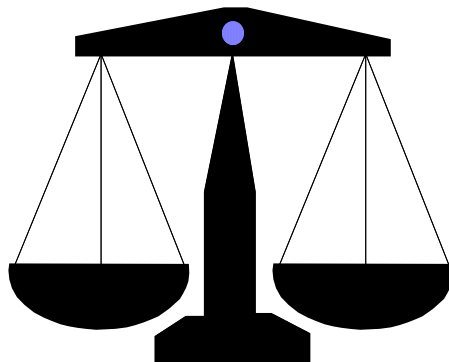


L'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES EN CAS DE BLESSURES OU DE DÉCÈS



Benoît MORNET

Conseiller à la Cour de cassation

Septembre 2023

AVERTISSEMENT

Ce document n'est pas un ouvrage qui traite de l'ensemble des difficultés juridiques relatives à la réparation du dommage corporel. Il propose seulement une aide méthodologique et des références d'indemnisation aux praticiens (magistrats et avocats) confrontés à cette question.

Le document adopte la nouvelle nomenclature des préjudices corporels esquissée par le groupe de travail présidé par Yvonne LAMBERT-FAIVRE et proposée par le groupe de travail dirigé par Jean-Pierre DINTILHAC.

Il intègre la réforme de la loi du 21 décembre 2006 prend en compte la jurisprudence jusqu'en juillet 2022.

Ce document a en outre pour objet de proposer les références d'indemnisation figurant dans le Référentiel indicatif de l'indemnisation du préjudice corporel des cours d'appel.

Il est certain que chaque victime présente un cas particulier qui est fonction notamment de sa profession, de son âge, de l'incidence des faits sur ses revenus, etc. Il est cependant utile d'avoir des références jurisprudentielles destinées à aider les praticiens du droit du dommage corporel.

Sur le plan bibliographique, il existe plusieurs ouvrages de référence :

- l'ouvrage de Max Le Roy – Jean-Jacques Denis Le Roy et Frédéric Bibal, intitulé "L'évaluation du préjudice corporel", édité chez Litec ;

- l'ouvrage de Yvonne Lambert-Faivre et Stéphanie Porchy-Simon, intitulé "droit du dommage corporel – Systèmes d'indemnisation" édité chez Dalloz ;

- l'ouvrage de Gisèle Mor et Laurence Clerc-Renaud intitulé « Evaluation du dommage corporel – Stratégies d'indemnisation – méthodes d'évaluation », édité chez Delmas ;

- l'ouvrage de Christophe Quézel-Ambrunaz intitulé « Le droit du dommage corporel », édité chez LGDJ.

PLAN

AVERTISSEMENT	1
PLAN	2
INTRODUCTION GENERALE	5
CHAPITRE 1 – LES ACTEURS DE L'INDEMNISATION DES PREJUDICES	6
Section 1 – LA VICTIME DU DOMMAGE	6
I – La victime directe du dommage	6
II – La victime indirecte du dommage	7
Section 2 – L'AUTEUR DU DOMMAGE	8
I – L'auteur du dommage en droit commun.....	8
II – L'auteur du dommage réalisé à l'occasion du travail.....	8
Section 3 – LES PARTIES INTERVENANTES	8
I – Les tiers payeurs	8
II – L'employeur	9
III – Les assureurs.....	10
IV – Les fonds d'indemnisation.....	11
CHAPITRE 2 – L'EXPERTISE MEDICALE	13
Section 1 – LA DÉCISION ORDONNANT L'EXPERTISE	13
Section 2 - LA MISSION D'EXPERTISE.....	14
I – La mission générale d'expertise	14
II – La mission simplifiée (affaires simples)	18
III – La mission pour les handicapés graves.....	18
IV – La mission en cas d'aggravation	23
V – La mission pour les traumatisés crâniens.....	27
Section 3 – ÉTAT ANTÉRIEUR, CONSOLIDATION, AMÉLIORATION ET AGGRAVATION	36
I – L'état antérieur	36
II – La consolidation	36
III – L'amélioration et l'aggravation de l'état de la victime	37
CHAPITRE 3 – INDEMNISATION DES PREJUDICES EN CAS DE BLESSURES.....	38
INTRODUCTION	38
Section 1 – L'ÉVALUATION DES PRÉJUDICES	41
I – Les préjudices patrimoniaux.....	42
A – Les préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation).....	42
1 – Les dépenses de santé actuelles (<i>Frais médicaux et assimilés</i>)	42
2 – Les préjudices professionnels temporaires	43
<i>a – La perte de gains professionnels actuels (perte de revenus)</i>	43
<i>b – le préjudice scolaire, universitaire ou de formation</i>	45
3 – Les frais divers.....	46
B – Les préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)	48
1 – Les dépenses de santé futures	50
2 – Les préjudices professionnels (ou économiques)	50

a – La perte de gains professionnels futurs	50
b – L’incidence professionnelle	55
3 – Les dépenses consécutives à la réduction d’autonomie (frais de logement adapté, frais de véhicule adapté et assistance tierce personne).....	58
II – Les préjudices extra patrimoniaux	65
A – Les préjudices extra patrimoniaux temporaires (avant consolidation).....	65
1 – Le déficit fonctionnel temporaire.....	65
2 – Les souffrances endurées	66
3 – Le préjudice d’angoisse de mort imminente	66
4 – Le préjudice esthétique temporaire	67
B – Les préjudices extra-patrimoniaux permanents.....	68
1 – Le déficit fonctionnel permanent (aspect non économique de l’IPP).....	68
2 – Le préjudice esthétique permanent	70
3 – Le préjudice d’agrément	71
4 – Le préjudice sexuel	72
5 – Le préjudice d’établissement	73
6 – Les préjudices permanents exceptionnels.....	74
C – Les préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation).....	75
D – Le préjudice d’impréparation en matière médicale	76
Section 2 – DÉTERMINATION DE LA PART D’INDEMNITÉ A LA CHARGE DU RESPONSABLE.....	77
Section 3 – LE RECOURS DES TIERS PAYEURS	77
I – La notion de tiers payeurs.....	77
A – Les organismes de sécurité sociale.....	78
B – Les mutuelles.....	78
C – L’employeur	79
D – Les sociétés d’assurances	79
E – Les fonds d’indemnisation	79
II – Le mécanisme du recours subrogatoire	80
A – L’assiette du recours	81
B – La mise en œuvre du recours.....	82
1 – La détermination des créances des tiers payeurs	82
2 – La répartition de l’indemnité à la charge du responsable entre la victime et les tiers payeurs	83
Section 4 - LES PRÉJUDICES DES VICTIMES INDIRECTES	86
I – Les préjudices patrimoniaux.....	87
A – La perte de revenus des proches.....	87
B – Les frais divers des proches	88
II – Les préjudices extra-patrimoniaux	89
A – Le préjudice d’affection	89
B – Les préjudices extra patrimoniaux exceptionnels	89
CHAPITRE 4 – INDEMNISATION DES PREJUDICES SUBIS EN CAS DE DECES	90
Section 1 – LES PREJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX.....	90
I – Le préjudice d’affection.....	90
II – Le préjudice d’accompagnement	91
Section 2 – LES PREJUDICES PATRIMONIAUX	92
I – Les frais d’obsèques	92

II – Les frais divers	93
III – Les pertes de revenus des proches	93
CHAPITRE 5 – LA REPARATION DU DOMMAGE CAUSE A L'OCCASION DU TRAVAIL	98
INTRODUCTION	98
Section 1 – L'ACCIDENT DU TRAVAIL IMPLIQUANT UN TIERS	99
I – La mise en œuvre des principes de droit commun	99
II – Le recours du tiers payeur qui verse une rente accident du travail	100
Section 2 – L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE SANS TIERS IMPLIQUE	105
I – En l'absence de faute de l'employeur.....	105
A – L'accident de trajet	105
B – L'accident du travail.....	105
II – En cas de faute inexcusable de l'employeur	106
A – La notion de faute inexcusable.....	106
B – Le régime d'indemnisation en cas de faute inexcusable	107
1 – La majoration des indemnités	107
2 – L'indemnisation des autres préjudices	107
III – En cas de faute intentionnelle de l'employeur	109
CHAPITRE 6 – LES DEMANDES ANNEXES	110
I – L'exécution provisoire	110
II – Le point de départ des intérêts.....	110
III – Les frais de procédure (art. 700 du CPC, art. 375 et art. 475-1 du CPP) et les dépens	111
A – Devant les juridictions civiles	111
B – Devant les juridictions répressives.....	111
ANNEXE 1 – BAREME DE CAPITALISATION EDITE PAR LA GAZETTE DU PALAIS (SEPTEMBRE 2020) AVEC UN TAUX D'INTERÊT A 0,30%	113
ANNEXE 2 – BAREME DE CAPITALISATION EDITE PAR LA GAZETTE DU PALAIS (OCTOBRE 2022) AVEC UN TAUX D'INTERET A 0,00%.....	Erreur ! Signet non défini.

INTRODUCTION GENERALE

Le contentieux de l'indemnisation du préjudice corporel est lié au contentieux de la responsabilité, en ce sens qu'il en est souvent la deuxième phase.

Si toutes les actions en responsabilité n'engendrent pas nécessairement un contentieux sur l'indemnisation du préjudice corporel, nombre d'entre elles, consécutives à un accident de la circulation, à un accident du travail, à des violences volontaires, ou à une erreur médicale donnent lieu à une procédure judiciaire.

On comprend immédiatement que ce contentieux est par essence généraliste et technique.

Généraliste en ce que tous les magistrats du siège sont susceptibles d'être confrontés à ce contentieux : le juge des tutelles lorsqu'il homologue une transaction, le tribunal de grande instance, le tribunal correctionnel, le juge des enfants en matière pénale, le tribunal des affaires de sécurité sociale etc.

Technique en ce que l'indemnisation du préjudice corporel répond à une méthodologie très spécifique pour la simple raison qu'elle implique nombre d'acteurs : la victime et l'auteur du dommage, bien sûr, mais également les tiers payeurs (organisme de sécurité sociale et Agent Judiciaire de l'Etat notamment), les assureurs, et parfois l'employeur de la victime et les fonds d'indemnisation.

Technique également en ce que ce contentieux se trouve au carrefour de la médecine et du droit, et nécessite que des professionnels aux domaines de compétence éminemment différents puissent trouver un langage commun dans l'intérêt bien compris des victimes.

Pour procéder à l'indemnisation du préjudice corporel, il est donc souvent indispensable de se fonder sur une expertise médicale dont l'objet est de décrire médicalement chacun des préjudices subis par la victime. Il appartient ensuite au juge de transformer la description médicale des préjudices en une indemnisation monétaire. Si d'aucuns contestent leur pertinence, les référentiels d'indemnisation n'en sont pas moins des outils indispensables, ne serait-ce que pour harmoniser les indemnités allouées d'une région à l'autre (cf. « Pour un référentiel national d'indemnisation du dommage corporel », Gazette du Palais 2010, n°153-154).

C'est la raison pour laquelle ce document prend le parti de mentionner les indemnisations proposées par le référentiel indicatif d'indemnisation des cours d'appel.

Mes remerciements à Geoffroy Hilger, docteur en droit privé, pour son soutien dans l'actualisation.

CHAPITRE 1 – LES ACTEURS DE L'INDEMNISATION DES PREJUDICES

Les acteurs de l'indemnisation du préjudice corporel sont d'abord la victime qui demande réparation de son préjudice et l'auteur du dommage qui a causé le préjudice.

Il s'agit ensuite des tiers payeurs, notamment les organismes de sécurité sociale qui versent des prestations en espèce (indemnités journalières par exemple) ou en nature (hospitalisation par exemple) ; ils sont en effet admis à exercer, dans certaine condition, un recours subrogatoire à l'encontre de l'auteur du dommage, afin de récupérer, au moins en partie, les prestations versées.

Il s'agit également de l'employeur dont nous verrons que l'intervention peut reposer sur deux fondements distincts.

Il s'agit encore des assureurs de responsabilité dont l'intervention est systématique en matière d'accident de la circulation, et fréquente dans d'autres domaines.

Il s'agit enfin des fonds d'indemnisation dont l'intervention est l'expression de la solidarité nationale pour l'indemnisation des victimes.

Section 1 – LA VICTIME DU DOMMAGE

I – La victime directe du dommage

La victime directe du dommage est celle qui subit directement le dommage engendrant le préjudice dont elle demande réparation.

Il s'agit donc de la victime blessée qui doit obtenir la réparation intégrale de son préjudice. En cas de décès d'une personne, les victimes directes sont les proches qui peuvent subir non seulement un préjudice moral mais également un préjudice économique.

Si la victime du dommage est un enfant mineur, elle est représentée par ses parents (ou son parent survivant). On rappellera que les parents d'un enfant mineur victime ne peuvent transiger avec l'assureur du responsable qu'avec l'autorisation du juge des tutelles.

C'est seulement s'il existe une contradiction d'intérêt entre l'enfant mineur et son représentant légal qu'il conviendra de faire nommer un administrateur ad-hoc afin de représenter l'enfant mineur.

La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne dispose en principe d'aucun recours contre l'employeur. Elle bénéficie de prestations sociales spécifiques, qu'il s'agisse des prestations en nature (soins médicaux) ou des prestations en espèces (indemnités journalières et rentes accident du travail). Exceptionnellement, elle peut bénéficier d'une indemnisation complémentaire dans certaines hypothèses (cf. chapitre 5)

II – La victime indirecte du dommage

La victime indirecte est celle qui est proche de la victime blessée ou décédée.

Il s'agit donc des proches de la victime directe du dommage. La victime indirecte peut subir un préjudice moral, notamment au titre du préjudice d'accompagnement, mais également un préjudice économique propre : il peut s'agir de frais temporaires de déplacement ou d'hébergement pour visiter la victime blessée, mais il peut également s'agir de pertes de revenus pour assister la victime blessée ou handicapée.

La Cour de cassation a posé les limites de l'indemnisation des victimes indirectes dans un arrêt du 27 février 1970 en exigeant la preuve d'un préjudice personnel, direct, certain et licite (Cass. ch. mixte, 27 février 1970, JCP 1970. II. 16305) ; la Cour de cassation exige parfois une communauté de vie pour certains postes de préjudice (Civ. 2, 21 novembre 2013, n° 12-28.168).

Il convient d'être vigilant en la matière pour ne pas indemniser deux fois le même préjudice. En effet, les frais occasionnés par les proches peuvent faire l'objet d'une demande desdits proches en leur qualité de victime indirectes, mais ils peuvent également faire l'objet d'une demande de la victime directe au titre des frais divers.

A l'inverse, le cumul de la qualité de victime directe et de victime par ricochet est possible : « Parfois les préjudices subis par les proches d'une victime peuvent être de deux ordres, les uns subis dans leur propre corps, les autres résultant du rapport à l'autre, le DFP et les SE relevant du premier ordre, le préjudice d'affection du second » (Civ. 2, 23 mars 2017, n° 16-13350). Ce dernier résultant pour la victime indirecte de la douleur d'avoir perdu un proche est dès lors distinct de celui résultant de l'atteinte à son intégrité psychique consécutive au décès de la victime directe et réparé au titre des SE et du DFP.

Dans un arrêt du 14 mai 2019, la Cour de cassation a énoncé que le poste de préjudice des SE « est bien distinct du préjudice d'affection indemnisé », puisqu'il s'agit de réparer non pas le préjudice né de la perte d'une épouse ou d'une mère, peine et deuil normaux, donc issu du rapport à l'autre, mais de réparer un préjudice spécial, celui qui se trouve constitué par le traumatisme psychique, atteinte en leur propre corps » (Crim, 14 mai 2019, n° 18-85.616).

Section 2 – L'AUTEUR DU DOMMAGE

I – L'auteur du dommage en droit commun

L'expression « auteur du dommage » doit s'entendre au sens large : il s'agit aussi bien de l'auteur des violences volontaires ou des blessures involontaires que de celui qui sera obligé d'indemniser la victime en application d'un régime spécifique de responsabilité tel qu'on en connaît en matière d'accident de la circulation par exemple.

Si l'auteur du dommage est un enfant mineur, ses parents doivent être mis en cause en leur qualité de civilement responsable.

II – L'auteur du dommage réalisé à l'occasion du travail

Lorsque le dommage est causé à l'occasion du travail, le principe d'indemnisation forfaitaire posé par l'article L.454-1 du code de la sécurité sociale s'oppose à la mise en cause de l'employeur ou d'un autre préposé de l'entreprise, sauf si le dommage a été causé volontairement.

Il est cependant possible, dans certaines hypothèses, d'agir en indemnisation contre l'auteur du dommage s'il s'agit d'un tiers ; l'action contre l'employeur est également possible dans certains cas, notamment en cas de faute inexcusable ; ces deux actions peuvent éventuellement se cumuler.

Section 3 – LES PARTIES INTERVENANTES

I – Les tiers payeurs

Les recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne font l'objet d'un chapitre spécial de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation (loi Badinter).

Les dispositions de ce chapitre II (article 28 à 34) s'appliquent quel que soit la nature de l'événement ayant occasionné le dommage et ne sont donc pas limitées aux accidents de la circulation.

L'article 29 permet de distinguer quatre catégories de tiers payeurs :

- Les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, c'est-à-dire les caisses primaires d'assurance maladie mais également tous les organismes particuliers gérant un régime obligatoire de sécurité sociale (S.N.C.F., E.D.F., etc.) et ceux mentionnés aux articles 1106-9, 1234-8 et 1234-20 du code rural (articles L.731-30 et L.771-1 de l'actuel code rural visant les caisses de mutualité sociale agricole et divers organismes d'assurances). Ces organismes sont admis à exercer un recours subrogatoire pour toutes les prestations servies au titre du régime obligatoire de sécurité sociale.
- L'Etat, les collectivités locales, les établissements publics à caractère administratif et la Caisse des dépôts et consignations (lorsque la victime est employée par l'Etat ou l'une de ces autres personnes publiques). Ces personnes publiques sont admises à exercer un recours subrogatoire pour toutes les prestations énumérées au paragraphe II de l'article 1^{er} de l'ordonnance 59-76 du 7 janvier 1959 (texte abrogé par l'ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 qui a créé les articles L. 825-1 à L. 825-6 du code général de la fonction publique, dont l'article L825-4 énumère les prestations permettant l'exercice du recours subrogatoire), à savoir, les traitements et indemnités accessoires maintenus pendant la période d'interruption de service, frais médicaux et pharmaceutiques, capital décès, arrérages des pensions et rentes d'invalidité, des pensions de retraite et de réversion prématurées et des pensions d'orphelin).
- L'employeur de la victime lorsque celui-ci a maintenu les salaires et les accessoires du salaire pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage.
- Les groupements mutualistes régis par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou le code rural et les sociétés d'assurances régies par le code des assurances, pour les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité.

Le recours subrogatoire est ouvert pour toutes les prestations versées par un organisme gérant un régime obligatoire de sécurité sociale ; mais si les prestations sont versées par un autre organisme, notamment un assureur, la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser que ces prestations doivent présenter un caractère indemnitaire et non forfaitaire (Civ. 1, 20 octobre 1993, Bull. civ. I, n° 289).

Le principe du recours subrogatoire des organismes sociaux est posé par l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale, repris par l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985.

II – L'employeur

On vient de voir que l'employeur est susceptible d'intervenir en qualité de tiers payeur s'il a maintenu des salaires et des accessoires de salaires. Il dispose alors d'un recours subrogatoire pour obtenir, contre le responsable ou son assureur, le paiement du salaire brut (salaire net augmenté des charges salariales).

Mais l'employeur, qu'il soit une personne privée ou une personne publique, est admis à poursuivre contre l'auteur du dommage et son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues pendant la période d'inactivité.

Il ne s'agit pas d'un recours subrogatoire mais d'une action directe en réparation d'un préjudice par ricochet subi par l'employeur.

III – Les assureurs

Un assureur est susceptible d'intervenir dans un litige relatif à l'indemnisation du préjudice corporel à plusieurs titres.

Il peut d'abord intervenir comme tiers payeurs pour exercer un recours subrogatoire : l'article L.131-2 du code des assurances prévoit en effet que dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable pour le remboursement des indemnités journalières de maladie et des prestations d'invalidité prévues au contrat.

L'assureur de la victime dispose également d'un recours subrogatoire lorsqu'il a versé une avance sur indemnité à la victime. Mais ce recours est subsidiaire en ce sens que l'article 33 de la loi du 5 juillet 1985 précise que ce recours ne peut être exercé que sur le solde subsistant après paiement des tiers payeurs prévus à l'article 29 de la loi.

En outre, le texte précise que ce recours ne peut être exercé que contre l'assureur de la personne tenue à réparation, et non contre le tiers responsable lui-même.

Enfin, l'assureur de la personne tenue à réparation intervient le plus souvent à la procédure comme « appelé en garantie » puisque son rôle est de garantir son assuré au titre de sa responsabilité.

On notera qu'en procédure pénale (sur intérêts civils), une disposition particulière concerne l'intervention de l'assureur en matière d'homicide ou de blessures involontaires. L'article 388-1 du code de procédure pénale prévoit en effet que la personne dont la responsabilité civile est susceptible d'être engagée doit préciser le nom et l'adresse de son assureur ainsi que le numéro de sa police d'assurance. Le texte impose la même obligation à la victime lorsque le dommage qu'elle a subi peut être garanti par un contrat d'assurance.

On rappellera enfin que l'assureur appelé à garantir le dommage devant une juridiction pénale doit se faire représenter par un avocat.

L'article 388-2 du code de procédure pénale ajoute que la mise en cause de l'assureur doit être faite au moins dix jours avant l'audience par acte d'huissier ou par lettre recommandée ; le texte précise les informations que doit mentionner la mise en cause.

Il peut soulever des "exceptions" sur sa garantie, mais dans les formes de l'article 385-1 du code de procédure pénale.

L'exception soulevée par l'assureur doit, pour être recevable, l'exonérer totalement de son obligation de garantie. Cette exonération a été limitée par la Cour de justice de l'Union européenne qui a dit pour droit que « L'article 3, paragraphe 1, de la directive 72/166/CEE du Conseil, du 24 avril 1972, concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation de véhicules automoteurs, et au contrôle de l'obligation d'assurer cette responsabilité, et l'article 2, paragraphe 1, de la deuxième directive 84/5/CEE du Conseil, du 30 décembre 1983, concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs, doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à une réglementation nationale qui aurait pour effet que soit opposable aux tiers victimes, dans des circonstances telles que celles de l'affaire au principal, la nullité d'un contrat d'assurance de responsabilité civile automobile résultant de fausses déclarations initiales du preneur d'assurance en ce qui concerne l'identité du propriétaire et du conducteur habituel du véhicule concerné ou de la circonstance que la personne pour laquelle ou au nom de laquelle ce contrat d'assurance est conclu n'avait pas d'intérêt économique à la conclusion dudit contrat. » (Civ. 2, 29 août 2019, n° 18-14.768)

IV – Les fonds d'indemnisation

Il existe aujourd'hui plusieurs fonds d'indemnisation dont l'objet est de garantir l'indemnisation des victimes de dommages corporels contre l'absence ou l'insolvabilité potentielles d'un responsable.

Le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO) s'est substitué en 2003 au Fonds de garantie automobile créé dès 1951 ; ce fonds a notamment pour objet de garantir l'indemnisation des victimes d'accidents corporels de la circulation et de chasse. Il est susceptible d'intervenir lorsque l'auteur du dommage n'est pas assuré ou lorsque l'assureur du responsable oppose une cause d'exclusion de garantie.

Le Fonds de garantie n'est institué que dans le seul intérêt des victimes de sorte qu'aucune action subrogatoire ne peut être exercée contre lui par un organisme ayant indemnisé partiellement la victime par ailleurs (Civ. 1, 15 décembre 1998, n° 96-21.279)

L'article R.421-15 du code des assurances rappelle que le juge ne peut condamner le Fonds conjointement ou solidairement avec le responsable, mais seulement lui déclarer opposables les condamnations prononcées contre le responsable (Civ. 2, 22 janvier 2004, Bull. civ. II, n° 17).

L'article 706-3 du code de procédure pénale exclut de la compétence de la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI) les accidents de la circulation pour lesquels le chapitre 1^{er} de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, est applicable.

Les dommages susceptibles d'être indemnisés par le FGAO en application des articles L. 421-1 et L. 424-1 à L. 424-7 du code des assurances, sont exclus de la compétence de la

commission d'indemnisation des victimes d'infraction, telle qu'elle résulte de l'article 706-3 du CPP (Civ. 2, 24 septembre 2020, n° 19-12.992)

La CIVI reste compétente pour les victime d'accidents en dehors de l'Union européenne.

Le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) a été créé par la loi du 6 juillet 1990 pour garantir l'indemnisation du dommage corporel subi par les victimes d'infractions.

L'indemnisation des préjudices est, dans cette hypothèse, discutée devant la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction dans les conditions prévues par les articles 706-3 et suivants du code de procédure pénale. Il convient de noter que selon l'article 706-3 du code de procédure pénale, toute personne ayant subi un préjudice résultant de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction peut obtenir la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à la personne, lorsque, notamment, ces faits ont entraîné une incapacité totale de travail personnel égale ou supérieure à un mois.

L'incapacité totale de travail personnel au sens de l'article 706-3 du CPP ne se confond, ni avec le déficit fonctionnel temporaire (Civ. 2, 19 novembre 2015, n° 14-25.519), ni avec l'ITT retenue par le juge répressif pour l'application du texte pénal d'incrimination (Civ. 2, 5 mars 2020, n° 19-12.720). Elle ne correspond pas non plus nécessairement à l'impossibilité pour la victime d'exercer son activité professionnelle (Civ. 2, 23 mai 2019, n° 18-13.241).

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été créé par la loi du 23 décembre 2000. Ce fonds intervient régulièrement dans le contentieux des maladies professionnelles résultant d'une exposition à l'amiante.

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) a été créé par la loi du 4 mars 2002. Ce fonds a pour objet de garantir l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, notamment les préjudices de contamination liés aux transfusions sanguines, qu'il s'agisse du VIH ou de l'hépatite C.

CHAPITRE 2 – L'EXPERTISE MEDICALE

Section 1 – LA DÉCISION ORDONNANT L'EXPERTISE

Si l'expertise médicale n'est pas toujours indispensable pour indemniser le préjudice corporel d'une victime, elle n'en est pas moins souvent le préalable nécessaire.

Les parties peuvent demander au juge d'indemniser le préjudice sur la base d'une expertise intervenue dans un cadre amiable.

Pour autant, il est très souvent demandé au juge d'ordonner une expertise judiciaire afin d'évaluer, sur le plan médical, les préjudices subis.

Dans le cadre du procès civil, l'expertise peut être ordonnée à deux stades différents.

L'expertise peut être ordonnée par le juge des référés dans le cadre des mesures d'instruction prévues par l'article 145 du code de procédure civile.

Dans cette hypothèse, le juge ne tranche aucune question de fond et se contente souvent de faire droit à une demande qui ne fait l'objet d'aucune contestation, mais que justifie l'existence d'un différent.

L'expertise peut également être ordonnée par ordonnance du juge de la mise en état ou par jugement avant dire droit du tribunal, dans le cadre du procès sur le fond. Dans cette hypothèse, l'expertise est régie par les articles 263 et suivants du code de procédure civile.

Dans le cadre du procès pénal, l'expertise peut être ordonnée pendant l'enquête par le parquet ou par le juge d'instruction.

Le plus souvent, elle est ordonnée par le jugement statuant sur l'action publique, sur la recevabilité de la constitution de partie civile et renvoyant sur les intérêts civils. Dans ce cas, l'article 10 du CPP précise que les mesures d'instruction ordonnées par le juge pénal sur les seuls intérêts civils obéissent aux règles de la procédure civile.

Il n'est pas inutile de rappeler dans la décision que la victime peut se faire assister d'un médecin conseil.

Section 2 - LA MISSION D'EXPERTISE

I – La mission générale d'expertise

Ordonne une expertise médicale ;

Commet pour y procéder le docteur XX (adresse, téléphone, mail), lequel s'adjoindra si nécessaire tout sapsiteur de son choix ;

Donne à l'expert la mission suivante :

1. Convoquer les parties et leurs conseils en les informant de leur droit de se faire assister par un médecin conseil de leur choix ;
2. Se faire communiquer par la victime, son représentant légal ou tout tiers détenteur, tous documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial ;

Analyse médico-légale

3. Fournir le maximum de renseignements sur l'identité de la victime, ses conditions d'activités professionnelles, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut exact et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi ;
4. À partir des déclarations de la victime imputable au fait dommageable et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités du traitement, en précisant autant que possible les durées exactes d'hospitalisation et de rééducation et, pour chaque période d'hospitalisation ou de rééducation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés et la nature des soins ;
5. Indiquer la nature de tous les soins et traitements prescrits imputables à l'accident et, si possible, la date de la fin de ceux-ci ;
6. Retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et, si nécessaire, reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de l'évolution ;
7. Prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits ;
8. Recueillir les doléances de la victime en l'interrogeant sur les conditions d'apparition, l'importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle et leurs conséquences ;
9. Décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et en citant les seuls

antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles. Dans cette hypothèse :

- au cas où il aurait entraîné un déficit fonctionnel antérieur, fixer la part imputable à l'état antérieur et la part imputable au fait dommageable ;
- au cas où il n'y aurait pas de déficit fonctionnel antérieur, dire si le traumatisme a été la cause déclenchante du déficit fonctionnel actuel ou si celui-ci se serait de toute façon manifesté spontanément dans l'avenir ;

10. Procéder à un examen clinique détaillé (y compris taille et poids) en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime, en assurant la protection de son intimité, et informer ensuite contradictoirement les parties et leurs conseils de façon circonstanciée de ses constatations et de leurs conséquences ;

11. Analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées en se prononçant sur :

- la réalité des lésions initiales,
- la réalité de l'état séquentaire en décrivant les actes, gestes et mouvements rendus difficiles ou impossibles en raison de l'accident,
- l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales,
- et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ;

Évaluation médico-légale

12. Déterminer la durée du **déficit fonctionnel temporaire**, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine et directe avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités scolaires ou professionnelles, ou ses activités habituelles ; Si l'incapacité fonctionnelle n'a été que partielle, en préciser le taux ; Préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ;

13. Décrire les **souffrances** physiques, psychiques ou morales **endurées** pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;

14. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique temporaire** (avant consolidation). Le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;

15. Décrire, en cas de difficultés éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une **aide temporaire avant consolidation** est alléguée, indiquer si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle a été nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ;

16. Fixer la **date de consolidation**, qui est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation ;

Si la date de consolidation ne peut pas être fixée, l'expert établira un pré-rapport décrivant l'état provisoire de la victime et indiquera dans quel délai celle-ci devra être réexaminée ;

17. Chiffrer, par référence au « Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun » le taux éventuel de **déficit fonctionnel permanent** (état antérieur inclus) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ;

18. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique permanent** ; le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;

19. Si la victime allègue un **préjudice d'agrément**, à savoir l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, ou une limitation de la pratique de ces activités, donner un avis médical sur cette impossibilité ou cette limitation et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;

20. Dire s'il existe un **préjudice sexuel** ; le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la morphologie, l'acte sexuel (libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;

21. Si la victime allègue une **répercussion dans l'exercice de ses activités scolaires ou professionnelles**, recueillir les doléances, les analyser, les confronter avec les séquelles retenues, en précisant les gestes professionnels rendus plus difficiles ou impossibles ; dire si un changement de poste ou d'emploi apparaît lié aux séquelles ;

22. **Perte d'autonomie après consolidation** : indiquer, le cas échéant :

- si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle est nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ;

- si des appareillages, des fournitures complémentaires et si des soins postérieurs à la consolidation sont à prévoir ; préciser la périodicité du renouvellement des appareils, des fournitures et des soins ;

- donner le cas échéant un avis sur les aménagements du logement, du véhicule, et plus généralement sur l'aptitude de la victime à mener un projet de vie autonome ;

23. Établir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ;

Fait injonction aux parties de communiquer aux autres parties les documents de toute nature qu'elles adresseront à l'expert pour établir le bien fondé de leurs prétentions ;

Dit que l'expert pourra se faire communiquer tant par les médecins que par les caisses de sécurité sociale et par les établissements hospitaliers concernés, tous les documents médicaux qu'il jugerait utiles aux opérations d'expertise ;

Dit que l'expert ne communiquera directement aux parties les documents médicaux ainsi obtenus directement de tiers concernant la victime qu'avec son accord ; qu'à défaut d'accord de celle-ci, ces éléments seront portés à la connaissance des parties par l'intermédiaire du médecin qu'elles auront désigné à cet effet.

Dit que l'expert devra adresser aux parties un document de synthèse, ou pré-rapport :

- fixant, sauf circonstances particulières, la date ultime de dépôt des dernières observations des parties sur le document de synthèse, lesquelles disposeront d'un délai de 4 à 5 semaines à compter de la transmission du rapport ;
- rappelant aux parties, au visa de l'article 276 alinéa 2 du code de procédure civile, qu'il n'est pas tenu de prendre en compte les observations transmises au-delà du terme qu'il fixe

Dit que l'expert répondra de manière précise et circonstanciée à ces dernières observations ou réclamations qui devront être annexées au rapport définitif dans lequel devront figurer impérativement :

- la liste exhaustive des pièces par lui consultées ;
- le nom des personnes convoquées aux opérations d'expertise en précisant pour chacune d'elle la date d'envoi de la convocation la concernant et la forme de cette convocation;
- le nom des personnes présentes à chacune des réunions d'expertise;
- la date de chacune des réunions tenues ;
- les déclarations des tiers entendus par lui, en mentionnant leur identité complète, leur qualité et leurs liens éventuels avec les parties ;
- le cas échéant, l'identité du technicien dont il s'est adjoint le concours, ainsi que le document qu'il aura établi de ses constatations et avis (lequel devra également être joint à la note de synthèse ou au projet de rapport)

Dit que l'original du rapport définitif sera déposé en double exemplaire au greffe, tandis que l'expert en adressera un exemplaire aux parties et à leur conseil, avant le XXX sauf prorogation expresse ;

Dit que le demandeur bénéficiant de l'aide juridictionnelle, il n'y a pas lieu à consignation;

Fixe à la somme de XXX euros, le montant de la provision à valoir sur les frais d'expertise qui devra être consignée par XXX à la régie d'avances et de recettes de la cour avant le XXX ;

Dit que faute de consignation dans ce délai impératif, la désignation de l'expert sera caduque et privée de tout effet ;

Désigne le magistrat chargé du contrôle des expertises de la chambre pour contrôler les

opérations d'expertise ;

Renvoyons à l'audience de mise en état du XXX pour vérification du versement de la consignation.

II – La mission simplifiée (affaires simples)

Ordonne une expertise médicale confiée au docteur X

Avec la mission suivante :

1. Prendre connaissance du dossier et de tous documents médicaux utiles recueillis tant auprès de la victime que de tous tiers détenteurs ;
2. Examiner <victime> et décrire les lésions causées par les faits survenus le <date> ; indiquer les traitements appliqués, leur évolution, leur état actuel et un éventuel état antérieur en précisant son incidence ;
3. Indiquer la date de consolidation ;
4. Pour la phase avant consolidation :
 - décrire les éléments du déficit fonctionnel temporaire, en précisant si la victime a subi une ou des périodes d'incapacité temporaire totale ou partielle,
 - décrire les souffrances endurées et les évaluer dans une échelle de 1 à 7,
 - décrire un éventuel préjudice esthétique temporaire ;
5. Pour la phase après consolidation
 - décrire les éléments de déficit fonctionnel permanent entraînant une limitation d'activité ou un retentissement sur la vie personnelle, en chiffrer le taux,
 - dire s'il existe un retentissement professionnel,
 - dire si des traitements ou soins futurs sont à prévoir,
 - dire si les lésions entraînent un préjudice esthétique permanent, le décrire et l'évaluer sur une échelle de 1 à 7 ;
6. Donner son avis sur tous les autres chefs de préjudice qui seraient invoqués par la victime ;
7. Établir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ;

III – La mission pour les handicapés graves

1. Convoquer <victime>, victime de l'accident, à son lieu de vie ; y convoquer aussi les autres parties par lettre recommandée avec avis de réception et leurs conseils par lettre simple en

invitant chacun et tous tiers détenteurs à communiquer tous les documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial ;

2. Se faire communiquer par la victime, son représentant légal ou tout tiers détenteur, tous documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial ;

Analyse médico-légale

3. Fournir le maximum de renseignements sur l'identité de la victime, ses conditions d'activités professionnelles, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut exact et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi ;

4. À partir des déclarations de la victime imputables au fait dommageable et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités du traitement, en précisant autant que possible les durées exactes d'hospitalisation et de rééducation et, pour chaque période d'hospitalisation ou de rééducation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés et la nature des soins ;

5. Indiquer la nature de tous les soins et traitements prescrits imputables à l'accident et, si possible, la date de la fin de ceux-ci ;

6. Retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et, si nécessaire, reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de l'évolution ;

7. Prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits ;

8. Recueillir toutes les doléances actuelles de la victime et/ou de ses proches en l'interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences ;

9. Interroger la victime et/ou ses proches pour connaître un éventuel état antérieur et ne citer dans le rapport que les antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles. Dans cette hypothèse :

- au cas où il aurait entraîné un déficit fonctionnel antérieur, fixer la part imputable à l'état antérieur et la part imputable au fait dommageable ;

- Au cas où il n'y aurait pas de déficit fonctionnel antérieur, dire si le traumatisme a été la cause déclenchante du déficit fonctionnel actuel ou si celui-ci se serait de toute façon manifesté spontanément dans l'avenir ;

10. Procéder à un examen clinique détaillé (y compris taille et poids) en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime, en assurant la protection de son intimité, et informer ensuite contradictoirement les parties et leurs conseils de façon circonstanciée de ses constatations et de leurs conséquences ;

11. Analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées en se prononçant sur :

- la réalité des lésions initiales,
- la réalité de l'état séquellaire en décrivant les actes, gestes et mouvements rendus difficiles ou impossibles en raison de l'accident,
- l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales,
- et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ;

Évaluation médico-légale

12. Déterminer la durée du **déficit fonctionnel temporaire**, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine et directe avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités scolaires ou professionnelles, ou ses activités habituelles ;

Si l'incapacité fonctionnelle n'a été que partielle, en préciser le taux ;

Préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ;

13. Décrire les **souffrances** physiques, psychiques ou morales **endurées** pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;

14. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique temporaire** (avant consolidation). Le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;

15. Décrire, en cas de difficultés éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une **aide temporaire avant consolidation** est alléguée, indiquer si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle a été nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ;

16. Fixer **la date de consolidation**, qui est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation ;

Si la date de consolidation ne peut pas être fixée, l'expert établira un pré-rapport décrivant l'état provisoire de la victime et indiquera dans quel délai celle-ci devra être réexaminée ;

17. Chiffrer, par référence au « Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun » le taux éventuel de **déficit fonctionnel permanent** (état antérieur inclus)

imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ;

18. a) Établir le bilan fonctionnel en décrivant les mouvements, gestes et actes rendus difficiles ou impossibles ;

b) Dresser un bilan situationnel en précisant l'incidence des séquelles. S'aider si besoin de la fiche d'évaluation médico-légale des séquelles graves telle que retranscrite dans le barème de la Société de Médecine Légale et de Criminologie de France ;

c) Décrire avec précision le déroulement d'une journée en cas de retour à domicile ;

19. Évaluer la capacité de la victime à prendre conscience de son état et à appréhender l'environnement ; Donner tous renseignements utiles sur la nature et le degré de cette conscience ;

20. a) Préciser si une hospitalisation à vie doit être envisagée et, dans l'affirmative, dans quelle structure ;

b) En cas de possibilité de retour à domicile,

- dire quels moyens techniques palliatifs sont susceptibles d'accroître l'autonomie de la personne blessée (appareillage, aide technique, aménagement du logement, aménagement du véhicule...),

- décrire les gênes engendrées par l'inadaptation du logement, étant entendu qu'il appartient à l'expert de se limiter à la description scrupuleuse de l'environnement en question et aux difficultés qui en découlent sans empiéter sur une éventuelle mission qui serait confiée à un homme de l'art,

- préciser les besoins en tierce personne en indiquant la qualité, la qualification professionnelle requise, la fréquence et la durée d'intervention quotidienne ;

21. Dire si les **frais médicaux, pharmaceutiques, paramédicaux**, hospitalisation, appareillage postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains ;

Dans l'affirmative, indiquer pour chacun de ces frais, le caractère occasionnel ou viager, la nature, la quantité et la durée prévisibles ;

22. Préciser la **situation professionnelle** (ou scolaire) du blessé avant l'accident, ainsi que le rôle qu'auront joué les conséquences directes et certaines de l'accident sur l'évolution de cette situation : reprise de l'emploi antérieur, changement de poste, changement d'emploi, nécessité de reclassement ou d'une formation professionnelle, possibilité d'un travail adapté, restriction à un travail occupationnel, inaptitude absolue et définitive à toute activité rémunératrice ;

23. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique permanent**. Le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit fonctionnel proprement dit ;

24. Lorsque la victime allègue un **préjudice d'agrément**, à savoir l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, ou une limitation de la pratique de ces activités, donner un avis médical sur cette impossibilité ou cette limitation et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;

25. Dire s'il existe un **préjudice sexuel** ; le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la morphologie, l'acte sexuel (libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;

26. Établir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ;

Fait injonction aux parties de communiquer aux autres parties les documents de toute nature qu'elles adresseront à l'expert pour établir le bien fondé de leurs prétentions ;

Dit que l'expert pourra se faire communiquer tant par les médecins que par les caisses de sécurité sociale et par les établissements hospitaliers concernés, tous les documents médicaux qu'il jugerait utiles aux opérations d'expertise ;

Dit que l'expert ne communiquera directement aux parties les documents médicaux ainsi obtenus directement de tiers concernant la victime qu'avec son accord ; qu'à défaut d'accord de celle-ci, ces éléments seront portés à la connaissance des parties par l'intermédiaire du médecin qu'elles auront désigné à cet effet.

Dit que l'expert devra adresser aux parties un document de synthèse, ou pré-rapport :

- fixant, sauf circonstances particulières, la date ultime de dépôt des dernières observations des parties sur le document de synthèse, lesquelles disposeront d'un délai de 4 à 5 semaines à compter de la transmission du rapport ;
- rappelant aux parties, au visa de l'article 276 alinéa 2 du code de procédure civile, qu'il n'est

pas tenu de prendre en compte les observations transmises au-delà du terme qu'il fixe

Dit que l'expert répondra de manière précise et circonstanciée à ces dernières observations ou réclamations qui devront être annexées au rapport définitif dans lequel devront figurer impérativement :

- la liste exhaustive des pièces par lui consultées ;
- le nom des personnes convoquées aux opérations d'expertise en précisant pour chacune d'elle la date d'envoi de la convocation la concernant et la forme de cette convocation;
- le nom des personnes présentes à chacune des réunions d'expertise;
- la date de chacune des réunions tenues ;
- les déclarations des tiers entendus par lui, en mentionnant leur identité complète, leur qualité et leurs liens éventuels avec les parties ;
- le cas échéant, l'identité du technicien dont il s'est adjoint le concours, ainsi que le document qu'il aura établi de ses constatations et avis (lequel devra également être joint à la note de synthèse ou au projet de rapport)

Dit que l'original du rapport définitif sera déposé en double exemplaire au greffe, tandis que l'expert en adressera un exemplaire aux parties et à leur conseil, avant le XXX sauf prorogation expresse ;

Dit que le demandeur bénéficiant de l'aide juridictionnelle, il n'y a pas lieu à consignation;

Fixe à la somme de XXX euros, le montant de la provision à valoir sur les frais d'expertise qui devra être consignée par XXX à la régie d'avances et de recettes de la cour avant le XXX ;

Dit que faute de consignation dans ce délai impératif, la désignation de l'expert sera caduque et privée de tout effet ;

Désigne le magistrat chargé du contrôle des expertises de la chambre pour contrôler les opérations d'expertise ;

Renvoyons à l'audience de mise en état du XXX pour vérification du versement de la consignation.

IV – La mission en cas d'aggravation

1. Se faire communiquer par le demandeur ou son représentant légal, ou par un tiers avec l'accord de l'intéressé ou de ses ayants-droits, tous documents utiles à sa mission, notamment le précédent rapport d'expertise concernant le demandeur ;
2. Fournir le maximum de renseignements sur l'identité de la partie demanderesse, ses conditions d'activités professionnelles et de vie, son niveau scolaire, son statut exact, sa formation ;

3. Entendre contradictoirement les parties, leurs conseils convoqués ou entendus (ceci dans le respect des règles de déontologie médicale ou relatives au secret professionnel) ;
4. Recueillir toutes informations orales ou écrites des parties: se faire communiquer puis examiner tous documents utiles (dont le dossier médical et plus généralement tous documents médicaux relatifs au fait dommageable dont la partie demanderesse a été victime), ;
5. À partir des déclarations de la partie demanderesse imputables au fait dommageable et des documents médicaux fournis, décrire l'évolution de son état depuis la précédente expertise et se prononcer sur l'aggravation invoquée ; préciser notamment si l'évolution constatée depuis la précédente expertise est imputable de façon directe et certaine à l'accident ou si elle résulte au contraire d'un fait pathologique indépendant, d'origine médicale ou traumatique ;
6. Compte tenu de l'état actuel de la victime, procéder à l'évaluation médico-légale des postes de préjudice ;

Évaluation médico-légale

7. Déterminer la durée du **déficit fonctionnel temporaire**, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine et directe avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités scolaires ou professionnelles, ou ses activités habituelles ;
8. Si l'incapacité fonctionnelle n'a été que partielle, en préciser le taux ;
9. Préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ;
10. Décrire les **souffrances** physiques, psychiques ou morales **endurées** pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;
11. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique temporaire** (avant consolidation). Le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés.
12. Décrire, en cas de difficultés éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une **aide temporaire avant consolidation** est alléguée, indiquer si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle a été nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ;

13. Fixer la **date de consolidation**, qui est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation ;

Si la date de consolidation ne peut pas être fixée, l'expert établira un pré-rapport décrivant l'état provisoire de la victime et indiquera dans quel délai celle-ci devra être réexaminée ;

14. Chiffrer, par référence au "Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun" le taux éventuel de **déficit fonctionnel permanent** (état antérieur inclus) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ;

15. Fixer un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique permanent** ; le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;

16. Si la victime allègue un **préjudice d'agrément**, à savoir l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, ou une limitation de la pratique de ces activités, donner un avis médical sur cette impossibilité ou cette limitation et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;

17. Dire s'il existe **un préjudice sexuel** ; le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la morphologie, l'acte sexuel (libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;

18. Si la victime allègue une **répercussion dans l'exercice de ses activités scolaires ou professionnelles**, recueillir les doléances, les analyser, les confronter avec les séquelles retenues, en précisant les gestes professionnels rendus plus difficiles ou impossibles ; dire si un changement de poste ou d'emploi apparaît lié aux séquelles ;

19. **Perte d'autonomie après consolidation** : indiquer, le cas échéant :

- si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle est nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne)

- si des appareillages, des fournitures complémentaires et si des soins postérieurs à la consolidation sont à prévoir ; préciser la périodicité du renouvellement des appareils, des fournitures et des soins ;

- donner le cas échéant un avis sur les aménagements du logement, du véhicule, et plus généralement sur l'aptitude de la victime à mener un projet de vie autonome ;

20. De manière générale, faire toutes recherches et constatations permettant d'apprécier l'évolution de l'état de la victime ;

21. Établir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ;

Fait injonction aux parties de communiquer aux autres parties les documents de toute nature qu'elles adresseront à l'expert pour établir le bien fondé de leurs prétentions ;

Dit que l'expert pourra se faire communiquer tant par les médecins que par les caisses de sécurité sociale et par les établissements hospitaliers concernés, tous les documents médicaux qu'il jugerait utiles aux opérations d'expertise ;

Dit que l'expert ne communiquera directement aux parties les documents médicaux ainsi obtenus directement de tiers concernant la partie demanderesse qu'avec son accord; qu'à défaut d'accord de celui-ci, ces éléments seront portés à la connaissance des parties par l'intermédiaire du médecin qu'elles auront désigné à cet effet ;

Dit que l'expert devra adresser aux parties un document de synthèse, ou pré-rapport :

- fixant, sauf circonstances particulières, la date ultime de dépôt des dernières observations des parties sur le document de synthèse, lesquelles disposeront d'un délai de 4 à 5 semaines à compter de la transmission du rapport ;
- rappelant aux parties, au visa de l'article 276 alinéa 2 du code de procédure civile, qu'il n'est pas tenu de prendre en compte les observations transmises au-delà du terme qu'il fixe

Dit que l'expert répondra de manière précise et circonstanciée à ces dernières observations ou réclamations qui devront être annexées au rapport définitif dans lequel devront figurer impérativement :

- la liste exhaustive des pièces par lui consultées ;
- le nom des personnes convoquées aux opérations d'expertise en précisant pour chacune d'elle la date d'envoi de la convocation la concernant et la forme de cette convocation;
- le nom des personnes présentes à chacune des réunions d'expertise;
- la date de chacune des réunions tenues ;
- les déclarations des tiers entendus par lui, en mentionnant leur identité complète, leur qualité et leurs liens éventuels avec les parties ;
- le cas échéant, l'identité du technicien dont il s'est adjoint le concours, ainsi que le document qu'il aura établi de ses constatations et avis (lequel devra également être joint à la note de synthèse ou au projet de rapport).

Dit que l'original du rapport définitif sera déposé en double exemplaire au greffe, tandis que l'expert en adressera un exemplaire aux parties et à leur conseil, avant le XXX sauf prorogation expresse ;

Dit que le demandeur bénéficiant de l'aide juridictionnelle, il n'y a pas lieu à consignation;

Fixe à la somme de XXX euros, le montant de la provision à valoir sur les frais d'expertise qui devra être consignée par XXX à la régie d'avances et de recettes de la cour avant le XXX ;

Dit que faute de consignation dans ce délai impératif, la désignation de l'expert sera caduque et privée de tout effet ;

Désigne le magistrat chargé du contrôle des expertises de la chambre pour contrôler les opérations d'expertise ;

Renvoyons à l'audience de mise en état du XXX pour vérification du versement de la consignation.

V – La mission pour les traumatisés crâniens

La mission confiée à l'expert comprend à la fois le texte de la mission et les commentaires figurant ci-après.

*** TEXTE DE LA MISSION**

Ordonne une expertise médicale de
Commet pour y procéder
qui aura pour mission de :

1. Prendre connaissance des commentaires annexés à la présente mission ;
2. Se faire communiquer par les parties ou leurs conseils :
 - les renseignements d'identité de la victime ;
 - tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident ;
 - tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués (y compris bilans neuropsychologiques) ;
 - tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé, antérieur à l'accident :
 - * degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapports aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne,
 - * conditions d'exercice des activités professionnelles,

- * niveau d'études pour un étudiant,
- * statut exact et / ou formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi et carrière professionnelle antérieure à l'acquisition de ce statut,
- * activités familiales et sociales s'il s'agit d'une personne restant au foyer sans activité professionnelle rémunérée,
- tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé contemporain de l'expertise (degré d'autonomie, statut professionnel..., lieu habituel de vie...);
- tous les éléments relatifs au degré de développement de l'enfant ou de l'adolescent, antérieur à l'accident :
- * degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapports aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne, en rapport avec l'âge,
- * systématiquement les bulletins scolaires pré-traumatiques et toutes précisions sur les activités extra scolaires ;
- ces mêmes éléments contemporains de l'expertise : dans l'aide au patient bien spécifier le soutien scolaire mis en place (soutien individualisé en dehors et à l'école, soutien en groupe) et le comportement face au travail scolaire. Bien préciser le cursus (classes redoublées, type de classe, type d'établissement) ;
- toutes précisions sur l'activité professionnelle et sociale des parents et de la fratrie (niveau de formation par exemple) ;

3. Après recueil de l'avis des parties, déduire de ces éléments d'information, le lieu ou les lieux, de l'expertise et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation en présence d'un membre de l'entourage ou à défaut du représentant légal ;

4. Recueillir de façon précise, au besoin séparément, les déclarations de la victime et du membre de son entourage ;
- sur le mode de vie antérieur à l'accident,
 - sur la description des circonstances de l'accident,
 - sur les doléances actuelles en interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences sur les actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne ;

5. Après discussion contradictoire en cas de divergence entre les déclarations ainsi recueillies et les documents produits,
- indiquer précisément le mode de vie du blessé antérieur à l'accident retenu pour déterminer l'incidence séquellaire :
 - * degré d'autonomie, d'insertion sociale et / ou professionnelle pour un adulte ;
 - * degré d'autonomie en rapport avec l'âge, niveau d'apprentissage scolaire, soutien pédagogique... pour un enfant ou un adolescent ;
 - restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho-affectif, puis,
 - avec retranscription intégrale du certificat médical initial, et totale ou partielle du ou des autres éléments médicaux permettant de connaître les principales étapes de l'évolution, décrire de façon la plus précise que possible les lésions initiales, les modalités du ou des traitements, les durées d'hospitalisation (périodes, nature, nom de l'établissement, service concerné), les divers retours à domicile (dates et modalités), la nature et la durée des autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident ;

- décrire précisément le déroulement et les modalités des 24 heures quotidiennes de la vie de la victime, au moment de l'expertise, et ce, sur une semaine, en cas d'alternance de vie entre structure spécialisée et domicile, en précisant, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, la répercussion sur la vie des parents et des frères et sœurs, voir l'aide et la surveillance que doit apporter la famille et qu'elle ne devrait pas normalement apporter compte tenu de l'âge de l'enfant ;

6. Procéder à un examen clinique détaillé permettant :

- de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne ;

- d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement, et leur incidence

* sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion ou de réinsertion socio-économique s'agissant d'un adulte

* sur les facultés d'insertion sociale et d'apprentissages scolaires s'agissant d'un enfant ou d'un adolescent.

L'évaluation neuropsychologique est indispensable :

* Un examen neuropsychologique récent appréciant les fonctions intellectuelles et du comportement doit être réalisé.

* Pour un enfant ou un adolescent, cette évaluation doit comporter plusieurs bilans (appréciation du retentissement immédiat et du retentissement sur la dynamique d'apprentissage).

Il convient de :

- compléter ces évaluations par les données des bulletins scolaires actuels.

Dans l'appréciation des bulletins, différencier ce qui revient au comportement, des performances scolaires proprement dites ; ne pas se contenter du niveau de classe qui n'a parfois aucune valeur.

- rapporter le niveau de l'enfant à celui de sa classe, et le niveau de sa classe aux normes.

- compléter si possible par un bilan éducatif.

7. Après avoir décrit un éventuel état antérieur physique ou psychique, pouvant avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles, rechercher si cet état antérieur était révélé et traité avant l'accident (préciser les périodes, la nature et l'importance des déficits et des traitements antérieurs).

Pour déterminer cet état antérieur chez l'enfant, il convient de :

* différencier les difficultés d'apprentissage et de comportement.

* décrire comment ces troubles antérieurs ont été pris en charge : type de rééducation, type de soutien scolaire, autre type de soutien, type de scolarité, en précisant bien la chronologie.

8. Analyser, dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à l'accident des séquelles invoquées en se prononçant sur les lésions initiales, leur évolution, l'état séquellaire et la relation directe et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant

- si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident,

- si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation

- ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme. Dans ce cas, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

Il est nécessaire de connaître, avant de consolider un enfant ou un adolescent, la dynamique des apprentissages scolaires ainsi que la qualité d'insertion sociale de l'enfant puis de l'adolescent.

Dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise, indiquer :

- pour un adulte, quels sont les projets thérapeutiques et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et / ou matérielle...),

- pour un enfant ou un adolescent, quels sont les projets thérapeutiques, de scolarité et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et / ou matérielle, soutiens scolaires, rééducations telles qu'ergothérapie et psychomotricité...),

- et en tout état de cause, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe suivant ;

9. Pour un enfant ou un adolescent, lorsque la consolidation semble acquise, l'évaluation des séquelles doit préalablement tenir compte des données suivantes :

La description des déficiences et du handicap doit être rapportée à ce qui est attendu pour l'âge ;

Bien préciser l'incidence sur la vie familiale, sur la scolarité (type de scolarité, type d'aide nécessaire), décrire les activités extra scolaires et l'insertion sociale de l'enfant. La scolarité et les activités extra scolaires sont à comparer avec celles des frères et sœurs et éventuellement avec celles pré-traumatiques. Indiquer les conséquences financières pour les parents (soutien scolaire, école privée, transport scolaire, tierce personne, psychothérapie, ergothérapie, psychomotricité, activités de loisir, vacances) ;

Analyser les besoins exprimés par la famille compte tenu du défaut d'autonomie pour l'âge ;

Analyser la qualité de vie du blessé et de sa famille (parents, frères et sœurs) ;

Donner une idée du retentissement ultérieur sur la vie professionnelle et sur les possibilités d'autonomie sociale sur les possibilités de fonder une famille ;

Ces données doivent être intégrées et discutées lors de l'évaluation ci-dessous prévue aux paragraphes suivants ;

Évaluation médico-légale

10. Déterminer la durée du **déficit fonctionnel temporaire**, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine et directe avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités scolaires ou professionnelles, ou ses activités habituelles ; Si l'incapacité fonctionnelle n'a été que partielle, en préciser le taux ;

Préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ;

11. Décrire les **souffrances** physiques, psychiques ou morales **endurées** pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;

12. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique temporaire** (avant consolidation). Le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;

13. Décrire, en cas de difficultés éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une **aide temporaire avant consolidation** est alléguée, indiquer si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle a été nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ;

14. Fixer **la date de consolidation**, en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuropsychologiques ;

Si la date de consolidation ne peut pas être fixée, l'expert établira un pré-rapport décrivant l'état provisoire de la victime et indiquera dans quel délai celle-ci devra être réexaminée ;

15. Chiffrer, par référence au "Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun" le taux éventuel de **déficit fonctionnel permanent** (état antérieur inclus) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ;

16. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du **préjudice esthétique permanent** ; le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;

17. Si la victime allègue un **préjudice d'agrément**, à savoir l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, ou une limitation de la pratique de ces activités, Donner un avis médical sur cette impossibilité ou cette limitation et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;

18. Dire s'il existe un **préjudice sexuel** ; le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la morphologie, l'acte sexuel (libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;

19. Si la victime allègue une **répercussion dans l'exercice de ses activités scolaires ou professionnelles**, recueillir les doléances, les analyser, les confronter avec les séquelles retenues, en précisant les gestes professionnels rendus plus difficiles ou impossibles ; dire si un changement de poste ou d'emploi apparaît lié aux séquelles ;

20. Perte d'autonomie après consolidation : indiquer, le cas échéant :

- la nécessité pour le blessé d'être assisté par une tierce personne (cette évaluation ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires mais aussi les actes élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuropsychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement. Dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne doit, ou non, être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé. Donner à cet égard toutes précisions utiles. Se prononcer, le cas échéant, sur les modalités des aides techniques.

- si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle est nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne),

- si des appareillages, des fournitures complémentaires et si des soins postérieurs à la consolidation sont à prévoir ; préciser la périodicité du renouvellement des appareils, des fournitures et des soins ;

21. Indiquer si l'état de la victime nécessite une mesure de protection judiciaire et notamment si elle est apte à gérer seule les fonds provenant de l'indemnisation.

22. Établir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission.

COMMENTAIRES DE LA MISSION

Point numéro 2

L'expertise doit se réaliser avec le dossier médical, dossier déjà constitué en grande partie par les examens pratiqués avant consolidation. Si l'expert n'a pas procédé lui-même à ces examens, il doit reconstituer toute l'histoire clinique depuis l'arrivée des secours d'urgence jusqu'à la consolidation. Elle doit aussi se réaliser avec le maximum d'éléments permettant à l'expert de discuter contradictoirement puis d'indiquer quel était l'état du blessé, antérieur à l'accident. Les actes élémentaires correspondent aux activités essentielles de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger). Les actes élaborés correspondent notamment à la faculté qu'a la victime de gérer son budget, faire ses courses, se déplacer seul à l'extérieur... Cette distinction est d'autant plus importante que le traumatisme crânio-encéphalique obère beaucoup plus souvent les actes élaborés que les actes élémentaires. L'analyse du handicap comporte aussi d'autres dimensions, notamment l'examen du maintien ou de la perte du rôle familial du blessé, de ses capacités d'intégration sociale et d'insertion professionnelle.

Point numéro 3

Où doit avoir lieu l'expertise ?

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuropsychologique ; cependant il est recommandé que celle-ci se pratique

sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps les rendant dépendants pour des raisons physiques, intellectuelles ou comportementales. Lorsque le patient séjourne dans un centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante.

En présence de qui ?

Même si le patient est majeur, il est éminemment souhaitable qu'il soit accompagné par, au moins, un membre de la famille ou de l'entourage, ceux-ci étant en effet à même de relater les troubles intellectuels et du comportement dont le traumatisé crânien n'a pas toujours une juste appréciation. Tout particulièrement dans ce type de dossier, il n'y a que des avantages à ce que le patient soit assisté par un médecin de son choix.

Point numéro 5

La détermination de l'état du blessé antérieur à l'accident revêt une grande importance, celle-ci doit donc être faite après discussion contradictoire des preuves de cet état, lorsqu'il y a divergence d'appréciations. Pour la description de la vie quotidienne ou hebdomadaire du blessé, l'expert peut, si besoin est, recueillir tous avis techniques nécessaires, notamment celui d'un ergothérapeute.

Point numéro 6

Il convient de ne jamais perdre de vue que les traumatisés crâniens graves présentent des séquelles portant essentiellement sur les fonctions supérieures. Le médecin expert devra donc en faire l'étude complète et précise sans oublier de réaliser un bilan moteur par un examen neurologique somatique. Il appartient à l'expert de procéder à la synthèse de tous les éléments recueillis (en particulier : entourage, examens complémentaires, avis spécialisés).

Point numéro 7

S'agissant d'un enfant ou d'un adolescent, si l'existence d'un état antérieur est alléguée, l'imputabilité ne pourra être déterminée qu'à partir d'une description la plus précise possible de l'état antérieur, du type de troubles constatés, de la dynamique de l'évolution. Ceci rend absolument indispensable la répétition des évaluations neuropsychologiques et si possible éducatives, ainsi qu'un recul suffisant avant la consolidation.

Points numéro 8 et 9

Quand consolider un adulte ?

Fixer une date de consolidation est indispensable, mais n'est pas aisé ; en effet :

- les déficits neurologiques sont généralement fixés au cours de la deuxième année,
- les déficits neuropsychologiques ne sont généralement pas fixés avant la troisième année,
- il est plus difficile de fixer un terme aux modifications du comportement ce qui ne doit pas empêcher l'expert de déterminer une date de consolidation.

En règle générale, elle n'interviendra pas avant la troisième année après l'accident, à l'exception des états végétatifs persistants et des états pauci-relationnels. Lorsque les

séquelles sont d'ordre essentiellement neuropsychologique, une consolidation trop précoce peut entraver différents projets thérapeutiques et même ruiner l'espoir de certaines familles en la poursuite d'une amélioration ;

Quand consolider un enfant ou un adolescent ?

L'enfant à un moment donné, possède des acquis et un potentiel. C'est un être en devenir.

Longtemps il a été dit que le pronostic après atteinte cérébrale acquise était bon du fait de la plasticité neuronale. ("principe de Kennard" : plus on est jeune au moment de l'atteinte, moins c'est grave). En fait (données cliniques et expérimentales) plus l'enfant est jeune au moment de l'atteinte, moins bon est le pronostic d'autant plus que l'atteinte initiale est diffuse et importante. Car les acquis au moment de l'accident sont minimes et le traumatisme va altérer les capacités d'apprentissage. L'enfant ne sera pas celui qu'il aurait dû devenir (effet à retardement). Il ne s'agit pas d'un retard mais d'un décalage qui peut aller en s'accroissant au cours du temps.

Apprécier l'incidence du traumatisme sur le développement de l'enfant implique donc que la consolidation soit la plus tardive possible. Ne jamais consolider précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme crânien grave, a fortiori quand l'enfant était jeune au moment de l'atteinte (ou alors très précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme extrêmement sévère) ou lorsqu'existe une localisation frontale. On ne peut comme pour l'adulte, dans le but d'apprécier les conséquences du traumatisme crânien, comparer l'enfant à ce qu'il était. Il doit être comparé à ce qu'il aurait dû devenir (capacités antérieures, fratrie). La récupération motrice est souvent rapide et complète, les séquelles sont avant tout cognitives et comportementales (handicap invisible comme chez l'adulte).

Ces séquelles :

- peuvent être sous estimées ;
- sont les éléments pronostiques majeurs à considérer dans l'appréciation des possibilités d'apprentissage, d'insertion et de réinsertion. La motivation, les capacités d'attention, de compréhension, de jugement, de mémoire, les capacités de synthèse, de flexibilité mentale, de contrôle de soi sont autant d'outils nécessaires à un développement harmonieux de tout enfant.

Points numéro 10 à 22

S'agissant d'un enfant ou d'un adolescent, il convient d'apporter les précisions suivantes

Tierce personne : il est nécessaire d'apprécier la tierce personne avant même la consolidation en fonction de l'autonomie que l'enfant n'a pas, compte tenu de son âge. Il est nécessaire de distinguer le rôle qu'auraient eu les parents sans l'accident, en fonction de l'âge de l'enfant, de celui qui relève de la tierce personne. L'enfant a, en dehors du cas d'un état végétatif ou d'un état pauci-relationnel, une espérance de vie normale ; il y a donc nécessité d'anticiper sur les besoins futurs en tierce personne.

Considérer la scolarité comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique. Faciliter le soutien scolaire, la scolarité à petit effectif dans le but de favoriser l'insertion/réinsertion de l'enfant.

Considérer les prises en charge autres non prises en charge par la Sécurité Sociale : Rééducation par ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, ordinateur portable, poussette adaptée, siège-auto ... Il y a lieu d'évaluer l'ensemble des besoins objectifs en aide humaine, même si elle est assurée par les proches.

Pour l'analyse des capacités professionnelles, une évaluation dans une structure spécialisée peut être nécessaire telle qu'une unité d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour cérébro-lésés (UEROS), une association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) un centre de pré-orientation ... L'analyse des besoins en matériels divers, de leur renouvellement et de leur surcoût, peut relever de l'avis d'un ergothérapeute. Il est rappelé que les souffrances endurées sont celles subies jusqu'à la consolidation.

Pour le préjudice d'agrément, perte de qualité de vie, il s'agit d'apprécier tant les impossibilités, les limitations que les perturbations. Le préjudice d'établissement s'entend de la difficulté ou de l'impossibilité de former un couple, de fonder une famille et/ou de les assumer.

Section 3 – ÉTAT ANTÉRIEUR, CONSOLIDATION, AMÉLIORATION ET AGGRAVATION

I – L'état antérieur

En principe, le juge ne doit indemniser que les préjudices résultant directement du fait dommageable à l'exclusion des préjudices imputables à un état pathologique antérieur.

Mais le droit de la victime à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable (Civ. 2, 8 juillet 2010).

Sauf lorsque la pathologie latente révélée par l'accident se serait inéluctablement manifestée même sans la survenance du fait dommageable dans un délai prévisible (2ème Civ., 20 mai 2020 n° 18-24.095, P) ; dans cette affaire, La Cour a jugé que la victime dont l'accident a révélé qu'elle était précédemment atteinte de la maladie de Parkinson, devait être indemnisée intégralement au titre de cette pathologie, les experts ayant précisé qu'il n'était pas possible de dire dans quel délai cette maladie serait survenue.

Pour une étude approfondie, cf. P. Pierre, « le passé de la victime : l'influence de l'état antérieur » : Gaz. Pal. 8-9 avril 2011 p.15.

II – La consolidation

Pour les membres du groupe de travail Dinthilac (page 29), la consolidation de la victime s'entend de la stabilisation de ses blessures constatées médicalement. La date de consolidation est généralement définie comme « le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique » (Y. Lambert-Faivre et Stéphanie Prorchy-Simon, Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation, 9e éd., Dalloz, 2022, n° 121).

Pour le groupe de travail, la consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est à dire la date fixée par l'expert médical de stabilisation des conséquences des lésions organiques et physiologiques.

Il convient de préciser que le choix d'une victime de cesser tout traitement contre l'infertilité est impropre à caractériser la consolidation de son état d'infertilité (Civ. 1, 17 janvier 2018, n° 14-13.351).

Cette date marque la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif (Civ. 2, 8 décembre 2016, n° 13-22.961).

III – L'amélioration et l'aggravation de l'état de la victime

La question est ici de savoir si l'on peut demander une nouvelle évaluation des préjudices en fonction de l'évolution de la situation de la victime.

La jurisprudence s'est toujours opposée à ce que le responsable puisse demander une restitution d'indemnité, même partielle, en se fondant sur le principe de l'autorité de la chose jugée.

En revanche, la victime peut toujours saisir le juge en cas d'aggravation de son état. Il est donc inutile de donner acte à la victime de ses réserves en cas d'aggravation (Civ. 1, 18 octobre 2017, n°16-15.082)

Il peut s'agir de l'aggravation d'un préjudice préexistant ou l'apparition d'un nouveau préjudice ; en cas d'aggravation de l'état de la victime donnant lieu à indemnisation complémentaire, ne peuvent être remises en question ni l'évaluation initiale du préjudice, ni les condamnations prononcées tant au profit de la victime que du tiers payeur, lequel ne peut demander le remboursement de ses prestations que si elle contribue à l'indemnisation de l'aggravation du préjudice (Civ. 2, 3 février 2000, n° 98-13.324).

La Cour de cassation a également jugé que « dans le cas où une faute a fait perdre à la victime une chance d'être intégralement indemnisée des conséquences de son dommage corporel, l'aggravation de son état de santé justifie une réparation complémentaire » (Civ. 1, 18 octobre 2017, n° 16-15.082).

CHAPITRE 3 – INDEMNISATION DES PREJUDICES EN CAS DE BLESSURES

INTRODUCTION

*** La nouvelle méthodologie imposée par loi du 21 décembre 2006**

La nomenclature des préjudices proposée par le groupe de travail dirigé par Jean-Pierre Dintilhac n'a aucune valeur réglementaire.

Mais en instaurant un réel recours subrogatoire poste de préjudice par poste de préjudice, et en instaurant le droit de préférence au bénéficiaire de la victime, la loi nouvelle impose de recourir à une nomenclature commune au médecin expert, au juge et aux organismes de sécurité sociale, afin de pouvoir déterminer sur quel préjudice peut s'imputer une prestation.

La jurisprudence judiciaire s'accorde aujourd'hui pour utiliser cette nomenclature de sorte que la méthodologie de l'indemnisation du préjudice corporel est aujourd'hui harmonisée. Les juridictions administratives se réfèrent parfois à des postes de préjudices plus globaux ; elles se rapprochent cependant de plus en plus de la nomenclature Dintilhac (CE, 7 octobre 2013, n°337851, qui fait référence aux pertes de revenus, à l'incidence professionnelle et au déficit fonctionnel).

Cette nomenclature est celle que nous allons suivre dans notre propos afin d'étudier l'évaluation judiciaire des préjudices. Elle n'est bien entendu pas limitative et le juge peut être conduit à indemniser un ou plusieurs postes de préjudice ne figurant pas dans la nomenclature.

Elle a le mérite de consacrer le caractère extrapatrimonial du déficit fonctionnel temporaire et du déficit fonctionnel permanent tout en laissant dans le domaine patrimonial les aspects économique-professionnels, à savoir les pertes de gains professionnels, qu'elles soient actuelles (temporaires) ou permanentes (futures).

L'assiette du recours est donc constituée, pour chaque prestation, par l'indemnité à la charge du responsable au titre du poste de préjudice correspondant à cette prestation.

Cette question ne pose pas trop de difficultés pour les frais médicaux ou les indemnités journalières ; en revanche, l'affectation à tel ou tel poste de préjudice sera parfois plus délicate pour une rente accident du travail ou une pension d'invalidité, ou une allocation temporaire d'invalidité etc... La Cour de cassation avait jugé dans plusieurs arrêts rendus en 2009 que la rente accident du travail devait s'imputer sur les dépenses de santé futures, sur l'incidence professionnelle et subsidiairement sur le déficit fonctionnel permanent. Elle a modifié sa jurisprudence dans deux arrêts d'assemblée plénière en jugeant désormais que la rente accident du travail ne répare pas le déficit fonctionnel permanent (Ass. Plén., 20 janvier 2023, pourvois n° 20-23.673 et 21-23.947).

Si l'article L.454-1 du Code de la sécurité sociale applicable pour les accidents du travail et les accidents de trajet n'a pas été modifié par la loi du 21 décembre 2006, la Cour de cassation a rendu trois avis le 29 octobre 2007 (Avis, 29 octobre 2007, n° 07-00015, 07-00016 et 07-00017) selon lesquels la réforme s'applique pour les accidents du travail (art. L.454-1 du Code de la sécurité sociale) et aux recours exercés par l'Etat et d'autres collectivités publiques (ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959).

*** La méthodologie de l'indemnisation peut être décomposée en quatre étapes :**

1^{ère} étape : il convient **d'évaluer chaque poste de préjudice** selon les modalités explicitées dans ce chapitre ;

2^{ème} étape : il convient de **déterminer l'indemnité mise à la charge du responsable pour chaque poste de préjudice** au regard du partage éventuel de responsabilité ou de la limitation du droit à indemnisation.

3^{ème} étape : il convient de **fixer les créances des tiers payeurs** et déterminer sur quels postes de préjudice elles pourront éventuellement s'imputer ;

4^{ème} étape : elle consiste à **répartir, poste par poste, les indemnités** à la charge du responsable du dommage entre la victime, qui exerce son droit de préférence, et les tiers payeurs.

Les termes et l'ordre de présentation suivants peuvent donc être recommandés pour un jugement :

a) Les préjudices patrimoniaux

les préjudices patrimoniaux temporaires

- les dépenses de santé actuelles
- la perte de gains professionnels actuels
- le préjudice scolaire, universitaire ou de formation
- les frais divers

les préjudices patrimoniaux permanents

- les dépenses de santé futures
- la perte de gains professionnels futurs
- l'incidence professionnelle
- les frais d'aménagement du logement
- les frais de véhicule adapté
- la tierce personne

b) les préjudices extra patrimoniaux

les préjudices extra patrimoniaux temporaires

- le déficit fonctionnel temporaire
- les souffrances endurées
- le préjudice d'angoisse de mort imminente
- le préjudice esthétique temporaire

les préjudices extra patrimoniaux permanents

- le déficit fonctionnel permanent
- le préjudice esthétique permanent
- le préjudice d'agrément
- le préjudice sexuel
- le préjudice d'établissement
- les préjudices permanents exceptionnels

Section 1 – L’EVALUATION DES PRÉJUDICES

*** Rappel de quelques principes fondamentaux**

Le principe de la réparation intégrale a été posé par le Conseil de l’Europe dans une résolution du 14 mars 1975 aux termes de laquelle « la personne qui a subi un préjudice a droit à la réparation de celui-ci, en ce sens qu’elle doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s’était pas produit ».

Ce principe est constamment rappelé par la Cour de cassation qui précise, dans un arrêt rendu le 9 novembre 1976 que « l’auteur d’un dommage est tenu à la réparation intégrale du préjudice, de telle sorte qu’il ne puisse y avoir pour la victime ni perte ni profit » (Civ. 2, 9 novembre 1976, Bull. civ. II, n° 302).

En conséquence de ce principe, la Cour de cassation rappelle régulièrement l’absence de toute obligation, pour la victime, de minimiser son dommage. Encore récemment, la deuxième chambre civile a jugé que « la cour d’appel a retenu à bon droit que la victime n’étant pas tenue de minimiser son préjudice au profit de la personne tenue à indemnisation, l’assureur contestait vainement la demande de réparation des pertes de gains professionnels futurs en faisant valoir que la victime avait refusé le poste de reclassement offert par son employeur et que son licenciement pour inaptitude lui serait dès lors imputable. » (Civ. 2, 5 mars 2020, n° 18-25.981)

C’est en application du principe de réparation intégrale que **la Cour de cassation sanctionne l’indemnisation symbolique ou forfaitaire** parfois demandée par les victimes, notamment en matière pénale (Crim., 6 décembre 1983, Bull. crim., n° 329).

En revanche, la Cour de cassation ne sanctionne pas nécessairement l’indemnisation « toutes causes de préjudice confondues ». Pour autant, elle est à exclure dès lors que le juge indemnise un préjudice pour lequel des prestations sociales ont été versées puisque le recours subrogatoire s’exerce désormais poste par poste, et d’une manière plus générale, on ne peut qu’inciter le juge à identifier le préjudice qu’il indemnise.

L’indemnisation de la victime par son assureur, lequel ne dispose devant la juridiction répressive d’aucun recours subrogatoire contre le responsable du dommage, ne dispense pas ce dernier de réparer le préjudice résultant de l’infraction dont il a été déclaré coupable » (Crim. 14 novembre 2007, n° 06-88.538). Le juge ne saurait donc limiter le préjudice au montant de la franchise à la charge de l’assuré. (Ex : soit une victime d’un incendie dont les réparations ont coûté 1 000 euros, qui a été indemnisée par son assureur à hauteur de 900 euros ; le préjudice doit être indemnisé à hauteur de 1 000 euros et non à hauteur de 100 euros.)

Le principe de non affectation de l'indemnité est également essentiel. La Cour de cassation rappelle souvent que le juge du fond ne peut exiger la production de factures pour évaluer l'indemnisation, puisque le principe de la réparation intégrale n'implique aucun contrôle de l'utilisation des fonds dont la victime conserve la libre utilisation (Civ. 2, 7 juillet 2011, n°10-20.373).

Faut-il enfin rappeler que le principe général édicté par l'article 4 du Code de procédure civile selon lequel « l'objet du litige est déterminé par les prétentions respectives des parties » impose au juge **d'évaluer le préjudice dans les limites fixées par la demande de la victime et l'offre d'indemnisation du responsable.**

La Cour de cassation exerce un contrôle rigoureux sur la définition des postes de préjudices mais aussi sur les méthodes d'évaluation indemnitaire ; elle a pu sanctionner une cour d'appel, qui avait estimé que certaines demandes n'étaient pas suffisamment justifiées, en se fondant sur une dénaturation des éléments de preuves soumis à son examen (Civ. 2, 28 février 2013, n° 11-27.951).

I – Les préjudices patrimoniaux

On distingue les préjudices temporaires des préjudices permanents. Avant consolidation, les préjudices sont temporaires alors qu'après consolidation, les préjudices sont permanents. La consolidation est la date à partir de laquelle l'état de santé de la victime n'est plus susceptible d'amélioration par un traitement médical approprié.

A – Les préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

1 – Les dépenses de santé actuelles (*Frais médicaux et assimilés*)

Les dépenses de santé sont les frais médicaux et pharmaceutiques, non seulement les frais restés à la charge effective de la victime, mais aussi les frais payés par des tiers (sécurité sociale, mutuelle...), les frais d'hospitalisation (on les retrouve dans les prestations en nature des organismes sociaux) et tous les frais paramédicaux (infirmiers, kinésithérapie etc..).

Lorsque des dépenses ont été prises en charge par l'organisme social, il convient de se reporter au décompte produit par l'organisme social (prestations en nature) en les ajoutant aux dépenses que la victime justifie avoir conservé à sa charge.

Si l'organisme social ne réclame aucune somme, il convient néanmoins de fixer le montant de sa créance et de préciser les dépenses éventuellement restées à la charge de la victime.

La victime peut demander l'actualisation des dépenses de santé. La Cour de cassation a censuré la cour d'appel qui, pour évaluer le montant des dépenses de santé actuelles, s'est placée à la date à laquelle les dépenses de santé ont été exposées pour évaluer ce préjudice,

violant ainsi le principe de réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime (Civ. 1, 23 septembre 2020, n°19-18.582).

Le forfait hospitalier peut être indemnisé dans certaines conditions au titre des frais divers. (cf. infra §.3)

2 – Les préjudices professionnels temporaires

L'incapacité temporaire peut être totale ou partielle. La durée de l'incapacité temporaire se situe entre la date du dommage et la date de la consolidation (date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'être amélioré par un traitement médical approprié).

Les préjudices professionnels qui en résultent sont les préjudices économiques correspondant aux revenus dont la victime a été privée ou au retard occasionné pendant la période d'études.

a – La perte de gains professionnels actuels (perte de revenus)

L'indemnisation est en principe égale au coût économique du dommage pour la victime : cette perte de revenus se calcule en « net » (et non en « brut »), et hors incidence fiscale (Civ. 2, 8 juillet 2004, n° 03-16.173)

*** Pour les salariés :**

L'indemnisation reste limitée aux **salaires nets si l'employeur n'a maintenu aucun salaire**. Le terme salaire inclut ici les primes et indemnités qui font partie de la rémunération mais pas les frais qu'elle n'a pas eus pendant son arrêt (transport, hébergement, nourriture etc.)

La perte de revenus se calcule **hors incidence fiscale** (Civ. 2, 8 juillet 2004, pourvoi n° 03-16.173). Avec le prélèvement à la source, il convient de prendre en compte le net avant prélèvement fiscal (Civ. 2, 5 mars 2020, n° 18-20.278 ; Crim., 17 mars 2020, n° 19-81.332).

Si le salarié a perçu des indemnités journalières, le préjudice doit inclure les charges salariales desdites indemnités journalières CSG et CRDS. Par deux arrêts du 25 juin 2009, la Cour de cassation a précisé, d'une part, qu'on ne pouvait imputer le montant brut du recours subrogatoire sur le montant net des salaires perdus (Civ. 2, 25 juin 2009, n° 08-17.109) et, d'autre part, que le recours subrogatoire de la caisse, incluant la CSG et la cotisation RDS, devait être imputé sur le montant de la perte de gains professionnels actuels comprenant le montant de ces deux prélèvements (Civ. 2, 25 juin 2009, Bull. civ. II, n° 172). Si la victime ne réclame que la perte nette subie (différence entre salaires nets et indemnités journalières), le préjudice économique consécutif au dommage correspond néanmoins à la totalité des salaires nets non perçus augmentée de la CSG et CRDS des indemnités journalières, et doit donc être évalué à cette somme.

Cette méthodologie a été à nouveau confirmée une par la Cour de cassation dans un arrêt (Civ. 2, 11 mars 2021, n° 19-15.043)

En outre, la prime de panier dont l'objet est de compenser le surcoût du repas consécutif à un travail posté ou en déplacement, et l'indemnité de transport ayant pour objet d'indemniser les frais de déplacement du salarié de son domicile à son lieu de travail, constituent un remboursement de frais et non un complément de salaire (Soc., 11 janvier 2017, n° 15-23.341).

A l'inverse, la contribution de l'employeur à l'acquisition, par le salarié, de titres-restaurant, correspond, pour ce dernier, à un complément de rémunération dont la perte constitue un préjudice indemnisable (Civ. 2, 30 mars 2023, n° 21-21.070).

EXEMPLE :

Soit un salarié ayant un salaire net mensuel de 1.500 € qui subit un arrêt de travail pendant trois mois ; l'état des débours de la CPAM mentionne le versement d'indemnités journalières mensuelles de 1.150 € brut, soit 1.000 € net et 150 € constituant la CSG et la CRDS précomptées sur les indemnités journalières.

Le préjudice « pertes de gains professionnels actuels » devra être évalué comme suit :

1.500 € (salaire net) + 150 € (charges sociales précomptées sur les indemnités journalières), soit 1.650 € par mois, soit un total de 1.650 € X 3 mois = 4.950 €.

Lorsque l'on liquidera le préjudice, cette indemnité sera répartie selon les modalités suivantes (sans partage de responsabilité) :

La victime percevra la différence entre son salaire net et les indemnités journalières nettes, soit 1.500 – 1.000 = 500 € X 3 mois = 1.500 €.

La CPAM percevra, au titre de son recours subrogatoire, le montant brut des indemnités journalières payées, soit : 1.150 € X 3 mois = 3.450 €

Si la victime a été totalement indemnisée par les indemnités journalières, il convient de mentionner qu'elle n'allègue aucune perte au titre de ce préjudice, mais il faudra néanmoins évaluer le poste de préjudice selon la même méthodologie pour permettre l'exercice du recours subrogatoire de l'organisme social.

Si l'employeur a maintenu les salaires, le préjudice de pertes de gains professionnels actuels correspond au **montant des salaires bruts** pendant la durée d'inactivité et justifiés par les bulletins de salaires (Civ. 2, 19 juin 1996, Bull. civ. II, n° 159).

Lorsque l'employeur a maintenu la rémunération de son salarié, il dispose d'un recours direct contre l'auteur de l'accident au titre des charges patronales (art. 32 de la loi du 5 juillet 1985). Les salaires et charges salariales pourront être récupérés par le biais du recours subrogatoire des tiers payeurs.

*** Pour les professions libérales et les artisans :**

L'évaluation est faite à partir des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu, ou tout ensemble de documents permettant, par leur cohérence et leurs recoupements, d'apprécier les revenus professionnels antérieurs et leur diminution pendant la

période d'incapacité temporaire ; le calcul se fait sur la base de la dernière déclaration, en prenant en considération le résultat net comptable et non le chiffre d'affaire. Ce préjudice doit également inclure les charges professionnelles fixes (loyer professionnel par exemple).

S'agissant de revenus souvent irréguliers, il convient de calculer un revenu moyen de référence sur une période d'une à trois années précédant la réalisation du dommage.

Si un artisan ou un commerçant s'est fait remplacer pour maintenir l'activité et obtenir un résultat net comptable comparable, on indemnise le coût du remplacement. La Cour de cassation a précisé que le coût du remplacement de la victime empêchée du fait de l'accident doit être intégralement indemnisé, en ce compris les charges sociales et fiscales (Civ. 2, 25 juin 2020, n° 19-18.263)

On notera que même partielle, l'incapacité temporaire peut empêcher la victime d'exercer son activité professionnelle et justifier en conséquence une indemnisation totale des pertes de gains professionnels.

S'agissant d'une victime au chômage, la Cour de cassation a jugé qu'il convient de prendre en compte les allocations de chômage que la victime aurait dû normalement percevoir pour calculer la perte de gains professionnels actuels (Civ. 2, 23 octobre 2014, n° 13-23.481)

Si la victime le demande, la perte de gains professionnels actuels sera actualisée au jour de la décision en fonction de la dépréciation monétaire (Civ. 2, 12 mai 2010, n° 09-14.569 ; Crim, 28 mai 2019, n° 18-81.035).

Les indemnités journalières versées après la consolidation s'imputent sur la perte de gains professionnels futurs (2ème Civ., 18 octobre 2012, n° 11-15074)

En revanche, les arrérages de la rente accident du travail versés avant la consolidation ne s'imputent pas sur la perte de gains professionnels actuels (2ème Civ., 14 octobre 2021, n°19-24.456)

b – le préjudice scolaire, universitaire ou de formation

La nomenclature Dintilhac met ce poste de préjudice dans les préjudices permanents ; il est cependant, dans la plupart des cas, temporaire parce qu'il se situe avant la consolidation. Son aspect patrimonial résulte de ce qu'il est en lien avec l'activité « professionnelle » du jeune et se distingue des troubles dans les conditions d'existence.

Les victimes en cours d'études :

- I.T.T. de courte durée, sans perte d'année scolaire : indemnité égale à la moitié du SMIC ;
- I.T.T. entraînant la perte d'une année scolaire : indemnité indicative modulée selon le niveau :

- écolier	5.000 €
- collégien	8.000 €
- lycéen	10.000 €
- étudiant	12.000 €

La Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui « pour fixer à une certaine somme le préjudice corporel de Mme J... B..., (...) énonce que son préjudice scolaire, universitaire ou de formation a déjà été pris en compte au titre de la perte de gains professionnels futurs laquelle a été indemnisée par l'allocation de la somme totale de 249 561,31 euros » alors « qu'il résultait de ses propres calculs que cette somme ne réparait que la perte de gains professionnels futurs », de sorte qu'elle n'a pas indemnisé à ce titre le préjudice scolaire, universitaire ou de formation subi par la victime (Civ. 2, 8 mars 2018, n° 17-10.142).

La Cour de cassation a récemment affirmé, s'agissant d'un bébé secoué, que le préjudice scolaire, universitaire ou de formation constitue un poste de préjudice distinct du DFP dans lequel il ne peut être inclus (Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855).

3 – Les frais divers

Il s'agit d'abord des frais liés à l'hospitalisation : location de TV et chambre individuelle notamment ; il convient d'accorder à la victime le confort dont elle aurait bénéficié si l'accident ne s'était pas produit.

Il s'agit ensuite des dépenses liées à la réduction d'autonomie, qui peuvent être temporaires entre le dommage et la consolidation ; l'évaluation doit se faire au regard de l'expertise médicale et de la justification des besoins et non au regard de la justification de la dépense, afin d'indemniser la solidarité familiale (Civ. 2, 7 mai 2014, n° 13-16.204).

La rémunération de la tierce personne est calculée sur la base du taux horaire moyen de 16 à 25 €, selon le besoin, la gravité du handicap, la spécialisation de la tierce personne, et le lieu de domicile de la victime ; la simple surveillance (tierce personne passive) est souvent moins bien indemnisée (autour de 11 € de l'heure).

La Cour de cassation a récemment rappelé que l'indemnisation au titre de la tierce personne temporaire ne saurait être réduite en cas d'aide familiale (Civ. 2, 17 décembre 2020, n° 19-15.969).

L'indemnisation de l'assistance par une tierce personne peut être nécessaire, même pendant l'hospitalisation pour assister la victime dans certains actes de la vie quotidienne. La Cour de cassation a jugé que « le poste de préjudice lié à l'assistance par une tierce personne ne se limite pas aux seuls besoins vitaux de la victime, mais indemnise sa perte d'autonomie la mettant dans l'obligation de recourir à un tiers pour l'assister dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne » (Civ. 2, 10 novembre 2021, n° 19-10.058).

L'indemnisation s'effectue selon le nombre d'heures d'assistance et le type d'aide nécessaires.

Si l'assistance tierce personne est nécessaire en permanence, il faut compter trois personnes à plein temps, outre les remplacements pour samedi et dimanche, jours fériés et congés.

Sur la base de 365 jours par an, auxquels il convient d'ajouter 36 jours de congés payés et une dizaine de jour fériés, on peut retenir autour de 412 jours x coût quotidien, même si l'assistance est assurée par un familial.

En retenant ces tarifs mandataires comme base de calcul, le juge fait alors peser sur la victime une responsabilité nouvelle, celle d'employeur. Il est possible d'allouer quelques heures de tierce personne pour la gestion du personnel.

On peut également admettre la facturation par un organisme d'aide à la personne (tarif prestataire) qui est de l'ordre de 20 € à 25 € de l'heure. C'est ce qu'a fait la cour d'appel d'Angers en jugeant que le choix d'une indemnisation prestataire est légitime eu égard au lourd handicap subi, lequel justifie que la victime soit dégagée des soucis inhérents au statut d'employeur qu'elle n'avait pas avant l'accident (CA Angers, 19 janvier 2011, RG n° 10/00182 ; CA Paris, 18 janvier 2018, RG n° 09/23085).

Il s'agit également des frais de déplacement pour consultations et soins, des frais de garde d'enfants ou d'aide-ménagère, etc.

Il s'agit encore des frais de transport et d'hébergement des proches pour visiter la victime puisque le moral du blessé peut agir sur l'évolution de son état de santé.

La jurisprudence a longtemps considéré que le forfait hospitalier ne constituait pas un préjudice pour la victime puisqu'il représente des frais d'entretien (Crim., 23 janvier 1992, n° 91-82.796). La Cour de cassation admet aujourd'hui l'indemnisation de la victime au titre du forfait hospitalier payé (Civ. 2, 3 mai 2006, n° 05-12.617). L'importance du forfait hospitalier fixé à 20 € par jour depuis 2018 (art. L. 174-4 du code de la sécurité sociale), justifie cette évolution jurisprudentielle.

On indemnise également au titre des frais divers les frais d'assistance d'un médecin conseil à l'expertise médicale (judiciaire ou amiable) (Civ. 2, 12 septembre 2013, n° 12-20.750). La Cour de cassation a rappelé que les frais de médecin conseil doivent être intégralement remboursés à la victime dès lors qu'ils sont justifiés (Civ. 1, 22 mai 2019, n° 18-14.063).

S'agissant des honoraires de l'ergothérapeute dont la victime produit l'avis dans son dossier en vue d'étayer une demande d'indemnisation du besoin en tierce personne (qui est un poste de préjudice permanent).

La Cour de cassation a admis le principe d'un contrôle au regard du critère de nécessité de la dépense, laquelle ne peut donc être seulement « utile » ; elle a censuré une cour d'appel qui, pour limiter la somme due en réparation du préjudice subi au titre des frais divers, retient que l'examen neuropsychologique et le bilan psychiatrique réalisés ne peuvent être assimilés à l'assistance d'un médecin conseil mais s'analysent comme des rapports d'expertise privés qui ne sauraient être indemnisés au titre des frais divers, sans rechercher, comme elle y était invitée, si ces examens n'avaient pas été indispensables à l'évaluation des préjudices de la victime et n'étaient pas, par conséquent, imputables à l'accident (Civ. 2, 6 février 2020, n° 18-19.518).

Le poste de frais divers couvre aussi le coût d'accomplissement, par un professionnel, des travaux de taille des arbres et des arbustes, d'entretien des haies (Civ. 2, 9 juillet 2015, n° 14-15.309). Il couvre également les frais de correspondance (Civ. 2, 6 février 2020, n° 18-26.779)

B – Les préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)

*** Principes généraux d'évaluation des préjudices futurs**

La question de l'indemnisation du préjudice futur, c'est-à-dire un préjudice certain mais à venir, qu'il s'agisse du traitement médical à vie ou de l'assistance tierce personne, soulève immédiatement la question de la modalité de règlement : rente ou capital.

La pratique dominante en matière d'indemnisation du préjudice corporel est la réparation en capital, qui présente a priori des avantages pour toutes les parties :

- la victime dispose d'un capital qu'elle peut librement investir ou placer pour en tirer les revenus qui lui sont nécessaires.
- L'assureur régleur peut clôturer son dossier et apurer ses comptes.

Le règlement en capital va de soi pour les petits préjudices ; en revanche lorsque le préjudice futur est important, qu'il s'agisse des pertes de gains professionnels futurs ou surtout de l'assistance d'une tierce personne, l'indemnisation sous forme de rente présente l'avantage de préserver la victime de nombreux aléas (dilapidation du patrimoine par des proches, mauvais placement etc...).

Le choix d'indemniser en rente ou capital appartient au juge ; la Cour de cassation a décidé dans un arrêt du 29 avril 1994 que s'agissant de l'assistance tierce personne (préjudice très lourd, on le verra), les juges du fonds peuvent allouer une rente à la victime alors même qu'aucune partie n'a demandé cette modalité d'indemnisation.

Évaluer un préjudice permanent futur nécessite d'évaluer le montant de ce préjudice sur une année pour déterminer la rente annuelle qui l'indemniserait.

Il convient ensuite de convertir la rente en capital, (notamment pour les petites rentes) : c'est ce qu'on appelle la capitalisation.

Plusieurs barèmes de capitalisation existent : le décret de 1986, le TD 89-90 et le barème fiscal sont des outils obsolètes : ces barèmes reposent sur une espérance de vie des années 60-70 et sur des taux d'intérêts sans commune mesure avec les taux actuels.

Plusieurs barèmes de capitalisation ont été proposés et publiés à la Gazette du Palais ; figurent en annexe

- Le barème publié dans le numéro du 15 septembre 2020, fondé sur une espérance de vie (tables 2014-2016) et un taux d'intérêt (corrigé de l'inflation) de 0,30 % ;
- Le barème publié dans le 30 octobre 2022 fondé sur une espérance de vie (tables 2017-2019) et sur un taux d'intérêt de 0 %.

Le taux d'intérêt retenu pour capitaliser une rente est censé traduire le rendement du placement du capital alloué de sorte que le capital majoré des intérêts nets permet le service de la rente allouée.

La Belgique utilise un logiciel proposé par M. Jaumain ; ce logiciel propose à l'utilisateur de saisir les données de capitalisation (montant de la rente, taux d'intérêt, âge de la victime etc.) ; (<https://www.capitalisationdesindemnitees.fr>).

La Cour de cassation retient que « c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain qu'une cour d'appel, tenue d'assurer la réparation intégrale du dommage actuel et certain de la victime sans perte ni profit, fait application du barème de capitalisation qui lui paraît le plus adapté à assurer les modalités de cette réparation pour le futur, sans avoir à recueillir préalablement les observations des parties sur cette méthode de calcul » (Civ. 2, 12 septembre 2019, n° 18-14.724)

Pour de plus amples développements sur la question, on se reportera aux articles publiés à la Gazette du Palais.

Pour capitaliser un préjudice futur, il convient d'évaluer ce préjudice sur un an, de chercher dans la table de capitalisation correspondant au sexe, l'âge de la victime au jour de la décision (1^{ère} colonne) et de multiplier le préjudice annuel par le coefficient correspondant (ce qu'on appelle le prix de l'euro de rente) selon que ce préjudice est définitif (colonne « rente viagère) ou temporaire (colonne correspondant à l'âge auquel le préjudice se termine).

EXEMPLES (avec le barème de la gazette du palais de 2022, au taux de 0,00%):

Soit un homme de 40 ans au jour de la décision, dont le préjudice « dépenses de santé futures » est de 3.500 € par an ; ce préjudice étant subi jusqu'au décès, il convient de capitaliser une rente viagère de 3.500 € par an ; il convient de se reporter à la table de capitalisation des hommes, de chercher dans la première colonne l'âge de la victime au jour de la décision, soit 40 ans, pour trouver dans la deuxième colonne (rente viagère) de la même ligne le prix d'un euro de rente qu'il convient alors de multiplier par le montant de la rente annuelle :

3.500 € X 40,408 = 141 428 €. Cette somme correspond au capital représentatif d'une rente viagère de 3.500 € par an pour un homme de 40 ans.

Soit une jeune fille de 15 ans au jour de la décision, dont le décès du père engendre pour elle un préjudice économique annuel de 5.600 € ; il convient de capitaliser une rente annuelle temporaire de 5.600 € jusqu'à l'âge auquel elle sera autonome et ne subira donc plus ce préjudice, par exemple 25 ans ; il convient de se reporter à la table de capitalisation des femmes, de rechercher dans la première colonne l'âge de la victime au jour de la décision, soit 15 ans, pour trouver dans la colonne « 25 ans » sur la même ligne le prix d'un euro de rente temporaire jusqu'à 25 ans, qu'il convient alors de multiplier par le montant de la rente annuelle :

5.600 € X 9,991 = 55 949,60 €. Cette somme correspond au capital représentatif d'une rente temporaire de 5.600 € par an jusqu'à 25 ans pour une fille de 15 ans.

1 – Les dépenses de santé futures

Il s'agit des frais médicaux et pharmaceutiques, non seulement les frais restés à la charge effective de la victime, mais aussi les frais payés par des tiers (sécurité sociale, mutuelle...), les frais d'hospitalisation, et tous les frais paramédicaux (infirmiers, kinésithérapie etc.), même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation.

Lorsque le coût de certains frais (hospitalisation, appareillages ou autres) doit se répéter périodiquement, il convient d'abord de distinguer entre les dépenses déjà exposées entre la consolidation et la décision (arrérages échus) et les dépenses à venir après la décision (arrérages à échoir) ; ces dernières devront être annualisées puis capitalisées (cf. tables de capitalisation en annexe).

La Cour de cassation a censuré un arrêt qui énonce que la production d'un devis ne suffit pas, qu'il est nécessaire de s'assurer que cet équipement est adapté au cas de la victime et que la prise en charge par l'assureur aura lieu sur présentation d'une prescription médicale adaptée ; en statuant ainsi, la cour d'appel a refusé d'évaluer le préjudice dont elle constatait l'existence (Civ. 2, 30 juin 2016, n° 15-22.942).

EXEMPLE (avec le barème de la gazette du palais de 2022 au taux de 0,00%) :

Pour un homme de 40 ans au jour de la décision ayant déjà acheté un matériel devant être remplacé tous les 5 ans et coûtant 200 € remboursés par l'organisme social à hauteur de 50 € :

Le préjudice initial de la victime est de 200 € sur lequel le tiers payeur aura un recours subrogatoire éventuel pour 50 €.

Le préjudice à venir sera annualisé : 200 € tous les 5 ans représente une dépense annuelle de 40 € ;

Ce préjudice est ensuite capitalisé : $40 \text{ €} \times 40,408$ (prix d'un € de rente viagère pour un homme de 40 ans) = 1.616,32 €, sur lequel l'organisme social aura un recours subrogatoire éventuel pour 404,08 € ($10 \text{ €} \times 40,408$).

En cas de partage de responsabilité, il convient de se reporter à l'exemple traitant du recours des tiers payeurs qui verse une rente accident du travail (chapitre 5 – section 1 - § II)

2 – Les préjudices professionnels (ou économiques)

a – La perte de gains professionnels futurs

Elle résulte de la perte de l'emploi ou du changement d'emploi. Ce préjudice est évalué à partir des revenus antérieurs afin de déterminer la perte annuelle, le revenu de référence étant toujours le revenu net annuel imposable avant l'accident ; il convient alors de distinguer deux périodes :

- de la consolidation à la décision : il s'agit des arrérages échus qui seront payés sous forme de capital ;
- après la décision : il s'agit d'arrérages à échoir qui peuvent être capitalisés (cf. tables de capitalisation de rentes viagères en annexe) en fonction de l'âge de la victime au jour de la décision : cette capitalisation consiste à multiplier la perte annuelle par un « prix de l'euro de rente » établi en fonction de l'âge et du sexe de la victime.

EXEMPLE (avec le barème de la gazette du palais de 2022 au taux de 0,00%) : si la victime de 40 ans au jour de la décision subi une perte de gains professionnelle future de 1.000 € par mois et que la décision intervient 18 mois après la consolidation :

Il convient d'évaluer le préjudice entre la consolidation et la décision, ce que l'on nomme les arrérages échus : $1.000 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 18.000 \text{ €}$

Puis il convient d'évaluer le préjudice à venir après la décision, ce que l'on nomme les arrérages à échoir :

$1.000 \text{ €} \times 12 \text{ mois} \times 40,408 \text{ (euro de rente pour un homme de 40 ans)} = 484\,896 \text{ €}$.

La Cour de cassation a sanctionné une cour d'appel qui, pour limiter la perte de gains professionnels futurs de **la victime** à une certaine somme, énonce qu'**âgée de 6 ans** au moment de l'accident, elle a perdu toute chance de faire un cursus scolaire normal, de suivre une formation professionnelle et, par conséquent, d'exercer une activité professionnelle lui procurant des revenus, et retient qu'il n'est produit aucun élément pouvant faire présumer que la victime pouvait espérer accéder à une profession lui procurant des revenus supérieurs au SMIC, sans expliquer pourquoi elle présumait que la profession à laquelle la victime pouvait accéder ne lui aurait pas procuré des revenus supérieurs au SMIC, alors que celle-ci soutenait qu'elle aurait pu raisonnablement percevoir le salaire moyen (ou médian) en France de 1 800 euros mensuel selon l'INSEE (Civ. 2, 8 mars 2018, n° 17-10.142).

La Cour de cassation a récemment rappelé que **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** est dépourvue de caractère indemnitaire et ne peut donc être prise en compte pour évaluer la perte de gains professionnels de la victime (Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855).

Ce poste de préjudice abrite parfois la perte des droits à la retraite, qui doit être évaluée dès lors qu'elle est demandée en tant que telle (Civ. 2, 22 novembre 2012, n° 11-25.599), même si elle relève en principe de l'incidence professionnelle. Lorsque la victime a fait une telle demande au titre de l'incidence professionnelle, il y a lieu d'arrêter la perte de gains professionnels à l'âge de la retraite. Dans le cas contraire, la perte de revenus doit être capitalisée de manière viagère pour intégrer ce préjudice.

Lorsque le préjudice professionnel est « total et définitif », le juge doit évaluer l'intégralité du préjudice professionnel en ce compris la perte de droits à la retraite et ne peut surseoir à statuer jusqu'à l'âge de 60 ans de la victime (qui en avait 51) sur la partie du préjudice

postérieure à la retraite (Civ. 2, 22 novembre 2012, n° 11-30.078 ; Crim., 23 avril 2013, n° 12-83.701 ; Civ. 2, 8 mars 2018, n° 17-10.142). L'indemnisation des PGPF sur la base d'un euro de rente viager répare nécessairement la perte de droits à la retraite de la victime, laquelle ne peut donc être indemnisée au titre de l'incidence professionnelle (Civ. 2, 28 mars 2019, n° 18-18.832).

La deuxième phase peut être divisée au regard de cette incidence éventuelle sur la retraite ; il convient alors d'évaluer le préjudice PGPF sur la période courant de la décision à la date à laquelle la victime aurait normalement pris sa retraite : la perte annuelle sera capitalisée en utilisant le prix de l'euro de rente temporaire jusqu'à l'âge de la retraite ; il convient ensuite de déterminer la différence entre la retraite qu'aurait perçu la victime si le dommage ne s'était pas réalisé et la retraite qu'elle percevra réellement, au titre de l'incidence professionnelle ; la victime produira utilement une projection de ses droits à la retraite dans chacune des hypothèses, permettant ainsi de calculer simplement la différence : la perte de retraite sera capitalisée en utilisant le prix de l'euro de rente viagère pour un homme de l'âge auquel il aurait pris sa retraite (Crim, 20 novembre 2018, n° 17-87.383 ; Civ. 2, 13 décembre 2018, n° 17-28.019).

EXEMPLE (avec le barème de la gazette du palais de 2022 au taux de 0,00%) :

Soit un homme de 50 ans au jour de la décision, subissant une perte de revenus annuelle de 12.000 € ; cette victime démontre qu'elle aurait pris sa retraite à 64 ans et que du fait de l'accident, elle ne percevra qu'une retraite de 6.000 € par an alors que si le dommage ne s'était pas produit, elle aurait perçu une retraite de 9.000 € par an.

- Arrérages à échoir sur les 14 années séparant la date de la décision de la date à laquelle elle aurait pris sa retraite (64 ans) : $12.000 \times 13,407$ (prix de l'euro de rente temporaire jusqu'à 64 ans pour un homme de 50 ans) = 160 884 €.

- Arrérages à échoir à partir de 64 ans (âge auquel il aurait pris sa retraite s'il le dommage ne s'était pas réalisé) consistant en une perte de retraite de 3.000 € par an (9.000 € - 6.000 €) :

$3.000 \times 19,700$ (prix de l'euro de rente viagère pour un homme de 64 ans) = 59 100 €.

Le tiers payeur qui verse une rente accident du travail (ou une pension d'invalidité ou autre rente) bénéficie d'un recours subrogatoire sur ce poste de préjudice ; il convient d'imputer sur ces sommes les indemnités journalières versées après consolidation, les arrérages échus (c'est-à-dire payés entre la consolidation et la décision) et le capital constitutif des arrérages à échoir des rentes accident du travail, pension d'invalidité ou rente temporaire d'invalidité.

Attention : en cas de partage de responsabilité, il convient de se reporter au chapitre 5 - section 1 - §II.

En outre, la prime de panier dont l'objet est de compenser le surcoût du repas consécutif à un travail posté ou en déplacement, et l'indemnité de transport ayant pour objet d'indemniser les frais de déplacement du salarié de son domicile à son lieu de travail, constituent un remboursement de frais et non un complément de salaire (Soc., 11 janvier 2017, n° 15-23.341).

La Cour de cassation a sanctionné une cour d'appel qui, pour indemniser les pertes de gains professionnels futurs, a retenu que l'intéressé ne peut prétendre à une indemnisation calculée sur le salaire à plein temps dès lors qu'il travaillait à temps partiel antérieurement au dommage, sans rechercher si l'intéressé n'avait pas été privé de la chance d'occuper un emploi à plein temps par la survenance de l'accident (Crim., 18 février 2014, n°12-87.629).

La Cour de cassation a précisé que les indemnités ASSEDIC ne revêtent pas un caractère indemnitaire et ne donnent pas lieu à recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation. (Civ. 2, 7 avril 2005, Bull. civ. II, n° 90 ; Crim, 8 février 2011, n°10-86.045).

Il est toujours statué hors incidence fiscale (Civ. 2, 5 mars 2020, n° 18-20.278).

*** Incidence de l'inaptitude de la victime à reprendre ses activités dans les conditions antérieures à l'accident**

Une victime peut être considérée par l'expert comme capable de retravailler alors que le médecin du travail la déclare inapte au poste antérieur ; si intervient un licenciement pour inaptitude, la perte d'emploi est imputable à l'accident ; pour déterminer si la victime est apte à un autre emploi il faut tenir compte des restrictions notées par le médecin du travail et des séquelles relevées par l'expert, de l'âge de la victime de ses capacités ; la possibilité de retrouver un emploi sera parfois illusoire.

La Cour de cassation a d'ailleurs jugé que lorsque l'inaptitude, consécutive à l'accident, est à l'origine du licenciement, il suffit de constater que la victime n'est pas apte à reprendre ses activités dans les conditions antérieures, et la victime n'a pas à justifier de la recherche d'un emploi compatible avec les préconisations de l'expert (Crim., 4 mars 2014, n°13-80.472).

L'indemnité de licenciement versée à un salarié, blessé dans un accident de la circulation, et ensuite licencié pour inaptitude médicale n'a pas à être prise en compte pour évaluer sa perte de gains professionnels (Civ. 2, 11 octobre 2007, n° 06-14.611).

De même, après un licenciement pour inaptitude aux fonctions de cuisinier, même si la victime aurait pu bénéficier d'un reclassement pour trouver un emploi adapté à ses séquelles, le juge ne saurait diminuer la somme allouée au titre des pertes de gains professionnels futurs en raison du refus d'un poste proposé par l'employeur (Civ. 2, 26 mars 2015, n°14-16.011).

La Cour de cassation a approuvé une cour d'appel qui a retenu à bon droit que la victime n'étant pas tenue de minimiser son préjudice au profit de la personne tenue à indemnisation, l'assureur contestait vainement la demande de réparation des pertes de gains professionnels futurs en faisant valoir qu'elle avait refusé le poste de reclassement offert par son employeur et que son licenciement pour inaptitude lui serait dès lors imputable (Civ. 2, 5 mars 2020, n° 18-25.981).

La Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui a rejeté la demande d'indemnisation de la perte de gains professionnels futurs de la victime en considérant que la perte de gains futurs n'est pas certaine puisque la victime a repris, après son accident, une activité qu'elle a dû

cesser quand ses symptômes sont réapparus, et qu'elle est toujours à la recherche d'un emploi qui pourrait être en adéquation avec les souffrances qu'elle présente alors qu'il résulte de ses propres constatations que la partie civile n'est plus, depuis la date de consolidation fixée par l'expert, en mesure d'exercer une activité professionnelle dans les conditions antérieures (Civ. 5 avril 2016, n° 14-86.317).

Elle a approuvé une cour d'appel qui a relevé que si la victime n'avait que 20 ans et n'exerçait aucune activité professionnelle stable, l'état actuel celle-ci limitait le choix du métier notamment par l'impossibilité de porter des charges lourdes et les difficultés de concentration, et que la rémunération des métiers accessibles était donc nécessairement inférieure à celle d'un manutentionnaire ou d'un chauffeur-livreur, nécessitant une pleine capacité physique, de sorte qu'elle n'a pas réparé un préjudice virtuel et hypothétique en indemnisant, par une estimation relevant de son pouvoir souverain d'appréciation, selon les perspectives professionnelles de la victime, d'une part la perte de gains professionnels futurs qu'elle constatait, d'autre part, l'incidence professionnelle (Civ. 2, 14 avril 2016, n° 15-10.404).

Elle a enfin jugé que si la victime. exerçait avant l'accident une activité de journaliste qui, pour n'être pas permanente, était source régulière de revenus, et que les troubles comportementaux et cognitifs dont elle souffre rendent quasi impossible la reprise de son activité professionnelle antérieure et constituent un obstacle à une reconversion, il convient de réparer, d'une part, au titre de la perte de gains professionnels futurs, la perte de chance de la victime de retirer des revenus de l'exercice d'une nouvelle activité, d'autre part, au titre de l'incidence professionnelle, le préjudice résultant de la nécessité où elle se trouve en raison de son handicap, de renoncer à l'exercice de sa profession de journaliste (Civ. 2, 14 septembre 2017, n° 16-23.578). Pour autant, elle a jugé que l'indemnisation de la perte des gains professionnels futurs sur la base d'une rente viagère d'une victime privée de toute activité professionnelle pour l'avenir, fait obstacle à une indemnisation supplémentaire au titre de l'incidence professionnelle (Civ. 2, 13 septembre 2018, n° 17-26.011).

La Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui capitalise la perte de gains professionnels futurs jusqu'à l'âge de départ à la retraite, sans indemniser la perte de retraite, alors que la perte de droits à la retraite est inhérente à la modification de l'activité professionnelle et doit être indemnisée au titre de la perte de gains professionnels futurs ou d'un autre poste (Civ. 1, 7 octobre 2020, n° 19-18.086).

La perte de droits à la retraite doit être indemnisée, soit de manière autonome, soit au titre des pertes de gains professionnelles futurs, peu important le poste de préjudice (Civ. 1, 7 octobre 2020, n° 19-18.086).

*** L'actualisation des pertes de salaires**

Un arrêt marque un revirement de jurisprudence sur la question de l'actualisation des pertes de salaires que la deuxième chambre civile refusait jusqu'à présent pour la créance

d'indemnisation (cf. Civ. 2, 18 octobre 1989, n° 88-11.552, Bull. civ. II, n° 189 ; Civ. 2, 25 octobre 1989, n° 88-16.210, Bull. civ. II, n° 194), alors que la chambre sociale et la chambre commerciale l'admettaient pour d'autres créances (cf. Soc., 28 novembre 1984, n° 82-14.217, Bull. civ. V, n° 463 ; Com., 2 novembre 1993, n° 91-14.673, Bull. civ. IV, n° 380). Il a donc été jugé en 2010 que, pour tenir compte de l'érosion monétaire, « *si la perte éprouvée ne peut être fixée qu'en fonction des pertes de gains professionnels perçus à l'époque de l'incapacité totale temporaire ou partielle de travail, les juges du fond doivent procéder, si elle est demandée, à l'actualisation au jour de leur décision de l'indemnité allouée en réparation de ce préjudice en fonction de la dépréciation monétaire* » (Civ. 2, 12 mai 2010, n° 09-14.569, Bull. civ. II, n° 94). Il ne s'agit en définitive que de la déclinaison de la règle classique selon laquelle le préjudice s'apprécie dans sa consistance au jour de sa manifestation et s'évalue au jour où le juge statue. Le juge ne peut donc procéder à cette actualisation d'office.

b – L'incidence professionnelle

Même en l'absence de perte immédiate de revenu, la victime peut subir une dévalorisation sur le marché du travail.

Cette dévalorisation peut se traduire par une augmentation de la fatigabilité au travail (même pour un faible taux d'incapacité). Cette fatigabilité fragilise la permanence de l'emploi et la concrétisation d'un nouvel emploi éventuel.

Cette fatigabilité justifie une indemnisation nécessairement évaluée "in abstracto". La perte d'emploi ultérieure pourra être considérée comme un préjudice nouveau si elle est la conséquence du dommage, faire l'objet d'une demande nouvelle et faire en conséquence l'objet d'une appréciation "in concreto". Ainsi, dans un arrêt du 8 décembre 2016, la cour de cassation a censuré une cour d'appel qui a jugé que le préjudice de la victime résultant de son infection par le VIH justifie l'allocation d'une somme au titre de l'incidence professionnelle, au motif que la victime voit sa force physique diminuée et menacée par l'infection du VIH, que cette infection est de nature à limiter sa possibilité d'exercer la profession de docker, au moins jusqu'à 2006 et que cette limitation constitue un préjudice par elle-même alors que cette cour d'appel constatait que la victime était asymptomatique (Civ. 2, 8 décembre 2016, n° 15-28.181).

Cette dévalorisation peut également se traduire par un nouvel emploi aussi bien rémunéré mais de moindre intérêt ; les frais de reclassement professionnel sont également à inclure dans l'incidence professionnelle.

Ce poste de préjudice recèle également des pertes de chances. La jurisprudence est principalement relative à la perte de chance d'obtenir un emploi ou une promotion professionnelle (Civ. 2, 24 mai 2012, n° 11-14.576). Elle concerne donc les problématiques habituelles de la perte de chance : appréciation souveraine des juges du fond quant à l'existence de celle-ci, problème de l'indemnisation de la perte de chance comme le préjudice entièrement réalisé, caractère incertain du lien de causalité (ex. : Civ. 2, 9 avril 2009, n° 08-15.977).

La Cour de cassation rappelle régulièrement que les juges du fond ne peuvent relever d'office une perte de chance sans rouvrir les débats (Civ. 2, 25 juin 2020, n° 18-24.402).

L'incidence professionnelle pour les personnes sans emploi pose des problèmes spécifiques ; il n'est notamment pas aisé, pour les lycéens et les étudiants, de la distinguer du poste de préjudice scolaire, universitaire ou de formation (Civ. 2, 8 avril 2004, n° 03-10.168 ; Civ. 2, 18 février 2010, n° 08-22.069 ; Civ. 2, 8 juillet 2010, n° 09-69.119).

Récemment, la Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui avait débouté la victime de sa demande d'indemnisation de l'incidence professionnelle au motif qu'elle ne versait aux débats aucune pièce à même de démontrer l'exercice à quelque époque que ce soit d'une quelconque activité ; l'arrêt d'appel est cassé car l'expertise médicale mentionnait que la victime était inapte à toute profession nécessitant une activité physique, ce dont il résultait nécessairement une incidence professionnelle (Civ. 2, 21 novembre 2013, n° 12-26.916). Dans le même sens, elle a approuvé une cour d'appel qui a relevé que si la victime n'avait que 20 ans et n'exerçait aucune activité professionnelle stable, l'état actuel celle-ci limitait le choix du métier notamment par l'impossibilité de porter des charges lourdes et les difficultés de concentration, et que la rémunération des métiers accessibles était donc nécessairement inférieure à celle d'un manutentionnaire ou d'un chauffeur-livreur, nécessitant une pleine capacité physique, de sorte qu'elle n'a pas réparé un préjudice virtuel et hypothétique en indemnisant, par une estimation relevant de son pouvoir souverain d'appréciation, selon les perspectives professionnelles de la victime, d'une part la perte de gains professionnels futurs qu'elle constatait, d'autre part, l'incidence professionnelle (Civ. 2, 14 avril 2016, n° 15-10.404).

Elle a encore censuré une cour d'appel qui, pour rejeter la demande de la victime tendant à la réparation du préjudice résultant de l'incidence professionnelle de son incapacité, a relevé que la victime, qui était collaboratrice de son époux, antiquaire décorateur d'intérieur, était devenue inapte à l'exercice de cette profession en raison des séquelles physiques et psychologiques de l'accident, et énonce qu'elle ne justifie pas de la durée de son exercice professionnel, ni des diplômes ou des formations qu'elle aurait pu monnayer sur le marché du travail ; pour la Cour de cassation, en statuant ainsi, sans rechercher s'il ne résultait pas de l'inaptitude professionnelle qu'elle avait constatée une incidence professionnelle, la cour d'appel a privé sa décision de base légale (Civ. 2, 14 janvier 2016, n° 14-29.449).

S'agissant d'une jeune de 17 ans, titulaire du brevet des collèges, il a été jugé que la cécité de l'œil gauche de ce jeune, qui envisageait de reprendre l'activité de ses parents forains, et les aidait dans leur exploitation, lui interdisait de passer le permis de conduire poids-lourds, composante importante de la profession de forain, et qu'il pouvait se prévaloir d'une perte de chance de reprendre avec succès l'activité de ses parents, caractérisant ainsi une incidence professionnelle (Civ. 2, 16 janvier 2014, n° 13-10.566).

La perte de chance existe et présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable (Civ. 1, 14 octobre 2010, n°09-69.195) ; après avoir jugé que même minime, la perte de chance doit être indemnisée dès lors qu'elle est constatée (Civ. 2, 16 janvier 2013, n°12-14.439), la Cour de cassation est plus restrictive

en évoquant plus récemment une perte de chance sérieuse (Civ. 2, 30 avril 2014, n° 13-13.380).

Le préjudice constitué d'une perte de chance est fréquent en matière médicale. La Cour de cassation rappelle souvent que le juge ne peut relever d'office une perte de chance sans rouvrir les débats (Civ. 2, 25 juin 2020, n° 18-24.402 ; Civ. 1, 24 septembre 2020, n° 18-23.492).

Sur ce poste doivent être imputées les rentes, sans qu'il soit possible de le diviser artificiellement pour en isoler un prétendu préjudice de « pénibilité » qui serait soustrait au recours des tiers payeurs sur la pension d'invalidité (Civ. 2, 12 avril 2012, n° 11-15.997).

Pour évaluer ce poste de préjudice, il convient de prendre en compte la catégorie d'emploi exercée (manuel, sédentaire, fonctionnaire etc.), la nature et l'ampleur de l'incidence (interdiction de port de charge, station debout prohibée, difficultés de déplacement, pénibilité, fatigabilité etc.), des perspectives professionnelles et de l'âge de la victime (durée de l'incidence professionnelle). La jurisprudence accepte parfois une évaluation en pourcentage du salaire.

L'articulation du poste PGPF et du poste IP est parfois délicate :

Dans un premier arrêt du 13 septembre 2018, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a jugé que l'indemnisation de la perte de ses gains professionnels futurs sur la base d'une rente viagère d'une victime privée de toute activité professionnelle pour l'avenir fait obstacle à une indemnisation supplémentaire au titre de l'incidence professionnelle (Civ. 2, 13 septembre 2018, n° 17-26.011).

Dans un arrêt du 7 mars 2019, elle a jugé qu'après avoir fixé par voie d'estimation la perte de gains professionnels futurs de la victime liée à l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle, la cour d'appel a exactement relevé que la privation de toute activité professionnelle était prise en charge au titre du déficit fonctionnel permanent, lequel inclut la perte de qualité de vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales, pour en déduire à bon droit qu'il n'y avait pas lieu de retenir l'existence d'une incidence professionnelle distincte de la perte de revenu déjà indemnisée (Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855).

A l'inverse, la chambre criminelle a censuré la cour d'appel qui avait rejeté l'indemnisation de l'incidence professionnelle en retenant que la victime n'était plus en mesure de poursuivre une activité professionnelle, alors que la victime sollicitait, au titre de l'incidence professionnelle, l'indemnisation d'un préjudice distinct de la perte de gains professionnels futurs et « découlant de la situation d'anomalie sociale » dans laquelle elle se trouvait du fait de son inaptitude à reprendre un quelconque emploi (Crim, 28 mai 2019, n° 18-81.035).

La Cour de cassation a rappelé que dès lors que la victime n'est pas inapte à toute activité professionnelle et qu'elle conserve donc une capacité résiduelle de travail, l'incidence professionnelle peut se cumuler avec les pertes de gains professionnels futurs (pour un architecte victime d'un traumatisme crânien, Civ. 2, 6 février 2020, n°19-12.779).

Après avoir longtemps refusé d'indemniser la dévalorisation sociale (Civ. 1, 5 avril 2018, n° 17-16.116 et Civ. 2, 13 septembre 2018, précité), la deuxième chambre civile a censuré une cour d'appel qui rejette la demande d'indemnisation au titre de l'incidence professionnelle, au motif que l'accident l'a placé dans l'impossibilité absolue de reprendre une quelconque activité professionnelle et qu'elle ne justifie pas, au titre d'un préjudice de carrière, de la perte d'une chance de progression professionnelle et donc de l'existence d'un préjudice distinct de celui déjà indemnisé au titre de la perte de gains professionnels, depuis la date de l'accident jusqu'à la fin de vie, sans rechercher, comme elle y était invitée, si n'était pas caractérisée l'existence d'un préjudice résultant de la dévalorisation sociale ressentie par la victime du fait de son exclusion définitive du monde du travail, indemnisable au titre de l'incidence professionnelle (Civ. 2, 6 mai 2021, n° 19-23.173). Le Conseil d'État semble également admettre que les souffrances endurées à ne plus pouvoir exercer une activité professionnelle, qui donnaient à la victime de l'estime de soi et de nombreuses relations sociales, doivent être indemnisées au titre de l'incidence professionnelle (CE, 27 mai 2021, n° 431557).

Le tiers payeur qui verse une rente accident du travail ou une pension d'invalidité bénéficie d'un recours subrogatoire sur ce poste de préjudice si le poste « pertes de gains professionnels futurs » est insuffisant ; il convient d'imputer sur ces sommes les indemnités journalières versées après consolidation, les arrérages échus (c'est-à-dire payés entre la consolidation et la décision) et le capital constitutif des arrérages à échoir des rentes accident du travail, pension d'invalidité ou rente temporaire d'invalidité.

3 – Les dépenses consécutives à la réduction d'autonomie (frais de logement adapté, frais de véhicule adapté et assistance tierce personne)

Il s'agit de dépenses spécifiques rendues nécessaires par les blessures telles que l'achat d'un fauteuil roulant, les frais d'adaptation de l'habitat ou du véhicule ou le recours à une tierce personne pour assister ou suppléer la victime dans ses activités quotidiennes.

Ces dépenses sont définitives lorsqu'après consolidation, il est nécessaire d'adapter le logement ou le véhicule de la victime, ou lorsque celle-ci doit recourir aux services d'une tierce personne.

Si la dépense ne s'échelonne pas dans le temps (aménagement du logement par exemple), elle est évaluée définitivement au jour de la décision.

Si elle s'échelonne dans le temps (ou doit être renouvelée régulièrement comme les médicaments, un fauteuil roulant ou un véhicule aménagé), il convient d'évaluer le coût annuel de la dépense au regard des besoins, d'allouer les arrérages échus en capital au jour de la décision, et d'allouer une rente pour les frais futurs, sauf à les capitaliser à l'aide des tables de capitalisation.

La méthode est la même que pour les dépenses de santé futures (cf. supra)

La Cour de cassation précise que le point de départ du paiement d'une rente annuelle viagère au titre de l'assistance d'une tierce personne doit être fixée à la date de retour à domicile de la victime (Crim., 18 octobre 2011, n°11-81.568).

*** LA TIERCE PERSONNE**

La tierce personne est la personne qui apporte de l'aide à la victime incapable d'accomplir seule certains actes essentiels de la vie courante. (Le ministère des affaires sociales a donné, dans une circulaire du 5 juin 1983, une définition de la tierce personne qui regroupe les actes essentiels de la vie courante, à savoir : l'autonomie locomotive [se laver, se coucher, se déplacer], l'alimentation [manger, boire], procéder à ses besoins naturels).

Le rapport de M. Dintilhac admet une approche plus souple en justifiant également la tierce personne pour restaurer la dignité de la victime et suppléer sa perte d'autonomie.

La jurisprudence, constante depuis 1997, admet une indemnisation en fonction des besoins et non en fonction de la dépense justifiée, et ce afin de favoriser l'entraide familiale (Civ. 1, 13 juillet 2016, n° 15-21.399 ; Civ. 2, 2 février 2017, n° 16-12.217).

La Cour de cassation a jugé à maintes reprises pour favoriser l'entraide familiale que l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce-personne ne saurait être réduite en cas d'assistance bénévole par un proche de la victime (Civ. 2, 17 décembre 2020, n° 19-15.969).

Lorsqu'un proche cesse son activité professionnelle pour apporter à la victime l'aide humaine que son état nécessite, cela ne modifie pas l'indemnisation de la victime directe en fonction du besoin de tierce personne ; la perte de revenus du proche doit également être indemnisée mais la commission Dintilhac avait souligné que la réparation de ce chef de préjudice ne saurait conduire le proche de la victime à bénéficier d'une double indemnisation. Dans une espèce jugée le 14 avril 2016 par la Cour de cassation, une cour d'appel avait refusé d'indemniser le préjudice économique de la mère qui avait cessé son activité pour s'occuper de son fils handicapé à la suite de l'accident, pour éviter de mettre à la charge du responsable l'obligation d'indemniser doublement la même assistance d'une tierce personne ; la Cour de cassation casse l'arrêt en reprochant à la cour d'appel de « ne pas avoir recherché si Mme X... avait été obligée d'abandonner son emploi pour s'occuper de son fils et si, de ce fait, elle avait subi un préjudice économique personnel en lien direct avec l'accident consistant en une perte de gains professionnels et de droits à la retraite qui ne serait pas susceptible d'être compensée par sa rémunération telle que permise par l'indemnité allouée à la victime directe au titre de son besoin d'assistance par une tierce personne » (Civ. 2, 14 avril 2016, n°15-16.697). La Cour de cassation s'est prononcée à nouveau dans le même sens le 8 juin 2017. Elle a jugé que prive de bases légales sa décision une cour d'appel qui s'est déterminée sans rechercher si la victime indirecte, qui avait cessé son activité pour s'occuper de son mari, ne subissait pas un préjudice économique personnel en lien direct avec l'accident consistant en une perte de gains professionnels qui ne serait pas susceptible d'être compensée par sa rémunération telle que permise par l'indemnité allouée à la victime directe au titre de son besoin d'assistance par une tierce personne (Civ. 2, 8 juin 2017, n° 16-17.319)

Le juge ne peut pas, sans autre explication, imposer la nécessité de recourir à une personne étrangère à la famille, ni subordonner l'indemnité à la production de justificatifs (Crim., 25 septembre 2012, n° 11-83.285 ; Civ. 1, 13 juillet 2016, n° 15-21.399 ; Civ. 2, 2 février 2017, n° 16-12.217).

La prohibition de la réduction de l'indemnité a été étendue à la prise en compte de l'organisation d'une mesure de protection dont le juge ne peut dire qu'elle apporte une aide administrative à la victime dont il y aurait lieu de tenir compte (Civ. 2, 24 novembre 2011, n° 10-25.133).

Ne peuvent non plus être considérés comme tierce personne les frais exposés par un tuteur pour pouvoir à l'entretien de son pupille (Civ. 2, 28 février 2013, n° 11-25.446). La genèse de cette solution réside dans le refus initial de la Cour de cassation de réparer le préjudice subi par le tuteur d'un enfant dont les parents sont décédés à la suite d'une infraction pénale (pour le préjudice économique : Civ. 2, 9 décembre 2010, n° 09-69.819 ; pour le préjudice moral : Civ. 2, 12 mai 2010, n° 09-66.998). La tentative de requalifier le préjudice économique en tierce personne ne pouvait qu'être infructueuse.

Appelée à statuer sur les conséquences dommageables d'un accident de la circulation dont Mme Y..., assurée à la MATMUT, reconnue coupable d'homicide involontaire, a été déclarée responsable, la cour d'appel de Douai (17 janvier 2013) a été saisie par Mme X..., épouse survivante de la victime, lourdement handicapée, d'une demande de réparation de son préjudice résultant de la perte de l'assistance que lui apportait son époux ; pour allouer à Mme X...une certaine somme, l'arrêt retient que l'indemnisation de son préjudice doit être liquidée sur la base de la perte de chance de bénéficier, sa vie durant, de l'assistance quotidienne de son époux, ce qui ne peut constituer qu'une espérance d'être aidée et aucunement une certitude de pouvoir l'être, la limitation à 50 % de cette indemnisation, compte tenu de l'âge de M. X...au jour de son décès accidentel, étant pleinement justifiée ; la Cour de cassation rejette le pourvoi (Crim, 27 mai 2014, n° 13-82.116)

L'assistance d'une tierce personne ne peut s'appliquer à l'activité professionnelle dès lors qu'elle ne concerne que l'aide apportée à la victime dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante (Crim., 27 octobre 2015, n° 14-86.697).

Il faut indemniser l'assistance personnelle et l'assistance parentale (aide de la victime dans sa fonction de mère ou père) qu'il ne faut pas évaluer par rapport au besoin de l'enfant mais par rapport au besoin du au parent victime.

La jurisprudence juge souvent qu'une victime hospitalisée n'a pas de besoin d'assistance par une tierce personne. Mais lorsqu'un enfant est hospitalisé, la présence de ses parents ou de l'un d'entre eux est souvent intégré dans le processus de soin. Certains services de pédiatrie la juge même indispensable pour limiter le traumatisme de la séparation et confient directement certains soins aux parents. Il existe ainsi des cas où cette aide peut être indemnisée même pendant une hospitalisation.

La Cour de cassation a jugé que « le poste de préjudice lié à l'assistance par une tierce personne ne se limite pas aux seuls besoins vitaux de la victime, mais indemnise sa perte

d'autonomie la mettant dans l'obligation de recourir à un tiers pour l'assister dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne » (Civ. 2, 10 novembre 2021, n° 19-10.058).

La chambre criminelle vient de l'admettre dans l'hypothèse d'une hospitalisation à domicile : les juges du fond avaient relevé que les services d'hospitalisation à domicile n'étaient présents que de 8h à 9h et de 15h à 15h30, ce qui ne pouvait remplacer la tierce personne active (Crim., 5 janvier 2021, n° 19-86.395).

Pour chiffrer ce poste de préjudice, il convient de fixer le coût horaire :

Le tarif horaire de l'indemnisation se situe entre 16 et 25 euros de l'heure en fonction du besoin, de la gravité du handicap et de la spécialisation de la tierce personne ; il convient également de prendre en compte le domicile de la victime, le prix d'une heure variant d'une région à l'autre ; pour la tierce personne de surveillance nocturne, on peut retenir un taux horaire moyen de 11 € sachant qu' en pratique les tierces personnes de nuit ne sont pas rémunérées à l'heure mais en fonction d'un forfait pour la nuit et que les tarifs des services mandataires sont généralement inférieurs.

Même en l'absence de justificatif, on peut indemniser la victime sur la base d'un tarif horaire d'un organisme d'aide à la personne (tarif prestataire) de l'ordre de 20 à 25 euros pour dégager la victime des soucis afférents au statut d'employeur. C'est ce qu'a fait la cour d'appel de Lyon en jugeant que « le choix d'une indemnisation prestataire est légitime eu égard au lourd handicap subi justifiant que la victime soit dégagée des soucis inhérents au statut d'employeur qu'elle n'avait pas avant l'accident » (CA Lyon, 13 novembre 2008).

Le choix du mode mandataire ou du mode prestataire relève du pouvoir souverain d'appréciation des juges du fond (Civ. 2, 22 novembre 2012, n° 11-25.494), qui recourent en général au mode prestataire, dès qu'il est demandé, lorsque le préjudice est important.

L'indemnisation s'effectue selon le nombre d'heures d'assistance et le type d'aide nécessaires.

Il faut compter trois personnes à plein temps, outre les remplacements pour samedi et dimanche, jours fériés et congés.

Sur la base de 365 jour par an, auxquels il convient d'ajouter 36 jours de congés payés et une dizaine de jour fériés justifient de retenir autour de 412 jours x coût quotidien, même si l'assistance est assurée par un familial.

Le taux horaire peut être de l'ordre de 16 € à 25 € pour la tierce personne active (en fonction du besoin, de la gravité du handicap et de la spécialisation de la tierce personne), et de l'ordre de 11 € pour la tierce personne passive, compte tenu des majorations les dimanches.

En retenant ces tarifs mandataires comme base de calcul, le juge fait alors peser sur la victime une responsabilité nouvelle, celle d'employeur. On peut allouer une indemnité complémentaire pour la gestion du personnel.

A partir de ces éléments, il convient de déterminer le coût annuel de la tierce personne, d'allouer à la victime les arrérages échus en capital correspondant aux dépenses déjà

engagées entre la consolidation et la date de la décision, et les arrérages à échoir après la décision sous forme de rente ou en capitalisant le coût annuel.

On rappellera que si le retour à domicile s'est fait avant la consolidation, les frais engagés pour l'assistance tierce personne pour la période antérieure à la consolidation sont indemnisés au titre des frais divers (préjudice patrimoniaux temporaires).

Dans les cas d'assistance importante, dans l'intérêt de la victime dont il convient de protéger l'avenir, il est préférable de prévoir que l'indemnisation se fera sous forme de rente indexée qui peut être suspendue en cas d'hospitalisation supérieure à 45 jours pendant la durée de cette hospitalisation excédentaire. Le juge ne saurait cependant l'ordonner d'office.

Dans cette hypothèse, il convient d'allouer à la victime un capital au titre des dépenses échues au titre de l'assistance tierce personne, et « une rente viagère d'un montant de ... au titre de la tierce personne, payable trimestriellement, indexée selon les dispositions prévues par la loi du 5 juillet 1985, et suspendue en cas d'hospitalisation à partir du 46^{ème} jour, et ce à compter du... ».

Si la victime perçoit une majoration tierce personne, cette prestation sociale peut faire l'objet d'un recours subrogatoire sur ce poste de préjudice. La méthode d'imputation de cette prestation est comparable à la méthode d'imputation des rente accident du travail (cf. Chapitre 5 – section 1 - §II).

*** LES FRAIS DE LOGEMENT ADAPTÉ**

Ce préjudice résulte de l'expertise : l'expert devra s'être déplacé au domicile et exposé si un aménagement est possible ou si un déménagement est justifié.

Si la victime doit rapporter la preuve de son préjudice, il lui sera demandé de produire des devis mais on ne saurait exiger des factures compte tenu de l'importance de la dépense.

Le principe de l'acquisition du logement doit être retenu ; il convient donc de déterminer la part du coût d'acquisition du logement en relation de causalité avec l'accident sachant qu'en l'absence d'accident, la victime aurait néanmoins exposé des frais pour se loger.

La Cour de cassation rappelle que ce préjudice doit être évalué dans sa globalité ; elle précise que lorsque le logement locatif précédemment occupé par la victime n'est pas approprié à sa situation médicale, et notamment à l'usage parfois nécessaire du fauteuil roulant, l'indemnisation des frais de logement adapté comprend l'acquisition du terrain, les honoraires de l'agent immobilier et le coût de la construction, lesdits aménagements étant impossibles à réaliser en secteur locatif compte tenu du caractère intrinsèquement provisoire d'une location ; il faut que la décision de déménager du fait de l'inadaptation au handicap du logement pris à bail soit la conséquence du fait dommageable (Civ. 2, 11 juin 2009, n° 08-11.127 ; Civ. 2, 11 juin 2009, n° 08-11.127 ; Civ. 2, 3 novembre 2011, n° 10-26.997 ; Civ. 2, 2 février 2017, n° 15-29.527 ; Civ. 2, 18 mai 2017, n° 16-15.912). Par exemple, en limitant ainsi l'indemnisation de la victime directe au seul coût des aménagements de son habitation, alors qu'elle constatait que, du fait des séquelles de l'accident, la nécessité de l'acquisition par

la victime d'un logement adapté n'était pas discutable, ce dont il résultait qu'une telle acquisition était une conséquence de l'accident, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses constatations et a violé le principe de réparation intégrale (Civ. 2, 3 mars 2016, n° 15-16.271).

De même, la Cour de cassation approuve une cour d'appel qui retient :

- que l'appartement loué par Mme X... après l'accident, afin d'être indépendante et de ne plus être hébergée chez ses parents qui l'avaient hébergée jusque-là, n'était pas adapté au handicap causé par celui-ci,
- que ce handicap avait rendu nécessaires des aménagements incompatibles avec le caractère provisoire d'une location ;
- que les conséquences dommageables de l'accident l'avait contrainte à acquérir un terrain et à y faire construire une maison comportant des aménagements motivés par les séquelles physiques ;
- que les frais d'acquisition et d'aménagement de la maison étaient en relation directe avec l'accident et devaient être pris en charge en totalité par M. Y..., indépendamment de l'économie réalisée par le non paiement d'un loyer et de la réalisation d'un placement immobilier (Civ. 2, 5 février 2015, n°14-16.015)

Dans le même sens, la Cour de cassation a jugé que la réparation intégrale du préjudice lié aux frais de logement adapté commande que l'assureur prenne en charge les dépenses nécessaires pour permettre à la victime de bénéficier d'un habitat adapté à son handicap. En l'espèce, la victime, qui n'était pas propriétaire de son logement avant l'accident, avait d'abord été hébergée chez ses parents, dont le logement avait dû être adapté pour le recevoir, puis une fois consolidé, avait acheté une maison adaptée à son handicap ; la Cour de cassation approuve la cour d'appel qui en a déduit que l'assureur devait garantir l'intégralité des dépenses occasionnées par cet aménagement, puis par cet achat (Civ. 2, 14 avril 2016, n°15-16.625 et 15-22.147).

A l'inverse, un arrêt illustre l'hypothèse dans laquelle un tel lien de causalité fait défaut. La victime, qui vit depuis plusieurs années dans un logement adapté à son handicap et qui s'est abstenue de solliciter l'obtention d'un logement plus adapté et plus proche du centre d'aide par le travail vers lequel elle a été orientée, ne justifie pas de la nécessité de consentir à l'achat d'un bien immobilier justifié par son handicap et ne peut prétendre en conséquence qu'au remboursement des frais d'adaptation de son logement (Civ. 2, 15 avril 2010, n° 09-14.137), ou au surcoût engendré par la nécessité d'un relogement équivalent (Civ. 2, 13 juin 2013, n° 10-11.834).

Enfin, la Cour de cassation a jugé qu'ayant relevé que la victime, qui était âgée de vingt-six ans au jour de l'accident, résidait au domicile de ses parents, lequel est devenu inadapté aux besoins de son handicap, que l'importance de ce handicap et l'usage permanent d'un fauteuil roulant justifient, selon le rapport d'expertise, des aménagements du logement suffisamment lourds pour qu'ils soient incompatibles avec le caractère provisoire d'une location, que le changement de lieu de vie n'est donc pas un choix purement personnel mais a été provoqué par les séquelles de l'accident, qu'il n'est d'ailleurs pas démontré que le coût financier de l'acquisition d'un immeuble déjà construit et de ses travaux d'adaptation soit inférieur à l'option prise par la victime de faire construire en tenant compte des contraintes matérielles

de son handicap, que les frais que la victime a dû engager pour acquérir un terrain et faire construire un logement adapté à son handicap sont directement imputables aux séquelles provoquées par l'accident, une cour d'appel en a exactement déduit que la victime devait être indemnisée des frais d'acquisition d'un logement adapté (Civ. 2, 18 mai 2017, n° 16-15.912 ; Civ. 2, 23 mai 2019, n° 18-16.651).

*** LES FRAIS DE VEHICULE ADAPTÉ**

La nécessité d'un véhicule adapté résulte en général du rapport d'expertise médicale.

L'indemnisation ne consiste pas dans la valeur totale du véhicule adapté, mais seulement dans la différence de prix entre le prix du véhicule adapté nécessaire et le prix du véhicule dont se satisfaisait ou se serait satisfait la victime.

Il convient également de prendre en compte la valeur de revente du véhicule au moment de son remplacement. On inclut également dans ce poste les surcoûts en frais de transport rendus nécessaires à la victime en raison de ses difficultés d'accessibilité aux transports en commun.

Les frais de véhicule adapté auxquels peut prétendre la victime ne sont pas subordonnés à la condition que la victime conduise elle-même le véhicule (Civ. 2, 2 février 2017, n°15-29.527)

L'indemnisation d'une tierce personne 24h/24 n'est pas incompatible avec l'indemnisation des frais de véhicule adapté : la Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui avait estimé que ces deux postes de préjudice étaient peu compatibles alors que M. X... réclamait la prise en charge des frais liés à l'acquisition et l'aménagement TPMR d'un véhicule permettant son transport dans des conditions optimales de confort et de sécurité avec accès direct à bord en fauteuil roulant et réalisation d'un point d'ancrage pour le fauteuil (Civ. 2, 15 janvier 2015, n° 13-27.761).

Lorsque l'accident est un accident du travail dû à la faute inexcusable de l'employeur, la victime peut obtenir la réparation de ce poste de préjudice dès lors qu'il n'est pas couvert par le livre IV du code de la sécurité sociale, et que la décision du 18 juin 2010 du Conseil constitutionnel en impose alors la réparation intégrale (Civ. 2, 30 juin 2011, n° 10-19.475, Bull. civ. II, n° 148). Il en est de même des frais de logement adapté.

La Cour de cassation a censuré l'arrêt qui a rejeté la demande d'actualisation de l'indemnisation au titre de l'adaptation du véhicule au motif que le tribunal avait capitalisé ce poste de préjudice à la date à laquelle il avait statué, alors qu'il lui appartenait d'actualiser au jour de sa propre décision (Civ. 2, 17 décembre 2020, n° 19-15.969).

II – Les préjudices extra patrimoniaux

A – Les préjudices extra patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

1 – Le déficit fonctionnel temporaire

Il s'agit ici d'indemniser l'aspect non économique de l'incapacité temporaire. C'est l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Ainsi, une cour d'appel ne peut indemniser le déficit fonctionnel temporaire au-delà de la date de consolidation qu'elle retient et à partir de laquelle elle avait procédé à l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent (Civ. 2, 8 décembre 2016, n° 13-22.961). Cela correspond au préjudice résultant de la gêne dans les actes de la vie courante que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation familiale pendant l'hospitalisation et privation temporaire de qualité de vie).

Elle a admis, dans cet arrêt, l'indemnisation au titre de ce poste de préjudice, du fait de ne plus pouvoir s'occuper de ses petits-enfants. Elle a également admis comme préjudice la réduction des activités ménagères, l'impossibilité de jardiner ou de faire des promenades en bicyclette (Crim., 16 novembre 2010, n° 10-82.469).

Le déficit fonctionnel temporaire peut être constitué par une atteinte exclusivement psychique sans blessures apparentes ; un médecin a pu relever l'existence d'un choc émotionnel avec pleurs, un état de stress post traumatique, un état anxieux permanent, avec des reviviscences et des insomnies (Crim. 20 octobre 2020, n° 19-80.537)

Les cours d'appel indemnisent ce préjudice selon que la victime est plus ou moins handicapée entre 750 € et 1.000 € par mois, soit entre 25 et 33 € par jour.

Cette indemnisation est proportionnellement diminuée lorsque l'incapacité temporaire est partielle.

Les experts distinguent 4 niveaux d'incapacité partielle : le niveau I correspond à 10%, le niveau II correspond à 25%, le niveau III correspond à 50% et le niveau IV à 75%.

Il convient également de noter que si une victime est atteinte d'un déficit fonctionnel permanent, le taux du déficit fonctionnel temporaire partiel jusqu'à la consolidation est nécessairement égal ou supérieur au taux du déficit fonctionnel permanent.

L'indemnisation pourra être majorée pour prendre en compte un préjudice d'agrément temporaire ou un préjudice sexuel temporaire ; une majoration suppose une période de déficit fonctionnel temporaire importante. La Cour de cassation a récemment rappelé que le poste de préjudice de déficit fonctionnel temporaire, qui répare la perte de qualité de vie de la victime et des joies usuelles de la vie courante pendant la maladie traumatique, intègre le préjudice sexuel subi pendant cette période (Civ. 2, 11 décembre 2014, n° 13-28.774), et le préjudice

d'agrément temporaire (Civ. 2, 5 mars 2015, n° 14-10.758). En revanche, le préjudice esthétique temporaire est un poste autonome (Civ. 2, 7 mai 2014, n° 13-16.204).

2 – Les souffrances endurées

On évitera d'employer l'expression latine "pretium doloris" remplacée par l'expression contemporaine "souffrances endurées" depuis la loi du 27 décembre 1973. Il s'agit d'indemniser ici toutes les souffrances tant physiques que morales subies par la victime pendant la maladie traumatique et jusqu'à la consolidation. Il est convenable de rechercher dans l'expertise les éléments de ce préjudice, et notamment les circonstances du dommage, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, l'âge de la victime etc.

Attention, après consolidation, s'il subsiste des souffrances permanentes, elles relèvent du déficit fonctionnel permanent : le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées ou dans le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent, il ne peut être indemnisé séparément au titre d'un préjudice distinct (Civ. 2 16 septembre 2010, n° 09-69.433 ; Civ. 2, 11 septembre 2014, n° 13-21.506). De même, en indemnisant une personne au titre d'un préjudice d'anxiété, lié à la connaissance de ce que son état comporte un risque d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital, sans caractériser un préjudice distinct du déficit fonctionnel permanent et des souffrances endurées par ailleurs indemnisés, une cour d'appel a violé le principe de réparation intégrale du préjudice (Civ. 2, 11 décembre 2014, n° 13-27.440).

La cotation médico-légale des souffrances endurées peut être la suivante :

1/7 très léger	jusqu'à 2.000 €
2/7 léger	2.000 à 4.000 €
3/7 modéré	4.000 à 8.000 €
4/7 moyen	8.000 à 20.000 €
5/7 assez important	20.000 à 35.000 €
6/7 important	35.000 à 50.000 €
7/7 très important	50.000 à 80.000 €
Exceptionnel	80.000 € et plus

3 – Le préjudice d'angoisse de mort imminente

Ce préjudice correspond à la souffrance extrême subie par la victime entre l'accident et son décès du fait de la conscience de sa mort imminente.

La deuxième chambre civile censurait les décisions qui indemnisaient le préjudice d'angoisse de mort imminente de manière autonome (Civ. 2, 2 février 2017, n° 16-11.411) alors que la chambre criminelle admettait cette autonomie.

Dans un arrêt rendu le 25 mars 2022, la chambre mixte de la Cour de cassation a jugé que c'est « sans indemniser deux fois le même préjudice que la cour d'appel, tenue d'assurer la réparation intégrale du dommage sans perte ni profit pour la victime, a réparé, d'une part, les souffrances endurées du fait des blessures, d'autre part, de façon autonome, l'angoisse d'une mort imminente ». (Ch. Mixte, 25 mars 2022, pourvoi n° 20-15.624).

La chambre criminelle a récemment jugé que le préjudice d'angoisse de mort imminente ne peut être constitué que pour la période postérieure à l'accident jusqu'au décès (Crim, 14 mai 2019 ; n° 18-85.616).

Elle avait précisé dans un autre arrêt qu'en faisant droit à la demande présentée au titre d'une perte de chance de survie, les juges ont entendu réparer la douleur morale ayant résulté pour Jonathan Y..., qui s'est débattu un certain temps avant de se noyer, de la conscience de sa mort imminente (Crim., 29 avril 2014, n°13-80.693). Le 27 septembre 2016, elle a approuvé une cour d'appel qui a retenu que la victime est demeurée consciente dans les minutes qui ont suivi l'accident et qui a dès lors apprécié souverainement l'existence d'un préjudice lié pour la victime à l'angoisse d'une mort imminente, lequel est transmissible à ses héritiers (Crim., 27 septembre 2016, n° 15-84.238).

Il est cependant impératif que la victime soit consciente puisque pour la Cour de cassation, le préjudice d'angoisse de mort imminente ne peut exister que si la victime est consciente de son état ; ainsi doit être approuvé l'arrêt d'une cour d'appel qui énonce, pour débouter la partie civile, héritière de la victime d'un accident mortel de la circulation, de sa demande tendant à l'indemnisation des souffrances morales et psychologiques nées de l'angoisse d'une mort imminente qu'aurait ressenties cette victime entre la survenance de l'accident et celle de son décès, que, n'ayant pas repris conscience, celle-ci n'avait pas pu se rendre compte de la gravité de son état et de l'imminence de sa mort (Crim., 27 septembre 2016, n° 15-83.309).

La deuxième chambre considère que « la perte de sa vie ne fait en elle-même naître aucun droit à réparation dans le patrimoine de la victime. Seul est indemnisable le préjudice résultant de la souffrance morale liée à la conscience de sa mort prochaine » et que « dès lors, c'est à bon droit qu'une cour d'appel a indemnisé les souffrances morales de la victime qui a eu la conscience inéluctable de l'imminence de son décès au seul titre des souffrances endurées » (Civ. 2, 20 octobre 2016, n° 14-28.866).

4 – Le préjudice esthétique temporaire

La victime peut subir, pendant la maladie traumatique, et notamment pendant l'hospitalisation, une altération de son apparence physique, même temporaire, justifiant une indemnisation. Ce préjudice est particulièrement important pour les grands brûlés, les traumatisés de la face et les enfants pour lesquels on est obligé de différer la chirurgie esthétique. Les photos produites par la victime sont souvent la meilleure preuve de ce préjudice. Dès lors que l'on constate l'existence d'un préjudice esthétique temporaire, celui-ci

doit être indemnisé de manière autonome ; il ne saurait être indemnisé au titre des souffrances morales endurées (Civ. 2, 3 juin 2010, n°09-15.730).

La Cour de cassation juge que le préjudice esthétique temporaire est un préjudice distinct du préjudice esthétique permanent ; il en résulte que les juges du fond, s'ils constatent une altération de l'apparence physique avant la date de consolidation, doivent évaluer le préjudice esthétique temporaire de la victime quand bien même l'expert judiciaire aurait retenu que le préjudice esthétique définitif se confond intégralement avec le préjudice esthétique temporaire (Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855).

B – Les préjudices extra-patrimoniaux permanents

1 – Le déficit fonctionnel permanent (aspect non économique de l'IPP)

Il s'agit du préjudice non économique lié à la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel. Il s'agit d'un déficit définitif, après consolidation, c'est à dire que l'état de la victime n'est plus susceptible d'amélioration par un traitement médical adapté.

Ce poste de préjudice est défini par la Commission européenne (conférence de Trèves de juin 2000) et par le rapport Dintilhac comme :

“la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte à la vie de tous les jours”.

Ce poste de préjudice permet donc d'indemniser non seulement l'atteinte à l'intégrité physique et psychique au sens strict, mais également les douleurs physiques et psychologiques, et notamment le préjudice moral et les troubles dans les conditions d'existence. Le préjudice moral ne doit donc plus faire l'objet d'une indemnisation autonome, puisqu'il est pris en compte au titre du déficit fonctionnel permanent.

En pratique, il est nécessaire que les experts ne se contentent pas de chiffrer le taux d'incapacité en fonction de la seule atteinte à l'intégrité physique de la victime, surtout si la mission d'expertise a été rédigée par référence aux définitions de la nomenclature Dintilhac ; en pareil cas, l'évaluation par le juge s'en trouve faussée du fait de l'absence de prise en compte des autres éléments entrant désormais dans la définition du déficit fonctionnel permanent, ce qui contraint les avocats à conclure en « sous-postes » sur les souffrances et les troubles dans les conditions d'existence.

Si le médecin expert s'est limité à une évaluation du déficit fonctionnel permanent par référence au barème médical, l'indemnisation du préjudice doit être majorée pour prendre en

compte les douleurs associées à l'atteinte séquellaire et les troubles dans les conditions d'existence.

L'évaluation médico-légale de ce déficit se fait en pourcentage d'incapacité permanente partielle ou d'atteinte fonctionnelle du corps humain, une incapacité de 100% correspondant à un déficit fonctionnel total.

Le prix du point d'incapacité permanente partielle est fixé selon les séquelles conservées, le taux d'incapacité et l'âge de la victime. Plus le taux d'incapacité est élevé, plus le prix du point augmente ; le prix du point d'incapacité diminue avec l'âge. En cas de décès de la victime entre la première instance et l'arrêt d'appel, le déficit fonctionnel permanent ne peut être indemnisé qu'au prorata temporis (Crim., 13 novembre 2013, n°12-84.838). L'aggravation des troubles dans les conditions d'existence peut justifier une indemnisation complémentaire au titre d'une aggravation du déficit fonctionnel permanent (Civ. 2, 16 janv. 2014, n°13-11.353).

Attention à ne pas écrire qu'on arrondit : la première chambre a censuré un arrêt pour méconnaissance du principe de réparation intégrale, au motif que les juges du fond avaient arrondi l'indemnité réparant le déficit fonctionnel permanent (Civ. 1, 17 février 2021, n° 19-21.622 et 19-23.604).

Le référentiel indicatif des cours d'appel propose les indemnisations apparaissant dans le tableau suivant :

2020	0 à 10 ans	11 à 20 ans	21 à 30ans	31 à 40 ans	41 à 50ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	71 à 80 ans	81 ans et plus
1 à 5 %	2.310	2.150	1.960	1.770	1.580	1.400	1.210	1.050	880
6 à 10 %	2.670	2.475	2.255	2.035	1.800	1.560	1.320	1.130	935
11 à 15%	3.025	2.800	2.550	2.300	2.025	1.730	1.430	1.210	990
16 à 20 %	3.380	3.135	2.850	2.560	2.245	1.890	1.540	1.290	1.045
21 à 25 %	3.740	3.465	3.145	2.830	2.465	2.060	1.650	1.375	1.100
26 à 30 %	4.100	3.795	3.445	3.090	2.685	2.220	1.760	1.455	1.155
31 à 35 %	4.455	4.125	3.740	3.355	2.905	2.390	1.870	1.540	1.210
36 à 40 %	4.810	4.455	4.035	3.620	3.125	2.550	1.980	1.620	1.265
41 à 45 %	5.170	4.785	4.335	3.885	3.345	2.715	2.090	1.705	1.320
46 à 50 %	5.530	5.115	4.630	4.150	3.565	2.880	2.200	1.790	1.375
51 à 55 %	5.885	5.445	4.930	4.410	3.785	3.045	2.310	1.870	1.430
56 à 60 %	6.240	5.775	5.225	4.675	4.005	3.210	2.420	1.950	1.485
61 à 65 %	6.600	6.105	5.520	4.940	4.225	3.375	2.530	2.035	1.540
66 à 70 %	6.955	6.435	5.820	5.205	4.445	3.540	2.640	2.115	1.595
71 à 75 %	7.315	6.765	6.115	5.470	4.665	3.705	2.750	2.200	1.650
76 à 80 %	7.670	7.095	6.415	5.730	4.885	3.870	2.860	2.280	1.705
81 à 85 %	8.030	7.425	6.710	5.995	5.105	4.035	2.970	2.365	1.760
86 à 90 %	8.385	7.755	7.005	6.260	5.325	4.200	3.080	2.445	1.815
91 à 95 %	8.745	8.085	7.305	6.525	5.545	4.365	3.190	2.530	1.870
96 % plus	9.020	8.415	7.600	6.785	5.765	4.530	3.300	2.610	1.925

EXEMPLE : Un homme de 25 ans atteint d'un déficit fonctionnel de 32% pourra être indemnisé à hauteur de 3.740 € le point, soit : 3.740 € X 32 = 119.680 €.

Ces données relèvent d'un consensus jurisprudentiel et n'ont qu'une valeur strictement indicative.

On rappellera que le taux de déficit fonctionnel déterminé par le médecin expert ne tient pas nécessairement compte des souffrances permanentes et des troubles dans les conditions d'existence. Dans ce cas, le juge peut majorer l'indemnité pour prendre en compte l'indemnisation de ces éléments.

Certains avocats critiquent l'indemnisation du préjudice sur la base d'un point d'incapacité en sollicitant une réparation en fonction d'une indemnité journalière capitalisée sur l'espérance de vie. Certaines juridictions, peu nombreuses l'ont admis.

En aucun cas le taux de déficit fonctionnel ne doit prendre en compte l'incidence du handicap sur l'activité professionnelle ; les conséquences professionnelles du déficit fonctionnel permanent doivent être indemnisées au titre des pertes de gains professionnelles futures et de l'incidence professionnelle.

Si la victime perçoit une rente accident du travail (ou une pension d'invalidité ou autre rente), la rente accident du travail s'impute d'abord sur les pertes de gains professionnels futurs et sur l'incidence professionnelle. Si la rente est supérieure aux pertes de gains professionnels futures et à l'incidence professionnelle, la Cour de cassation, après avoir admis qu'elle pouvait s'imputer sur le déficit fonctionnel permanent. (Civ. 2, 11 juin 2009, n° 08-17.581), juge désormais que la rente accident du travail n'indemnise pas le déficit fonctionnel permanent (Ass. Plén., 20 janvier 2023, n° 20-23.673 et 21-23.947) ; il en est de même pour une pension d'invalidité (Civ. 2, 6 juillet 2023, n° 21-24.283).

2 – Le préjudice esthétique permanent

Le référentiel d'indemnisation est sensiblement le même que pour les souffrances endurées. Il est modulé en fonction notamment de l'âge, du sexe et de la situation personnelle et de famille de la victime.

Les postes des préjudices personnels, singulièrement celui-ci, quoique subjectivement ressentis, s'apprécient « objectivement », de sorte que l'état végétatif d'une personne n'empêche pas la réparation de son préjudice dans tous ses éléments (Civ. 2, 22 février 1995, Bull. civ. II, n° 61 ; comparer : Civ. 2, 22 novembre 2012, n° 11-21.031).

1/7 très léger	jusqu'à 2.000 €
2/7 léger	2.000 à 4.000 €
3/7 modéré	4.000 à 8.000 €
4/7 moyen	8.000 à 20.000 €
5/7 assez important	20.000 à 35.000 €

6/7 important	35.000 à 50.000 €
7/7 très important	50.000 à 80.000 €
Exceptionnel	80.000 € et plus

Attention, si le préjudice esthétique a une incidence économique professionnelle (mannequin, hôtesse de l'air, etc.), cet aspect économique du préjudice esthétique doit être indemnisé, soit au titre des pertes de gains professionnels futurs, soit au titre de l'incidence professionnelle.

3 – Le préjudice d'agrément

Le préjudice d'agrément vise exclusivement à réparer le préjudice « lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique, sportive ou de loisirs ».

Ce préjudice concerne donc les activités sportives, ludiques ou culturelles devenues impossibles ou limitées en raison des séquelles de l'accident. Il appartient à la victime de justifier de la pratique de ces activités (licences sportives, adhésions d'associations, attestations...) et de l'évoquer auprès du médecin expert afin que celui-ci puisse confirmer qu'elle ne peut plus pratiquer ces activités ; on indemniserà ces préjudices spécifiques d'agrément de manière autonome.

La Cour de cassation a condamné dans un arrêt du 19 décembre 2003 une pratique consistant à indemniser forfaitairement un préjudice d'agrément fonctionnel, préjudice résultant de l'atteinte objective à l'intégrité physique et destiné à compenser les "désagréments" entraînés dans la vie courante par l'atteinte à l'intégrité corporelle (Ass. Plén., 19 décembre 2003, n°02-14.783). La Cour de cassation a d'ailleurs rappelé en 2017 que le préjudice d'agrément est celui qui résulte d'un trouble spécifique lié à l'impossibilité pour la victime de continuer à pratiquer régulièrement une activité sportive ou de loisirs (Civ. 1, 8 février 2017, n° 15-21.528).

En 2018, la Cour de cassation a affiné sa jurisprudence sur la définition et la portée du préjudice d'agrément. Elle a jugé que « le préjudice d'agrément est constitué par l'impossibilité pour la victime de continuer à pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs » et que « ce poste de préjudice inclut la limitation de la pratique antérieure » (Civ. 2, 29 mars 2018, n° 17-14.499). Il s'ensuit que la simple limitation d'une pratique sportive ou de loisirs antérieure constitue un préjudice d'agrément indemnisable.

Il convient de relever que s'il n'existe pas d'inaptitude fonctionnelle à la pratique des activités de loisirs, l'état psychologique de la victime à la suite de l'accident peut caractériser l'impossibilité pour cette dernière de continuer à pratiquer régulièrement cette activité sportive ou de loisirs (Civ. 2, 5 juillet 2018, n° 16-21.776).

S'agissant de la preuve, la Cour de cassation a sanctionné une cour d'appel qui avait retenu qu'en l'absence de document établissant sa fréquentation habituelle d'une salle de sports, de musculation, d'un club de sport ou d'un stade d'entraînement, les attestations produites étaient insuffisantes pour justifier l'indemnisation de l'impossibilité de pratiquer le foot entre amis. Pour la Cour de cassation, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations, de sorte qu'en l'absence de licences sportives ou d'autres éléments de preuve objectifs, des attestations de témoins peuvent suffire à établir la réalité de ce préjudice (Civ. 2, 13 février 2020, n° 19-10,572).

La nouvelle définition du déficit fonctionnel permanent prend en compte l'indemnisation des douleurs physiques et morales permanentes ainsi que l'indemnisation de la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence. Les troubles dans les conditions d'existence n'ont donc plus lieu d'être indemnisés sous couvert d'un préjudice d'agrément général.

On notera qu'en droit de la sécurité sociale, le préjudice d'agrément est également limité aux activités ludiques, sportives ou culturelles que la victime ne peut plus pratiquer régulièrement depuis un arrêt du 28 février 2013 (Civ. 2, 28 février 2013, n° 11-21.015 ; Civ. 2, 2 mars 2017, n° 15-27.523), contrairement à ce qui était jugé précédemment.

4 – Le préjudice sexuel

Ce préjudice, dont l'indemnisation est de plus en plus demandée, doit être différencié du préjudice d'agrément et du déficit fonctionnel permanent.

Ce préjudice recouvre trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : l'aspect morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels, le préjudice lié à l'acte sexuel (libido, perte de capacité physique, frigidité), et la fertilité (fonction de reproduction). (Civ. 2, 17 juin 2010, n° 09-15.842).

La Cour de cassation a récemment censuré une cour d'appel qui, pour rejeter la demande tendant à l'indemnisation du préjudice sexuel, retient que l'expert n'a évoqué qu'une simple gêne positionnelle.

La Cour rappelle que le préjudice sexuel comprend l'ensemble des préjudices touchant à la sphère sexuelle, et que la cour d'appel, qui a constaté l'existence d'un tel préjudice, doit l'indemniser (Civ. 2, 4 avril 2019, n° 18-13.704).

L'évaluation de ce préjudice doit être modulée en fonction du retentissement subjectif de la fonction sexuelle selon l'âge et la situation familiale de la victime.

Lorsque l'accident du travail est la conséquence d'une faute inexcusable de l'employeur, le préjudice sexuel doit être indemnisé séparément du préjudice d'agrément mentionné à

l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, et selon sa définition en droit commun dans la nomenclature Dintilhac (Civ. 2, 4 avril 2012, n° 11-14.311 et 11-14.594, publié). Cette décision met fin à la jurisprudence issue en dernier lieu de l'arrêt du 8 avril 2010 qui retenait une définition large du préjudice d'agrément en droit de la sécurité sociale, comprenant le préjudice sexuel (Civ. 2, 8 avril 2010, Bull. civ. II, n° 78). Se trouve ainsi réglée la question de savoir si le préjudice sexuel en question n'était que le préjudice sexuel d'agrément ou l'entier préjudice sexuel du droit commun. La confirmation de cet abandon résulte clairement de la jurisprudence (Civ. 2, 28 juin 2012, n° 11-16.120, publié).

Son indemnisation peut atteindre 80 000 euros pour un préjudice affectant totalement et définitivement les trois aspects de la fonction sexuelle chez une jeune personne.

Ce préjudice s'accompagne souvent de l'indemnisation d'un préjudice moral pour le conjoint ou le compagnon, découlant directement de ce chef de préjudice. Cette indemnisation dépasse rarement 15 000 €.

5 – Le préjudice d'établissement

Le préjudice d'établissement peut se définir comme un préjudice tellement important qu'il fait perdre l'espoir de réaliser tout projet personnel de vie, notamment fonder une famille, élever des enfants, en raison de la gravité du handicap.

Ce préjudice concerne des personnes jeunes atteintes de traumatismes très importants. Son évaluation est nécessairement très personnalisée.

La Cour de cassation a précisé dans un arrêt du 12 mai 2011 (Civ. 2, 12 mai 2011, n° 10-17.148) que le préjudice d'établissement ne peut être confondu, ni avec le préjudice d'agrément, ni avec le préjudice sexuel. Il ne doit pas non plus se confondre avec le déficit fonctionnel permanent. Le 2 mars 2017, la Cour de cassation a ainsi jugé que le préjudice d'établissement consiste en la perte d'espoir et de chance de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité du handicap. Dès lors, viole l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, la cour d'appel qui, pour allouer une indemnité au titre du préjudice d'établissement, retient que du fait des séquelles dont la victime souffre toujours, il lui est difficile d'assumer son rôle d'époux, de père et de grand-père, de sorte qu'elle a vu sa vie familiale bouleversée, l'empêchant de faire tout projet d'avenir et altérant son rôle au sein de la cellule familiale, de tels motifs étant impropres à caractériser l'existence d'un préjudice d'établissement distinct du déficit fonctionnel permanent indemnisé par la rente versée par la sécurité sociale à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (Civ. 2, 2 mars 2017, n° 15-27.523).

La question s'est posée de l'âge à partir duquel une victime subit un préjudice d'établissement ; la Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui avait indemnisé la perte de chance de réaliser un projet de vie familiale de l'âge de la consolidation (12 ans) au décès de la victime (22 ans), sans rechercher, comme il le lui incombait, la date à compter de laquelle la victime aurait pu réaliser un projet de vie familiale si elle n'avait pas été atteinte de

son handicap, afin d'être en mesure d'apprécier l'existence et, le cas échéant, l'étendue de ce préjudice jusqu'à son décès (Civ. 1, 17 février 2021, n° 19-21.622 et 19-23.604).

Dans un arrêt du 15 janvier 2015, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a jugé que le préjudice d'établissement recouvre, en cas de séparation ou de dissolution d'une précédente union, la perte de chance pour la victime handicapée de réaliser un nouveau projet de vie familiale (Civ. 2, 15 janvier 2015, n° 13-27.761 : préalablement à l'accident, M. X... avait fondé un foyer et avait eu 3 enfants qui lui rendaient régulièrement visite malgré la rupture du couple parental, et la cour d'appel l'avait débouté de sa demande d'indemnisation du préjudice d'établissement). Le 8 juin 2017, elle a jugé que « le préjudice d'établissement répare la perte de la faculté de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité d'un handicap » et que « dès lors, doit être approuvé l'arrêt d'une cour d'appel qui, après avoir constaté qu'une victime avait adopté un enfant, en déduit que celle-ci, qui avait ainsi fondé une famille, n'avait pas subi un tel préjudice » ; en revanche, il convient d'indemniser la victime de l'ensemble des frais liés à cette adoption, lorsque l'impossibilité de procréer a été source de souffrances morales, ce dont il résulte que le recours à l'adoption était la conséquence directe de la faute de la société UCB Pharma (Civ. 2, 8 juin 2017, n° 16-19.185).

La Cour a précisé qu'une victime ayant perdu tout espoir de fonder une famille en raison des pathologies liées à son exposition au distilbène, la cour d'appel a caractérisé l'existence d'un préjudice d'établissement (Civ. 1, 11 décembre 2019, n° 19-11.862).

6 – Les préjudices permanents exceptionnels

Il convient d'indemniser les préjudices atypiques directement liés au déficit fonctionnel permanent.

Il s'agit de préjudices spécifiques soit en raison de la nature des victimes, soit en raison des circonstances ou de la nature de l'accident à l'origine du dommage (caractère collectif des catastrophes naturelles ou industrielles ou d'attentats par exemple). Pour la Cour de cassation « le préjudice permanent exceptionnel correspond à un préjudice extra-patrimonial atypique, directement lié au handicap permanent qui prend une résonance particulière pour certaines victimes en raison soit de leur personne, soit des circonstances et de la nature du fait dommageable, notamment de son caractère collectif pouvant exister lors de catastrophes naturelles ou industrielles ou d'attentats » (Civ. 2, 15 décembre 2011, n° 10-26.386 ; Civ. 2, 16 janvier 2014, n° 13-10.566 ; Civ. 2, 11 septembre 2014, n° 13-10.691 ; Civ. 2, 2 mars 2017, n° 15-27.523).

La Cour de cassation exige des juridictions du fond de caractériser un poste de préjudice permanent exceptionnel distinct des autres postes de préjudice et notamment du déficit fonctionnel permanent (Civ. 2, 16 janvier 2014, n°13-10.566).

La Cour de cassation est assez restrictive sur la preuve de ce préjudice ; à titre d'exemple, une cour d'assises a retenu que « les débats avaient révélé que les fonctionnaires de police se sont trouvés encerclés et agressés le 25 comme le 26 novembre 2007 par des jets de plomb et divers projectiles, dans l'impossibilité de se protéger efficacement, en difficulté pour évacuer ceux qui, parmi eux, étaient blessés, les véhicules et ceux de secours étant eux-mêmes la cible

des agresseurs et qu'ainsi, ces circonstances avaient engendré chez chacune des victimes un sentiment d'angoisse générateur d'un préjudice moral exceptionnel qui devait être indemnisé » ; la deuxième chambre civile casse l'arrêt au motif « qu'en statuant ainsi, alors que le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées ou dans le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent, il ne peut être indemnisé séparément, la cour d'appel a réparé deux fois le même préjudice » (Civ. 2, 5 février 2015, n° 14-10.091).

Dans un arrêt, la Cour de cassation a approuvé une cour d'appel qui avait inclus dans les souffrances endurées et dans le déficit fonctionnel permanent, le préjudice qualifié d'aviissement d'une victime de faits de prostitution forcée et de traite d'êtres humains, rejetant la qualification de préjudice permanent exceptionnel (Civ. 2, 13 décembre 2018, n° 18-10.276)

C – Les préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)

Il s'agit des préjudices spécifiques concernant les pathologies évolutives, notamment les maladies incurables dont le risque d'évolution constitue, en lui-même, un chef de préjudice distinct.

Il peut se définir comme «le préjudice résultant pour une victime de la connaissance de sa contamination par un agent exogène, quelle que soit sa nature (biologique, physique ou chimique), qui comporte le risque d'apparition, à plus ou moins brève échéance, d'une pathologie mettant en jeu le caractère vital».

Tel est le cas du préjudice lié à la contamination par le virus VIH, ou celui de l'hépatite C, la maladie de Creutzfeld-Jacob ou l'amiante.

La Cour de cassation considère qu'il s'agit d'un préjudice global incluant l'ensemble des préjudices personnels à l'exception du déficit fonctionnel permanent.

Elle a récemment précisé : Civ. 1, 16 mars 2022, pourvoi n° 20-12.020
« Le préjudice spécifique de contamination comprend l'ensemble des préjudices de caractère personnel tant physiques que psychiques résultant du seul fait de la contamination et inclut, outre les perturbations et craintes éprouvées, toujours latentes, concernant l'espérance de vie et la crainte des souffrances, les perturbations de la vie sociale, familiale et sexuelle et les préjudices esthétiques et d'agrément générés par les traitements et soins subis, ainsi que le seul risque de la survenue d'affections opportunistes consécutives à la contamination. Il n'inclut ni le déficit fonctionnel, ni les autres préjudices à caractère personnel liés à la survenue de ces affections.

Il résulte de l'article L. 3122-1 du code de la santé publique et du principe d'une réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime que l'absence de consolidation de la victime contaminée par le VIH ne fait pas obstacle à l'indemnisation du déficit fonctionnel qui est éprouvé à la suite de cette contamination et de ses conséquences. »

Sans s'en tenir à cette définition analytique, la deuxième chambre civile a estimé qu'il entrait dans la définition du préjudice spécifique de contamination la conscience par la victime de l'origine de sa maladie.

Ainsi, les héritiers d'une victime que ses proches avaient laissée dans l'ignorance de sa contamination ne peuvent-ils pas obtenir réparation de ce préjudice mais, compte tenu du décès de la victime directe, des préjudices temporaires subis par celle-ci avant sa mort (Civ. 2, 22 novembre 2012, n° 11-21.031). La guérison ne fait pas obstacle à l'indemnisation du préjudice ; la Cour de cassation a rejeté le pourvoi contre un arrêt de la cour d'appel de Bordeaux qui retenait que le préjudice spécifique de contamination peut être caractérisé même en cas de guérison après traitement, et qu'il s'apprécie alors pendant la durée de la période au cours de laquelle la victime a subi les angoisses et perturbations liées à la maladie (Civ. 2, 4 juillet 2013, n°12-23.915).

D – Le préjudice d'impréparation en matière médicale

Toute personne a le droit d'être informée, préalablement aux investigations, traitements ou actions de prévention proposés, des risques inhérents à ceux-ci, et son consentement doit être recueilli par le praticien, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle elle n'est pas à même de consentir, de sorte que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, que le juge ne peut laisser sans réparation (Civ. 1, 12 janvier 2012, n° 10-24.447). Il s'ensuit que la victime peut obtenir la réparation de son préjudice résultant de la perte de chance d'éviter le dommage par suite du manquement du médecin à son obligation d'information et de son préjudice résultant d'un défaut de préparation à la réalisation du risque compte tenu également du manquement du médecin à son obligation d'information.

La Cour de cassation juge en effet, qu'indépendamment des cas dans lesquels le défaut d'information sur les risques inhérents à un acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soins a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation de l'un de ces risques, en refusant qu'il soit pratiqué, le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, lorsque ce risque se réalise, un préjudice moral résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, qui, dès lors qu'il est invoqué, doit être réparé, de sorte que ces préjudices distincts peuvent être, l'un et l'autre, indemnisés (Civ. 1, 23 janvier 2014, n° 12-22.123 ; Civ. 1 25 janvier 2017, n° 15-27.898). Cette solution s'inscrit dans la continuité d'un arrêt rendu le 12 juin 2012 (Civ. 1, 12 juin 2012, n° 11-18.327).

Au demeurant, les professionnels de santé ne sont tenus d'informer leurs patients que sur les risques dont l'existence est connue au moment où cette information doit être délivrée (Civ. 1, 26 septembre 2012, n° 11-22.384).

La Cour de cassation a rappelé le caractère autonome du préjudice d'impréparation, dès lors que le risque s'est réalisé, indépendamment de l'existence d'une faute du professionnel de santé (Civ. 1, 9 décembre 2020, n° 19-22.055).

Section 2 – DÉTERMINATION DE LA PART D'INDEMNITÉ A LA CHARGE DU RESPONSABLE

C'est seulement après avoir évalué les préjudices qu'il y a lieu de procéder au partage de responsabilité ou à la limitation du droit à indemnisation afin de déterminer la part d'indemnité qui reste à la charge du responsable pour chaque poste de préjudice.

Section 3 – LE RECOURS DES TIERS PAYEURS

I – La notion de tiers payeurs

L'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 procède à une énumération limitative des prestations ouvrant droit à un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. La prestation de compensation du handicap (PCH) qui ne fait pas partie de la liste puisque créée en 2005, ne peut être déduite et se cumule avec l'indemnisation (Civ. 1, 19 mars 2015, n° 14-12.792 ; Civ. 2, 2 juillet 2015, n° 14-19.797 ; Civ. 1, 10 septembre 2015, n° 14-23.623). De même, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne donnant pas lieu à un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation n'a pas lieu d'être imputée sur l'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique de la victime ; ainsi, cette allocation, versée par le conseil départemental et non mentionnée par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, ne donne pas lieu à un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation, la cour d'appel a violé les articles 29 et 33 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (Civ. 2, 20 octobre 2016, n° 15-17.507). Au contraire, la Cour de cassation a jugé en 2015 que l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 ouvrent droit à recours, contre la personne tenue à réparation ou son assureur, toutes les prestations sans distinction versées en conséquence des faits dommageables par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, de sorte qu'encourt la cassation l'arrêt qui retient que les rentes de veuve et d'orphelin servies au conjoint et aux enfants du défunt par la CIPAV, qui gère un tel régime, n'entrent pas dans les prévisions de cet article (Crim., 8 décembre 2015, n° 14-87.182).

Le tiers payeur est l'organisme qui a versé l'une de ces prestations ; en pratique, il s'agit des organismes de sécurité sociale, des mutuelles, de l'employeur et parfois des sociétés d'assurances.

Il convient de préciser qu'en l'absence d'ouverture d'une action en garantie de l'ONIAM contre l'assureur de l'établissement de transfusion sanguine, le tiers payeur ne peut exercer aucun recours subrogatoire contre l'Office. En effet, les créances des tiers payeurs, liées à une contamination transfusionnelle de l'assuré par le virus de l'hépatite C, ne peuvent être mises à la charge de l'ONIAM qu'à la condition que les dommages puissent être couverts par l'assurance souscrite par l'établissement de transfusion sanguine ayant fourni les produits sanguins contaminés ; ainsi viole ces dispositions, une cour d'appel qui admet un recours subrogatoire d'une caisse contre l'ONIAM, alors qu'un arrêt définitif a écarté l'action en

garantie de ce dernier contre l'assureur de l'établissement de transfusion sanguine (Civ. 1, 16 novembre 2016, n° 15-26.932).

A – Les organismes de sécurité sociale

Le principe du recours subrogatoire des organismes de sécurité sociale est posé par l'article L.376-1 du Code de la sécurité sociale, repris par l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985.

*** RAPPEL :**

L'organisme social doit être appelé à la cause pour toute décision allouant un préjudice au titre duquel des prestations ont été versées ; à défaut, le jugement n'est pas opposable à l'organisme social qui peut en demander l'annulation pendant deux ans.

Sur intérêts civils, la mise en cause de l'organisme social par la victime peut désormais se faire après les réquisitions du ministère public à l'audience pénale (art. L.376-1 CSS modifié par la loi du 8 novembre 2016). L'intervention de l'organisme social n'est possible que si la victime se constitue partie civile (Crim., 31 janvier 2023, n° 22-82.917). Cette mise en cause ne s'impose pas pour les postes de préjudice non soumis à son recours.

L'organisme social est généralement la Caisse primaire d'assurance maladie ; il peut également s'agir d'un organisme particulier gérant un régime d'assurance maladie obligatoire (SNCF, EDF par exemple).

Le régime social des indépendants n'a plus d'existence légale depuis le 1er janvier 2020. Les missions initialement gérées par le RSI ont été transférées à CPAM pour les prestations maladie, à la CARSAT pour les prestations retraite, et à l'URSSAF pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales personnelles.

L'organisme social peut exposer deux types de dépenses apparaissant sur son état de débours : des prestations en nature (frais médicaux, frais pharmaceutiques, frais d'hospitalisation, de rééducation etc.), et des prestations en espèces correspondant aux sommes d'argent versées à la victime ; il s'agit notamment des indemnités journalières et des rentes et autres pensions versées.

B – Les mutuelles

Les mutuelles peuvent prévoir qu'elles sont subrogées dans les droits de leur adhérent victime d'un dommage corporel contre le responsable en donnant à leurs prestations un caractère indemnitaire (art. L. 224-9 du code de la mutualité).

C – L'employeur

L'Etat et certaines collectivités publiques peuvent également verser à leurs salariés des prestations énumérées à l'article L. 825-4 du code général de la fonction publique : frais médicaux et pharmaceutiques, rentes d'invalidité etc. L'employeur, qu'il s'agisse de l'Etat, d'organisme publics ou privés, est parfois conduit à maintenir des salaires ou accessoires de salaire. Les sommes versées à ce titre ouvrent droit à un recours subrogatoire.

Le caractère subrogatoire du recours permet à l'employeur de poursuivre contre le responsable le paiement des salaires maintenus, y inclus les charges salariales, mais non les charges patronales qui ne pas perçues par la victime.

L'employeur dispose d'un recours direct contre le responsable pour obtenir le remboursement des charges patronales qu'il a payées pendant l'arrêt de travail de la victime en application de l'article 32 de la loi du 5 juillet 1985. Sa demande doit être traitée indépendamment de la liquidation du préjudice.

D – Les sociétés d'assurances

L'article L.131-2 du Code des assurances leur permet d'exercer un recours subrogatoire contre le responsable du dommage, mais seulement pour les prestations à caractère indemnitaire expressément prévues au contrat.

L'article 33 de la loi de 1985 précise que le recours subrogatoire de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité ne peut être exercé que sur le solde subsistant après paiement des tiers payeurs visés à l'article 29.

E – Les fonds d'indemnisation

Les dispositions de l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 énumèrent de façon limitative les prestations ouvrant droit à recours subrogatoire, parmi lesquelles ne figure pas la prestation de compensation du handicap (PCH), d'autres textes spécifiques permettent à certains fonds ou organismes d'exercer un recours sur « les prestations indemnitaires de toute nature reçues ou à recevoir du chef du même préjudice ». La PCH relevant de cette catégorie, les juges du fond doivent la déduire de leur offre d'indemnisation (tierce personne ou frais de logement adapté ou frais de véhicule adapté) lorsqu'ils bénéficient d'un texte.

L'ONIAM peut déduire la PCH (Civ. 2, 13 février 2014, n°12-23.706).

Le FGTI peut déduire la PCH en vertu de l'article 706-9 du Code de procédure pénale (Civ. 2, 13 février 2014, n° 12-23.731 ; Civ. 2, 10 décembre 2015, n° 14-24.443 et 14-26.726). Cependant, les indemnités allouées par le FGTI ne sont pas subsidiaires à la PCH laquelle, n'ayant pas à être obligatoirement sollicitée par une victime pouvant y prétendre et n'étant pas versée par un organisme gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, ne saurait, en l'absence de demande de celle-ci, être considérée comme une indemnité à recevoir au sens de

l'article 706-9 du code de procédure pénale ; dès lors, c'est à bon droit qu'une cour d'appel, rejetant l'exception dilatoire présentée par ce Fonds, a liquidé l'indemnité due à une victime sans attendre que celle-ci demande ladite prestation (Civ. 2, 4 février 2016, n° 14-29.255 ; Civ. 2, 24 mai 2018, n° 17-17.378 ; Civ. 2, 17 janvier 2019, n° 17-24.083).

Le FGAO ne peut pas déduire la PCH en raison d'une disposition spéciale du code des assurances qui aligne le périmètre de déduction du FGAO sur le recours subrogatoire de droit commun (article 29 limitatif) au motif que le FGAO est plus un assureur substitué qu'un fonds d'indemnisation (Crim., 1^{er} septembre 2015, n°14-82.251). Après avoir jugé que la PCH avait un caractère indemnitaire et pouvait être déduite de l'indemnisation par le FGAO (Civ. 2, 16 mai 2013, n° 12-18.093), la deuxième chambre civile s'est finalement alignée en retenant que n'étant pas mentionnée à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, la PCH n'ouvre droit à aucune action contre la personne tenue à réparation du dommage et ne peut donc être imputée sur l'indemnité allouée (Civ. 2, 6 février 2020, n° 18-19.518).

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément ne revêtent pas un caractère indemnitaire et ne doivent pas être pris en compte (Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855). La première chambre civile l'a confirmé (Civ. 1, 2 juin 2021, n° 20-10.995).

La Cour de cassation a rappelé le 20 octobre 2016 que selon l'article 706-9 du code de procédure pénale, la CIVI tient compte, dans le montant des sommes allouées à la victime au titre de la réparation de son préjudice, des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs au titre du même préjudice. Elle a en conséquence jugé que viole ces dispositions, la cour d'appel qui retient que le capital-décès versé par une mutuelle revêt un caractère forfaitaire et n'a pas à être pris en compte dans le calcul du préjudice d'une victime après avoir constaté que les revenus du défunt étaient pris en considération pour le calcul du montant de ce capital-décès, ce dont il résultait que celui-ci n'était pas indépendant, dans ses modalités de calcul et d'attribution, de celles de la réparation du préjudice selon le droit commun et revêtait en conséquence un caractère indemnitaire. Elle a en revanche considéré que la cour d'appel, qui constate qu'une rente éducation versée par une mutuelle est calculée par pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale, fixé en fonction du statut de cadre ou non cadre du salarié, et qu'il n'est pas tenu compte de la situation de l'enfant ainsi que de la part de revenus que l'assuré consacrait à son entretien et son éducation pour déterminer son montant, en déduit exactement qu'elle revêt un caractère forfaitaire et qu'il n'y a pas lieu de la prendre en compte dans le calcul des sommes dues à la victime par la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (Civ. 2, 20 octobre 2016, n° 15-24.812).

II – Le mécanisme du recours subrogatoire

Les règles applicables ont été profondément modifiées par la loi du 21 décembre 2006. Pour mémoire, il sera rappelé succinctement qu'avant cette modification trois règles étaient prévues ou déduites des textes en vigueur :

- le recours s'exerçait dans la limite de la part d'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel ;

- le recours était limité à la part du préjudice soumis à recours des tiers payeurs, mis à la charge du responsable du dommage ;
- l'éventuel partage de responsabilité n'était pas opposable aux tiers payeurs.

L'application de cette dernière règle avait pour effet en cas de partage de responsabilité entre la victime et le responsable de priver la victime, en tout ou en partie, d'une indemnisation complémentaire au-delà des indemnisations prises en charge par le tiers payeur.

A – L'assiette du recours

L'article L.376-1 du Code de la sécurité sociale et l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 ont été modifiés par la loi du 21 décembre 2006.

L'article L.376-1 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

“ Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

“ Conformément à l'article 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.

“ Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.”

L'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 est modifié dans les mêmes termes.

L'assiette du recours est donc constituée, pour chaque prestation, par l'indemnité à la charge du responsable au titre du poste de préjudice correspondant à cette prestation. Cette question ne pose pas trop de difficultés pour les frais médicaux ou les indemnités journalières ; la Cour de cassation a jugé que lorsque les indemnités journalières versées avant la date de consolidation par les tiers payeurs excèdent la perte de gains professionnels de la victime, une cour d'appel, qui a procédé à l'imputation de ces prestations sur le poste de préjudice qu'elles avaient indemnisé, a décidé à bon droit que l'action subrogatoire des tiers payeurs ne pouvait s'exercer que dans la limite de cette perte de gains et au prorata de leurs créances respectives (Civ. 2, 19 novembre 2015, n° 14-24.937).

En revanche, l'affectation à tel ou tel poste de préjudice est parfois plus délicate (ou plus discutée) pour une rente accident du travail ou une pension d'invalidité. S'il n'était pas discutable que la rente accident du travail pouvait s'imputer sur les pertes de gains professionnels futurs et l'incidence professionnelle, la question était plus délicate s'agissant du déficit fonctionnel permanent. Après avoir jugé que la rente accident du travail pouvait s'imputer sur le déficit fonctionnel permanent dans plusieurs arrêts de mai et juin 2009, la Cour de cassation a évolué en jugeant désormais que la rente accident du travail ne répare pas

le déficit fonctionnel permanent (Ass. Plén., 20 janvier 2023, pourvoi n° 21-23.947 et 20-23.673).

Il convient de noter ici que l'article L.454-1 du Code de la sécurité sociale applicable pour les accidents du travail et les accidents de trajet n'a pas été modifié par la loi du 21 décembre 2006. Mais la Cour de cassation a rendu trois avis le 29 octobre 2007 (Avis, 29 octobre 2007, n° 07-00015, 07-00016 et 07-00017) selon lesquels la réforme s'applique pour les accidents du travail (art. L.454-1 du Code de la sécurité sociale) et aux recours exercés par l'Etat et d'autres collectivités publiques (ordonnance du 7 janvier 1959 codifiée aux articles L. 825-1 et suivants du code général de la fonction publique).

B – La mise en œuvre du recours

1 – La détermination des créances des tiers payeurs

Les tiers payeurs doivent justifier le montant de leurs créances (article 15 du décret n° 86-15 du 6 janvier 1986). En général, l'organisme de sécurité sociale appelé à la cause verse aux débats un état de sa créance (provisoire ou définitif) qui permettra de justifier sa créance.

Bien souvent, la victime n'a pas connaissance des frais médicaux et d'hospitalisation pris en charge par l'organisme social ; or, ces frais doivent être pris en compte dans l'évaluation du préjudice de la victime. La justification de ces frais est donc nécessaire à deux titres : pour évaluer les préjudices, puis pour déterminer le montant de la créance de l'organisme social pour chaque poste de préjudice.

La Cour de cassation a sanctionné une cour d'appel, qui a condamné un « praticien à verser à la caisse la somme de 81 884,79 euros au titre des dépenses liées aux frais médicaux et pharmaceutiques, arrêtés au 27 août 2014, et aux frais d'hospitalisation jusqu'au 16 décembre 2011, dans la limite de 80% en raison de la perte de chance retenue, outre une indemnité forfaitaire de gestion », en « omettant de procéder à l'évaluation préalable du poste dépenses de santé actuelles sur lequel la victime dispose d'un droit de préférence et en ordonnant une expertise visant notamment à fournir tous éléments permettant de fixer le coût des frais médicaux et paramédicaux actuels » (Civ. 2, 8 novembre 2017, n° 16-25.851).

Le recours étant subrogatoire, il suppose le paiement préalable par le tiers payeur à la victime subrogeante pour opérer le transfert de la dette. Cette condition ne pose pas de difficulté lorsque les prestations ont déjà été versées. En revanche, les frais futurs concernant des prestations à venir peuvent être capitalisés. Ils ne seront cependant payés par le responsable au tiers payeur qu'après paiement effectif des prestations à la victime : le juge ne peut condamner le responsable, sans son accord préalable, à payer le montant du capital représentatif des arrérages à échoir (Civ. 2, 7 février 1990, Bull. civ. II, n° 21 ; Civ. 2, 23 mai 2019, n° 18-14.332) ; seul l'Etat, les collectivités locales et les établissements publics peuvent exiger le versement du capital représentatif en application de l'ordonnance du 7 janvier 1959

codifiée aux articles L. 825-1 et suivants du code général de la fonction publique (Civ. 2, 10 juin 1998, n° 96-20.905).

Lorsque l'appel en cause a été fait, trois hypothèses sont à envisager :

- Le tiers payeur intervient soit pour présenter une demande de remboursement, soit pour faire connaître le montant des prestations versées. Il est alors possible de statuer.
- Le tiers payeur n'intervient pas mais communique à la juridiction le montant des prestations versées. S'il s'agit de prestations dues au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, l'article 15 du décret du 6 janvier 1986 autorise cette simple communication et permet à la juridiction de statuer. S'il s'agit d'autres prestations, l'intervention doit être formalisée.

La Cour de cassation a également censuré une cour d'appel qui a réparé le préjudice soumis à recours de la victime sans déduire la pension d'invalidité servie par la caisse primaire d'assurance maladie qui s'impute, même si celle-ci n'exerce pas son recours, sur les pertes de gains professionnels futurs, l'incidence professionnelle et, en cas de reliquat, sur le déficit fonctionnel permanent (Civ 2, 29 mars 2018, n° 17-15.260).

- Le tiers payeur n'intervient pas et ne communique pas le montant des prestations versées. La Cour de cassation rappelle régulièrement que le juge ne peut pas statuer sans connaître le montant de ces prestations (Cass. ass. plén, 31 oct. 1991, n° 89-11.514, 88-19.689 et 88-17.449). Dans ce cas, le juge doit surseoir à statuer (Crim., 18 mars 2014, n° 12-87.521) ou enjoindre le tiers payeur à produire le décompte de ses débours (Civ. 2, 16 janvier 2004, n° 12-28.119). Les règles concernant les modalités d'imputation du recours des tiers payeurs sont effectivement d'ordre public et doivent être appliquées même en l'absence de prétention du tiers payeur relative à l'assiette du recours (Civ. 2, 13 juin 2013, n° 12-19.437).

2 – La répartition de l'indemnité à la charge du responsable entre la victime et les tiers payeurs

Le recours poste par poste va permettre de limiter la soustraction des créances des tiers payeurs à chaque poste de préjudice.

En cas d'indemnisation partielle de la victime par les prestations sociales, il faut appliquer les règles de la subrogation et notamment le droit de préférence prévu par l'article 1346 du code civil : de sorte que, ce ne sont plus les tiers payeurs mais la victime qui bénéficie depuis la loi du 21 décembre 2006 d'un droit de préférence sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs ne pouvant exercer leur recours que sur le solde (Civ. 2, 15 avril 2010 n° 09-14.042).

Il convient successivement :

- de fixer l'indemnité allouée au titre du poste de préjudice sans tenir compte des prestations versées par les tiers payeurs ;
- de déterminer la dette du tiers responsable en faisant application de la réduction du droit à indemnisation ou du partage de responsabilité ;

- d'allouer à la victime ce qui lui reste dû après déduction des prestations ayant partiellement réparé ce poste mais dans la limite de l'indemnité mise à la charge du tiers responsable ;
- d'accorder le solde au tiers payeur (indemnité mise à la charge du tiers responsable après déduction de l'indemnité revenant à la victime).

Par exemple : si le préjudice est évalué à 100 et qu'il y a un partage de responsabilité par moitié, le responsable ne devra payer que 50. Si la créance de l'organisme social est de 70, le droit préférentiel de la victime, assurée sociale, lui permet de recourir contre le responsable pour 30 et le recours du tiers payeur sera limité à 20.

Si plusieurs tiers payeurs viennent en concurrence, la CPAM et une mutuelle par exemple, il convient de répartir le solde de l'indemnité correspondant au poste de préjudice pour lequel les prestations ont été versées, au prorata de chacune des créances des tiers payeurs.

EXEMPLE :

Soit une victime dont le préjudice est évalué comme suit :

1- préjudice patrimonial

- dépenses de santé actuelles : 1.100 € dont 600 € remboursés par la CPAM et 300 € remboursés par la mutuelle ;
- perte de gains professionnels actuels : 2.300 € par mois pendant 3 mois ; elle a perçu 1.500 € d'indemnités journalières par mois et un complément mensuel de 500 € de sa mutuelle.

2- préjudice extra-patrimoniaux

- déficit fonctionnel temporaire : 1.500 €
- déficit fonctionnel permanent : 9.200 €

On suppose enfin un partage de responsabilité à hauteur de 3/4 à la charge du responsable ;

L'indemnité à la charge du responsable sera répartie comme suit :

Poste « dépenses de santé actuelles » :

- Le préjudice étant évalué à 1.100 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de $1.100 \times \frac{3}{4} = 825$ € ;
- On applique l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 selon lequel, si la victime n'a été indemnisée qu'en partie (ce qui est le cas puisqu'elle a eu 200 € à sa charge), elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par priorité au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle ; dans notre cas, il

lui reste dû 200 € que l'on prélève sur l'indemnité à la charge du responsable pour les distribuer à la victime.

- On répartit le solde de l'indemnité à la charge du responsable : $825 \text{ €} - 200 \text{ €} = 625 \text{ €}$ en l'attribuant aux tiers payeurs au titre de leur recours subrogatoire. Dans notre cas, il y a deux tiers payeurs qui viennent en concurrence ; il convient donc de répartir ce solde de 625 € au prorata de leur créance selon une règle de trois : créance multipliée par la somme à répartir divisé par le total des créances :

Pour la CPAM : $600 \text{ €} \times 625 \text{ €} / 900 \text{ €} = 416,67 \text{ €}$

Pour la mutuelle : $300 \text{ €} \times 625 \text{ €} / 900 \text{ €} = 208,33 \text{ €}$

Poste « pertes de gains professionnelles actuelles » : nous utilisons la même méthodologie :

- le préjudice est évalué à 6.900 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de $6.900 \times \frac{3}{4} = 5.175 \text{ €}$.
- on applique l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 selon lequel, si la victime n'a été indemnisée qu'en partie (ce qui est le cas puisqu'elle a eu 900 € à sa charge), elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par priorité au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle ; dans notre cas, il lui reste dû 900 € que l'on prélève sur l'indemnité à la charge du responsable pour les distribuer à la victime.

- On répartit le solde de l'indemnité à la charge du responsable : $5.175 \text{ €} - 900 \text{ €} = 4.275 \text{ €}$ en l'attribuant aux tiers payeurs au titre de leur recours subrogatoire. Dans notre cas, il y a deux tiers payeurs qui viennent en concurrence ; il convient donc de répartir ce solde de 4.275 € au prorata de leur créance selon une règle de trois : créance multipliée par la somme à répartir divisé par le total des créances :

Pour la CPAM : $4.500 \text{ €} \times 4.275 \text{ €} / 6.000 \text{ €} = 3.206,25 \text{ €}$

Pour la mutuelle : $1.500 \text{ €} \times 4.275 \text{ €} / 6.000 \text{ €} = 1.068,75 \text{ €}$

Poste « déficit fonctionnel temporaire

- le préjudice est évalué à 1.500 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de $1.500 \times \frac{3}{4} = 1.125 \text{ €}$.
- S'agissant d'un préjudice au titre duquel aucune prestation n'a été versée, il n'y a pas de recours des tiers payeurs et la totalité de l'indemnité à la charge du responsable est attribuée à la victime.

Poste « déficit fonctionnel permanent » :

- le préjudice est évalué à 9.200 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de 6.900 €
- s'agissant d'un préjudice au titre duquel aucune prestation n'a été versée, il n'y a pas de recours des tiers payeurs et la totalité de l'indemnité à la charge du responsable est attribuée à la victime.

Il est possible de récapituler l'ensemble de ce raisonnement à travers le tableau suivant :

<i>Postes de préjudices</i>	<i>Evaluation du préjudice</i>	<i>indemnité à la charge du responsable</i>	<i>du à la victime</i>	<i>du à la CPAM</i>	<i>du à la mutuelle</i>
<i>dépenses de santé actuelles</i>	<i>1.100</i>	<i>825</i>	<i>200</i>	<i>416,67</i>	<i>208,33</i>
<i>perte de gains professionnels actuels</i>	<i>6.900</i>	<i>5.175</i>	<i>900</i>	<i>3.206,25</i>	<i>1.068,75</i>
<i>déficit fonctionnel temporaire</i>	<i>1.500</i>	<i>1.125</i>	<i>1125</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>déficit fonctionnel permanent</i>	<i>9.200</i>	<i>6.900</i>	<i>6.900</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Total</i>	<i>18.700</i>	<i>14.025</i>	<i>9.125</i>	<i>3.622,92</i>	<i>1.277,08</i>

Pour une application jurisprudentielle, cf. Civ. 2, 8 juillet 2021, n° 10-14.504.

On notera enfin qu'il résulte de l'article L. 376-1 du CSS et de l'article 30 de la loi du 5 juillet 1985 que, sauf accord du tiers responsable sur le paiement d'un capital, les caisses de sécurité sociale ne peuvent prétendre au remboursement de leurs dépenses qu'au fur et à mesure de leur engagement (Civ. 2, 23 mai 2019, n° 18-14.332 ; Crim., 5 janvier 2021, n° 19-86.409).

Section 4 - LES PRÉJUDICES DES VICTIMES INDIRECTES

Il convient d'envisager ici l'indemnisation des proches de la victime blessée ; il s'agit donc d'une action directe des proches de la victime contre le responsable du dommage.

Cette action doit être distinguée de l'action directe des proches pour obtenir l'indemnisation de leurs préjudices en cas de décès ; l'évaluation de ces préjudices est évoquée au chapitre suivant (cf. chapitre 4).

Elle doit également être distinguée de l'action successorale que peuvent exercer les héritiers pour faire entrer dans le patrimoine successoral l'indemnisation des préjudices subis par le défunt entre le dommage et le décès ; l'indemnisation de ces préjudices est évoquée à la section du présent chapitre.

Il s'agit donc des proches de la victime directe du dommage. La victime indirecte peut subir un préjudice moral, notamment au titre du préjudice d'accompagnement, mais également un préjudice économique propre : il peut s'agir de frais temporaires de déplacement ou d'hébergement pour visiter la victime blessée, mais il peut également s'agir de pertes de revenus pour assister la victime blessée ou handicapée.

La Cour de cassation a posé les limites de l'indemnisation des victimes indirectes dans un arrêt du 27 février 1970 en exigeant la preuve d'un préjudice personnel, direct, certain et licite (Cass. ch. mixte, 27 février 1970, JCP 1970.II. 16305)

Il convient d'être vigilant en la matière pour ne pas indemniser deux fois le même préjudice. En effet, les frais occasionnés par les proches peuvent faire l'objet d'une demande desdits proches en leur qualité de victime indirectes, mais ils peuvent également faire l'objet d'une demande de la victime directe au titre des frais divers.

Lorsqu'un conjoint cesse de travailler pour assister l'autre conjoint handicapé, le cumul de l'indemnisation de la tierce personne et des pertes de revenus du conjoint assistant peut conduire à une double indemnisation. Dans un arrêt du 8 juin 2017, la Cour de cassation a été saisie de la question de l'articulation entre l'indemnisation de la tierce personne de la victime directe et celle de la perte de revenus du proche, contraint de quitter son emploi pour exercer le rôle de tierce personne et a confirmé que ces deux postes de préjudices n'ont pas vocation à se cumuler ; ainsi prive de base légale sa décision une cour d'appel qui s'est déterminée sans rechercher si la victime indirecte, qui avait cessé son activité pour s'occuper de son mari, ne subissait pas un préjudice économique personnel en lien direct avec l'accident consistant en une perte de gains professionnels qui ne serait pas susceptible d'être compensée par sa rémunération telle que permise par l'indemnité allouée à la victime directe au titre de son besoin d'assistance par une tierce personne (Civ. 2, 8 juin 2017, n° 16-17.319).

On rappellera ici que le partage de responsabilité ou la limitation du droit à indemnisation sont opposables aux victimes indirectes (article 6 de la loi du 5 juillet 1985 pour les accidents de la circulation, et jurisprudence constante depuis Ass. Plén., 19 juin 1981, pourvoi n° 78-91.827).

I – Les préjudices patrimoniaux

A – La perte de revenus des proches

Le déficit fonctionnel permanent dont reste atteinte la victime du dommage peut engendrer une perte ou une diminution de revenus pour les autres membres de la famille.

Pour évaluer ce préjudice, il doit être démontré qu'en plus de la perte de revenus de la victime, déjà indemnisée directement, d'autres membres de la famille subissent une perte de revenus; c'est notamment le cas lorsqu'ils sont obligés de modifier leur vie professionnelle pour assister la victime handicapée.

C'est l'hypothèse du conjoint qui cesse de travailler pour assister la victime ; il conviendra cependant de déduire de la perte de revenu l'indemnisation perçue par la victime directe au titre de l'assistance tierce personne.

Au-delà de cette perte de revenu, la Cour de cassation a admis l'indemnisation de l'épouse qui ne peut plus compter sur l'aide de son mari pour les tâches ménagères et la prise en charge des enfants qu'elle doit dorénavant assumer seule, ce préjudice s'analysant en un « surcroît d'activité » imposé par l'état de son mari, préjudice distinct du préjudice résultant pour la victime directe de sa perte d'autonomie (Civ. 2, 13 juin 2013, n°12-15.632).

S'agissant d'un couple dont l'épouse, polyhandicapée depuis longtemps, bénéficiait de l'assistance de son mari décédé dans l'accident, celle-ci a obtenu l'indemnisation de la perte de chance de bénéficier, sa vie durant, de l'assistance de son époux (Crim., 27 mai 2014, n° 13-82.116).

Encourt la censure l'arrêt qui rejette la demande de la mère d'un enfant victime d'un accident tendant à l'indemnisation de sa perte de revenus et de droits à la retraite, au motif que le besoin en tierce personne de l'enfant a été par ailleurs indemnisé, sans rechercher si la mère de l'enfant avait été obligée d'abandonner son emploi pour s'occuper de son fils et si, de ce fait, elle avait subi un préjudice économique personnel en lien direct avec l'accident consistant en une perte de gains professionnels et de droits à la retraite qui ne serait pas susceptible d'être compensée par sa rémunération telle que permise par l'indemnité allouée à la victime directe au titre de son besoin d'assistance par une tierce personne (Civ. 2, 14 avril 2016, n° 15-16.697).

B – Les frais divers des proches

Il s'agit d'indemniser les proches de la victime pour les frais de transport, d'hébergement et de restauration engagés pendant la maladie traumatique et éventuellement après consolidation.

Ces frais sont parfois indemnisés au titre des frais divers de la victime directe pendant l'incapacité temporaire lorsque ces frais sont avancés par elle pour faire venir ses proches.

Il convient donc de veiller à ne pas indemniser deux fois le même préjudice.

De même, ne constituent pas un préjudice consécutif à l'accident dont sa mère a été victime, les frais d'hébergement et de soins d'une personne qui, en raison de son handicap, doit être accueillie en foyer d'accueil médicalisé, peu important qu'elle ait, avant l'accident, été hébergée par sa mère, victime directe (Civ. 2, 19 mai 2016, n° 11-22.684).

La Cour de cassation a également jugé que si l'aménagement du logement de la victime pour l'adapter aux contraintes liées à son handicap constitue un préjudice qui lui est propre, les frais engagés par ses proches pour rendre leur logement accessible afin de pouvoir la recevoir, constituent un élément de leur préjudice économique ; elle a considéré que c'est dans

l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation que la cour d'appel a retenu que les parents de la victime justifiaient d'un préjudice résultant de la nécessité d'installer une rampe d'accès permettant à leur fils de leur rendre visite en fauteuil roulant et que son frère était fondé à obtenir la prise en charge des frais d'adaptation d'une chambre en rez-de-chaussée (Civ. 2, 5 octobre 2017, n° 16-22.353).

II – Les préjudices extra-patrimoniaux

A – Le préjudice d'affection

Il s'agit du préjudice moral subi par certains proches, parents ou non, mais justifiant d'un lien affectif réel, au contact de la souffrance de la victime directe. Il convient d'inclure à ce titre le retentissement pathologique objectivé que la perception du handicap de la victime a pu entraîner chez certains proches (Civ. 1, 11 janvier 2017, n° 15-16.282)

Ce préjudice peut être indemnisé par référence au préjudice d'affection en cas de décès.

B – Les préjudices extra patrimoniaux exceptionnels

Il s'agit d'indemniser les troubles dans les conditions d'existence dont sont victimes les proches justifiant d'une communauté de vie effective et affective avec la victime directe pendant sa survie handicapée (Civ. 2, 21 novembre 2013, n° 12-28.168)

L'évaluation de ce préjudice est nécessairement très personnalisée et spécifique. On indemniserait notamment à ce titre le préjudice sexuel du conjoint (ou concubin) consécutif au handicap subi par la victime pendant la maladie traumatique et après sa consolidation.

CHAPITRE 4 – INDEMNISATION DES PREJUDICES SUBIS EN CAS DE DECES

Section 1 – LES PREJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX

I – Le préjudice d'affection

Le préjudice d'affection est le préjudice moral subi par les proches à la suite du décès de la victime directe. S'il convient d'indemniser systématiquement les parents les plus proches, le préjudice est d'autant plus important qu'il existait une communauté de vie avec la victime. Cette communauté de vie peut justifier l'indemnisation d'un proche dépourvu de lien de parenté.

Le préjudice d'affection de la victime, qui correspond à l'atteinte à un sentiment qui pourrait exister sans conséquences pathologiques, peut se cumuler avec l'atteinte à son intégrité psychique, réparée au titre des souffrances endurées et du déficit fonctionnel permanent. Ainsi, n'indemnise pas deux fois le même préjudice, une cour d'appel qui alloue à la veuve d'une victime d'infraction une certaine somme au titre du préjudice d'affection résultant de la douleur d'avoir perdu son conjoint, lequel est distinct du préjudice résultant de l'atteinte à son intégrité psychique, consécutive à l'accident, réparé au titre des postes des souffrances endurées et du déficit fonctionnel permanent (Civ. 2, 23 mars 2017, n° 16-13.350).

Dans un arrêt du 3 mai 2016, la Cour de cassation a jugé que justifie sa décision la cour d'appel qui, pour rejeter la demande présentée par un père au nom de ses filles au titre de la perte de la possibilité d'être élevées par leur mère, retient qu'un tel préjudice est inclus dans la réparation du préjudice moral et d'affection (Civ. 2, 3 mai 2016, n° 15-81.732).

Le 14 décembre 2017, la Cour de cassation a également jugé que « dès sa naissance, l'enfant peut demander réparation du préjudice résultant du décès accidentel de son père survenu alors qu'il était conçu ; qu'ayant estimé que Zachary C... souffrait de l'absence définitive de son père décédé dans l'accident du [...], la cour d'appel a caractérisé l'existence d'un préjudice moral ainsi que le lien de causalité entre le décès accidentel de Abdallah C... et ce préjudice » (Civ. 2, 14 décembre 2017, n° 16-26.687).

La Cour de cassation a également jugé que le préjudice lié à l'impossibilité des relations sexuelles avec son conjoint en raison de son décès est indemnisé au titre du préjudice d'affection (Civ. 1, 30 juin 2021, n° 19-22.787).

Des propositions d'indemnisation apparaissent dans le tableau suivant :

Préjudice du conjoint (ou concubin) en cas de décès de l'autre conjoint :	20.000 € à 30.000 €
Préjudice de l'enfant en cas de décès du père ou de la mère :	
- enfant mineur	25.000 € à 30.000 €
- enfant mineur déjà orphelin	Majoration de 40% à 60%
- enfant majeur vivant au foyer	15.000 € à 25.000 €
- enfant majeur vivant hors du foyer	11.000 € à 15.000 €
Préjudice du parent pour la perte d'un enfant :	20.000 € à 30.000 €
Préjudices des frères et sœurs :	
- vivant au sein du même foyer	9.000 € à 14.000 €
- ne vivant pas au même foyer	6.000 € à 9.000 €
Préjudice du grand-parent pour la perte d'un petit-enfant :	
- relations fréquentes	11.000 € à 14.000 €
- relations peu fréquentes	7.000 € à 10.000 €
Préjudice du petit-enfant pour la perte d'un grand-parent :	
- relations fréquentes	6.000 € à 10.000 €
- relations peu fréquentes	3.000 € à 7.000 €

Les autres parents ou proches de la victime doivent rapporter la preuve d'un lien affectif spécifique justifiant une indemnisation qui ne dépassera qu'exceptionnellement 3.000 €.

II – Le préjudice d'accompagnement

Le préjudice spécifique d'accompagnement de fin de vie a pour objet d'indemniser les troubles et perturbations dans les conditions d'existence d'un proche. Il s'agit d'indemniser le préjudice moral subi par les proches de la victime pendant la maladie traumatique jusqu'à son décès.

On indemnise notamment le préjudice résultant des troubles dans les conditions d'existence pour les proches qui partageaient habituellement une communauté de vie affective et effective avec le défunt, pendant cette période entre le dommage et le décès (Civ. 1, 11 décembre 2019, pourvoi n° 19-11.862).

La communauté de vie affective est indispensable pour indemniser ce poste de préjudice ; la Cour de cassation l'a récemment rappelé en refusant d'indemniser le préjudice d'accompagnement de la belle-sœur et des nièces qui entretenait pourtant des liens étroits avec la victime (Civ. 2, 21 novembre 2013, n° 12-28.168).

L'évaluation de ce préjudice est nécessairement très personnalisée.

Le régime spécifique de prise en charge des infections nosocomiales par l'ONIAM visé à l'article L. 1142-1-1 du Code de la santé publique est distinct de celui de l'article L. 1142-1, II, de sorte que ne sont pas applicables ses dispositions qui limitent la réparation aux seuls préjudices du patient et, en cas de décès, de ses ayants droits. Autrement dit, lorsque la solidarité est mise en jeu au titre de l'article L. 1142-1-1, tant la victime directe que la victime indirecte peuvent être indemnisées suite à l'infection nosocomiale. Au cas d'espèce, le préjudice d'accompagnement devait être indemnisé par l'ONIAM (Civ. 1, 8 février 2017, n° 15-19.716).

Le Conseil d'État juge qu'en prévoyant, depuis la loi du 9 août 2004, l'indemnisation au titre de la solidarité nationale des ayants droit d'une personne décédée, en raison d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, les dispositions du premier alinéa du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique ouvrent un droit à réparation aux proches de la victime, qu'ils aient ou non la qualité d'héritiers, qui entretenaient avec elle des liens étroits, dès lors qu'ils subissent, du fait de son décès, un préjudice direct et certain (CE, 3 juin 2019, n° 414098).

Section 2 – LES PREJUDICES PATRIMONIAUX

I – Les frais d'obsèques

Le décès de la victime peut entraîner, pour ses proches, certaines dépenses constitutives d'un préjudice indemnisable.

Il s'agit d'abord des frais d'obsèques et de sépulture engagés par les proches (Civ. 1, 14 mai 1992, D. 1993 p.247).

L'évaluation de ce préjudice est purement objective, sur facture ; la jurisprudence limite cependant l'indemnisation lorsque les frais apparaissent somptuaires (Crim, 22 janvier 1997, n° 96-80.048)

La demande d'indemnisation d'un caveau comprenant plusieurs places ne saurait donner lieu à une indemnisation à hauteur du prix total du caveau ; mais l'indemnisation proportionnelle au nombre de places ne répare pas intégralement le préjudice dans la mesure où un caveau pour une personne coûte bien plus que le quart d'un caveau de quatre places.

Le tiers payeur ayant versé des prestations indemnisant les frais funéraires peut exercer son recours subrogatoire sur ce poste de préjudice.

II – Les frais divers

Il s'agit des frais éventuels de transport et de séjour (hébergement et repas) au chevet de la victime avant son décès.

Pour l'indemnisation des frais de repas, le préjudice est constitué par la différence entre le prix du repas à l'extérieur et le prix d'un repas chez soi.

Il faut noter que dans un arrêt du 9 juin 2016, la Cour de cassation a jugé que la charge pesant sur les tuteurs d'enfants mineurs à la suite d'une infraction pénale est sans relation directe avec les faits qui ont fondé la poursuite et qu'elle ne peut être éventuellement compensée que par des indemnités déterminées par le conseil de famille et payables sur le patrimoine des mineurs ; une cour d'appel est dès lors censurée pour avoir alloué au tuteur et à son épouse une indemnité au titre des frais d'aménagement de leur logement nécessaires pour accueillir leurs petits-enfants, au motif que ces frais étaient en lien direct avec le décès de la victime directe, puisqu'ils n'auraient pas eu à engager de tels frais si cet événement ne s'était pas produit (Civ. 2, 9 juin 2016, n° 15-20.632).

III – Les pertes de revenus des proches

Le préjudice patrimonial des proches de la victime est surtout constitué par les pertes de revenus de la victime directe. Le décès du parent actif engendre pour le conjoint survivant et les enfants un préjudice économique dont l'évaluation doit se faire in concreto.

Le préjudice économique peut également être constitué par la perte d'une activité non rémunérée de la victime décédée ; par exemple, le décès de la mère au foyer engendre pour l'époux survivant des frais pour la garde des enfants et l'entretien du logement. En revanche, la perte d'industrie du défunt ne peut entrer dans la définition du revenu de référence (Civ. 2, 7 avril 2011, n° 10-15.918).

Il arrive enfin que le décès de la victime entraîne la diminution ou la perte des revenus professionnels de la victime par ricochet ; c'est l'hypothèse du décès brutal qui engendre, chez le conjoint survivant un traumatisme justifiant un arrêt de l'activité professionnelle (Civ. 2, 26 novembre 2020, n° 19-20.483).

Le processus d'évaluation de ce préjudice pour le conjoint survivant et les enfants consiste à rechercher la perte annuelle pour les survivants, à la répartir entre eux en fonction de la durée pendant laquelle ils pouvaient normalement y prétendre :

- rechercher le revenu annuel global net imposable du ménage avant le décès (cf. avis d'imposition ; il convient ici de prendre en compte les revenus professionnels annuels du défunt avant impôts (Crim., 12 janvier 2010, n° 09-80.679), comprenant éventuellement les avantages en nature et tenant compte des chances de promotion, mais pas la « perte d'industrie » (capacité de bricolage), ainsi que les revenus professionnels du conjoint (ou

concubin) survivant ; si le conjoint survivant n'exerçait pas d'activité professionnelle avant le décès, les revenus professionnels qu'il pourra percevoir après le décès ne doivent pas être pris en compte, pas plus que la circonstance qu'il a reconstruit un foyer avec un tiers (Crim., 29 juin 2010, n° 09-82.462).

La Cour de cassation a récemment jugé que l'évaluation du préjudice économique de la victime indirecte doit prendre en compte la date prévisible d'accession à la retraite du défunt ; cela implique de distinguer deux périodes de revenus : le revenu de référence perçu par la victime directe avant la date prévisible de la retraite, puis le revenu de référence postérieur à cette date (Civ. 1, 13 mars 2019, n° 18-14.647).

- déduire de ce revenu global la part de dépenses personnelles de la victime décédée (30% à 40% pour un couple sans enfant ; 15% à 20% pour un couple avec plusieurs enfants) ;

- déduire du montant obtenu les revenus du conjoint survivant : revenus existant avant le décès et subsistant après le décès mais aussi les revenus consécutifs au décès : une pension de réversion doit être prise en compte pour déterminer, au vu des revenus revalorisés du ménage, la perte de revenus de la veuve et des enfants (Civ. 2, 8 juillet 2004, n° 03-12.323), sauf s'il s'agit d'une prestation ouvrant droit à recours (Civ. 2, 3 mai 2018, n° 16-24.099) ; le capital décès ne doit pas être pris en compte comme une ressource, mais s'il s'agit d'une prestation sociale versée par l'organisme de sécurité sociale, il peut faire l'objet d'un recours subrogatoire sur ce poste de préjudice (Civ. 2, 28 mars 2013, n° 12-14.465). La rente versée, en application de l'article L. 434-8 du CSS, au conjoint survivant d'un accident mortel du travail indemnise les pertes de revenus de ce conjoint (Civ. 2, 19 février 2009, n° 08-11.639) et permet en conséquence l'exercice du recours subrogatoire ;

Le remariage du conjoint survivant ne doit pas être pris en compte ; la Cour de cassation a jugé qu'un arrêt retient à bon droit que si, après le décès de sa première épouse, le conjoint survivant s'est remarié et bénéficie de nouvelles ressources liées au salaire perçue par sa seconde épouse, celles-ci résultent de la réorganisation de son existence et ne sont pas la conséquence directe du décès, de sorte qu'elles n'ont pas à être prise en compte (Civ. 1, 7 octobre 2020, n° 19-17.041) ;

- Le solde constitue la perte annuelle patrimoniale du foyer (conjoint survivant et enfants) ;

- capitaliser la perte patrimoniale du foyer en multipliant la perte annuelle du foyer par le prix de l'euro de rente viagère) ; il convient ici de prendre en compte l'âge et le sexe de celui des deux époux qui serait décédé en premier (l'homme si la différence d'âge entre les deux conjoints est marginale, la femme si celle-ci est nettement plus âgé que son conjoint) ; le même principe s'applique si la victime qui subit un préjudice économique est un ascendant, un frère ou une sœur du défunt.

- Calculer le préjudice économique des enfants en pourcentage de la perte annuelle du foyer : 10% à 25 % chacun selon le nombre d'enfant et le niveau de vie de la famille. Ce préjudice économique annuel de chaque enfant sera multiplié par le prix de l'euro de rente temporaire limitée à l'âge auquel l'enfant sera autonome (18, 21 ou 25 ans, voire 29 ans) ; s'agissant d'un enfant dont rien n'indique qu'il ne fera pas d'études supérieures, on retient en général

l'âge de 25 ans ; si le défunt était débiteur d'une pension alimentaire, le préjudice est au moins égal au montant de cette pension et peut être supérieur s'il est établi qu'il contribuait à l'entretien de l'enfant de manière plus importante.

- Calculer enfin le préjudice économique du conjoint survivant : c'est la différence entre le préjudice économique du foyer et le préjudice économique des enfants.

Les tiers payeurs peuvent exercer un recours subrogatoire au titre des prestations versées lorsqu'elles indemnisent le préjudice économique. C'est le cas de la pension de réversion lorsqu'elle est versée par un organisme de sécurité sociale, du capital décès versé par l'organisme de sécurité sociale ; le mécanisme du recours est le même que celui déjà exposé (cf. chapitre 3, section 3, § II).

Ces indemnités peuvent être allouées en capital ou sous forme de rente. La capitalisation se fait à l'aide des barèmes de capitalisation des rentes viagère ou temporaires. (cf. barème de capitalisation en annexe).

Cette méthode présente l'avantage de faire revenir au conjoint survivant la part qui était absorbée par les enfants lorsque ceux-ci sont devenus financièrement autonomes.

Cette méthodologie a été validée par la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation dans un arrêt du 7 avril 2011 (Civ. 2, 7 avril 2011, n° 10-15.918), et par la chambre criminelle (Crim., 29 avril 2014, n° 13-81.701)

Cette méthodologie a également été préconisée par la deuxième chambre civile lorsque les deux parents étaient séparés ou divorcés, cette situation n'ayant pas d'incidence sur l'évaluation du préjudice économique des enfants (Civ. 2, 19 janvier 2023, n° 21-12.264).

Il résulte enfin de l'article L.131-2 du code des assurances que 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. Le texte précise cependant que, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat.

Le juge ne peut donc, pour fixer le préjudice économique résultant du décès, prendre en compte les rentes versées aux ayants-droit au titre d'un contrat de prévoyance sans avoir recherché si les sommes revêtaient un caractère forfaitaire ou indemnitaire.

La Cour de cassation a ainsi jugé qu'une « rente-éducation » versée en exécution d'un contrat « régime prévoyance accident » à l'enfant du défunt présente un caractère forfaitaire excluant la subrogation lorsque son montant a été choisi parmi trois options contractuellement offertes, indépendamment du préjudice subi et en particulier du montant des ressources de l'assuré ou de la part qui était celle consacrée par ses soins aux frais d'entretien et d'éducation de

l'enfant (Civ. 2, 28 juin 2007, n° 06-11.773 ; voir égal. Civ. 2, 20 octobre 2016, n° 15-24.812).

Il convient enfin de noter que dans un arrêt du 16 mars 2016, le Conseil d'État a jugé que l'allocation adulte handicapé (AAH) devait être incluse dans le calcul des pertes de revenus des proches dès lors que compte tenu notamment de la nature du handicap dont l'intéressée était atteinte et des perspectives d'évolution des ressources du ménage, le maintien de cet avantage ne présentait pas un caractère seulement éventuel (CE, 16 mars 2016, n° 384747). La deuxième chambre civile a également jugé que l'AAH « versée à la victime avant son décès afin de lui garantir un minimum de revenus, doit être prise en considération pour déterminer le montant de ce revenu annuel de référence du foyer » (Civ. 2, 24 octobre 2019, n° 18-14.211)

EXEMPLE :

*Soit un couple, Jean DUPONT (45 ans) et Sophie DUPONT (43 ans) ayant deux enfants, Marie âgée de 15 ans et Paul âgé de 12 ans.
Jean DUPONT gagne 3.500 € par mois et Sophie gagne 2.500 € par mois.*

Jean DUPONT décède accidentellement.

Le revenu annuel global du ménage avant le décès est de $6.000 \times 12 = 72.000$ €.

On peut estimer la part de consommation personnelle de Jean à 20 % et l'on peut donc déduire du revenu annuel global $72.000 \times 20 \% = 14.400$ € ; il reste 57.600 €.

Il convient ensuite de déduire les revenus de Sophie DUPONT qu'elle perçoit toujours, soit un revenu annuel de $2.500 \text{ €} \times 12 = 30.000$ € ; il reste 27.600 €.

Ce solde de 27.600 € constitue la perte patrimoniale annuelle du conjoint survivant et des enfants.

*Il convient d'évaluer **le préjudice économique global de la famille** en capitalisant cette perte annuelle, c'est à dire en multipliant ce préjudice annuel par le prix de l'euro de rente viagère correspondant à l'âge et au sexe de celui des deux conjoints qui serait normalement décédé le premier, en l'espèce l'homme qui a une espérance de vie moindre, soit :*

$27.600 \text{ €} \times 35,739$ (prix de l'euro de rente viagère d'un homme de 45 ans dans le barème 2022 à 0,00%) = 986 396,40 €.

Il convient ensuite de calculer le préjudice économique de chaque enfant au regard de leur part de consommation dans la famille ; dans notre cas, en présence d'un conjoint survivant avec deux enfants, on peut proposer une répartition de 20% pour chacun des enfants et 60% pour le conjoint.

Le préjudice annuel de chaque enfant est donc de : $27.600 \text{ €} \times 20\% = 5.520$ €.

Le préjudice économique des enfants ne perdure que jusqu'à l'âge auquel ils seront autonomes ; en l'absence d'éléments particulier, on peut penser que des enfants scolarisés seront autonomes à 25 ans. Il convient alors de capitaliser le préjudice annuel de chacun des enfants en fonction du prix de l'euro de rente temporaire jusqu'à 25 ans pour chacun d'entre eux :

***Marie DUPONT** est âgée de 15 ans ; le prix de l'euro de rente temporaire d'une fille de 15 ans jusqu'à 25 ans est de 9,991 (cf. table de capitalisation 2022 au taux de 0,00% en annexe : ligne « 15 ans » et colonne « 25 ans »), soit un préjudice économique de : $5.520 \times 9,991 = 55.150,32$ €*

***Paul DUPONT** est âgé de 12 ans : le prix de l'euro de rente temporaire d'un garçon de 12 ans jusqu'à 25 ans est de 12,975 (cf. table de capitalisation 2022 au taux de 0,00% en annexe : ligne « 12 ans » et colonne « 25 ans »), soit un préjudice économique de : $5.520 \times 12,975 = 71\ 622$ €.*

*Reste enfin à évaluer le préjudice économique de **Sophie DUPONT**, à savoir le préjudice économique global de la famille après déduction du préjudice économique temporaire de chacun des enfants, soit : $986\ 396,40 - 55\ 150,32 - 71\ 622 = 859\ 624,08$ €.*

Les indemnités peuvent être allouées en capital ou sous forme de rentes (Civ. 2, 21 février 2002, n° 00-17.375). Pour que l'indemnisation ne se réduise pas au cours du temps en raison de l'érosion monétaire, la rente attribuée doit être indexée. Lorsqu'elle répare un préjudice causé par un accident de la circulation, elle est majorée de plein droit selon les coefficients de revalorisation prévus à l'article L. 434-17 du code de la sécurité et le juge ne peut choisir une indexation différente (Civ. 2, 7 juin 2001, pourvoi n° 99-17.645).

Le montant annuel d'une rente s'obtient en divisant le capital par l'euro de rente (viagère ou temporaire), de la personne à qui cette rente est attribuée (et non plus de la victime directe), ainsi si l'on reprend l'exemple ci-dessus d'une veuve dont le préjudice économique est de 859.624,08 €, nous pourrions lui allouer une rente viagère et annuelle de 20 057 € [$859.624,08 \text{ €} : 42,859$ (euro de rente pour une femme âgée de 43 ans)] payable à compter de la date du décès de son mari.

Il peut être nécessaire de faire un calcul en deux temps pour tenir compte de la diminution des revenus qu'aurait subi le défunt lors de son accès à la retraite.

CHAPITRE 5 – LA REPARATION DU DOMMAGE CAUSE A L'OCCASION DU TRAVAIL

INTRODUCTION

La loi du 9 avril 1898 a mis en place un système de réparation des accidents du travail dont sont victimes les travailleurs dépendants.

L'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale (C.S.S.) définit l'accident du travail comme « l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

La loi du 25 octobre 1919 a étendu la protection aux maladies professionnelles.

On assimile aux accidents du travail certaines maladies suscitées par l'accomplissement de certains travaux.

L'indemnisation du fait des maladies professionnelles repose sur l'établissement d'une liste, ladite liste fondant une présomption au profit de la victime.

En dehors de la présomption d'imputabilité, l'article L. 461-1 du C.S.S. ouvre deux hypothèses d'indemnisation :

- Si une ou plusieurs conditions relatives au délai de prise en charge ou de durée d'exposition pour une maladie figurant sur la liste réglementaire ne sont pas remplies, la victime qui ne bénéficie plus de la présomption légale d'imputabilité, peut néanmoins en établir la preuve ;
- La victime est admise à prouver le caractère professionnel d'une maladie ne figurant pas sur la liste sous certaines conditions.

La loi du 30 octobre 1946 a élargi la protection du salarié en intégrant dans la protection sociale « l'accident de trajet ».

Est considéré comme accident du travail par l'article L. 411-2 du C.S.S., l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour d'une part entre sa résidence et son lieu de travail, et d'autre part entre le lieu de travail et le lieu où il prend habituellement ses repas.

*** Principes d'indemnisation**

Le principe selon lequel les règles d'indemnisation des préjudices consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont autonomes est posé par l'article L. 451-1 du C.S.S. selon lequel, « sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1 et L. 455-2, aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnées par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ».

Le second principe est posé par l'article L. 453-1 aux termes duquel l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité du livre IV du C.S.S. A noter cependant que dans un arrêt du 22 février 2007, la chambre sociale de la

Cour de cassation a jugé que le suicide d'un salarié à son domicile, alors qu'il était en arrêt maladie depuis plusieurs semaines, lié au harcèlement moral dont celui-ci avait été victime dans son entreprise, pouvait être qualifié d'accident du travail s'il était établi que celui-ci était survenu « du fait du travail » (JCP 2007-II-10172).

Certaines exceptions permettent à une victime d'accident ou maladie professionnels d'exercer une action en réparation pour obtenir une indemnisation complémentaire.

Il convient de distinguer selon qu'un tiers est impliqué dans la réalisation du dommage ou non.

Section 1 – L'ACCIDENT DU TRAVAIL IMPLIQUANT UN TIERS

I – La mise en œuvre des principes de droit commun

Aux termes de l'article L. 454-1 du C.S.S., si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

La notion de tiers doit être analysée par rapport à l'entreprise ; le tiers ne peut pas être l'employeur ou un autre préposé de l'entreprise.

L'hypothèse la plus fréquente est ici l'accident de la circulation impliquant le véhicule d'un tiers, pendant l'exécution du travail ou à l'occasion du trajet.

Deux cas doivent alors être distingués :

Si la responsabilité de l'employeur ou d'un autre préposé n'est pas en cause (victime seule dans son véhicule par exemple), les règles d'indemnisations sont celles de droit commun.

Il conviendra d'appliquer de manière complémentaire les deux régimes autonomes d'indemnisation, à savoir le régime des accidents du travail qui relève du code de la sécurité sociale, et celui des accidents de la circulation régi par la loi du 5 juillet 1985. (Civ. 2, 12 juillet 2012, n° 11-20.123)

On notera que la rédaction de l'alinéa 3 de l'article L. 454-1 du C.S.S. relatif au recours du tiers payeur n'a pas été modifiée par la loi du 21 décembre 2006 ; pour autant, la jurisprudence applique désormais le principe du recours subrogatoire poste par poste ne pouvant nuire à la victime subrogeante dans cette hypothèse ; le recours du tiers payeur s'exerce donc conformément à l'article L. 376-1 du C.S.S. tel qu'il a été modifié par la loi du 21 décembre 2006. (Cf. supra : chapitre 1, section 3, § II : le mécanisme du recours)

S'il y a un partage de responsabilité entre l'employeur (ou un autre préposé) et un tiers coauteur, la victime est en droit d'obtenir de ce tiers, dans les conditions du droit commun, la réparation de son entier dommage dans la mesure où celui-ci n'est pas indemnisé par les prestations de sécurité sociale (Cass. ass. plén. 22 déc. 1988, D.1989 p.105).

Cette jurisprudence n'est que l'application à l'accident de la circulation survenu dans le travail de l'article 2 de la loi du 5 juillet 1985 selon lequel « les victimes, y compris les conducteurs, ne peuvent se voir opposer la force majeure ou le fait d'un tiers ».

Dans l'hypothèse où le salarié victime est passager d'un véhicule conduit par son employeur ou un autre salarié de l'entreprise, il peut obtenir l'indemnisation de son entier préjudice du conducteur de l'autre véhicule impliqué, sans que puisse lui être opposé le fait ou la faute d'un autre conducteur, fût-il le préposé de l'employeur ou l'employeur lui-même (Soc., 28 mars 1996, D. 1996 p.544).

II – Le recours du tiers payeur qui verse une rente accident du travail

L'indemnité à la charge du tiers responsable peut prendre la forme d'une rente, notamment en cas de perte de gains professionnels futurs (aspect économique du déficit fonctionnel permanent). Dans cette hypothèse, le responsable est condamné à payer à la victime les arrérages échus et les arrérages à échoir, au fur et à mesure de leurs échéances, dans la limite d'un capital constitutif correspondant au montant de l'indemnité à la charge du responsable diminué des arrérages échus.

En cas de partage de responsabilité et si la victime perçoit une rente d'un tiers payeur, il conviendra de répartir l'indemnité à la charge du responsable selon l'ordre préférentiel suivant :

- 1- préférence victime :
 - arrérages échus (de la consolidation à la décision)
 - arrérages à échoir (après la décision)
- 2- tiers payeur :
 - arrérages échus (de la consolidation à la décision)
 - arrérages à échoir (après la décision)

EXEMPLE avec l'imputation de la rente versée par l'organisme social :

Soit un homme de 40 ans (au jour de la décision) subissant un préjudice professionnel de 2.300 € par mois et percevant une rente accident du travail de 1.000 € par mois ; son préjudice « pertes de gains professionnels futurs » peut être évalué comme suit :

- *Préjudice entre la consolidation (fixée en droit commun par l'expert judiciaire ou amiable et non celle retenue par la sécurité sociale) et la décision : $2.300 \times 18 \text{ mois} = 41.400 \text{ €}$*
- *Préjudice après la décision : celui-ci doit être annualisé, puis capitalisé ; ce préjudice peut donc être évalué à : $2.300 \times 12 \text{ mois} \times 40,408$ (prix de l'euro de rente viagère d'un homme de 40 ans selon le barème 2022 au taux de 0 %) = 1.115.261 €.*

La victime perçoit une rente de 1.000 € par mois, en sorte que sa perte nette est de 1.300 € par mois, soit un capital représentatif de $1.300 \times 12 \times 40,408 = 630\,364,80$ € ;

La CPAM peut prétendre à une créance de 1.000 € par mois, soit un capital représentatif de $1.000 \times 12 \times 40,408 = 484\,896$ €

Prenons l'hypothèse d'une responsabilité à hauteur de 3/4 à la charge du responsable et du juge statuant alors que la victime est consolidée depuis 18 mois.

L'indemnité à la charge du responsable est de :

- $2.300 \times 18 \text{ mois} \times 3/4 = 31.050$ € au titre des arrérages échus entre la consolidation et la décision ;

- $1\,115\,261 \text{ €} \times 3/4 = 836\,445,75$ € au titre des arrérages à échoir ;

Soit une indemnité globale à la charge du responsable de :

$31.050 \text{ €} + 836\,445,75 \text{ €} = 867\,495,75 \text{ €}$

a- Préférence victime :

- pertes de gains professionnels futurs de la date de la consolidation à la décision (arrérages échus) : $2.300 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 41.400$ € ;

La dette de la personne tenue à réparation est de : $41.400 \times 3/4 = 31.050$ € ;

Le tiers payeur a versé pendant la même période une rente de $1.000 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 18.000$ € ;

Cette rente a partiellement indemnisé le préjudice et la perte complémentaire de la victime est de : $41.400 \text{ €} - 18.000 \text{ €} = 23.400$ € ;

En application du droit de préférence de la victime qui lui accorde réparation de son préjudice complémentaire (non indemnisé par le tiers payeur) dans la limite de la dette, soit 23.400 €.

- pertes de gains professionnels futurs après la décision (arrérages à échoir) :
1. 115.261 €

La dette de la personne tenue à indemnisation est de : $1\,115\,261 \text{ €} \times 3/4 = 836\,445,75$ € ;

Le montant de la rente versée par le tiers payeur est de : $1.000 \text{ €} \times 12 \text{ mois} \times 40,408 = 484.896$ € ;

Cette rente a partiellement indemnisé le préjudice et la perte complémentaire de la victime est de : $1\,115\,261 - 484\,896 \text{ €} = 630\,365$ €

b- reste pour le tiers payeur :

- arrérages échus de la rente entre la consolidation et la décision :
 $1.000 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 18.000$ €

- arrérages à échoir : le tiers payeur obtient ce qu'il reste à distribuer :

Indemnité globale : 836 445,75

Arrérages échus victime : - 23.400

Arrérages à échoir victime : - 630 365

Arrérages échus tiers payeur : - 18.000

Reste 164 680,75 €

	<i>Débit</i>	<i>Solde</i>
<i>Indemnité globale à répartir</i>		836.445,75
<i>1- Préférence victime</i> <i>- arrérages échus : 1.300 X 18 mois</i>	23.400	813.045,75
<i>- arrérages à échoir au fur et à mesure de leurs échéances d'une rente représentant un capital constitutif de 630.365</i>	630.365	182.680,75
<i>2- Reste pour le tiers payeur</i> <i>- arrérages échus : 1.000 X 18 mois</i>	18.000	164.680,75
<i>- arrérage à échoir au fur et à mesure de leurs échéances d'une rente représentant un capital constitutif de 164.680,75 €</i>	164.680,75	0

L'indemnité mise à la charge du responsable au titre des préjudices devra bien entendu tenir compte des provisions déjà allouées à la victime.

Dans trois avis rendus le 29 octobre 2007, la Cour de cassation a précisé que la rente « Accident du travail », comme la rente viagère d'invalidité, indemnise notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité, et doit en conséquence s'imputer prioritairement sur la part d'indemnité compensant les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle.

La Cour de cassation ajoute que si le tiers payeur estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel (Avis, 29 octobre 2007, n° 07-00015, 07-00016 et 07-00017).

Dans plusieurs arrêts rendus le 11 juin 2009 par la deuxième chambre civile (Civ. 2, 11 juin 2009, n° 07-21.768) et le 19 mai 2009 par la chambre criminelle (Crim., 19 mai 2009, n° 08-86.485 et 08-86.050) au visa notamment du principe de la réparation intégrale (réparation de tout le préjudice, mais rien que le préjudice), la Cour de cassation jugeait que la rente accident du travail (comme l'allocation temporaire d'invalidité) s'imputait d'abord sur les pertes de gains professionnels futurs et sur l'incidence professionnelle et que si la rente était supérieure aux pertes de gains professionnels et à l'incidence professionnelle, elle pouvait alors s'imputer subsidiairement sur le déficit fonctionnel permanent.

La deuxième chambre civile a encore récemment rappelé cette imputation en cascade de la rente accident du travail (Civ. 2, 16 juillet 2020, n° 19-16.042).

La Cour de cassation a récemment évolué dans deux arrêts d'assemblée plénière du 20 janvier 2023.

Prenant en considération les critiques de la doctrine, les difficultés pour les victimes d'obtenir l'indemnisation des souffrances et la position différente du Conseil d'Etat, la Cour de cassation juge désormais que « la rente accident du travail ne répare pas le déficit fonctionnel permanent » et ne peut donc s'imputer sur ce poste de préjudice (Ass. Plén., 20 janvier 2023, pourvois n° 20-23.673 et 21-23.947).

Le Conseil d'État juge que la rente d'accident du travail doit être regardée comme ayant pour objet exclusif de réparer, sur une base forfaitaire, les préjudices subis par la victime dans sa vie professionnelle en conséquence de l'accident, c'est-à-dire ses pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité et que, dès lors, le recours subrogatoire d'une caisse de sécurité sociale au titre d'une rente d'accident du travail ne saurait s'exercer que sur ces deux postes de préjudice, et non sur un poste de préjudice personnel. (avis du 8 mars 2013, n° 361273 ; CE 18 octobre 2017, n° 404065)

Dans un arrêt du 22 octobre 2009 (Civ. 2, 22 octobre 2009, n° 07-20.419), la deuxième chambre civile a jugé que « lorsque la décision d'attribution de la rente est définitive, l'organisme de sécurité sociale est tenu au versement de cette prestation tant pour les arrérages à échoir que pour les arrérages futurs, de sorte que la condition de versement effectif et préalable de la prestation est remplie ».

L'un des arrêts applique les mêmes principes pour l'allocation temporaire d'invalidité versée à un agent de l'Etat dans le cadre du recours exercé par l'agent judiciaire du Trésor.

La comparaison entre, d'une part, le montant de la rente et, d'autre part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle doit s'opérer avant l'application d'un éventuel partage de responsabilité ou d'une réduction de droit à indemnisation (Civ. 2, 26 novembre 2020, n° 19-21.744).

EXEMPLE :

La victime d'un accident de trajet subit notamment un déficit fonctionnel permanent de 8% et une plus grande fatigabilité au travail.

Les préjudices sont évalués à hauteur de 10.000 € pour le DFP et 3.000 € pour l'incidence professionnelle (fatigabilité au travail). Elle ne subit aucune perte de revenu.

S'agissant d'un accident du travail, la CPAM verse à la victime une rente accident du travail capitalisée à 4 500 € en raison d'un taux d'incapacité inférieur à 10%.

La CPAM a une créance de 4 500 € pour la rente accident du travail ; la victime ne subissant pas de pertes des gains professionnels futurs, la rente accident du travail indemnise l'incidence professionnelle à hauteur de 3.000 € et ne répare plus le déficit fonctionnel permanent.

1ère hypothèse : responsabilité entière

Incidence professionnelle : la victime a déjà perçu de la CPAM une somme de 3.000 € qui indemnise l'incidence professionnelle ; l'indemnité payée par le responsable au titre de l'incidence professionnelle se répartit donc en ne donnant rien à la victime et 3.000 € à la CPAM.

Postes de préjudices	Évaluation	Part victime	Part tiers payeur
Incidence professionnelle	3.000 €	0	3.000 €
Déficit fonctionnel permanent	10.000 €	10.000 €	0 €

2ème hypothèse : responsabilité partagée par moitié

Incidence professionnelle : la victime a déjà perçu de la CPAM une somme de 3.000 € qui indemnise l'incidence professionnelle ; son incidence professionnelle est indemnisée en totalité par la caisse ; l'indemnité payée par le responsable au titre de l'incidence professionnelle (1.500 €) se répartit donc en ne donnant rien à la victime et 1.500 € à la CPAM.

Postes de préjudices	Évaluation	Part victime	Part tiers payeur
Incidence professionnelle	1.500 €	0,00 €	1.500 €
Déficit fonctionnel permanent	5.000 €	5.000 €	0,00 €

Section 2 – L’ACCIDENT DU TRAVAIL OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE SANS TIERS IMPLIQUE

En l’absence de tiers impliqué dans la réalisation du dommage, le régime de l’indemnisation de la victime d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle est différent selon qu’il existe, ou pas, une faute inexcusable ou intentionnelle à la charge de l’employeur.

I – En l’absence de faute de l’employeur

Il convient d’opérer une distinction entre l’accident de trajet et l’accident du travail proprement dit.

En droit de la sécurité sociale, la distinction est importante en ce que la cotisation « accident de trajet » correspond à un pourcentage du salaire quel que soit l’employeur, alors que la cotisation « accident du travail » est modulée selon les branches et les entreprises ; un employeur a intérêt à ce qu’un accident soit qualifié d’accident de trajet plutôt qu’accident du travail.

Au titre de l’indemnisation, le recours que la victime peut exercer contre l’employeur est plus restreint en cas d’accident du travail qu’en cas d’accident de trajet.

A – L’accident de trajet

L’hypothèse envisagée est donc celle de l’accident de trajet causé par une personne appartenant à la même entreprise que la victime.

Selon l’article L. 455-1 du C.S.S., si l’accident de trajet dont le travailleur est victime est causé par l’employeur (sans pour autant lui reprocher une faute inexcusable ou intentionnelle) ou ses préposés ou, plus généralement, par une personne appartenant à la même entreprise que la victime, il est fait application, à l’encontre de l’auteur responsable de l’accident, des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2 du C.S.S.

Le salarié victime d’un accident de trajet et de la circulation dispose donc d’un recours contre l’employeur ou le préposé lui permettant d’obtenir l’indemnisation de son entier préjudice conformément au droit commun.

On rappellera que si l’article L. 454-1 al.3 du C.S.S. relatif au recours du tiers payeur n’a pas été modifié par la loi du 21 décembre 2006, la jurisprudence applique le principe du recours subrogatoire poste par poste tel qu’il est prévu par l’article L. 376-1 du C.S.S. modifié par la loi du 21 décembre 2006 (cf. section 1 § 1 : la mise en œuvre des principes de droit commun).

L’accident de trajet englobe également l’hypothèse de l’accident de trajet de mission (Ass. plén., 5 novembre 1992, pourvoi n° 89-17.472, P.)

B – L'accident du travail

Si l'accident de la circulation est un accident du travail proprement dit, et non un accident de trajet, l'article L.455-1-1 du C.S.S. permet au salarié victime de se prévaloir des articles L.454-1 et L.455-2 et d'obtenir de son employeur une réparation complémentaire si l'accident survient sur une voie ouverte à la circulation publique, et si l'accident implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime.

On se reportera à la mise en œuvre des principes de droit commun (supra section 1 § 1) pour l'exercice du recours des tiers payeurs et la répartition de l'indemnité entre la victime et les organismes sociaux.

Le texte précise que cette réparation complémentaire est régie par les dispositions de la loi du 5 juillet 1985.

II – En cas de faute inexcusable de l'employeur

Les articles L.452-1 et suivant organisent un régime spécifique d'indemnisation des préjudices consécutifs à l'accident du travail (ou maladie professionnelle) lorsque celui-ci est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitué dans la direction.

A – La notion de faute inexcusable

La Cour de cassation définit la faute inexcusable en imposant à l'employeur une obligation de résultat en matière de sécurité. Elle juge ainsi « qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat (...), que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L.452-1 du C.S.S., lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » (Soc., 28 février 2002, D. 2002, p.2696).

Il est indifférent que la faute inexcusable ait été ou non la cause déterminante de l'accident, et il suffit qu'elle en soit une cause nécessaire pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée, alors même que d'autres fautes auraient concouru au dommage (Soc., 31 octobre 2002, D. 2003, p.644).

B – Le régime d’indemnisation en cas de faute inexcusable

1 – La majoration des indemnités

La faute inexcusable ouvre droit à une majoration des indemnités et à une indemnisation des préjudices personnels.

L’article L.452-2 du C.S.S. prévoit une majoration des indemnités et notamment, lorsqu’une rente a été attribuée, une majoration de cette rente. La Cour de cassation considère aujourd’hui que la majoration doit être fixée à son taux maximum. Cette rente majorée est versée par la caisse de sécurité sociale qui en récupère le montant par une cotisation complémentaire versée par l’employeur au titre des accidents du travail.

2 – L’indemnisation des autres préjudices

La victime peut également demander l’indemnisation d’autres préjudices. L’article L. 452-3 du C.S.S. permet à la victime de demander à l’employeur, devant la juridiction de sécurité sociale, « la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d’agrément, ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelles ».

Dans une décision importante du 18 juin 2010 (Gaz. Pal. 19-21 déc. 2010), le Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre d’une question prioritaire de constitutionnalité, a précisé que la rente accident du travail et la majoration versées en cas de faute inexcusable constituent « une indemnité destinée à compenser la perte de salaire résultant de l’incapacité » ; cette analyse confirme que cette indemnité n’indemnise aucunement les troubles dans les conditions d’existence qu’il convient en conséquence d’indemniser au titre du préjudice d’agrément ; la Cour de cassation a cependant limité l’indemnisation du préjudice d’agrément à l’impossibilité de pratiquer une activité sportive, culturelle ou de loisir dans un arrêt du 28 février 2013.

Dans sa décision, le Conseil constitutionnel juge que l’article L. 452-3 du C.S.S. ne peut pas limiter les préjudices indemnifiables en cas de faute inexcusable : « en présence d’une faute inexcusable de l’employeur, les dispositions de ce texte (l’article L.452-3) ne sauraient toutefois, sans porter une atteinte disproportionnée aux droits des victimes d’actes fautifs, faire obstacle à ce que ces mêmes personnes, devant les mêmes juridictions, puissent demander à l’employeur réparation de l’ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale ».

Reste à déterminer ce que l’on entend par « dommages non couverts par le livre IV du C.S.S. ». Si l’on suit le Conseil constitutionnel selon lequel la rente accident du travail et la majoration n’indemnisent qu’un préjudice économique, on doit pouvoir indemniser

l'ensemble des préjudices extrapatrimoniaux au titre des dommages non couverts par le livre IV du C.S.S.

D'aucuns estiment que l'on pourrait également indemniser les préjudices patrimoniaux, notamment les frais d'aménagement du logement et du véhicule, la tierce personne et l'incidence professionnelle dès lors que les indemnités versées par les caisses ne couvrent pas l'ensemble de ces préjudices.

La Cour de cassation a apporté plusieurs précisions dans trois arrêts du 4 avril 2012 :

- Il résulte de l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale figurant au chapitre I du titre III du livre IV de ce code qu'en cas d'accident du travail, les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, les frais de transport et d'une façon générale, les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime sont pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie, de sorte qu'ils figurent parmi les chefs de préjudices expressément couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale dont la victime ne peut demander réparation à l'employeur en application de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'interprété à la lumière de la décision n° 2010-8 QPC du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 (Civ. 2, 4 avril 2012, n° 11-18.014)
- La rente majorée servie à la victime d'un d'accident du travail dû à la faute inexcusable de l'employeur répare notamment les pertes de gains professionnels résultant de l'incapacité permanente partielle qui subsiste le jour de la consolidation ; le caractère forfaitaire de cette rente n'a pas été remis en cause par la décision du Conseil constitutionnel n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010, laquelle n'a pas consacré le principe de la réparation intégrale du préjudice causé par l'accident dû à la faute inexcusable de l'employeur (Civ. 2, 4 avril 2012, n°11-10.308) ;
- Le préjudice sexuel, qui comprend tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle, doit désormais être apprécié distinctement du préjudice d'agrément mentionné à l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale ; d'autre part, les indemnités journalières servies à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'assurent pas la réparation du déficit fonctionnel temporaire ; le préjudice sexuel et le déficit fonctionnel temporaire n'étant pas au nombre des dommages couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale, ils peuvent être indemnisés sur le fondement du texte précité (Civ. 2, 4 avril 2012, n° 11-14.311 et 11-14.594) ;
- Il résulte du dernier alinéa de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale que la réparation des préjudices allouée à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dus à la faute inexcusable de l'employeur, indépendamment de la majoration de rente, est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur ;

La 2^{ème} chambre civile précise que « le préjudice d'agrément mentionné dans l'article L.452-3 du CSS vise exclusivement l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisir » (Civ. 2, 28 février 2013, n° 11-21.015).

Par deux arrêts rendus le 20 janvier 2023, l'assemblée plénière a modifié la jurisprudence en jugeant désormais que la rente accident du travail ne répare pas le déficit fonctionnel permanent dont l'indemnisation peut être demandée au titre d'un dommage non couvert par le livre IV du code de la sécurité sociale (Ass. plén. 20 janvier 2023, pourvois n° 20-23.673 et 21-23.947).

La Cour de cassation a jugé que la perte de droit à la retraite, même consécutive à un licenciement du salarié pour inaptitude, est couverte, de manière forfaitaire, par la rente majorée qui présente un caractère viager et répare notamment les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle résultant de l'incapacité permanente partielle (Ch. Mixte, 9 janvier 2015, n° 13-12.310).

III – En cas de faute intentionnelle de l'employeur

L'article L. 452-5 du C.S.S. prévoit que si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

L'existence d'une faute intentionnelle suppose d'établir que le dommage a été voulu. Peu importe cependant que le préjudice dépasse l'intention du responsable dès lors que la faute est intentionnelle.

La faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés a pour conséquence de permettre au salarié d'obtenir les prestations sociales d'un accident du travail et d'obtenir, de l'auteur du dommage, un complément de réparation selon les règles de droit commun, de sorte à ce que la réparation globale soit intégrale.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont admises à exercer un recours subrogatoire pour les prestations et indemnités versées à la victime. Mais si l'auteur de la faute intentionnelle est un préposé, la caisse ne peut pas exercer son recours contre l'employeur commettant, quand bien même ce dernier serait-il civilement responsable des agissements de ses salariés envers la victime (Soc., 12 octobre 1989, Bull. civ. V, n° 589).

CHAPITRE 6 – LES DEMANDES ANNEXES

I – L'exécution provisoire

On rappellera qu'en application de l'article 514 du code de procédure civile, l'exécution provisoire est de droit à moins, selon l'article 514-1 du même code, que le juge ne l'écarte s'il l'estime incompatible avec la nature de l'affaire.

II – Le point de départ des intérêts

L'article 1153-1 du Code civil, devenu l'article 1231-7 depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 10 février 2016, pose le principe selon lequel, en matière indemnitaire, les intérêts courent à compter de la décision à moins que le juge n'en décide autrement. Cette règle est logique puisqu'en principe, le préjudice est évalué au jour où le juge statue.

Il convient néanmoins d'en décider autrement si le préjudice est évalué à une date antérieure à la décision. Par exemple, le préjudice économique de l'artisan qui s'est fait remplacer pendant six mois d'incapacité temporaire totale est nécessairement évalué au moment de ce remplacement de sorte que les intérêts doivent courir à compter de ce remplacement.

Les intérêts sur les créances des organismes sociaux courent à compter du jugement car le montant de la créance est subordonné au lien à établir entre les prestations servies et le dommage subi par la victime (Civ. 2, 2 avril 1997, n° 94-17.787).

Cependant, s'il s'agit d'une créance déjà payée, connue à l'avance, et sur laquelle le juge n'a aucun pouvoir d'appréciation (salaires et charges sociales payées pendant la période d'indisponibilité par exemple), il ne s'agit plus d'une créance indemnitaire et les intérêts courent à compter de la demande en application de l'article 1153 du Code civil (Cass. Ass. plén. 4 mars 2005, pourvoi n° 02-14.316, Bull. n° 3)

On rappellera enfin qu'aux termes de l'article L. 211-13 du Code des assurances, lorsque l'offre n'a pas été faite dans les délais impartis à l'article L. 211-9, le montant de l'indemnité offerte par l'assureur ou allouée par le juge à la victime produit intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal à compter de l'expiration du délai et jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenu définitif. Cette pénalité peut être réduite par le juge en fonction de circonstances non imputables à l'assureur.

III – Les frais de procédure (art. 700 du CPC, art. 375 et art. 475-1 du CPP) et les dépens

A – Devant les juridictions civiles

**** Les frais non compris dans les dépens***

En matière civile, toutes les parties, y compris les caisses de sécurité sociale, peuvent demander une indemnité au titre de l'article 700 du CPC.

Mais même si aucune indemnité ne lui est allouée à ce titre, l'article L.376-1 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale (article 9-1 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996) permet à la caisse d'assurance maladie de recouvrer une indemnité forfaitaire (réévaluée tous les ans) à la charge du responsable, dont le montant est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu dans les limites d'un montant maximum de 1 114 euros et d'un minimum de 110 euros (arrêté du 14 décembre 2021 pris pour l'année 2022) (article L.376-1 alinéa 9 du code de la sécurité sociale résultant de l'article 9-1 de l'ordonnance du 24 janvier 1996).

Ces deux indemnités ne font pas double emploi : les organismes de sécurité sociale précisent souvent que l'indemnité forfaitaire indemnise le traitement administratif du dossier et que l'indemnité au titre de l'article 700 du CPC indemnise le traitement judiciaire du dossier (Civ. 2, 12 avril 2012, n° 11-12.808).

**** Les dépens***

Les dépens sont à la charge du responsable, éventuellement partagés en cas de partage de responsabilité, et peuvent opportunément comprendre les frais d'expertises.

B – Devant les juridictions répressives

**** Les frais non compris dans les dépens***

L'article 25 § V de la loi du 21 décembre 2006 rend applicable les dispositions de l'article 475-1 du CPP aux tiers payeurs intervenant à l'instance devant le tribunal correctionnel, le tribunal de police et la juridiction de proximité. Il est donc possible de condamner l'auteur de l'infraction à payer, non seulement à la partie civile, mais également aux tiers payeurs, une indemnité au titre des frais non payés par l'Etat et exposés par celle-ci.

En revanche, le législateur n'a pas rendu applicable aux tiers payeurs les dispositions de l'article 375 du CPP devant la cour d'assises.

En tout état de cause, les caisses d'assurance maladie recouvrent également une indemnité forfaitaire (cf. supra) à la charge du tiers responsable dont le montant est égal au tiers des sommes recouvrées dans les limites d'un maximum de 997 € et d'un minimum de 99 € (article L.376-1 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale résultant de l'article 9-1 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 et arrêté du 29 novembre 2011).

La juridiction n'est donc pas obligée de condamner au paiement de cette indemnité, mais le juge peut allouer cette indemnité à la caisse lorsqu'il condamne le responsable au remboursement des prestations servies (Crim., 19 février 2008, n° 07-86.114 et 07-85.904).

*** Les dépens**

Aux termes de l'article 800-1 du code de procédure pénale (loi du 24 décembre 2020), les frais de justice criminelle, correctionnelle et de police sont à la charge de l'Etat et sans recours contre le condamné ou la partie civile, sous réserve des cas prévus aux deux derniers alinéas du présent article.

Toutefois, lorsque la personne condamnée est une personne morale, les frais de justice exposés au cours de la procédure sont mis à sa charge. C'est également le cas lorsque la personne morale a conclu une convention judiciaire d'intérêt public mentionnée aux articles 41-1-2 et 41-1-3 du présent code. La juridiction peut toutefois déroger à cette règle et décider de la prise en charge de tout ou partie des frais de justice par l'Etat.

Enfin, l'article 10 du CPP précise que lorsqu'il a été statué sur l'action publique, les mesures d'instruction ordonnées par le juge pénal sur les seuls intérêts civils obéissent aux règles de la procédure civile.

Il résulte de ces textes que les frais d'expertise antérieurs au jugement sur l'action publique (ordonnés par le parquet, par le juge d'instruction ou par la juridiction de jugement avant dire droit) sont à la charge de l'Etat et sans recours envers les condamnés (art.800-1 et R-92 du CPP), mais que les frais (dont les frais d'expertise) postérieurs au jugement sur l'action publique doivent être mis à la charge du condamné (soit directement en le condamnant à rembourser la partie civile, soit au titre de l'article 475-1 du CPP).

Enfin, selon l'article 48 de la loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridictionnelle, lorsque le bénéficiaire de l'aide juridictionnelle est partie civile au procès pénal, le juge met à la charge du condamné le remboursement de la contribution versée par l'Etat à l'avocat de la partie civile au titre de l'aide juridictionnelle. Le juge peut cependant le dispenser totalement ou partiellement de ce remboursement pour des considérations d'équité.