.880	38	.12.166
6	.14.853	39	.11.978
7	.14.824	40	.11.778
8	.14.793	41	.11.567
9	.14.759	42	.11.343
10	.14.722	43	.11.105
11	.14.683	44	.10.854
12	.14.641	45	.10.588
13	.14.597	46	.10.306
14	.14.550	47	.10.008
15	.14.500	48	.9.692
16	.14.449	49	.9.358
17	.14.394	50	.9.003
18	.14.337	51	.8.628
19	.14.277	52	.8.230
20	.14.214	53	.7.808
21	.14.148	54	.7.360
22	.14.077	55	.6.885
23	.14.002	56	.6.380
24	.13.923	57	.5.844
25	.13.839	58	.5.272
26	.13.750	59	.4.664
27	.13.655	60	.4.015
28	.13.556	61	.3.321
29	.13.450	62	.2.578
30	.13.338	63	.1.781
31	.13.220	64	.0.924
32	.13.094	65	.0.000

Age limite de paiement de la rente : 60 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.606	31	12.637
1	14.848	32	12.473
2	14.845	33	12.299
3	14.825	34	12.113
4	14.798	35	11.917
5	14.768	36	11.709
6	14.734	37	11.487
7	14.697	38	11.252
8	14.658	39	11.003
9	14.615	40	10.738
10	14.569	41	10.457
11	14.519	42	10.158
12	14.467	43	9.841
13	14.411	44	9.505
14	14.352	45	9.148
15	14.290	46	8.768
16	14.224	47	8.365
17	14.155	48	7.937
18	14.083	49	7.482
19	14.006	50	6.998
20	13.925	51	6.483
21	13.840	52	5.936
22	13.749	53	5.353
23	13.652	54	4.731
24	13.550	55	4.069
25	13.441	56	3.361
26	13.326	57	2.605
27	13.204	58	1.797
28	13.074	59	0.930
29	12.937	60	0.000
30	12.791		

Age limite de paiement de la rente : 55 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	.14.490	28	.12.379
1	.14.723	29	.12.196
2	.14.712	30	.12.001
3	.14.683	31	.11.794
4	.14.647	32	.11.575
5	.14.606	33	.11.341
6	.14.562	34	.11.092
7	.14.514	35	.10.828
8	.14.462	36	.10.547
9	.14.407	37	.10.249
10	.14.347	38	.9.931
11	.14.283	39	.9.594
12	.14.215	40	.9.235
13	.14.143	41	.8.853
14	.14.067	42	.8.447
15	.13.986	43	.8.015
16	.13.900	44	.7.555
17	.13.810	45	.7.066
18	.13.715	46	.6.546
19	.13.614	47	.5.991
20	.13.508	48	.5.401
21	.13.394	49	.4.772
22	.13.274	50	.4.101
23	.13.146	51	.3.385
24	.13.011	52	.2.622
25	.12.867	53	.1.806
26	.12.714	54	.0.933
27	.12.551	55	.0.000

Age limite de paiement de la rente : 25 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	11.908	13	8.138
1	11.920	14	7.670
2	11.721	15	7.171
3	11.495	16	6.640
4	11.249	17	6.074
5	10.986	18	5.472
6	10.705	19	4.831
7	10.405	20	4.148
8	10.085	21	3.420
9	9.743	22	2.645
10	9.379	23	1.819
11	8.991	24	0.938
12	8.578	25	0.000

Age limite de paiement de la rente : 21 ans

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	11.022	11	7.177
1	10.959	12	6.645
2	10.696	13	6.079
3	10.401	14	5.476
4	10.084	15	4.834
5	9.745	16	4.150
6	9.383	17	3.421
7	8.996	18	2.646
8	8.584	19	1.819
9	8.144	20	0.938
10	7.676	21	0.000

BAREME FONCTIONNEL INDICATIF DES INCAPACITES EN DROIT COMMUN

I - FONCTIONS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

Ces fonctions sont multiples puisqu'elles comprennent non seulement l'ensemble des fonctions intellectuelles et la plupart des fonctions sensorielles, mais également la commande et la coordination de toutes les fonctions.

Il aurait été plus logique de distinguer, d'une part le crâne et le système nerveux central, d'autre part la face, mais le rôle que jouent les cavités de la face comme support des postes périphériques des organes des sens et des nerfs crâniens, rend une telle distinction trop artificielle.

Ce chapitre concerne donc de nombreuses fonctions, dont la plupart des fonctions vitales et les fonctions intellectuelles, qu'il serait artificiel d'envisager une à une, ce qui explique leur regroupement dans le cadre des syndromes les plus souvent rencontrés.

A. - SYNDROME SUBJECTIF POST-COMMOTIONNEL

Ce syndrome, caractérisé essentiellement par des céphalées, des sensations vertigineuses, des troubles du sommeil, de la mémoire, du caractère et de la libido, est de plus en plus souvent appelé syndrome post-commotionnel commun des traumatisés du crâne, car des techniques spécialisées peuvent parvenir à l'objectiver.

Il fait habituellement suite à un traumatisme crânien s'étant accompagné d'une perte de conscience dont la réalité et l'importance doivent être soigneusement analysées.

L'expert devra s'entourer de précautions pour dépister un véritable syndrome neurologique, une sinistrose ou une simulation. Il n'oubliera pas que la plupart des syndromes post-commotionnels disparaissent ou s'atténuent notablement en 18 mois à 2 ans.

Si l'existence réelle et l'imputabilité du syndrome sont admises, suivant le nombre, l'importance, la périodicité des troubles et l'influence du traitement 2 à 10 %.

En cas d'évolution névrotique (voir I, C).

En cas de troubles associés, ceux-ci doivent être appréciés indépendamment (voir I, D et E).

B. - SYNDROMES DEFICITAIRES

Comme les syndromes neurologiques dont ils sont artificiellement dissociés (voir I, C), ils nécessitent des examens neurologiques très complets et des examens complémentaires de plus en plus perfectionnés qui impliquent habituellement le recours au spécialiste.

L'expert devra toujours respecter un délai suffisant avant de conclure définitivement, délai d'autant plus long que le sujet est plus jeune. Ce délai peut facilement atteindre 2 ans et même davantage.

L'expert devra également donner le maximum d'informations sur la nécessité de soins après consolidation et sur la prise en charge d'appareillages.

Il devra renseigner sur les modalités de recours éventuel à une tierce personne, en détaillant la nature et la périodicité de l'aide nécessaire.

Ce sont essentiellement le côté dominant, les possibilités de la préhension, de la marche et l'estimation de la capacité globale restante qui permettront d'évaluer équitablement le taux.

1° Monoparésie ou monoplégie

- membre supérieur droit (voir III - Fonction des membres supérieurs) 10 à 60 %
- membre supérieur gauche (voir III - Fonction des membres supérieurs) 6 à 50 %
- membre inférieur (voir IV - Fonction locomotrice) 10 à 75 %

2° Hémiparésie 10 à 40 %

- Hémiplégie spasmodique 50 à 70 %
- Hémiplégie flasque (exceptionnellement définitive) 80 à 90 %
- Hémiplégie avec troubles sphinctériens ou/et aphasie 80 à 100 %

3° Paraparésie et paraplégie, suivant le niveau de l'atteinte médullaire, les possibilités de déambulation, l'importance des troubles sphinctériens 30 à 90 %

Il est difficile de donner une évaluation plus précise, le taux pouvant même, dans des cas particuliers, être inférieur ou supérieur à la « fourchette » indiquée.

4° Quadriparésie.

- Son degré peut être assez variable, mais les taux peuvent atteindre 70 à 85 %
- Quadriplégie. Suivant les possibilités d'adaptation 85 à 100 %

5° Aphasie : atteinte plus ou moins importante de l'expression verbale, mais compréhension normale du langage parlé et écrit 10 à 35 %

- avec troubles de la compréhension pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de communication avec autrui 40 à 95 %

6° Syndrome de la queue de cheval complet, avec troubles sphinctériens, anesthésie en selle (troubles sexuels non compris) 30 à 50 %

C. - SYNDROMES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

L'importance des fonctions pouvant être atteintes ne permet pas de fixer un maximum.

Le recours au spécialiste psychiatre s'avère souvent nécessaire, non pour se substituer à l'expert en évaluation du dommage corporel qui devra effectuer la synthèse et fixer un taux global, mais pour préciser un diagnostic, situer l'état par rapport à l'état antérieur du sujet et renseigner sur l'évolution prévisible.

1° Epilepsie post-traumatique

La prudence s'impose avant d'affirmer le diagnostic d'épilepsie et de l'attribuer à un traumatisme crano-encéphalique.

Le diagnostic repose sur un élément unique, exclusivement clinique et rigoureusement indispensable : la survenue de crises indiscutables. Or, le plus souvent, il n'y a pas eu de témoin à formation médicale et certaines crises de nature hystérique sont parfois de diagnostic difficile avec une authentique crise épileptique.

L'imputabilité à un traumatisme nécessite qu'il y ait eu un traumatisme crânien d'une certaine importance, accompagné d'une perte de connaissance, et qu'il s'agisse d'une variété d'épilepsie pouvant avoir une origine traumatique.

L'EEG est un élément de valeur, mais certaines épilepsies authentiques comportent un EEG normal. La majorité des épilepsies post-traumatiques se révèlent dans les trois ans qui suivent l'accident.

Le taux d'IPP ne peut s'évaluer qu'en tenant compte de multiples facteurs, aux premiers rangs desquels la fréquence des crises, l'importance du traitement anti-convulsivant, la psychologie du sujet et sa façon d'assumer sa nouvelle condition, en n'oubliant pas que certaines activités sont interdites aux épileptiques, l'âge enfin.

En lui-même, un EEG plus ou moins anormal ne justifie pas l'attribution d'une IPP.

- Crises localisées

suivant la fréquence 5 à 20 %

- Crises généralisées

- 1 crise isolée et non suivie d'un traitement ne justifie pas d'IPP

- 1 ou 2 crises annuelles, avec traitement régulier 15 à 20 %

- 1 ou 2 crises mensuelles permettant, sous certaines précautions, une activité normale 20 à 30 %

- Crises plus fréquentes obligeant à réduire ou modifier les activités habituelles 30 à 40 %

- Crises fréquentes interdisant une activité régulière 40 à 50 %

Un barème peut difficilement rendre compte de ces divers éléments et c'est à l'expert qu'il revient finalement, tenant compte de son expérience et des données acquises en ce domaine, de déterminer l'importance du dommage subi, tant sur le plan fonctionnel que social.

2°) Certains syndromes neurologiques post-traumatiques tels que l'hydrocéphalie à pression normale, les fistules ostéodurales (hydrorrhées), les syndromes parkinsoniens, ne peuvent faire l'objet d'une indication chiffrée dans le cadre d'un barème. Ils nécessitent toujours l'avis d'un spécialiste et le taux doit tenir compte de la gêne fonctionnelle.

3°) Névroses post-traumatiques

A base de réactions anxio-phobiques pouvant aller jusqu'à l'agoraphobie et parfois de réactions hystériques, elles réalisent souvent des formes masquées ou camouflées : réactions asthéo-dépressives, algies polymorphes. Un traumatisme ne peut jamais, à lui seul, être responsable d'une structure ou personnalité hystérique.

Si, après un accident, apparaissent des manifestations déficitaires telles qu'une paralysie, une cécité, dont la nature névrotique peut être affirmée, on ne peut considérer le traumatisme que comme ayant joué un rôle favorisant ou déclenchant de la manifestation hystérique, mais non comme responsable de la structure elle-même.

Les symptômes spécifiques sont la labilité émotionnelle, le blocage des fonctions du « moi » (indifférence, inhibition de la libido) et les phénomènes répétitifs (ruminations mentales, cauchemars).

L'organisation névrotique de la personnalité se révèle par une attitude ambigüe faite à la fois d'une dépendance à l'égard de l'entourage et d'une revendication. La note revendicatrice peut prendre le devant du tableau.

L'évaluation de l'incapacité doit faire la part de l'état antérieur, apprécier le caractère permanent des troubles et tenir compte de leur retentissement sur la vie quotidienne de la victime, les taux pouvant varier habituellement entre 5 et 20 %

Le syndrome dépressif est relativement fréquent après un traumatisme. Il est le plus souvent résolutif après traitement.

4° Psychoses post-traumatiques

Les véritables psychoses post-traumatiques sont exceptionnelles.

L'origine traumatique de la démence précoce (schizophrénie) est le plus souvent rejetée. Quant à la psychose maniaco-dépressive, son origine traumatique n'est jamais admise. Mais le traumatisme peut déclencher une poussée et parfois même révéler la maladie.

L'expert doit s'attacher à dépister une éventuelle atteinte organique post-traumatique (hydrocéphalie, atrophie).

5° Démence post-traumatique

Le taux peut atteindre 100 %

D. - FONCTION VISUELLE (OPHTALMOLOGIE)

Inspiré du projet présenté par J. Jonquères à la Société de médecine légale en mars 1980 (Revue française du dommage corporel, 1980, 6, n° 3, 223-229), ce chapitre tient compte de la différence de conception de l'incapacité en droit commun et en accident du travail. La perte totale de la fonction visuelle est arbitrairement évaluée à 85 % pour tenir compte de la capacité restante. L'expert devra toujours expliquer le retentissement de l'état séquentaire sur les activités de la victime, permettant ainsi de corriger le caractère "arbitraire" du plafond proposé, susceptible de varier selon l'âge et l'adaptation.

Si l'œil non atteint par le traumatisme avait une acuité réduite, l'incapacité sera calculée en fonction de celle-ci et de la nouvelle atteinte, les deux yeux étant indissociables pour la vision (suivant le tableau ci-dessous), mais l'expert précisera l'état antérieur à l'accident et l'incapacité qui en résultait, afin d'en dégager le taux d'aggravation.

1° Diminution de l'acuité visuelle

- perte de la vision des deux yeux 85 %

- perte de la vision d'un œil 25 %

Plusieurs degrés sont à envisager dans l'état de cécité. Ces degrés sont fonction de données quantitatives et qualitatives. De la variabilité de ces données résulte une variabilité des capacités visuelles restantes.

Il convient donc de distinguer :

a) Cécité totale : acuités nulles ou inférieures à 1/20 85 %

b) Cécité relative : acuités égales à 1/20.

Possibilité de quitter le lieu où il se trouve en cas de sinistre 75 %

c) Quasi-cécité : acuités comprises entre moins de 1/10 et 1/20 ODG mais champs visuels réduits à moins de 30° 70 %

En cas d'énucléation ou d'atteintes esthétiques associées, il en sera tenu compte dans l'évaluation du préjudice esthétique.

Le tableau ci-après, établi en fonction du maximum de 85 %, permet d'évaluer le pourcentage d'incapacité en fonction de l'acuité visuelle (mesurée en dixièmes) de chacun des deux yeux. Si le chiffre d'acuité se situe dans une fourchette, on se reportera à la limite inférieure du tableau.

L'examen doit être fait après correction, la nécessité du port de lunettes ou de lentilles étant précisée par l'expert. Elle peut faire l'objet d'une indemnisation, mais non au titre de l'incapacité.

2° Rétrécissement du champ visuel

Les taux ci-dessous sont à ajouter à celui qui correspond à la baisse d'acuité visuelle, sans pouvoir dépasser les maximums prévus pour la perte de la vision d'un œil ou des deux yeux.

- Rétrécissement concentrique
 - atteignant un œil
(30 à 10° du point de fixation) 0 à 5 %
 - atteignant un œil (moins de 10°) 5 à 10 %
 - atteignant les deux yeux (30 à 10°) 10 à 40 %
 - atteignant les deux yeux (moins de 10°) 40 à 65 %

- Scotome para-central de petites dimensions :

- un œil 5 à 10 %
- les deux yeux 10 à 30 %

Si le scotome est de plus grandes dimensions, la gêne fonctionnelle se confond avec la baisse de la vision.

- Hémaniopsie avec conservation de la vision centrale

- Homonyme droite ou gauche 20 à 25 %
- Nasale 5 à 10 %
- Bitemporale 50 à 60 %
- Supérieure 5 à 10 %
- Inférieure 20 à 40 %
- en quadrant supérieur 3 à 8 %
- en quadrant inférieur 10 à 20 %

- Hémianopsie avec perte de la vision centrale

La gêne fonctionnelle se confond habituellement avec la baisse de la vision.

3°) Troubles de la vision binoculaire

- Diplopie dans les positions hautes du regard 3 à 10 %
- Diplopie dans la partie inférieure du champ 10 à 20 %
- Diplopie dans le champ latéral 10 à 15 %
- Diplopie par décompensation d'une hétérophorie antérieure 1 à 5 %

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	INF. A	CECITE
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
INF. A 1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
CECITE TOTALE	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Le tableau ci-dessus donne le pourcentage d'incapacité de la fonction visuelle globale. Si un seul œil est atteint, il convient de calculer aussi le taux correspondant à l'acuité visuelle antérieure à l'accident et d'en déduire le taux d'aggravation :

4°) Troubles de l'accommodation

- Défaut d'adaptation à l'obscurité, mydriase entraînant une gêne fonctionnelle 2 à 10 %

5°) Aphakie

En cas d'aphakie unilatérale, il est nécessaire d'adopter pour l'acuité visuelle de l'œil aphakie le chiffre obtenu à l'aide des verres correcteurs conventionnel ou de prothèses pré-cornéennes.

Celui-ci détermine le taux :

- si l'acuité de l'œil opéré demeure inférieure à l'œil adelphe, il convient de majorer ce taux de 10 % ;

- si au contraire l'acuité de cet œil adelphe est inférieure à celle de l'œil opéré, ce taux devra alors être porté à 15 %.

En cas d'aphakie bilatérale, l'invalidité de base est de 20 %, invalidité à ajouter à celle résultant des chiffres d'acuité visuelle, sans que l'on puisse bien évidemment dépasser le taux de 85 %.

6°) Annexes de l'œil

Lagophthalmie, larmolement, ectropion ou entropion.

S'il existe une gêne fonctionnelle en plus du préjudice esthétique 0 à 5 %

Pour les séquelles douloureuses, voir F 5.

E. - AUDITION, EQUILIBRE, OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'expertise ORL peut être difficile : les troubles objectifs sont souvent peu marqués, les réponses du blessé parfois imprécises.

L'étude des fonctions sensorielles doit être abordée avec une grande rigueur clinique et instrumentale.

1°) Mutilations de l'oreille externe

Des déformations portant sur le pavillon n'entraînent pas d'incapacité (dommage esthétique)

Sténose du conduit auditif externe, indépendamment du retentissement éventuel sur

l'audition 0 à 4 %

2°) Lésions tympaniques

Si des modifications tympaniques sont souvent notées, elles sont loin d'être toujours la conséquence même du traumatisme.

S'il n'y a pas eu d'otorragie initiale, pas d'otorrhée, la constatation d'une perforation sèche ou d'un écoulement doit mener à une étude soigneuse de l'anamnèse.

Si l'otorrhée est admise comme traumatique, au taux d'invalidité résultant de la diminution de l'acuité auditive, on ajoutera 2 à 6 %

3°) Diminution de l'acuité auditive

La détermination de l'importance de la perte auditive entraînée par l'accident et du taux d'incapacité ne peut être établie qu'après un bilan clinique et audiométrique.

Le taux d'incapacité doit tenir compte :

- de l'âge du sujet (correction de la presbycusie),

VOIE HAUTE			5	4	2	1	CONTACT	NON PERÇUE	
DISTANCE DE PERCEPTION EN METRES									
	VOIE CHUCHOTEE		0,80	0,50	0,25	CONTACT	NON PERÇUE		
	DISTANCE DE PERCEPTION EN METRES								
	PERTE AUDITIVE EN DECIBELS								
		0 A 25	25 A 35	35 A 45	45 A 55	55 A 65	65 A 80	80 A 90	
	0 A 25	0	2	4	6	8	10	12	
5	0,80	25 A 35	2	4	6	8	10	12	15
4	0,50	35 A 45	4	6	10	12	15	20	25
2	0,25	45 A 55	6	8	12	15	20	25	30
1	CONTACT	55 A 65	8	10	15	20	30	35	40
CONTACT	NON PERÇUE	65 A 80	10	12	20	25	35	45	50
NON PERÇUE		80 A 90	12	15	25	30	40	50	60

- de l'état antérieur : seule l'aggravation éventuelle due à l'accident doit être indemnisée.

- une hypoacusie unilatérale peut entraîner une IPP de 0 à 12 %

- une hypoacusie bilatérale peut entraîner une IPP de 0 à 60 %

Ce maximum de 60 % correspond à une cophose bilatérale. Représentant le taux arbitraire fixé pour la fonction auditive, il peut varier suivant l'âge auquel l'atteinte est intervenue et les possibilités de communication. Les conditions d'existence et d'activité devront être précisées.

Le tableau suivant peut être utilisé, pour autant que l'hypoacousie soit bien la conséquence de l'accident.

Lorsqu'il y a possibilité d'appareillage, le taux doit être calculé en tenant compte du résultat apporté par la prothèse.

4°) Acouphènes

Ils sont souvent associés à un déficit auditif.

Si l'on admet leur existence et leur imputabilité, l'IPP peut être de 1 à 3 %

5°) Vertiges et troubles de l'équilibre

L'interrogatoire est parfois difficile : beaucoup de malades décrivent mal.

Sous le terme général de « vertiges », sont englobés :

- de véritables vertiges de type rotatoire avec sensation de rotation ou de déplacement par rapport au monde environnant ;

- des déséquilibres lors des mouvements brusques de la tête, au lever, au coucher, à la marche.

L'analyse des sensations décrites par le blessé est importante, il sera utile de préciser, selon son mode de vie, la manière dont elles apparaissent.

L'interprétation des signes labyrinthiques spontanés doit être minutieuse : une déviation des index, un signe de Romberg, une déviation dans la marche aveugle, un nystagmus spontané ou de position doivent être interprétés dans un contexte oto-neurologique.

Les résultats de l'épreuve calorique doivent être également interprétés avec soin. En particulier, la constatation d'une inégalité des réactions nystagmiques obtenues par l'épreuve calorique est un signe intéressant.

Devant la constatation d'anomalies labyrinthiques, l'expert doit évoquer la possibilité d'étiologies anciennes différentes et tenir compte de l'âge et de l'éventuelle possibilité d'une amélioration : un certain nombre de séquelles vestibulaires s'atténuent à distance des faits.

Ainsi, de nombreuses composantes variables interviennent dans la fixation du taux éventuel d'IPP : la fréquence et l'intensité des vertiges, les constatations de l'examen labyrinthique et le pronostic rapporté au tableau.

Les taux sont donc très variables :

- si l'examen labyrinthique est normal, les troubles ne relèvent plus de l'ORL et doivent être appréciés dans le cadre du syndrome subjectif post-commotionnel.

- Dissymétrie vestibulaire, suivant l'intensité et la fréquence des troubles fonctionnels 2 à 12 %

Il est rare que les vertiges entraînent une IPP plus élevée. Cependant, dans les cas exceptionnels où le blessé présenterait de grands vertiges, suffisamment violents pour gêner la marche, entraîner des difficultés de travail, les troubles étant objectivés par la constatation de signes vestibulaires spontanés et de signes vestibulaires dysharmonieux importants, l'IPP pourrait atteindre un chiffre de l'ordre de 20 à 25 %

Des taux plus élevés ne sont pratiquement jamais justifiés par des séquelles purement vestibulaires. Ils ne seraient à envisager qu'en cas de troubles neurologiques associés.

Dans tous les cas, il importe de veiller à ce que les vertiges et les troubles de l'équilibre, lorsqu'ils sont associés à un syndrome post-commotionnel, ne soient pas appréciés sous les deux rubriques.

Intervenant pour objectiver un trouble fonctionnel, par exemple un vertige, les variations de l'excitabilité labyrinthique ne doivent en aucun cas constituer par elles-mêmes un facteur d'IPP.

6°) Sténoses trachéales

Leurs séquelles sont évaluées en fonction du retentissement respiratoire (voir V) et du retentissement sur la parole (voir ci-après).

L'évolution très lente du processus exige un délai d'appréciation qui peut atteindre 3 ans.

7°) Lésions des cordes vocales

Les troubles de la voix et du langage peuvent affecter la fonction de « communication » du sujet avec son entourage.

On distingue classiquement les dysphonies, les dysarthries (troubles de l'articulation verbale - voir I, F) et les aphasies (troubles de la compréhension et de l'utilisation du langage - voir I, B).

- Dysphonie : perturbation de la parole, laissant possibles les contacts avec les tiers (troubles de l'intensité de la voix, de l'articulation, fatigabilité vocale) 0 à 10 %
- Aphonie : perturbation de l'expression orale qui devient incompréhensible même pour l'entourage 30 %

F - SEQUELLES MAXILLO-FACIALES

Les séquelles maxillo-faciales peuvent être divisées en plusieurs groupes correspondant à des fonctions distinctes.

1°) Région orbito-malaire

Qu'elles intéressent la cavité orbitaire, le globe oculaire ou les annexes de l'œil (paupières, voies lacrymales, muscles et nerfs), ces séquelles retentissent sur la fonction visuelle avec laquelle elles sont étudiées (voir I, D).

La fracture du malaire ne donne lieu à l'évaluation d'une IPP que s'il existe un retentissement sur les fonctions visuelle (I, D), masticatoire (F 3) ou sensitive (F 5).

2°) Région ethmoïdo-nasale

(fonctions olfactive et respiratoire).

Les hyposmies et anosmies, dont le diagnostic est parfois délicat, justifient, lorsqu'elles sont permanentes, un taux de 2 à 5 %

L'éventuel retentissement professionnel est décrit par l'expert, mais non chiffré.

Les troubles de la respiration nasale par déformation osseuse ou cartilagineuse justifient le plus souvent des taux faibles 0 à 5 %

Les exceptionnelles sténoses narinaires retentissant sur la fonction respiratoire justifient des taux plus élevés (voir V). La plupart des fractures des os propres du nez consolident avec une petite gêne esthétique, sans incapacité permanente.

3°) Région maxillo-mandibulaire

(fonction masticatoire)

Avec les éléments ostéo-articulaires, les dents et leurs annexes, les parties molles que sont la langue, les lèvres et les joues, cette région participe au premier temps de la fonction digestive dont l'atteinte constitue l'essentiel des séquelles.

Les pertes de dents peuvent faire l'objet d'évaluations distinctes.

a) Au cas où les dents ne seraient pas remplacées

- incisives 1,00 %

- prémolaire 1,25 %
- canine et molaire 1,50 %

avec un maximum de 30 % en cas d'édentation totale inappareillable.

b) En cas de prothèse, on tiendra compte des indications ci-dessous.

- Perte de la vitalité pulpaire d'une dent 0,5 %

- Perte totale, y compris racine, d'un organe dentaire préalablement sain : les taux indiqués dans le tableau ci-dessus (a) doivent être réduit de 1/2 en cas de prothèse mobile et des 2/3 en cas de prothèse fixe, avec un maximum de 15 % en cas d'édentation totale appareillée.

L'entretien et le renouvellement éventuel de la prothèse sont évidemment indépendants du taux de l'IPP.

Les troubles de l'articulé dentaire, les limitations ou déséquilibres de l'ouverture buccale (latéro-déviations, dysfonctionnement temporo-mandibulaire, etc.), les atteintes de la langue (indépendamment du trouble de la phonation, voir 4), sont évalués en fonction de leur retentissement sur la mastication et la persistance de phénomènes douloureux :

- Gêne à la mastication des aliments solides, mais leur prise restant possible, écart interdentaire de 20 à 30 mm, troubles de l'articulé limités à une demi-arcade 2 à 10 %

- Alimentation limitée aux aliments mous, édentation partielle, écart interdentaire de 10 à 20 mm, régime spécial 10 à 15 %

- Alimentation liquide, constriction permanente des mâchoires, écart interdentaire inférieur à 10 mm 35 %

Les pseudarthroses mandibulaires, les pertes de substance osseuse, les brides cicatricielles sont évaluées principalement en fonction de leur retentissement sur la mastication et la phonation. En cas de communications bucco-nasales et sinusiennes, l'expert doit également tenir compte de l'élément infectieux éventuel.

4°) Langue

Les troubles de la phonation en rapport avec une atteinte de la cavité buccale et de ses éléments sont rares et peuvent justifier une IPP de 0 à 10 %

C'est seulement lorsque les troubles de la phonation perturbent gravement la fonction de communication qu'un taux supérieur sera envisagé (voir E 7).

Les perturbations du goût sont souvent associées aux troubles de l'odorat (voir F 2).

5°) Séquelles sensitives et motrices

(algies, paralysies faciales).

Les atteintes motrices (nerf facial) peuvent s'accompagner de spasmes faciaux. Les taux ci-dessous ne tiennent pas compte d'éventuels troubles oculaires associés.

- Paralysie faciale unilatérale totale et définitive 20 %

- Paralysie faciale unilatérale partielle 5 à 15 %

Il convient de faire la part entre la gêne fonctionnelle et l'atteinte esthétique qui ne seront pas confondues, mais analysées chacune pour elle-même.

Les atteintes sensitives concernent le nerf trijumeau et ses branches.

- nerf sous-orbitaire 1 à 5 %

- nerf dentaire inférieur (avec ou sans incontinence labiale) 1 à 5 %

- nerf lingual (face dorsale de la langue, avec fréquentes morsures de celle-ci et algies) 1 à 5 %

G - CRANE, VOUTE

En l'absence d'atteinte dure-mérienne ou de contusion cérébrale, les séquelles d'une fracture de la

voûte crânienne peuvent être nulles. Ce n'est pas la fracture qui, par elle-même, justifie un pourcentage d'incapacité, mais les troubles associés (syndrome déficitaire, syndrome subjectif).

Rappelons qu'en droit commun les réserves sont implicites, la victime pouvant toujours demander une nouvelle évaluation de son dommage en cas d'aggravation de celui-ci. Un « risque » d'épilepsie ou de complication infectieuse ne saurait justifier un taux d'incapacité, mais un risque peut être préjudiciable lorsqu'il entraîne une contre-indication à l'exercice d'une activité bien précise.

Toutefois, la perte de substance non comblée, avec battements dure-mériens et impulsion à la toux, peut, pour les contraintes qu'elle entraîne, justifier un taux de 5 à 10 %

H - CUIR CHEVELU

Il est exceptionnel que les séquelles justifient une IPP et elles devront être le plus souvent appréciées dans le cadre du préjudice esthétique.

Des cicatrices douloureuses ou des névralgies (sus-orbitaire, occipitale) peuvent justifier un taux de 1 à 4 %

II - FONCTION DE SOUTIEN (RACHIS)

Soutenant l'axe du corps et servant de canal protecteur à une partie du système nerveux central, le rachis joue un rôle essentiel et il est classique d'insister sur le vécu psychologique de ses atteintes.

Ce sont en pratique l'atteinte médullaire et le retentissement sur la fonction des membres inférieurs qui peuvent permettre de définir un maximum, le rachis n'assurant pas une fonction indépendante.

Ici encore, l'expert ne doit pas être influencé par la lésion anatomique, mais guidé par l'analyse du retentissement des séquelles.

Les séquelles des traumatismes médullaires et les séquelles neurologiques des lésions rachidiennes sont étudiées ailleurs (voir I, B - III et IV).

Les critères d'appréciation des séquelles rachidiennes sont la nature des lésions (atteinte du mur postérieur), les déformations (rares et le plus souvent discrètes), les douleurs (spontanées ou provoquées, avec ou sans irradiations), les raideurs (souvent accompagnées de contractures, limitant les mouvements actifs ou passifs) et les signes d'irritation ou de déficit radiculaire.

- Pousée évolutive douloureuse sur une arthrose connue, avec retour à l'état antérieur 0 %
(à prendre en considération dans l'incapacité temporaire et les "souffrances endurées".)
- Décompensation d'une arthrose connue ou méconnue qui se trouve aggravée 2 à 6 %
- Rachialgie segmentaire avec lésions ligamentaires ou osseuses légères, raideur, sans complication neuro-sensorielle
- Colonne cervicale 5 à 12 %
- Colonne dorsale 5 à 10 %
- Colonne lombaire 5 à 12 %
- Raideur cervicale douloureuse et importance consécutive à une luxation ou à une fracture vertébrale authentifiée radiologiquement 15 à 25 %
- Raideurs dorsales ou lombaires importantes consécutives à des fractures vertébrales authentifiées radiologiquement 10 à 20 %
- Lombalgies tenaces avec troubles de la statique lombo-sacrée 10 à 15 %
- Coccygodynie (voir IV, B).

III - FONCTION DES MEMBRES SUPERIEURS (PRÉHENSION)

Les membres supérieurs assurent la fonction de préhension dont le développement perfectionné est un privilège de l'espèce humaine. La perte des deux membres supérieurs, correspondant à la perte de la fonction, et fixée dans ce barème au maximum de 90 %.

Chacun des segments joue un rôle dans cette fonction globale, rôle plus ou moins important mais non détachable de l'ensemble.

L'amputation du membre supérieur droit chez le droitier est évaluée à 60 % (50 % pour le gauche). Ce plafond doit permettre d'analyser l'incapacité du sujet examiné en tenant compte de la gêne fonctionnelle appréciée cliniquement, mais aussi des possibilités d'appareillage et de la répercussion sur la vie quotidienne du sujet.

L'atteinte anatomique ne justifie pas un pourcentage d'incapacité par elle-même, mais c'est son retentissement fonctionnel qui est déterminant (raideurs articulaires, troubles nerveux et trophiques, force musculaire). Celui-ci servira de guide et l'expert n'oubliera pas que la fonction des membres supérieurs est essentiellement la préhension. Une fracture de la clavicule ou de l'humérus bien consolidée ne laisse souvent aucune séquelle, donc aucune IPP.

Les pourcentages indiqués pour le côté droit sont valables pour le membre dominant (gauche chez le gaucher).

Les taux peuvent être majorés jusqu'au tiers environ de leur valeur par des facteurs ajoutés tels que la mauvaise position d'une ankylose, une mobilité dans un angle défavorable, des douleurs, des troubles trophiques.

L'expert tiendra compte de la capacité restante.

1°) Perte totale par amputation ou paralysie

	DROITE	GAUCHE
Bras	60 %	50 %
Avant-bras	55 %	45 %
Main	50 %	40 %

L'adaptation d'une prothèse fonctionnelle efficace peut justifier une diminution d'un quart environ.

2°) Ankylose en position de fonction

	DROITE	GAUCHE
Épaule	30 %	25 %
Coude	20 %	15 %
Poignet (et prono-supination)	20 %	15 %
Main (toutes articulations)	50 %	40 %

3°) Raideurs articulaires

Elles peuvent être évaluées par rapport aux maximums définis pour l'ankylose et aux taux indiqués pour une raideur moyenne, étant entendu que les taux varieront en plus ou en moins par rapport à cette raideur moyenne, selon l'importance de la raideur et surtout l'utilité du secteur d'amplitude atteint.

	DROITE	GAUCHE
Raideur moyenne de l'épaule	15 %	12 %
Raideur moyenne du coude	10 %	8 %
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
Raideur moyenne de la prono-supination isolée	8 %	6 %

4°) Paralysies

	DROITE	GAUCHE
Radiculaire, type Duchenne-Erb	45 %	35 %
Radiculaire, type Dejerine-Klumpke	55 %	45 %
Nerf circonflexe	15 %	10 %
Nerf musculo-cutané	12 %	10 %
Nerf sous-scapulaire	8 %	6 %
Nerf médian au bras	35 %	30 %
Nerf médian au poignet	15 %	10 %
Nerf cubital au bras	25 %	20 %
Nerf cubital au poignet	15 %	10 %
Nerf radial au-dessus de la branche tricipitale	30 %	25 %
Nerf radial au-dessous de la branche tricipitale	20 %	15 %

5°) Main

a) Perte de segments de doigts :

Perte totale de la fonction par amputation ou ankylose de toutes les articulations

	DROITE	GAUCHE
Pouce (y compris le 1 ^{er} métacarpien)	22 %	18 %
Pouce (deux phalanges)	15 %	12 %
Index	12 %	10 %
Médius	8 %	7 %
Annulaire	6 %	5 %
Auriculaire	5 %	4 %

Perte partielle ou raideur moyenne

	DROITE	GAUCHE
Pouce	10 %	8 %
Index	6 %	5 %
Médius	4 %	3 %
Annulaire	3 %	2 %
Auriculaire	3 %	2 %

b) En pratique, la diminution de la valeur fonctionnelle de la main, organe aussi complexe qu'essentiel, nécessite une étude clinique minutieuse.

On peut utiliser avec profit la Fiche de valeur fonctionnelle de la main établie par J.P. Razemon (Méd. légale et dom. corp., 1974, 7, n° 1,62-69).

La méthode permet de dégager un chiffre qu'il suffit de multiplier par un coefficient correspondant à la perte totale de la main (0,5 pour la main droite - 0,4 pour la main gauche).

IV. - FONCTION LOCOMOTRICE (MEMBRES INFÉRIEURS, BASSIN)

A - MEMBRES INFÉRIEURS

Les membres inférieurs assurent la fonction de locomotion dont la perte, si l'on respecte une certaine harmonie avec l'économie générale, représente une incapacité évaluée à 90 %. C'est dans cet esprit que le maximum suggéré pour l'amputation d'un membre inférieur est de 75 %, mais il est évident que le taux doit essentiellement tenir compte des possibilités qu'a la victime de se déplacer et de vaquer à ses occupations habituelles, les appareillages apportant, lorsqu'ils sont efficaces, de sensibles modifications aux taux proposés ci-dessous.

Leur fonction essentielle étant la marche, les critères d'appréciation concernent avant tout la stabilité et la mobilité, l'équilibre statique et dynamique entre les deux membres inférieurs jouant un rôle capital. D'où l'intérêt de l'étude de la station debout et de la marche qui conditionnent l'incapacité. Une fracture du fémur ou du tibia bien consolidée peut ne laisser aucune séquelle, donc aucune incapacité.

Des atteintes circulatoires post-traumatiques des membres inférieurs, des hypodermes, des ulcérations trophiques prolongées et récidivantes, des infections chroniques ou des fistulisations récidivantes peuvent justifier une majoration du taux.

1°) Raccourcissement

S'il est isolé, il peut être compensé par le port d'une talonnette ou d'une semelle orthopédique.

- inférieur à 3 cm 0 à 3 %
- 3 à 6 cm 3 à 10 %
- 6 à 10 cm 10 à 20 %

Ces taux ne doivent pas être ajoutés mathématiquement aux taux en rapport avec une éventuelle raideur articulaire associée.

2°) Perte totale par amputation ou paralysie

- Au niveau de la hanche 75 %
- Au niveau de la cuisse 65 %

- Au niveau du genou	60 %
- Au niveau de la jambe	40 à 50 %
- Au niveau de la cheville	30 %
- Amputation tarso-métatarsienne	25 %
- Amputation de tous les orteils	15 %
- Amputation du gros orteil	10 %

Les taux indiqués ci-dessus peuvent être réduits de 1/3 à 1/2 en cas de prothèse ou d'orthèse bien supportée et donnant un résultat fonctionnel satisfaisant.

3°) Ankylose en position de fonction

- Hanche	0 %
- Genou	5 %
- Cheville (tibio-tarsienne + sous-astragalienne)	15 %
- Sous-astragalienne isolée	8 %
- Médio-tarsienne	8 %

Ces taux doivent être majorés de 1/4 à 1/2 en cas de position vicieuse, de raccourcissement ou désaxations associés, de troubles trophiques.

4°) Raideur moyenne

- Hanche	20 %
- Genou	10 %
- Tibio-tarsienne	6 %
- Sous-astragalienne	3 %
- Médio-tarsienne	3 %

Ces taux doivent être majorés de 1/4 à 1/2 s'il existe des troubles associés tels qu'instabilité articulaire, douleurs, mauvaise position, raccourcissement, troubles trophiques.

5°) Instabilité articulaire

- Hanche	30 à 50 %
- Genou	
- Laxité ligamentaire bien compensée permettant une activité normale	3 à 5 %
- Laxité ligamentaire franche bien compensée lors de la marche mais entravant certaines activités	5 à 15 %
- Laxité ligamentaire (tiroir, latéralité) ayant un retentissement sur la marche	15 à 25 %
- Cheville	
- Petit diastasis isolé entraînant un discret ballotement astragalien, mais sans retentissement clinique	0 à 3 %
- Diastasis responsable d'entorses à répétition	3 à 8 %
- Diastasis gênant la marche de façon permanente	8 à 12 %

6°) Paralysie complète d'un membre

Inférieur	75 %
Sciatique (tronc)	30 à 40 %
Sciatique polité externe	18 à 25 %
Crural	30 à 40 %

Le taux doit tenir compte, en minoration, des possibilités et de l'efficacité d'un appareillage type orthèse.

7°) **Névralgie sciatique**

Suivant la fréquence des crises et surtout le retentissement sur le sommeil, la marche et les activités en général 10 à 30 %

8°) **Prothèse totale de la hanche**

Indépendamment de la gêne fonctionnelle due à l'état de la hanche, pour l'atteinte infraclinique et les contraintes dues à la présence de la prothèse 10 %

9°) **Hydarthrose du genou**

Ce n'est pas l'hydarthrose elle-même qui justifie une incapacité, mais les troubles qui en sont l'origine (raideurs, instabilité, troubles trophiques). Si l'hydarthrose chronique ne s'accompagne que d'une amyotrophie, sans limitation des mouvements ni laxité 2 à 5 %

10°) **Patellectomie totale**

Comptent essentiellement le retentissement sur la fonction du genou et la qualité fonctionnelle du muscle quadriceps
Taux de base 5 %

11°) **Lésions méniscales**

En l'absence d'intervention, les réserves sont obligatoires et l'évaluation peut difficilement être définitive. Suivant la fréquence des blocages et le retentissement sur l'activité 5 à 15 %
Après intervention, c'est le retentissement sur la fonction du genou qui conditionne l'incapacité, le taux se situant habituellement entre 3 et 6 %

12°) **Cas particulier du pied**

Compte tenu de la complexité anatomique de la région, il est impossible d'en dissocier des segments fonctionnels.

Les critères d'appréciation sont la douleur, la mobilité et la stabilité, les exemples ci-dessous situant quelques associations pour permettre d'évaluer par assimilation (pour plus de détails, voir : Galland M. et Pennetier R., Critères d'appréciation d'une incapacité fonctionnelle en rapport avec un pied traumatique, Rev. franc. dommage corp., 1980, 6, n° 1, 37-39).

- Quelques douleurs à la marche, mouvements normaux ou légèrement freinés, absence de claudication 0 à 3 %
- Douleurs intermittentes, limitation modérée des mouvements des diverses articulations, légère claudication mais stabilité du pied 3 à 8 %
- Douleurs à la marche cédant au repos, limitation modérée des mouvements, quelques troubles circulatoires, claudication limitant la marche, laquelle peut s'effectuer sans canne 9 à 15 %
- Ankylose des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne en position de fonction, n'entraînant pas de douleurs 15 %
- Douleurs assez vives, raideur importante ou léger équinisme, troubles trophiques modérés, marche limitée nécessitant l'usage d'une canne 15 à 25 %
- Douleurs vives à la marche ou à l'appui, raideur importante ou équinisme, troubles trophiques, nécessité de 2 cannes pour la marche 25 à 30 %

- Douleurs vives pouvant gêner le sommeil, ankylose en position vicieuse ou déformation importante, troubles trophiques, marche avec cannes-béquilles 30 à 35 %
- Douleurs très vives et continues, déformation importante du pied, appui impossible nécessitant l'usage de cannes-béquilles 35 %

B - BASSIN

Formant la ceinture pelvienne, le bassin relie l'axe vertical rachidien du corps aux membres inférieurs. Il participe donc à la fonction locomotrice et certaines de ses atteintes sont à analyser à travers celle-ci.

Un cas particulier est réalisé par les séquelles pouvant avoir un retentissement obstétrical. Ce dernier ne peut être évalué en pourcentage d'incapacité, mais doit faire l'objet de réserves particulières et motivées.

Les séquelles des fractures du bassin (os iliaques, sacrum, coccyx) sont le plus souvent évaluées en fonction de leur retentissement sur le rachis lombosacré (voir II), sur l'articulation de la hanche (voir IV), sur l'appareil urinaire (voir VII), ou en fonction de l'atteinte neurologique (voir I, B).

L'éventuel retentissement obstétrical (chez la femme jeune) nécessite une radio-pelvimétrie et justifie des réserves motivées, mais non un taux d'incapacité spécifique.

Les arthropathies post-traumatiques ou disjonctions pubiennes ou sacro-iliaques sont appréciées en fonction de la douleur et de la gêne fonctionnelle, l'IPP étant évaluée en fonction du retentissement sur la statique vertébrale et la fonction locomotrice, pouvant atteindre 5 à 20 %

Coccygodynie post-traumatique, avec ou sans fracture objectivée par la radiographie 2 à 8 %

Néuralgie obturatrice 2 à 5 %

V - THORAX : FONCTIONS RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE

Le thorax comprend essentiellement l'appareil broncho-pulmonaire, qui assure la fonction respiratoire, et l'essentiel de l'appareil cardiovasculaire, qui assure la fonction circulatoire et dont dépendent toutes les autres fonctions.

L'une et l'autre fonctions peuvent être atteintes au niveau de leur commande nerveuse, la gêne fonctionnelle étant en définitive appréciée par son retentissement périphérique.

Plus qu'ailleurs peut-être ce ne sont pas les lésions qui justifient le pourcentage d'incapacité, mais leur retentissement. L'évaluation dépend donc des modifications imposées à la vie quotidienne et du résultat des explorations fonctionnelles.

Les limites de ce barème ne permettent pas d'entrer dans les détails. Seules sont donc données des indications schématiques permettant une évaluation par extrapolation.

A - ATTEINTES DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

Les critères cliniques d'appréciation sont la dyspnée, la cyanose, la tachycardie, l'augmentation thoracique, accessoirement la diminution de la sonorité ou du murmure vésiculaire.

Des examens complémentaires sont le plus souvent indispensables :

- examens spirométriques : capacité vitale, V.E.M.S., coefficient de Tiffeneau, volume résiduel ;
- examen radiologique avec, dans certains cas, des épreuves dynamiques mettant en évidence des troubles de la cinétique thoraco-diaphragmatique et un épaississement pleural ;
- éventuellement test de transfert du CO pour apprécier le retentissement d'une amputation parenchymateuse ou plus exceptionnellement d'origine pleurale ;
- électrocardiogramme lorsqu'existent des signes cliniques de retentissement cardiaque.

L'interprétation du déficit fonctionnel objectivé par les explorations fonctionnelles respiratoires n'a de valeur que s'il est fait référence aux tables de valeurs théoriques utilisées (en général tables de la CECA).

Le pourcentage chiffré du déficit mesuré par les épreuves fonctionnelles respiratoires ne doit pas être confondu avec le pourcentage d'incapacité partielle permanente.

L'expert doit savoir distinguer ce qui appartient à l'état antérieur et ce qui résulte de l'accident. Les séquelles traumatiques réalisent le plus souvent un syndrome restrictif. Tout syndrome obstructif est à interpréter avec prudence (état pathologique antérieur, sauf en cas de sténose trachéale ou bronchique).

1°) Insuffisance respiratoire légère 0 à 5 %
Dyspnée n'apparaissant qu'aux efforts importants. Activités habituelles conservées.

2°) Insuffisance respiratoire modérée 5 à 30 %
Dyspnée pouvant apparaître dans les activités nécessitant un certain effort, mais n'entravant pas sensiblement la vie quotidienne. Gêne due aux précautions que le sujet doit prendre pour éviter certaines activités.

3°) Insuffisance respiratoire notable 30 à 60 %
Dyspnée dans les activités quotidiennes. Fréquence ventilatoire supérieure à 20. Signes d'irritation bronchique. Signes cliniques d'hypertension artérielle pulmonaire. Gêne importante dans la vie courante

4°) Insuffisance respiratoire importante > à 60 %
Dyspnée permanente. Toux plus ou moins productive. Signes d'hypertension artérielle pulmonaire. Gêne importante dans tous les gestes de la vie courante.

B - ATTEINTES DE LA FONCTION CIRCULATOIRE

Les critères cliniques et paracliniques d'évaluation sont :

- la dyspnée, la cyanose,
- l'œdème pulmonaire aigu ou chronique,
- les œdèmes périphériques,
- les signes électriques, biologiques, radiologiques,
- les contraintes dues aux traitements continus ou non.

Exemples de tableaux séquellaires :

- Infarctus post-traumatique avec traitement anti-coagulant permanent ou discontinu.
- Lésions valvulaires, ruptures de cordages,
- péricardie constrictive avec ou sans insuffisance cardiaque.

1°) Pas d'insuffisance cardiaque 5 à 10 %
Nécessité d'un traitement et de certains ménagements, mais le sujet peut mener une vie normale à cette condition.

2°) Insuffisance cardiaque légère 10 à 30 %
Nécessité d'un traitement, d'un régime et de précautions. Apparition de troubles à l'effort. Le sujet doit réduire certaines activités mais peut mener une vie sensiblement normale.

3°) Insuffisance cardiaque modérée	30 à 60 %
Traitement et régime continus. Nécessité d'éviter tous les efforts. Vie quotidienne perturbée.	
4°) Insuffisance cardiaque grave	> à 60 %
Nécessité du traitement, du régime, du repos. Impossibilité de tout effort, même minime. Vie très perturbée.	
- Prothèse aortique	15 %
- Prothèse valvulaire	20 %
Taux de base tenant compte des contraintes de vie imposées à la victime, indépendants des réserves et du retentissement cardiaque éventuel.	

VI - FONCTION DIGESTIVE ET ABDOMEN

A - FOIE ET VOIES BILIAIRES

En cas d'hépatectomie partielle, il existe une régénération tissulaire et l'incapacité ne saurait être en rapport avec la perte en poids de la masse hépatique.

Les séquelles cliniques des traumatismes hépatobiliaires (douleurs, ictère, anorexie, nausées et vomissements, prurit, asthénie, amaigrissement, hémorragies, ascite, œdèmes, troubles de la conscience) peuvent être appréciées par les nombreux tests fonctionnels hépatiques.

1°) Troubles mineurs des tests hépatiques ou désordre primitif de la bilirubine ou épisodes passagers de dyskinésie biliaire, mais pas de troubles nutritionnels ou généraux, pas d'ascite, d'ictère ou de varices œsophagiennes	0 à 10 %
2°) Atteinte hépatique nette aux différents tests ou atteinte répétée des voies biliaires malgré un traitement correct, mais sans troubles nutritionnels ou généraux, sans ascite, ictère ou varices œsophagiennes	10 à 20 %
3°) Troubles nutritionnels ou généraux. Antécédents d'ascite ou d'hémorragies liées à des varices œsophagiennes. Signes intermittents d'encéphalopathie porto-cave. Obstruction des voies biliaires avec angiocholite à répétition	20 à 50 %
4°) Atteinte hépatique évolutive : ascite, ictère, hémorragies. Manifestations d'encéphalopathie porto-cave. Troubles nutritionnels	50 à 80 %

B - RATE

Indépendamment des séquelles cicatricielles et pariétales, la seule séquelle peut être une hyperplaquetose (taux supérieur à 500 000/mm³) et toute expertise doit comporter une numération des plaquettes.

On ne doit pas consolider avant un an chez l'adulte, deux ans chez l'enfant de moins de 15 ans, en raison des complications infectieuses possibles.

Séquelles de splénectomie sans complication	10 %
Si persistance d'une hyperplaquetose sans traduction clinique, maintenir des réserves.	

C - PAROI ABDOMINALE

Hernies. Éventration : en fonction de la taille et surtout de la gêne fonctionnelle qui en résulte 5 à 20 %

D - ESTOMAC, GRELE, PANCREAS

Ce n'est pas la lésion anatomique qui conditionne un pourcentage d'IPP mais les troubles fonctionnels (douleurs, troubles du transit, difficultés de digestion), le retentissement sur l'état général (aspect, poids, tonus), les modalités du traitement médical et du régime, les altérations radiologiques, notamment fonctionnelles, les perturbations biologiques et surtout les incidences sur la vie quotidienne du sujet.

1°) Pas de séquelles opératoires.

Maintien du poids sans régime ni traitement 0 à 5 %

2°) Troubles du transit contrôlés par régime ou traitement. Perte de poids inférieure

à 10 % 5 à 15 %

3°) Troubles du transit mal contrôlés par régime ou traitement. Perte de 10 à 20 % du poids moyen.

Légère anémie. Perturbations électrolytiques peu intenses. Troubles légers de l'absorption 15 à 30 %

4°) Même amaigrissement. 4 à 6 selles diarrhéiques par jour. Crampes fréquentes. Stéatorrhée et

perturbations électrolytiques relativement importantes 30 à 40 %

5°) Troubles du transit incontrôlables.

Perte de poids supérieure à 20 %. Anémie. Hypoprotéïnémie. Déficit électrolytique. Stéatorrhée.

Tétanie. Avitaminose 40 à 60 %

E - COLON

1°) Pas de désordre fonctionnel. Activité normale. Poids normal 10 à 5 %

2°) Troubles occasionnels du transit.

Douleurs modérées. Régime ou traitement, mais pas de troubles nutritionnels 5 à 15 %

3°) Troubles du transit. Douleurs intermittentes ou continues. Activité réduite. Régime et

traitement. Anémie. Amaigrissement 15 à 30 %

4°) Troubles permanents du transit.

Douleurs. Nécessité d'un régime et d'un traitement. Troubles de l'état général 30 à 50 %

Caecostomie (anus iliaque droit) 50 à 70 %

Anus transverse 30 à 40 %

Anus iliaque gauche 25 à 35 %

VII - FONCTION RENALE. EXCRETION

La fonction rénale est dite « vitale » en ce sens que sa perte totale est incompatible avec la vie. Toutefois, les progrès depuis les années 60 ont permis la survie grâce à la dialyse ou à la greffe rénale. C'est donc un domaine dans lequel les éléments d'appréciation de l'incapacité ont le plus évolué.

Difficile à fixer de façon définitive, le taux d'incapacité doit dépendre surtout du retentissement sur la vie du sujet et les contraintes du traitement.

Les indications qui suivent peuvent aider l'expert.

A - REIN ET HAUT-APPAREIL

Les séquelles des contusions (lésions du parenchyme rénal, des voies urinaires et du pédicule vasculaire) sont l'altération de la fonction rénale et l'hypertension artérielle post-traumatique.

Il existe une hypertrophie compensatrice constante après perte anatomique ou fonctionnelle d'une portion du parenchyme rénal.

La résection partielle d'un rein ne saurait justifier par elle-même un pourcentage d'incapacité.

La valeur fonctionnelle du rein peut être appréciée par l'étude de la clairance de la créatinine endogène (normalement : 130 ml/mn \pm 3,9 pour 1,73 m² de surface corporelle), l'épreuve de la phénol-sulfonephthaléine (50 à 60 % en 30 mn, 10 à 15 % entré 30 et 60 mn), l'urographie intraveineuse.

Néphrectomie (ou atrophie rénale)

Attendre 6 à 12 mois avant de fixer le taux.

Sujet de moins de 50 ans avec fonction rénale normale, sans hypertension, menant une vie normale..... 10 %

En cas d'atteinte de la fonction du rein restant, apprécier selon les critères ci-dessous.

Insuffisance rénale imputable

1°) Néphrectomie ou atrophie partielle. Pas de traitement. Vie normale..... 0 à 10 %

2°) Vie normale sans troubles subjectifs, mais insuffisance rénale mineure (clairance créatinine entre 80 et 100 ml), syndrome néphrotique mineur contrôlé par régime faiblement désodé, tension inférieure à 16/9..... 5 à 15 %

3°) Vie quotidienne normale, mais avec régime et traitement. Clairance entre 40 et 80 ml. Régime hypoazoté. Syndrome néphrotique nécessitant régime désodé strict et thérapeutique spécifique. Hypertension entre 18-20/10-11..... 15 à 25 %

4°) Vie quotidienne possible mais avec restriction des activités (mi-temps...), asthénie, anémie, régime et traitement sévères. Créatinine entre 15 et 40 ml. Œdèmes irréductibles. Minima supérieure à 12..... 25 à 50 %

5°) Vie quotidienne perturbée, travail régulier impossible. Insuffisance rénale grave. Syndrome néphrotique grave. Hypertension sévère..... > 50 %
L'épuration extra-rénale offre des possibilités d'amélioration qui rendent difficile une évaluation définitive.

Coliques néphrétiques, suivant fréquence des crises..... 2 à 20 %

Évaluation habituellement provisoire, compte tenu de l'aspect évolutif.

B - VESSIE ET BAS-APPAREIL

Indépendamment de l'éventuel retentissement sur le haut-appareil qui est apprécié à part (voir A), l'atteinte des voies urinaires peut entraîner une gêne dans la vie quotidienne du sujet. Un maximum de 40 % est envisagé pour celle-ci, correspondant à la cystostomie.

- Cystite chronique ou à répétition	5 à 20 %
- Rétention chronique d'urines	
- sondage hebdomadaire	10 à 15 %
- sondage pluri-hebdomadaire	20 à 25 %
- sonde à demeure	30 à 35 %
- Événtration hypogastrique après cystostomie	15 %
- Rétrécissement de l'urètre stabilisé, sans infection urinaire ni insuffisance rénale, ne nécessitant que quelques sondages ou dilatations annuels	10 %
- Rétrécissement avec accidents infectieux et nécessité de dilatations mensuelles	15 à 30 %
- Cystostomie	40 %

VIII - FONCTION DE REPRODUCTION ET APPAREIL GENITAL

La part de cette fonction peut faire l'objet de discussions, car elle varie avec l'âge, le tempérament, le psychisme, l'éthique individuelle et les aspirations familiales.

Aussi, plus qu'ailleurs, les chiffres ci-dessous ne donnent qu'une moyenne qui peut varier sensiblement.

Un maximum théorique de l'ordre de 50 % peut situer le plafond pour un sujet jeune qui serait privé de ses fonctions sexuelles, une telle incapacité étant rarement isolée.

La « fonction sexuelle » est une des fonctions de l'organisme. Elle ne peut faire l'objet de l'évaluation d'un préjudice particulier. Ses critères d'appréciation sont l'imprégnation endocrinienne, la réalisation de l'acte sexuel et la fécondité.

Impossibilité mécanique des rapports sexuels

maximum 30 %

L'appréciation en est difficile, les conséquences en sont variables. Il faut distinguer la véritable impuissance organique des impuissances psychogènes qui sont plus fréquentes et le plus souvent passagères.

Le taux doit être éventuellement ajouté au taux prévu pour la stérilité.

- Perte d'un ovaire ou d'un testicule fonctionnellement actif

5 %

- Castration bilatérale ou stérilité (en période d'activité génitale)

30 %

Les lésions traumatiques des organes génitaux externes, indépendamment des troubles urinaires associés, sont évaluées en fonction de la gêne mécanique aux rapports sexuels.

IX - ECHELLE D'EVALUATION DES SOUFFRANCES ENDUREES

1/7 - Très léger

2/7 - Léger

3/7 - Modéré

4/7 - Moyen

5/7 - Assez important

6/7 - Important

7/7 - Très important

Les exemples ci-dessous, empruntés au travail de M. Thierry et B. Nicourt (Gazette du Palais, 28 octobre 1981), concernent quelques tableaux évolutifs de blessures classiques.

2/7 - Traumatisme cranio-cervical avec brève perte de connaissance. Suture d'une plaie du cuir chevelu. Hospitalisation de courte durée. Douleurs cervicales sans fracture traitées par antalgiques, avec régression des symptômes en 15 à 20 jours.

3/7 - Fracture du poignet sans déplacement notable, immobilisée dans un plâtre pendant trois semaines à un mois, suivie de 10 à 15 séances de rééducation.

4/7 - Fracture fermée des deux os de la jambe traitée par ostéosynthèse ou immobilisation plâtrée. Appui progressif après trois mois. 20 à 30 séances de rééducation.

5/7 - Traumatisme cranio-facial avec fracture des maxillaires traitée par ostéosynthèse et blocage bimaxillaire pendant un mois + fractures de la diaphyse des deux os de l'avant-bras traitées par plaques vissées puis immobilisation plâtrée. Hospitalisation maintenue pendant 30 jours. 30 séances de rééducation.

6/7 - Traumatisme thoracique avec volet costal et hémopneumothorax, ayant nécessité réanimation, drainage pleural, rééducation respiratoire 20 séances. Fracture de l'humérus droit avec paralysie radiale, ostéosynthèse, suture nerveuse, récupération progressive de la paralysie radiale. Luxation de la hanche traitée par réduction sanglante. Nécrose secondaire de la tête fémorale ayant nécessité secondairement la mise en place d'une prothèse totale. Fracture ouverte de la jambe traitée par ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire. Plusieurs hospitalisations totalisant 90 jours. Long traitement de rééducation, environ 100 séances au rythme de 3 puis 2 séances par semaine.

A partir de ces cinq exemples (2 à 6), il est facile d'extrapoler les douleurs qui pourraient se classer en 1/7 : douleur très légère, ou en 7/7 : douleur très importante.

L'échelle classique à 7 valeurs paraît une bonne base d'appréciation si l'on définit bien ce qui entre dans le cadre de la valeur 4 moyenne. Il est facile de nuancer davantage par des appréciations intermédiaires qui, dans la pratique, sont loin de constituer toujours une sorte d'hésitation ou de compromis entre deux appréciations, mais correspondent vraiment, après une analyse approfondie, à une modulation en accord avec la réalité.

Dans un tel cadre, le qualificatif lui-même n'a plus qu'une valeur relative. Il conserve une signification si la même échelle demeure utilisée par tous les experts, et aux extrêmes, on peut toujours faire état de douleurs minimales ou pratiquement inexistantes, ou de souffrances exceptionnellement importantes (par exemple, chez les polyblessés demeurés alités des années, opérés 12 à 15 fois ou chez de grands brûlés).

