

GUIDE PRATIQUE

PRÉPARER ET ABORDER L'EXPERTISE MÉDICALE QUAND ON DEVIENT VICTIME AMPUTÉE

VERSION JUIN 2026



PRÉFACE DE L'AUTEUR

Depuis plus de vingt ans, je défends des victimes d'accidents de la route, et parmi elles, des victimes amputées d'un bras, d'une jambe, d'une main ou d'un pied.

Ce que j'observe, dossier après dossier, c'est une idée fausse très répandue : on pense qu'une fois la prothèse posée, le plus dur est fait. C'est l'inverse. La prothèse n'est qu'un élément, certes central, d'un dossier d'indemnisation qui doit couvrir bien davantage : la douleur fantôme, l'aide humaine pendant la rééducation, l'aménagement du logement, le retentissement professionnel, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, et le renouvellement de l'appareillage sur toute une vie.

L'expertise médicale est le moment où tout cela se chiffre, ou s'oublie. Une victime amputée qui s'y présente seule, sans avoir réuni les bons comptes rendus ni mobilisé les bons spécialistes, prend le risque de voir son indemnisation durablement amputée elle aussi.

Ce guide reprend, étape par étape, ce que mon cabinet met en œuvre pour chaque victime amputée que nous accompagnons.

Maître Michel Benezra Avocat associé, cabinet Benezra Avocats



PLAN

1. Comprendre ce qui se joue réellement lors de l'expertise
 2. Le diagnostic et le niveau d'amputation : pourquoi cela détermine tout le reste
 3. Constituer votre dossier médical avant l'expertise
 4. Connaître les complications qui doivent être documentées
 5. Identifier les postes de préjudice propres à votre situation
 6. Quel spécialiste doit documenter quel poste de préjudice
 7. Le jour de l'expertise : ce qu'il faut savoir
 8. Expertise amiable ou expertise judiciaire : ce que cela change
 9. La prothèse : ce qui se discute réellement lors de l'expertise
 10. Après l'expertise : analyser le rapport avant toute négociation
 11. Les provisions, pour ne pas attendre la fin de la procédure
 12. La date de consolidation : un enjeu à part entière pour une amputation
 13. Garder à l'esprit la possibilité d'une aggravation future
- Questions fréquentes · Les erreurs à éviter · Notre cabinet à vos côtés

INTRODUCTION

L'expertise médicale, l'étape qui décide de votre indemnisation

Après un accident de la route ayant entraîné une amputation, l'expertise médicale est le moment où se fixe, dans les faits, le montant de toute votre indemnisation future. Le médecin expert y détermine votre taux de déficit fonctionnel permanent, la nature de l'appareillage nécessaire, vos besoins en assistance humaine pendant la rééducation, les aménagements de votre logement et de votre véhicule, et l'ensemble des préjudices qui devront être réparés sur le reste de votre vie. Ce guide vous explique, étape par étape, comment la préparer et l'aborder pour qu'elle reflète fidèlement votre situation, et non une approximation favorable à l'assureur.

Avant toute démarche : 01 45 24 00 40 / **info@benezra.fr** — notre cabinet peut analyser votre dossier avant votre prochaine expertise.

ÉTAPE 1 - COMPRENDRE CE QUI SE JOUE RÉELLEMENT LORS DE L'EXPERTISE

L'expertise médicale n'est pas une simple consultation de contrôle. C'est l'examen contradictoire au cours duquel le médecin désigné évalue l'ensemble de vos séquelles pour fixer les bases de votre indemnisation.

Le médecin missionné par l'assureur n'est pas votre médecin. Son rôle est d'évaluer le dossier pour la compagnie qui le rémunère, pas de défendre vos intérêts. Cela ne signifie pas qu'il sera malhonnête, mais que son regard n'est pas, structurellement, celui d'un défenseur de la victime.

C'est la raison pour laquelle l'expertise doit toujours être contradictoire : vous devez être assisté d'un avocat et d'un médecin-conseil indépendant, qui veilleront à ce que chaque séquelle, chaque limitation et chaque besoin futur soit correctement consigné dans le rapport.



Les trois médecins que vous pouvez rencontrer, et pourquoi il ne faut jamais les confondre

Le terme « médecin-expert » est souvent employé à tort pour désigner n'importe quel médecin intervenant dans le processus. En réalité, trois situations bien distinctes existent :

- le médecin-conseil de votre compagnie d'assurance, désigné par votre propre assureur ou celui du responsable. Il est rémunéré par la compagnie et a, structurellement, intérêt à minimiser les séquelles pour limiter l'indemnisation. Il utilise parfois un papier à en-tête qui peut laisser penser qu'il agit en toute neutralité, alors qu'il intervient sur une mission strictement privée ;
- le médecin-conseil de victimes (ou médecin-conseil de recours), que vous choisissiez vous-même, en général sur les conseils de votre avocat. Il est rémunéré par vous, mais ses honoraires constituent un poste de préjudice indemnisable (« frais divers ») à condition d'en conserver les factures ;
- le médecin-expert judiciaire, désigné exclusivement par un juge dans le cadre d'une expertise contentieuse. Il est inscrit sur la liste des experts de la Cour d'appel et doit, par sa fonction, rester impartial et indépendant des deux parties.





Bon à savoir : Pour une amputation, la présence de votre médecin-conseil de victimes n'est jamais un confort superflu : c'est la garantie que la douleur fantôme, le retentissement psychologique et les besoins réels d'appareillage soient correctement objectivés, et non réduits à la seule description clinique du moignon..

ÉTAPE 2 — LE DIAGNOSTIC ET LE NIVEAU D'AMPUTATION : POURQUOI CELA DÉTERMINE TOUT LE RESTE

Le niveau de l'amputation est la première donnée qui structure l'ensemble du dossier. Une amputation transtibiale (sous le genou) n'a pas les mêmes conséquences fonctionnelles qu'une amputation transfémorale (au-dessus du genou) : la marche avec une prothèse demande, selon les études de rééducation fonctionnelle, davantage d'effort énergétique lorsque l'amputation se situe au-dessus du genou que lorsqu'elle se situe en dessous. Il en va de même pour les membres supérieurs, où la latéralité (main dominante ou non) modifie fortement le retentissement professionnel et quotidien.



Le compte rendu opératoire initial, établi par le chirurgien vasculaire ou orthopédique qui a réalisé l'amputation, doit donc être versé au dossier dès le départ. Il décrit le niveau exact de l'amputation, l'état du moignon, et les éventuelles complications immédiates (nécrose, infection, reprise chirurgicale). Ce document conditionne directement le taux de déficit fonctionnel permanent qui sera ensuite retenu par l'expert.

Il n'existe pas de taux unique applicable à toutes les amputations d'un même niveau : l'état du moignon, la qualité de la cicatrisation, la présence de douleurs résiduelles et l'adaptation effective à la prothèse font varier ce taux d'une victime à l'autre, pour un même niveau d'amputation. Un taux ne doit donc jamais être appliqué de façon mécanique : il doit refléter la situation réelle de la victime.



**BENEZRA
& AVOCATS**

DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS

ÉTAPE 3 — CONSTITUER VOTRE DOSSIER MÉDICAL AVANT L'EXPERTISE

Un dossier médical incomplet est la première cause de sous-évaluation d'un préjudice. Avant l'expertise, il faut réunir :

- le compte rendu opératoire de l'amputation et des éventuelles reprises chirurgicales ;
- les comptes rendus de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, idéalement de chaque centre traversé depuis l'accident ;
- les certificats médicaux établis depuis l'accident, en commençant par le certificat médical initial ;
- les comptes rendus de suivi du chirurgien vasculaire ou orthopédique sur l'évolution du moignon ;
- les devis et factures détaillés de la ou des prothèses déjà essayées ou acquises (prothèse principale, prothèse de secours, prothèse de bain ou de sport le cas échéant) ;
- les attestations de psychologues ou psychiatres lorsqu'un suivi a été engagé ;
- les justificatifs professionnels (bulletins de salaire, contrat de travail, arrêts de travail, avis du médecin du travail) ;
- un journal personnel détaillé de votre quotidien depuis l'accident.

Procédure de referral

Amputation

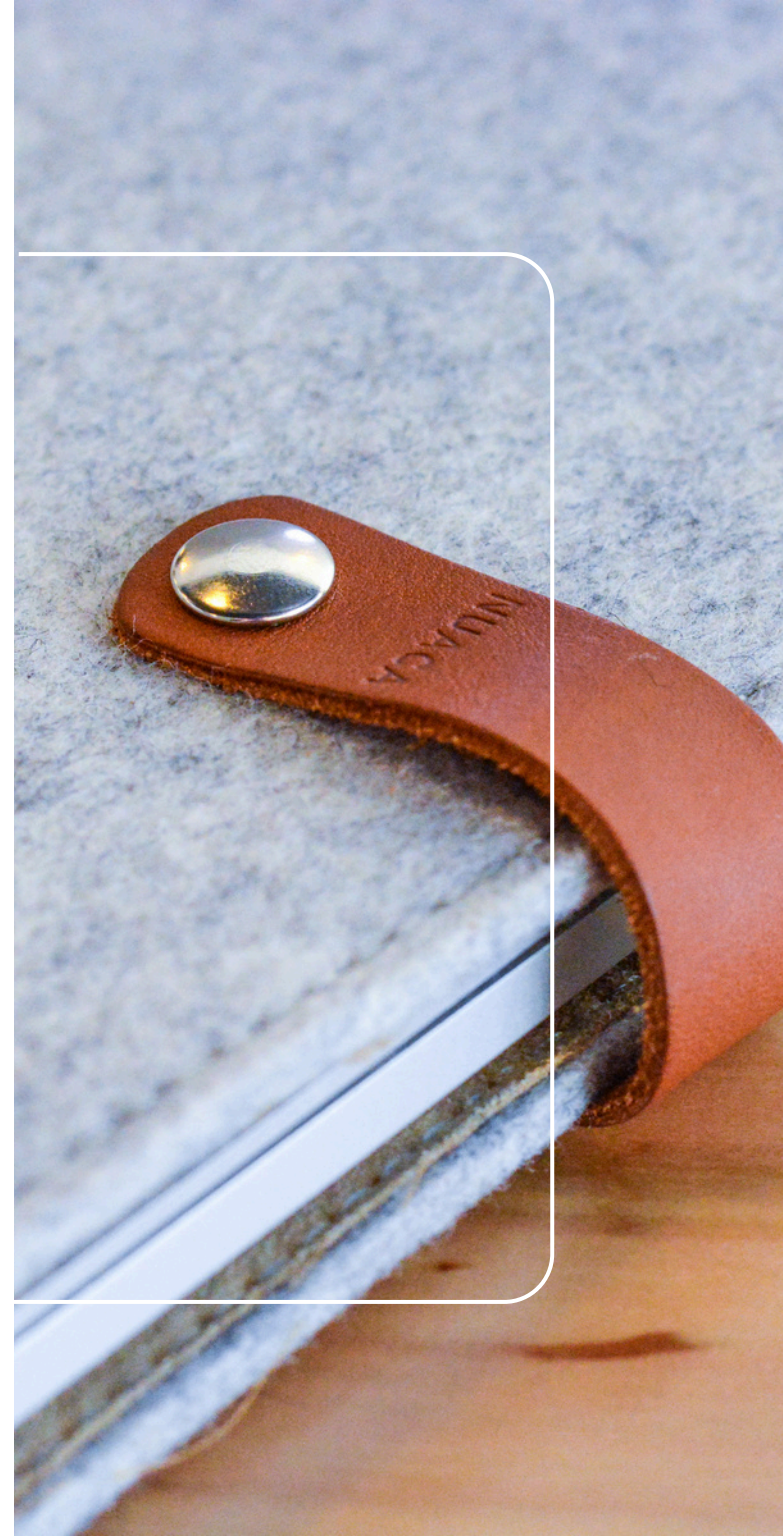


Ce dossier permet d'établir le lien de causalité entre l'accident et chacune de vos séquelles, et de documenter votre situation personnelle et professionnelle avant l'accident, point de comparaison indispensable pour mesurer l'ampleur du changement.

Pourquoi tenir un journal de votre quotidien change le résultat de l'expertise

L'expertise médicale dure généralement entre une et trois heures. Ce temps ne permet pas au médecin expert de saisir, par lui-même, la réalité de mois ou d'années de vie quotidienne avec un membre amputé. Nous recommandons systématiquement à nos clients de tenir, dès le début de leur prise en charge, un journal reprenant :

- la fréquence et l'intensité des douleurs fantômes (sensations de décharges, de brûlures, de crampes dans le membre absent), et ce qui les déclenche ou les apaise ;
- les périodes pendant lesquelles une aide humaine a été nécessaire pour les gestes du quotidien, datées précisément (« aidé pour la toilette du... au... ») ;
- les moments de désappareillage à domicile et les équipements alors utilisés (fauteuil roulant, cannes) ;



- les activités professionnelles, sportives ou sociales abandonnées ou modifiées depuis l'accident, avec justificatifs si possible ;
- les complications rencontrées avec le moignon ou la prothèse (irritations, plaies, chutes, casse de l'appareillage).

Ce document, daté et signé, peut être remis au médecin expert lors de l'expertise et permet à votre médecin-conseil de restituer fidèlement votre vécu, au-delà de ce qu'un examen ponctuel peut révéler.

Vous avez besoin d'aide pour réunir ce dossier ?
Notre cabinet vous accompagne dans cette
préparation : 01 45 24 00 40 / info@benezra.fr



**BENEZRA
& AVOCATS**

DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS



ÉTAPE 4 — CONNAÎTRE LES COMPLICATIONS QUI DOIVENT ÊTRE DOCUMENTÉES

Une amputation ne se limite pas à la perte du membre elle-même. Plusieurs complications, fréquentes mais trop souvent sous-documentées, doivent être objectivées :

- la douleur fantôme, sensation douloureuse perçue dans le membre amputé bien qu'il n'existe plus physiquement, qui peut prendre la forme de brûlures, de décharges électriques, de démangeaisons ou de crampes, et nécessite souvent un traitement médicamenteux spécifique, voire des techniques complémentaires (stimulation nerveuse transcutanée, thérapie miroir) ;
- les douleurs et irritations du moignon, liées au port prolongé de la prothèse, aux frottements ou à une mauvaise adaptation de l'emboîture ;
- les complications cutanées (irritations, plaies, infections cutanées récidivantes au niveau du moignon) ;
- les chutes, notamment dans les premiers mois d'apprentissage de la marche avec prothèse pour les amputations de membre inférieur ;
- complication qui ne sera pas indemnisée.



- l'altération de l'image corporelle et les troubles anxio-dépressifs, fréquents dans le processus d'acceptation du nouveau corps, qui justifient un accompagnement psychologique à part entière et un poste de préjudice spécifique ;
- le retentissement sur le membre opposé ou les articulations restantes, par sursollicitation (par exemple sur la jambe restante en cas d'amputation unilatérale, ou sur l'épaule en cas d'amputation du membre supérieur).

Chacune de ces complications doit être objectivée par un compte rendu médical et reliée, dans votre dossier, à l'amputation d'origine. Une complication non documentée au moment de l'expertise est, dans les faits, une co



ÉTAPE 4 — IDENTIFIER LES POSTES DE PRÉJUDICE PROPRES À VOTRE SITUATION

Une tétraplégie, une paraplégie et une hémiplégie n'entraînent pas exactement les mêmes besoins, même si elles relèvent toutes trois d'une atteinte neurologique grave liée à une lésion médullaire ou cérébrale.



**BENEZRA
& AVOCATS**

DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS

Avant l'expertise, il est utile d'avoir identifié, avec votre avocat, les postes de préjudice qui concernent spécifiquement votre situation :

- la ou les prothèses nécessaires (principale, de secours, de bain ou de sport le cas échéant) et leur renouvellement périodique sur toute la durée de vie restante ;
- l'assistance par tierce personne, temporaire pendant la rééducation et, selon les cas, permanente ;
- les aménagements du logement (accessibilité, salle de bain, le cas échéant adaptation pour un usage ponctuel de fauteuil roulant) et, le cas échéant, le besoin d'acquisition d'un logement adapté ;
- le véhicule adapté (boîte automatique, inversion ou aménagement des commandes) et son renouvellement ;
- l'incidence professionnelle (inaptitude, reclassement, reconversion, perte de chance de carrière) ;
- le préjudice esthétique, temporaire et permanent ;
- le préjudice d'agrément, lié à l'impossibilité de poursuivre des activités sportives ou de loisir pratiquées avant l'accident ;
- le préjudice sexuel et le préjudice d'établissement, lorsque la situation l'exige ;
- les besoins spécifiques de vos proches, qui peuvent eux-mêmes être reconnus comme victimes par ricochet.

Préparer cette liste en amont évite qu'un poste de préjudice soit tout simplement oublié au moment de l'expertise, sachant que la prothèse et ses accessoires se renouvellent par cycles répétés sur l'ensemble de la vie restante de la victime, et non une seule fois.



QUIZZ

**JE PEUX REFUSER UNE
EXPERTISE UNILATÉRALE ?**

VRAI OU FAUX ?



ÉTAPE 6 — QUEL SPÉCIALISTE DOIT DOCUMENTER QUEL POSTE DE PRÉJUDICE

Chaque intervenant de votre parcours de soins génère une documentation qui peut, ou non, alimenter un poste de préjudice précis. Un dossier dans lequel un seul de ces rapports manque est un dossier dans lequel le poste correspondant risque d'être ignoré par l'assureur :

- le **chirurgien vasculaire ou orthopédique** : son rapport post-opératoire et ses conclusions sur l'état du moignon sont déterminants pour établir le taux de déficit fonctionnel permanent ;
- le **prothésiste orthopédique** : il détermine le type de prothèse adapté, son coût réel et sa fréquence de renouvellement ; c'est l'intervenant dont les conclusions ont l'impact financier le plus direct sur l'indemnisation ;



- le **kinésithérapeute** : au-delà du coût des séances de rééducation, il peut documenter les périodes pendant lesquelles une aide humaine a été nécessaire pour les gestes quotidiens, ce qui alimente le poste d'assistance par tierce personne temporaire ;
- l'**ergothérapeute** : il évalue les besoins d'aménagement du domicile et, le cas échéant, du poste de travail, et ses préconisations alimentent les postes de frais de logement adapté et de frais professionnels spécifiques ;
- le **psychomotricien, le psychologue ou le psychiatre** : ils documentent le retentissement sur l'image corporelle, la confiance et l'équilibre psychologique, indemnisable au titre du préjudice moral et, lorsque les activités antérieures ont été abandonnées, du préjudice d'agrément ;
- le **médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR)** : il coordonne le parcours et fixe, par sa date de consolidation, le point de départ de tous les préjudices permanents.

Un dossier dans lequel manque le rapport d'ergothérapie, dans lequel la prothèse retenue n'est pas justifiée par un devis détaillé, ou dans lequel le suivi psychologique n'a pas été formalisé, est un dossier que l'assureur valorise à la baisse. L'assureur ne comble pas les lacunes d'un dossier : il s'appuie sur elles.



ÉTAPE 6 — LE JOUR DE L'EXPERTISE : CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le jour de l'expertise, plusieurs points de vigilance s'imposent :

- Ne vous présentez jamais seul. Vous devez être accompagné de votre avocat et de votre médecin-conseil.
- Décrivez votre situation sans la minimiser ni l'exagérer. Le médecin expert s'appuie sur des éléments objectifs ; toute incohérence entre vos déclarations et votre dossier médical peut fragiliser votre position.
- Faites état des douleurs fantômes et des mauvais jours, pas seulement de votre meilleure adaptation à la prothèse.
- Demandez que chaque poste de préjudice identifié en amont soit bien évoqué pendant l'expertise, en particulier la nature exacte de la prothèse retenue, son renouvellement, et les aménagements nécessaires.
- Signalez tout élément encore évolutif. Si l'adaptation à la prothèse est encore en cours, ou si votre moignon n'est pas stabilisé, indiquez-le clairement : une consolidation fixée trop tôt réduit mécaniquement le taux de déficit fonctionnel permanent retenu.
- Le rapport n'est pas définitif sur le moment : un pré-rapport peut être communiqué, sur lequel votre avocat et votre médecin-conseil ont le droit de déposer des observations écrites (« dires ») avant que le rapport définitif ne soit rendu.



Pour les amputations les plus lourdes (amputations bilatérales, ou associées à d'autres lésions dans un contexte de polytraumatisme), une expertise organisée au domicile de la victime peut être demandée : elle permet aux experts d'appréhender concrètement les difficultés rencontrées dans l'environnement réel, plutôt que dans le seul cadre théorique d'un cabinet médical.



ÉTAPE 8 — EXPERTISE AMIABLE OU EXPERTISE JUDICIAIRE : CE QUE CELA CHANGE

L'**expertise amiable** est organisée directement par l'assureur. Elle peut être unilatérale ou contradictoire lorsque votre médecin-conseil de victimes y assiste également. Le code des assurances encadre cette dernière forme : votre médecin-conseil peut poser des questions, assister à l'examen clinique et participer à l'évaluation des préjudices (article R.211-43 du code des assurances), et le médecin de l'assurance dispose ensuite d'un délai de vingt jours pour adresser son rapport à la victime et à son médecin-conseil (article R.211-44 du même code).



L'**expertise judiciaire** est ordonnée par le juge des référés, à la demande de votre avocat. Elle offre des garanties supérieures d'indépendance et de contradictoire, et permet de solliciter l'intervention d'un spécialiste, c'est-à-dire un spécialiste complémentaire, notamment le prothésiste lui-même lorsque le débat technique sur l'appareillage l'exige.

Pour les dossiers d'amputation lourde ou bilatérale, la voie judiciaire est souvent la plus protectrice, en raison de l'ampleur des enjeux financiers liés au renouvellement de l'appareillage sur toute une vie.



ÉTAPE 9 — LA PROTHÈSE : CE QUI SE DISCUTE RÉELLEMENT LORS DE L'EXPERTISE

La prothèse occupe une place centrale dans l'expertise, mais elle n'épuise jamais, à elle seule, l'indemnisation de la victime amputée.

Plusieurs points doivent être discutés et objectivés :

- le **type de prothèse** retenu : une prothèse dite « de base » et une prothèse à microprocesseur, offrant un meilleur contrôle de l'équilibre et de la marche sur terrain irrégulier, n'ont ni le même coût ni le même apport fonctionnel. L'utilité concrète du modèle demandé pour l'autonomie de la victime doit être démontrée lors de l'expertise, notamment lorsque la Sécurité sociale ne prend pas en charge les modèles les plus performants ;
- le **nombre de prothèses** nécessaires : une prothèse principale ne suffit généralement pas. Une prothèse de secours, indispensable en cas de panne ou d'entretien de la première, et le cas échéant une prothèse dédiée à la baignade ou à la pratique sportive antérieure, doivent être anticipées ;



- les **accessoires et le matériel d'entretien** : manchons, emboîtures, produits d'entretien du moignon, dont le coût récurrent doit être intégré aux dépenses de santé futures ;
- la **fréquence de renouvellement** réelle, qui doit être capitalisée sur l'ensemble de l'espérance de vie de la victime, et non sur une durée théorique minimale ;
- le **matériel complémentaire** au moment du désappareillage : la plupart des victimes amputées d'un membre inférieur retirent leur prothèse à leur domicile pour soulager leur moignon, ce qui justifie l'acquisition d'un fauteuil roulant léger, même pour un usage ponctuel.

Une prothèse, même hautement performante, ne réduit jamais par elle-même l'existence des autres postes de préjudice. Le fait qu'une prothèse esthétique soit allouée n'exclut pas le préjudice esthétique ; le fait qu'une prothèse de sport soit allouée n'exclut pas le préjudice d'agrément : ces postes sont distincts et cumulables, chacun réparant une dimension différente du dommage.





Pourquoi se faire assister d'un avocat spécialisé ?
L'assureur ne vous proposera pas spontanément d'indemniser tous ces postes.

Un avocat spécialisé en dommage corporel, en binôme avec un médecin-conseil de victimes, est indispensable pour obtenir une réparation intégrale.
Ne signez jamais une transaction avec l'assureur sans avoir consulté un professionnel

ÉTAPE 10 — APRÈS L'EXPERTISE : ANALYSER LE RAPPORT AVANT TOUTE NÉGOCIATION

Une fois le rapport rendu, il doit être analysé avec votre avocat et votre médecin-conseil avant toute négociation avec l'assureur. Cette analyse permet de vérifier :

- que le taux de déficit fonctionnel permanent retenu correspond bien à la réalité de votre situation, et non à une évaluation minimale ;
- que la prothèse retenue correspond à vos besoins réels d'autonomie, et non à un modèle de base jugé suffisant par l'assureur ;
- qu'aucun poste de préjudice n'a été omis, en particulier le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément et le retentissement psychologique, qui restent fréquemment sous-documentés lorsque la victime n'a pas été suivie par un spécialiste dédié.

Si le rapport est incomplet ou défavorable, des observations écrites peuvent encore être déposées avant le rapport définitif, ou une nouvelle expertise judiciaire peut être demandée si la voie amiable ne permet pas de corriger les désaccords.



ÉTAPE 11 — LES PROVISIONS, POUR NE PAS ATTENDRE LA FIN DE LA PROCÉDURE

La procédure d'indemnisation d'une amputation s'étend souvent sur plusieurs années entre l'accident et l'indemnisation définitive. Dans l'intervalle, des provisions, c'est-à-dire des avances sur l'indemnisation finale, peuvent être demandées à l'assureur pour financer les besoins urgents : première prothèse, aide humaine pendant la rééducation, premiers aménagements du logement. Si l'assureur refuse ou propose des provisions insuffisantes, leur versement peut être ordonné par le juge des référés.

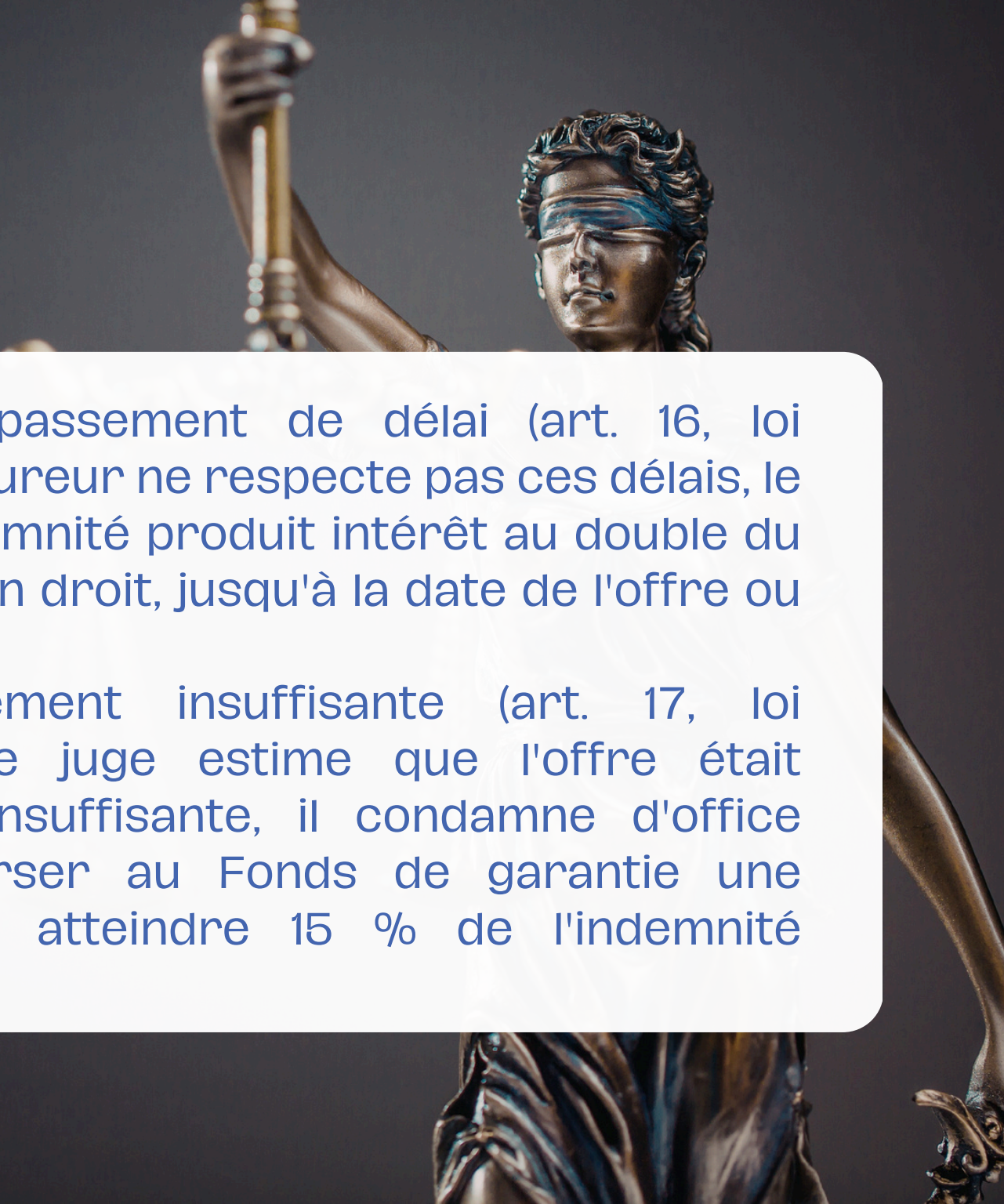


ÉTAPE 12 — LA DATE DE CONSOLIDATION : UN ENJEU À PART ENTIÈRE POUR UNE AMPUTATION

La date de consolidation est le moment où votre état de santé n'est plus susceptible d'évoluer, ce qui ne signifie pas une guérison. C'est à partir de cette date que sont déterminés le taux de déficit fonctionnel permanent, les pertes professionnelles futures et les autres préjudices définitifs.

Pour une amputation, cette date doit impérativement intervenir après une période d'adaptation suffisante à l'appareillage : fixer une consolidation alors que l'essai prothétique est encore en cours, ou que des ajustements significatifs restent nécessaires, sous-évalue mécaniquement le déficit fonctionnel permanent retenu. Une fois la consolidation fixée, l'assureur dispose d'un délai de cinq mois, ou de huit mois si la consolidation intervient moins de trois mois après l'accident, pour faire une offre définitive d'indemnisation.





Sanction du dépassement de délai (art. 16, loi Badinter) : si l'assureur ne respecte pas ces délais, le montant de l'indemnité produit intérêt au double du taux légal, de plein droit, jusqu'à la date de l'offre ou du jugement.

Offre manifestement insuffisante (art. 17, loi Badinter) : si le juge estime que l'offre était manifestement insuffisante, il condamne d'office l'assureur à verser au Fonds de garantie une somme pouvant atteindre 15 % de l'indemnité allouée.

Il n'existe pas un barème unique et obligatoire pour évaluer un préjudice corporel : plusieurs référentiels coexistent, certains plus favorables aux victimes, d'autres davantage alignés sur les intérêts des assureurs. Selon que l'expertise est amiable ou judiciaire, le référentiel utilisé en pratique n'est pas neutre.

Au-delà du barème lui-même, l'indemnisation doit rester situationnelle : deux victimes présentant une amputation identique peuvent avoir des besoins radicalement différents selon leur mode de vie, leur logement, leur activité professionnelle ou leur environnement familial. Un référentiel chiffré ne doit jamais se substituer à une évaluation individualisée de votre situation réelle.



ÉTAPE 13 — GARDER À L'ESPRIT LA POSSIBILITÉ D'UNE AGGRAVATION FUTURE

Une amputation peut entraîner, plusieurs années après la consolidation initiale, des complications nouvelles : usure articulaire du membre opposé par sursollicitation, douleurs de moignon évolutives, nécessité d'une réamputation. Si votre état de santé s'aggrave, le dossier peut être rouvert pour obtenir une indemnisation complémentaire correspondant à cette aggravation, dans le délai de prescription applicable à compter de la nouvelle consolidation. Conservez donc l'ensemble de vos documents médicaux dans la durée, au-delà de la clôture de votre dossier initial.



QUESTIONS FRÉQUENTES

Quels sont les principaux postes d'indemnisation pour une victime amputée ? Les postes principaux sont, selon la nomenclature Dintilhac : le déficit fonctionnel permanent, les frais prothétiques futurs capitalisés sur l'espérance de vie de la victime, les frais de rééducation, l'assistance par tierce personne temporaire et permanente, l'aménagement du logement et du véhicule, le préjudice professionnel, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément.

L'assureur peut-il imposer une prothèse de base ? Non. L'indemnisation doit permettre à la victime de conserver un mode de vie aussi proche que possible de celui qu'elle avait avant l'accident. Si l'assureur conteste le niveau technologique de la prothèse retenue, cette contestation doit être combattue par une documentation médicale et technique précise démontrant l'utilité concrète du modèle demandé.



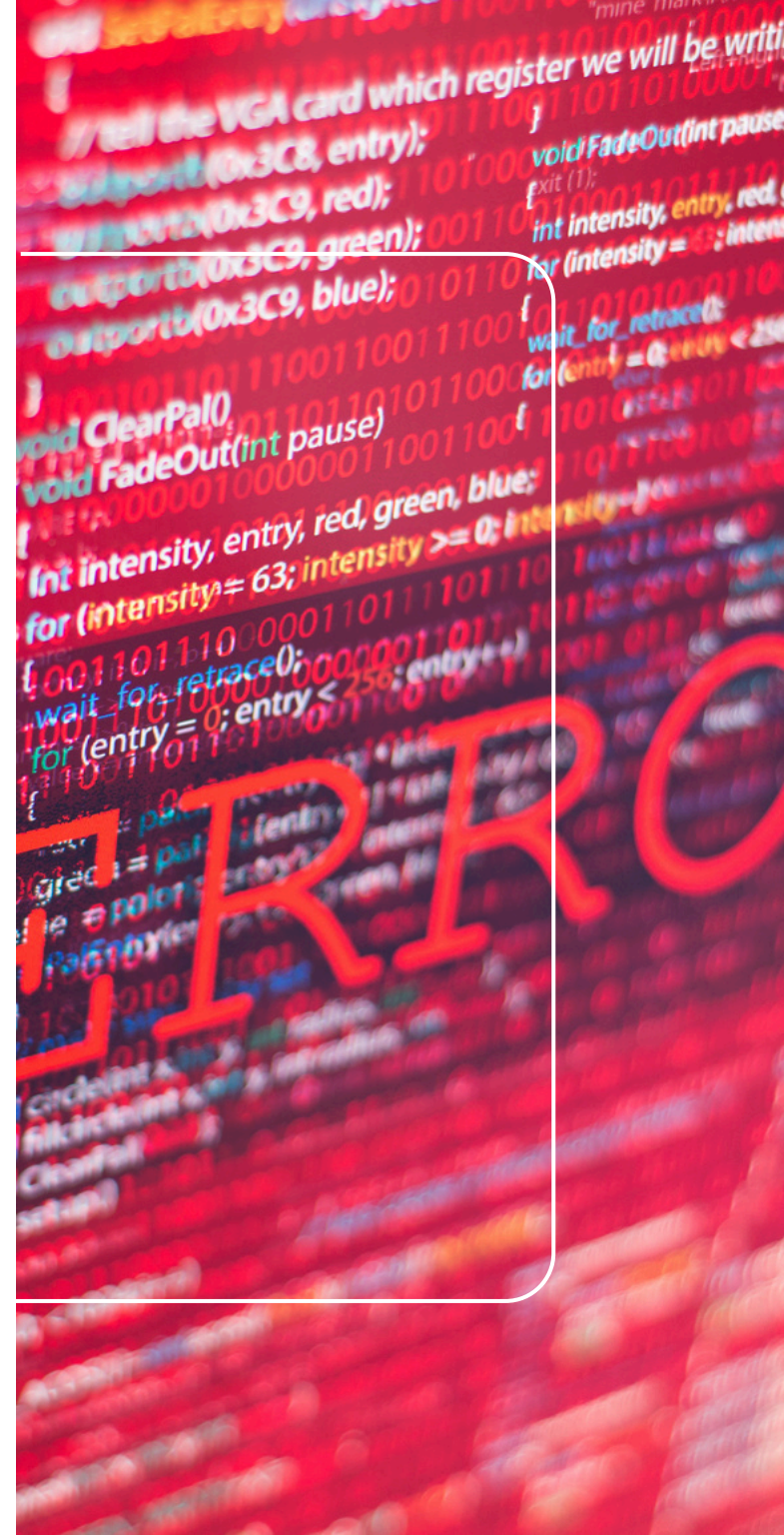
Une prothèse esthétique ou de sport empêche-t-elle d'être indemnisé au titre du préjudice esthétique ou d'agrément ? Non. Le fait de bénéficier d'une prothèse esthétique ou d'une prothèse de sport n'exclut pas l'indemnisation du préjudice esthétique ou du préjudice d'agrément : il s'agit de postes distincts, qui réparent des dimensions différentes du dommage et doivent être cumulés.

Quand faut-il contacter un avocat après une amputation ? Le plus tôt possible, et avant toute expertise médicale organisée par l'assureur. L'expertise est l'étape qui conditionne l'évaluation de l'ensemble des préjudices ; y assister sans préparation expose la victime à une consolidation prématurée et à une sous-évaluation durable.



LES ERREURS À ÉVITER AVANT ET PENDANT L'EXPERTISE

- se présenter seul, sans avocat ni médecin-conseil ;
- arriver avec un dossier médical incomplet, en particulier sans devis détaillé de la prothèse ;
- accepter une consolidation alors que l'adaptation à la prothèse est encore en cours ;
- accepter une offre d'indemnisation avant d'avoir fait analyser le rapport d'expertise par un professionnel indépendant ;
- négliger le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément ou le retentissement psychologique au seul motif qu'une prothèse a été obtenue.



NOTRE CABINET À VOS CÔTÉS AVANT, PENDANT ET APRÈS VOTRE EXPERTISE

Nous intervenons sur les dossiers d'amputation consécutifs à un accident de la route depuis plus de vingt ans. Nous analysons chaque rapport médical produit par l'équipe soignante, nous identifions les postes de préjudice non documentés ou sous-évalués, nous assistons la victime à l'expertise médicale en duo avocat / médecin-conseil, nous contestons les offres qui ne tiennent pas compte du coût réel de la prothèse et de son renouvellement, et nous saisissons le juge lorsque la proposition amiable ne reflète pas l'étendue réelle des préjudices.

Notre cabinet peut analyser votre situation et examiner ce qui peut encore être obtenu, y compris si une expertise a déjà eu lieu.

Contactez notre cabinet : 01 45 24 00 40 /
info@benezra.fr



**BENEZRA
& AVOCATS**

DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS