

GUIDE PRATIQUE

**PRÉPARER ET ABORDER
L'EXPERTISE MÉDICALE
QUAND ON DEVIENT
TÉTRAPLÉGIQUE,
PARAPLÉGIQUE OU
HÉMIPLÉGIQUE**



000 – PRÉFACE DE L'AUTEUR

Depuis plus de vingt ans, je consacre mon activité d'avocat à la défense des victimes d'accidents de la route, et en particulier à celles dont la vie a été bouleversée par un handicap lourd : tétraplégie, paraplégie, hémip légie.

J'ai vu, dossier après dossier, la même scène se répéter. Une victime, ou sa famille, encore sous le choc, reçoit une convocation à une expertise médicale. Personne ne lui explique vraiment ce qui va s'y passer, ni ce qui s'y joue. Elle s'y présente seule, ou mal préparée, en confiance, parce que c'est sa propre assurance qui organise l'examen. Quelques mois plus tard, le rapport tombe, et avec lui, le montant de l'indemnisation.

Trop souvent, ce montant ne reflète pas la réalité de ce qu'elle vit au quotidien.

J'ai écrit ce guide pour que cette scène ne se reproduise plus à l'identique. Il ne remplace pas un avocat, ni un médecin-conseil : aucun document ne le pourra jamais, tant chaque dossier est singulier. Mais il vous donne ce qui manque le plus souvent aux victimes au moment de l'expertise : savoir ce qui va se passer, savoir qui sera face à vous, et savoir ce qu'il faut avoir préparé avant d'y aller.

Une tétraplégie, une paraplégie ou une hémiplégie ne se résume jamais à un taux dans un rapport. C'est une vie entière qui se réorganise : le corps, le quotidien, le travail, la famille. L'indemnisation qui en découle doit être à la hauteur de cette réalité, et non d'une approximation administrative. C'est le sens du travail que mon cabinet mène, dossier après dossier, depuis plus de vingt ans.

Maître Michel Benezra Avocat associé, cabinet Benezra Avocats



PLAN

1. Comprendre ce qui se joue réellement lors de l'expertise
 - Les trois médecins que vous pouvez rencontrer, et pourquoi il ne faut jamais les confondre
 - Pourquoi chaque paramètre fixé par l'expert se traduit directement en euros
 2. Constituer votre dossier médical avant l'expertise
 - Pourquoi tenir un journal de la douleur et du quotidien change le résultat de l'expertise
 3. Connaître les complications médicales qui doivent être documentées
 4. Identifier les postes de préjudice propres à votre situation
 5. Constituer une équipe pluridisciplinaire avant le jour J
 6. Le jour de l'expertise : ce qu'il faut savoir
 7. Expertise amiable ou expertise judiciaire : ce que cela change
 - Pourquoi la mission de l'expert doit être adaptée à votre handicap précis
 8. Après l'expertise : analyser le rapport avant toute négociation
 9. Les provisions, pour ne pas attendre la fin de la procédure
 10. La date de consolidation : un enjeu à part entière pour une paralysie
 11. Se méfier des barèmes utilisés pour évaluer vos préjudices
 12. 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 tétraplégie, une paraplégie ou une hémiplégie, 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, vos besoins en assistance humaine, les aménagements nécessaires à votre logement 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 tétraplégie, une paraplégie ou une hémip légie, la présence de votre propre médecin-conseil de victimes n'est jamais une simple option de confort : c'est la seule garantie que les séquelles invisibles (douleurs neuropathiques, troubles vésico-sphinctériens, retentissement cognitif en cas d'hémip légie d'origine cérébrale) ne soient pas purement et simplement passées sous silence dans le rapport.

Pourquoi chaque paramètre fixé par l'expert se traduit directement en euros

Pour une tétraplégie ou une paraplégie, deux paramètres fixés lors de l'expertise pèsent plus que tous les autres dans le montant final :

- le taux de déficit fonctionnel permanent (DFP), exprimé en pourcentage, qui est ensuite multiplié par une valeur de point croissante avec l'âge de la victime, déterminée selon les référentiels indicatifs en usage devant les juridictions (le barème dit « Mornet », régulièrement actualisé) ;
- le volume d'aide humaine retenu, exprimé en heures par jour, qui est capitalisé sur l'espérance de vie de la victime selon une méthode actuarielle reconnue (la méthode dite « Lambert-Faivre »).

Concrètement, quelques points de DFP ou quelques heures d'aide humaine par jour, multipliés sur plusieurs décennies, représentent des écarts considérables sur le montant final. C'est tout l'enjeu d'une expertise bien préparée : chaque paramètre sous-évalué au moment de l'examen se répercute, capitalisé, sur l'ensemble de votre indemnisation.



ÉTAPE 2 — 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 :

- les comptes rendus d'hospitalisation, de réanimation et de chirurgie, notamment les comptes rendus opératoires en cas d'arthrodèse, de laminectomie ou d'ostéosynthèse associée ;
- les comptes rendus de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, idéalement de chaque centre ou service traversé depuis l'accident ;
- les certificats médicaux établis depuis l'accident, en commençant par le certificat médical initial ;
- les ordonnances ;
- les radiographies, scanners et imageries (notamment l'IRM médullaire ou cérébrale ayant permis le diagnostic initial) ;
- le bilan neurologique initial, en particulier le niveau de la lésion médullaire et son caractère complet ou incomplet (évalué selon l'échelle internationale ASIA), qui conditionne directement l'étendue de la paralysie et donc le taux de déficit fonctionnel permanent ;
- le questionnaire corporel pro-victimes, que votre avocat vous transmettra pour identifier précisément vos difficultés et préjudices dès le début de la procédure ;
- les ordonnances et justificatifs de matériel médical déjà acquis (fauteuil roulant, lit médicalisé, équipements de transfert, ceinture abdominale, bas de contention) ;
- les arrêts de travail et justificatifs professionnels (bulletins de salaire, contrat de travail) ;
- les attestations de psychologues ou psychiatres lorsqu'un suivi a été engagé ;
- un journal personnel détaillé de votre quotidien depuis l'accident.



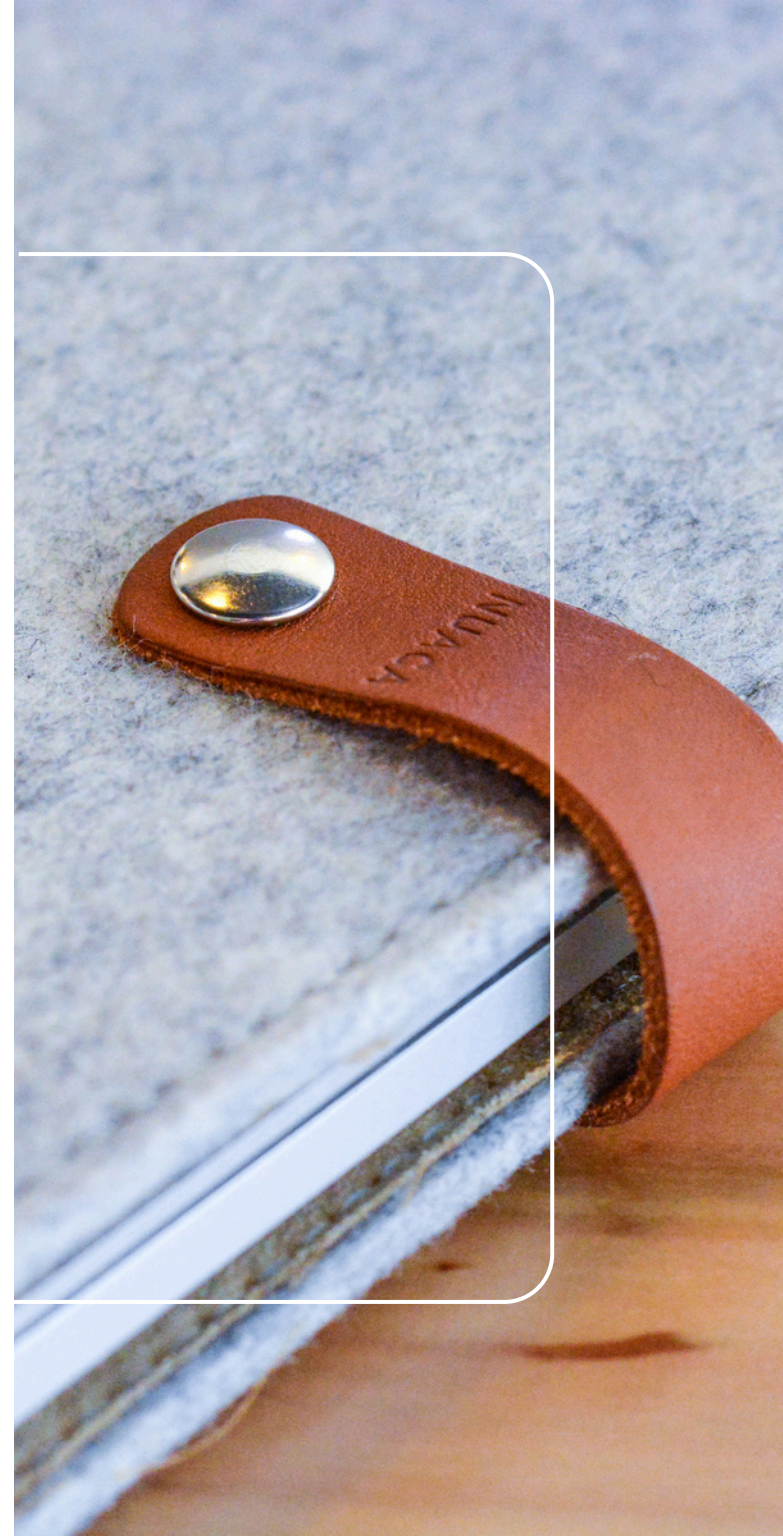
Ce dossier permet d'établir le lien de causalité entre l'accident et chacune de vos séquelles, et de documenter votre situation personnelle et professionnelle avant l'accident, point de comparaison indispensable pour mesurer l'ampleur du changement.



Pourquoi tenir un journal de la douleur et du 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 une paralysie. C'est pourquoi nous recommandons systématiquement à nos clients de tenir, dès le début de leur prise en charge, un journal reprenant :

- la fréquence et l'intensité de vos douleurs (notamment les douleurs neuropathiques, à type de décharges, de brûlures ou de striction, fréquentes en sous-lésionnel), et ce qui les déclenche ;
- une description d'une journée type : ce que vous ne pouvez plus faire seul, ce qui est devenu difficile, l'aide dont vous avez besoin le matin, dans la journée et le soir ;
- les chutes éventuelles depuis votre fauteuil roulant, leurs circonstances et leurs conséquences (les chutes sont une complication fréquente du retour à domicile, notamment lors des transferts) ;
- les activités que vous avez dû abandonner (sport, loisirs, vie sociale), avec justificatifs si possible (licence sportive, abonnement, photographies) ;
- les complications médicales rencontrées (infections urinaires, troubles digestifs, escarres, douleurs d'épaules liées aux transferts répétés).



Ce document constitue un élément probant 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



ÉTAPE 3 — CONNAÎTRE LES COMPLICATIONS MÉDICALES QUI DOIVENT ÊTRE DOCUMENTÉES

Une tétraplégie ou une paraplégie ne se limite pas à la paralysie elle-même. Le retour à domicile s'accompagne fréquemment de complications qui, si elles ne sont pas documentées, ne seront jamais indemnisées :

- les escarres, liées à l'immobilité prolongée et aux zones d'appui (ischions, grand trochanter, sacrum), qui peuvent nécessiter des soins lourds, voire une intervention chirurgicale ;
- les infections urinaires à répétition, liées aux sondages ou à la neurovessie, ainsi que les complications rénales à long terme en l'absence de suivi urologique régulier ;
- les troubles digestifs et vésico-sphinctériens, pouvant nécessiter des soins quotidiens (sondages, lavements) ;
- les douleurs neuropathiques chroniques, sous-lésionnelles, à type de décharges ou de brûlures, qui nécessitent souvent un traitement médicamenteux spécifique et parfois des techniques complémentaires (électrostimulation) ;
- les douleurs et tendinopathies d'épaules, liées à la sursollicitation des membres supérieurs lors des transferts et de la propulsion du fauteuil roulant, fréquentes chez les victimes paraplégiques et tétraplégiques incomplètes ;



- les troubles respiratoires, en particulier pour les lésions cervicales hautes, pouvant nécessiter une assistance ventilatoire ;
- les complications ostéo-articulaires (ostéoporose sous-lésionnelle, raideurs, ossifications) et le risque de chute depuis le fauteuil roulant, notamment lors des transferts ;
- les troubles anxio-dépressifs et le syndrome de stress post-traumatique, fréquents dans le processus d'acceptation du handicap, qui justifient un accompagnement psychologique à part entière et un poste de préjudice spécifique.

Chacune de ces complications doit être objectivée par un compte rendu médical et reliée, dans votre dossier, à la lésion d'origine. Une complication non documentée au moment de l'expertise est, dans les faits, une complication qui ne sera pas indemnisée.

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



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**

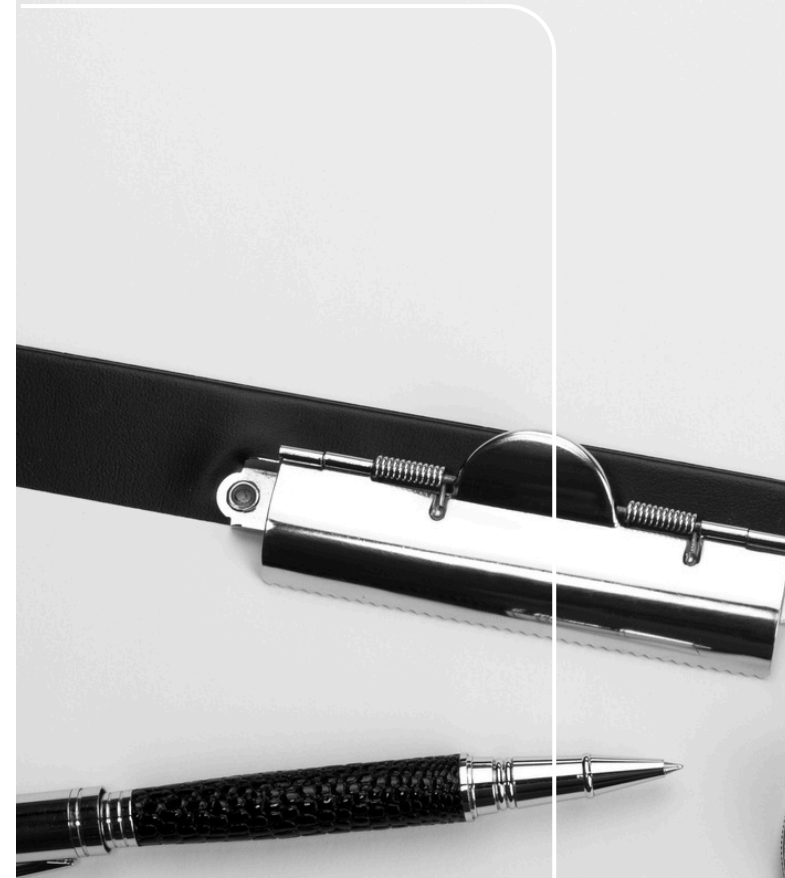
DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS



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

- l'assistance par tierce personne (nombre d'heures, jour et nuit, professionnelle ou familiale, avant et après consolidation) ;
- les aménagements du logement (accessibilité, salle de bain, domotique) et, le cas échéant, le besoin de relogement, sur le gros œuvre comme sur les équipements ;
- le véhicule adapté et son renouvellement ;
- le matériel médical et son renouvellement périodique sur toute la durée de vie restante (fauteuil roulant manuel et/ou électrique, fauteuil à verticalisation, équipements de transfert, matériel d'autosondage) ;
- l'incidence professionnelle (perte d'emploi, reconversion, perte de chance de carrière) ;
- le préjudice d'agrément, sexuel, et d'établissement ;
- 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 le matériel médical et les aménagements se renouvellent par cycles répétés sur l'ensemble de la vie restante de la victime, et non une seule fois.



**BENEZRA
& AVOCATS**

DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS

QUIZZ

**JE PEUX REFUSER UNE
EXPERTISE UNILATÉRALE ?**

VRAI OU FAUX ?



ÉTAPE 5 — CONSTITUER UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE AVANT LE JOUR J

Pour les séquelles de cette gravité, l'expertise ne se prépare pas seul avec son avocat. Une équipe doit être mobilisée en amont :

- un médecin-conseil indépendant, qui examine votre dossier avant l'expertise et vous assiste le jour-même face au médecin de l'assurance ; ses honoraires sont eux-mêmes indemnisables au titre des frais divers de la nomenclature Dintilhac ;
- un ergothérapeute, pour réaliser un bilan situationnel : il évalue vos capacités réelles dans les gestes du quotidien et objective vos besoins d'assistance humaine et d'aménagement du logement, du véhicule et, le cas échéant, du poste de travail ;
- un kinésithérapeute-conseil, pour évaluer précisément l'usage de vos fonctions résiduelles et la pertinence du programme de rééducation envisagé ;
- un orthoprothésiste, lorsque du matériel prothétique ou orthopédique doit être chiffré sur la durée ;
- un neuropsychologue, lorsque des troubles cognitifs ou un retentissement psychologique important sont associés à la paralysie ;
- selon les besoins, un architecte conseil, pour les aménagements de logement touchant au gros œuvre, ou un expert économique pour le préjudice professionnel.

Cette équipe doit être réunie avant l'expertise, et non improvisée le jour même.



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.
- N'hésitez pas à faire état des mauvais jours, pas seulement des bons : la réalité d'une paralysie comprend des variations (douleurs, spasmes, complications) qui doivent être prises en compte dans l'évaluation.
- Demandez que chaque poste de préjudice identifié en amont soit bien évoqué pendant l'expertise, en particulier l'assistance par tierce personne, le matériel et les aménagements à renouveler.
- Signalez tout élément encore évolutif. Si votre état n'est pas réellement stabilisé, ou si votre rééducation est encore active, 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 (appelées « dires ») avant que le rapport définitif ne soit rendu.



ÉTAPE 7 — EXPERTISE AMIABLE OU EXPERTISE JUDICIAIRE : CE QUE CELA CHANGE

Deux voies sont possibles pour l'expertise médicale. L'expertise amiable est organisée directement par l'assureur. Elle peut être unilatérale (seul le médecin de l'assurance intervient) ou contradictoire, lorsque votre médecin-conseil de victimes y assiste également.

Le code des assurances encadre précisément cette dernière forme : votre médecin-conseil peut poser des questions, assister à l'examen clinique et participer à l'évaluation des préjudices avec le médecin de l'assurance (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).



Attention : votre propre assureur peut vous proposer un médecin « de son réseau » en se présentant comme une aide ; ce médecin reste rémunéré par une compagnie d'assurance (les assureurs se règlent mutuellement les sinistres par un mécanisme de convention interne non public, dit convention IRCA, ce qui ne change rien à l'absence d'indépendance du médecin proposé) et n'a pas vocation à défendre vos intérêts.

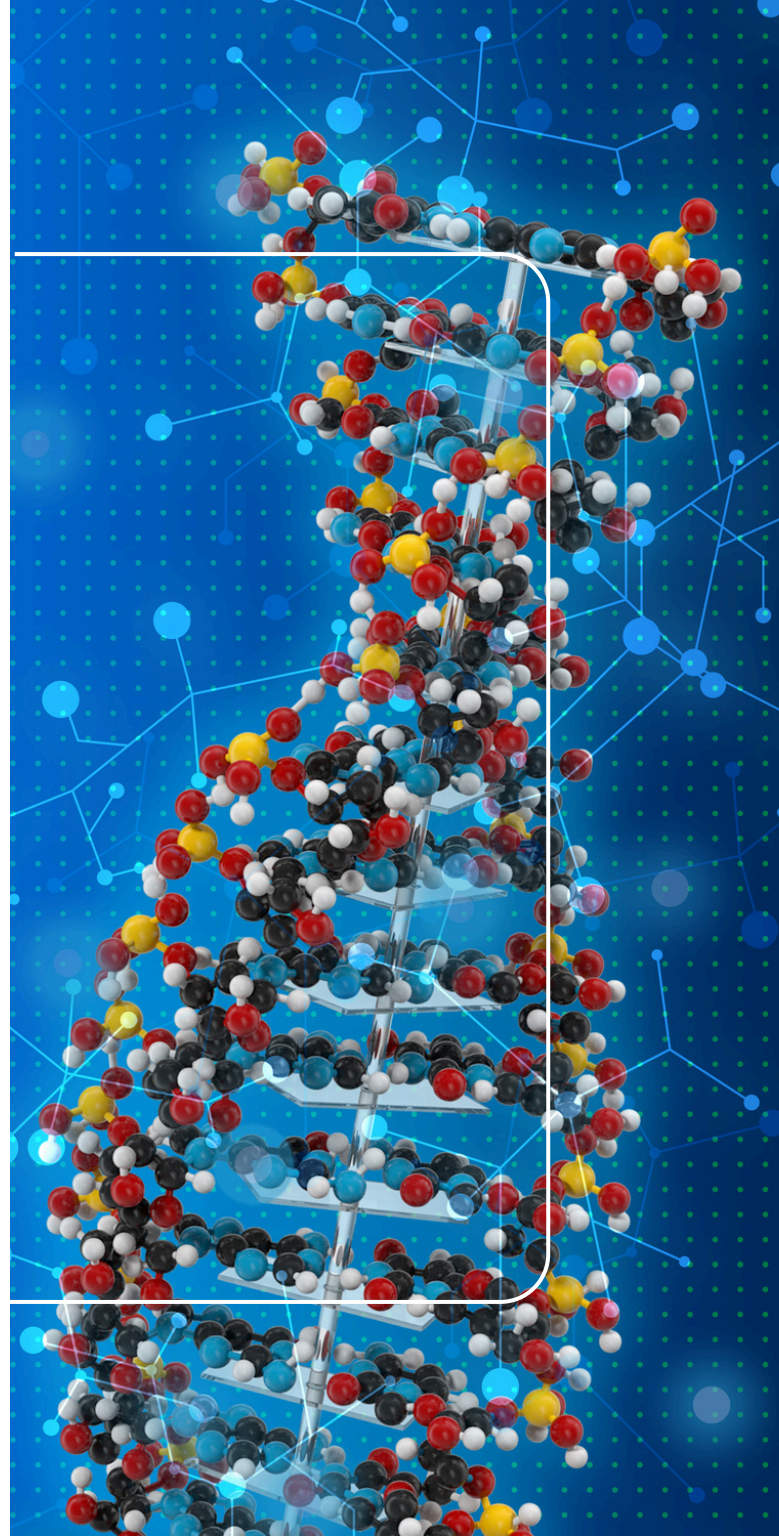


L'expertise judiciaire est ordonnée par le juge des référés, à la demande de votre avocat (on parle de « référé expertise »), même lorsqu'une procédure pénale est par ailleurs en cours. Elle offre des garanties supérieures d'indépendance et de contradictoire, et permet de solliciter l'intervention d'un spécialiste, c'est-à-dire un médecin d'une spécialité complémentaire, lorsque la nature du handicap l'exige.

Pour les **dossiers de tétraplégie et de paraplégie**, la voie judiciaire est souvent la plus protectrice, en raison du caractère définitif et de l'ampleur des enjeux financiers en cause.

Pourquoi la mission de l'expert doit être adaptée à votre handicap précis

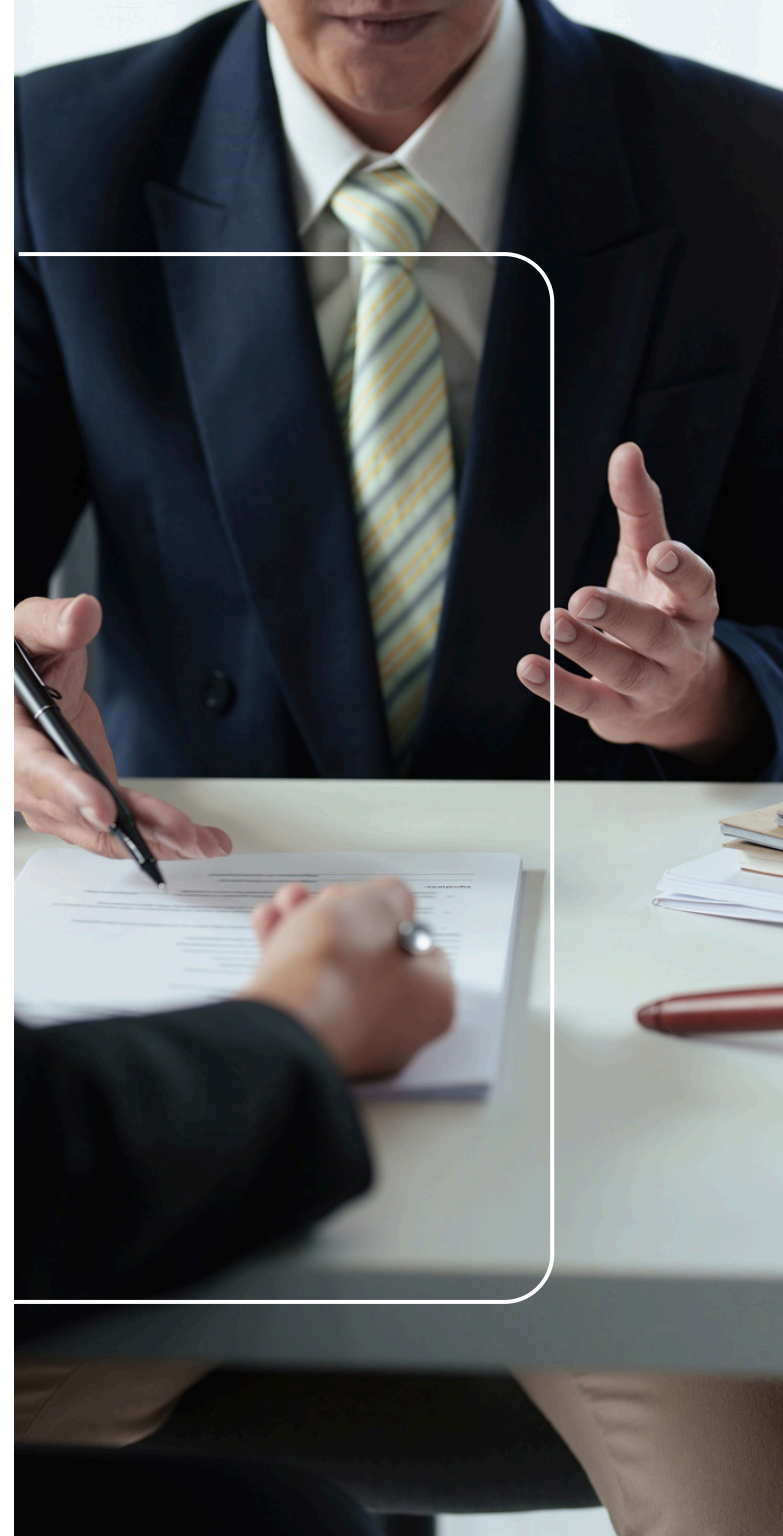
La **mission d'expertise type**, prévue pour les accidents de la route, comporte une vingtaine de questions standardisées : description des lésions, doléances, état antérieur, déficit fonctionnel temporaire puis permanent, assistance par tierce personne, dépenses de santé futures, pertes de gains, incidence professionnelle, souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, possibilité d'aggravation. Cette mission constitue une base, pas un cadre figé.



Pour une victime devenue tétraplégique, paraplégique ou hémiparalysé, votre avocat doit veiller à ce que la mission soit complétée pour prévoir explicitement l'intervention de spécialistes adaptés à votre situation :

- un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), pour apprécier précisément le niveau lésionnel, son caractère complet ou incomplet, et les capacités résiduelles réelles ;
- un urologue, lorsque des troubles vésico-sphinctériens (neurovessie, autosondages, infections urinaires à répétition) sont présents, ce qui est quasi systématique en cas de lésion médullaire ;
- un neuropsychologue, en particulier en cas d'hémiplégie d'origine cérébrale, où des troubles cognitifs ou du comportement, invisibles à l'examen clinique seul, peuvent coexister avec la paralysie motrice et passer inaperçus si personne ne les recherche spécifiquement ;
- un ergothérapeute, pour le bilan situationnel objectivant les besoins réels d'assistance par tierce personne et d'aménagement, qui ne relève pas de la seule appréciation clinique du médecin expert.

Une mission non adaptée à la spécificité de votre handicap revient à faire l'impasse sur des préjudices qui, faute d'avoir été recherchés, ne seront jamais discutés ni indemnisés.



ÉTAPE 8 — 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 ;
- qu'aucun poste de préjudice n'a été omis ou sous-évalué, en particulier l'assistance par tierce personne et le renouvellement du matériel ;
- que les souffrances endurées, les séquelles psychologiques et les complications documentées ont bien été prises en compte, et non uniquement les déficiences motrices les plus visibles.

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.





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

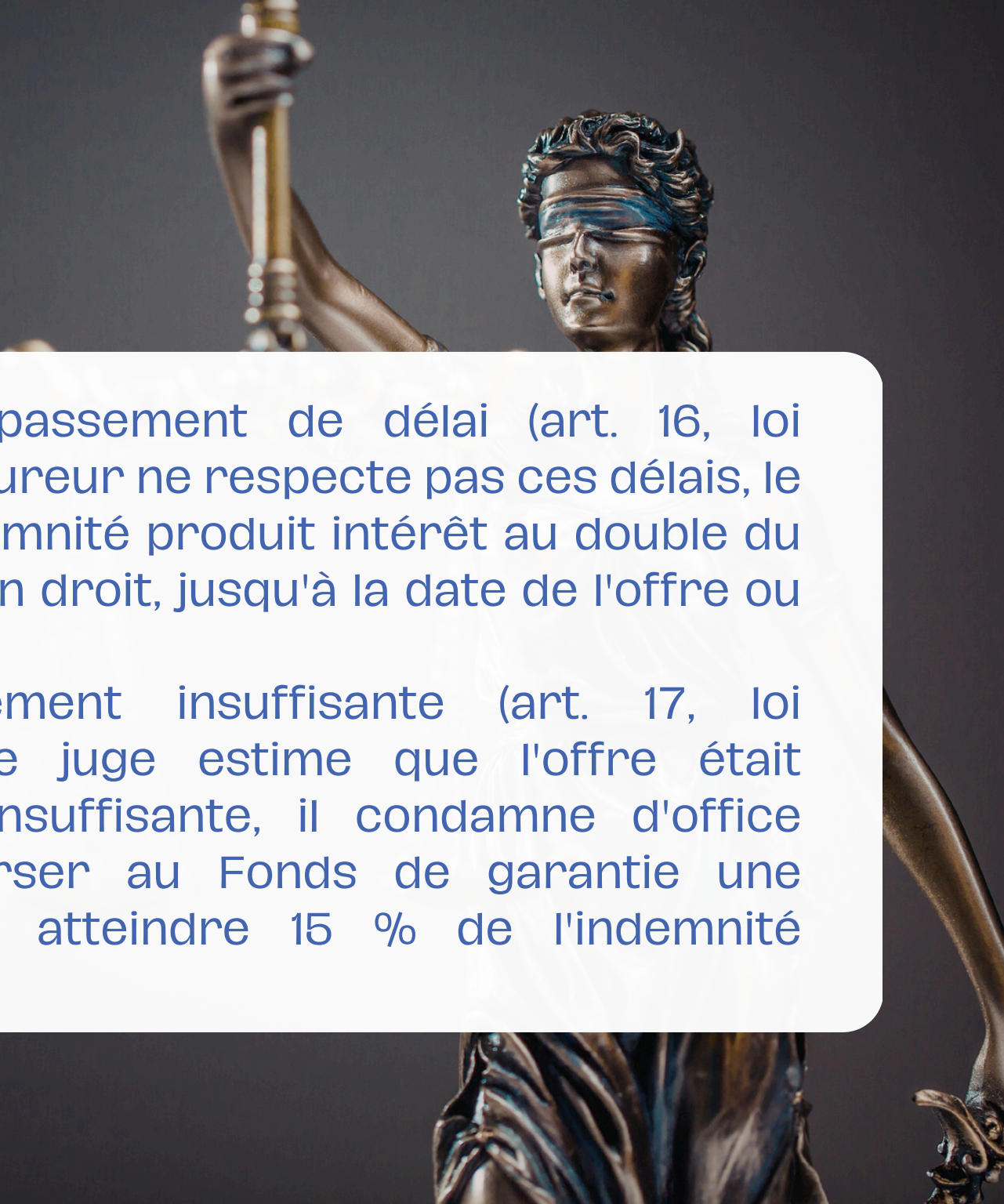
Un avocat spécialisé en dommage corporel, en binôme avec un médecin-conseil de victimes, est indispensable pour obtenir une réparation intégrale.
Ne signez jamais une transaction avec l'assureur sans avoir consulté un professionnel

ÉTAPE 9 — LES PROVISIONS, POUR NE PAS ATTENDRE LA FIN DE LA PROCÉDURE

La procédure d'indemnisation d'une tétraplégie ou d'une paraplégie 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 : aide humaine, premiers aménagements du logement, matériel médical. Si l'assureur refuse ou propose des provisions insuffisantes, leur versement peut être ordonné par le juge des référés. Ne pas solliciter de provision alors que vos besoins sont déjà engagés revient à avancer seul des frais qui devraient être pris en charge sans attendre l'issue du dossier.





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.

ÉTAPE 10 — LA DATE DE CONSOLIDATION : UN ENJEU À PART ENTIÈRE POUR UNE PARALYSIE

La date de consolidation est le moment où votre état de santé n'est plus susceptible d'évoluer, ce qui ne signifie absolument pas une guérison. C'est à partir de cette date que peuvent être déterminés le taux de déficit fonctionnel permanent, les pertes professionnelles futures, les dépenses de santé futures et les autres préjudices définitifs. Avant la consolidation, seules des provisions peuvent être obtenues : aucun dommage corporel n'est réparé définitivement, qu'il soit amiable ou judiciaire, tant que la consolidation n'est pas acquise.



Pour une tétraplégie ou une paraplégie, cette date peut être longue à atteindre : entre deux et cinq ans pour les cas les plus graves, et plus tardivement encore lorsque la victime est mineure, la consolidation n'intervenant alors que rarement avant sa majorité. 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.

Un enjeu stratégique se joue précisément sur cette date : certains assureurs ont intérêt à retarder l'expertise dans l'espoir d'une amélioration de l'état de santé ou d'une adaptation au handicap qui réduirait artificiellement le montant final. À l'inverse, fixer une consolidation trop précocement, alors que votre état évolue encore, sous-évalue mécaniquement votre déficit fonctionnel permanent. Votre avocat doit donc trouver le bon moment, ni trop hâtif, ni artificiellement retardé.



ÉTAPE 11 — SE MÉFIER DES BARÈMES UTILISÉS POUR ÉVALUER VOS PRÉJUDICES

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 un taux de déficit fonctionnel permanent 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 12 — GARDER À L'ESPRIT LA POSSIBILITÉ D'UNE AGGRAVATION FUTURE

Une lésion médullaire ou cérébrale grave peut évoluer dans le temps, parfois plusieurs années après la consolidation initiale. 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

Pourquoi le rapport de l'expertise médicale a-t-il un effet aussi déterminant sur l'indemnisation ?

Le taux de déficit fonctionnel permanent et le volume d'aide humaine retenus dans le rapport sont ensuite multipliés et capitalisés sur l'ensemble de la vie restante de la victime. Un écart de quelques points ou de quelques heures par jour se traduit, une fois capitalisé, par un écart financier considérable sur l'indemnisation finale.

Faut-il accepter l'expertise organisée par l'assureur ?

Non, ce n'est jamais une obligation. Une expertise judiciaire, ordonnée par un juge, offre des garanties d'indépendance et de contradictoire supérieures, particulièrement adaptées aux dossiers de tétraplégie et de paraplégie.



Peut-on financer ses besoins urgents avant la fin de la procédure ? Oui. Des provisions, c'est-à-dire des avances sur l'indemnisation définitive, peuvent être demandées à l'assureur, et leur versement peut être ordonné par le juge des référés en cas de refus ou d'insuffisance.

Une nouvelle expertise est-elle possible en cas d'aggravation après la consolidation ? Oui. Le dossier peut être rouvert pour obtenir une nouvelle expertise et une indemnisation complémentaire correspondant à l'aggravation constatée, dans le délai de prescription applicable à compter de cette nouvelle consolidation.



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

Nous accompagnons les victimes de tétraplégie, de paraplégie et d'hémiplégie consécutives à un accident de la route à chacune de ces étapes : préparation du dossier médical, constitution de l'équipe pluridisciplinaire, présence le jour de l'expertise en duo avocat / médecin-conseil, analyse du rapport, négociation avec l'assureur et, si nécessaire, saisine du juge.

Notre cabinet peut examiner votre situation avant votre prochaine expertise, pour vous éviter d'y aller mal préparé.

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



**BENEZRA
& AVOCATS**

DROIT ROUTIER ET DOMMAGES CORPORELS