

TREVES IV

La quatrième directive vécue par les organismes d'indemnisation

Introduction

Rappel des textes

L'existence des organismes d'indemnisation découle directement de la 4^{ème} directive sur l'assurance automobile (2000/26/CE). La justification de la création de ces organismes figure au considérant 25 de la directive : « *Pour garantir que la personne lésée ne reste pas sans l'indemnisation à laquelle elle a droit, il est nécessaire d'établir un organisme d'indemnisation auquel elle peut s'adresser au cas où l'entreprise d'assurance n'a pas désigné de représentant, retarde manifestement le règlement ou ne peut être identifiée...* ». Il s'agit bien entendu de la personne lésée visée par la directive, c'est-à-dire celle qui est victime d'un accident de la circulation routière survenu sur le territoire d'un pays (autre que celui de l'Etat membre où elle a sa résidence) dont le bureau national d'assurance a adhéré au régime de la carte verte et provoqué par la circulation de véhicules ayant leur stationnement habituel dans un Etat membre.

Les articles 6 et 7 de la directive énoncent les situations dans lesquelles les personnes lésées peuvent s'adresser à l'organisme d'indemnisation de leur Etat de résidence. Celles-ci sont au nombre de quatre :

- lorsque, dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté à l'entreprise d'assurance du véhicule dont la circulation a causé l'accident ou à son représentant chargé du règlement des sinistres une demande d'indemnisation, l'entreprise d'assurance ou son représentant chargé du règlement des sinistres n'a pas donné de réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande ;
- lorsque l'entreprise d'assurance n'a pas désigné de représentant chargé du règlement des sinistres dans l'Etat de résidence de la personne lésée ;
- lorsque l'identification du véhicule n'est pas possible ;
- lorsque, dans un délai de deux mois après l'accident, il est impossible d'identifier l'entreprise d'assurance.

La directive prévoit que les sommes versées à titre d'indemnisation à la personne lésée par l'organisme auquel elle s'est adressée font l'objet d'un droit à remboursement adressé :

- à l'organisme d'indemnisation de l'Etat membre où est situé l'établissement de l'entreprise d'assurance qui a produit le contrat, dans les deux premières situations ;
- au fonds de garantie de l'Etat membre où le véhicule a son stationnement habituel si l'entreprise d'assurance ne peut pas être identifiée ;

- au fonds de garantie de l'Etat membre où l'accident a eu lieu dans le cas d'un véhicule non identifié ;
- au fonds de garantie de l'Etat membre où l'accident a eu lieu dans le cas d'un véhicule d'un pays tiers (par rapport à l'Espace économique européen).

La directive accorde à l'organisme qui a remboursé, une subrogation dans les droits de la personne lésée à l'encontre de la personne qui a causé l'accident ou de son entreprise d'assurance. Chaque Etat membre est tenu de reconnaître la subrogation établie par tout autre Etat membre, ceci afin de permettre à l'organisme tenu de rembourser, de récupérer le montant de ses décaissements.

Les Etats membres ont été tenus de créer ou d'agréer un organisme d'indemnisation avant le 20 janvier 2002, obligation qui a, semble-t-il, été respectée.

Les organismes d'indemnisation ainsi désignés ont été invités à conclure entre eux un accord concernant leurs tâches et leurs obligations et les modalités de remboursement avant le 20 juillet 2002 sous peine de voir la Commission proposer des mesures propres à garantir que les dispositions des articles 6 et 7 de la directive prennent effet avant le 20 janvier 2003, date prévue pour l'entrée en application de l'ensemble de la directive.

On remarquera que cet accord constitue une condition suspensive à la prise d'effet desdits articles. La 4^{ème} directive réutilise donc ainsi un processus déjà employé lors de la 1^{ère} directive qui subordonnait la suppression du contrôle de l'assurance à la conclusion d'un accord entre les bureaux nationaux d'assurance des Etats membres.

La conclusion de l'accord entre organismes d'indemnisation

Si l'accord entre organismes d'indemnisation a pu être conclu dans les délais prévus par la directive, c'est grâce à une initiative prise par le Comité européen des assurances (CEA) qui a décidé de réunir, dès la publication de la directive, c'est-à-dire en juillet 2000, un groupe de travail comprenant des représentants de différentes associations nationales d'assureurs accompagnés de délégués émanant des organismes susceptibles d'être désignés en qualité d'organisme d'indemnisation.

Les travaux de ce groupe ont permis la conclusion de l'accord le 29 avril 2002 auquel adhèrent non seulement les organismes d'indemnisation des Etats membres mais également ceux des pays de l'EEE, soit les pays de l'Union européenne, la Norvège, l'Islande et le Lichtenstein (Le texte de cet accord se trouve en annexe).

L'existence de cet accord a été vérifiée par la Commission européenne, ce qui lui a permis de prendre le 27 décembre 2002 une décision (2003/20/CE) fixant l'entrée en application des dispositions de l'article 6 (et donc de l'article 7 qui lui est directement lié) à partir du 20 janvier 2003.

L'accord du 29 avril 2002

Par qui cet accord devait-il être signé ?

Une première difficulté est immédiatement apparue. Celle-ci découle des modalités de remboursement des sommes payées aux personnes lésées. En effet, si c'est sur l'organisme d'indemnisation de l'Etat de résidence de la personne lésée que repose l'obligation d'intervenir dans les quatre situations prévues aux articles 6 et 7, il en va autrement pour l'obligation de remboursement. Dans les deux premiers cas (absence de réponse motivée et absence de désignation d'un représentant), c'est l'organisme d'indemnisation de l'Etat membre où est situé l'établissement de l'entreprise d'assurance qui a produit le contrat qui est tenu de rembourser, dans les deux autres cas (véhicule non identifié et entreprise d'assurance non identifiée dans les deux mois de l'accident), c'est le fonds de garantie de l'Etat membre du stationnement habituel du véhicule ou celui du lieu de l'accident qui, selon les circonstances, doit prendre en charge le remboursement.

Aucun problème ne se serait posé si dans tous les Etats membres le choix s'était porté sur l'agrément du fonds de garantie en qualité d'organisme d'indemnisation. Puisque certains Etats ont préféré agréer en cette qualité leur bureau national d'assurance, il fallait trouver une solution acceptable par toutes les parties concernées. Celle-ci a consisté à construire l'accord en deux parties. La première vise les cas cités à l'article 6 (absence de réponse motivée et absence de désignation d'un représentant). Elle est signée exclusivement par les organismes d'indemnisation. La deuxième partie concerne les cas traités à l'article 7 (véhicule non identifié et entreprise d'assurance non identifiée dans les deux mois de l'accident). Elle est signée par les organismes d'indemnisation et par les fonds de garantie.

Structure de chacune des parties de l'accord

Chacune des deux parties est divisée en trois sections :

- section I : Objet
- section II : Tâches et obligations
- section III : Modalités de remboursement

Ces deux parties sont suivies de dispositions communes qui concernent les modalités d'arbitrage, la durée de l'accord et l'entrée en vigueur de l'accord.

Problèmes liés à l'entrée en vigueur de l'accord

Il est prévu que l'accord entre en vigueur à la date fixée par la Commission. A la réflexion, cette formulation n'est peut-être pas parfaitement adéquate. En effet, l'article 6.3.b) de la directive attribue à la Commission la tâche de fixer la prise d'effet des dispositions de l'article 6 après avoir établi qu'un accord répondant aux exigences de l'article 6.3.a) a été conclu entre les organismes d'indemnisation. C'est ce qu'a fait la

Commission en adoptant sa décision du 27 décembre 2002 qui fixe la prise d'effet (de l'article 6 de la directive) à compter du 20 janvier 2003.

On peut légitimement penser que l'accord entre également en vigueur le 20 janvier 2003. Ceci pose cependant un problème pour les signataires qui appartiennent aux Etats membres qui, à cette date, n'avaient pas encore transposé la directive dans leur législation nationale. Il semble que l'on puisse dire que ces organismes et fonds de garantie sont tenus d'honorer les demandes de remboursement qui leur sont adressées par les organismes d'indemnisation des Etats membres qui, à cette date, ont transposé la directive puisqu'ils sont signataires de l'accord et officiellement reconnus par l'Etat où ils sont établis. Par contre, ils n'ont aucune obligation à l'égard des personnes lésées résidant dans leur pays. On a heureusement pu constater que la législation de certains Etats retardataires (France, Italie, Pays-bas) ont prévu une application rétroactive au 20 janvier 2003.

Par ailleurs, l'accord ne précise pas la date permettant de déterminer si un accident tombe ou non dans le cadre des compétences des organismes signataires. On remarquera également que les lois nationales de transposition sont, pour la plupart, muettes sur la question (Ce n'est pas le cas pour la loi néerlandaise qui prévoit expressément que la loi est applicable aux accidents qui surviennent à partir du 20 janvier 2003). Il s'agit donc d'une question à résoudre en fonction des principes généraux d'application des lois. En tout cas, à notre connaissance aucun organisme n'a accepté, à l'amiable, la prise en considération d'une demande faisant suite à un accident survenu avant le 20 janvier 2003.

La première partie de l'accord

La première partie de l'accord, signée exclusivement par les organismes d'indemnisation, vise à définir les tâches et les obligations de ces organismes, ainsi que les modalités de remboursement, dans le cadre de l'article 6 de la directive.

Cet article permet à la personne lésée par un accident de la circulation routière tombant dans le champ d'application de la directive, d'adresser une demande à l'organisme de l'Etat membre où elle réside, dans les deux situations suivantes :

1. lorsque l'entreprise d'assurance n'a pas désigné de représentant chargé du règlement des sinistres dans l'Etat de résidence de la personne lésée conformément à l'article quatre, paragraphe premier de la directive 2000/26/CE ;
2. lorsque, dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté à l'entreprise d'assurance du véhicule dont la circulation a causé l'accident ou à son représentant chargé du règlement des sinistres une demande d'indemnisation, l'entreprise d'assurance ou son représentant chargé du règlement des sinistres n'a pas donné de réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande.

La première situation ne devrait pas poser de problème particulier car elle est facilement identifiable. En application de l'article 5 de la directive, l'organisme d'information de l'Etat de résidence de la personne lésée doit être en mesure d'indiquer que telle entreprise a ou n'a pas désigné un représentant.

Certaines difficultés pourraient cependant survenir lorsque le représentant ainsi renseigné déclare qu'il n'exerce pas ou qu'il n'exerce plus cette fonction. On remarquera à ce propos que l'organisme d'information n'est pas chargé d'enregistrer les acceptations de mission des représentants ni les désistements mais uniquement leur désignation par les entreprises d'assurance. On peut encore imaginer l'hypothèse où le représentant a disparu ou a été mis en liquidation.

Si une de ces situations survient, on peut considérer que l'organisme d'indemnisation est autorisé à traiter la demande qui lui sera adressée à moins qu'il n'identifie rapidement un autre représentant désigné par l'entreprise en question.

Conformément à la directive, l'organisme qui reçoit une demande fondée sur l'absence de représentant, sera préalablement tenu d'effectuer deux vérifications :

- la personne lésée a-t-elle adressé une demande d'indemnisation directement à l'entreprise d'assurance et a-t-elle reçu une réponse motivée dans le délai de trois mois à compter de la présentation de la demande?
- La personne lésée a-t-elle engagé une action en justice à l'encontre de l'entreprise d'assurance ?

L'information à ce sujet ne peut malheureusement venir que de la personne lésée elle-même et elle ne peut être vérifiée qu'en interrogeant l'entreprise d'assurance. Encore faut-il qu'elle comprenne l'importance de la question et qu'elle réponde !

Lorsqu'une de ces deux questions reçoit une réponse positive, l'organisme saisi, refuse ou cesse d'intervenir en faveur de la personne lésée.

Ce cas d'intervention suscite d'autres remarques brièvement évoquées ci-après.

Sur base de l'article 4 a) de la première directive européenne en matière d'assurance automobile, certains Etats membres ont dispensé de l'obligation d'assurance certaines personnes physiques ou morales, privées ou publiques. Ces personnes sont tenues à l'égard des personnes lésées des mêmes obligations que celles qui sont à charge des entreprises d'assurance. Cependant, aucune disposition de la 4^{ème} directive ne les oblige à désigner des représentants dans les différents Etats membres. Il s'agit là manifestement d'une lacune de la directive.

En conséquence, lorsque, par exemple, un résident néerlandais est victime, en Belgique, d'un accident provoqué par un autobus légalement non assuré, cette personne lésée ne trouvera aux Pays-bas aucun représentant chargé de l'indemniser. Il s'adressera donc à l'organisme d'indemnisation néerlandais qui devra prendre sa

demande en considération sur base de l'absence d'entreprise d'assurance identifiée (article 7 de la directive).

Une autre observation concerne également ces personnes dispensées de l'obligation d'assurance. On peut imaginer qu'une personne lésée s'adresse à l'organisme d'indemnisation de son Etat membre de résidence et engage en même temps une action en justice contre la personne dispensée de l'obligation d'assurance. Dans ce cas particulier, il semblerait normal que, par analogie avec la situation évoquée supra, l'organisme d'indemnisation cesse d'intervenir en faveur de la personne lésée.

L'autre situation visée à l'article 6 de la directive risque de poser quelques problèmes d'interprétation aux organismes d'indemnisation.

Il faut tout d'abord s'entendre sur la signification exacte des termes « demande d'indemnisation ». Ceci est important car c'est à partir du moment où l'entreprise d'assurance (ou son représentant) est en possession de celle-ci que le délai de trois mois commence à courir.

On trouve dans le considérant 18 de la directive quelques indices permettant de cerner d'avantage la signification des mots « demande d'indemnisation ». Il y est écrit que « *Néanmoins, la responsabilité et le dommage subi ne devraient pas être sujets à contestation, afin que l'entreprise d'assurance puisse présenter une offre motivée dans les délais prescrits ...* ». Les deux éléments fondamentaux que l'on retrouve d'ailleurs à l'article 4.6 de la directive sont donc les suivants : la responsabilité et le dommage.

Lorsqu'une personne lésée s'adresse à l'organisme d'indemnisation, elle doit donc prouver qu'elle a présenté à l'entreprise d'assurance (ou à son représentant) une demande traitant à la fois de la responsabilité découlant du sinistre et du dommage qu'elle a subi, plus particulièrement de la quantification de ce dommage.

On peut prévoir que certaines situations susciteront quelques difficultés d'interprétation. Par exemple, lorsqu'une personne lésée a, lors du même sinistre dont la responsabilité n'est pas discutée, subi des dégâts matériels (à son véhicule) et des dommages corporels. On peut facilement supposer que la quantification du dommage corporel prenne beaucoup plus de temps que celle des dégâts matériels. Peut-on considérer que cette personne lésée a rempli les conditions exigées par la directive lorsqu'elle adresse à l'entreprise d'assurance la quantification des dégâts matériels uniquement ? En d'autres termes, la personne lésée peut-elle adresser plusieurs demandes d'indemnisation suite au même accident lorsqu'elle peut quantifier les différentes parties de son dommage ?

Se pose ensuite la question de la preuve de l'écoulement du délai de trois mois. Celle-ci incombe à la personne lésée qui risque de se trouver dans l'embarras si sa demande n'a pas été adressée par pli recommandé ou si, en cas d'envoi ordinaire, l'entreprise (ou son représentant) ne lui a pas accusé réception.

Enfin, il convient de s'entendre sur les termes « réponse motivée ». L'article 4.6.b) prévoit que « *l'entreprise d'assurance à qui la demande a été présentée ou son représentant chargé du règlement des sinistres est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande* (ces termes sont repris à l'article 6) *dans les cas où la responsabilité est rejetée ou n'a pas été clairement établie ou lorsque le dommage n'a pas été entièrement quantifié.* » On peut déduire de ce texte que pour juger du caractère motivé ou non d'une réponse, il faut la confronter à la demande et vérifier si elle répond aux éléments invoqués en ce qui concerne la responsabilité et la quantification du dommage.

Par ailleurs, on notera que le considérant 26 de la directive stipule que « *l'organisme doit se borner à vérifier si une offre d'indemnisation a été présentée dans les délais et selon les procédures fixés, sans se prononcer sur le fond* ». Il n'appartient donc pas à l'organisme de porter un jugement de valeur sur le contenu de la réponse motivée. On ne peut donc pas, a priori considérer qu'une proposition d'indemnisation manifestement insuffisante puisse être assimilée à une absence de réponse motivée. On doit cependant être conscient du fait que le caractère motivé ou non d'une réponse pourra, le cas échéant, faire l'objet d'une procédure judiciaire opposant la personne lésée à l'organisme d'indemnisation auquel elle se sera adressée. La notion de « réponse motivée » risque alors d'évoluer en fonction de la jurisprudence.

Dans le Règlement d'application pratique qui accompagne l'accord entre organismes d'indemnisation, ceux-ci ont tenté de préciser les différentes situations visées de la manière suivantes :

- a) si la demande de la personne lésée reste sans réponse de l'assureur ou de son représentant à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la demande d'indemnisation ;
- b) si l'assureur ou son représentant adresse à la personne lésée une réponse non motivée c'est-à-dire une réponse partielle ou une réponse sans rapport avec les éléments invoqués dans la demande ;
- c) si, en cas de rejet de la demande d'indemnisation, aucune raison n'est invoquée pour ce rejet.

Actions de l'organisme d'indemnisation saisi d'une demande

Lorsqu'il est saisi d'une demande, l'organisme d'indemnisation a tout d'abord une obligation d'information qui s'adresse, conformément à la directive, à :

- l'entreprise d'assurance du véhicule dont la circulation a causé l'accident ou le représentant chargé du règlement des sinistres ;
- l'organisme d'indemnisation de l'Etat membre d'établissement de l'entreprise qui a produit le contrat ;
- si elle est identifiée, la personne ayant causé l'accident.

Dans leur accord, les organismes d'indemnisation ont également estimé utile de prévenir le bureau national d'assurance du lieu de l'accident si celui-ci a été causé par

un véhicule stationné dans un autre pays que celui où l'accident a eu lieu. Ce bureau est en effet susceptible de recevoir également une demande d'indemnisation suite à cet accident.

L'information transmise consiste à faire savoir que l'organisme concerné a reçu une demande d'indemnisation de la part d'une personne lésée et qu'il va y répondre, dans un délai de deux mois à compter de la présentation de cette demande.

La directive (article 6.1.4^{ème} alinéa) prévoit que l'organisme d'indemnisation « *intervient dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle la personne lésée lui présente une demande d'indemnisation, mais cesse d'intervenir si l'entreprise d'assurance ou son représentant chargé du règlement des sinistres a, par la suite, donné une réponse motivée à la demande.* » Cette disposition est assez ambiguë et peut donner lieu à des interprétations divergeantes. Lors du colloque réunissant les fonds de garantie des différents Etats membres qui s'est tenu à Berlin les 1^{er} et 2 novembre 2000, le député européen Rothley a eu l'occasion d'exprimer son point de vue à ce sujet, particulièrement autorisé vu son implication dans les travaux préparatoires. Il estime que l'organisme d'indemnisation n'a pas l'obligation d'indemniser la personne lésée dans les deux mois de la déclaration qui lui a été adressée mais que ce délai permet à l'assureur ou à son représentant de reprendre l'affaire en adressant une réponse motivée à la demande. Passé ce délai, l'organisme d'indemnisation n'a plus à se préoccuper de l'attitude de l'entreprise d'assurance et procède d'autorité à l'indemnisation.

Directement influencé par l'avis exprimé ci-dessus, l'accord entre organismes d'indemnisation prévoit que « *Passé ce délai de deux mois, l'organisme d'indemnisation compétent procède à la gestion de la demande d'indemnisation de la personne lésée, nonobstant toute réponse postérieure donnée par l'entreprise d'assurance ou son représentant.* »

Cette rédaction est manifestement favorable aux personnes lésées qui n'auront plus qu'un seul interlocuteur. Il est cependant à craindre que ce texte ne se trouve à l'origine de difficultés lorsque l'assureur concerné voudra reprendre son rôle une fois le délai de deux mois écoulé.

Collaboration entre organismes dans le cadre de l'indemnisation de la personne lésée

La 4^{ème} directive n'a pas pour vocation de modifier le droit matériel applicable ni les compétences juridictionnelles (v. considérant 13). Les organismes d'indemnisation sont donc tenus d'appliquer les règles de droit déterminées par la loi du pays du sinistre en vue d'indemniser la personne lésée. En pratique, l'organisme devra dans la plupart des cas appliquer des règles étrangères. Il a donc besoin d'informations précises et fiables. C'est la raison pour laquelle l'accord entre organismes prévoit que « *L'organisme d'indemnisation de l'Etat membre où l'accident est survenu, même s'il n'est pas débiteur de l'obligation de remboursement ..., doit fournir, sur demande, à l'organisme d'indemnisation saisi d'une réclamation, toute l'assistance nécessaire, tous les*

renseignements – notamment sur le contenu du droit applicable – et tous les documents dont il peut disposer relatifs à l'accident en question, que celui-ci souhaiterait obtenir. »

Cette disposition fort utile ne permettra malheureusement pas de satisfaire le besoin d'information lorsque l'accident a lieu dans un pays non communautaire.

Objet de la demande de remboursement

La directive prévoit que c'est l'indemnité versée à la personne lésée qui peut faire l'objet de la demande de remboursement. Il n'est nulle part fait mention des frais inhérents à la gestion administrative (ou judiciaire) de cette indemnisation. On notera à ce propos que la loi française de transposition a prévu que « la créance de l'organisme d'indemnisation comprend, outre l'indemnité et les frais y afférents, les frais de sa gestion selon l'accord conclu entre les organismes d'indemnisation créés ou agréés par les Etats membres ». Cet accord prévoit en effet que la demande pourra inclure des frais et un honoraire de gestion fixés sur base d'une nomenclature inspirée des accords entre bureaux nationaux d'assurance.

Se pose le problème de l'objet principal de la demande de remboursement, à savoir l'indemnité. L'article 6.1 de la directive prévoit que « *Cette disposition ne préjuge pas le droit des Etats membres de considérer l'indemnisation par cet organisme comme étant subsidiaire ou non subsidiaire et de prévoir le règlement des sinistres entre cet organisme et la ou les personnes ayant causé l'accident et d'autres entreprises d'assurance ou organismes de sécurité sociale tenus d'indemniser la personne lésée au titre du même accident...* ». Ce texte est directement inspiré du point 4 de l'article 1^{er} de la 2^{ème} directive en matière d'assurance automobile du 30 décembre 1983. Dans le cadre de la transposition de la 4^{ème} directive, certains Etats ont prévu le caractère subsidiaire de l'intervention de l'organisme d'indemnisation. C'est notamment le cas de la France dont la loi prévoit que « *L'offre de l'organisme d'indemnisation a un caractère subsidiaire. Il paye les indemnités qui ne peuvent être prises en charge à aucun autre titre, allouées aux victimes ou à leurs ayants droit, lorsque l'accident ouvre droit à réparation...* » (Art. L424-3). Par contre, d'autres Etats n'ont rien prévu en la matière. C'est le cas de la Belgique. La question qui se pose est de savoir si l'organisme d'indemnisation français est tenu de rembourser l'organisme belge qui a lui-même indemnisé, par exemple, un organisme de sécurité sociale. A l'heure actuelle, l'organisme français conteste cette obligation.

La seconde partie de l'accord

La seconde partie de l'accord, signée par les organismes d'indemnisation et par les fonds de garantie, vise à définir les tâches et les obligations de ces organismes et de ces fonds, ainsi que les modalités de remboursement, dans le cadre de l'article 7 de la directive.

Cet article offre à la personne lésée par un accident de la circulation routière tombant dans le champ d'application de la directive, la possibilité d'adresser une demande à

l'organisme d'indemnisation de l'Etat membre où elle réside, dans les deux situations suivantes :

1. si le véhicule qui a causé l'accident n'est pas identifié ;
2. si, dans un délai de deux mois après l'accident, il est impossible d'identifier l'entreprise d'assurance.

Il est précisé que l'indemnisation est versée conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de la directive 84/5/CEE, c'est-à-dire la deuxième directive en matière d'assurance automobile qui se trouve à l'origine des dispositions communautaires en matière de fonds de garantie.

L'indemnisation en cas d'absence d'identification du véhicule doit donc s'effectuer dans l'Etat membre de résidence de la personne lésée conformément aux dispositions légales transposant la 2^{ème} directive dans l'Etat membre où l'accident est survenu (pour rappel, cette disposition de la 4^{ème} directive ne s'applique pas aux territoires des pays participant au système de la carte verte). Ceci entraîne un besoin d'information de la part de chaque organisme car la 2^{ème} directive n'a pas été transposée de manière uniforme dans tous les Etats membres. Certains de ceux-ci, par exemple les Pays-bas et la Suède, ont prévu l'indemnisation du dommage matériel après déduction d'une franchise, d'autres, la France notamment, ont prévu d'indemniser le dommage aux biens uniquement si le conducteur du véhicule accidenté ou toute autre personne a subi un préjudice corporel, la majorité des Etats membres enfin, ont exclu l'indemnisation du dommage matériel usant ainsi de la faculté que leur offrait la directive.

On ajoutera qu'il ne suffit pas d'identifier les dommages susceptibles d'être pris en charge, il faut aussi connaître les modalités de preuve admises dans le pays du sinistre.

La seconde situation visée par cette partie de l'accord concerne les accidents provoqués par des véhicules non assurés ou dont on ne peut identifier l'assureur dans un délai de deux mois à compter de l'accident. Ici également, l'organisme saisi d'une demande d'indemnisation devra connaître les modalités de transposition de la 2^{ème} directive dans l'Etat membre où l'accident s'est produit. Applique-t-on une franchise ou n'en applique-t-on pas ? Existe-t-il des plafonds d'indemnisation, si oui, lesquels ? La question se complique lorsque l'accident est situé dans un Etat membre différent de celui où le véhicule non assuré a son stationnement habituel. La directive prévoit que c'est le fonds de garantie de cet Etat (du stationnement habituel du véhicule) qui est débiteur du remboursement. Si on applique les conditions d'intervention prévues dans l'Etat où l'accident est survenu – ce qui semble être la solution qui s'impose -, l'organisme débiteur sera peut-être tenu de rembourser des montants dont il ne serait pas nécessairement débiteur si l'accident était survenu sur son territoire. La question devient encore plus délicate si l'accident survient hors EEE sur le territoire d'un pays adhérent au système de la carte verte.

Il faut également se souvenir que ce cas d'intervention s'applique aussi lorsque le véhicule non assuré provient d'un pays tiers par rapport à l'EEE. On peut ainsi imaginer

la situation où un véhicule roumain apparemment non assuré provoque, en Allemagne, un accident dont est victime un résident autrichien. Il conviendra que l'organisme d'indemnisation autrichien saisi d'une demande, vérifie si le Bureau national d'assurance allemand ne doit pas prendre le sinistre en charge.

Evoquons enfin une hypothèse qui n'est pas envisagée par la directive, celle où le véhicule ayant causé l'accident est assuré par une entreprise d'assurance en état d'insolvabilité. Il semblerait souhaitable que l'organisme d'indemnisation de l'Etat de résidence de la personne lésée puisse également intervenir en sa faveur sur base de l'article 7 de la directive.

Conclusion

Il faut tout d'abord se féliciter du fait que tous les Etats membres ont désigné en temps opportun un organisme d'indemnisation et que ces différents organismes ont pu, dans les délais prévus, conclure l'accord qui constitue la condition préalable à la mise en vigueur de l'article 6 de la directive.

Il faut ensuite regretter que certains Etats membres n'ont pas pu réaliser la transposition de la directive avant le 19 janvier 2003. Ceci a certainement été la cause d'une certaine confusion et a retardé la mise en place des relations entre les différents organismes. Or, il apparaît clairement qu'une collaboration efficace entre ces organismes est indispensable car de nombreuses questions restent ouvertes et doivent trouver des réponses adéquates. Il convient donc que ces organismes aient l'occasion de se rencontrer et d'aborder ensemble les sujets d'intérêt commun. Une première initiative dans ce sens aura lieu au mois de février prochain. Espérons qu'elle sera la première d'une longue série.

Enfin, il convient de terminer par l'expression d'un souhait, celui de voir les organismes d'indemnisation des nouveaux pays membres de l'Union européenne rejoindre rapidement l'accord du 29 avril 2002 et participer entièrement au mécanisme mis en place.

Bruxelles, le 11 octobre 2003.