

X. INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

A. La Loi Badinter

1. Le but recherché

Jusqu'à la promulgation de la Loi Badinter, c'est à dire en 1985 les accidents de la circulation relevaient du Droit Commun de responsabilité civile. Les victimes dont la responsabilité n'était pas engagée bénéficiaient donc de l'Article 1382 du Code Civil qui stipule que

" Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ".

Dans les faits l'indemnisation était souvent partielle et tardive.

La Loi Badinter visait donc à améliorer les procédures d'indemnisations en privilégiant la voie amiable et en évitant les procédures judiciaires longues et coûteuses.

Le but de la loi du 05.07.85 dans le cadre de l'offre d'indemnisation est l'accélération du processus d'indemnisation et la recherche d'une transaction pour éviter par tous les moyens le contentieux judiciaire. La procédure judiciaire ne s'impose donc pas obligatoirement aux parties dans la mesure où elles peuvent s'entendre amiablement sur une voie différente pour la mesure d'instruction tendant à fixer une offre d'indemnisation.

2. Principe de la Loi Badinter

La Loi n° 85- 677 du 05.07.1985 dite " Loi Badinter " intitulée " tendant à l'amélioration de la situation de victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation " s'appuyait sur plusieurs principes :

- Généralisation de la règle de l'indemnisation du dommage corporel même pour les passagers d'un véhicule dont l'accident est dû au conducteur de ce véhicule.
- Protection de certaines victimes plus fragiles auxquelles on ne peut pas opposer leur propre responsabilité : les moins de 16 ans, les plus de 70 ans, les handicapés.
- Généralisation du caractère contradictoire de l'évaluation du dommage avec prévision aux côtés de la victime de son Médecin Conseil, les conclusions étant établies en commun.
- Favoriser une voie dite amiable et contradictoire c'est à dire non judiciaire et accélérer dans l'intérêt de la victime le processus d'indemnisation en désencombrant les Tribunaux.
- Redéfinition du rôle du fond de garantie.

3. Son domaine de compétence et définitions annexes

a. Définition de l'accident de la circulation

4 critères le définissent :

- Le véhicule doit être à moteur, ce qui élimine les bicyclettes, les skis, les planches à roulettes...
- Il s'agit d'un accident c'est à dire des chocs, des heurts, des collisions mais aussi des incidents, des explosions...

- La circulation se définit au sens large du terme : sur une voie publique, une voie privée, que le véhicule soit en mouvement ou à l'arrêt, à l'exclusion de véhicules qui circulent sur les voies qui leurs sont propres (les trains, les tramways...)
- Lorsque l'accident a lieu sur la voie publique mais qu'aucun véhicule n'est impliqué directement, la victime a droit à une indemnisation par le fond de garantie qui se réserve le droit d'un recours contre un éventuel responsable, cycliste ou piéton.

b. Les notions d'implication et d'imputabilité des dommages

Ces notions sont importantes car elles reviennent souvent dans le texte de Loi. Le véhicule est impliqué dans un accident lorsque, sans intervention dudit véhicule, l'accident ne se serait pas produit. C'est à la victime de faire la preuve de l'implication. On considère que les responsables impliqués sont ceux qui ont la responsabilité du véhicule, à savoir le propriétaire, le conducteur ou le gardien du véhicule. Le propriétaire est en général le souscripteur du contrat d'assurance. Le conducteur est le plus souvent responsable en tant que "commettant" l'accident parfois le responsable est le passager lorsque l'accident a été provoqué par le passager par exemple lors de l'ouverture intempestive d'une portière. La notion de responsabilité reste toutefois relative puisque la Loi Badinter maintient la garantie de l'assureur même lorsque le véhicule impliqué est volé. L'imputabilité des dommages est en général admise dès lors que l'implication des véhicules est reconnue. Parfois il existe des exceptions par exemple dans les carambolages en série où il est difficile de faire la part des responsabilités dans l'origine du dommage.

Dans le cas particulier du transport par route par des véhicules de transport tarifés(autocar, taxi...), la Loi Badinter est considérée s'appliquer à toutes les victimes d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur " même lorsqu'elles sont transportées en vertu d'un contrat ".

Les voyageurs bénéficient donc de la protection accordés par la Loi aux victimes non conducteurs .

Ainsi le passager qui fait une chute en descendant d'un autobus à l'arrêt est indemnisé automatiquement par le transporteur.

De même la personne qui s'apprêtant à descendre d'un bus, tombe et se blesse, déséquilibrée par un autre passager portant un sac à dos, est indemnisée directement par la RATP.

c. Les victimes et leur indemnisation

La victime est dédommagée par l'assureur de responsabilité du responsable du dommage, l'assurance étant obligatoire ou par le fonds de garantie automobile si le responsable du dommage n'a pas été retrouvé. La victime est également dédommagée par son propre assureur dans le cadre de la convention IRCA qui indemnise les accidents de la circulation ayant entraîné un taux d'IPP inférieur à 5%. Il est fortement conseillé à la victime de réunir les preuves démontrant la responsabilité au moins partielle du tiers dans son accident. Il s'agit en cas de dommages corporels du procès verbal établi par la police ou la gendarmerie qui précise les circonstances de l'accident et indique les parts respectives de responsabilité de chacun des protagonistes. En effet si par exemple, la victime se voit attribuer 25% de responsabilité dans l'accident et son adversaire 75%, la victime

ne percevra que 75% de l'indemnisation pour ses dommages. La victime peut réclamer le procès verbal de cet accident à son assureur ou à celui de son adversaire, les assureurs recevant automatiquement dans les 4 mois qui suivent l'accident, le procès verbal.

aa. Les victimes non conducteurs

Sauf exception ci-après, le non conducteur bénéficie de l'indemnisation intégrale de son préjudice

- Les victimes non conducteurs non responsables il s'agit de

* les piétons et les cyclistes

Est défini comme piéton par la Cour de Cassation l'individu qui circule à pied sur la voie publique mais également celui qui est descendu de son véhicule ou celui qui n'y est pas encore monté.

* les passagers transportés

* les personnes transportés à titre gratuit ou onéreux

* le propriétaire du véhicule s'il est transporté comme passager

* les passagers membres de la famille du conducteur

* les passagers salariés du responsable

- Les victimes non conducteurs responsables

La victime est considérée comme responsable de l'accident lorsque sa faute est inexcusable et constitue une cause unique de l'accident ce qui est exceptionnel.

Selon la Cour de Cassation il s'agit d'une faute volontaire d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience. Dans les faits on considère que la victime qui ne boucle pas sa ceinture, qui est en état d'ébriété, qui est imprudente, n'est pas une victime responsable.

bb. les victimes surprotégées fautives

Les personnes suivantes sans considération pour leur responsabilité personnelle dans la survenue de l'accident bénéficient d'une garantie totale. Il s'agit des vieillards de plus de 70 ans, des enfants de moins de 16 ans, des personnes atteintes d'une invalidité dont le taux est supérieur à 80 % au moment de leur accident.

La seule exception prévue par la Loi reste la faute intentionnelle, en fait le suicide par accident.

cc. Le conducteur

Plusieurs cas se présentent lors d'un accident :

- le conducteur est victime de lui-même, étant le seul impliqué dans un accident.

Il est exclu de toute réparation des dommages, sauf s'il peut démontrer que l'accident était provoqué par une défaillance du réseau routier ou de la signalisation.

- le conducteur est victime dans une collision

* la cause de la collision n'est pas déterminée : les deux conducteurs s'indemnisent intégralement mutuellement

* la cause de l'accident est la force majeure : le conducteur n'est pas considéré comme ayant commis une faute puisqu'une force soudaine et imprévisible, irrésistible, la force majeure, ne peut être opposée au conducteur

* le conducteur a commis une faute

C'est le régime du partage des responsabilités qui reste valable. L'indemnisation se fera au prorata de la gravité de la faute, l'indemnisation sera limitée en fonction de la gravité de sa faute. Si la faute commise par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur est une cause exclusive de l'accident, la victime conductrice fautive est exclue de l'indemnisation, quelle que soit son âge, quelle que soit le véhicule conduit, quelle que soit l'étendue des dommages. Comme nous le voyons le conducteur victime est une victime négligée par la Loi Badinter.

La prudence impose donc une assurance individuelle systématiquement proposée d'ailleurs dans les contrats automobiles. Néanmoins cette assurance est moins intéressante car elle ne concerne en général que les préjudices extra-patrimoniaux et souvent avec une franchise qui exclut du champ de l'indemnisation la plupart des sinistres.

4. La procédure de l'indemnisation par l'assureur

Le but de cette procédure d'indemnisation est d'aboutir à une accélération des procédures :

- communication directe des procès verbaux de l'accident de la circulation aux compagnies d'assurances
- offre de provisions dans les délais légaux par voie amiable ou par référé
- mise en place d'un protocole assureurs-organismes sociaux

Une convention permet à la victime de percevoir son " solde " (différence entre la part qui lui revient et la part avancée par la Sécurité Sociale) rapidement, dès lors que ces deux parties : assureurs et organismes sociaux ont étudié rapidement le montant de la dette.

Une nouvelle convention interne aux assureurs régit l'indemnisation des dommages corporels considérés comme mineurs. Il s'agit de la convention IRCA (convention d'Indemnisation et de Recours Corporel Automobile). Cette nouvelle convention entrée en vigueur le 01.04.02 a pour but de diminuer les délais d'indemnisation qui étaient auparavant en moyenne de 9 mois. Cette nouvelle convention s'applique lorsque le conducteur ou le passager d'un véhicule est victime d'un dommage corporel entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychologique (AIPP) présumée inférieure à 5%. Cette convention concernerait 90% des personnes accidentées selon la Fédération française des sociétés d'assurance.

En cas d'expertise, en vertu de cette convention IRCA, c'est l'assureur de la victime et non plus l'assureur du responsable de l'accident qui proposera une indemnisation. Le médecin expert procédera donc à l'expertise non plus des adversaires de la société d'assurance qui lui a confié une mission mais à l'expertise des propres clients de la société d'assurance qui l'a missionné. On peut imaginer que l'assureur sera plus sensible aux qualités d'accueil et d'écoute du médecin. En droit assurantiel, l'assureur gestionnaire est l'assureur de responsabilité civile du conducteur « victime ». Il reçoit un mandat de la part de l'assureur du responsable de gérer le dossier pour son compte. En langage assurantiel on appelle cela la gestion par l'assureur direct.

Un transfert de mandat est néanmoins possible lorsque les dommages subis par un passager ou une victime extérieure heurtée par un véhicule ou en cas d'accident mettant en cause plus de deux véhicules, un conducteur, atteignent cette valeur de 5% de taux d'AIPP. Dans ce dernier cas, l'offre d'indemnisation et le règlement sont assurés par l'assureur adverse.

C'est donc l'assureur du blessé dans le cas d'application de cette convention IRCA qui missionne un médecin expert qui a la charge de la gestion du dossier, on dit qu'il a le mandat alors qu'auparavant c'était la fonction de l'assureur du responsable de l'accident.

On s'aperçoit ainsi, qu'initialement, c'est le gestionnaire du dossier qui appréciera s'il y a risque ou pas d'existence de séquelle en particulier pouvant être inférieure ou supérieure à ce taux de 5% d'AIPP.

La convention IRCA prévoit également deux cas de dérogation à expertise médicale. Dans un premier cas, l'assureur peut recourir à l'avis sur pièces médicales, avis rédigé par un médecin expert lorsque les critères suivants sont réunis :

- Hospitalisation inférieure ou égale à 3 jours
- ITT inférieure ou égale à 20 jours
- Absence d'AIPP
- Taux de souffrances endurées inférieur ou égal à 2 sur une échelle de 7
- Absence de dommage esthétique.

Dans un deuxième cas, l'assureur peut recourir à une évaluation basée sur les seules pièces produites par la victime et donc sans recours à un expert médical lorsque les critères suivants sont réunis :

- ITT inférieure ou égale à 8 jours
- Absence d'hospitalisation, de geste chirurgical ou de rééducation
- Victime se déclarant guérie.

On s'aperçoit que, dans le cadre de cette indemnisation sans expertise avec ou sans avis médical, cette indemnisation se base sur les documents fournis volontairement par le blessé. Il s'agit tout d'abord du questionnaire corporel que le blessé a retourné à la compagnie d'assurance et du certificat médical initial. Il est conseillé à la victime de fournir le maximum de pièces ce qui permettra au médecin expert de cerner au mieux le préjudice. Cette convention n'a pas de valeur de loi et la Loi du 05.07.85 comme son décret d'application doit être parfaitement respectée dans le cadre de cette convention. Cette convention IRCA ne concerne ni les piétons ni les cyclistes dont l'indemnisation des dommages corporels demeurent régis par la loi Badinter du 05.07.1985.

a. L'information de l'assureur et de la victime

- Information de l'assureur par la victime

Les Articles R. 211 – 37 et R. 211 – 38 du Code des Assurances énumèrent les différents renseignements que la victime directe ou les victimes par ricochet sont tenues de fournir à l'assureur :

Nom et prénom, date et lieu de naissance, activité professionnelle et adresse de l'employeur, montant des revenus professionnels avec leurs justificatifs, description des dommages corporels avec un certificat médical, description des dommages aux biens...

- Information de la victime par l'assureur

L'article R. 211 – 39 du Code des Assurances prévoit que la correspondance de l'assureur doit être accompagnée " d'une notice relative à l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation dont le modèle est fixé par Arrêté ".

C'est l'article A. 211 – 11 du Code des Assurances qui comporte en annexe le texte de cette notice.

b. L'examen médical préalable à l'offre d'indemnisation de l'assureur

Les articles R. 211 – 43 et R. 211 – 44 du Code des Assurances fixent les modalités de l'examen médical pratiqué à la demande de l'assureur généralement par l'un de ses médecins conseils.

La victime doit être avisée 15 jours au moins à l'avance de l'identité des titres du Médecin choisi par l'assureur, de la date et du lieu de l'examen ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Le Médecin Conseil informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister d'un Médecin de son choix.

La victime peut contester le choix du médecin choisi par l'assureur (article 6 du décret 86 – 15 du 6 – 1 – 1986 pris pour l'application de la Loi n° 85 – 677 du 5 – 7 -1985 paru au Journal Officiel du 7 - 1 – 1986 . Cette récusation peut s'expliquer par de multiples raisons (compétence, qualification, personnalité ...) . L'assureur s'efforcera alors d'obtenir un accord avec la victime sur le choix du médecin . L'article 211 – 34 du Code des Assurances prévoit la désignation d'un Médecin à titre d'Expert par le Juge des référés lorsque la victime récusé le Médecin choisi par l'assureur, lorsque aucun accord avec la victime n'a pu être conclu sur le choix du médecin . Le juge des référés désigne alors un expert sans que le juge ne lui confie de mission bien précise. L'expertise ainsi diligentée revêt les caractères de l'examen prévus par la loi du 05.07.85.

L'examen médical réalisé au titre de la loi Badinter proposé à la victime " en première intention " n'est pas considéré comme contradictoire mais se situe " dans le cadre de la Loi Badinter " c'est-à-dire que la victime a la faculté de se faire simplement assister par son Médecin Conseil sans qu'il soit fondé à discuter réellement de l'évaluation.

La loi du 05.07.85 donne à la victime la faculté de se faire assister par un médecin lors de cet examen médical qualifié par les autorités juridiques d'expertise officielle de nature amiable mais les textes ne précisent pas l'étendue des pouvoirs ou des possibilités de cet assistant technique. Seules donc les règles de déontologie ayant trait à l'exécution des mesures d'instruction de caractère amiable peuvent être appliquées. En l'occurrence le médecin choisi par la victime assiste à l'examen non pas en qualité d'expert mais comme assistant technique de cette victime. Il peut faire les observations orales qu'il souhaite et peut présenter des observations écrites. Si le médecin qui assiste la victime reçoit un exemplaire du rapport en même temps que la victime elle-même, il n'est pas signataire de ce rapport, il ne partage donc pas avec l'expert la responsabilité des conclusions.

Malheureusement, les victimes à 90 % se rendent seules à l'examen médical.

Cet examen médical est de toute façon une procédure facultative. On peut ne pas s'y soumettre et préférer la voie judiciaire. De même on n'est pas obligé de se rendre aux convocations du Médecin. Mais dans cette hypothèse l'assureur qui reste tenu de présenter une offre d'indemnité ne pourra le faire que sur la base des seuls éléments que la victime aura bien voulu lui transmettre.

L'article R. 211 – 44 du Code des Assurances impose la transmission du rapport médical dans un délai de 20 jours à l'assureur, à la victime, ce qui est essentiel, et éventuellement au Médecin qui a assisté c'est-à-dire. La transmission du rapport à l'assureur constitue un aménagement légal du secret médical dans l'intérêt de

l'indemnisation de la victime. Il est à noter l'importance de la notion de consolidation, notion médicale définie en introduction qui sert de point de départ aux délais légaux d'offre d'indemnités en particulier si la victime n'est pas déclarée comme consolidée. En effet en cas de non consolidation le Médecin Conseil de l'Assurance doit alors reconvoquer la victime afin de s'assurer de sa consolidation avant de proposer une offre.

c. L'offre de l'assureur

aa. Les délais de l'offre

- les délais impartis à l'assureur pour faire une offre

* aux victimes directes d'un dommage corporel :

Dès lors que la victime est indemnisable au titre de la loi Badinter et qu'elle a averti l'assureur du responsable de l'accident, l'assureur doit présenter une offre d'indemnisation au plus tard trois mois à compter de la demande. Si l'état de santé de la victime n'est pas encore stabilisé, il n'est pas obligé de faire cette offre mais il doit apporter une réponse motivée à la demande dans le même délai de trois mois.

Le délai maximal d'offre est de 8 mois à compter de l'accident. L'assureur doit adresser à la victime une offre amiable d'indemnisation 8 mois au plus à compter de l'accident. Si l'état de la victime n'est toujours pas consolidé 8 mois après l'accident, cette offre vaut à titre de provision.

Elle a un caractère définitif si l'état de santé est stabilisé et que la victime en a informé l'assureur dans les trois mois après l'accident.

Dans le cas contraire, cette offre d'indemnisation est provisionnelle c'est-à-dire qu'elle peut être modifiée.

L'offre définitive doit être faite dans un délai de 5 mois à compter du jour où la victime aura informé l'assureur de la stabilité de son état de santé.

Cette offre peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime dans les trois mois de l'accident. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

* aux victimes par ricochet : le délai d'offre est de 8 mois à compter de leur demande d'indemnisation.

- lorsque la victime ne se soumet pas à l'examen médical ou conteste le choix du Médecin par l'assureur, la désignation d'un Médecin Expert par le Juge des référés entraîne la prorogation d'un mois du délai d'offre (Article R. 211 – 34 du Code des Assurances).

- lorsque la victime est domiciliée à l'étranger ou outre-mer les délais sont prorogés d'un mois (Article R. 211 – 35 du Code des Assurances).

Si la victime accepte l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur reçue 8 mois au plus à compter de l'accident l'offre devient définitive et la victime ne peut plus la contester même en justice.

- Cas des transactions (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) : La durée moyenne entre la survenance de l'accident et la consolidation s'élève en moyenne à 12.1 mois pour les dossiers réglés en 2007.

Aux cours de la deuxième phase entre consolidation et règlement, d'une durée moyenne de 10.6 mois, l'assureur et le FGAO réunissent les justificatifs du préjudice de la victime, lui présentent une offre l'ajustent en fonction des éléments non pris en compte, recueillent l'accord de la victime et procèdent au règlement.

- Cas des décisions judiciaires (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) :

Les dossiers examinés par les juridictions concernent des victimes plus gravement handicapées : sur les dossiers réglés en 2007, le taux moyen d'AIPP ressort à 9.2 points pour les décisions judiciaires et à 4.6 points d'AIPP pour les transactions.

La durée moyenne des affaires jugées en 2007, de la survenance de l'accident à la consolidation de la victime s'élève à 20 mois.

Après consolidation et évaluation du handicap par le médecin expert, la durée moyenne de règlement des affaires jugées est de 30.3 mois.

Durée moyenne de règlement des victimes avec un déficit fonctionnel permanent non nul par taux d'AIPP (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007)

Taux d'AIPP	Durée moyenne entre survenance de l'accident et consolidation (en mois)		Durée moyenne entre consolidation et règlement (en mois)	
	Transactions	Décisions judiciaires	Transactions	Décisions judiciaires
1	8.5	10.6	8.8	21.8
2	9.7	12.5	8.9	19.9
3	10.8	14.2	9.8	24.3
4	12.1	13.7	10.7	24.1
5	13.5	18.1	11.6	32.3
6 à 9	15.4	21.8	13.9	33.0
10 à 14	18.2	24.0	14.3	34.1
15 à 19	21.4	27.8	15.4	35.4
20 à 29	24.5	29.8	16.6	47.6
30 et plus	34.3	39.6	24.0	44.8
Ensemble	12.1	20.0	10.6	30.3

bb. L'offre transmise avec retard

Elle est sanctionnée par l'Article L.211 – 13 du Code des Assurances.

En cas de retard dans la remise de l'offre définitive ou prévisionnelle, l'assureur doit donc verser des intérêts de retard calculés au double du taux de l'intérêt légal sur le montant de l'indemnité.

Le montant des indemnités offertes par l'assureur ou allouées 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 jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenus définitifs.

Exemple de lettre de réclamation à l'assurance de la partie adverse en cas de retard d'offre d'indemnisation alors que l'état de santé de la victime était consolidé moins de trois mois après l'accident de la circulation .

Nom
Prénom
Adresse

Nom
Adresse de l'assurance

A.....,
Le

N° de Police de l'assurance
Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable de l'assurance

Le .../.../..., j'ai été victime d'un accident de la circulation causé par M., votre assuré. Deux mois après, soit le .../.../..., je vous ai informé de la consolidation de mon état de santé (cf. certificats médicaux ci-joints) et je vous ai présenté une demande d'indemnisation.

Je vous rappelle que, dans la mesure où la responsabilité de M. n'est pas contestée et que mon dommage est entièrement quantifié, mon état de santé étant définitivement consolidé, vous étiez dans l'obligation de me présenter une offre d'indemnisation dans un délai de 3 mois à compter de ma demande, soit au plus tard le .../.../..., conformément à l'article L.211-9 du Code des assurances. Or, je n'ai toujours rien reçu.

Je vous demande donc de bien vouloir me faire parvenir cette offre dans les plus brefs délais, augmentée des intérêts calculés au double du taux légal, comme le prévoit l'article L.211-13 du code des assurances.

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Exemple de lettre de réclamation d'intérêts de retard pour une offre d'indemnisation d'une assurance envoyée avec retard supérieur au délai de 5 mois à compter du jour où la victime aura informé l'assureur de la consolidation .

Nom
Prénom
Adresse

Nom
Adresse de l'assurance

A.....,
Le

N° de Police de l'assurance
Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable de l'assurance

J'ai bien reçu votre offre d'indemnisation pour un montant global de€. Je ne peux cependant pas l'accepter en l'état car elle ne tient pas compte des intérêts de retard.

Je vous rappelle que la consolidation de mon état de santé a été constatée le .../.../... (Soit 4 mois après l'accident) et qu'il vous appartenait de m'adresser une proposition définitive dans les 5 mois suivant cette date.

Or celle-ci ne m'est parvenue que le .../.../..., soit 7 mois plus tard et n'intègre pas les intérêts de retard qui courent automatiquement en application de l'article L.211-13 du Code des assurances. Il convient donc d'augmenter le montant de l'indemnisation du double de l'intérêt légal, soit de ...€.

Je vous demande de bien vouloir me présenter une nouvelle offre intégrant ce calcul.

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

cc. Le contenu de l'offre

Selon l'Article L. 211 – 9 Alinéa 3 du Code des Assurances, l'offre doit comprendre " tous les éléments indemnifiables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages et aux biens lorsqu'il n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable ". Le législateur a prévu une sanction d'une offre " manifestement insuffisante " afin d'éviter une offre purement formelle et dérisoire qui bafouerait l'esprit de la Loi . L'Article L. 211 – 14 du Code des Assurances stipule que " si le Juge qui fixe l'indemnité estime que l'offre proposée par l'Assureur était manifestement insuffisante, il condamne d'office l'assureur à verser au fond de garantie une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité allouée sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime " .

Les tribunaux assimilent à une absence d'offre, une offre manifestement insuffisante d'indemnisation.

Après réalisation de l'expertise médicale lorsque la victime reçoit la proposition de chiffrage d'indemnisation des préjudices il lui est fortement conseillé de bien étudier et éventuellement de la contester auprès du régleur de l'assureur.

Il conviendra en particulier de veiller à ce qu'aucun poste de préjudice ne soit omis par exemple le déficit fonctionnel temporaire.

Un poste donnant souvent lieu à contestation est le coût de l'assistance d'une tierce personne pour le reste de la vie de la victime. En effet, les propositions des assureurs ne s'étalent qu'entre 8 et 12 € pour l'heure d'assistance par une tierce personne alors que les tribunaux saisis par voie judiciaire fixent un coût horaire plus important en général de 15 à 18€ l'heure d'assistance par une tierce personne.

dd. La transaction

La victime a la faculté de dénoncer la transaction dans les 15 jours qui suivent sa conclusion. Elle doit le faire alors par lettre recommandée.

En cas de transaction, le paiement des sommes convenues doit être inférieur au délai d'un mois avant l'expiration du délai de dénonciation, soit un mois et demi après sa conclusion. Si ce délai de paiement n'est pas respecté les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ces deux mois, au double du taux légal (Article L. 211 – 17 du Code des Assurances).

ee. Suites données par la victime à la proposition de transaction

Le cas suivant constitue le cas le plus fréquent après un accident de la voie publique : la victime n'a pas porté plainte, il n'y a pas eu d'infraction grave, le parquet n'a pas poursuivi l'auteur.

Comme nous l'avons vu, la victime est examinée en présence ou en l'absence de son médecin conseil.

α. Accord entre les parties

En cas d'accord sur les conclusions, la procédure peut se poursuivre.

β. Désaccord entre les parties

En cas de désaccord, la victime demande un examen amiable et contradictoire, une contre-expertise ou un arbitrage en présence de son conseil.
Si cet examen débouche sur un accord, la procédure continue.

Voici un modèle de lettre de contestation par la victime de l'expertise réalisée au titre de la loi Badinter :

Nom, Prénom Lieu, Date
.....
Adresse
.....
.....
N° de téléphone

Adresse du siège de l'assurance

.....
.....
.....

Vos références :

Accident du .././....(date)

N° de dossier :

Dossier suivi par Mr ou Mme ...

Lettre recommandée avec avis de réception

Madame (ou Monsieur),

J'ai été victime le .././....(date) d'un accident de circulation .

Pour faire suite au rapport d'expertise au titre de la loi du 05-07-1985 dite loi Badinter du (date).....du Docteur..... expert, je conteste les conclusions du Docteur..... expert dans la mesure où elles ne prennent pas en compte la globalité du préjudice subi, notamment les séquelles ci dessous :

.....
.....

Vous trouverez ci-joint un certificat médical du Docteur....., titulaire du diplôme d'études juridiques relatives à la réparation du dommage corporel, appuyant mes dires.

Je vous prie de recevoir, Madame (ou Monsieur) en l'expression de mes sincères salutations.

Nom et Prénom

β1. Contre expertise

Une contre expertise est une nouvelle expertise demandée par la victime concernant le même sujet, c'est-à-dire les conséquences corporelles de son accident de la circulation, réalisée par un autre expert et mandaté par la même compagnie d'assurance. La victime lors de cette contre expertise peut être assistée par le médecin de recours qu'elle choisit. Les frais de cette expertise sont réglés par l'assurance directement au nouvel expert.

β2. Expertise contradictoire amiable

Les parties peuvent faire appel à un examen dit examen contradictoire, un médecin représentant chacune des parties participantes à l'examen de la victime. L'expertise contradictoire amiable ou mission d'examen médical conjoint et contradictoire amiable réunit deux médecins rompus à la technique de l'évaluation du dommage corporel, chacun représentant l'une des parties, c'est-à-dire une partie correspondant à l'assurance dont l'expertise initiale a été contestée par la victime et la deuxième partie correspondant à la victime. Chaque partie se met donc d'accord sur la désignation d'un médecin pour l'expertise. Les parties invitent leur médecin respectif à réaliser ensemble l'examen de la victime. Le but est d'aboutir à des conclusions médico-légales communes si cela est possible ou expliquer le motif du désaccord en cas de divergence.

Les deux praticiens conviennent de se réunir au cabinet de l'un d'entre eux, ils fixent le rendez-vous en fonction de leurs impératifs respectifs et adressent une convocation à l'intéressé. Par définition, l'examen conjoint et contradictoire amiable est pratiqué dans le même temps par les deux praticiens. Chacun d'eux peut poser la question qu'il souhaite, prendre connaissance des documents du dossier et procéder à des constatations cliniques.

Parfois l'avis d'un saphiteur est nécessaire et les praticiens conviennent de la désignation d'un tel spécialiste et assistent s'ils le souhaitent à ses opérations.

Les experts qui auront adopté des conclusions en commun, même s'il ne s'agit pas de conclusions communes adresseront leur rapport aux parties qui les ont désignés. Aucune règle juridique ou déontologique ne précise les conditions dans lesquelles doivent être rédigés ou déposés les rapports. Les usages varient suivant les régions.

Dans une expertise amiable contradictoire le médecin représentant chaque assurance peut rédiger un rapport propre mais qui, soit reprend les mêmes conclusions que son confrère expert, soit qui reprend des conclusions différentes en les explicitant.

Si la victime est représentée par un médecin de recours, on peut très bien ne pas rédiger de rapport commun.

Si la victime est représentée par un médecin mandaté par sa compagnie d'assurance et que l'une des compagnies d'assurances le demande expressément, un rapport commun rédigé par les deux experts cosigné est alors en général rédigé.

Si un rapport commun est rédigé, du point de vue formel, l'entête est double, portant à la fois le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque médecin.

Les références des parties et notamment de la société d'assurance doivent y figurer de même que le lieu où l'expertise a été réalisée.

Au chapitre de la discussion doit figurer une mention précisant que les conclusions ont été arrêtées par commun accord entre les deux praticiens. Le rapport commun doit comporter la signature des deux praticiens. Lorsque les conclusions sont à caractère provisoire et non définitif, par exemple lorsque la consolidation n'est toujours pas acquise, on indique alors qu'un nouvel examen sera nécessaire dans un délai fixé de façon à pouvoir arrêter de telles conclusions définitives.

En cas de désaccord, chaque praticien rend à son mandant ses propres conclusions.

En cas de désaccord, les experts peuvent rédiger un rapport commun comportant une conclusion reflétant l'existence de divergence de vues, l'avis de chacun étant alors mentionné. Ce rapport signé par les deux experts est adressé alors à chacune des parties.

Lorsque l'accord est complet entre les deux médecins, ceux-ci peuvent établir un rapport commun.

Parfois en plus de ces conclusions en commun chaque expert se réserve la possibilité de rédiger chacun un rapport et de l'adresser à la partie qui l'avait désigné, la conclusion de chaque rapport étant conforme aux conclusions prises en commun. Parfois encore en cas de désaccord, chaque expert rédige son propre rapport dont la discussion et la conclusion sont le reflet de la réalité expertale et de l'accord ou du désaccord verbal.

Que le désaccord soit total, par exemple sur l'imputabilité ou qu'il soit partiel sur par exemple sur le taux d'IPP, chaque praticien établit son propre rapport, indique quelles ont été les constatations cliniques communes, quels sont les points d'accord et de désaccord en motivant la position personnelle du médecin, laissant alors aux parties le choix de la conduite à tenir (transactions ou nouvelles mesures d'expertise) .

Chaque praticien établit ainsi son rapport et l'envoie à son mandant, comprenant la description des faits, les constatations cliniques, des éléments de la discussion et les conclusions médico-légales. Il faut signaler qu'un désaccord entre les deux médecins experts, n'exclut pas forcément une transaction ultérieure par les régleurs. Les parties demeurent libres en effet, d'accepter ou non les conclusions établies en commun par les deux médecins, qu'elles ont désignés en tant que conseil.

Les honoraires pour chaque expert sont réglés par les parties qui les ont mandaté c'est-à-dire la compagnie d'assurance et la victime.

β3. Expertise arbitrale

Les médecins représentant la compagnie d'assurance et la victime s'accordent à partir d'une liste de médecins proposés par chacun des experts sur le nom d'un médecin expert arbitre. Cet arbitrage est formalisé par la rédaction d'un compromis d'arbitrage avec un protocole amiable d'arbitrage médical rappelant que les parties ont décidé de s'en remettre à l'avis d'un médecin expert, que son avis sera respecté. Lorsque le protocole amiable d'expertise a été signé par les deux parties, il sera adressé avec la totalité du dossier médical à l'arbitre désigné. Ce dernier prend contact avec les médecins mandatés par les parties afin d'assister aux opérations d'expertise. La date et l'heure de l'expertise sont ainsi fixées d'un commun accord. L'arbitre convoque alors la victime par lettre simple. Cette expertise arbitrale a un caractère contradictoire, le médecin expert devant recueillir l'avis de ses confrères avant de déposer ces conclusions. Ces conclusions ne sont pas le fruit d'un compromis entre les parties représentées. Le dépôt d'observation écrite par les parties est possible et comme en expertise judiciaire l'arbitre doit y répondre. Les honoraires de l'expert arbitre sont partagés en général par moitié entre les parties.

β4. Désaccord persistant

En cas de divergence, les parties font appel, soit à un arbitrage s'il n'y en a pas encore eu, soit à un expert judiciaire. Il faudra alors initier une procédure devant le juge en référé. En cas de considération d'une offre manifestement insuffisante par la victime, celle-ci peut donc demander soit à l'assureur de faire une offre plus adaptée soit saisir le juge de proximité pour une somme inférieure à 4.000 €, le tribunal d'instance pour une somme supérieure à 4.000 euros et inférieure ou égale à 10.000 euros ou de grande instance pour une somme supérieure à 10.000 euros. Dans ce cas la victime ne sera indemnisée qu'à l'issue du procès.

Le juge est susceptible de prononcer deux sortes de condamnations à la charge de l'assureur, le versement d'une somme au Fond de garantie (au maximum 15 % de l'indemnité allouée), le règlement de dommages et intérêts à la victime.

Un juge peut considérer une offre d'indemnisation comme manifestement insuffisante lorsque :

Le montant de l'offre est dérisoire ne correspondant pas au préjudice réellement subi.

Lorsque l'assureur ne retient pas tous les postes du préjudice par exemple aucune somme pour une incapacité permanente.

Lorsque la différence entre l'offre formulée et l'indemnité allouée est importante.

Lorsque la procédure amiable d'évaluation des séquelles médicales se poursuit, il y a accord sur le niveau des séquelles médicales. L'assureur fait alors une proposition d'indemnisation.

Si la victime est satisfaite de la proposition le régleur s'exécute, s'il y a désaccord la victime fait appel à son avocat (ou conseil) . Les deux parties tentent une transaction. Si cette transaction aboutit, le dossier est clos. Si les parties sont toujours en désaccord, le juge est saisi pour fixer l'indemnité.

Un deuxième cas de figure est celui où une procédure civile ou pénale est entamée à l'initiative de la victime ou du Procureur de la république. Le premier cas décrit ci-dessus peut aboutir à ce deuxième cas décrit ci-dessous lorsque la victime décide d'arrêter la procédure transactionnelle et de se lancer dans une procédure judiciaire. Voir le chapitre X Indemnisation des accidents de la voie publique/B Les autres modes d'indemnisation/1. Une procédure est en cours.

5. Recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne.

Les victimes d'accident en particulier de la voie publique ne peuvent pas cumuler les prestations recueillies à partir de leur Caisse de Sécurité Sociale de leur régime de protection sociale avec les indemnités, le cas échéant mises à la charge du responsable. Les organismes qui ont versé ces prestations dit organismes tiers payeurs peuvent exercer une action récursoire et demander le remboursement de leurs prestations.

Suivant l'article 29 de la Loi du 5 juillet 1985, les prestations c'est-à-dire versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne ouvrent droit à un recours aux personnes tenues à réparation ou contre son assureur :

Les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de Sécurité Sociale, sont pour ceux qui sont mentionnés aux articles 1106 -9, 1234-8, 1234-20 du Code rural.

Les prestations énumérées au chapitre 2 de l'article 1^{er} de l'ordonnance numéro 59-76 du 7 janvier 1959 relatives aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.

Les sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation,

les salaires, et les accessoires de salaires nets dus par l'employeur pendant la période d'inactivité, consécutive à l'évènement qui a occasionné le dommage.

Les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régies 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'assurance régies par le Code des assurances (loi N° 94-678 du 8 août 1994, article 15).

Les recours des tiers payeurs ont un caractère subrogatoire. En effet, un accident corporel entraîne un versement de prestations à la victime en particulier par certains organismes sociaux appelés "tiers payeurs" comme par exemple la Sécurité Sociale.

La Sécurité Sociale prend en charge parfois en tiers payant, la majeure partie des frais médicaux et hospitaliers, ce qui est appelé "prestations en nature" et d'autre part verse ce que l'on appelle des "prestations en espèces" par compensation des revenus du travail perdus.

Il convient également de citer les prestations (les salaires et accessoires du salaire) maintenues par l'employeur public ou privé pendant la période d'inactivité consécutive à l'accident en vertu du contrat de travail ou d'organismes de prévoyance particuliers.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire puisque sont destinées à compenser certains préjudices nés d'un dommage corporel. Le principe indemnitaire suppose que la victime soit indemnisée de l'intégralité des préjudices subis, mais pas davantage.

Ainsi, les cumuls d'indemnités qui conduiraient à un enrichissement seraient illicites. Par contre, le responsable de l'accident (ou son assureur) demeure tenu de toute l'indemnité et n'en est pas déchargé sous le prétexte que certains organismes, de Sécurité Sociale, par exemple, ont assumé immédiatement une charge de réparation qui lui incombait.

Ainsi, les organismes dits tiers payeurs ont versé la prestation indemnitaire en avance sur recours et par une action subrogatoire ultérieure, ils peuvent se faire

rembourser par le responsable (ou son assureur) le montant des prestations indemnitaires versées.

Le responsable de l'accident (ou son assureur) doit donc rembourser au tiers payeur leurs prestations indemnitaires après que l'on ait calculé le montant total des préjudices dont il doit réparation à la victime. Le responsable ne versera donc à la victime que la différence entre l'indemnité globale qui lui est due et les prestations indemnitaires qui ont déjà été payées par les organismes tiers payeurs.

La créance de la victime contre le responsable de l'accident se réduit donc en pratique à un solde.

a. L'assiette du recours de la Caisse

L'assiette du recours de la Caisse se définit par la part d'indemnités à la charge du tiers responsable.

Cette assiette comprend les postes de préjudice suivants,

lorsque la victime est blessée :

- les frais médicaux, pharmaceutiques, le transport, l'hospitalisation, les prothèses et appareillages, les frais de rééducation, de reclassement professionnel (actuel ou futur) ;
- l'incapacité temporaire : perte ou diminution de l'autonomie pour les activités personnelles ou professionnelles ;
- l'incapacité permanente : handicap professionnel de la victime et handicap fonctionnel lié aux séquelles de l'accident ;
- la tierce personne ;
- le préjudice professionnel : prise en compte des difficultés à exercer sa profession antérieure, obligation de reconversion ;
- les frais d'adaptation du logement et du véhicule (aménagement du lieu de vie, du véhicule de la victime à son nouvel état).
-

lorsque la victime est décédée :

- les frais d'obsèques,
- le préjudice résultant de la perte de revenu,
- le préjudice des ayant-droits à l'exclusion du préjudice moral.

La loi du 27 décembre 1973 relative à l'étendue de l'action récursoire des Caisses de Sécurité Sociale en cas d'accident causé par un tiers, précise que les caisses ne sont admises à poursuivre le remboursement des prestations, qu'à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnités de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques et morales endurées, aux préjudices esthétique et d'agrément.

La loi du 5 juillet 1985 a repris ces dispositions dans son article 31. En effet, dans cet article 31, la loi du 5 juillet 1985 stipule que " tous les recours subrogatoires s'exercent dans les limites de la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément ou, s'il y a lieu, de la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayant droits.

b. Calcul de la subrogation des prestations de Sécurité Sociale

aa. Les principes du calcul

α. Le recours subrogatoire s'exerce poste par poste avec droit de recours préférentiel de la victime sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs se servant sur le solde éventuel

Lorsque la charge d'indemnisation est entière à l'égard de l'assureur de l'auteur du dommage, le recours poste par poste n'a pas d'incidence sur la répartition entre la victime et l'organisme tiers payeur. En revanche, la solution est différente lorsque la victime voit son indemnisation limitée ou réduite en fonction de la faute commise.

Dans le régime antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, qui modifie l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article 31 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985, on déduisait le montant global des prestations sociales de l'assiette soumise au recours des tiers payeurs. En cas de versement d'une rente, la victime pouvait se voir privée de toute indemnisation sur cette part de préjudice, ne pouvant prétendre qu'à son dommage personnel, notamment en cas de partage de responsabilité.

L'article 30 de la Loi du 5 juillet 1985 a édicté le caractère subrogatoire du recours de tous les tiers payeurs. En cas de partage des responsabilités, le tiers payeur subrogé ne saurait avoir plus de droits que la victime subrogeante : le partage de responsabilité doit donc être appliqué au montant de la prestation, objet du recours. L'adage « nul n'est censé subroger contre soi » est exprimé par l'article 1252 du Code civil : « la subrogation ne peut nuire au créancier lorsqu'il n'a été payé qu'en partie ; en ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui est dû, par préférence à celui dont il n'a reçu qu'un paiement partiel. »

Ces règles fondamentales du droit de la subrogation sont gravement méconnues, en raison d'une interprétation restrictive et anachronique de l'article L.376-1 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale et de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, dont la rédaction initiale remonte à 1973 dans l'ancien régime d'indemnisation.

Il restitue aux recours des organismes sociaux leur caractère subrogatoire oublié par la pratique et la jurisprudence. Le recours s'exerçait globalement dans l'ancien régime d'indemnisation, ce qui pouvait être préjudiciable à la victime lorsqu'un partage de responsabilité est retenu entre elle et le tiers responsable ou l'auteur de son dommage. Jamais cela ne pénalisait l'organisme social qui bénéficiait de l'intégralité de son recours. En outre, il pouvait arriver qu'il obtienne le remboursement sur une indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité corporelle de la victime, alors qu'il n'avait servi aucune prestation à ce titre. Le tiers payeur prélevait les prestations qu'il versait sur les sommes allouées aux victimes en réparation de leurs préjudices réparant l'atteinte à leur intégrité physique.

Désormais et conformément au principe général de l'article 1252 du Code civil, la subrogation dont dispose le tiers payeur dans les droits de son assuré social ne peut nuire à ce dernier.

La victime devient donc prioritaire, par rapport à son organisme social, sur le montant du recours qu'elle peut exercer à l'encontre du responsable, à concurrence du montant de la réparation qui lui est accordée.

Il convient au lieu de déduire de chacun de postes de préjudice de la victime le montant de la créance correspondante de l'organisme social, de façon que la victime perçoive effectivement le montant de la réparation qui lui a été accordée.

Le recours des tiers payeurs est dorénavant beaucoup plus limité, tant par le mécanisme du recours poste par poste que par le droit de préférence reconnu à la victime, en application du principe selon lequel " on ne subroge pas contre soi-même " .

Le Journal officiel du 22 décembre 2006 publie la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, qui modifie l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article 31 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985. Ils sont maintenant rédigés comme suit :

Le troisième alinéa de l'article L.376-1 du même Code 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 n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi rédigé :

« Art. 31- les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent les 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 indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle. »

« 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 n° 85-677 du 05 juillet 1985 est modifié dans les mêmes termes, reprenant très exactement les trois alinéas, seul le vocable « Caisse » ayant été remplacé par la notion de « tiers payeurs ».

La philosophie de ce texte peut se résumer ainsi :

- les tiers payeurs ne peuvent avoir de recours que sur les postes de préjudice au regard desquels ils ont versé des prestations ;

si la victime n'a pas été remboursée de l'intégralité de ses préjudices par les organismes sociaux, elle disposera d'un droit de recours préférentiel sur l'indemnité

due par le responsable, les tiers payeurs se servant sur le solde éventuel ; La Loi nouvelle n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, précise que, conformément à l'art. 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation. Lorsqu'elle n'a été indemnisée que partiellement par les prestations du tiers-payeur, la victime peut exercer ses droits contre le responsable par préférence au tiers-payeur subrogé. L'article 25 de la Loi nouvelle n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale, ne modifie pas l'indemnité mise à la charge du responsable et dans des relations avec le responsable, la victime doit supporter les conséquences d'un partage de responsabilité : elle n'est indemnisée que partiellement. Dans ses relations avec les organismes sociaux, la part de responsabilité de la victime est inopérante : qu'elle soit à 100% responsable de son propre accident, ou qu'un tiers en soit responsable à 100%, elle a droit à toutes ses prestations sociales. Si la victime n'a pas été remboursée de l'intégralité de ses préjudices par les organismes sociaux, elle dispose d'un droit de recours préférentiel sur l'indemnité due par le responsable (en fonction du partage de responsabilité). L'article 25 de la Loi du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale modifie profondément le droit du dommage corporel en prévoyant un recours poste par poste des tiers payeurs avec un droit de préférence pour la victime. La loi redonne ainsi toute sa place au droit de la subrogation et au contrat social passé entre la victime et la Sécurité sociale.

Au stade du règlement judiciaire, la victime, créancière des prestations pour lesquelles elle a cotisé, prime la Caisse, débitrice desdites prestations. La méthode de calcul en est bouleversée et les droits des victimes nettement améliorés, surtout en cas de partage de responsabilité.

Cependant la victime ne doit pas s'enrichir : son droit de préférence ne s'exerce que dans la limite du préjudice qu'elle a subi. Les tiers-payeurs ne peuvent exercer leurs recours que sur le solde éventuel dû par le responsable.

Les recours subrogatoire s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices que les Caisses ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

Un recours poste par poste va permettre de limiter la soustraction des créances des tiers payeurs à chaque poste de préjudice auquel a participé l'organisme social alors que jusqu'à présent, la soustraction s'opérait sur l'ensemble des postes soumis à recours.

La préférence à la victime entraînera dorénavant, en cas d'indemnisation partielle de cette dernière, une indemnisation plus juste qu'auparavant puisque les organismes sociaux avaient jusqu'ici priorité sur la victime.

L'article 25 de la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale modifie ainsi favorablement l'indemnisation des victimes dans plusieurs cas :

- Les partages de responsabilité.
- Les pertes de chances en matière de responsabilité médicale.
- Les accidents entraînant le versement de pension d'invalidité ou de rente d'organismes sociaux.

La réforme met fin à la globalisation de l'assiette du recours des tiers payeurs et prévoit qu'il doit dorénavant « s'exercer poste par poste ». Il n'existe pas de définition juridique des postes de préjudice. Logiquement, il aurait été nécessaire, pour savoir quelle prestation participe à l'indemnisation de quel chef de préjudice, d'établir une

table de concordance entre les chefs de préjudice et les prestations versées par les tiers payeurs. Les postes de préjudice ne correspondent pas toujours exactement à ceux référencés dans la nomenclature Dintilhac, et, d'autre, part, cette table ne concerne que les prestations servies au titre de la branche maladie du régime général de Sécurité sociale.

	Postes de préjudices patrimoniaux		Prestations de l'organisme social		Postes de préjudices extrapatrimoniaux
Temporaires	Dépenses de santé actuelles (DSA)	←	Frais médicaux, Pharmaceutique, d'appareillage et d'hospitalisation		Déficit fonctionnel temporaire (DFT)
	Frais divers (FD)	←	Frais de transports médicalisés		
	Pertes de gains professionnels actuels (PGPA)	←	Indemnités journalières		Préjudice esthétique temporaire (PET)
Permanents	Dépenses de santé futures (DSF)	←	Frais futurs		Préjudice esthétique permanent (PEP)
	Assistance par tierce personne (ATP)	←	Allocations tierce personne		Préjudice d'agrément (PA)
	Perte de gains professionnels futurs (PGPF)	←	Pension d'invalidité Ou rente AT	→	Préjudice fonctionnel permanent (PFP)
	Incidence professionnelle (IP)	←			Préjudice sexuel (PS)
	Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSU)	←			Préjudice d'établissement (PPE)
	Frais de logement adapté (FLA)				
	Frais de véhicule adapté (FVA)		Frais de formation et de reclassement professionnel		Préjudice permanent exceptionnel (PPE)

Principe

Exception
(conditionnée
au **versement effectif**
préalable et incontestable)

Tout est à construire pour les accidents du travail, le régime des fonctionnaires, celui des artisans, commerçants et professions libérales, les régimes spéciaux sans

oublier les prestations services par les assureurs en complément de celle versées par les organismes sociaux, ou en avance sur indemnité, de structure forfaitaire ou indemnitaire...

La réforme du recours de tiers payeurs touche également aux modalités d'offre d'indemnisation, notamment dans le cadre des accidents de la circulation, de responsabilité médicale ou du régime des victimes d'infraction.

β. L'exclusion des préjudices personnels extrapatrimoniaux dans les recours subrogatoires des tiers payeurs contre le responsable

- La Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 pose un principe : « l'exclusion des préjudices personnels » extrapatrimoniaux dans les recours subrogatoires des tiers payeurs contre le responsable .

Exception : « 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 ». Il appartient à l'organisme social d'apporter cette preuve du caractère personnel de leur prestation. Si par hasard, les tiers payeurs intervenaient pour compenser des dommages à caractères personnel, ils pourraient disposer d'un recours sur les postes de préjudice équivalents. Un recours est envisageable même sur un poste de préjudice personnel, dans l'hypothèse où un tiers payeur aurait effectivement et préalablement versé un indemnisation en regard à ce poste. Le recours est donc en principe exclu sur cette catégorie de préjudices, mais si, en dépit de ce caractère personnel, il est effectivement réparé par une prestation préalablement versée, il sera inclus dans l'assiette du recours. Les tiers payeurs obtiennent ainsi un nouveau droit : celui de récupérer sur les poste personnels des sommes dont ils prouveront qu'elles ont été versées « effectivement et préalablement » en rapport avec le poste concerné.

Mais la question de loin la plus délicate était celle de savoir comment l'on doit imputer les prestations qui présentent une nature hybride, c'est-à-dire qui contribuent à réparer à la fois un préjudice professionnel et un préjudice personnel. Il s'agit concrètement des rentes d'invalidité versées par les Caisses de Sécurité sociale aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ou encore de certaines pensions civiles ou militaires versées par l'Etat aux agents victimes d'accidents de service ou de maladies professionnelles.

Les premières sont calculées en fonction des salaires et d'un taux d'IPP qui est lui-même déterminé en fonction d'éléments combinant l'appréciation médicale du préjudice fonctionnel et son incidence professionnelle : nature de l'infirmité, état général, âge, facultés physiques et mentales de la victime, aptitudes et qualification professionnelle (CSS, art. L. 434-2). La rente est d'ailleurs indépendante des pertes effectives de revenus et est versée même s'il n'y a aucune perte économique, ce qui laisserait à penser qu'elle indemnise plus un préjudice fonctionnel que professionnel. Les secondes (allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires civils, pension militaire d'invalidité, rente viagère d'invalidité) que verse l'Etat à ses agents victimes d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, sont calculées sur une base forfaitaire et sont cumulables avec le traitement. Plus encore que les rentes d'accident du travail versées par les Caisses de Sécurité sociale, elles semblent indemniser un préjudice non professionnel et donc fonctionnel.

Le rapport Dintilhac avait envisagé cette difficulté en invitant les organismes payeurs à indiquer la ventilation entre la part de leur créance destinée à indemniser le préjudice patrimonial et la part visant à indemniser le préjudice extra-patrimonial de la victime ; à défaut de quoi la rente serait présumée réparer par parts égales les préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux. Cette attitude a été observée par certaines juridictions, mais pour d'autres, et notamment pour la Cour d'appel de Paris, la rente d'accident du travail doit s'imputer sur le préjudice professionnel (CA Paris, 17^{ème} ch., sect. A, 19 fév. 2007 : Gaz. Pal. 1^{er}- 3 avril 2007, p8. –CA Paris, 17^{ème} ch., sect. A. 10 sept. 2007, n° 05-20645) , sauf à la Caisse de prouver que la prestation versée a indemnisé un préjudice personnel.

C'est cette dernière solution que retient la Cour de cassation dans ses trois avis. A la question de savoir si la rente versée par les organismes sociaux en cas d'accident sur le trajet du travail s'impute uniquement sur le préjudice professionnel ou si elle peut également s'imputer sur le déficit fonctionnel, et dans quelles proportions, la Cour de cassation répond que « la rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail, indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle ». Puis elle ajoute que « si la Caisse de Sécurité sociale 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 n° 0070015 P et 0070017 P). Le même avis est donné à propos de la rente d'invalidité prévue par les articles L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite : imputation sur les préjudices professionnels, à moins que l'Etat ne prouve que sa prestation a pour partie effectivement et préalablement indemnisé aussi un préjudice personnel (n° 0070016 P).

Les nouvelles dispositions régissant les recours des organismes payeurs, résultant de l'article 25 de la Loi du 21 décembre 2006 ayant modifié l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, sont-elles applicables au recours dont dispose la Caisse de sécurité sociale qui a versé une rente au titre de la législation sur les accidents du travail au salarié victime d'une lésion imputable à un tiers dont la responsabilité peut être recherchée sur le fondement du droit commun ?

La Cour de cassation a répondu à plusieurs reprises à cette question :

Dans ses avis n°0070017P du 29 octobre 2007, elle a dit que : « les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la Loi du 21 décembre 2006, relatives à l'exercice des recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne, s'appliquent aux recours exercés par les Caisses de Sécurité sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement des articles L.454-1, L.455-1 ou L.455-1 du Code de la Sécurité sociale.

Cette solution a été consacrée par la Chambre criminelle dans plusieurs arrêts : 5 février 2008, n° 07-83.327, Bull. n° 31 et 15 avril 2008, n° 07-84.174. De la même manière, le Conseil d'Etat a jugé que la réforme du 21 décembre 2006 s'appliquait aux accidents du travail : CE 5 mars 2008, n° 272447 (CPAM de Seine-Saint-denis). Dans un arrêt récent (2^{ème} civ. 23 octobre 2008, n° 07-18.819), la deuxième Chambre

civile a également admis que les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la loi du 21 décembre 2006, s'appliquent aux recours exercés par les Caisses de Sécurité sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement des articles L.454-1, L.455-1 ou L.455-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dans l'affirmative, la rente versée par la Caisse de Sécurité sociale à la victime d'un accident du travail, sur le fondement des articles L.434-1 et L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, tend-elle pour partie, à indemniser les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime, de sorte qu'elle constitue une prestation indemnisant de façon incontestable un poste de préjudice personnel, au sens de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 modifié par la Loi du 21 décembre 2006 ?

En l'absence de ventilation par le tiers payeur entre la part économique et la part personnelle du préjudice réparé par la rente servie à la victime d'un accident du travail, selon quelles modalités le recours du tiers subrogatoire doit-il s'exercer ?

La Cour de Cassation a répondu à ces questions dans ses avis n°0070015 P et 0070017P du 29 octobre 2007 :

« La rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle ;

Si la Caisse de Sécurité sociale 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. »

La Cour de Cassation a énoncé que la rente s'impute sur les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité, mais que le tiers payeur peut renverser la présomption selon laquelle cette prestation n'indemnise pas un préjudice personnel. Elle a ainsi admis la possibilité que la rente indemnise pour partie un préjudice personnel constitué par les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime.

Mais la Cour de cassation, conformément au texte de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 III de la Loi du 21 décembre 2006, a rappelé que la charge de cette preuve de ce qu'un préjudice personnel a été indemnisé, préalablement de manière incontestable, pèse sur la Caisse de Sécurité sociale qui souhaite exercer son recours sur un tel poste. Il en résulte nécessairement qu'en cas d'absence de ventilation, prouvée, par le tiers payeurs, entre la part économique et la part personnelle du préjudice réparé par la rente, celle-ci ne peut s'imputer sur le poste de préjudice personnel que constituent les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime.

Dans un arrêt récent (2^{ème} civ., 23 octobre 2008, n° 0718819) la deuxième Chambre civile a repris cette solution en énonçant que la « rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail,

indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; que la présomption selon laquelle cette rente ne répare pas un préjudice personnel peut être renversée en établissant que tout ou partie de cette prestation indemnise la victime pour le poste de préjudice personne du déficit fonctionnel permanent. »

Avis n° 0070016P du 29 octobre 2007 : Recours exercés par l'Etat – imputation de la rente viagère d'invalidité.

2. Les dispositions de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la Loi du 21 décembre 2006, relatives à l'exercice des recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne, s'appliquent aux recours exercés par l'Etat et certaines autres personnes publiques en remboursement des prestations versées en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959.

3. La rente viagère d'invalidité prévue par les articles L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite indemnise, notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle.

Si l'Etat ou la personne publique 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.

L'allocation d'éducation spécialisée servie par les Caisses d'allocations familiales pour une durée limitée dans l'intérêt d'un enfant atteint d'une incapacité permanente est dépourvue de caractère indemnitaire et n'ouvre pas droit à recours subrogatoire.

Il en est de même pour l'allocation aux adultes handicapés, prestation d'assistance servie en exécution d'une obligation nationale destinée à garantir un minimum de revenu. (C.A. Nimes ; Chb. Corr., 22 juin 2006, 06-0674 ; Dalloz 2007, 1854, note, Y. Dagonne-Labbe « le caractère non indemnitaire des prestations d'aide sociale »).

Les praticiens ne devraient pas rencontrer de difficulté tant la concordance des prestations et des chefs de dommage apparaît évidente à première vue dans la nomenclature Dintilhac :

- majoration tierce personne = coût auxiliaire de vie (poste « ATP »).
- Frais de reclassement et formation = incidence professionnelle (poste « IP »)
- Indemnités journalières = perte de gains professionnels actuels (poste « PGPA »)

Certaines prestations ont par essence une nature hybride, en ce qu'elles s'inspirent de critères socio-économiques et physiologiques.

Tel est le cas de la rente AT ou de la pension d'invalidité.

Pour ces dernières, il appartiendra donc à la Caisse d'éclairer les parties sur la part de dimension patrimoniale et extra patrimoniale qui compose la prestation concernée.

En pratique, cela imposera à la Caisse de détailler sa réclamation et de l'affecter à la rubrique de préjudice idoine.

Faute de disposer de cette ventilation, on peut penser que les tribunaux seront tentés de suivre le rapport Dintilhac...

« si le tiers payeurs n'effectue aucune diligence pour procéder à cette clef de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniales et extra patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente. »

Ceci dit, la fraction patrimoniale de la rente sera distribuée sur le poste de préjudice patrimonial correspondant, et déduite sans recourir à l'exigence d'autres critères.

bb. Exemples chiffrés du calcul de la subrogation des prestations de Sécurité Sociale

α. Exemples chiffrés de l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

α1. Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en maladie

Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en maladie et qui percevait un salaire de 8 000 € .

- La Caisse lui a réglé

• Prestations en nature	25 000 €
• Indemnités journalières 60 jours à 133,33 €	8 000 €
(8 000 € / 30 / 2 = 133,33 €)	-----

Créance de la Caisse de sécurité sociale : 33 000 €

- Evaluation de son préjudice selon les règles du droit commun.

* Préjudice corporel

• Prestations en nature	25 000 €
• Ticket modérateur	2 000 €
• I.T.T. de 2 mois = 8 000 € X 2	16 000 €
• I.P.P 2 %	4 000 €

	47 000 €

* Préjudice personnel

Pretium doloris	6 000 €
-----------------	---------

- Cas où le tiers est entièrement responsable

- la Caisse obtient 33 000 €

- la victime obtient

Préjudice corporel (47 000 € – 33 000 €)	14 000 €
---	----------

Préjudice personnel	6 000 €
---------------------	---------

Total pour les préjudices	20 000 €
---------------------------	----------

- Cas où le tiers n'est responsable que pour moitié

L'indemnité mise à la charge du tiers s'élève à :

Préjudice corporel 47 000 : 2	23 500 €
-------------------------------	----------

Préjudice personnel 6 000 : 2	3 000 €
-------------------------------	---------

- La Caisse obtient 23 500 €

- La victime obtient 3 000 €

(Il ne subsiste aucun solde sur le préjudice corporel pour la victime)

α2. Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en accident du travailα2. 1. Premier exemple

Cas d'une victime indemnisée en accident du travail pour laquelle la Caisse a liquidé une rente pour un taux d'IPP Inférieur à 10 % et a en conséquence réglé le capital.

Salaire mensuel de la victime : 8 000 €

Age de la victime : 40 ans.

- La Caisse lui a réglé

- prestations en nature 30 000, 00 €

- indemnités journalières (60 jours)
(28 jours X 160 = 4.480) plus
(32 jours X 213,33 = 6826.56 € 11 306, 56 €

• IPP : 9 %	20 001, 00 €

Créance de la Caisse de sécurité sociale	61 307, 56 €
- Evaluation du préjudice selon les règles du droit commun	
• préjudice corporel	
* prestation en nature	30 000, 00 €
* ITT 2 mois (conclusions de l'expert)	16 000, 00 €
*IPP 6 % (conclusions de l'expert)	
6% X 3 800	22 800, 00 €

	68 800, 00 €
• préjudice personnel pretium doloris	10 000,00 €
- Cas où le tiers est entièrement responsable	
• La Caisse obtient	61 307, 56 €
• La victime obtient	
Préjudice corporel (68 800 – 61 307, 56) =	7 492, 44
	17 492, 44 €
Préjudice personnel	10 000 €
- Cas où le tiers n'est responsable que pour moitié	
L'indemnité mise à à la charge du tiers s'élève à :	
Préjudice corporel 68 800 : 2	34 400, 00 €
Préjudice personnel 10 000 : 2	5 000, 00 €
• La Caisse obtient	34 400, 00 €
• La victime obtient	5 000, 00 €

(Il ne subsiste aucun solde sur le préjudice corporel pour la victime)

α2. 2. Deuxième exemple

Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 (les chiffres sont donnés à titre purement indicatif) : accident de la circulation considéré en droit social comme un accident de travail de trajet.

Le salarié perçoit un salaire net mensuel de 8 000 € .

Il reste en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pendant 6 mois :
somme totale encaissée : 36 000 €.

A la consolidation, il n'y a pas d'attribution de rente d'accident du travail. L'organisme de Sécurité sociale a déboursé 7 000 € de soins médicaux sur une somme globale présentée à remboursement de 9 000 € (la victime a donc avancé et payé 2 000 € de soins non pris en charge au titre AT, bien qu'imputables à l'accident ; par exemple : dépassements d'honoraires, fournitures non remboursables).

Il est examiné dans le cadre du droit commun par le médecin de la compagnie d'assurance qui retient :

- une ITT de 15 jours, soit 4 000 €
- une IPP de 2 %, soit 8 000 € .

Tableau de l'exemple chiffré

	Assiette du recours retenue après accord des parties	Créance Sécurité sociale
Soins	9 000 €	7 000 €
ITT	4 000 €	36 000 €
IPP	8 000 €	0 €
Total	21 000 €	43 000 €

ITT : interruption temporaire du travail ; IPP : incapacité permanente partielle.

La victime aura déjà encaissé les prestations de Sécurité sociale qui lui resteront acquises.

L'organisme de Sécurité sociale recevra 21 000 € de la part de la compagnie d'assurance privée.

La victime n'encaissera rien de la part de la compagnie d'assurance privée (hormis le préjudice extrapatrimonial).

β. Exemples chiffrés de comparaison entre l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 et le nouveau régime appliquant la loi ci-dessus

β.1. Exemples sans accident du travail

β.1. 1. Premier exemple

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25,

	Montant global	Créance CPAM	Ancien régime revenant à la victime	Ancien régime recours la caisse	Nouveau régime Priorité victime	Nouveau régime recours caisse
Frais médicaux	6.000	5.000	-	-	1.000	5.000
I.T.T	14.000	8.000	-	-	6.000	8.000
I.P.P	30.000	50.000	-	-	0.00	30.000
Total	50.000	63.000	0.00	50.000	7.000	43.000

Dans l'exemple précité, on s'aperçoit :

- Dans le régime ancien, il ne revient rien à la victime, compte-tenu du montant de la rente qui « absorbe » en totalité la part de préjudice soumise à recours.
- Dans le régime nouveau inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, la créance de la Caisse s'imputant poste par poste, et compte-tenu du caractère prioritaire de la créance de la victime, il revient à cette dernière un solde de 7.000€, correspondant à ses frais médicaux et à ses pertes de salaires non couverts par l'organisme social.

β.1. 2. Deuxième exemple

L'application concrète est la suivante : supposons une victime dont les frais médicaux se sont élevés à 1.000 €, les pertes de revenus à 1.500 € et l'IPP (nous continuerons à utiliser ce terme, le mot « déficit fonctionnel permanent » proposé par la nomenclature « Dintilhac » n'étant pas encore généralisé » à 2.000 € . La Sécurité sociale a remboursé 800 € au titre des frais médicaux et 850 € au titre des indemnités journalières. Le droit à réparation de la victime est réduit de moitié. Jusqu'à présent, la dette du responsable était calculée de la façon suivante :

Postes de préjudice	Evaluation	Sécurité Sociale
Frais médicaux	1.000 €	800 €
Perte de revenus	1.500 €	850 €
IPP	2.000 €	
TOTAL	4.500 €	1.650 €

Dont moitié 2.250 €

Ces 2 250 € étaient répartis en 1 650 € pour la Sécurité sociale et 550 € pour la victime.

On constate que la Sécurité sociale disposait d'un recours sur un poste de préjudice (l'IPP) pour lequel elle n'avait versé aucune prestation.

Le souhait du législateur inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 est de limiter le droit de subrogation aux seuls postes de préjudice au regard desquels les organismes sociaux ont versé des prestations.

Le calcul, de vertical, devient horizontal et s'effectue ainsi :

Postes de préjudice	Evaluation	Sécurité sociale	Dont moitié	Priorité victime	Solde Sécurité sociale
Frais médicaux	1.000	800	500	1.000 - 800 = 200	500 - 200 = 300
Perte de revenus	1.500	850	750	1.500 - 850 = 650	750 - 650 = 100
IPP	2.000		1.000	1.000	
TOTAL	4.500	1.650	2.250	1.850	400

On constate donc que, au lieu de percevoir 600 €, la victime va obtenir 1.850 €... au détriment de la Sécurité sociale qui ne perçoit que 400 €.

β.1. 3. Troisième exemple

Un exemple simplifié d'imputation de recours des tiers payeurs en application des nouvelles règles issues de la loi du 21 décembre 2006 permettra de mieux comprendre son fonctionnement

1) Imputation des recours sans partage de responsabilité

Postes de préjudices	Evaluation	Créance des tiers payeurs	Sommes récupérées par les tiers payeurs	Solde revenant à la victime
Dépenses de santé	20.000 €	18.000 €	18.000 €	2.000 €
Perte de gains professionnels actuels	19.000 €	10.000 €	10.000 €	9.000 €
Assistance tierce personne	130.000 €	0 €	0 €	130.000 €
Perte de gains professionnels futurs	600.000 €	700.000 €	600.000 €	0 €
Déficit fonctionnel	100.000 €	0 €	0 €	100.000 €

permanent				
Total	869.000 €	728.000 €	628.000€	241.000€

Avant la loi, les tiers payeurs pouvaient imputer l'intégralité de leurs créances (728.000 euros) sur les préjudices indemnisés, dans lesquels était inclus le déficit fonctionnel. La victime ne touchait donc qu'un solde de 141.000 € = (total des préjudices : 869.000€) – créances des tiers payeurs (728.000).
Aujourd'hui la victime touche un solde de 241.000€. Les tiers payeurs ne peuvent recouvrir que 628.000€.

2) Imputation des recours avec partage de responsabilité

Reprenons notre hypothèse, avec cette fois-ci un partage par moitié.

Imputation des recours avec partage de responsabilité par moitié

Postes de préjudices	Evaluation	Dont moitié	Créances des tiers payeurs	Priorité victime	Sommes récupérées par les tiers payeurs
Dépenses de santé	20.000 €	10.000 €	18.000 €	2.000 €	8.000 €
Perte de gains professionnels actuels	19.000 €	9.500 €	10.000 €	9.000 €	500 €
Assistance tierce personne	130.000 €	65.000 €	0 €	65.000 €	0 €
Perte de gains professionnels futurs	600.000 €	300.000 €	600.000 €	0 €	300.000 €
Déficit fonctionnel permanent	100.000 €	50.000€	0 €	50.000 €	0 €
Total	869.000 €	434.500 €	628.000 €	126.000 €	308.500€

Avant la loi du 21 décembre 2006, les tiers payeurs étaient autorisés à recourir pour l'intégralité de leurs créances, soit 628.000 €, ils ne récupéraient effectivement que 434.500 € (assiette de leur recours), mais la victime n'avait droit à rien (total du préjudice (869.000 / 2) – 628.000 = 434.500 – 628.000 soit 0 €
Dans le cadre de la loi, la victime récupère, du fait de sa priorité, 126.000 €. Les tiers payeurs ne peuvent recourir que pour 308.500€.

β.1. 4. Quatrième exemple

Exemple avec partage de responsabilité par moitié.

Poste de préjudice	Evaluation totale du poste de préjudice	Prestation de la Sécurité sociale versée à la victime pour ce poste de préjudice	Dettes du responsable (moitié du préjudice)	Préférence de la victime (préjudice subi moins prestation reçue)	Solde de recours tiers payeur, c'est-à-dire de la Sécurité sociale
X	1.000 €	800 €	500 €	1000 € - 800 € = 200 €	500 € - 200 € = 300 €

Ce calcul horizontal doit être effectué pour chaque poste de préjudice.

β.1. 5. Cinquième exemple

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime : en voici deux illustrations avec la nomenclature préconisée par le rapport du groupe de travail dirigé par M. J.-P. DINTILHAC.

1) Sans partage de responsabilité

Postes	Préjudice	Créance sociale (CPAM...)	Somme versée à la victime	Somme récupérée par la Caisse
Dépenses de santé (ex. frais médicaux)	21 000 €	20 000 €	1 000 €	20 000 €
Pertes de gains professionnels avant consolidation (ex. perte de revenus en ITT)	15 000 €	10 000€ (indemnités journalières)	5 000 €	10 000 €
Déficit fonctionnel temporaire (par exemple, gêne dans les actes de la vie courante)	10 000 €	0 €	10 000 €	0 €
Déficit fonctionnel permanent (remplace et élargit l'ancienne IPP)	100 000 €	0 €	100 000 €	0 €
Pertes de	400 000 €	500 000	€ 0 €	400 000 €

gains professionnels futurs et incidences professionnelle Assistance par tierce personne Total		(montant capitalisé de la pension d'invalidité)		
	100 000 €	0 €	100 000 €	0 €
	646 000 €	530 000 €	216 000 €	430 000€

a) Avant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25,

On procédait de manière globale en soustrayant au total des postes soumis à recours la créance de la Caisse. Il revenait alors à la victime :

646 000 € – 530 000 € = 116 000 €, tandis que la Caisse recouvrait 530 000 €.

b) Aujourd'hui en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25,

On ne fait plus une déduction globale ; on procède poste par poste (ou encore ligne par ligne). L'organisme social ne peut imputer sa créance que sur les seuls postes de préjudice pour lesquels il a effectivement versé des prestations.

Ainsi, il revient à la victime :

- Dépenses de santé : 21 000 (Préjudice) - 20 000 (Créance) € = 1 000 €

- Pertes de gains professionnels avant consolidation : 15 000 - 10 000 € = 5 000 €

- Déficit fonctionnel temporaire : 10 000 – 0 € = 10 000 €

- Déficit fonctionnel permanent : 100 000 - 0 € = 100 000 €

- Pertes de gains professionnels futurs : ici est la nouveauté. Ce poste est évalué à 400 000 € tandis que la créance de la Caisse se monte à 500 000 €. Désormais, la Caisse absorbe la totalité de ce poste, tout en étant seulement indemnisée à hauteur de 400 000 €. Il ne revient rien à la victime sur cette ligne, les 500 000 € ne s'imputant pas sur les autres postes.

- Assistance par tierce personne : 100 000 - 0 € = 100 000 €

Total : 0 + 1 000 + 5 000 + 10 000 + 100 000 + 0 + 100 000 € = 216 000 €.

Le recours poste par poste permet à la victime de percevoir 216 000 € d'indemnisation au lieu de 116 000 €.

La Caisse ne perçoit plus que 430 000 € au lieu de 530 000 €. Avant la Loi, elle récupérait 100 000 € supplémentaires au titre de la rente d'invalidité qui s'imputait sur les postes tels que l'assistance par tierce personne ou le déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire sur des postes soit de nature économique qu'elle n'avait pas

pris en charge (tierce personne), soit de nature non économique (déficit fonctionnel permanent) qui ne sont pas de son ressort.

2) Avec partage de responsabilité :

Reprenons notre hypothèse, avec cette fois-ci un partage par moitié.

Postes	Préjudice	Après partage (50%)	Créance sociale (CPAM...)	Somme versée à la victime	Somme récupérée par la Caisse
Dépenses de santé	21 000 €	10 500 €	20 000 €	1 000 €	9 500 €
Pertes de gains professionnels avant consolidation	15 000 €	7 500 €	10 000 €	5 000 €	2 500 €
Déficit fonctionnel temporaire	10 000 €	5 000 €	0 €	5 000 €	0 €
Déficit fonctionnel permanent	100 000 €	50 000 €	0 €	50 000 €	0 €
Pertes de gains professionnels futurs et incidence professionnelle	400 000 €	200 000 €	500 000 €	0 €	200 000 €
Assistance par tierce personne	100 000 €	50 000 €	0 €	50 000 €	0 €
Total	646 000 €	323 000 €	530 000 €	111 000 €	212 000 €

1) Avant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25:

En appliquant la réduction de manière globale, il revenait à la victime : $646\ 000 / 2 = 323\ 000 - 530\ 000 = 0\ €$. La créance de la Caisse absorbait toutes les sommes allouées au titre des postes de préjudice soumis à recours.

2) Aujourd'hui, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

Il faut tenir compte du recours poste par poste et du droit préférentiel de la victime selon la méthode suivante :

- 1) on soustrait, au poste considéré, la créance de la Caisse correspondante ;
- 2) le solde, lorsqu'il est positif, revient à la victime, mais pas forcément en intégralité. Elle ne peut percevoir, au maximum, que la somme lui revenant en application du partage qui lui est opposé. Il y a un plafond d'indemnisation.
- 3) la somme revenant à la Caisse est obtenue en déduisant de la somme accordée à chaque poste en application du partage, la somme effectivement allouée à la victime.

Dans notre cas, cela donne :

Dépenses de santé : $21\ 000$ (Préjudice) - $20\ 000$ (Créance) = $1\ 000$. Créance déduite, la victime perçoit $1\ 000$ €. Au maximum, en tenant compte du partage, elle aurait eu droit à $21\ 000 / 2 = 10\ 500$ €. Elle est donc en droit de percevoir les $1\ 000$ €. Quant à la Caisse, elle perçoit : $10\ 500$ (Montant après partage) – $1\ 000$ (somme allouée à la victime) = $9\ 500$ €.

Pertes de gains professionnels avant consolidation : $15\ 000 - 10\ 000 = 5\ 000$. Créance déduite, il reste $5\ 000$ €. En tenant compte du partage, la victime ne peut prétendre qu'à $15\ 000 / 2 = 7\ 500$ €. Elle est donc fondée à percevoir $5\ 000$ €. Quant à la Caisse, elle obtient : $7\ 500 - 5\ 000$ € = $2\ 500$ €.

Déficit fonctionnel temporaire : $10\ 000 - 0$ € = $10\ 000$ €. Il reste $10\ 000$ €. Mais au maximum, avec le partage à 50 %, il reviendrait à la victime: $10\ 000 / 2$ € = $5\ 000$ €. Elle perçoit donc, au titre de ce poste de préjudice, non pas $10\ 000$ € mais $5\ 000$ €. En l'absence de prestations effectivement versées, la Caisse n'a ici droit à rien.

Déficit fonctionnel permanent : $100\ 000 - 0 = 100\ 000$ €. Là encore, en raison du partage, il revient uniquement à la victime $50\ 000$ €, somme maximum qu'elle peut percevoir à cause du partage et non $100\ 000$ €. La Caisse, qui n'a versé aucune prestation, ne perçoit rien ici aussi.

Pertes de gains professionnels futurs : $400\ 000 - 500\ 000 = -100\ 000$ €. Ici, pareillement à ce que nous avons observé en l'absence de partage, rien n'est perçu par la victime. La Caisse perçoit : $200\ 000 - 0 = 200\ 000$ €.

Assistance par tierce personne : $100\ 000 - 0 = 100\ 000$ €. La victime ne perçoit pas cette somme mais le maximum auquel elle a droit au regard du partage qui lui est opposé soit : $100\ 000 / 2 = 50\ 000$ €. La Caisse, de son côté, ne touche rien.

Au final, il revient à la victime : $1\ 000 + 5\ 000 + 5\ 000 + 50\ 000 + 0 + 50\ 000 = 111\ 000$ €, là où auparavant il ne lui revenait rien du tout. Quant à la Caisse, elle perçoit $212\ 000$ € au lieu de $430\ 000$ €.

β.1. 6. Sixième exemple avec partage de responsabilité

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime :

- Avant la réforme

	PREJUDICE	PARTAGE	CREANCE SECURITE SOCIALE	VICTIME
Frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers	21 000	10 500	20 000	
Pertes de gains	15 000	7 500	10 000	
Préjudice professionnel financier	600 000	200 000	400 000	
Tierce personne	100 000	50 000		
Total		268 000	430 000	
Répartition		268 000	430 000	0

- Après la réforme

	PREJUDICE	PARTAGE	CREANCE SECURITE SOCIALE	PREFERENCE VICTIME
Frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers	21 000	10 500	9 500	1 000
Pertes de gains	15 000	7 500	2 500	5 000
Préjudice professionnel financier	600 000	300 000	100 000	200 000
Tierce personne	100 000	50 000	0	100 000
Total Répartition		268 000	112 000	256 000

β.2. Exemples avec accident du travail

Exemple d'un homme de 42 ans atteint de 85% d'IPP avec partage de responsabilité de moitié:

Cas du régime antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 avec nécessité de recours à la capitalisation

Postes de préjudice	Préjudice de droit commun annuel	Préjudice de droit commun capitalisé (1)	Prestations de sécurité sociale annuelles	Prestations de sécurité sociale capitalisées (2)
Frais médicaux futurs	10 000 €	221 000 €	8 000 €	114 000 €
Incidence professionnelle	150 000 €	331 500 €	14 400 €	205 920 €
Tierce	12€ x 8h x 4	2 263 040 €	12 000 €	171 600 €

personne		00 + 10 € x 16 h x 400 = 102.400 €		
Incapacité permanente partielle	-	238 000 €	-	-
Total	-	3 053 540 €	-	491 920 €
Dont moitié	-	1 526 770 €	-	-

(1) valeur de l'euro de rente table TD 88/90 avec un taux à 3.92%.

(2) valeur selon l'arrêté de 1954.

Par conséquent, la moitié du préjudice de droit commun capitalisé, soit un montant de 1 526 770 €, était réparti en 491 920 € pour la Sécurité sociale et 1 034 850 € pour la victime.

Cas du nouveau régime du recours poste par poste, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25:

Postes de préjudice	de	Préjudice de droit commun annuel	Prestations sécurité sociale annuelles	Dont moitié	Priorité victime	Solde sécurité sociale
Dépenses de santé futures		10 000 €	8 000 €	5 000 €	2 000 €	3 000 €
Incidence professionnelle		15 000 €	1 200 x 12 = 14 400 €	7 500 €	600 €	6 900 €
Assistance par tierce personne		102 400 €	12 000 €	51 200 €	51 200 €	-

Par rapport au recours à la capitalisation sous le régime antérieur (voir tableau précédent), on remarque dans le nouveau régime du recours poste par poste qu'il n'est plus utile de recourir à la moindre notion de capitalisation des prestations futures pour déterminer le solde revenant à la victime. Son préjudice « annuel » est défini.

y. Exemples chiffrés du nouveau régime appliquant la loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

y.1. Premier exemple

Très concrètement,

- Si à la suite d'un accident, la victime perd 5.000 € de salaires, compensés par les IJ à hauteur de 1.500 €, on conviendra que sa perte réelle est de 3.500 €.
- Si un partage de responsabilité à 50% lui est imposé, on conviendra que l'assureur du tiers responsable ne doit sur ce poste que (5.000 / 2) € = 2.500 €.

- Le principe de préférence permettra à la victime de recouvrer prioritairement sa créance dans cette limite, soit 2.500 €, alors que la Caisse sera privée d'indemnité.

y.2. Deuxième exemple

L'exemple suivant souligne les conséquences du droit préférentiel de la victime, assurée sociale, qui doit primer celui de la Sécurité sociale - tiers payeurs, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

- soit un préjudice de 1.000 € ,
- des prestations de la Sécurité sociale de 800 €,
- un partage de responsabilité de moitié : la dette du tiers est de 500 €.

Le droit préférentiel de la victime, assurée sociale, doit lui permettre de recourir contre le tiers responsable pour $1000 \text{ €} - 800 \text{ €} = 200 \text{ €}$ et le recours de la Caisse est limité à $500 \text{ €} - 200 \text{ €} = 300 \text{ €}$.

y.3. Troisième exemple

Appliquons un cas de figure un peu plus complexe (les chiffres sont purement symboliques) en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, soit :

- une victime conserve à sa charge des frais médicaux à hauteur de 1.000 €, la Caisse règle de son côté 20.000 €.
- la victime subit des pertes de gains à hauteur de 15.000 € compensées partiellement par des indemnités journalières à hauteur de 10.000 €.
- la victime bénéficie d'une IPP à hauteur de 100.000 €, de l'aide d'une tierce personne à hauteur de 100.000 € et subit un préjudice professionnel de 600.000 € compensé partiellement par une pension d'invalidité de 400.000 € (soit une perte de 200.000 €).
- dans le cadre d'un partage de responsabilité à 50%, nous arrivons au tableau suivant avec un recours poste par poste:

Postes	Evaluation totale du poste de préjudice	Prestation de la Sécurité sociale versée à la victime pour ce poste de préjudice	Après partage	Préférence priorité à la victime	Créances de la Sécurité sociale
Frais médicaux	21 000 €	20.000 €	10 500 €	1 000 €	9 500 €
ITT perte de gains	15 000 €	10.000 €	7 500 €	5 000 €	2 500 €
IPP	100 000 €		50 000 €	50 000 €	0 €
Tierce personne TP	100 000 €		50 000 €	50 000 €	0 €

Préjudice professionnel	600 000 €	400.000 €	300 000 €	200 000 €	100 000 €
Total	836 000 €		418 000 €	306 000 €	112 000 €

On observe immédiatement que la dette globale du responsable reste cantonnée à son exacte part de responsabilité.

c. Les autres tiers payeurs pouvant se retourner contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne.

aa. Les employeurs

- les administrations publiques

Les actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques sont régies par l'ordonnance N°59-76 du 7 janvier 1959 modifiée par la loi N°68-2 du 2 janvier 1968 dont les dispositions sont applicables en vertu de son article 7 aux recours exercés par :

Les collectivités locales

Les établissements publics à caractère administratif

La Caisse des dépôts et consignations.

Cette ordonnance prévoit que lorsque le décès, l'infirmité ou la maladie d'un agent de l'Etat ou de certaines autres personnes publiques est imputable à un tiers, l'Etat ou ces personnes publiques disposent de plein droit contre ce tiers, par subrogation aux droits de la victime ou de ses ayant droits, d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime ou à ses ayant droits à la suite du décès, de l'infirmité ou de la maladie.

Cette action concerne notamment :

Le traitement ou le solde des indemnités accessoires pendant la période d'interruption du service.

Les frais médicaux et pharmaceutiques

Le capital décès

Les arrérages des pensions et rentes viagères d'invalidité.

Les arrérages des pensions de retraite et de reversion

Les arrérages des pensions d'orphelin.

- Les entreprises privées

Suivant l'Article 29 de la Loi du 05.07.1985, les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité due à l'accident qui a occasionné le dommage ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Les employeurs peuvent également poursuivre directement le responsable des dommages ou son assureur pour obtenir le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées à la victime pendant la période d'arrêt de travail, suivant l'article 32 de la Loi du 05.07.1985.

Si l'on veut une issue cohérente, on est conduit à considérer que l'employeur est également visé par les dispositions de la loi. La référence à l'article 31 le permet. En effet, le principe du droit de recours de l'employeur est fixé à l'article 29, alinéa 4, de la loi de 1985 et il n'existe aucun autre texte spécifique que l'article 31 pour en déterminer les conditions d'application.

Pour notre part, nous resterons sur un plan pratique en supposant qu'un employeur ait complété les indemnités journalières et examinerons deux situations.

Le compte s'établirait ainsi :

Postes de Préjudice	Evaluation	Sécurité sociale	Employeur	Dont moitié	Priorité victime	Solde Sécurité sociale	Employeur
Frais médicaux	1 000	800		500	200	300	
Pertes de revenus	1 500	850	650	750	0	425	325
IPP	2 000			1 000	1 000		
TOTAL	4 500	1 650	650	1 200	1 200	725	325

La victime percevrait 1 200 euros en sus des prestations sociales.

La réparation au marc l'euro n'aurait lieu entre l'employeur et le Sécurité sociale que sur le poste « pertes de revenus ».

L'employeur percevrait donc $650 \times 750 / 1.500 \text{ €} = 325 \text{ €}$.

La Sécurité sociale recevrait : 300 € au titre des frais médicaux + 425 € au titre des indemnités journalières, soit 725 euros.

Supposons que la victime bénéficie des prestations accidents du travail de la Sécurité sociale et d'un complément de salaire de son employeur.

Le décompte s'établirait comme suit :

Postes de préjudice	Evaluation	Sécurité sociale	employeur	Dont moitié	Priorité victime	Sécurité sociale	Employeur
Frais médicaux	1 000 €	900		500	100	400	
Perte de revenus	1 500 €	1 200	300	750	0	600	150
IPP	2 000 €	3 000		1 000	0	1 000	
TOTAL	4 500 €	5 100	300	2 250	100	2 000	150

bb. Les assureurs

Les assureurs peuvent dans certains cas exercer un recours contre le tiers responsable d'un accident qui les a obligé à verser une indemnité à leur assuré du fait d'un préjudice corporel. La possibilité d'un tel recours varie suivant qu'il s'agisse d'assurance contre les accidents ou d'assurance de personnes.

α. Assurance contre les accidents et assurance de dommages

L'assurance de dommages est une assurance contre les conséquences d'un évènement pouvant causer un préjudice au patrimoine de l'assuré.

Elle indemnise l'assuré pour le préjudice patrimonial qu'il subit du fait de la réalisation du risque

Les assurances de dommages se divisent en deux grandes catégories : les assurances de choses et les assurances de responsabilité.

- L'assurance de choses indemnise l'assuré pour le préjudice qu'il ressent directement de son patrimoine, par exemple destruction d'un immeuble par un incendie, un dégât des eaux etc...

- l'assurance de responsabilité indemnise l'assuré afin de couvrir l'éventuelle dette de responsabilité qui pourrait naître dans le patrimoine de l'assuré du fait du préjudice qu'il a pu causé à un tiers et qui engage sa responsabilité : assurance par exemple de responsabilité professionnelle, de responsabilité automobile etc...

L'article L.121-12 du Code des assurances stipule que l'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé jusqu'à hauteur de cette indemnité contre les tiers qui ont causé le dommage.

β. Assurance de personnes

L'assurance de personnes est une assurance qui a pour objet la personne de l'assuré et qui indemnise les conséquences d'un évènement sauf les dommages qui peuvent résulter de la réalisation du risque couvert. Elle se divise c'est-à-dire en deux grandes catégories, les assurances sur la vie et les assurances contre les accidents corporels et contre le risque de maladie.

- l'assurance sur la vie est une assurance par laquelle l'assureur s'engage à verser au souscripteur ou à un tiers désigné par lui une somme en cas de décès de la personne assurée ou de sa survie à une date déterminée.

- l'assurance contre les accidents corporels garantit à l'assuré frappé d'une atteinte corporelle soudaine, le remboursement des frais médicaux et d'autre part le versement pour lui même en cas de mort à un bénéficiaire désigné de prestations forfaitaires.

- L'assurance contre la maladie garantit à l'assuré en cas sa maladie, le remboursement total ou partiel des frais médicaux et le paiement des sommes journalières durant sur l'incapacité de travail .

L'article L.131-2 du Code des assurances par contre stipule que l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé contre des tiers à raison du sinistre.

En effet, les assurances de personnes, et en particulier les assurances contre les accidents corporels, ne présentent pas un caractère indemnitaire. La victime peut

donc obtenir de l'auteur du tiers auteur du sinistre, la réparation intégrale du préjudice causé et percevoir en plus, les sommes faisant l'objet d'un contrat d'assurance.

6. Les conséquences de la Loi Badinter

Bien que cela soit prévu par la Loi, moins de 10 % des victimes sont assistées par un Médecin Conseil ce qui fait que, dans les faits, le débat contradictoire n'existe pas. La victime doit se soumettre à l'évaluation de l'Expert d'une Compagnie d'Assurance et accepter une indemnisation souvent faible. Ceci est particulièrement net pour les dommages de petite et de moyenne importances pour lesquels les victimes auraient pu engager des frais de procédure coûteux en appel. L'intervention d'un médecin de recours et d'un avocat permettent de rééquilibrer le débat contradictoire .

7. Rôles du médecin Traitant, du médecin de Recours et de l'avocat

a. Le Médecin Traitant

Il n'existe pas de véritable définition au sens légal ou jurisprudentiel du médecin traitant . On peut donc définir le médecin traitant comme le médecin qui, généraliste ou spécialiste, suit le malade pour l'affection pour laquelle il est venu le consulter (Joly M. , Consultations professionnelles, Existe – t – il une définition légale du médecin traitant ?, Le Concours médical, 1-12-1990, p. 3.498) .

Il peut s'agir du médecin généraliste habituel ou du médecin du SAMU qui a fourni les premiers secours sur place, du médecin du service des urgences qui a accueilli initialement le patient, du chirurgien qui a pris en charge en urgence le blessé à l'hôpital .

Le Médecin Traitant établit le certificat médical initial descriptif encore appelé certificat d'origine . Le certificat médical initial descriptif se définit comme un certificat rédigé le jour même de l'accident ou au plus tard dans les quelques jours qui le suivent pour pouvoir dans ce dernier cas y signaler les résultats des examens complémentaires (radiographies, électrocardiogrammes , électroencéphalogrammes, compte rendus opératoires ...) .

La délivrance de ce certificat médical initial descriptif est obligatoire, même si l'intéressé n'en a pas sollicité . En effet, l'article n° 76 du Code de déontologie médicale paru au Journal officiel du 8-9-1995 édicte que " L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, ...des certificats ...dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires " et l'article 59 du décret du 14-1-1974 relatif au fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux stipule que " Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux...nécessaires ...à la justification de ses droits " .

Les honoraires dus à la rédaction d'un certificat médical ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale puisqu'il ne s'agit pas d'un acte de soins .

Ce certificat citera les nom, qualité, spécialisation éventuelle, adresse du médecin signataire (en général inscrits sur l'en tête du support papier) . Il doit être daté et signé de manière manuscrite par le médecin (article n° 76 du Code de déontologie médicale paru au Journal officiel du 8-9-1995) .

Il énumèrera les nom, prénom, date de naissance, domicile, profession éventuelle du blessé en précisant que ces données émanent de la victime si on ne la connaît pas précisément .

Il s'y doit de mentionner de façon exhaustive

- les déclarations de la victime en les lui attribuant (le médecin n'ayant pas été témoin, ne peut attester la matérialité des faits),
- les circonstances de l'accident,
- la façon dont le blessé est sorti de son véhicule (par ses propres moyens, désincarcéré, extrait de son véhicule par les ambulanciers, les pompiers ou par les forces de l'ordre ou par des témoins),
- la façon dont le blessé a quitté les lieux de l'accident (à pied, dans un véhicule des forces de l'ordre, dans une ambulance),
- les conditions dans lesquelles le blessé a été examiné par les différents médecins successifs (sur les lieux de l'accident, à son domicile, au cabinet du médecin, dans un établissement hospitalier privé ou public),
- la date et l'heure de l'examen médical, un éventuel séjour subséquent en milieu hospitalier,
- tous les symptômes et lésions
- la durée probable de l'interruption temporaire totale de travail . Il est d'usage, en dehors de cas où l'interruption temporaire totale de travail sera manifestement de durée très longue, de limiter la première durée de l'interruption temporaire totale de travail à un maximum de trois mois, quitte à la prolonger ultérieurement . Le médecin pourra alors accompagner ses conclusions de réserves d'usage sur la durée totale de cet arrêt de travail .

La description de l'état antérieur mérite une attention particulière de par les conséquences sur une expertise ultérieure (antécédents chirurgicaux, obstétricaux ou médicaux) . On décrira ainsi les éventuelles cicatrices ou déformations .

Le médecin consignera en particulier toutes les douleurs ou gênes fonctionnelles alléguées, toutes les lésions traumatiques même minimales (ecchymoses, hématomes, plaies en les localisant par rapport à des repères anatomiques précis ...) . En effet, certaines lésions ne peuvent avoir que des conséquences tardives et l'omission de ces lésions peut donc avoir des répercussions fâcheuses . On indiquera en particulier une éventuelle perte de conscience, son intensité (obnubilation, coma véritable ...) en s'appuyant sur les témoignages des spectateurs et des soignants .

En effet, si une lésion n'est pas citée dans ce certificat médical initial descriptif, son imputabilité sera presque systématiquement contestée . De ce fait, **le certificat médical initial est l'élément principal, nécessaire, d'une importance capitale**, mais non exclusif de la décision médico-légale . **Il constitue la base du raisonnement d'une expertise médicale ultérieure** . A l'inverse, un certificat médical plus tardif, rédigé tout juste avant une expertise par le médecin généraliste du blessé, tenu au courant que de façon lointaine et indirecte des pérégrinations de son patient, risque d'être mis en cause comme imprécis, inexact et considéré comme simplement reproduisant les doléances du patient .

En effet, les lésions qui paraissaient insignifiantes au premier abord et qui ne sont pas citées dans le certificat médical initial si elles s'aggravent se verront beaucoup plus difficiles à prouver qu'elles sont directement liées à l'accident.

Le Médecin Traitant détermine également la durée de l'arrêt de travail, la date de consolidation .

Le Médecin Traitant peut également assister à l'expertise médicale en tant que Médecin de Recours .

La victime doit disposer du maximum de documents pour appuyer ses dires dans le but d'apporter la preuve du dommage subi . En effet, la charge de la preuve appartient à la victime, en vertu de l'article 1.315 du Code civil qui stipule que " Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver " .

La victime devra colliger avec soin l'ensemble des documents concernant son accident :

- Documents médicaux : certificat médical initial descriptif, certificats médicaux de prolongation, de consolidation, certificat médical plus tardif récapitulatif, certificats médicaux d'arrêt de travail, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoires, radiographies et leur compte rendu radiographique, lettres de consultation ambulatoire de médecins spécialistes, dates des consultations ambulatoire de médecins spécialistes en particulier pour les consultations psychiatriques, ordonnances de traitements médicamenteux (noms des médicaments, durée des traitements, date des ordonnances) .

Il est conseillé à la victime de récupérer auprès de l'hôpital ou du médecin traitant tous les documents médicaux la concernant, y compris son dossier médical auquel elle a légalement accès. En effet, c'est à la victime de prouver l'existence et l'étendue de ses dommages corporels, leur lien de cause à effet direct avec l'accident et les préjudices qui en résultent pour la victime. En effet on peut imaginer que les compagnies d'assurance et les mutuelles étant tour à tour assureurs des responsables et des victimes, elles n'ont pas forcément intérêt à obtenir des indemnités maximales pour les victimes.

- Documents non médicaux : constats de police, procès – verbaux, ...

En cas de blessures il importe de faire rédiger par les autorités de police ou de gendarmerie un constat écrit de façon à établir le lien de causalité entre les blessures et l'accident.

b. Le Médecin de Recours

Il est encore appelé Médecin Conseil de victimes.

Il est à noter que les services d'un tel médecin conseil sont parfois fournis gratuitement par une des assurances de la victime à d'autres titres (assurance automobile, assurance habitation, assurance recours, assurance comprise dans les cartes de crédit) au titre d'une garantie défense-recours. Mais il convient de remarquer que le médecin conseil fourni gratuitement agit tantôt pour le compte des assureurs, tantôt pour le compte des assurés.

Il est conseillé de se faire assister par son propre médecin conseil qui pourra évaluer médicalement vos préjudices et vous défendre en toute indépendance.

Avant l'expertise le Médecin de Recours réunira les pièces médicales indispensables à l'expertise, évaluera le dommage. Le médecin de recours en cas de doute sur l'état de santé de la victime avant l'expertise pourra demander des examens complémentaires afin de confirmer une atteinte qui n'était que soupçonnée voire même négligée. On peut citer à ce titre, des clichés radiographiques en cas de

suspicion de déplacement de fracture ou d'un électromyogramme en cas de suspicion de paralysie.

Dans le cas des traumatisés crâniens, un bilan neuropsychologique complet, demandé par le médecin de recours peut asseoir le diagnostic de lésions graves qui sinon ne pouvaient pas être constatées.

Il expliquera le processus d'indemnisation et conseillera éventuellement un avocat. Il jouera un rôle psychologique non négligeable en permettant à la victime de verbaliser une expérience traumatisante et replacera dans la réalité des patients qui pourraient confondre indemnisation et loterie.

Au cours de l'expertise le Médecin de Recours sera présent pour rassurer le blessé, l'aider à exprimer ses doléances, veiller au bon examen clinique et discuter de l'évaluation des séquelles.

Après l'expertise il commentera les conclusions, discutera les points litigieux et conseillera ou pas à la victime de refuser la transaction ou d'entreprendre des démarches judiciaires.

Un sujet de litige fréquent auquel peuvent aider fortement le médecin de recours et l'avocat sont les besoins d'assistance par une tierce personne. En effet, les tribunaux reconnaissent en général un coût horaire de 15€ pour l'aide d'une tierce personne alors que les assureurs ne proposent souvent que 7€ de l'heure. Les assureurs proposent un nombre d'heures de présence nécessaire qui peut être très inférieur à celui que l'on obtient auprès des tribunaux.

Un autre sujet de litiges est l'aide bénévole des proches de la victime pour l'assistance à tierce personne qui fait considérer par l'assurance que les besoins d'assistance rémunérée sont diminués. Or, l'arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation du 21.02.1991 n° 90-81542 stipule bien que le montant de l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce personne ne saurait être réduit en cas d'assistance familiale.

Le barème annexé au décret du 08.08.86 repose sur les données des années 1960 alors que depuis la durée de vie a augmenté, qu'il faut donc une assistance plus prolongée et que les taux d'intérêt ont baissé et que donc le capital donné rapporte moins.

Il est à noter que les dépenses occasionnées pour le paiement des honoraires des médecins de recours constituent une dépense qui fait partie du préjudice indemnisable.

c. Rôle de l'avocat

Certes la procédure amiable est rapide mais certains avocats encouragent leurs clients à se lancer dans une procédure judiciaire longue mais souvent plus " payante " .

On constate que les sommes obtenues dans le cadre de la transaction amiable après expertise par l'assureur, entre l'assureur et la victime sont souvent inférieures à celles obtenues par une procédure judiciaire auprès des tribunaux.

A titre d'exemple pour un taux d'IPP de 8% l'indemnité est en moyenne de 960€ le point dans le cadre d'une transaction amiable entre l'assureur et la victime contre 1335€ lorsqu'il s'agit d'une procédure judiciaire soit 40% d'écart.

Pour les cas les plus graves ou lorsqu'il est décidé d'entamer une procédure judiciaire il peut être judicieux de s'adresser à un avocat spécialisé. Cet avocat établira une convention sur son mode de rémunération.

Cette dernière comprendra, en général, une partie fixe (de 1.000 à 4.000€) plus des honoraires dits de « résultat », proportionnels aux sommes obtenues. Le pourcentage de ces honoraires de résultat devraient être en général inférieurs à 10% des sommes obtenues sous forme de capital et à 4% de celles fixées en rente, déductions faites des prestations de sécurité sociale et autres organismes sociaux. Ces frais d'avocat peuvent être pris en charge par l'assurance de protection juridique ou par une garantie défense –recours au moins en partie.

L'expérience montre que les offres amiables d'indemnisation des assureurs peuvent être considérablement augmentées lorsque la victime les conteste, en particulier après intervention de son avocat ou lors d'une procédure judiciaire.

Par contre il est conseillé d'éviter les services des « sociétés de recours ». Celles-ci démarchent souvent les victimes en particulier dans les hôpitaux, se proposant de se charger du dossier d'indemnisation moyennant une rétribution par exemple sur l'indemnité atteignant quelque fois 12%. Mais ces sociétés de recours ne sont pas habilitées à représenter la victime en justice et se contentent donc de proposer un avocat, non sans demander ce fameux pourcentage sur l'indemnisation finale.

8. L'indemnisation par le Fonds de garantie automobile

Il a pour mission de se substituer à la défaillance de l'auteur de l'accident en cas de responsables non assurés ou en fuite .

Modalités d'intervention du Fonds de Garantie Automobile		
	Responsable inconnu	Responsable connu mais non assuré
Délais impartis à la victime à compter de la date de l'accident pour saisir le Fonds de Garantie Automobile	3 ans pour déposer une demande d'indemnisation 5 ans pour conclure une transaction avec le Fonds de Garantie Automobile ou à défaut d'accord pour l'assigner	La victime dispose de 5 ans pour conclure une transaction avec le responsable ou à défaut d'accord pour l'assigner, puis d'1 an à partir de la transaction ou de la décision judiciaire pour déposer une demande d'indemnisation
Délais d'indemnisation par le Fonds de Garantie Automobile	le Fonds de Garantie Automobile dispose de 8 mois pour proposer une indemnisation à la victime à partir du moment où c'est-à-dire justifie des conditions requises	

a. Les conditions requises

aa. Conditions relatives aux victimes

Les victimes doivent être de nationalité française ou ressortissantes d'un pays de la CEE ou encore d'un pays ayant un accord spécifique avec la C'est-à-dire.

La victime doit avoir subi un dommage indemnisable au titre de la responsabilité civile.

Elle doit, en outre, ne bénéficier d'aucune autre possibilité d'indemnisation à titre quelconque. Le FGA ne peut intervenir que si la victime ne peut être indemnisée à aucun autre titre.

La victime doit tout d'abord faire jouer toutes les assurances qu'elle a souscrites, par exemple, l'assurance garantie dommages pour les dégâts matériels.

Si la victime est en partie responsable, elle ne recevra qu'une indemnisation partielle.

Les victimes exclues sont :

La victime responsable de son propre dommage est exclue du bénéfice du Fond de garantie. Il s'agit en pratique de 3 circonstances :

Le dommage causé au conducteur lui-même lorsque celui-ci est fautif.

Les victimes lorsqu'il n'y a pas d'implication de véhicule à moteur.

En cas de vol du véhicule impliqué sont exclus le voleur, ses complices et toutes les personnes transportées à condition que le Fond de garantie puisse prouver la connaissance du vol.

bb. Conditions relatives aux responsables

- le responsable est inconnu c'est la circonstance la plus probable en cas de fuite. La victime doit prouver l'existence d'un responsable et la réalité du dommage corporel.

- le responsable est connu mais il n'est pas assuré. C'est le cas lorsque le contrat est résilié (contrat résilié par l'assureur par exemple pour un conducteur en état d'ébriété, une infraction pénale entraînant le retrait du permis de conduite ou son annulation...).

Dès lors que la victime fait constater l'absence d'assurance, le Fond de garantie intervient systématiquement.

Les autres circonstances sont beaucoup moins fréquentes (assureur non solvable par exemple).

cc. Conditions relatives à l'accident

- Lieu de l'accident :

Le véhicule responsable de l'accident doit avoir son stationnement habituel en France.

- Nature de l'accident :

Le Fond de garantie couvre les accidents impliquant les véhicules à moteur mais aussi tous les accidents qui ont lieu sur le sol dans des lieux ouverts à la circulation publique. Si le dommage corporel lui-même n'a pas été voulu lors d'un accident délibéré et intentionnel (par exemple jeu stupide aux auto-tamponneuses ou essai d'arrêter un voleur) le Fond de garantie est tenu à garantir le préjudice. S'il y a par contre volonté de causer un dommage corporel, il y a alors exclusion légale de garantie par le Fond de garantie automobile comme pour l'assureur.

Dans le cas par exemple de coups et blessures volontaires, l'indemnisation des victimes ne relève non pas du Fond de garantie automobile mais du Fond de garantie des victimes d'infraction.

dd. Les conditions quant au dommage subi

Le Fond de garantie n'indemnise les dommages matériels que dans certaines conditions (identification du responsable ou existence associée de dommages corporels) dans certaines limites (Article R. 421 – 19 du Code des Assurances) . Les dommages matériels ne sont pris en charge que si la victime a subi des dommages corporels après application d'une franchise et dans la limite d'un maximum par accident.

Le Fond de garantie automobile indemnise par contre, sans limitation de somme, les dommages corporels, même si l'auteur responsable est inconnu.

b. Mise en œuvre

Dans tous les cas, la victime doit adresser au FGA une demande par lettre recommandée avec accusé de réception et joindre un état descriptif de ses dommages (certificat médical...) et un document justifiant que le responsable n'est pas assuré ou que son assureur refuse de prendre en charge le sinistre.

aa. Le responsable de l'accident est inconnu

La victime doit faire la preuve que le dommage résulte de l'action d'un véhicule à moteur qui a pris la fuite.

La saisie du Fond de garantie automobile doit se faire dans les trois ans qui suivent le sinistre. Il convient d'adresser au Fond de garantie une lettre recommandée faisant mention de la nationalité de la victime, de la date et du lieu de l'accident, de l'estimation approximative du dommage ainsi que la preuve de l'absence d'indemnisation complète possible par une autre voie.

Les conditions de l'indemnisation sont pratiquement identiques aux autres cas de la Loi Badinter.

bb. Le responsable est identifié mais non assuré

L'information concernant l'absence d'assurance est délivrée par les autorités (police ou gendarmerie).

La victime notamment doit avoir établi la responsabilité de l'auteur des dommages. A ce titre la victime doit avoir conclu une transaction avec le responsable ou avoir intenté une action en justice contre lui dans un délai de cinq ans à compter de l'accident.

Si le responsable est connu mais non assuré, la victime doit, soit conclure une transaction avec lui, soit engager une action en justice contre lui dans un délai maximal de 5 ans à compter de l'accident et avertir le FGA de son action devant le tribunal. A compter de la transaction ou de la décision de justice, la victime dispose d'un an pour demander au FGA une indemnisation. Toutefois pour l'indemnisation de ses dégâts matériels la victime doit saisir le FGA dans les six mois à compter du jour où elle a appris l'absence ou l'insuffisance d'assurance et au plus tard 12 mois après l'accident.

Exemple de lettre adressée au FGA de demande d'indemnisation d'un dommage corporel, le responsable de l'accident étant connu mais non assuré.

Nom
Prénom
Adresse

Fonds de Garantie des Assurances
Obligatoires de dommages
64 rue DeFrance
94682 Vincennes cedex

A.....,
Le

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable,

J'ai été victime d'un accident de la circulation le .../.../... à ...h.... Alors que je traversais la rue en empruntant le passage piéton, une voiture m'a renversé. J'ai présenté une fracture du poignet. Le conducteur, M....., n'était pas assuré (voir le rapport de police ci-joint).

J'ai fait citer M..... devant le tribunal par acte du .../.../....
Je vous en ai adressé copie le .../.../....

Par décision du .../.../... devenue définitive, le tribunal a édicté que M..... était responsable de l'accident et l'a condamné à m'indemniser (voir le jugement ci-joint).

N'ayant pu obtenir le paiement des indemnités détaillées dans le jugement en raison du défaut d'assurance de M....., je vous remercie de bien vouloir les prendre en charge, soit un montant global de€.

Tout en restant à votre disposition,

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signature

cc. Le responsable de l'accident est identifié, assuré mais l'assureur refuse sa garantie

L'assureur qui refuse une garantie est tenu d'en informer le Fond de garantie. Ce dernier a trois mois pour contester cette exclusion de garantie.

c. Bilan du fonctionnement du Fond de garantie automobile

Cette procédure est complexe. On remarque que le Fond de garantie recherche coûte que coûte un véhicule impliqué et un assuré pour ne pas avoir à donner sa garantie lorsqu'il est mis en cause. Le zèle du Fond de garantie à contester les demandes d'indemnisation des victimes a paradoxalement porté ses fruits par l'accumulation de sommes considérables excédentaires qui ont permis d'abaisser de façon importante le taux des contributions qui le financent. Mais la question est de savoir si la finalité d'un Fond de garantie est d'amasser des excédents au prix de tracasseries judiciaires interminables imposées aux victimes ou au contraire de les aider à faire valoir leurs droits.

B. Les autres modes d'indemnisation

1. Une procédure est en cours

On considère que la plupart des problèmes d'indemnisation de dommages corporels consécutifs à un accident de la circulation se règle à l'amiable et que 10% seulement sont portés en justice.

Une procédure civile ou pénale peut-être entamée à l'initiative de la victime ou du Procureur de la République par exemple en cas d'infraction grave au code de la route. Lorsque la victime choisit d'emblée cette voie c'est que, soit le responsable conteste sa responsabilité, soit qu'il y a un non respect de la Loi Badinter (absence par exemple d'examen médical ou insuffisance de provisions ...).

Les délais d'indemnisation dans les procédures judiciaires sont souvent longs durant souvent plus de 30 mois en particulier si l'assureur fait appel mais la victime peut dès le début de la procédure demander les provisions à valoir sur l'indemnité finale.

Les frais d'avocat au titre des articles 700 du Code de procédure civile et l'article 375 du Code de procédure pénale peuvent être mis à la charge de l'assureur adverse par les tribunaux.

Grossièrement on peut estimer que les indemnisations accordées par les juridictions administratives (tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'état) sont moindres que celles accordées par les juridictions de l'ordre judiciaire (tribunal de grande instance, Cour d'appel, Cour de cassation).

a. Procédure pénale

Le procès pénal a pour objet la condamnation de l'auteur de l'accident du fait du non respect de la Loi. La victime peut se constituer partie civile. Le juge ordonne une expertise judiciaire pour évaluer les séquelles de l'accident. La constitution de partie

civile n'est pas une obligation pour la victime qui peut choisir d'être indemnisée par l'assureur par voie amiable.

b. Procédure civile

aa. Procédure classique

La victime sollicite alors des dommages et intérêts pour le préjudice subi. Le Juge nomme un expert judiciaire qui évaluera les séquelles.

α. Généralités sur l'expertise en droit civil

Au titre de l'article 232 du nouveau Code de Procédure Civile, l'expert est considéré comme un technicien commis par le juge parmi toutes les personnes de son choix pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise.

Le technicien investi de ses pouvoirs par le juge en raison de sa qualification, doit remplir personnellement la mission qui lui est confiée (article 233 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Les techniciens peuvent être récusés pour les mêmes causes que les Juges. La personne qui entend récuser le technicien doit le faire devant le juge qui l'a commis ou devant le juge chargé du contrôle avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation.

Le juge n'est pas lié par les constatations ou les conclusions du technicien (article 246 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Lorsqu'une question purement technique ne requiert pas d'investigation complexe, le juge peut charger la personne qu'il commet de lui fournir une simple consultation (Article 256 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Il n'est désigné qu'une seule personne à titre d'expert à moins que le juge n'estime nécessaire d'en nommer plusieurs. La décision qui ordonne l'expertise énonce les chefs de la mission de l'expert et impartit le délai dans lequel l'expert devra donner son avis.

β. Récusation de l'expert en droit civil

Le principe de base est que l'expert judiciaire doit saisir un dossier en parfait indépendance et impartialité. L'expert désigné par le magistrat peut se récuser, on dit alors qu'il se « déporte » de lui-même ou faire l'objet d'une demande de récusation dans les situations où ses intérêts ou ceux de ses proches sont concernés, risquant d'aboutir à un conflit d'intérêt.

La récusation peut également concerner un problème de compétence.

L'expert doit se déporter de lui-même en cas de surcharge temporaire d'activité gênant le déroulement de l'expertise où si le domaine de l'expertise ne concerne pas sa spécialité ou même si dans le cadre de sa spécialité les questions posées par le juge visent un domaine qu'il ne connaît pas ou peu. Il pourrait alors éventuellement envisager néanmoins d'assurer la mission d'expertise en demandant au juge soit l'autorisation de s'adjoindre un sapiteur soit en demandant la désignation d'un co-expert spécialisé dans le domaine très particulier qui lui est étranger. L'expert se déportera aussi de lui-même ou sera récusé par l'une des parties :

- En cas d'intérêt de lui-même ou de son conjoint à la contestation.

- Si lui-même, son conjoint ou ses parents sont alliés d'une des parties jusqu'au 4^{ème} degré.
- Si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif donataire ou administrateur des biens de l'une des parties.
- S'il y a lieu un procès entre l'une des parties et lui et son conjoint.
- S'il a soigné ou conseillé l'une des parties.
- S'il y a eu ou s'il y a un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties.
- S'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.
- S'il est déjà intervenu comme arbitre dans le dossier.

Cette énumération de situation n'est pas exhaustive et c'est en fait toute situation dans laquelle l'impartialité de l'expert peut être mise en doute qui doit amener à ses récusations.

y. Le principe du contradictoire en droit civil

L'expertise doit respecter la règle du contradictoire. Cette règle du contradictoire signifie que chaque partie doit communiquer aux autres parties ses pièces et ses documents afin que chaque partie sache quels arguments son contradicteur entend faire admettre et que la partie adverse puisse rechercher des éléments permettant de contester ceux de l'adversaire. Ce principe d'équité vise à accorder à chacune des parties opposées, les mêmes chances de convaincre l'expert puis le magistrat.

Dans le respect du contradictoire les convocations sont adressées en recommandé avec avis de réception, ceci prouvant que chaque partie sera informée que les opérations de l'expertise auront lieu à la date fixée à la date proposée par l'expert.

L'expert doit s'assurer que le contradictoire est respecté et que donc chaque partie ait communiqué ses arguments aux autres parties.

Dans le cadre du respect du contradictoire, l'expert ne doit aborder ni laisser aborder le fond du dossier en dehors de la présence d'une des parties. L'expert ne doit pas s'isoler avec l'une des parties prenant part au dossier tant que le rapport n'est pas déposé, ce dépôt le dessaisissant de sa mission et donc de ses obligations en particulier du respect de la règle du contradictoire.

δ. Droit à se faire accompagner d'un médecin lors d'une expertise

L'expertise médicale constitue une mesure d'instruction. Suivant l'article 161 du Nouveau Code de Procédure Civile « Les parties peuvent se faire assister lors de l'exécution d'une mesure d'instruction ». Ceci signifie donc que les parties peuvent se faire assister par le médecin de leur choix pour une quelconque expertise médicale. Le médecin qui accompagne le patient est alors considéré comme un assistant technique. La victime peut être également accompagnée et représentée par un avocat. L'avocat peut participer à l'ensemble des opérations y compris l'examen et la discussion. Selon les règles déontologiques et éthiques tendant à respecter la pudeur et l'intimité de la victime, il est d'usage que l'avocat n'assiste pas à l'examen clinique proprement dit mais il a cependant le droit d'en connaître tous les commentaires.

Cet article 9 du Code Civil stipule que « chacun a droit au respect de sa vie privée. » Les juges peuvent sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes

mesures telle que séquestre, saisie, et autres propres à empêcher ou à faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée.

A noter que l'article 161 du Nouveau Code de Procédure Civile stipule que « les parties peuvent se faire assister lors de l'exécution d'une mesure d'instruction ». De même l'article 162 du Nouveau Code de Procédure Civile stipule que « celui qui représente ou assiste une partie devant la juridiction qui a ordonné la mesure peut en suivre l'exécution quel qu'en soit le lieu, formuler des observations et présenter toutes les demandes relatives à cette exécution même en l'absence de la partie ».

L'examen clinique ne peut normalement se dérouler qu'en la seule présence de l'expert du fait de l'intimité de cet examen.

La première exception survient lorsque la victime demande la présence d'un de ses proches lors de l'examen de l'expert. Elle s'appuie alors sur l'article 9 du Code Civil à propos de la protection de l'intimité de la vie privée.

La deuxième exception survient lorsque la personne à examiner peut demander en matière civile son avocat et son assistant technique ou l'un ou l'autre soit personnellement présent lors de l'examen clinique. L'expert ne peut alors s'y opposer. On peut donc considérer que le droit de la victime d'être accompagnée par un médecin à une expertise est inaliénable.

ε. Prérapport et rapport définitif de l'expert

Après l'expertise, et avant de conclure, l'expert devra s'assurer explicitement que personne « n'a rien à ajouter » pour un respect total de la règle du contradictoire. Un pré-rapport est en général adressé aux parties qui disposent en général d'un mois pour produire leurs commentaires, anciennement les « dires ». L'expert intégrera au rapport les commentaires des parties mais il doit toujours répondre à ces commentaires.

Le rapport définitif de l'expert sera ensuite adressé au greffe de la juridiction ayant désigné l'expert.

L'expert doit respecter les délais impartis avec copies aux parties et/ou aux avocats sauf s'il demande une prolongation en cas de nécessité.

ζ. Sapiteur et coexpert

L'expert ne peut pas se considérer comme omniscient et il peut avoir besoin de s'adjoindre l'avis d'un spécialiste d'une autre matière que la sienne. Il s'agit en général d'un praticien d'une autre spécialité, mais on peut admettre que l'on puisse faire appel à un collègue d'une même spécialité à condition que la connaissance du domaine en question du sapiteur soit supérieure à celle de l'expert. L'article 278 du Nouveau Code de Procédure Civile indique que « l'expert peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre technicien mais seulement dans une spécialité distincte de la sienne ».

On peut donc définir le sapiteur comme un médecin d'une autre spécialité que s'adjoit l'expert dont les connaissances en la matière sont insuffisantes afin d'analyser le dossier. En droit civil, l'expert ne doit pas en général refuser le recours à un sapiteur demandé par l'une des parties. Si l'expert estime toutefois que l'avis d'un sapiteur n'est pas nécessaire, il peut solliciter l'avis du juge. La jurisprudence autorise l'expert à s'adjoindre de lui-même un tel spécialiste sapiteur en droit civil (arrêt du 23 octobre 1984 de la 3^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation bull. civ III n°172, gazette du Palais 1985, 1, panor.58,obs Guinchard). L'expert doit

néanmoins aviser le magistrat de la nécessité de cette désignation en sollicitant en particulier une nouvelle provision destinée à la rémunération du sapiteur. En effet il est opportun d'informer les parties de la rémunération du sapiteur.

L'expert définit la mission du sapiteur en droit civil. Le sapiteur doit respecter le principe du contradictoire entre les parties. Néanmoins la présence des parties n'est pas exigée au cours des opérations du sapiteur. L'expert par contre doit informer les parties de l'avis du sapiteur et en débattre avec les parties. L'avis du sapiteur est formalisé, soit sous la forme d'un compte rendu annexé à celui du rapport d'expertise, soit inclus directement dans le rapport d'expertise à condition d'y être clairement identifié.

L'expert n'est pas tenu de suivre l'avis du sapiteur mais il doit alors motiver sa décision. Le cas échéant, il peut demander un avis complémentaire au sapiteur. L'expert doit motiver ses décisions dans son pré-rapport que lui seul signera. Toutefois l'avis du sapiteur y sera joint.

Le sapiteur est différent du co-expert. Le co-expert est nommé, soit d'emblée par le magistrat qui désigne ainsi des co-experts de spécialités différentes, soit par le juge après avis de l'expert qui estime que ses connaissances dans le domaine incriminé sont trop insuffisantes. Le co-expert présente lui-même au magistrat qui l'a nommé sa demande d'honoraires tandis que l'expert inclut la rémunération du sapiteur dans sa note d'honoraires et qu'il règlera directement le médecin sapiteur. D'une manière générale, on considère que la combinaison expert- sapiteur est souvent plus rapide que la combinaison de plusieurs co-experts.

η. Conclusion de la procédure classique

Le Juge fixera l'indemnité versée à la victime. Cette procédure à l'initiative de l'une des parties peut s'interrompre à tout moment dès l'instant qu'il y a accord des parties.

bb. Procédure du référé-provision

Une jurisprudence récente permet aux victimes de recourir à la procédure du référé provision. Les victimes peuvent ainsi obtenir en référé le versement d'une provision (arrêt du 16.05.88 de la deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation, Bull Civ II, n°115).

L'initiative de la victime de demande de référé aux provisions ne dispense pas l'assureur de présenter une offre d'indemnisation amiable (arrêt de la Première Chambre Civile de la Cour de Cassation du 20.01.93 Bull Civ I n°20).

Plus récemment la Cour de Cassation a autorisé à ce que le juge des référés condamne l'assureur à verser à la victime une provision strictement égale au montant de l'offre d'indemnisation qui lui avait été préalablement présentée. Le juge des référés se basait sur le fait que le montant de cette offre devait être analysé comme une obligation qui n'était pas sérieusement contestable au sens de l'article 809 du Code de procédure civile (arrêt du 7.02.08 de la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation).

Ce jugement des référés du Tribunal de Grande Instance de Marseille du 25.11.05 avait été confirmé par la Cour d'Appel d'Aix en Provence. La compagnie d'assurance

garantissant la responsabilité civile du fait du véhicule impliqué avait saisi la Cour de Cassation qui a rejeté son pourvoi dans un arrêt du 07.02.08 de la deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation

On peut donc imaginer que d'autres victimes d'accident de circulation saisissent le juge des référés afin d'obtenir des provisions égales au montant des offres qui leur ont été présentées par l'assurance et qu'elles obtiennent satisfaction.

Comme première solution, la victime reçoit l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur, puis saisit le juge des référés. La victime accepte l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur et elle reçoit un paiement dans un délai d'un mois et demi mais renonce alors à recevoir une indemnisation plus importante (articles L.211-16 et L.211-17 du code des assurances) en effet, l'autorité de la chose jugée de la transaction y fait obstacle. Soit deuxième solution, la victime opte pour la voie judiciaire qui lui permet d'espérer une indemnisation supérieure à l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur, tout en recevant rapidement le montant de l'offre présentée par l'assureur dans le cadre d'un référé provision. Les victimes d'accident peuvent très bien donc ne plus avoir aujourd'hui intérêt à accepter les offres qui leur seront proposées : l'offre devenant un minimum que la victime est pratiquement certaine de toucher.

Ce cas de figure n'existait pas auparavant car lorsque la victime refusait l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur qui était faite, elle n'était pas certaine que le juge lui allouerait une indemnité supérieure ou égale à ce montant. Cette jurisprudence risque donc de conduire les victimes à saisir plus souvent le juge.

2. Nos conseils

a. Conseils généraux

Une procédure transactionnelle est plus facile d'accès et plus simple qu'une voie judiciaire d'emblée.

En effet la meilleure garantie d'indemnisation réside moins dans le choix d'une voie judiciaire que dans la qualité des conseils de la victime qui doit être assistée, à notre avis systématiquement au cours des expertises médicales par un médecin compétent, indépendant et pour une transaction, par un avocat spécialisé ou un conseiller juridique averti.

De toute façon, il convient de rappeler que la victime n'est jamais liée par les conclusions acceptées par les conseils et qu'elle conserve toujours la faculté de les dénoncer, de revenir vers le Juge.

b. Récusation d'un expert

La victime peut récuser le choix d'un expert pour différents motifs :

aa. En application du Code de déontologie médicale

Les motifs de récusation sont détaillés dans le chapitre F. Les responsabilités de l'expert de VI. L'expertise médicale réalisée au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale . Bien qu'ils soient cités dans ce chapitre, ils s'appliquent à toutes les expertises médicales (judiciaires, Loi Badinter, Code des Pensions militaires, etc...) .

bb. Dans le cadre de la Loi Badinter.

La victime est libre de refuser pour quelque motif que ce soit le choix du médecin désigné par l'assureur (confère b. L'examen médical préalable à l'offre d'indemnisation de l'assureur de 4. La procédure de l'indemnisation par l'assureur de A. La Loi Badinter de X. INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE) .

cc. En application de l'article 234 du Nouveau Code de Procédure Civile

Les experts judiciaires peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges (Article 234 du Nouveau Code de procédure civile) .

La récusation de l'expert peut-être demandée :

1. si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation,
2. si lui-même, son conjoint et parents sont alliés de l'une des parties ou de son conjoint jusqu'au quatrième degré inclusivement,
3. si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire de l'une des parties,
4. s'il y eu ou s'il y a procès entre lui et sont conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
5. s'il a précédemment connu de l'affaire comme expert ou comme arbitre, ou s'il a conseillé l'une des parties,
6. si lui-même ou son conjoint est chargé d'administrer les biens de l'une des parties,
7. s'il existe un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
8. s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties .

La demande de récusation de l'expert peut-être présentée :

- à la juridiction qui l'a commis,
- ou au juge chargé du contrôle de l'expertise,
- avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation .

C. Les accidents de transport non couverts par la Loi Badinter

Dans le cas particulier du transport par train, métro..., la Loi Badinter ne s'applique pas dans ce cadre.

Le transporteur est cependant tenu à l'égard des voyageurs d'une obligation générale de sécurité. Cette obligation est plus ou moins lourde selon que l'accident ait lieu pendant le transport proprement dit, lors de la montée, de la descente des voyageurs ou qu'il se passe dans l'enceinte des installations du transporteur : sur le quai, dans les couloirs...

Pendant la phase d'exécution du contrat de transport, le transporteur est tenu à une obligation de résultats c'est-à-dire qu'il doit conduire les voyageurs sains et saufs à

destination. Les voyageurs sont donc automatiquement indemnisés par la SNCF ou la RATP, en cas par exemple de chute depuis le train sur la voie.

Le transporteur peut toutefois dégager sa responsabilité en prouvant que l'accident est dû à un cas de force majeure (déraillement provoqué par l'affaissement d'un pont) ou du fait d'un tiers (par exemple franchissement d'un passage à niveau par un automobiliste malgré le signal sonore) ou à la faute de la victime (descente d'un véhicule en marche).

Le transporteur n'est pas automatiquement responsable du préjudice causé aux voyageurs démunis d'un titre de transport valable.

Dans l'enceinte des installations du transporteur celui-ci est soumis à une obligation de moyens. Le transporteur reste tenu d'une obligation de diligence et de prudence mais la victime doit faire la preuve qu'il a commis une faute pour être dédommagé.

D. L'évaluation du préjudice subi

Devant les juridictions de l'ordre judiciaire, l'évaluation des chefs de préjudice est régie par trois principes directeurs : le principe de la réparation intégrale, le caractère purement indemnitaire de la réparation (qui exclut les dommages et intérêts punitifs) et le pouvoir souverain d'appréciation des juges du fond.

La baisse du nombre d'accidents corporels enregistrée par la Sécurité routière améliore sensiblement la fréquence des sinistres de responsabilité corporels, donc des dossiers réglés par les assureurs.

Il n'en demeure pas moins que les montants des indemnités versées par les assureurs aux victimes ne cessent d'augmenter. Selon la Fédération Française des Sociétés d'assurance, la majorité des dossiers corporels (de l'ordre de 65%) concerne des blessés légers, leurs indemnisations ne constituant toutefois que 10% de la totalité des indemnités versées sachant que les sinistres corporels ne correspondent qu'à 2% du nombre des sinistres et à un tiers du coût (d'environ 4.5 Md€ en 2006).

Le coût moyen d'un blessé avec IP se situe aux alentours de 41.965€ en 2006, en progression de 6.1%.

Les cas les plus graves d'un taux d'incapacité permanente partielle supérieur à 15%, environ 3.000 par an, constituent 5% des sinistres en nombre mais la moitié en indemnités. Alors que le nombre de dossiers Responsabilité Civile corporels instruits par les assureurs a tendance à baisser régulièrement, les sinistres les plus graves sont en hausse sensible.

Pour les incapacités permanentes égales et supérieures à 50%, l'indemnité totale a augmenté de 9.4% par an depuis 2001.

1. La nomenclature classique des préjudices corporels

a. Le préjudice subi par le blessé

On distingue classiquement le préjudice patrimonial et le préjudice extrapatrimonial. Le préjudice patrimonial se définit par les dommages économiques et financiers occasionnés par cet accident.

Le préjudice extrapatrimonial ou encore appelé non économique se définit par l'atteinte à l'intégrité physique de la personne. Ce préjudice extrapatrimonial

comprend le préjudice physiologique, la souffrance physique ou morale, le préjudice sexuel, le préjudice esthétique, et le préjudice d'agrément .

aa. Le préjudice patrimonial

Le préjudice patrimonial encore appelé préjudice matériel ou pécunier ou économique consiste en les dommages économiques et financiers occasionnés par cet accident .

Ce sont les préjudices portant atteinte à l'avoir patrimonial de la victime .

Le patrimoine est amoindri soit par les pertes subies constituées par les dépenses et les frais engagés en raison du dommage corporel, soit par des manque à gagner ou gains manqués de gains professionnels .

Le préjudice patrimonial est constitué par les pertes subies (damnum emergens) et par le manque à gagner (lucrum cessans) . Il est essentiellement constitué pour les pertes subies par les frais médicaux et paramédicaux, et pour les pertes de gains, par l'incapacité temporaire, et les conséquences financières de l'incapacité permanente partielle .

Les préjudices patrimoniaux relèvent de l'avoir (j'ai, tu as, il a ...) .

α. Les frais médicaux et para-médicaux

Il s'agit des frais occasionnés par les dépenses de santé de la victime.

Ces frais comprennent :

α1. Les frais d'honoraires et de prestations des professionnels de santé

Médecins, chirurgiens, dentistes, auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, garde-malades...) .

Par analogie, on peut y adjoindre les frais de tierce personne temporaires occasionnés par un état temporaire de dépendance du blessé . Un célibataire plâtré aux deux jambes aura par exemple besoin d'une femme de ménage pour assurer l'entretien de son appartement , d'une personne pour faire ses courses . Pour le calcul de ces frais, se référer au paragraphe X. Indemnisation des accidents de la voie publique D. L'évaluation du préjudice subi 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé aa. Le préjudice patrimonial α. Les frais médicaux et para-médicaux α7. Les frais futurs .

α2. Les frais de médicaments

α3. Les frais d'analyses

α4. Les frais d'appareillage et de prothèses.

α5. Les frais d'hospitalisation, de transport, de rééducation

Le coût ou le surcoût des frais de transport pour soins, pendant la maladie traumatique sont imputables à l'accident .

α6. Les frais d'adaptation du logement au handicap

L'évaluation de ces frais se fait sur la base des justificatifs des frais engagés (factures, bordereaux de remboursement des organismes sociaux...).
On ne peut être indemnisé deux fois pour la même dépense c'est-à-dire que le cas échéant la victime recevra une somme correspondant à la différence entre le montant des frais qu'elle a engagés et les sommes qu'elle a déjà reçues des organismes sociaux et d'assurance auprès desquels la victime aurait souscrit par exemple un contrat d'assurance " accident " ou " maladie ".

Exemple de modèle d'état de pertes et frais

Numéro d'identification de la pièce	Date du frais engagé	Désignation du frais engagé	Montant des frais engagés	Remboursement		Somme restée à charge
				Sécurité sociale	Autres	
1	1-2-2005	Consultations de spécialiste	200 €	105 €	45 €	50 €
2						
3						

Il est également possible d'obtenir le remboursement des frais de déplacement et de transport que des proches auraient engagés pour aller voir la victime.

α7. Les frais futurs

α7.1. Définition

On définit en général les frais futurs comme les dépenses pour soins médicaux ou para-médicaux considérés comme prévisibles, répétitifs se situant après consolidation, en raison de la permanence d'états pathologiques chroniques (Rousseau C., La conduite de l'expertise pour l'évaluation des frais futurs, Revue française du dommage corporel, 1994, 10-3, 227-232).

Ceci nous conduit à la définition de la consolidation :

La consolidation se définit comme le moment où l'état séquellaire se caractérise par des lésions fixées non susceptibles d'évolution notable.

Ces lésions fixées présentent donc une stabilité apparente.

La variabilité de cette stabilité conduit à classer en différents types les séquelles après consolidation. On distingue ainsi :

- les séquelles à stabilité absolue ou les séquelles sont stables et inactives.
- les séquelles à stabilité quasi absolue ou les séquelles ne présentent qu'une évolution très lente qui ne modifieront l'état pathologique qu'à long terme.
- les séquelles à stabilité relative ou les lésions peuvent faire l'objet d'une poussée évolutive. Cette poussée évolutive définit l'état de rechute. Cette rechute peut aboutir là encore après stabilisation de cette dernière, soit un retour à l'état antérieur sans

donc modification de l'IPP ou une aggravation de l'état séquellaire avec donc modification de l'IPP.

- les séquelles à stabilité très relative encore appelées séquelles " actives ". Ces séquelles constituent des états pathologiques chroniques, leur intensité et leur importance rendront nécessaire un traitement continu après consolidation. Ce dernier type de séquelle justifiera ce qui est convenu d'appeler les frais futurs.

On distingue donc les frais futurs des autres soins après consolidation, lesquels sont, soit considérés comme imprévisibles (rechute, aggravation), soit non répétitifs (ablation d'un matériel d'ostéosynthèse, séances de cure thermale, séries supplémentaires de séances de rééducation).

Les frais futurs concernent donc les soins directement attachés à la personne du blessé à l'exclusion des frais concernant l'environnement du blessé. On inclura donc outre les soins médicaux, paramédicaux classiques, les orthèses, les prothèses et les appareillages (fauteuil roulant ...) destinés à pallier l'insuffisance d'une fonction. Par contre, ces frais futurs n'incluront pas les véhicules aménagés, les équipements locatifs ou sanitaires, les chiens d'aveugles...

On définit comme " soins après consolidation " les soins, soit imprévisibles (rechute, aggravation), soit non répétitifs (ablation de matériel d'ostéosynthèse, cure thermale, prescription de séances de kinésithérapie...) .

La définition donnée par le Protocole d'Accord Assureurs / Organismes Sociaux se révèle quelque peu différente : Les frais futurs sont « ceux dont la charge est certaine ou prévisible, selon l'avis du médecin, et pour la durée indiquée par celui-ci . Ils font l'objet d'une évaluation selon les montants et modalités indiquées aux annexes 6 » (Protocole d'Accord Assureurs / Organismes Sociaux du 24-5-1983, règlement d'application pratique du 1-6-1983, chapitre C 4.25).

L'annexe numéro 6 du protocole d'accord " Assureurs " / Organismes sociaux qui régit les accidents survenus dans le cadre de la Loi Badinter du 05.07.1985 définit des notions supplémentaires.

Cette annexe numéro 6 individualise ce qu'elle appelle les frais occasionnels, c'est-à-dire les prestations qui par définition ne sont pas permanentes, qui ne s'imposent pas du fait de leur caractère médicalement obligatoire.

Ces frais occasionnels sont subdivisés en deux rubriques : tout d'abord les cures thermales puis les autres cas qui englobent en particulier l'ablation de matériel d'ostéosynthèse.

L'annexe 6 individualise un deuxième volet appelé frais futurs viagers. Ces frais futurs viagers se décomposent en :

- le séjour viager en hôpital ou en maison de soins,
- les frais de tierce personne,
- les frais médicaux et pharmaceutiques,
- les frais des néphrectomisés doubles,
- les frais d'appareillage.

Une troisième classification des frais futurs s'opère en fonction de la chronologie des traitements.

On distinguera ainsi :

- les frais médico-pharmaceutiques délivrés entre l'accident et la consolidation,
- les frais dits de post-consolidation réalisés entre la consolidation et le règlement de l'indemnisation.

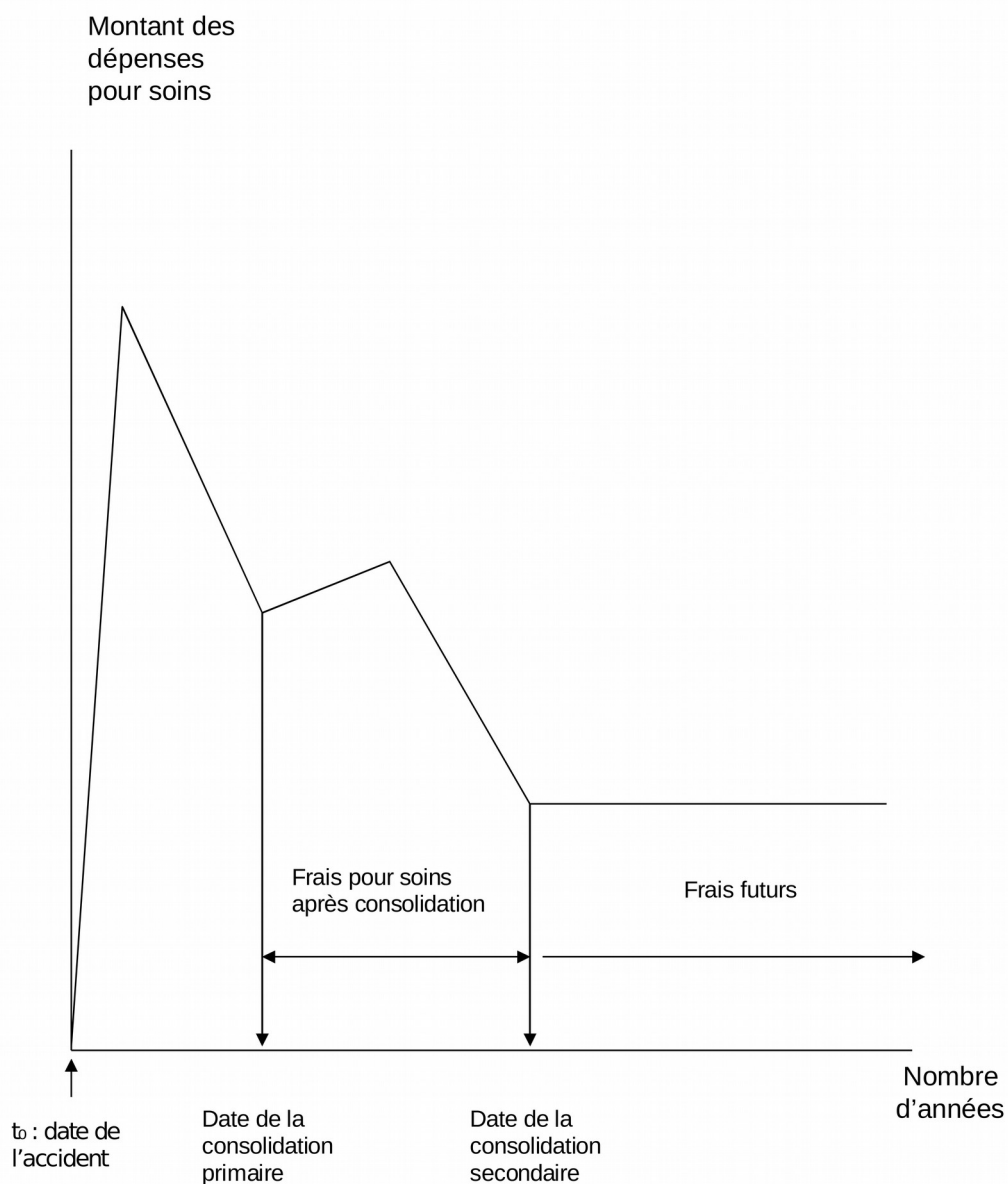
Les frais futurs proprement dits réalisés après le règlement. On les subdivise en :
frais futurs occasionnels du fait que leur réalisation est limitée dans le temps ou en nombre. Ils comprennent l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les traitements dits transitoires c'est-à-dire durant une période limitée dans le temps et médicalement justifiés, les cures thermales.

Frais futurs viagers, dont la réalisation est prévue pour toute la durée de la vie.

Une quatrième classification des frais futurs s'opère en fonction de l'importance et de l'évolutivité des frais pour soins après la date de consolidation fixée par l'expert. Le docteur LAZARINI dans son ouvrage : " L'état d'évaluation des frais futurs " paru aux éditions LACASSAGNE distingue ainsi deux périodes après la date de consolidation fixée par l'expert : une première période concerne des soins initialement importants puis ensuite qui vont décroître dans les quelques années ultérieures du fait par exemple, de l'adaptation du blessé à son handicap; une deuxième période concerne les soins après la date de consolidation fixée par l'expert mais qui sont invariables d'une année sur l'autre et donc fixes. Le docteur LAZARINI fixe ainsi deux dates, une date de consolidation primaire qui est la date de consolidation classique fixée par l'expert et une date de consolidation secondaire ou définitive correspondante à l'apparition de frais futurs fixes, invariables, d'une année à l'autre. Les soins appliqués entre la date de consolidation primaire et la date de consolidation secondaire (encore appelée consolidation définitive) sont qualifiés de frais pour soins après consolidation.

Les soins délivrés après la date de consolidation secondaire ou consolidation définitive seront qualifiés de frais futurs

Le docteur LAZARINI définit ainsi les frais futurs comme les dépenses pour soins médicaux ou paramédicaux concernant exclusivement la personne du blessé, prévisibles, répétitifs se situant toujours dans la période après la consolidation mais très souvent après stabilisation ou consolidation définitive .



Définition des frais futurs selon Lazarini

α7.2. La tierce personne

Ce chapitre sera particulièrement développé du fait son importance pécuniaire et du contentieux qu'elle engendre .

α7.2.1. Définition

Elle se définit comme l'aide humaine appropriée à apporter à la victime devenue dépendante.

La 19^{ème} Chambre du Tribunal de Grande Instance de PARIS dans un jugement du 10.02.1985 " définit " la tierce personne comme un mode particulier de réparation en nature, par fournitures de services procurant aux blessés la présence et le travail d'une personne qui accomplira à sa place les gestes, mouvements et actes que son handicap ne lui permet plus d'accomplir. L'inconvénient de cette définition est de négliger le rôle de la tierce personne de surveillance ou de guidance.

Une autre définition est fournie par le Code de la Sécurité Sociale dans ses articles L. 341-4 et L. 453 alinéa 2 : ce code prévoit une majoration pour tierce personne accordée " aux invalides " qui étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Une circulaire du Ministère des Affaires Sociales du 05.08.1983 précise que les actes essentiels sont l'autonomie locomotrice (se lever, se coucher, se déplacer dans son logement), la toilette (se laver), l'alimentation (manger, boire), procéder à ses besoins naturels. Dans cette même circulaire, le Ministère précise que les actes essentiels sont distincts des actes domestiques (entretien du logement et du linge, préparation du repas et déplacements à l'extérieur) et de la simple surveillance.

α7.2.2. Classification

- Classification en fonction des besoins

On distingue 4 fonctions de tierce personne :

* La tierce personne de substitution chargée d'effectuer un acte que le patient ne peut pas même ébaucher.

La tierce personne de substitution a pour fonction de faire à la place de la personne handicapée un certain nombre d'actes devenus impossibles ou difficiles :

- les activités de la vie quotidienne (toilette, évacuation des selles et des urines, habillage, transfert, prise des repas),

La tierce personne intervient alors, soit parce que ces actes ne peuvent plus être effectués seul, soit parce que certains actes ne peuvent être effectués totalement seul (par exemple, chez certains tétraplégiques une partie de la toilette est possible seule : lorsqu'il sont installés par un tiers sous la douche, ils peuvent se laver les bras, le torse mais ne peuvent pas effectuer de shampoing ni de toilette intime ni de même la toilette des membres inférieurs), certains actes peuvent être effectués seuls mais au prix d'un temps extrêmement long ou d'efforts trop importants qui rendent ces activités non rentables et conduisent les victimes à demander l'aide voire la substitution complète par une tierce personne (c'est le cas du transfert du lit au fauteuil ou du fauteuil à la voiture pour certains tétraplégiques : ce transfert est possible mais il souvent très fatiguant et très long alors que lorsqu'il est aidé, l'handicapé y arrive beaucoup plus facilement); l'handicapé peut effectuer seul des actes d'autonomie partielle mais du fait de contraintes par exemple de temps, il demande l'aide d'une tierce personne (par exemple la toilette sous la douche peut être longue si bien que la tierce personne peut pendant ce temps faire le ménage de la chambre)

- les autres activités

les déplacements intérieurs, le déplacement de proximité en terrain plat, le déplacement avec sur le trajet des trottoirs ou des obstacles, le déplacement en automobile.

Une assistance aux courses (l'handicapé peut se déplacer seul mais par exemple les rayons au hauteur ne sont pas accessibles aux paraplégiques)

l'assistance aux études pour certains tétraplégiques, ils peuvent écrire mais ne peuvent prendre des notes suffisamment rapidement lors des cours ou sortir les affaires du cartable.

* la tierce personne de complément ou d'assistance, destinée à aider la victime à réaliser un acte qu'elle peut partiellement effectuer,

* la tierce personne d'incitation ou de stimulation ou de guidance. Le patient est alors capable d'effectuer des actes sur le " plan mécanique " mais incapable d'en prendre l'initiative. Il s'agit assez souvent de traumatisés crâniens graves dont la dépendance est accentuée par une prise en charge en milieu hospitalier et des troubles profonds psychologiques.

Chez le blessé médullaire, le rôle de cette tierce personne peut être de durée très courte et consister à recréer le courage de sortir.

La tierce personne a alors pour fonction de " rassurer " ou de " demander d'agir " pour des actes dont le patient est incapable de prendre l'initiative.

* la tierce personne de surveillance ou de sécurité. L'aide doit alors assurer une présence diurne et/ou nocturne qui ne peut être substituée par un système d'assistance technique de type téléalarme par exemple. Le rôle d'une aide de surveillance peut correspondre à un secours en cas d'évènements imprévisibles du fait d'un besoin éprouvé par la victime. Elle peut être assurée par un membre de la famille vivant au foyer ou encore d'un tiers qui peut même exécuter un travail au domicile de type activité de bureau, traduction ou même d'un étudiant qui occupe une chambre de l'appartement peut remplir cette fonction.

La discussion sur la nécessité de ce poste se révèle souvent la plus épineuse et la plus fréquemment source de contentieux.

Elle concerne en fait essentiellement 3 cas :

- cas des patients médullaires avec un niveau lésionnel très haut situé sous assistance ventilatoire permanente.

Un encombrement bronchique peut entraîner très rapidement des complications sévères voire mortelles, d'où l'intérêt d'une aspiration endo-trachéale rapide.

La panne d'un appareil ventilatoire peut également nécessiter une réparation urgente.

- les patients alités ne pouvant quitter leur lit du fait de leur atteinte neurologique. En cas d'intervention de sécurité (par exemple, incendie), une tierce personne est alors nécessaire pour leur porter secours.

- les traumatisés crâniens avec grand syndrome frontal ou trouble du comportement.

La tierce personne vise alors à éviter les comportements inadaptés ou des gestes intempestifs.

La tierce personne de substitution ou d'assistance intervient surtout dans la réalisation d'actes considérés comme des actes élémentaires de la vie.

- Une deuxième classification se base sur le type d'aide de la tierce personne.

On distingue ainsi :

* Les aides actives qui correspondent en fait aux tierces personnes de substitution et d'assistance. La substitution consiste comme nous l'avons déjà dit à effectuer l'acte pour la victime et l'assistance à aider la victime à son exécution.

* L'aide passive lorsque le rôle de cette personne se limite essentiellement à une présence passive. En effet, la tierce personne n'est souvent chargée alors que d'une simple astreinte, pouvant dormir ou même réaliser d'autres activités domestiques ou de loisirs.

* La tierce personne d'incitation constitue un intermédiaire entre l'aide active et l'aide passive.

En effet son rôle est surtout de faire exécuter des ordres simples concernant la vie quotidienne (toilette, habillage, repas) avec souvent des interventions répétées mais très ponctuelles et intermittentes dans le temps.

α7.2.3. Les modalités d'indemnisation du poste tierce personne

- Une grande majorité des victimes sont indemnisées par rente indexée, que cette rente soit accordée transactionnellement ou judiciairement.

Lorsque l'attribution de l'indemnisation est judiciaire, le choix de l'attribution d'une rente ou d'un capital relève du pouvoir souverain du juge du fond (arrêt de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour Cassation le 29 novembre 1989, arrêt du 25 octobre 1990 de la chambre criminelle de la Cour de Cassation qui confirme que l'évaluation de l'importance du préjudice et les modalités susceptibles d'en assurer les réparations relèvent de l'appréciation souveraine des juges du fond). Il convient néanmoins de souligner que l'octroi d'une indemnité importante en capital entraîne des conséquences sur l'avenir de la victime car celle-ci n'a pas toujours les capacités intellectuelles suffisantes pour gérer ce capital correctement. Au contraire, l'octroi d'une rente viagère met la victime à l'abri d'un entourage plus ou moins apte à gérer ces fonds, voire même à éviter un détournement de ces fonds par ce même entourage.

L'article 44 de la Loi du 5 juillet 1985 prévoit par ailleurs que le crédit rentier peut demander la conversion de la rente en capital " lorsque sa situation personnelle le justifie ". L'inconvénient relatif d'une rente viagère est de ne pas être à l'abri des fluctuations monétaires.

- Cas des rentes allouées en réparation de leur préjudice aux victimes " hors accident de circulation "

Ces rentes sont soumises au régime de la Loi du 24 mai 1951 qui a prévu une majoration légale, dans le cadre de la Loi de finances annuelle, ainsi qu'à un arrêt de la Chambre mixte de la Cour de Cassation du 6 novembre 1974 qui a fixé une indexation judiciaire.

- Cas des rentes versées à la suite d'un accident de circulation

La revalorisation de la rente s'opère en fonction de coefficient de revalorisation prévu à l'article L.455 devenu L. 434-17 du code de la Sécurité Sociale, ce qui a été confirmé par l'arrêt du 19 juin 1991 à la Cour de Cassation qui stipule qu'une Cour d'Appel n'est pas tenue de préciser l'indexation applicable.

La Cour de Cassation ainsi peut rappeler l'interdiction de toute autre indexation dans ce cas.

α7.2.4. Rémunération d'une tierce personne

- En ce qui concerne la rémunération d'une tierce personne, la rémunération de base pour la simple assistance et la surveillance relatives aux actes ordinaires de la vie courante est celle du SMIC augmentée des charges patronales sauf réduction ou exonération. Dans le cadre d'une assistance spécialisée, la rémunération est fonction des salaires minima fixés par les conventions collectives régissant le type de personnel qualifié augmenté des charges patronales, sous réserve d'exonération ou de réductions de charges.

Le calcul de la rémunération d'une tierce personne se fait par l'estimation du montant réel prévisible et est souvent versé sous forme de rente. Il est usuel de constater que par voie judiciaire on obtient un coût horaire de 15€ à 18€ d'assistance d'une tierce personne sur une base de 400 jours/an et de 8 à 12€ si l'assistance par une tierce personne est assurée par un proche.

L'indemnisation du coût d'une tierce personne ne doit pas être revue à la baisse en estimant que cette assistance est assurée en tout ou partie par la famille de la victime (arrêt de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation du 21.02.91, n°90-81542).

De même l'indemnisation du coût d'une assistance d'une tierce personne ne doit pas être diminuée sous réserve qu'un hébergement en établissement spécialisé serait moins coûteux qu'un maintien à domicile car, pour les tribunaux, « une victime a le droit de choisir son lieu de vie » (Cour d'Appel de Paris du 20.06.05, arrêt n°04-03802).

- Cas du paiement des frais des tierces personnes lorsque la victime est hospitalisée. En effet, l'aggravation de l'état de santé de la victime conduit souvent à une hospitalisation pour réalisation de nouveaux soins. L'assureur peut demander alors de ne pas payer à la fois les frais médicaux d'hospitalisation et l'assistance d'une tierce personne.

Ce cas peut présenter une difficulté pour la victime puisque cela pourrait la conduire à rompre le contrat de travail pour une tierce personne salariée. La suspension de la rente en cas d'hospitalisation et le non cumul des frais de tierce personne et d'hospitalisation sont des principes reconnus par la Cour de Cassation. Dans la pratique, une solution adoptée par la jurisprudence est de suspendre le versement de la rente indexée au titre de la tierce personne au bout de 30 à 45 jours d'hospitalisation, ce qui laisse une certaine souplesse dans la négociation du contrat de travail à la victime c'est-à-dire de la tierce personne salariée.

A ce sujet, il est utile de rappeler l'intérêt de l'existence d'associations mandataires de tierces personnes avec des tierces personnes salariées par cette association. En effet, dans ce cas, cette association replace la tierce personne auprès d'une autre personne handicapée, le temps de l'hospitalisation de la victime .

α7.3. Le calcul des frais futurs selon le protocole d'accord Assureurs / Organismes sociaux

Comme nous l'avons déjà signalé, le protocole d'accord Assureurs / Organismes sociaux ne s'applique que pour les accidents survenant dans le cadre de la Loi Badinter du 5 Juillet 1985, c'est-à-dire les accidents de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur.

Il ne s'applique donc pas pour les autres accidents de la circulation, les accidents de la vie privée pour lesquelles les règles de droit commun continuent de s'appliquer. Ce protocole d'accord se caractérise par une définition précise des différents postes de préjudices et une méthode de calcul du dommage.

Du fait de son raisonnement cohérent, même dans les cas d'accidents ne relevant pas de la loi du 5 juillet 1985, l'organisme social et l'assureur du tiers responsable peuvent s'accorder pour appliquer les règles de ce protocole alors qu'elles ne sont pas alors obligatoires.

- Ce protocole d'accord assureurs /organismes sociaux (PAAOS) définit les frais futurs comme " les frais dont la charge est certaine ou prévisible selon l'avis du médecin et pour la durée indiquée par celui-ci ".

Ils font l'objet d'une évaluation selon les montants et modalités indiqués à l'annexe 6 de ce protocole. Cette annexe présente le mérite de proposer une méthode des frais futurs. Cette annexe 6 distingue suivant la régularité des frais futurs deux types de frais :

α7.3. 1. Tableau A, dit des prestations continues et viagères

- Prestations continues et viagères N°1 :

Les frais sont évalués à 75 % du coût réel annuel, on tient compte d'un abattement de 25 % du fait du coût de séjour correspondant aux frais d'hôtellerie.

Les frais consécutifs à cette hospitalisation viagère à l'hôpital ou en maison de soins (prestations continues et viagères N°1) ne peuvent se cumuler qu'avec des frais d'appareillage lorsque ces derniers ne sont pas intégrés dans les prix de journée.

Lorsque le malade séjourne dans un établissement dit " à double tarification ", il s'agit d'un établissement proposant une double facturation, tout d'abord un forfait de soins pris en charge par l'organisme de sécurité sociale et un forfait d'hébergement à la charge du patient. Dans ce cas de séjour dans un établissement à double tarification, seuls seront pris en charge les frais réellement assumés par l'organisme de sécurité sociale.

A la limite de cette prestation N°1, il convient de citer des structures médicalisées agréées dans lesquelles séjournent certaines victimes, où la prise en charge médicale ou paramédicale est déléguée à des professionnels de santé libéraux. Il s'agit plus alors de véritable hospitalisation et les frais futurs doivent être comptabilisés dans les rubriques suivantes en particulier les frais médicaux et pharmaceutiques.

- prestations continues et viagères N°2 : tierce personne

Il est fixé dans cette annexe un montant annuel correspondant à la prise en charge par une tierce personne active travaillant 8 heures par jour, charges sociales comprises. Pour l'an 2009, ce montant est fixé à 27.319 euros. Quand le nombre d'heures pour une tierce personne active est différent, on appliquera alors une règle de 3.

L'annexe 6 du protocole d'accord assurances / organismes sociaux prévoit un forfait annuel pour une tierce personne employée pour 8 heures par jour, charges sociales comprises.

Il convient de souligner que le médecin expert peut tout à fait conclure à la nécessité de 1 ou 3 tierces personnes employées à titre de 8 heures par jour.

On distingue deux groupes de tierces personnes :

le premier groupe concernant l'aide médicalisée (personnel paramédical, infirmier, kinésithérapeute,

le deuxième groupe concernant l'aide non médicalisée, c'est-à-dire les soins d'hygiène, et l'aide ménagère.

La rémunération pour une tierce personne se consacrant à la simple assistance des actes ordinaires de la vie courante et une simple surveillance est en principe celle du SMIC augmenté des charges patronales.

Dans le cadre d'une assistance spécialisée en particulier paramédicale, la rémunération sera celle du salaire minimal fixé par les conventions collectives concernant le personnel particulier (infirmière...) augmentée des charges patronales. L'indemnisation n'est pas subordonnée à la production des justifications des défenses effectuées (chambre criminelle de la Cour de Cassation, 11 octobre 1988 et 13 décembre 1988).

Il n'existe donc pas d'obligation d'emploi en cas de fonds alloués pour la tierce personne. Lorsque l'assistance d'une tierce personne est effectuée par des proches de la famille, l'indemnisation ne doit pas être diminuée (chambre criminelle de la Cour de cassation, le 11 octobre 1988 et le 13 décembre 1988, 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation, 14 octobre 1992).

La jurisprudence privilégie très nettement l'indemnisation sous forme d'une rente indexée et non d'un capital.

A l'encontre de certaines expertises, la jurisprudence privilégie la nécessité d'une assistance de 3 tierces personnes, c'est-à-dire la nécessité d'une présence d'une tierce personne 24/24 y compris les week-ends, jours fériés et congés de vacances en particulier pour des victimes tétraplégiques hospitalisées à domicile (Cour d'Appel de Chambéry, arrêt du 14 janvier 1998, juris-data N°049062, jugement du tribunal correctionnel de Tours du 10 mai 1996, juris-data N°056816).

- prestations continues et viagères N°3 : les frais médicaux et pharmaceutiques

Ce paragraphe individualise un certain nombre de cas particuliers : les paraplégiques, les hémiparaplégiques, les grands brûlés, les débiles mentaux, les diabétiques, les comas prolongés, les tétraplégiques.

Il existe bien sûr une autre catégorie intitulée " autres cas ".

En effet, dans certains cas de maladies chroniques et graves, le prix du franc de rente indiqué dans le barème de capitalisation annexé au c'est-à-dire d'application pratique (annexe 5) est diminué.

Pour les comas prolongés, le franc de rente est en fait le quart de celui indiqué par ce barème de capitalisation.

Pour les tétraplégiques âgés de plus 45 ans, le franc de rente est en fait la moitié de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au règlement d'application pratique.

Pour les néphrectomisés doubles, le franc de rente est en fait égal au $\frac{3}{4}$ de celui indiqué par la barème de capitalisation annexé au règlement d'application pratique.

Le médecin expert calculera le coût annuel des soins, et à partir de ce chiffre placera ces frais médicaux et pharmaceutiques dans l'une des 14 classes de forfait énumérées à l'annexe 6. A partir du coût annuel des soins fixés, il retiendra la classe de forfait la plus proche dans laquelle sera cataloguée le patient. Le calcul de ce forfait ne tiendra compte que des " besoins certains ou prévisibles ". Ainsi, tout traitement présentant un caractère hypothétique, devra être écarté.

En effet, l'expert ne devra pas prendre en compte les soins que nécessiterait une aggravation des séquelles de la victime, laquelle aggravation devra alors faire l'objet d'une demande d'aggravation au moment opportun. L'expert, pour chaque type de frais, devra tenir compte, de la fréquence du traitement concerné (posologie du médicament, périodicité de renouvellement d'une prothèse par exemple...), du coût de ce traitement (prix d'un médicament, prix de l'achat d'une prothèse...).

En ce qui concerne le matériel nécessitant un renouvellement périodique dépassant un an, le coût annuel sera calculé en fonction du coût du matériel et de sa durée de vie approximative, d'où l'on déduira ainsi le coût annuel. En ce qui concerne l'appareillage (fauteuil roulant...) leur cas est étudiable dans le chapitre N°5.

- prestations continues et viagères n°4 concernant les néphrectomisés doubles.
La base du calcul se fera en fonction du coût réel annuel. Le prix du franc de rente à prendre en considération se monte aux $\frac{3}{4}$ de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au règlement d'application pratique (annexe 5).

- prestations continues et viagères N°5 : prestations d'appareillage.

Une première méthode de calcul se base sur un arrêté du 3 décembre 1954 se basant sur le calcul d'une annuité viagère concernant les appareils de prothèse et d'orthopédie. Le calcul de ces frais se réfère à l'article 3 de l'arrêté du 3 décembre 1954.

L'annuité viagère comprend :

* la valeur de la fourniture, des réparations et du renouvellement de l'appareil principal est estimée à 50 % du prix de ce dernier, d'une manière générale. Cette proportion de 50 % est portée à 75 % pour les corsets de cuir et de celluloid, 100 % pour les "petits appareillages" évoqués dans l'arrêté du 7 avril 1948 (par exemple bandages herniaires, ceintures orthopédiques, corsets orthopédiques en tissu armé, genouillères élastiques...).

100 % pour les yeux artificiels,

200 % pour les chaussures orthopédiques,

15 % pour les appareils dentaires

* la valeur des fournitures accessoires, les frais de déplacement des mutilés, les frais d'expédition d'appareils et des frais administratifs remboursés au centre d'appareillage, sont estimés à 50 % du prix de l'appareil principal .

A titre d'exemple, si l'on suit le calcul de l'assiette du recours protocolaire, le coût d'une annuité s'élèvera pour un fauteuil roulant manuel d'un coût à l'achat de 1500 euros à $1500 \text{ euros} \times 50 \% + 750 \text{ euros} \times 50 \% = 1\,125 \text{ euros}$. Le coût annuel sera donc de 1. 125 euros par an. On notera à ce sujet, une discordance avec la réalité économique puisque la prise en charge par la Sécurité Sociale d'un fauteuil roulant manuel est approximativement de 550 euros. L'annuité de la créance de l'organisme de Sécurité Sociale s'élèvera donc à $550 \text{ euros} \times 50 \% + 275 \text{ euros} \times 50 \% = 275 \text{ euros} + 137 \text{ euros } 5 = 412 \text{ euros } 50$.

Ceci contraste avec la dépense réelle annuelle de l'organisme de Sécurité Sociale qui s'élève à 550 euros : 5 ans = 110 euros. L'organisme de Sécurité Sociale obtient donc un remboursement de 412 euros 50 par an alors que la dépense réelle pour cet organisme social est de 110 euros.

Ceci paraîtra d'autant plus curieux que la prise en charge par la Sécurité Sociale de ce fauteuil manuel pour la victime est incomplète.

Une deuxième méthode de calcul est évoquée par LAZARINI dans son ouvrage :

Méthode d'évaluation des frais futurs :

L'auteur base le raisonnement de son calcul de la dépense annuelle, occasionnée par des prothèses ou orthèses et par le fait que la victime a besoin normalement de deux appareils en permanence dont l'un est dit " de secours ".

La durée moyenne d'utilisation est de 5 ans pour les prothèses et de 2 ou 3 ans pour les orthèses.

Cette durée de vie est bien sûr variable d'un utilisateur à un autre en fonction de l'intensité de l'utilisation de l'appareillage. Pendant cette durée de vie moyenne admise de l'appareil, on considère comme indispensable, de procéder à des réparations souvent coûteuses ainsi qu'une maintenance.

Enfin, durant cette même durée de vie, les modifications doivent être apportées souvent à l'appareillage du fait de l'évolution dans le temps du moignon d'amputation.

La durée de vie de l'appareil dit de " secours " est considérée comme le double de la durée de vie de l'appareil standard. Le coût annuel est alors donné par la formule, le coût annuel est égal à : prix de l'appareil neuf utilisé constamment x 20 % + prix de l'appareil de secours x 10 %, ceci dans le cas d'un appareil dont la durée de vie est bien sûr de 5 ans. Ce coût annuel englobe des réparations et la maintenance. Cette formule n'est qu'indicative, il convient pour l'expert de tenir compte de chaque situation particulière.

A titre d'exemple, nous détaillerons le coût par cette méthode d'un fauteuil roulant manuel d'une durée moyenne d'utilisation de 5 ans.

Le coût de cet appareil est estimé à 1500 euros, le coût annuel de cet appareil sera donc de 1500 euros : 5 soit 300 euros.

L'entretien comprend un jeu de pneus et de chambres à air avec un jeu de chaque par an, ainsi qu'un jeu de toiles à changer tous les 3 ans. Le jeu de pneus et de chambres à air est chiffré par an à 50 euros. Le jeu de toiles est chiffré à 72 euros, soit un coût annuel de 72 euros : 3 = un coût annuel de 24 euros.

Il convient d'y rajouter l'achat d'une paire de gants cyclistes à raison de deux par an. La paire de gants coûtant 50 euros, le prix de deux paires de gants cyclistes qui sont utilisés par an est donc de 100 euros.

On aboutit donc à un total d'un coût annuel de $300 + 50 + 50 + 24$ euros = 424 euros .

α7.3. 2. Les prestations occasionnelles décrites dans le tableau B dit des prestations occasionnelles

Elles se définissent par le fait que leur prescription est limitée en nombre ou dans le temps.

- Prestations occasionnelles N°6 : les cures thermales

Le protocole d'accord assurances-organismes sociaux considère les cures thermales comme des frais futurs occasionnels et n'envisage leur caractère viager que de façon exceptionnelle. Les frais futurs de cures thermales incluent :

les honoraires de surveillance médicale,

les soins thermaux éventuels pratiqués par les médecins

les frais de traitement dans l'établissement thermal

sous condition de ressource ou de l'octroi du statut d'affection de longue durée : les

frais de voyage calculés sur la base d'un billet SNCF de 2^{ème} classe, les frais

d'hébergement plafonnés à 150 euros.

- Prestations occasionnelles N°7 : les autres cas mis à part les cures thermales.

* L'ablation du matériel d'ostéosynthèse

D'une manière générale, on considère que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse présente un caractère " certain ou prévisible " lorsque la probabilité, que le matériel d'ostéosynthèse soit enlevé dépasse 50 %. Dans le cas inverse, il faudra alors parler d'une aggravation et non plus d'un frais futur certain ou prévisible.

Les frais concernent la période d'incapacité temporaire totale fixée forfaitairement à 15 jours dans l'annexe 6, la durée de l'hospitalisation engendrée par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

* Les autres traitements occasionnels restent exceptionnels.

α7.3. 3. Tableaux d'évaluation des prestations futures cités dans l'annexe 6 du règlement d'application pratique :

Tableau A : prestations continues et viagères

N°	Nature des prestations (1)	Coût annuel conventionnel en 2009 pour une victime guérie ou consolidée avant le 31-12-2.009		Commentaires
1	Séjour viager en hôpital ou maison de soins	75 % du coût réel annuel à la date du décompte		Ce cas ne peut se cumuler qu'avec le cas n° 5 . L'abattement du quart du coût du séjour correspond à des frais d'hôtellerie
2	Tierce personne (2)	Forfait : pour 8 h/j charges sociales comprises : 27.319 €		Le cas échéant, faire un prorata en fonction du nombre d'heures par l'expert ** .
3	Paraplégiques Hémiplégiques Grands brûlés	N°	Classes de forfaits en euros	Le médecin indique, en justifiant son choix,

	Débiles mentaux	1	305 €	pourquoi il place le blessé dans telle ou telle classe . Lorsque son calcul conduira à un montant intermédiaire,il retiendra la classe de forfait la plus proche . Pour les « autres cas », préciser la nature et le motif de la prestation .
	Diabétiques	2	457	
	Comas prolongés	3	762	
	Tétraplégiques	4	1.524	
	Autres cas	5	2.287	
		6	3.049	
		7	4.573	
		8	6.098	
		9	7.622	
		10	10.671	
		11	13.720	
		12	16.769	
		13	19.818	
		14	22.867	
		15	27.793	
4	Néphrectomisés doubles (2)	Coût réel annuel à la date du décompte		
5	Appareillage (2)	Annuité d'amortissement conformément à l'article 3 de l'arrêté du 3 décembre 1954		Il s'agit uniquement des frais de renouvellement et de réparation.

Tableau B : prestations occasionnelles

6	Cures	Coût réel de la cure à la date du décompte à multiplier par le nombre de cures nécessaires.		
7	Autres cas (3)	Coût réel à la date de décompte à multiplier par le nombre de prestations nécessaires		Préciser la nature et le motif de la prestation.

- Note N°44 du 10 mars 1995

** Note N°6 du 11 juillet 1984

*** Note N°37 du 4 novembre 1993

**** Note N°25 du 23 mars 1989

***** Note N°31 du 14 juin 1991.

α7.4. Règlement des frais futurs

α7.4.1. La procédure du protocole d'accord assurances-organismes sociaux

- En ce qui concerne le paiement de ces frais futurs, une fois qu'ils sont calculés, le protocole d'accord assurances-organismes sociaux en a fixé le type de règlement. Les prestations occasionnelles énumérées au tableau B de cette annexe 6 sont remboursées sous forme d'un capital.

Le remboursement s'effectue sous forme d'une rente dans les autres cas sauf lorsque le capital représentatif des prestations figurant au tableau A de l'annexe 6 ou lorsque le montant total des capitaux A et B figurant au tableau C est inférieur à 150 000 F, lorsque l'une ou l'autre partie en fait la demande. Ce remboursement s'effectue également sous forme d'un capital lorsque ce capital représentatif est supérieur à 150 000 F et que les deux parties tombent d'accord pour le type de ce remboursement immédiat.

La table de capitalisation convertissant la somme annuelle des frais futurs en un capital se base sur une espérance de vie moyenne du grand public et ainsi n'est pas adaptée aux handicapés lourds dont l'espérance de vie peut être considérée comme plus courte.

C'est pourquoi, le protocole d'accord assurances-organismes sociaux prévoit un abattement de l'ordre de 25 %, de 50 % du prix de franc de rente de ce barème de capitalisation afin de tenir compte de cette espérance de vie réduite pour certains handicapés lourds. Il convient de noter que cet abattement forfaitaire adopté par le protocole d'accord assurances-organismes sociaux est théoriquement rejeté par le juge en droit commun.

- Texte du protocole d'accord assurances-organismes sociaux, annexe 6, régissant le paiement des frais futurs

Le recours de l'organisme social, déterminé selon ses propres règles est présenté par celui-ci en capital et à l'aide de l'imprimé de décompte figurant au verso ; pour les prestations continues et viagères, le capital représentatif est évalué par application du barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V).

Le règlement des prestations futures (tierce personne et frais futurs) est effectué par l'assureur dans la limite de l'assiette du recours conventionnel et selon les modalités suivantes :

- en capital lorsque les prestations relèvent exclusivement du tableau B ;
- en capital, si l'une des parties en fait la demande, lorsque le capital représentatif des prestations futures figurant au tableau A ou le montant total des capitaux A et B figurant au tableau C est inférieur à 150 000 francs***;
- en capital, si les deux parties en conviennent, à partir de 150 000 francs de capital*** ;
- en rente dans les autres cas : à cet effet, le capital déterminé par l'organisme social est converti en rente viagère par application du barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V) ; si le montant de l'assiette restant disponible est insuffisant pour assurer le remboursement intégral des arrérages à échoir au

montant atteint au jour de l'accord, ces arrérages seront réduits proportionnellement au montant du capital restant disponible ;

→ en cas de versement d'une rente temporaire et d'une rente viagère, se reporter au C 5.2322 pour la détermination des deux rentes fictives****

Notes :

(1) Aménagements immobiliers : ces prestations d'ordre matériel n'entrent pas dans l'assiette du recours des organismes sociaux.

(2) Les prix de franc de rente à prendre en considération sont :

- pour les comas prolongés, le quart de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V) ;

- pour les tétraplégiques âgés de plus de 45 ans, la moitié de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V) ;

- pour les néphrectomisés doubles, les trois quarts de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V)

(3) En cas d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les frais futurs comprennent 15 indemnités journalières dans la mesure où la victime ouvrirait droit, au jour de l'accident, aux dites indemnités*****.

* Note N°44 du 10 mars 1995

** Note N°6 du 11 juillet 1984

*** Note N°37 du 4 novembre 1993

**** Note N°25 du 23 mars 1989

***** Note N°31 du 14 juin 1991.

α7.4.2.Feuille de décompte des frais futurs pour les victimes consolidées entre le 1-1-2009 et le 31-12-2009 (annexe 6 du règlement d'application pratique du protocole d'accord assurances-organismes sociaux)

Tableau A : prestations continues et viagères

N°	Nature des prestations (1)	Coût annuel conventionnel en 2009 pour une victime guérie ou consolidée avant le 31-12-2.009	Commentaires
1	Séjour viager en hôpital ou maison de soins	75 % du coût réel annuel à la date du décompte	Ce cas ne peut se cumuler qu'avec le cas n° 5 . L'abattement du quart du coût du séjour correspond à des frais d'hôtellerie
2	Tierce personne (2)	Forfait : pour 8 h/j charges sociales comprises : 27.319 €	Le cas échéant, faire un prorata en fonction du nombre d'heures par l'expert ** .

3	Paraplégiques	N°	Classes de forfaits en euros	Le médecin indique, en justifiant son choix, pourquoi il place le blessé dans telle ou telle classe . Lorsque son calcul conduira à un montant intermédiaire, il retiendra la classe de forfait la plus proche . Pour les « autres cas », préciser la nature et le motif de la prestation .
	Hémiplégiques			
	Grands brûlés			
	Débiles mentaux	1	305 €	
	Diabétiques	2	457	
	Comas prolongés	3	762	
	Tétraplégiques	4	1.524	
	Autres cas	5	2.287	
		6	3.049	
		7	4.573	
		8	6.098	
		9	7.622	
		10	10.671	
		11	13.720	
		12	16.769	
4	Néphrectomisés doubles (2)	13	19.818	
		14	22.867	
		15	27.793	
5	Appareillage (2)	Annuité d'amortissement conformément à l'article 3 de l'arrêté du 3 décembre 1954	Il s'agit uniquement des frais de renouvellement et de réparation.	

Tableau B : prestations occasionnelles

6	Cures	Coût réel de la cure à la date du décompte à multiplier par le nombre de cures nécessaires.	
7	Autres cas (3)	Coût réel à la date de décompte à multiplier par le nombre de prestations nécessaires	Préciser la nature et le motif de la prestation.

- Note N°44 du 10 mars 1995
- ** Note N°6 du 11 juillet 1984
- *** Note N°37 du 4 novembre 1993
- **** Note N°25 du 23 mars 1989
- ***** Note N°31 du 14 juin 1991.

Tableau C : ensemble des frais futurs

Montant des
capitaux A et B

Montant de la
recette globale (2)
(franc de rente au
jour du décompte)

Barème de
capitalisation
(annexe 5 V)

(1) Les prix de franc de rente à prendre en considération sont :

- pour les comas prolongés, le quart de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V) ;
- pour les tétraplégiques âgés de plus de 45 ans, la moitié de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V) ;
- pour les néphrectomisés doubles, les trois quarts de celui indiqué par le barème de capitalisation annexé au RAP (annexe 5V)

(2) La rente globale est ajoutée aux rentes et pensions déterminées au titre de l'I.P.P.

(3) En cas d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les frais futurs comprennent 15 indemnités journalières dans la mesure où la victime ouvrirait droit, au jour de l'accident, aux dites indemnités***.

* Note N°44 du 10 mars 1995

** Note N°25 du 23 mars 1989

*** Note N°31 du 14 juin 1991.

α7.5. Remboursement des frais futurs en droit commun

Les frais futurs font en général l'objet d'une capitalisation puis ensuite sont remboursés sous forme d'une rente annuelle.

Une autre solution consisterait non pas à capitaliser le coût annuel des frais futurs mais à multiplier le montant de ce coût annuel des frais futurs par le nombre d'années de l'espérance de vie estimée lorsqu'elle est considérée comme réduite pour des handicapés lourds. Mais l'inconvénient de cette méthode réside dans le fait qu'elle ne prend pas en compte le taux d'intérêt servi en contrepartie du placement du capital, ce qui réduit d'autant le montant de ce dernier capital .

α7.6. Exemple : calcul des frais futurs moyens d'un paraplégique

La paraplégie se définit par une paralysie des membres inférieurs, une perte du contrôle des sphincters anaux et urinaires, des troubles génitaux, tandis que la fonction des membres supérieurs et les fonctions intellectuelles restent intactes. Le handicap se traduit par une perturbation du mode de vie nécessitant l'emploi d'un fauteuil roulant, d'appareillages divers ainsi que des aménagements du logement et de la voiture. Les chiffres suivants restent indicatifs bien sûr et sujets à discussion en fonction du retentissement de la paralysie et de l'importance de cette dernière.

En ce qui concerne le séjour viager en hôpital comptabilisé au titre du tableau A des prestations continues et viagères, alinéa N°1, on considère acceptable une moyenne de 5 à 7 jours par an.

En ce qui concerne les frais de tierce personne comptabilisés au titre du tableau A des prestations continues et viagères, alinéa N°2, on estime entre 0 à 2 heures par jour la durée nécessaire d'une tierce personne active.

En ce qui concerne les frais médico - pharmaceutiques sauf les frais d'appareillages comptabilisés au titre du tableau A des prestations continues et viagères alinéa N°3, on distinguera :

→ les actes médicaux proprement dit comptabilisés en moyenne à hauteur de 1 consultation d'un médecin généraliste par mois, une consultation d'un médecin spécialiste par an.

→ les autres actes se subdivisant en :

actes para-médicaux :

des séances de kinésithérapie : 20 séances par an.

Des séances de soins infirmiers : entre 0 à 2 par jour.

Des actes d'examens biologiques prescrits par le médecin : à savoir en particulier des examens urinaires prescrits entre 1 à 4 fois par an.

→ des médicaments prescrits en particulier des antibiotiques en moyenne une semaine à 3 semaines par an et des décontracturants en moyenne une semaine par an.

Les frais d'appareillage comptabilisés au titre du tableau A des prestations continues et viagères, alinéa N°5, incluent les frais d'acquisition et d'entretien :

→ d'un fauteuil roulant manuel avec un coussin à alvéoles gonflables dit de classe 2.

→ un appareil de verticalisation permettant au malade de se mettre debout un lit à hauteur variable

→ un matelas en mousse de classe 1a,

→ des soins urinaires à titre de 6 par jour pour assurer l'évacuation urinaire, soit par des auto sondages effectués par le patient, soit par des hétéro-sondages effectués par un auxiliaire médical de type infirmière.

β. Les autres frais engagés

β.1. Les honoraires du (ou des, s'il y a des spécialistes) médecin (s) conseil (s) de la victime

L'assistance d'un médecin conseil de la victime est particulièrement requise lors de l'expertise médicale.

β. 2. Les honoraires d'avocats

Ces frais peuvent peser lourdement sur le budget de la victime, notamment par la pratique des " honoraires du résultat " qui amputent l'indemnisation de la victime d'un

pourcentage calculé (souvent 10 %, voire 15 % et plus) par rapport au montant de l'indemnisation. Ces dépenses représentent une conséquence de l'accident et doivent être prises en compte dans le calcul de l'indemnisation.

β.3 . Les frais de transport

Le coût ou le surcoût des frais de transport non motivés pour la réalisation de soins pendant la maladie traumatique sont imputables à l'accident .

L'adaptation des véhicules de transport du handicapé est un poste de préjudice maintenant bien admis. Le surcoût de renouvellement du véhicule et de son entretien doivent être pris en compte.

Le handicap peut également induire des surcoûts en frais de transport (taxis, avions...) compte tenu des difficultés d'accessibilité des transports en commun (métro) et de la fatigabilité induite par le handicap.

Il convient d'inclure les frais de transport motivés par les expertises, les convocations aux tribunaux, les consultations d'avocats, de médecins de recours .

β.4. Les dépenses de compensation des activités non-professionnelles

Les dépenses de compensation des activités non professionnelles se définissent comme les dépenses nécessitées par la réalisation d'activités qui ne peuvent pas être réalisées normalement par la victime pendant la maladie traumatique (ex : garde des enfants, soins ménagers, etc...) . Ce poste de préjudice se situe à la limite de l'incapacité temporaire traitée ci-dessous .

β.5. Les frais de logement adapté

Les frais de logement adapté se définissent comme les frais visant à assurer un logement adéquat à la victime, après la consolidation. Cependant, il est utile et nécessaire que ces frais soient déjà engagés pendant la maladie traumatique, afin que le retour de la personne handicapée au domicile, après la phase de rééducation, se passe dans les meilleures conditions possibles.

Ce poste de préjudice concerne non seulement l'aménagement du domicile préexistant, mais éventuellement l'acquisition d'un domicile mieux adapté, et la prise en compte du surcoût imputable au handicap (par exemple : frais d'ascenseur, ...) .

γ. L'incapacité temporaire

γ.1. Définitions

Pendant la période allant de l'accident à la guérison, à la consolidation de la blessure la victime ne peut habituellement exercer ses activités antérieures de façon normale (activités professionnelles et personnelles) .

L'incapacité temporaire peut être totale (ITT) ou partielle (ITP) .

Dans ce dernier cas la victime reprend partiellement ses activités .

L'incapacité temporaire correspond à la perte ou à la diminution de l'autonomie. Elle se définit par l'état dans lequel se trouve la victime d'un accident qui ne peut plus poursuivre temporairement ses activités. Elle se distingue ainsi de l'invalidité partielle permanente (IPP) qui se définit par une diminution de la capacité physiologique

d'un sujet en raison des séquelles qu'il présente dans les suites d'un accident. En droit commun, on distingue deux types d'incapacité temporaire en fonction de leur importance : l'incapacité temporaire totale, l'incapacité temporaire partielle.

Le terme d'incapacité temporaire totale (ITT) est à préférer au terme d'incapacité temporaire de travail car ce dernier terme suppose que le blessé exerce une activité professionnelle, ce qui n'est pas toujours le cas.

En effet, les blessés peuvent très bien ne pas avoir d'activité professionnelle comme on le verra plus tard ou peuvent être éventuellement en arrêt de travail, en maladie ou en accident de travail au moment de leur accident .

Au sein de ces incapacités temporaires totales on distingue deux sous types : l'Incapacité Temporaire Totale Personnelle (ITT Personnelle) et l'Incapacité Temporaire Totale Professionnelle (ITT Professionnelle).

L'ITT personnelle se définit par la période où le blessé présente un arrêt complet des activités personnelles, elle est encore appelée ITT fonctionnelle. Il s'agit de la période correspondant à la perte de l'autonomie pendant laquelle la victime doit avoir recours à son entourage pour les actes élémentaires de la vie (par exemple alimentation, toilette, habillement). Elle couvre essentiellement la période d'hospitalisation et de convalescence, où nous le répétons, le blessé est victime d'une perte d'autonomie. Cette ITT personnelle est appréciée de façon identique pour tous les blessés quelque soit leur statut social (exerçant une activité professionnelle ou pas) . En effet, elle est indépendante de l'activité professionnelle du blessé. L'ITT est égale à cette ITT personnelle lorsque le blessé est inactif ou n'exerce pas de profession habituelle rémunérée comme telle.

L'ITT professionnelle se définit par la durée de l'arrêt de travail justifiée médicalement. Cette ITT professionnelle ne concerne donc que des sujets exerçant une activité professionnelle reconnue et rémunérée comme telle. Cette durée d'ITT professionnelle varie en fonction des activités professionnelles du blessé.

Lorsqu'il s'agit d'un sujet actif du point de vue professionnel, cette ITT professionnelle englobe l'ITT personnelle. L'expert, peut s'aider, pour fixer la durée de l'ITT professionnelle, outre de son expérience personnelle, de l'ouvrage : " Barème indicatif des arrêts de travail en traumatologie ", 32 pages, écrit et édité en 1998 par le docteur Valette, expert près la Cour d'appel d'Orléans, 135 rue de l'Ermitage, 37100 Tours .

L'incapacité temporaire partielle se définit par la période pendant laquelle l'intéressé est en incapacité de reprendre intégralement son activité habituelle quelle qu'elle soit mais pendant laquelle il est par contre susceptible de la reprendre partiellement.

L'incapacité temporaire partielle considère la période pendant laquelle la victime sans être en incapacité temporaire totale, ne peut pas reprendre de façon totale son activité professionnelle antérieure, elle serait alors obligée d'effectuer une activité professionnelle à temps partiel. Dans ce cas, pour cette période elle également indemnisée. La base de calcul est la même que celle adaptée pour l'incapacité temporaire totale.

On évaluera cette période d'incapacité temporaire partielle (ITP) en pourcentage. Si le sujet est considéré comme inactif professionnellement (retraité, sans profession, enfant, étudiant) on parlera d'une ITP personnelle et pour les sujets considérés comme actifs du point de vue professionnel d'une incapacité temporaire partielle professionnelle. L'ITP personnelle se définit par la période s'écoulant entre le moment où la victime cesse sa période de convalescence en restant à son domicile jusqu'au moment où elle peut reprendre l'ensemble de ses activités

personnelles, avec nécessité de se faire assister par un proche ou un aide ménagère. Cette ITP personnelle sera donc appréciée par sa durée ainsi que par les besoins d'assistance du blessé. L'ITP professionnelle se définit par la période pendant laquelle le blessé est susceptible de reprendre son activité professionnelle seulement en partie . Cette ITP professionnelle s'arrête lorsque ce blessé est capable de reprendre son travail intégralement . Le corollaire de cette ITP professionnelle est une diminution de revenus . Certains auteurs réunissent l'ITT professionnelle et l'ITP professionnelle sous le terme d'Incidence Professionnelle Temporaire (IPT) .

y.2. Le calcul de l'indemnisation des périodes d'indemnisation d'ITT et d'ITP

Le mode de calcul se base sur le fait que la victime a droit au remboursement des sommes dont elle a été privée, du fait de l'accident, pendant toute la durée de son incapacité temporaire totale ou partielle. La victime est alors en droit de réclamer à l'auteur de l'accident, responsable de cet accident, le remboursement de telles sommes. Il s'agit d'obtenir une compensation de la diminution des ressources . Si la victime exerce une activité professionnelle, l'indemnisation de son préjudice consiste à compenser la perte pécuniaire qui résulte d'une diminution des gains. Cette indemnisation visera à maintenir son revenu. L'évaluation doit s'effectuer in concreto, par la preuve des pertes de revenus subies jusqu'au jour du règlement.

Elle sera donc égale à la différence entre les sommes reçues de la sécurité sociale (indemnités journalières de maladie pour un salarié) ou d'un autre organisme (assurance privée), éventuellement de son employeur et celles que la victime aurait dû normalement percevoir si elle avait travaillé.

Ainsi, si l'indemnité versée par l'employeur a pour but de maintenir le niveau de rémunération qui était celui de la victime avant son accident, cette dernière ne pourra prétendre à aucune autre indemnité au titre de l'incapacité temporaire. C'est pourquoi il importe pour la victime d'apporter la preuve de la perte du salaire en produisant ses bulletins de paie.

Le salarié se verra rembourser la perte de son salaire net. Le salarié perçoit comme indemnisation la différence entre le salaire qu'il aurait dû percevoir pendant la durée de l'ITT et les indemnités qu'il a reçues de l'organisme social . En cas de fixation d'une période d'ITP, le calcul est identique lorsque le travail a été repris partiellement dans la cas d'un mi-temps thérapeutique. Dans ce cas le salarié perçoit grâce à l'assureur le complément de son salaire à titre d'indemnisation .

Le calcul est plus compliqué si la victime a repris son travail à temps plein . Le magistrat évalue alors en général l'indemnisation en se basant sur le salaire net réel réduit en fonction du taux d'ITP retenu par l'expert. On remarquera alors que l'indemnité perçue par la victime dans ce dernier cas sera parfois plus forte pendant l'ITP que pendant l'ITT.

Pour les commerçants ou les professions libérales, la preuve des pertes de gain n'est pas rapportée par des documents fournis par l'employeur mais par des pièces fiscales. Si la victime n'est pas salariée, elle devra produire des documents comptables et éventuellement ses déclarations fiscales. Une expertise est souvent nécessaire alors pour le calcul exact du manque à gagner. En cas d'ITP le calcul est identique à celui effectué pour le salarié.

Pour la mère de famille qui exerce une activité professionnelle à l'extérieur le calcul est identique à celui fait ci-dessus mais on rajoute parfois une indemnité

supplémentaire pour pallier à la garde des enfants ou à une aide ménagère. Cette indemnité est en général forfaitaire.

Pour la mère au foyer, si la victime n'embauche pas une aide extérieure et que son entourage assure le travail qu'elle ne pouvait effectuer, l'ITT est indemnisée en général sur la base du SMIC. Ce raisonnement est basé sur le fait qu'une mère au foyer effectue un travail et que tout travail mérite salaire. En cas d'ITP on applique alors le pourcentage d'ITP au revenu de référence c'est-à-dire ici le SMIC. On peut aussi calculer dans le cas de la femme au foyer, le coût de l'aide ménagère et familiale rendu nécessaire par l'indisponibilité de la femme au foyer pendant cette période d'incapacité temporaire. Il convient donc de calculer dans le cas de la femme au foyer, le coût de l'aide ménagère et familiale rendu nécessaire par l'indisponibilité de la femme au foyer pendant cette période d'incapacité temporaire.

Pour l'étudiant l'indemnisation pour l'ITT ou l'ITP se fait par une indemnité forfaitaire en général faisant référence au SMIC.

Si l'accident entraîne un redoublement prouvé et imputable, l'étudiant pourra alors bénéficier du remboursement du coût financier d'une année scolaire ou universitaire. Les jeunes dont la formation était déjà avancée peuvent obtenir une indemnisation s'ils prouvent qu'ils ont perdu une chance sérieuse d'exercer une activité déterminée. Pour le retraité en ce qui concerne l'ITT et l'ITP, il bénéficie d'une indemnité calculée de façon forfaitaire en général à partir d'un revenu de référence voisin du SMIC.

Pour le demandeur d'emploi il en est de même. Toutefois il est possible d'effectuer une indemnisation in concreto à partir des indemnités d'ASSEDIC et des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale.

- l'aide d'une tierce personne.

Dans certains cas, la victime présente une perte d'autonomie et ainsi se trouve dans l'impossibilité d'effectuer seule certaines activités quotidiennes comme se déplacer, ou faire sa toilette, etc...

Les frais d'assistance sont alors pris en charge. Ces frais d'assistance sont parfois réduits lorsque les victimes bénéficient de l'aide de ses proches.

Le médecin expert décrira alors très concrètement les conséquences de l'accident sur la vie de la victime et les aides techniques susceptibles d'éviter ou de limiter le recours à cette tierce personne.

δ. L'incapacité permanente

δ.1. Définition de l'I.P.P.

Elle se définit comme une diminution des possibilités de l'individu résultant d'un dommage définitif qui persiste.

L'incapacité permanente (ou IPP) se définit comme " la réduction de potentiel physique psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu, après consolidation de l'état de ses blessures " (Confère Léon

Derobert : L'estimation des incapacités permanentes susceptibles d'évolution [amélioration ou aggravation] Revue générale des assurances terrestres, 1963, tome 34, pages 386 – 409; Responsabilité de la Puissance publique, Conclusions de Mme Latournerie, commissaire du gouvernement au Conseil d'Etat, Recueil des décisions du Conseil d'Etat, éditions Sirey, Année 1977, Marie, 13 mai 1977, section.

94.846, p 221 - 224; Arrêt du Conseil d'Etat du 13 mai 1977, Marie, Recueil Dalloz Sirey, 1978, 1^{er} Cahier, jurisprudence, p 477 – 483).

Elle peut aussi se définir comme " la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel dont reste atteinte une victime" (voir bulletin de l'AREDOC : Association pour l'étude de la Réparation du Dommage Corporel, N° spécial février 1995 p.25; Max Le Roy : l'évaluation du préjudice corporel : éditions Litec, Paris, 15^{ème} édition, 2000, n° 42, p 31) .

On distingue en fait dans l'incapacité permanente une incapacité physiologique (ou fonctionnelle) et une incapacité économique (ou professionnelle). L'incapacité physiologique et fonctionnelle consiste en l'atteinte à l'intégrité physique et aux conditions d'existence de la victime. L'incapacité économique ou professionnelle mesure pour chaque personne la répercussion sur sa fonction ou son emploi. (abandon d'une profession, reconversion qui même si elle n'entraîne pas une perte de revenu constitue un préjudice professionnel).

Nous rappelons que l'incapacité permanente partielle (IPP) est une réduction de potentiel physique, psychosensorielle ou intellectuelle dont reste atteinte une victime. Cette incapacité partielle, permanente peut avoir des conséquences socio-économiques .

Elle se définit comme le déficit fonctionnel séquellaire ou déficit fonctionnel permanent. Cette IPP quantifie le déficit physiologique c'est-à-dire l'incapacité fonctionnelle. Ici, le terme incapacité est pris au sens du retentissement fonctionnel d'une infirmité.

L'incapacité permanente correspond au degré d'invalidité dont reste atteint la victime une fois que son état de santé est consolidé, c'est-à-dire lorsque son état pathologique n'est plus susceptible d'évolution.

Cette IPP est toujours appréciée après consolidation.

La consolidation se définit par l'état résultant du moment à partir duquel l'amélioration s'étant achevée, les séquelles sont stabilisées ou bien, ne s'atténuent que très lentement et d'une façon très limitée.

δ.2. Le Taux d'I.P.P.

L'incapacité exprimée en pourcentage se voit appréciée par un taux d'incapacité qui correspond à la diminution physique permanente ayant pour origine l'accident.

L'incapacité par contre ne tient pas compte des incidences économiques.

L'incapacité peut être totale (incapacité permanente totale: IPT) ou partielle (incapacité permanente partielle : IPP).

Un médecin expert détermine le taux d'incapacité fonctionnelle en suivant le barème intitulé " Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun " publié par le Concours Médical en 1991.

Ce barème n'est qu'indicatif c'est-à-dire que dans certaines situations particulières l'expert peut décider d'appliquer un taux spécial, par exemple, il peut estimer que le taux prévu pour l'amputation de l'index du côté dominant de 7% est insuffisant pour un chirurgien.

La perte de capacité physiologique fonctionnelle n'est pas toujours proportionnelle à la perte de capacité professionnelle.

Il convient de souligner que l'expert parfois doit se référer à un barème annexé au contrat d'assurance que la victime souscrit dans certains cas.

δ.3. Le cas des infirmités multiples.

δ.3. 1 Définition

On définit les infirmités multiples comme des infirmités résultant d'un même accident et qui atteignent des membres, des segments de membres, des organes différents du corps humain, ou des appareils fonctionnels différents.

Les infirmités multiples sont donc des infirmités résultant d'un même accident mais ne portant pas sur des mêmes fonctions . Les diverses séquelles d'une même lésion ne sont pas considérées comme des infirmités multiples . Par exemple, une lésion d'un membre et d'un œil constituent des infirmités multiples tandis que les différentes séquelles d'une fracture de jambe (raideur, laxité, amyotrophie, troubles vasculaires ...) ne constituent qu'une simple infirmité et non des infirmités multiples .

δ.3. 2. Infirmités multiples avec des lésions intéressant des organes différents mais associés à la même fonction

- Il peut s'agir, par exemple, des deux yeux .

Certains barèmes font mention du taux additif pour certaines infirmités (par exemple, taux d'IPP de 100 % pour atteinte totale des deux yeux dans le barème des accidents du travail) .

- Le barème des accidents du travail de 1939 conseille de procéder par analogie. Par exemple la perte de deux index pourrait être évaluée en partant du taux indiqué par la perte d'un seul index et en comparant avec les taux donnés par le barème pour la perte d'un pouce et la perte de deux pouces.

- Pour deux lésions, dont une sur chaque membre inférieur, le professeur Balthazard partait du principe de l'existence d'une valeur synergique intrinsèque à chaque membre inférieur .

Pour le professeur Balthazard, dans le taux d'incapacité attribué à la perte d'un membre inférieur, intervient la disparition d'une action synergique, nécessitant l'intégrité des deux membres pour la marche, l'accroupissement, etc. Cette valeur synergique est plus considérable pour les membres inférieurs, constamment associés dans leur action, que pour les membres supérieurs, chacun de ceux-ci gardant une valeur propre importante après la disparition de l'autre. Il évaluait à moitié la valeur propre d'un membre inférieur, à moitié la valeur synergique.

Si donc deux lésions existent sur les deux membres inférieurs, on obtiendra l'incapacité globale en additionnant les deux incapacités partielles et en retranchant de la somme la moitié de l'incapacité la plus faible.

Ainsi, chez un individu qui a subi d'un côté l'amputation de la jambe ($t_1 = 55\%$ soit $0,55$), de l'autre côté, une désarticulation médio-tarsienne de Chopart ($t_2 = 35\%$ soit $0,35$), l'incapacité globale sera obtenue en additionnant ($0,55 + 0,35$) et en retranchant la moitié de $0,35$ c'est à dire la part d'action synergique déjà incluse dans le taux d'incapacité attribué à l'amputation de la jambe . On obtient ainsi $0,725$ soit $72,5\%$.

Chez un amputé de la cuisse (taux d'IPP de 75 %), la perte du gros orteil à l'autre membre (taux d'IPP de 12 %) entraînerait une incapacité globale de $0,75 + 0,12$ soit $0,87 - 0,06$ part d'action synergique revenant au gros orteil et déjà comptée dans le taux alloué pour l'amputation de la cuisse, si bien que la valeur est de $0,81$ soit 81 % , etc.

En pratique, le docteur Padovani (Barème des accidents du travail et des maladies professionnelles, Paris, Editions Lamarre, 1992) propose de procéder un peu différemment en appliquant le calcul des infirmités multiples et en ajoutant, si l'état physiologique consécutif aux deux mutilations symétriques l'exige un coefficient de synergie qui lorsque l'aggravation de l'incapacité est importante, peut-être assez élevé sans toutefois arriver à dépasser le chiffre que donnerait l'addition pure et simple des deux infirmités.

Dans certains cas, par contre, le fait de la symétrie des lésions n'ajoute aucun supplément d'invalidité et il n'y a pas de coefficient de synergie à ajouter au chiffre résultant du calcul des infirmités multiples.

- Pour les lésions multiples touchant l'étage crânio-facial, on peut s'inspirer du Barème des accidents du travail de 1982 : " Les divers reliquats d'une même lésion ne sont pas considérées comme des infirmités multiples " . On additionne les taux des différentes infirmités consécutives au même traumatisme crânien. Ainsi, après un traumatisme fronto-pariétal droit ayant entraîné : perte de substance crânienne, hémiparésie gauche, vertiges labyrinthiques, bourdonnements d'oreille, tous les taux d'IPP s'additionnent.

Si chez un sujet, on note, après un traumatisme crânien, des troubles oculaires ou des troubles vertigineux d'origine vestibulaire, un syndrome commotionnel, les taux s'additionnent, car ces divers reliquats résultent d'une même lésion.

Par contre, si en même temps que le traumatisme crânien a déterminé des troubles vertigineux, un syndrome commotionnel dont les troubles s'additionnent, une autre lésion a détruit directement le globe oculaire, la cécité qui en résulte ne s'additionne pas simplement mais subit le calcul des invalidités multiples.

De même, les conséquences des lésions faciales par traumatisme concomitant (enfoncement du malaire, fracture du maxillaire inférieur associés à un traumatisme crânien dans le même accident) s'additionnent par la règle des infirmités multiples.

§ 3. 3. Lésions intéressant, soit des organes ou des membres différents et des fonctions distinctes, soit différents segments d'un même membre (par exemple lésions intéressant un bras et une jambe ou bien intéressant le coude et le poignet du même bras)

Pour déterminer le taux d'incapacité global, on utilise la règle dite de Balthazard. On classera les incapacités par ordre décroissant de grandeur c'est-à-dire que cet ordre prendra en considération successivement tout d'abord une première incapacité qui présente le taux d'IPP le plus important par exemple 40 % ensuite une deuxième incapacité avec un taux d'IPP moins important par exemple 30 %. On calculera ensuite " l'incapacité qui suit aux dépens de la capacité restante de la précédente ". On estimera en premier lieu l'une des incapacités, le taux ainsi fixé sera retranché de 100 qui représente la capacité totale. On obtiendra ainsi la capacité restante. L'infirmité suivante sera estimée c'est-à-dire puis ensuite rapportée non pas à la capacité totale mais à la capacité restante.

On obtiendra ainsi le taux correspondant à la deuxième séquelle, l'incapacité globale résultera de la somme des taux ainsi calculés. Ces incapacités globales seront les mêmes quel que soit l'ordre de prise en compte des infirmités.

Exemple : une lésion numéro 1 entraîne une incapacité de 40 %, la capacité restante est donc de 60 %. Une lésion numéro 2 entraîne une incapacité chiffrable selon le même barème à 30 %. L'incapacité due pour cette deuxième lésion sera à 30 % de 60 % (d'incapacité restante) soit 18 %.

L'incapacité globale sera donc de $40 \% + 18 \% = 58 \%$ et ainsi de suite.

Dans ce même exemple si par ordre de calcul on considère que la lésion numéro 1 entraîne une incapacité de 30 % et que la lésion numéro 2 entraîne une incapacité de 40 %, on aboutira au calcul suivant : l'incapacité restante après déduction de la lésion numéro 1 est de 70 %, la lésion numéro 2 entraînera alors une incapacité de $40 \% \times 70 \%$ soit 28 %. L'incapacité globale sera donc de $30 \% + 28 \% = 58 \%$.

On voit ainsi que l'infirmité globale est inférieure à ce que l'on aurait calculé, si on avait ajouté simplement le taux réel de chacune de ces infirmités.

L'application de cette règle de Balthazard permet de ne pas dépasser un taux d'IPP global de 100 %. En effet, l'addition arithmétique de plusieurs taux assez importants risque d'attribuer un taux de 100 %, voire plus de 100 % à un blessé qui conserve pourtant des capacités professionnelles évidentes .

Dans le même ordre d'idées, l'addition arithmétique de plusieurs taux assez importants pour des lésions touchant un même membre risque d'attribuer un taux dépassant le taux indemnisant l'amputation de ce même membre .

Exemple d'une victime associant :

- fracture bi malléolaire de la jambe droite : 35 %
- fracture de la hanche droite avec raideur de hanche droite : 45 %
- douleurs associées : 10 %

Total = 90 % alors que le membre inférieur existe et qu'il reste encore partiellement utilisable, et que l'amputation complète ne donne qu'un taux de 75 %...

Cette règle de Balthazard n'a qu'un caractère indicatif et l'expert n'est pas tenu à la suivre .

δ.4. Cas des infirmités touchant des organes ou des structures différentes du corps humains mais considérées comme synergiques.

- L'atteinte de différentes structures qui nécessitent entre elles une nécessaire synergie pour un fonctionnement correct constitue un argument pour additionner les taux d'IPP sans utiliser la règle de la capacité restante dite de Balthazard. Ceci peut s'appliquer par exemple dans le cas de plusieurs atteintes dans un même membre supérieur dans le cadre du droit commun mais même dans ce cas il convient de signaler qu'il existe un taux maximal d'incapacité d'un membre supérieur qui ne peut pas dépasser un taux global de perte de fonction estimé en général à 60 % du côté dominant et 50 % du côté non dominant . Le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail paru aux annexes I et II du livre IV du code de la Sécurité sociale, dans son chapitre préliminaire, sous – chapitre II : Mode de calcul du taux médical, Paragraphe 2 : infirmités multiples résultant d'un même accident, stipule bien que lorsque les lésions portent sur des membres différents intéressant une même fonction, les taux estimés doivent s'ajouter. Il paraît logique de considérer que, à la rare exception d'une causalgie grave, le taux d'amputation totale du membre

constitue le taux maximal d'IPP pouvant être atteint par l'ensemble des infirmités réunies sur le même membre .

- Dans certains cas on peut même ajouter un coefficient de synergie en pourcentage à la somme de taux d'incapacité touchant par exemple deux membres supérieurs. Ceci se rencontre particulièrement par les séquelles bilatérales des membres supérieurs ou l'on considère qu'une activité de préhension pour certains gestes est bi manuelle. On peut alors faire intervenir plusieurs calculs .

- Ce coefficient de synergie peut-être égal au dixième de la somme des deux taux d'incapacité d'IPP pour obtenir un taux global : $X + Y + (X + Y / 10) =$ taux global d'IPP.

- Une deuxième méthode consiste à fixer ce coefficient de synergie comme étant égal au cinquième du taux d'IPP le plus faible en l'ajoutant à la somme des deux taux d'IPP. On aboutit ainsi au calcul $X + Y + (Y / 5) =$ taux global d'IPP en postulant que X est supérieur à Y. Dans le cadre de ce calcul le taux global d'IPP ne peut pas dépasser le taux de perte globale de la fonction de préhension qui est par exemple de 90 % pour les deux membres supérieurs. La règle du coefficient de synergie est en fait surtout appliquée dans le cadre de la législation des accidents du travail. A titre d'exemple dans le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail paru aux annexes I et II du livre IV du Code de la Sécurité sociale, deuxième partie – Décrets en Conseil d'Etat, l'amputation totale de trois phalanges d'un index du côté dominant est cotée à 14 %, du côté non dominant à 12 %. En suivant la règle des coefficients de synergie on arrive à un taux global de 29 %.

- Une troisième méthode consiste à fixer un intervalle de valeurs pour ce coefficient de synergie .

Ainsi, Padovani, dans son ouvrage Barème des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour les amputations des doigts multiples, propose d'additionner les taux correspondant aux amputations de chaque doigt considéré isolément, puis d'ajouter un taux en % de 1 à 5, pour les troubles de synergie, compte tenu de la valeur ouvrière particulière des doigts ou segments de doigts amputés et de l'importance de chaque taux individuel additionné .

Par exemple, dans le cas de l'amputation de deux phalanges à l'index et au médium, le taux d'IPP pourrait être de 8 % (pour l'index) + 7 % (pour le médium) + 4 % (taux de synergie) .

δ.5. L'état antérieur

- L'état antérieur se définit comme toute prédisposition ou toute affection pathologique connue ou non, congénitale ou acquise, consécutive à une maladie ou à un accident que présente un individu au moment où survient le dommage corporel, le sinistre.

L'interprétation de cette notion au cours d'une expertise est capitale du fait que la réparation d'un dommage doit évaluer l'intégralité du préjudice mais sans jamais dépasser celui-ci, de sorte que l'on doit évaluer la modification apparue dans l'état séquentiel par rapport à l'état antérieur et en rapport exclusif avec le sinistre. Cet état antérieur se voit donc souvent invoqué par la partie adverse de la victime pour diminuer le montant de l'indemnisation d'un dommage corporel.

- Le rôle de l'expert sera de faire la part entre l'évolution des séquelles propres à l'accident et l'évolution des séquelles propres à l'état antérieur. Ceci conduit à analyser les interférences possibles entre un état pathologique antérieur et les séquelles d'un accident :

- l'interaction peut être nulle (par exemple, une personne présentant des antécédents d'un adénome de la prostate et qui est victime d'une fracture de cheville). L'état antérieur n'influence alors en aucune manière les séquelles de l'accident. On parle alors de cumul des séquelles de l'accident et de l'état antérieur . Il peut y avoir au contraire une interaction.
- l'état antérieur peut aggraver les conséquences de l'accident (exemple d'une plaie cutanée à la cheville et qui cicatrice mal du fait d'une artérite des membres inférieurs : la guérison de cette plaie durera beaucoup plus longtemps que normalement) .
- l'accident peut aggraver l'état antérieur (une fracture de jambe déplacée comprimant une artère pouvant aggraver une artérite des membres inférieurs) . Cette notion d'aggravation de l'état antérieur sous entend que cet état antérieur est patent (c'est-à-dire entraînant une vie anormale avant l'accident avec une incapacité déjà à cet époque) et stable . L'accident peut également interagir avec l'état antérieur sous des formes plus subtiles.
- on parle d'une décompensation de l'état antérieur par l'accident lorsque que la personne intéressée menait une vie normale avant cet accident, avec un état antérieur stable, que l'état antérieur soit latent cliniquement ou qu'il soit connu, mais dans ce dernier cas, sans incapacité .
- on parle de l'accélération d'un état antérieur lorsque cet état antérieur est patent (c'est-à-dire connu entraînant une vie anormale avec une incapacité) et que cet état antérieur est considéré comme évolutif (il présente une évolution inéluctable, incurable) . Dans ce cas, il peut y avoir ce que l'on appelle accélération de l'évolution.
- il peut y avoir enfin révélation d'un état antérieur, il s'agit alors d'un état antérieur latent (c'est-à-dire d'un état antérieur jusque là méconnu du patient) et évolutif , par exemple hypercholestérolémie .

Les connaissances de ces notions se révèlent importantes dans le calcul de la réparation qui comporte non seulement l'indemnisation des séquelles propres à l'accident mais également l'indemnisation de l'aggravation des séquelles par l'état antérieur et l'aggravation de l'état antérieur par les séquelles. On devra déterminer le partage de causalité entre les séquelles propres à l'accident et celles qui reviennent à l'état antérieur. Enfin, il convient de signaler que l'état antérieur peut être aggravé par l'accident soit momentanément soit en permanence par cet accident et que cet état antérieur peut évoluer pour son propre compte du fait de cet accident. A l'inverse ne sera pas pris en compte au titre de l'accident l'état antérieur lui-même et les conséquences de son évolution classique " normale " telle qu'elle aurait pu se dérouler en dehors de ce traumatisme c'est-à-dire d'une manière autonome sans l'accident.

La prise en compte de cet état antérieur dans l'indemnisation d'un sinistre peut déjà intervenir dans le cadre du calcul de l'incapacité temporaire totale (ITT) qui peut être prolongée par cet état antérieur. Mais c'est dans l'établissement de l'incapacité partielle permanente (IPP) que cette prise en compte se révèle la plus délicate à fixer.

- Cette appréciation de l'état antérieur peut en fait se réaliser de différentes façons :

- La technique des deux taux compare les taux d'IPP avant et après l'accident. On fixe ainsi un taux d'IPP au moment du traumatisme appréciant en fait l'état antérieur (par exemple 10 %) puis ensuite le taux d'IPP après consolidation dans les suites de ce traumatisme qui apprécie les conséquences communes du traumatisme et de l'état antérieur dans le calcul du taux d'incapacité physiologique (par exemple 30 %).

On laisse alors au Juge le choix d'assurer la soustraction de ces deux taux c'est-à-dire 20 %.

- La technique du taux unique consiste à fixer un taux d'IPP par exemple de 10 %, correspondant aux séquelles du traumatisme compte tenu de l'état antérieur.

- Une troisième technique qui s'en rapproche est d'apprécier le taux d'IPP global après l'accident par exemple 20 % et d'évaluer l'importance de l'état antérieur sous forme d'une proportion (la moitié, le tiers, le quart...).

- Une quatrième technique est de diminuer le montant des dommages et intérêts en tenant compte de cet état antérieur.

Cette diminution consiste souvent en fait à diminuer le taux du point d'IPP.

- Une cinquième technique réside dans l'application de la formule de Gabrielli. Cette formule se voyait citée dans le barème d'accident du travail de 1939 pour le calcul de l'IPP dans les suites d'un accident du travail. Le barème des accidents du travail de 1982 ne la cite plus mais elle reste souvent utilisée.

Cette formule de Gabrielli présente essentiellement une indication lorsque les séquelles à la fois de l'état antérieur et du traumatisme actuel sont de même nature, c'est-à-dire lorsque l'accident a aggravé une lésion antérieure responsable d'une incapacité connue (par exemple une personne amputée de trois orteils dans un premier traumatisme puis ensuite qui subit une amputation au niveau de la cheville dans les suites d'un deuxième traumatisme) .

Ainsi chaque fois qu'un accident atteint un membre ou une fonction déjà diminués par un événement antérieur, par le biais de cette formule de Gabrielli, on peut tout d'abord rechercher l'incapacité globale qui existe après cet accident puis calculer le taux imputable à ce deuxième accident en appliquant cette formule de Gabrielli.

Cette formule calcule le taux d'incapacité imputé à l'accident en fonction de la capacité initiale dite C1 et de la capacité restante après l'accident dite C2.

Le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) imputé à l'accident = $C1 - C2 / C1$.

Prenons l'exemple d'une personne présentant un taux d'IPP initial avant l'accident de 20 % et d'un taux d'IPP causé par l'accident de 30 % .

$C1 = 100 \% - 20 \% = 80 \%$.

$C2 = 100 \% - (20 + 30 \%) = 100 \% - 50 \% = 50 \%$.

Le taux d'IPP imputé à l'accident selon la formule de Gabrielli s'élève donc à $80 \% - 50 \% / 80 \% = 30 \% : 80 \% = 37,5 \%$.

Le taux d'IPP imputé à l'accident par cette formule de Gabrielli s'élève donc à 37,5 % au lieu de 30 %. Il se trouve donc majoré par cette formule. Cette formule de Gabrielli vise en effet à souligner qu'une deuxième infirmité atteint davantage l'autonomie d'une victime que si son état antérieur n'existait pas.

Cette formule de Gabrielli connaît néanmoins des limites car en droit commun certains états antérieurs se voient déjà accompagnés d'un taux d'IPP proche de 100 % voire même égalant 100 % (exemple d'un aveugle ou d'un tétraplégique grabataire incapable de toute activité) . Or on pourrait considérer qu'une telle

personne pourrait tout à fait être victime ultérieurement d'un accident nouveau avec par exemple amputation d'une jambe ou d'une main. Cette personne n'aurait droit alors à aucune indemnité sous le prétexte que l'incapacité restante après l'accident serait égale à 0. C'est pourquoi il est utile de rappeler que l'importance d'un préjudice en droit commun doit être estimée in concreto, c'est-à-dire sans suivre obligatoirement une règle déterminée et qu'à ce titre les juges du fond présentent un pouvoir souverain d'appréciation à ce titre.

On illustrera ce fait par l'exemple suivant : un salarié est victime d'un accident du travail occasionnant une cécité bilatérale indemnisée par un taux d'IPP de 100 % . Il parvient ultérieurement à se reclasser dans une autre activité professionnelle manuelle (par exemple, cordonnier) rémunérée à hauteur de 60 % d'un collègue non handicapé . Lors d'un nouvel accident du travail, il subit l'amputation de la troisième phalange de l'auriculaire droit . Le taux d'IPP reconnu par le barème s'élève à 4 % . On peut proposer de remplacer la Capacité initiale C1 par la capacité productive au sens économique du terme, de l'intéressé, c'est-à-dire 60 % puisqu'il gagne 60 % du salaire d'une personne indemne . La Capacité restante C2 sera de $60 - 4 = 56$ % . Le taux d'IPP imputé au deuxième accident selon la formule de Gabrielli s'élève donc à $60 - 56 / 60 = 4 / 60 = 6$ % .

- Une sixième technique, peut être évoquée en cas d'état antérieur handicapant la même fonction que celle qui est altérée par les séquelles de l'accident actuel (par exemple un patient présentant 10 ans auparavant une fracture de cheville droite avec un enraidissement modéré de cette cheville droite et marche prolongée impossible depuis) puis actuellement une fracture de la cheville gauche entraînant une raideur importante et un raccourcissement du périmètre de marche à 500 m) . Il y a alors synergie de ces deux atteintes pathologiques.

La synergie de la nouvelle atteinte fonctionnelle sur la fonction altérée (dans cet exemple la marche) sera peut-être prise en compte par une majoration de la valeur du point d'incapacité permanente partielle.

- Une septième technique est proposée lorsque la deuxième lésion est indépendante de l'état préexistant, qui présentait déjà une première lésion. Certains auteurs pensent que ce deuxième accident responsable donc d'une deuxième lésion présente des conséquences plus graves puisqu'il frappe une victime déjà handicapée et propose ainsi d'augmenter le taux de cette deuxième lésion en le divisant par la capacité restante.

Supposons par exemple un premier accident ayant entraîné une incapacité de 30 % puis un deuxième accident ayant entraîné une incapacité d'un taux de 40 %.

L'incapacité restante après le premier accident est donc de 70 %.

Le taux de la deuxième incapacité devrait donc être porté à $0.4 / 0.7 = 57$ % approximativement.

Les incapacités correspondant aux infirmités successives seront donc égales à la division du taux d'incapacité consécutif à chaque accident (évaluées par rapport à une personne jouissant de sa totale intégrité physique), par les capacités restantes après chaque accident.

- Une huitième technique est proposée lorsque dans les suites du deuxième accident la victime se voit frappée d'une incapacité totale de 100 %.

L'exemple classique est celui d'une victime perdant successivement lors de deux accidents un œil. La perte du premier œil est évaluée en général à 30 %, un homme

aveugle étant considéré comme frappé d'une incapacité totale de 100 %, la perte du second œil sera donc fixée à 70 %.

On rappellera d'autre part que cette discussion ne présente un intérêt que lorsqu'il se prouve une interaction entre l'état antérieur et les séquelles d'un traumatisme, c'est-à-dire que bien sûr le juge se réserve de ne fixer par exemple aucune réparation lorsque l'ensemble du dommage est attribué à l'état antérieur sans aucune relation avec le traumatisme incriminé.

δ.6. Le calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente.

Les juges sont libres de fixer le mode de réparation et ainsi de déterminer si l'indemnisation se fera sous forme d'argent en capital ou d'une rente temporaire ou viagère.

Ils allouent en général un capital. En effet cette forme d'indemnisation est celle la plus fréquemment demandée par les victimes.

Ceci souffre une certaine exception, en particulier pour les mineurs ou certains infirmes incapables de gérer les sommes reçues . Les tribunaux préfèrent la rente lorsqu'ils estiment que la mise à disposition d'un capital risque d'être obérée du fait d'un risque important d'erreurs de gestion ou de dilapidation par les victimes bénéficiaires. La rente est indexée en fonction du temps qui s'écoule . L'indexation est régie par deux systèmes différents selon qu'il s'agisse d'un accident de la circulation ou pas.

Lorsqu'il s'agit d'un accident de la circulation, la rente indemnitaire est indexée de façon légale, c'est à dire que l'indice d'indexation de référence est imposé et suit les coefficients de revalorisation prévus par l'article L.434-17 du Code de la sécurité sociale, en suivant le taux de majoration annuel des rentes d'accidents du travail (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).

En dehors des accidents de la circulation aucun cadre légal ne s'impose et l'indice de référence de l'indexation est libre.

Parfois, les juges allouent une partie en capital et une autre partie sous forme de rente en particulier pour les grands handicapés.

On distingue classiquement 3 méthodes pour le calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente : la méthode du calcul dit mathématique, la méthode du calcul de l'indemnisation au point d'incapacité, la méthode de l'évaluation dite " in concreto " .

δ.6. 1. Méthode du calcul dit mathématique

Cette méthode est basée sur un postulat, à savoir que la diminution des gains de la victime est exactement proportionnelle au pourcentage d'incapacité retenu par l'expert.

Ainsi, si une victime gagnait 20.000 € / an et était atteinte d'une incapacité permanente partielle de 40 %, selon le principe du calcul mathématique sans correction, elle devrait subir une baisse de son revenu annuel de $20.000 \text{ €} \times 40 \% = 8.000 \text{ €}$.

Cette perte de 8.000 € peut être transformée en une rente annuelle viagère ou temporaire c'est-à-dire jusqu'à 60 ans, l'âge de la retraite suivant l'article L. 351-1, R.351-2 du Code de la Sécurité Sociale. Elle est à la charge de la personne tenue à réparation ou de son assureur. Cette somme peut, à la demande du créancier et avec l'autorisation du Juge être reconvertie en tout ou en partie en capital. Le principe du calcul mathématique repose en général sur la vie entière de la victime mais le Juge dispose à cet égard d'un pouvoir souverain et peut en particulier pour un salarié arrêter le service de la rente et autoriser la conversion en capital à l'âge normal de la retraite d'un salarié par exemple 60 ans ou 55 ans en cas de retraite anticipée.

Le capital immédiatement versé représente la somme des valeurs actuelles des sommes futures correspondant à la réparation des pertes futures de revenus de la victime, pondérées par les probabilités de recevoir cette somme.

On évalue alors le préjudice en multipliant le montant des gains professionnels annuels nets de la victime par le pourcentage d'incapacité et la valeur du franc de rente apprécié selon l'âge de la victime, c'est-à-dire à l'âge de sa consolidation de ses blessures, et son sexe, le plus souvent d'après un barème dit de capitalisation annexé au décret numéro 86-973 du 8 août 1986.

Le prix du franc de rente est la somme qui, placée à un taux d'intérêt fixe (le plus souvent, taux d'intérêt de 6.5 % l'an, instauré par le Décret du 08.08.1986 N° 86 – 973 paru au Journal Officiel du 22.08.1986), permet de recevoir une rente viagère annuelle ou temporaire d'un franc selon le terme choisi. Le capital constitutif d'une rente annuelle est égal au produit de la rente annuelle par le prix du franc de rente à titre viager ou temporaire.

Ce principe de la capitalisation est également nécessaire lorsque la victime bénéficie d'une rente mais que du fait des actions récursoires des organismes sociaux ou de l'Etat le tribunal doit connaître le préjudice global.

Cette capitalisation s'impose également aux caisses de Sécurité Sociale et aux organismes débiteurs de pensions mais cette fois-ci d'une façon fictive pour calculer le montant du capital représentatif de ces rentes et de ces pensions en cas de procédure récursoire contre le tiers responsable.

Dans tous ces cas, on devra recourir à un barème de capitalisation qui donnera le prix d'un franc de rente à un âge déterminé.

Le calcul de l'indemnisation en capital est alors effectué sur la base d'un " barème de capitalisation " dont les deux composantes sont le taux d'intérêt retenu, et l'espérance de vie escomptée par les tables de mortalité.

Ce taux d'intérêt correspond fictivement aux intérêts que donnerait une somme d'argent placée pendant un an en placement dans une institution financière quelconque.

Pour illustrer l'importance du choix d'un taux d'intérêt, on peut étudier l'exemple suivant, qui permet d'apprécier l'importance du choix d'un taux d'intérêt.

Imaginons le cas d'une personne de quarante ans qui recevra une somme de 1.000 euros dans un an puis 1.000 euros l'année suivante.

Si l'on fixe un taux d'intérêt à 6,50% pour recevoir 1.000 euros dans un an, il suffit de placer dans une institution financière la somme égale à $1.000/1,0650 = 939$ euros.

Après un an on disposera de cette somme de 939 euros plus les intérêts produits c'est à dire $939 \text{ euros} + (939 \times 0,0650) = 1.000 \text{ euros}$. En s'inspirant du même calcul, la somme nécessaire pour recevoir 1.000 euros au bout de deux ans est de $1.000 / 1,065 \times (1 / 1,065) = 1.000 / (1,0650 \times 1,0650) = 881,7 \text{ euros}$.

On en déduira donc que, plus le taux d'intérêt fixé est important, plus la somme en capital initiale à fournir est faible. On comprendra donc que, plus le taux d'intérêt servant de base au calcul de la table de capitalisation est élevé, plus le capital calculé par cette table de capitalisation qui indemniserait le patient sera faible.

Or, actuellement, le loyer de l'argent diminue, puisqu'on assiste à une baisse des taux d'intérêt bancaires. Tout ce passe comme si avec cette table de capitalisation de 1986 de 6,5% , l'argent était censé rapporter beaucoup plus qu'actuellement, alors qu'en fait la victime aurait besoin d'un capital initial d'indemnisation plus élevé pour obtenir un rendement équivalent si l'on calculait le capital à indemniser avec un taux d'intérêt identique à celui du loyer de l'argent.

A titre d'exemple nous prendrons le cas d'une victime âgée de quarante ans dont les revenus ont baissé de 1.500 euros, soit 10.000 francs par an. Le calcul de la capitalisation se ferait de façon suivante en fonction du taux d'intérêt :

Si on utilise le barème de la Caisse des dépôts et consignations de 1971 dont le taux d'intérêt est de 5 %, le franc de rente s'élèverait à 17,298 Frs et permettrait donc d'obtenir un capital de $17,298 \text{ Frs} \times 10.000 = 172.980 \text{ Frs}$, soit 26.373 € .

Si on utilisait le barème classiquement retenu annexé au décret n° 86-973 du 8 août 1986, associé à un taux d'intérêt de 6,5 % le franc de rente s'élève à 12,446 Frs .

La victime ne percevrait donc qu'un capital de $12,446 \text{ Frs} \times 10.000 \text{ Frs} = 124.460 \text{ Frs}$, soit 18.975 € .

La victime serait donc pénalisée d'une somme de $172.980 \text{ Frs} - 124.460 \text{ Frs} = 48.520 \text{ Frs}$ soit 7.398 €, soit un pourcentage de $48.520 \text{ Frs} / 172.980 \text{ Frs} = 28 \%$.

Le deuxième paramètre déterminant le coefficient par lequel il faut multiplier le manque à gagner annuel c'est à dire la valeur du franc de rente qui représente ce coefficient, est l'espérance de vie. Le capital à remettre à la victime sera égal à la somme pour chaque année du montant de l'argent que devrait recevoir la victime par an que multiplie la probabilité que la victime soit encore vivante pour cette année là. Cette probabilité de rester en vie à une année donnée est déterminée à partir de ce qu'on appelle des tables de mortalité qui énumèrent le nombre de personnes survivantes à partir d'un groupe de 100.000 naissances après un an, deux ans , trois ans ... jusqu'à l'extinction de la population.

A titre d'exemple, la probabilité pour un individu âgé de trente ans d'être en vie à l'âge de trente et un ans est le quotient entre le nombre de vivants âgés à l'âge trente et un ans / le nombre de personnes vivantes âgées de trente ans.

Si l'on utilise ainsi la table de mortalité 60/64 MKH de la population masculine établie pour la période 1960 / 1964, le nombre de personnes survivantes âgées de 30 ans, 31 ans , et 32 ans s'élève respectivement à 94.669, 94.526, 94.341. La probabilité pour le cas d'une personne de sexe masculin âgée de trente ans de recevoir les 1.000 premiers euros est donc de $94.526 / 94.669 = 0,9985$. La probabilité de recevoir la deuxième somme de 1.000 euros à l'âge de trente deux ans est de $94.341 / 94.669 = 0,9965$.

La première année, la victime âgée de trente ans recevra 1.000 euros dans 9.985 cas sur 10.000 et rien dans 15 cas sur 10.000. L'espérance mathématique du gain est donc égale à $(1.000 \times 0,9985) + (0 \times 0,0015) = 998,50 \text{ euros}$. Le versement

moyen correspondra donc à cette espérance mathématique du gain soit 998,50 euros pour la première année. Pour la deuxième année, le versement moyen s'élèvera à $1.000 \times 0,9965 = 996,50$ euros.

Il convient de noter que ces tables de mortalité sont établies pour une période donnée, pour une population de santé moyenne. Il est évident que d'autres paramètres interviennent par exemple la profession ou le niveau social de la victime. L'utilisation de tables de mortalité anciennes conduit à une surestimation de la mortalité puisqu'au fil de l'évolution de l'humanité l'espérance de vie augmente et qu'à l'inverse l'utilisation de tables de mortalité considérant des individus de santé moyenne n'est pas adaptée à des blessés en particulier s'il s'agit de blessures graves puisqu'on sousestime alors la mortalité future de cette population de blessés. L'idéal serait donc de disposer de tables de mortalité pour les blessés graves, mais ces tables sont quasiment impossibles à réaliser du fait du faible nombre de ces blessés graves.

En reprenant l'exemple sus-cité d'un homme âgé de trente ans qui doit recevoir 1.000 euros dans un an et encore 1.000 euros l'année suivante si l'on estime que le taux d'intérêt à prendre en compte est 6,5 %, et si la durée du versement se limite à deux ans le capital immédiat équivalent s'élèvera donc à $939 \times 998,5 / 1.000 + 881,7 \times 996,5 / 1.000 = 1.816,20$ euros. La probabilité de survie ne varie pas seulement en fonction de l'âge mais aussi en fonction d'autres paramètres dont le sexe. C'est pourquoi les tables de mortalité sont différentes et également les tables des barèmes de capitalisation selon qu'il s'agisse d'une victime de sexe masculin ou féminin.

On doit noter que :

- plus le taux d'intérêt retenu est élevé, plus le capital est faible,
- plus l'espérance de vie est élevée, plus le capital est élevé.

Ces deux données sont structurellement évolutives et connues : le taux d'intérêt légal est publié chaque année par décret, et les tables de mortalité sont annuellement publiées par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) .

Ce barème de capitalisation indexé au décret du 08.08.1986 s'impose d'autant moins qu'il est constitué de deux paramètres vieillis : Les tables de mortalité de l'INSEE 1960-1964 qui sous-estime l'espérance de survie à un âge donné par rapport à notre époque actuelle et un taux d'intérêt élevé qui diminue la valeur du franc de rente et du capital corrélatif.

Il convient de remarquer que depuis presque vingt ans, les juridictions et les assureurs se fondent sur une table de capitalisation obsolète, annexée au décret du 8 août 1986, pris en application de la loi Badinter, et fondée sur un taux d'intérêt de 6,50 % (pour 2003 le taux d'intérêt est fixé à 3,29 %, Décret du 10 mars 2003) ; en outre l'espérance de vie était en 1986 de 67,0 années pour les hommes et 73,6 années pour les femmes et est passée en 2007 à 76,6 années pour les hommes et 84,5 années pour les femmes. Ces deux paramètres se cumulent pour amoindrir considérablement le capital indemnitaire auquel pourrait prétendre la victime . Il convient tout de même de souligner qu'aucun barème des capitalisation ne s'impose aux régisseurs et aux magistrats sauf dans le cadre de l'article 44 de la Loi du 5 juillet 1985 qui ne fait mention du barème du décret du 8 août 1986 que pour régler les demandes judiciaires de conversion d'une rente en capital.

L'habitude d'utiliser ce barème annexé au décret de 1986 ne repose donc sur aucune obligation légale. Ce barème avec un taux d'intérêt de 6,5 % du décret du 8 août 1986 ne doit donc être appliqué par le juge que lorsqu'il y a lieu à réparation d'un préjudice causé par un accident relevant de la Loi du 5 juillet 1985, lorsqu'une rente a été allouée à la victime et lorsque la victime demande la capitalisation totale ou partielle de cette rente. Ces trois conditions doivent être réunies pour obliger le juge à utiliser ce barème du décret du 8 août 1986. Sinon, une totale liberté est allouée aux juridictions pour le calcul du préjudice.

On pourra ainsi proposer pour le calcul de l'indemnisation des barèmes plus adaptés, en particulier le barème de capitalisation fiscal utilisé par l'Administration pour le calcul de l'impôt de solidarité sur la fortune, fondé sur des tables de mortalités TD 1988/1990, et un taux d'intérêt de 4,5 %, le barème visé par l'article A 331 - 10 du Code des assurances utilisé pour les provisions des rentes d'incapacité et d'invalidité fondé sur les mêmes tables de mortalité TD 1988 / 1990 et sur un taux d'intérêt de 3,5 %.

Le juge peut donc tout à fait écarter l'application du barème de 1986 et appliquer ce barème TD 1988 / 1990 (Cour d'appel de PARIS, 17ème chambre, section A, arrêt du 28 octobre 2002, ACM et autres contre DURY et autres).

Il existe encore d'autres barèmes utilisables, ainsi le « Barème de capitalisation pour l'indemnisation des victimes » (BCIV) adopté par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance en mai 2004 basé sur une table de mortalité TD de 1988-1990 et un taux d'actualisation de 4.06%. Ce barème a été réactualisé et repose pour 2008 sur un taux de 4.45%.

Il existe également un barème de capitalisation publié par la Gazette du palais les 7-9 novembre 2004 fondé sur les tables de mortalité de 2001 et sur un taux d'intérêt de 3.2%.

Un autre barème de capitalisation utilisant les tables de mortalité TV 88-90 et TD 88-90 et sur la base d'un taux de capitalisation de 5% établi par Monsieur Charpentier, professeur assistant en finances et actuariat à l' Ecole nationale de la statistique et de l'administration économique (coauteur de l'ouvrage Mathématiques de l'assurance non-vie, Edition Economica) a été proposé par l'ouvrage « L'évaluation du préjudice corporel » édité par Monsieur Leroy, 18^{ème} édition, 2007 .

Nous rappelons que pour la jurisprudence aucune table de capitalisation ne s'impose. La victime et ses représentants peuvent donc proposer au juge la table de capitalisation de leur choix sur laquelle ce dernier peut se baser pour calculer l'indemnisation.

A titre également documentaire voici ci-dessous, le barème de capitalisation pour l'indemnisation des victimes présenté par la Gazette du palais le 6 novembre 2004 basé sur un taux de 3.2% et sur la table de mortalité de 2001 qui est actuellement considéré d'une manière générale comme le plus favorable aux victimes.

Barème présenté par la Gazette du Palais les 7-9 novembre 2004

Barème de capitalisation pour l'indemnisation des victimes
(Taux : 3.20% - table de mortalité 2001)
Hommes

	Viagère	65 ans	60 ans	55 ans	29 ans	25 ans	20 ans	18 ans
0 an	28.720	27.401	26.809	26.078	17.448	17.448	14.978	13.872
1 an	28.751	27.383	26.769	26.10	17.060	17.060	14.498	13.351
2 ans	28.650	27.238	26.604	25.821	16.580	16.580	13.935	12.751
3 ans	28.543	27.085	26.431	25.622	16.083	16.083	13.353	12.130
4 ans	28.430	26.925	26.251	25.416	15.569	15.569	12.751	11.489
5 ans	28.313	26.760	26.063	25.202	11.038	11.038	12.129	10.827
6 ans	28.192	26.588	25.869	24.980	14.490	14.490	11.487	10.143
7 ans	28.066	26.411	25.669	24.751	13.923	13.923	10.824	9.437
8 ans	27.936	26.228	25.462	24.515	13.339	13.339	10.140	8.708
9 ans	27.802	26.039	25.248	24.270	12.735	12.735	9.434	7.955
10 ans	27.663	25.843	25.027	24.018	12.112	12.112	8.705	7.179
11 ans	27.519	25.641	24.799	23.758	13.898	11.469	7.953	6.377
12 ans	27.372	25.433	24.564	23.489	13.313	10.806	7.176	5.550
13 ans	27.220	25.220	24.332	23.213	12.709	10.122	6.375	4.697
14 ans	27.065	25.000	24.073	22.928	12.086	9.415	5.548	3.816
15 ans	26.907	25.775	13.818	22.636	11.444	8.687	4.695	2.907
16 ans	26.746	24.545	23.558	22.337	10.783	7.936	3.814	1.969
17 ans	26.582	24.310	23.291	22.030	10.100	7.161	2.906	1000
18 ans	26.419	24.072	23.019	21.718	9.398	6.363	1.968	-
19 ans	26.256	23.832	22.745	21.400	8.675	5.540	1.000	
20 ans	26.091	23.587	22.464	21.075	7.928	4.690	-	
21 ans	25.922	23.334	22.174	20.739	7.158	3.812		
22 ans	25.747	23.074	21.875	20.393	6.362	2.905		
23 ans	25.566	22.805	51.566	20.035	5.539	1.968		
24 ans	25.379	22.527	21.247	19.665	4.689	1.000		
25 ans	25.187	22.240	20918	19.284	3.812	-		
26 ans	24.989	21.944	20.578	18.890	2.905			
27 ans	24.784	21.638	20.227	18.483	1.968			
28 ans	24.572	21.322	19.864	18.062	1.000			
29 ans	24.354	20.996	19.490	17.628	-			
30 ans	24.129	20.659	19.104	17.180				
31 ans	23.897	20.313	18.705	16.717				
32 ans	23.659	19.955	18.294	16.240				
33 ans	23.414	19.587	17.870	15.748				
34 ans	23.163	19.208	17.434	15.241				
35 ans	22.905	18.817	16.984	14.718				
36 ans	22.642	18.416	16.522	14.179				
37 ans	22.372	18.004	16.045	13.623				
38 ans	22096	17580	15555	13051				
39 ans	21815	17145	15051	12462				
	Viagère	65 ans	60 ans	55 ans	29 ans	25 ans	20 ans	18 ans
40 ans	21.527	16.698	14.532	11.854				
41 ans	21.235	16.239	13.998	11.228				
42 ans	20.939	15.769	13.451	10.584				
43 ans	20.640	15.288	12.888	9.921				
44 ans	20.337	14.795	12.310	9.238				
45 ans	20.029	14.289	11.715	8.533				
46 ans	19.718	13.770	11.103	7.805				
47 ans	19.402	13.237	10.472	7.054				
48 ans	19.081	12.689	9.822	6.277				
49 ans	18.756	12.125	9.151	5.474				
50 ans	18.424	11.543	8.458	4.643				
51 ans	18.088	10.945	7.742	3.781				
52 ans	17.746	10.328	7.002	2.889				
53 ans	17.398	9.691	6.235	1.962				
54 ans	17.044	9.034	5.442	1.000				
55 ans	16.686	8.355	4.619	-				
56 ans	16.325	7.655	3.767					

57 ans	15.957	6.929	2.881
58 ans	15.581	6.177	1.959
59 ans	15.197	5.395	1.000
60 ans	14.810	4.585	-
61 ans	14.422	3.744	
62 ans	14.028	2.868	
63 ans	13.632	1.954	
64 ans	13.234	1.000	
65 ans	12.834	-	
66 ans	12.434		
67 ans	12.034		
68 ans	11.632		
69 ans	11.232		
70 ans	10.829		
71 ans	10.430		
72 ans	10.033		
73 ans	9.639		
74 ans	9.242		
75 ans	8.844		
76 ans	8.451		
77 ans	8.061		
78 ans	7.675		
79 ans	7.298		
80 ans	6.918		
81 ans	6.550		
82 ans	6.194		
83 ans	5.859		
84 ans	5.549		
85 ans	5.244		
86 ans	4.949		
87 ans	4.672		
88 ans	4.407		
89 ans	4.164		
90 ans	3.936		
91 ans	3.734		
92 ans	3.562		
93 ans	3.360		
94 ans	3.251		
95 ans	3.133		
96 ans	3.020		
97 ans	2.907		
98 ans	2.772		
99 ans	2.528		
100 ans	2.209		
101 ans	1.871		
102 ans	1.533		
103 ans	1.000		
104 ans	-		

Femmes

	Viagère	65 ans	60 ans	55 ans	29 ans	25 ans	20 ans	18 ans
0 an	29.529	27.728	27.072	26.287	19.203	17.483	15.000	13.891
1 an	29.558	27.691	27.012	26.199	18.859	17.077	14.505	13.355
2 ans	29.481	27.554	26.853	26.013	18.436	16.597	13.491	12.755
3 ans	29.399	27.410	26.686	25.820	17.998	16.099	13.358	12.134
4 ans	29.313	27.260	26.513	25.618	17.545	15.585	12.756	11.492
5 ans	29.223	27.104	26.333	25.409	17.077	15.054	12.134	10.829
6 ans	29.130	26.943	26.147	25.194	16.594	14.505	11.492	10.145
7 ans	29.033	26.776	25.955	24.971	16.095	13.939	10.828	9.439

8 ans	28.933	26.603	25.755	24.740	15.579	13.354	10.144	8.709
9 ans	28.830	26.425	25.550	24.502	15.047	12.751	9.437	7.957
10 ans	28.723	26.242	25.339	24.257	14.498	12.128	8.708	7.180
11 ans	28.614	26.052	25.120	24.004	13.932	11.486	7.956	6.379
12 ans	28.501	25.857	24.895	23.743	13.347	10.823	7.179	5.552
13 ans	28.384	25.656	24.663	23.474	12.744	10.138	6.378	4.698
14 ans	28.264	25.448	24.423	23.196	12.121	9.432	5.551	3.817
15 ans	28.141	25.235	24.176	22.910	11.479	8.703	4.697	2.907
16 ans	28.016	25.015	23.923	22.616	10.816	7.951	3.816	1.969
17 ans	27.887	24.790	23.662	22.313	10.133	7.175	2.907	1.000
18 ans	27.755	24.558	23.394	22.001	9.428	6.375	1.969	-
19 ans	27.622	24.321	22.542	21.681	8.701	5.549	1.000	-
20 ans	27.483	24.076	22.836	21.350	7.950	4.696	-	-
21 ans	27.340	23.822	22.542	21.009	7.175	3.816	-	-
22 ans	27.193	23.561	22.239	20.656	6.375	2.907	-	-
23 ans	27.040	23.291	21.927	20.293	5.549	1.969	-	-
24 ans	26.721	23.013	21.604	19.917	4.696	1.000	-	-
25 ans	26.554	22.726	21.271	19.530	3.816	-	-	-
26 ans	26.554	22.429	20.927	19.129	2.907	-	-	-
27 ans	26.382	22.123	20.573	18.717	1.969	-	-	-
28 ans	26.204	21.807	19.207	18.291	1.000	-	-	-
29 ans	26.021	21.482	19.829	17.851	-	-	-	-
30 ans	25.831	21.145	19.439	17.397	-	-	-	-
	Viagère	65 ans	60 ans	55 ans	29 ans	25 ans	20 ans	18 ans
31 ans	25.637	20.799	19.038	16.929	-	-	-	-
32 ans	25.439	20.443	18.624	16.447	-	-	-	-
33 ans	25.235	20.076	18.198	15.950	-	-	-	-
34 ans	25.025	19.698	17.759	15.438	-	-	-	-
35 ans	24.810	19.310	17.307	14.910	-	-	-	-
36 ans	24.590	18.909	16.841	14.366	-	-	-	-
37 ans	24.365	18.497	16.361	13.804	-	-	-	-
38 ans	24.133	18.072	16.866	13.225	-	-	-	-
39 ans	23.896	17.635	15.357	12.628	-	-	-	-
40 ans	23.653	17.186	15.831	12.013	-	-	-	-
41 ans	23.405	16.723	14.291	11.379	-	-	-	-
42 ans	23.152	16.247	13.734	10.725	-	-	-	-
43 ans	22.892	15.757	13.159	10.049	-	-	-	-
44 ans	22.626	15.251	12.567	3.353	-	-	-	-
45 ans	22.355	14.732	11.957	8.634	-	-	-	-
46 ans	22.078	14.196	11.327	7.893	-	-	-	-
47 ans	21.795	13.645	10.679	7.127	-	-	-	-
48 ans	21.505	13.077	10.009	6.336	-	-	-	-
49 ans	21.208	12.491	9.318	5.519	-	-	-	-
50 ans	20.9061	11.888	8.606	4.676	-	-	-	-
51 ans	20.594	11.264	7.868	3.803	-	-	-	-
52 ans	20.273	10.620	7.106	2.900	-	-	-	-
53 ans	19.947	9.957	6.320	1.966	-	-	-	-
54 ans	19.612	9.271	5.507	1.000	-	-	-	-
55 ans	19.270	8.563	4.666	-	-	-	-	-
56 ans	18.920	7.833	3.797	-	-	-	-	-
57 ans	19.561	7.077	2.897	-	-	-	-	-
58 ans	18.194	6.296	1.965	-	-	-	-	-
59 ans	17.818	5.488	1.000	-	-	-	-	-
60 ans	17.434	4.653	-	-	-	-	-	-
61 ans	17.043	3.788	-	-	-	-	-	-
62 ans	16.641	2.892	-	-	-	-	-	-
63 ans	16.231	1.963	-	-	-	-	-	-
64 ans	15.813	1.000	-	-	-	-	-	-
65 ans	25.686	-	-	-	-	-	-	-

66 ans	14.951
67 ans	14.510
68 ans	14.061
69 ans	13.606
70 ans	13.146
71 ans	12.682
72 ans	12.212
73 ans	11.740
74 ans	11.263
75 ans	10.784
76 ans	10.303
77 ans	9.824
78 ans	9.350
79 ans	8.880

	Viagère	65 ans	60 ans	55 ans	29 ans	25 ans	20 ans	18 ans
80 ans	8.414							
81 ans	7.958							
82 ans	7.510							
83 ans	7.076							
84 ans	6.661							
85 ans	6.263							
86 ans	5.881							
87 ans	5.518							
88 ans	5.172							
89 ans	4.843							
90 ans	4.538							
91 ans	4.249							
92 ans	3.988							
93 ans	3.753							
94 ans	3.535							
95 ans	3.321							
96 ans	3.124							
97 ans	3.189							
98 ans	2.799							
99 ans	2.568							
100 ans	2.291							
101 ans	1.976							
102 ans	1.585							
103 ans	1.00							
104 ans	-							

A l'inverse lorsqu'on veut allouer une rente au lieu d'un capital le choix d'un barème de capitalisation avec un taux d'intérêt élevé joue en faveur de la victime.

A titre d'exemple, imaginons le cas d'une victime âgée de quarante ans de sexe masculin et dont le préjudice global est évalué à 250. 000 francs, et à qui on veut allouer une rente au lieu de ce capital .

Si l'on utilise le barème de capitalisation de rentes annexé, au décret N° 86-973 du 8 août 1986, on aboutirait à une rente de $250. 000 / 12,446 = 20. 087$ francs, soit 3.062 € .

Si l'on utilise le barème de capitalisation de rentes de la Caisse des dépôts et consignations de 1971 se basant sur un taux d'intérêt de 5%, la victime ne touchera alors qu'une rente de $250. 000 \text{ francs} / 17,298 = 14. 452$ francs, soit 2.203 € .

La victime bénéficiant du barème de capitalisation annexé au décret de 1986 bénéficie donc par rapport au barème de la Caisse des dépôts et de consignation de

20. 087-14. 452 francs = 5. 635 francs pour sa rente, soit 859 €, soit un gain de 5. 635 francs / 20. 087 francs = 28 %.

Une autre conséquence de ce calcul de l'indemnisation en fonction du taux d'intérêt réside dans le calcul de capitalisation d'une rente par un organisme tiers payeur dans la perspective d'une action récursoire. Le cas le plus fréquent est celui d'une rente d'accident de travail qu'une Caisse de sécurité sociale désire récupérer au niveau de l'indemnisation en capital de la victime.

En effet le barème utilisé pour le calcul de cette somme à récupérer dans le cadre d'une action récursoire est imposé par des arrêtés du 3 décembre 1954 publié au Journal officiel du 15 décembre 1954 et l'arrêté du 3 novembre 1962, auquel est annexé un taux d'intérêt de 4,75 %.

Ainsi, le prix du franc de rente dans le barème auquel est annexé un taux d'intérêt de 6,5 % sera beaucoup plus faible par rapport au tarif du franc de rente lorsqu'on applique le barème de capitalisation auquel est annexé un taux de 4,75 %.

A titre d'exemple pour une victime de sexe masculin âgé de 40 ans, le prix du franc de rente est de 12,446 dans le barème de 1986 auquel est annexé un taux d'intérêt de 6,5 % monte à 15,029 si l'on applique le barème joint à l'arrêté du 3 décembre 1954 et auquel est annexé un taux d'intérêt de 4,75 %.

Les sommes accordées aux victimes dans ce cas par exemple d'accident du travail supporteront donc une ponction beaucoup plus importante que si l'on utilisait toujours le même barème à 6,5 %.

Comme on l'a écrit plus haut, aucun barème de capitalisation ne s'impose aux régleurs et aux magistrats sauf dans le cadre de l'article 44 de la Loi du 5 juillet 1985 qui ne fait mention du barème du décret du 8 août 1986 et que pour régler les demandes judiciaires de conversion d'une rente en capital.

L'habitude d'utiliser ce barème annexé au décret de 1986 ne repose donc sur aucune obligation légale. Ce barème avec un taux d'intérêt de 6,5 % du décret du 8 août 1986 ne doit donc être appliqué par le juge que lorsqu'il y a lieu à réparation d'un préjudice causé par un accident relevant de la Loi du 5 juillet 1985, lorsqu'une rente a été allouée à la victime et lorsque la victime demande la capitalisation totale ou partielle de cette rente. Ces trois conditions doivent être réunies pour obliger le juge à utiliser ce barème du décret du 8 août 1986. Sinon, une totale liberté est allouée aux juridictions pour le calcul du préjudice. On pourra également objecter aux CPAM qui désirent calculer le montant récursoire des sommes à récupérer par le barème auquel est annexé un taux d'intérêt de 4.75 % que par application du principe de hiérarchie des normes, la Loi et le décret l'emportent sur les arrêtés, que la Loi du 5 juillet 1985 à laquelle est rattaché le décret du 8 août 1986 institue un régime spécifique d'indemnisation en matière d'accidents de la circulation et que les règles spéciales de cette Loi l'emportent sur les règles générales auxquelles elle déroge. On peut tout à fait estimer que le calcul des capitaux à récupérer dans le cadre d'une action récursoire doit être fait sur la base de l'utilisation du barème de 6,5 % .

A titre documentaire, voici ci-dessous le
Barème de capitalisation de rentes annexé au décret n° 86-973 du 8 août 1986 paru
 au Journal Officiel du 22 août 1986 fixant les modalités de conversion d'une rente
 consécutive à un accident

Sexe masculin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
0	14,575	14,492	14,425	14,322			10,121	
1	14,909	14,819	14,745	14,633			10,047	
2	14,914	14,818	14,739	14,620			9,724	
3	14,902	14,799	14,715	14,588			9,368	
4	14,883	14,773	14,684	15,548			8,985	
5	14,860	14,743	14,648	14,503			8,575	
6	14,835	14,710	14,609	14,454			8,137	
7	14,806	14,674	14,566	14,401			7,670	
8	14,776	14,634	14,519	14,344			7,173	
9	14,743	14,592	14,470	14,283			6,642	
10	14,708	14,547	14,417	14,218			6,077	
11	14,670	14,499	14,360	14,148			5,474	
12	14,630	14,447	14,299	14,073			4,832	
13	14,587	14,392	14,235	13,994			4,149	
14	14,542	14,335	14,167	13,910			3,420	
15	14,495	14,275	14,095	13,822			2,644	
16	14,448	14,213	14,022	13,730			1,818	
17	14,400	14,149	13,945	13,635			0,938	
18	14,351	14,084	13,867	13,536			000	
19	14,301	14,017	13,785	13,432				
20	14,250	13,947	13,700	13,324				
21	14,197	13,873	13,610	13,209				
22	14,141	13,796	13,515	13,088				
23	14,083	13,715	13,415	12,959				
24	14,021	13,628	13,309	12,822				
25	13,956	13,537	13,196	12,677				
26	13,887	13,440	13,077	12,523				
27	13,814	13,337	12,950	12,359				
28	13,736	13,228	12,814	12,184				
29	13,654	13,111	12,670	11,998				
30	13,567	12,988	12,517	11,800				
31	13,475	12,857	12,355	11,590				
32	13,379	12,720	12,184	11,368				
33	13,279	12,575	12,004	11,132				
34	13,174	12,423	11,813	10,883				
35	13,065	12,263	11,612	10,618				
36	12,951	12,095	11,399	10,338				
37	12,832	11,918	11,175	10,042				
38	12,708	11,731	10,938	9,728				
39	12,500	11,536	10,688	9,394				
40	12,446	11,330	10,423	9,041				
41	12,307	11,114	10,144	8,667				
42	12,162	10,886	9,850	8,269				
43	12,013	10,647	9,538	7,847				
44	11,857	10,396	9,209	7,399				
45	11,697	10,132	8,861	6,923				
46	11,531	9,855	8,493	6,417				
47	11,539	9,563	8,103	5,878				
48	11,182	9,255	7,690	5,303				
49	11,000	8,932	7,252	4,691				
50	10,812	8,591	6,787	4,037				

Barème de capitalisation de rentes (suite)

Sexe masculin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
51	10,618	8,232	6,294	3,339				
52	10,420	7,854	5,769	2,591				
53	10,216	7,454	5,210	1,789				
54	10,007	7,031	4,613	0,927				
55	9,793	6,583	3,975	000				
56	9,575	6,109	3,293					
57	9,352	5,604	2,560					
58	9,125	5,068	1,772					
59	8,893	4,495	0,921					
60	8,658	3,881	000					
61	8,420	3,223						
62	8,179	2,513						
63	7,935	1,745						
64	7,688	0,911						
65	7,440	000						
66	7,190							
67	6,939							
68	6,687							
69	6,436							
70	6,184							
71	5,934							
72	5,685							
73	5,438							
74	5,193							
75	4,950							
76	4,712							
77	4,476							
78	4,245							
79	4,019							
80	3,798							
81	3,582							
82	3,371							
83	3,167							
84	2,969							
85	2,778							
86	2,593							
87	2,415							
88	2,244							
89	2,081							
90	1,924							
91	1,775							
92	1,633							
93	1,490							
94	1,371							
95	1,250							
96	1,136							
97	1,029							
98	0,929							
99	0,835							
100	0,746							

Barème de capitalisation de rentes

Sexe féminin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
0	14,806	14,685	14,606	14,490			10,193	
1	15,065	14,935	14,848	14,723			10,060	
2	15,077	14,938	14,845	14,712			9,736	
3	15,072	14,923	14,825	14,683			9,378	
4	15,061	14,903	14,798	14,647			8,994	
5	15,048	14,880	14,768	14,606			8,583	
6	15,033	14,853	14,734	14,562			8,145	
7	15,016	14,824	14,697	14,514			7,677	
8	14,997	14,793	14,658	14,462			7,179	
9	14,976	14,759	14,615	14,407			6,648	
10	14,953	14,722	14,569	14,347			6,082	
11	14,929	14,683	14,519	14,283			5,478	
12	14,904	14,641	14,467	14,215			4,836	
13	14,876	14,597	14,411	14,143			4,152	
14	14,848	14,550	14,352	14,067			3,423	
15	14,818	14,500	14,290	13,986			2,646	
16	14,787	14,449	14,224	13,900			1,819	
17	14,755	14,394	14,155	13,810			0,939	
18	14,721	14,337	14,083	13,715			000	
19	14,686	14,277	14,006	13,614				
20	14,650	14,214	13,925	13,508				
21	14,612	14,148	13,840	13,394				
22	14,572	14,077	13,749	13,274				
23	14,529	14,002	13,652	13,146				
24	14,485	13,923	13,550	13,011				
25	14,438	13,839	13,441	12,867				
26	14,388	13,750	13,326	12,714				
27	14,336	13,655	13,204	12,551				
28	14,281	13,556	13,074	12,379				
29	14,223	13,450	12,937	12,196				
30	14,163	13,338	12,791	12,001				
31	14,099	13,220	12,637	11,794				
32	14,032	13,094	12,473	11,575				
33	13,961	12,961	12,299	11,341				
34	13,886	12,820	12,113	11,092				
35	13,807	12,671	11,917	10,828				
36	13,724	12,512	11,709	10,547				
37	13,636	12,344	11,487	10,249				
38	13,544	12,166	11,252	9,931				
39	13,448	11,978	11,003	9,594				
40	13,346	11,778	10,738	9,235				
41	13,240	11,567	10,457	8,853				
42	13,128	11,343	10,158	8,447				
43	13,011	11,105	9,841	8,015				
44	12,888	10,854	9,505	7,555				
45	12,760	10,588	9,148	7,066				
46	12,625	10,306	8,768	6,546				
47	12,485	10,008	8,365	5,991				
48	12,339	9,692	8,937	5,401				
49	12,186	9,358	7,482	4,772				
50	12,026	9,003	6,998	4,101				

Barème de capitalisation de rentes (suite)

Sexe féminin

Age	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
-----	---	--	--	--	--	--	--

	Prix d'un franc de rente viagère	65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
51	11,861	8,628	6,483	3,385				
52	11,688	8,230	5,936	2,622				
53	11,509	7,808	5,353	1,806				
54	11,323	7,360	4,731	0,933				
55	11,130	6,885	4,069	000				
56	10,931	6,380	3,361					
57	10,725	5,844	2,605					
58	10,512	5,272	1,797					
59	10,293	4,664	0,930					
60	10,067	4,015	000					
61	9,835	3,321						
62	9,597	2,578						
63	9,352	1,781						
64	9,103	0,924						
65	8,848	000						
66	8,588							
67	8,324							
68	8,056							
69	7,784							
70	7,509							
71	7,232							
72	6,953							
73	6,672							
74	6,391							
75	6,110							
76	5,830							
77	5,551							
78	5,275							
79	5,001							
80	4,731							
81	4,466							
82	4,205							
83	3,950							
84	3,701							
85	3,459							
86	3,224							
87	2,997							
88	2,778							
89	2,567							
90	2,365							
91	2,172							
92	1,989							
93	1,814							
94	1,649							
95	1,494							
96	1,347							
97	1,210							
98	1,081							
99	0,961							
100	0,847							

La rente annuelle correspond au produit des revenus annuels de la victime par son taux d'incapacité permanente, en l'occurrence, ici 12.197 €, soit 80 000 F. Le capital constitutif de la rente est égal au produit de la rente annuelle par le prix de franc de rente atteint par la victime à l'âge de la consolidation de ses blessures.

Dans le cadre du même exemple, si la victime est de sexe masculin, âgée de 40 ans, à la date de consolidation de ses blessures, le capital consécutif d'une rente viagère est de $80\,000\text{ F} \times 12,446 = 995.680\text{ F}$, soit 151.804 € .

Une rente viagère est une rente attribuée durant toute la vie . Il s'agit d'un droit dont on a la jouissance durant sa vie .

Le capital effectif d'une rente temporaire jusqu'à l'âge de 60 ans est de $80\,000\text{ F} \times 10,423 = 833.840\text{ F}$, soit 127.129 € .

A l'opposé un capital peut être converti en une rente annuelle en le divisant par le prix du franc de rente soit dans notre exemple pour une rente viagère de $995\,680\text{ F} : 12,446 = 80\,000\text{ F}$, soit 12.197 € .

Ainsi, le préjudice subi par une victime masculine âgée de 40 ans qui au moment de l'accident avait un salaire de $10\,000\text{ F}$ / an et reste atteinte d'une incapacité permanente de 30 % serait de $10\,000 \times 12,446 \times 30 : 100 = 37.338\text{ F}$, soit 5.693 € .

Suivant la nature du préjudice à réparer, on utilise :

- soit le prix du franc de rente temporaire lorsque la rente s'échelonne dans le temps pour une période dite à déterminer à l'avance par exemple 10 ans.

Si le préjudice est de nature uniquement économique, on utilise le prix du franc de rente temporaire (par exemple, 55, 60 ou 65 ans) selon l'âge auquel la victime prend sa retraite.

Par exemple, un homme de 30 ans reçoit une rente jusqu'à l'âge de 60 ans .

L'indemnité en capital a été fixée à 15.000 € , soit 100.000 F . Il percevra une rente annuelle sur 30 ans de $100.000\text{ F} / 12,517 = 7.989\text{ F}$, soit 1.218 € .

- soit le prix du franc de rente viagère lorsque la rente est versée la vie durant.

Lorsqu'on indemnise un préjudice physique avec une incidence économique par exemple la perte d'une main pour un chirurgien, on utilise le prix du franc de rente viagère car la victime subira les conséquences de son accident toute sa vie.

Cette méthode de calcul mathématique présente par contre un intérêt lorsque l'incapacité agit sur la capacité de gain de la victime .

Ce calcul mathématique peut pêcher par excès dans certains cas :

/ dans le cas des petites IPP pour les victimes jeunes disposant d'un haut revenu.

Ensuite,

/ parce que l'incapacité permanente partielle n'exerce pas d'influence sur l'activité professionnelle de la victime mais une simple gêne et ne provoque de ce fait aucune réduction de salaire ou de revenu. Ceci est en particulier valable pour les professions libérales ou intellectuelles.

A l'inverse, ce principe de calcul mathématique pêche par insuffisance dans certains cas :

/ dans le cas de personnes jeunes en début de carrière.

/ dans le cas des bas salaires et des victimes âgées pour une rente ou un capital constitutif

/ pour les victimes sans profession ou retraitées qui sont alors privées de toute réparation.

/ lorsque l'incapacité agit sur la capacité de gain de la victime, lorsque la victime devient inapte à toute activité professionnelle, ou parce que la victime devant abandonner un emploi antérieur à l'accident , se reconvertisse dans une autre activité entraînant une perte de salaire ou de revenus. En effet, dans ce cas, on peut

effectivement capitaliser mathématiquement la perte totale ou partielle de revenu en la compensant par une rente viagère ou temporaire jusqu'à l'âge de 60 ou 55 ans mais le calcul mathématique néglige alors l'atteinte ou la gêne dans les actes de la vie privée qui est actuellement qualifié d'incapacité permanente physiologique. En effet, l'incapacité qui est indemnisée dans le cas de ce calcul mathématique est uniquement l'incapacité permanente partielle économique ou professionnelle.

Cette méthode du calcul dit mathématique est considérée comme assez arbitraire, en particulier, si l'accident n'a pas entraîné de répercussion sur le revenu.

On reproche à cette méthode que les calculs tiennent compte uniquement du taux d'IPP sans aucune influence sur l'activité professionnelle de la victime.

Imaginons ainsi le cas de deux victimes âgées à peu près du même âge, du même sexe, l'une travailleur manuel et l'autre exerçant une profession plus intellectuelle de type employé de banque. Par ce calcul mathématique, l'indemnisation sera identique mais dans le cas du travailleur manuel, la victime si elle présente un taux d'IPP important devra probablement opérer une reconversion avec également probablement une perte de revenus tandis que l'employé de banque pourra poursuivre sa carrière même avec un taux d'IPP relativement important, sans aucune conséquence financière et pouvant même à la limite conserver une évolution professionnelle sous forme d'une promotion.

De même, la perte de l'index n'a pas le même retentissement pour un employé de bureau et un chirurgien .

Une Cour d'appel pourrait très bien indemniser distinctement le préjudice par exemple physiologique de la victime par un taux d'IPP de 50 % et en y ajoutant la réparation du préjudice économique par la méthode du calcul mathématique basée sur le bénéfice net annuel relevé par l'expert comptable et le prix du franc de rente .

δ.6.2. Méthode du calcul de l'indemnisation au point d'incapacité

δ.6.2.1. Généralités

Le calcul de l'indemnisation au point se base sur le fait que la jurisprudence par son expérience de l'allocation d'un capital constitutif pour un taux d'incapacité donné à l'origine selon le principe du calcul mathématique en a tiré par expérience des valeurs du point d'incapacité en divisant ce capital constitutif par le taux d'incapacité permanente. Cette méthode consiste à attribuer une certaine somme par point d'incapacité. 1 % d'IPP équivaut à un point . " Le point " ou plus exactement " le point d'incapacité " se définit comme la somme obtenue en divisant la somme allouée en réparation du préjudice résultant de l'incapacité permanente par le taux de cette incapacité.

Par exemple si un victime atteinte d'une IPP de 30 % se voit allouée une somme de 91477 €, soit 600.000 F, le point d'incapacité se monte à 3.049 €, soit 20.000 F et le calcul au point consiste alors à fixer une somme en s'inspirant de cas similaires décidés par la juridiction ou ou à défaut par d'autres juridictions pour le même point d'incapacité.

Le calcul de la valeur du point d'incapacité se base sur les données statistiques fondées sur les précédents judiciaires. On a ainsi mis au point des grilles de valeur du point d'incapacité, des abaques en fonction de l'âge de la victime et du taux d'incapacité permanente .

Le capital réparateur de l'incapacité permanente s'obtient en multipliant le taux d'IPP par la valeur du point . Pour le convertir en rente viagère ou temporaire, il convient alors de le diviser par le prix de franc de rente correspondant à l'âge de la victime, à la date de la consolidation des blessures .

Cette méthode du calcul au point correspond au calcul par la valeur du point d'incapacité épurée de sa connotation économique. Elle s'applique essentiellement dans le cas d'une perte de revenus non prouvée .

Le calcul au point constitue un élément fondamental de la réparation de l'incapacité permanente au moins pour l'incapacité physiologique.

Cette méthode s'inspire purement et simplement de la jurisprudence. Elle est la plus souvent utilisée en pratique.

La critique potentielle est qu'elle octroie une indemnité globale sans distinguer entre préjudice économique et le préjudice strictement physique ou fonctionnel imputable à l'accident. En effet, le calcul au point se base pour indemniser un préjudice professionnel , sur le taux d'incapacité qui constitue une notion physiologique . Ainsi, une même lésion traumatique aurait des conséquences identiques pour toutes les victimes , avec donc un préjudice professionnel économique proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle . Ceci est bien sûr faux, et une même lésion traumatique entraîne des conséquences économiques fort différentes suivant l'activité professionnelle de chaque blessé pris individuellement . Par exemple, la perte d'un index gênera beaucoup plus un chirurgien qu'un receveur des impôts . A l'inverse, cette méthode conduit à indemniser un préjudice économique qui parfois n'existe pas du tout: cas du retraité, du rentier, de la victime qui, après consolidation, reprend une activité professionnelle sans baisse de ses ressources .

L'inconvénient du calcul au point réside dans le fait que le calcul pour la valeur du point favorise l'indemnisation des taux d'IPP élevés, pour des victimes de plus en plus âgées avec des revenus modestes ou chez des personnes sans profession.

En fait, en comparant le principe du calcul mathématique et le calcul par la valeur du point, on considère que le calcul mathématique est plus adapté lorsque le taux d'IPP exerce une influence économique ou professionnelle. Le calcul par la valeur du point de l'incapacité est plus indiqué pour la gêne dans les activités de la vie privée et professionnelle.

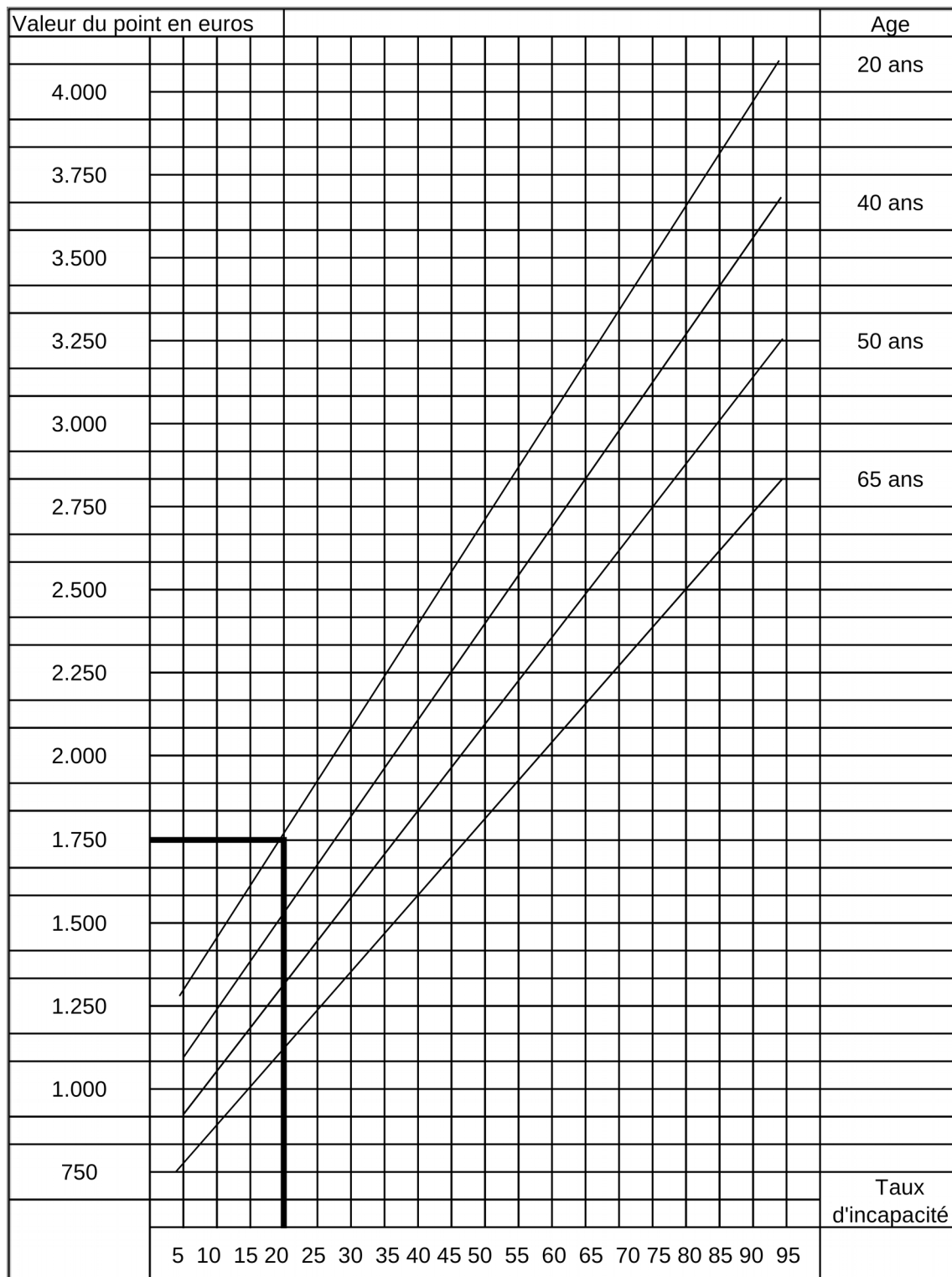
Elle ne devrait donc être utilisée qu'à défaut d'élément permettant une évaluation plus précise.

δ.6.2.2. Les barèmes des Cours d'appel

Chaque Cour d'appel au niveau régional a créé sa propre grille de valeur de point. Il convient de noter que la valeur du point d'IPP est très variable suivant le lieu de ressort de la Cour d'appel.

A titre d'exemple, en novembre 2008 pour un handicap de 8%, la valeur du point d'IPP est évalué à 829€ à la Cour d'appel de Colmar alors qu'elle est évaluée à 1370€ à la Cour d'appel de Nancy soit une variation de 65%.

1) L'ouvrage de Le Roy M. : L'évaluation du préjudice corporel . Paris : Editions Litec, 18° édition, 2007 en a effectué une synthèse sous forme d'une courbe moyenne .



Déficit fonctionnel séquellaire
 Valeur moyenne du point de déficit
 Abaque réalisé d'après la jurisprudence des cours d'appel en 2003

Exemple : victime âgée de 20 ans, atteinte d'une IPP de 25 %;
valeur du point : 1.750 euros

Tiré de Le Roy M. : L'évaluation du préjudice corporel . Paris : Editions Litec, 18°
édition, 2007 .

2) Voici un exemple de barème d'indemnisation du préjudice corporel adopté par le
Tribunal de grande instance de Metz à jour en 2005 :

- Incapacité permanente :

Barème indicatif d'indemnisation de l'incapacité permanente partielle
TGI de Metz -2005

Valeur du point de DFP en fonction du taux global de DFP et de l'âge de la victime

	10 ans	15 ans	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans	50 ans
2%	900 €	850 €	800 €	775 €	750 €	725 €	700 €	650 €	600 €
4%	996 €	945 €	894 €	867 €	841 €	814 €	814 €	733 €	678 €
6%	1092 €	1040 €	988 €	959 €	932 €	903 €	903 €	816 €	756 €
8%	1188 €	1135 €	1082 €	1051 €	1023 €	992 €	964 €	899 €	834 €
10%	1284 €	1230 €	1176 €	1143 €	1114 €	1081 €	1052 €	982 €	912 €
12%	1380 €	1325 €	1270 €	1235 €	1205 €	1170 €	1140 €	1065 €	990 €
14%	1476 €	1420 €	1364 €	1327 €	1296 €	1259 €	1228 €	1148 €	1068 €
16%	1572 €	1510 €	1458 €	1419 €	1387 €	1348 €	1316 €	1231 €	1146 €
18%	1668 €	1610 €	1552 €	1511 €	1478 €	1437 €	1404 €	1314 €	1224 €
20%	1764 €	1705 €	1646 €	1603 €	1569 €	1526 €	1492 €	1397 €	1302 €
22%	1860 €	1800 €	1740 €	1695 €	1660 €	1615 €	1580 €	1480 €	1380 €
24%	1956 €	1895 €	1834 €	1787 €	1751 €	1704 €	1668 €	1563 €	1458 €
26%	2052 €	1990 €	1928 €	1879 €	1842 €	1793 €	1756 €	1646 €	1536 €
28%	2148 €	2085 €	2022 €	1971 €	1933 €	1882 €	1844 €	1729 €	1614 €
30%	2244 €	2180 €	2116 €	2063 €	2024 €	1971 €	1932 €	1812 €	1692 €
32%	2340 €	2275 €	2210 €	2155 €	2115 €	2060 €	2020 €	1895 €	1770 €
34%	2436 €	2370 €	2304 €	2247 €	2206 €	2149 €	2108 €	1978 €	1848 €
36%	2532 €	2465 €	2398 €	2339 €	2297 €	2238 €	2196 €	2061 €	1926 €
38%	2628 €	2560 €	2492 €	2431 €	2388 €	2327 €	2284 €	2144 €	2004 €
40%	2724 €	2655 €	2586 €	2523 €	2479 €	2416 €	2372 €	2227 €	2082 €
42%	2820 €	2750 €	2680 €	2615 €	2570 €	2505 €	2460 €	2310 €	2160 €
44%	2916 €	2850 €	2774 €	2707 €	2661 €	2594 €	2548 €	2393 €	2238 €
46%	3012 €	2940 €	2868 €	2799 €	2752 €	2683 €	2636 €	2476 €	2316 €
48%	3108 €	3035 €	2962 €	2891 €	2843 €	2772 €	2724 €	2559 €	2394 €
50%	3204 €	3130 €	3056 €	2983 €	2934 €	2861 €	2812 €	2642 €	2472 €
52%	3300 €	3225 €	3150 €	3075 €	3025 €	2950 €	2900 €	2725 €	2550 €
54%	3396 €	3320 €	3244 €	3167 €	3116 €	3039 €	2988 €	2808 €	2628 €
56%	3492 €	3415 €	3338 €	3259 €	3207 €	3128 €	3076 €	2891 €	2706 €
58%	3588 €	3510 €	3432 €	3351 €	3298 €	3217 €	3164 €	2974 €	2784 €
60%	3684 €	3605 €	3526 €	3443 €	3389 €	3306 €	3252 €	3057 €	2862 €
62%	3780 €	3700 €	3620 €	3535 €	3480 €	3395 €	3340 €	3140 €	2940 €
64%	3876 €	3795 €	3714 €	3627 €	3571 €	3484 €	3428 €	3223 €	3018 €
66%	3972 €	3890 €	3808 €	3719 €	3662 €	3573 €	3516 €	3306 €	3096 €
68%	4068 €	3985 €	3902 €	3811 €	3753 €	3662 €	3604 €	3389 €	3174 €
70%	4164 €	4080 €	3996 €	3903 €	3844 €	3751 €	3692 €	3472 €	3252 €
72%	4260 €	4175 €	4090 €	3995 €	3935 €	3840 €	3780 €	3555 €	3330 €
74%	4356 €	4270 €	4184 €	4087 €	4026 €	3929 €	3868 €	3638 €	3408 €
76%	4452 €	4365 €	4278 €	4179 €	4117 €	4018 €	3956 €	3721 €	3489 €
78%	4548 €	4460 €	4372 €	4271 €	4208 €	4107 €	4044 €	3804 €	3564 €
80%	4644 €	4555 €	4466 €	4363 €	4299 €	4196 €	4132 €	3887 €	3642 €

82%	4740 €	4650 €	4560 €	4455 €	4390 €	4285 €	4220 €	3970 €	3720 €
84%	4865 €	4745 €	4654 €	4547 €	4481 €	4374 €	4308 €	4053 €	3798 €
86%	4932 €	4840 €	4748 €	4639 €	4572 €	4463 €	4396 €	4136 €	3876 €
88%	5028 €	4935 €	4842 €	4731 €	4663 €	4552 €	4484 €	4219 €	3654 €
90%	5124 €	5030 €	4936 €	4823 €	4754 €	4641 €	4572 €	4302 €	4032 €
92%	5220 €	5125 €	5030 €	4915 €	4845 €	4730 €	4660 €	4385 €	4110 €
	10 ans	15 ans	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans	50 ans
94%	5316 €	5220 €	5124 €	5007 €	4936 €	4819 €	4748 €	4468 €	4188
96%	5412 €	5315 €	5218 €	5099 €	5027 €	4908 €	4836 €	4551 €	4266
98%	5508 €	5410 €	5312 €	5191 €	5118 €	4997 €	4924 €	4634 €	4344
100%	5604 €	5505 €	5406 €	5283 €	5209 €	5086 €	5012 €	4717 €	4422
	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans	90 ans	95 ans
2%	550 €	500 €	450 €	400 €	375 €	350 €	325 €	300 €	275 €
4%	622 €	563€	504 €	447 €	416 €	388 €	359 €	331 €	302 €
6%	694 €	626€	558 €	494 €	457 €	426 €	393 €	362 €	329 €
8%	766 €	689€	612 €	541 €	498 €	464 €	427 €	393 €	356 €
10%	838 €	752€	666 €	588 €	539 €	502 €	461 €	424 €	383 €
12%	910 €	815€	720 €	635 €	580 €	540 €	495 €	455 €	410 €
14%	982 €	878€	774 €	682 €	621 €	578 €	529 €	486 €	437 €
16%	1054 €	941€	828 €	729 €	662 €	616 €	563 €	517 €	464 €
18%	1126 €	1004€	882 €	776 €	703 €	654 €	597 €	548 €	491 €
20%	1198 €	1067€	936 €	823 €	744 €	692 €	631 €	579 €	518 €
22%	1270 €	1130€	990 €	870 €	785 €	730 €	665 €	610 €	545 €
24%	1342 €	1193€	1044 €	917 €	826 €	768 €	699 €	641 €	572 €
26%	1414 €	1256€	1098 €	964 €	867 €	806 €	733 €	672 €	599 €
28%	1486 €	1319€	1152 €	1011 €	908 €	844 €	767 €	703 €	626 €
30%	1558 €	1382€	1206 €	1058 €	949 €	882 €	801 €	734 €	653 €
32%	1630 €	1445€	1260 €	1105 €	990 €	920 €	835 €	765 €	680 €
34%	1702 €	1508€	1314 €	1152 €	1031 €	958 €	869 €	796 €	707 €
36%	1774 €	1571€	1368 €	1199 €	1072 €	996 €	903 €	827 €	734 €
38%	1846 €	1634€	1422 €	1246 €	1113 €	1034 €	937 €	858 €	761 €
40%	1918 €	1697€	1476 €	1293 €	1154 €	1072 €	971 €	889 €	788 €
42%	1990 €	1760€	1530 €	1340 €	1195 €	1110 €	1005 €	920 €	815 €
44%	2062 €	1823€	1584 €	1387 €	1236 €	1148 €	1039 €	951 €	842 €
46%	2134 €	1886€	1638 €	1434 €	1277 €	1186 €	1073 €	982 €	869 €
48%	2206 €	1949€	1692 €	1481 €	1318 €	1224 €	1107 €	1013 €	896 €
50%	2278 €	2012€	1746 €	1528 €	1359 €	1262 €	1141 €	1044 €	923 €
52%	2350 €	2075€	1800 €	1575 €	1400 €	1300 €	1175 €	1075 €	950 €
54%	2422 €	2138€	1854 €	1622 €	1441 €	1338 €	1209 €	1106 €	977 €
56%	2494 €	2201€	1908 €	1669 €	1482 €	1376 €	1243 €	1137 €	1004 €
58%	2566 €	2264€	1962 €	1716 €	1523 €	1414 €	1277 €	1168 €	1031 €
60%	2638 €	2327€	2016 €	1763 €	1564 €	1452 €	1311 €	1199 €	1058 €
62%	2710 €	2390€	2070 €	1810 €	1605 €	1490 €	1345 €	1230 €	1085 €
64%	2782 €	2453€	2124 €	1857 €	1646 €	1528 €	1379 €	1261 €	1112 €
66%	2854 €	2516€	2178 €	1904 €	1687 €	1566 €	1413 €	1292 €	1139 €
68%	2926 €	2579€	2232 €	1951 €	1728 €	1604 €	1447 €	1323 €	1166 €
70%	2998 €	2642€	2286 €	1998 €	1769 €	1642 €	1481 €	1354 €	1193 €
72%	3070 €	2705€	2340 €	2045 €	1810 €	1680 €	1515 €	1385 €	1220 €
74%	3142 €	2768€	2394 €	2092 €	1851 €	1718 €	1549 €	1416 €	1247 €
76%	3214 €	2831€	2448 €	2139 €	1892 €	1756 €	1583 €	1447 €	1274 €
78%	3286 €	2894€	2502 €	2186 €	1933 €	1794 €	1617 €	1478 €	1301 €
80%	3358 €	2957€	2556 €	2233 €	1974 €	1832 €	1651 €	1509 €	1328 €
82%	3430 €	3020€	2610 €	2280 €	2015 €	1870 €	1685 €	1540 €	1355 €
84%	3502 €	3083€	2664 €	2327 €	2056 €	1908 €	1719 €	1571 €	1382 €

86%	3574 €	3146€	2718 €	2374 €	2097 €	1946 €	1753 €	1602 €	1409 €
	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans	90 ans	95 ans
88%	3646 €	3209€	2772 €	2421 €	2138 €	1984 €	1787 €	1633 €	1436 €
90%	3718 €	3272 €	2826 €	2468 €	2179 €	2022 €	1821 €	1664 €	1463 €
92%	3790 €	3335 €	2880 €	2515 €	2220 €	2060 €	1855 €	1695 €	1490 €
94%	3862 €	3398 €	2934 €	2562 €	2261 €	2098 €	1889 €	1726 €	1517 €
96%	3934 €	3461 €	2988 €	2609 €	2302 €	2136 €	1923 €	1757 €	1544 €
98%	4006 €	3524 €	3042 €	2656 €	2343 €	2174 €	1957 €	1788 €	1571 €
100%	4078 €	3587 €	3096 €	2703 €	2384 €	2212 €	1991 €	1819 €	1598 €

- Pretium doloris :

* Côté à 1/7 ou ou qualifié de très léger : de 750 euros à 1.000 euros

* Côté à 2/7 ou qualifié de léger : de 1.250 euros à 2.000 euros

* Côté à 3/7 ou qualifié de modéré : de 2.500 euros à 4.000 euros

* Côté à 4/7 ou qualifié de moyen : 4.500 euros à 7.000 euros

* Côté à 5/7 ou qualifié de assez important : 8.000 euros à 17.000 euros

* Côté à 6/7 ou qualifié d'important : 18.500 euros à 27.000 euros

* Côté à 7/7 ou qualifié de très important : de 30.000 euros à 40.000 euros .

- Préjudice esthétique :

Barème identique à celui du pretium doloris.

- Préjudice d'agrément :

Troubles dans les conditions d'existence à apprécier suivant les éléments de preuve.

- Préjudice moral des proches en cas de décès de la victime :

* Conjoint ou concubin : de l'ordre de 20.000 euros à 25.000 euros suivant les circonstances.

* Parent pour la perte d'un enfant vivant au foyer : de l'ordre de 20.000 euros à 25.000 euros .

Parent pour la perte d'un enfant vivant hors foyer : de 12.000 euros à 18.000 euros .

* Frères et soeurs :

vivant sous le même toit : indemnisation de l'ordre de 8.000 euros à 12.000 euros.

ne vivant pas sous le même toit : indemnisation de l'ordre de 4.000 euros à 8.000 euros.

* Grands-parents :

pour la perte d'un petit-enfant vivant sous le même toit : indemnisation de l'ordre de 6.000 euros à 10.000 euros.

pour la perte d'un petit-enfant ne vivant pas sous le même toit : indemnisation de l'ordre de 3.000 euros à 7.000 euros.

* Enfant mineur pour la perte d'un parent : indemnisation de l'ordre de 20.000 euros à 25.000 euros.

Enfant mineur déjà orphelin pour la perte d'un parent : indemnisation de l'ordre de 30.000 euros à 40.000 euros.

Enfant majeur vivant au foyer pour la perte d'un parent : indemnisation de l'ordre de 12.000 euros à 18.000 euros.

Enfant majeur vivant hors foyer pour la perte d'un parent : indemnisation de l'ordre de 10.000 euros à 16.000 euros.

* Petit-enfant pour la perte d'un grand-parent vivant sous le même toit :
indemnisation de l'ordre de 6.000 euros à 10.000 euros.

Petit-enfant pour la perte d'un grand-parent ne vivant pas sous le même toit :
indemnisation de l'ordre de 3.000 euros à 7.000 euros.

* Arrière-grand-parent pour la perte d'un arrière-petit-enfant ou l'inverse :
indemnisation de l'ordre de 2.000 euros à 5.000 euros.

/ Gêne dans les activités quotidiennes pendant l'incapacité :

Indemnisation sur la base du S.M.I.C. à moduler suivant son importance et la nature des activités.

3) Voici un deuxième exemple de barème indicatif d'indemnisation des victimes d'un préjudice corporel adopté par la Cour d'appel d'Aix en Provence établi en 2009 :

Préjudices subis par les victimes par ricochets (préjudice résultant de la mort)

A- Préjudices moraux

Préjudice moral en cas de décès d'un proche parent

Personne décédée	Victime par ricochet	Evaluation
Conjoint / Concubin / Pacsé		17.000 à 25.500 €
	Parents	17.000€ à 25.500€
Enfant	Frère / sœur vivant au foyer	9.500 à 12.500€
	Frère / sœur ne vivant pas au foyer	6.500€ à 9.500€
	Grands-parents vivant au foyer	9.500€ à 12.500€
	Grands-parents ne vivant pas au foyer	6.500€ à 9.500€
	Enfant mineur	17.000€ à 25.500€
Parent	Enfant déjà orphelin	Majoration jusqu'à 50%
	Enfant majeur vivant au foyer	12.500 à 16.500€
	Enfant majeur ne vivant plus au foyer	8.500€ à 12.500€

B- Préjudice patrimonial

1° conjoint, concubin ou pacsé survivant

a) sans ressources propres

Deux éléments en jeu : - le nombre d'enfants à charge

- le niveau de vie de la victime avant son décès

Plus le niveau de ces revenus est faible, plus la part réservée aux besoins du ménage est importante.

La part annuelle des revenus réservée au conjoint, concubin ou pacsé survivant comprend à la fois la satisfaction de ses propres besoins et celle du foyer subsistant. Il en résulte que cette part dépend du nombre d'enfants restés à charge.

A titre indicatif, moyenne des taux de répartition des revenus du décédé :

Part du Chef de Famille Survivant (CFS)	Part des enfants
CFS sans enfant 60 à 80 %	
CFS avec 1 enfant 60 à 72 %	10 à 15 %
CFS avec 2 enfants 55 à 65 %	$7,50 \times 2 = 15$ à 20 %
CFS avec 3 enfants 52 à 62 %	$6 \times 3 = 18$ à 23 %
CFS avec 4 enfants 50 à 60 %	$5 \times 4 = 20$ à 25 %
CFS avec 5 enfants 45 à 55 %	$5 \times 5 = 25$ à 30 %

b) disposant de ressources propres

Si le conjoint, concubin ou pacsé survivant, exerce une activité professionnelle rémunérée ou dispose de revenus personnels, l'indemnisation allouée résultera des ressources respectives des conjoints sans que les ressources du décédé prises en compte pour ce calcul soient inférieures au tiers des revenus de ce dernier.

2° Enfants

Dans la limite du pourcentage déterminé pour la répartition des revenus entre survivant et enfants, ceux-ci vont bénéficier de revenus sous forme de rente ou de capital pour la satisfaction de leurs propres besoins jusqu'à l'âge de la fin de leurs études.

Le cas échéant prise en compte des revenus tirés de la dévolution successorale.

3° Parents pour la perte d'un enfant

Preuve exigée que les parents recevaient des subsides ou étaient à la charge de l'enfant et, le cas échéant, prise en compte des revenus tirés de la dévolution successorale.

II – Préjudice résultant des blessures

A – Préjudice résultant de l'atteinte à l'intégrité physique

1° Incidence professionnelle temporaire ou perte de gains actuelle

En principe l'indemnisation doit réparer la perte de ressources ou les frais occasionnés par l'arrêt provisoire d'activité professionnelle.

S'il n'y a pas de difficulté pour les salariés, à propos desquels la production des bulletins de paye antérieurs à l'accident est exigée, par contre, pour les professions libérales, commerciales, industrielles ou agricoles il faut rechercher la preuve de la privation de ressources à partir des bénéfices nets augmentés des frais fixes et non des recettes et rejeter comme preuve les documents relatifs au seul chiffre d'affaires

qui en aucun cas ne peut être considéré comme un bénéfice brut ou net. Les déclarations fiscales sont à retenir comme une base difficilement discutable

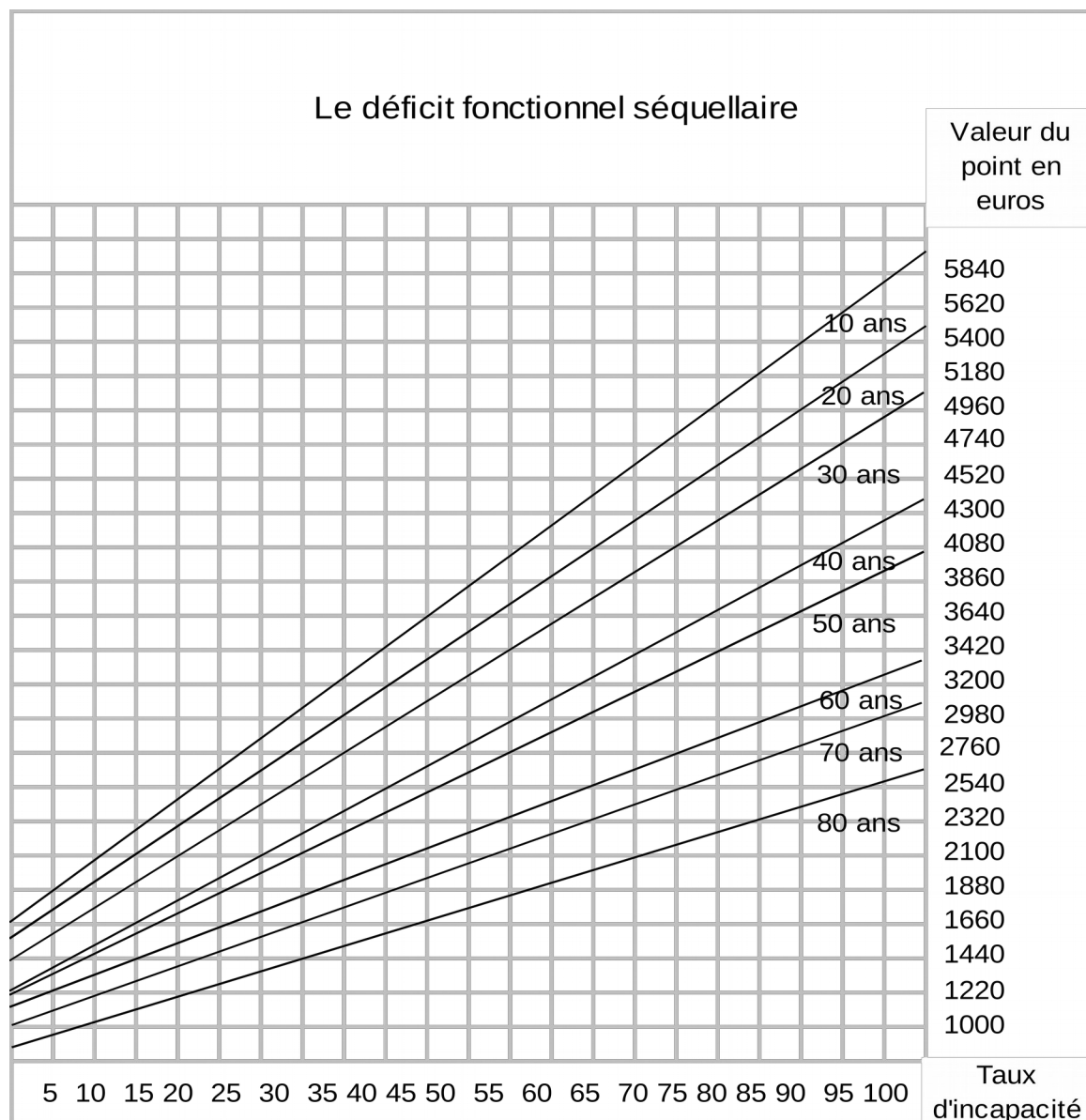
2° Préjudice scolaire

Pour les personnes scolarisées :

- Indemnisation sur la base de 350 à 500 € pour les courtes durées suivant l'âge.
- La perte d'une année scolaire s'apprécie différemment selon le niveau d'études poursuivies :
 - o Ecolier : 5.000€
 - o Collégien : 8.000€
 - o Lycéen : 9.000€
 - o Etudiant : 10.000€.

3° Incapacité permanente partielle

L'atteinte à l'intégrité physiologique, qu'il y ait ou non retentissement professionnel, est indemnisée indépendamment de celui-ci, au point d'IPP selon le tableau suivant :



4° le retentissement professionnel définitif ou perte de gains futurs

Il est indemnisé, en sus, selon les modalités suivantes :

L'indemnisation doit réparer, à compter de la date de consolidation, le retentissement définitif du dommage sur l'exercice de l'activité professionnelle.

Lorsque la perte de revenus est avérée et objective (licenciement consécutif à l'accident, impossibilité de retrouver un emploi avec le même niveau de rémunération, réduction du temps de travail, impossibilité d'exercer ultérieurement un métier librement choisi et pour lequel l'intéressé s'était spécialement préparé...) le préjudice économique est calculé :

- pour la période antérieure au jour de la liquidation du préjudice : en multipliant la perte mensuelle ou annuelle par le nombre de mois ou d'années écoulées depuis la date de consolidation ou le point de départ de la perte de revenus, s'il est postérieur à cette date, jusqu'au jour de la liquidation du préjudice (l'Euro de rente qui inclut la rémunération du capital ne pouvant recevoir application pour des sommes déjà dues et cependant non versées),

- pour la période postérieure au jour de la liquidation du préjudice : en procédant à une capitalisation par la multiplication de la perte annuelle par l'Euro de rente temporaire ou viager calculé par rapport à l'âge de la victime au jour de cette liquidation (Cf le barème publié à la Gazette du Palais des 7-9 Novembre 2004, publié en annexe du présent document, lequel tient compte des dernières tables de mortalité INSEE et d'un taux d'intérêt actualisé) .

Lorsque l'accident entraîne une incidence professionnelle sans que puisse se dégager d'éléments objectifs de perte de revenus, l'indemnisation de cette incidence est alors faite au titre d'une perte de chance évaluées selon le cas d'espèce .

5° Tierce personne

L'indemnisation pour l'assistance d'une tierce personne, constatée et évaluée par l'expertise judiciaire, ne peut être supprimée ou réduite en cas d'assistance conjugale ou familiale.

L'évaluation du coût de cette assistance (horaire ou mensuel) se fait in concreto par rapport au cas particulier de l'espèce.

Une prise en charge permanente de la victime au domicile familial inclut en particulier un ensemble de prestations différentes telles que les actes essentiels de la vie, les soins non médicaux, l'accompagnement et la présence.

Il convient en effet de tenir compte :

- du degré de formation requis de la tierce personne en fonction du handicap et des tâches supplétives demandées ;
- de l'incidence du handicap sur le taux des charges patronales ;

B – Préjudices personnels

1° Déficit fonctionnel temporaire

Ce poste de préjudice répare la gêne dans les actes de la vie courante et la perte temporaire de qualité de vie résultant de l'immobilisation pendant la période d'incapacité temporaire. Il peut être alloué, sans justificatif de l'engagement de dépenses particulières, jusqu'à 750 € par mois pour les victimes eu égard, en particulier, à la composition de la cellule familiale. Cette somme peut être dépassée sur justificatifs, notamment en cas de nécessité de faire appel à une aide extérieure temporaire.

2° Pretium doloris

Préjudice au titre des souffrances endurées et préjudice esthétique
(évalué sur une échelle allant de 1 à 7)

Quantum	Appréciation	Evaluation
0-1	Préjudice très léger	Jusqu'à 1.750 €
1-2	Préjudice léger	De 1.750 € à 3.500 €
2-3	Préjudice modéré	De 3.500€ à 5.300€
3-4	Préjudice moyen	De 5.300€ à 10.600€

4-5	Préjudice assez important	De 10.600€ à 21.300€
5-6	Préjudice important	De 21.300€ à 35.200€
6-7	Préjudice très important	Au-delà de 35.200€

3 ° Préjudice esthétique

Taux identique au pretium doloris

4° Préjudice d'agrément

L'indemnisation se fait selon le cas d'espèce .

5° Préjudice sexuel et d'établissement

Dans ce poste, peuvent être indemnisés :

- Le préjudice morphologique,
- Le préjudice lié à l'acte sexuel qui repose sur la perte de plaisir lié à l'accomplissement de cet acte,
- Le préjudice est pris en compte lorsqu'il est établi par l'expertise et ouvre droit à une indemnisation qui varie de 8.400€ à 50.600€ selon l'âge et le cas d'espèce, selon qu'il existe un préjudice d'établissement ou non et selon qu'il y a déjà des enfants ou non.

C – Préjudice né des blessures d'un proche

1°) Préjudice moral du conjoint, des enfants
Laissé à l'appréciation selon les cas d'espèce

2°) Préjudice moral des parents
Même remarque que précédemment

3°) Préjudice sexuel d'un conjoint
Même remarque que précédemment

δ.6.2.3. Tableau de la valeur du point dans le protocole d'accord, assureurs-organismes sociaux

- Sur le plan conventionnel, le protocole d'accord du 24 mai 1983 entre certains organismes sociaux et les entreprises d'assurance comprend une échelle de valeur du point actualisée chaque année.

Il existe un tableau de la valeur du point pour la détermination du préjudice correspondant à l'incapacité permanente qui figure dans le protocole d'accord, assureurs-organismes sociaux. Il est établi à partir des décisions judiciaires et les transactions.

δ.6.2.4. Valeur du point indiquée par l'AGIRA

Au niveau national, l'AGIRA, en vertu de l'article 26 de la loi N°85-677 du 5 juillet 1985 (Code des assurances, article L. 211-23) tient un fichier accessible à tous des valeurs de point relatives aux indemnités fixées par les jugements et transactions. L'association pour la gestion des informations sur le risque en assurance (Agira) a remis en février 2008 un rapport concernant les dossiers réglés en 2006 et qui lui ont été transmis. Cet organisme est chargé, sous le contrôle de l'autorité publique, d'établir une publication périodique rendant compte des indemnités fixées par les jugements et transactions, conformément à l'article 26 de la loi du 5 juillet 1985.

Répartition des victimes avec DFP par mode de règlement et gravité (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) :

Taux d'AIPP	Transactions	Décisions judiciaires	
		1 ^{er} degré	Appel
1	97.7	2.1	0.1
2	97.8	2.1	0.1
3	96.4	3.4	0.2
4	96.4	3.2	0.3
5	95.0	4.4	0.5
6 à 9	91.7	7.2	1.1
10 à 14	88.6	9.5	1.9
15 à 19	87.2	10.0	2.7
20 à 29	84.2	11.0	4.8
30 et plus	81.8	11.7	6.6
Ensemble	95.4	4.0	0.6

La loi du 05 juillet 1985 prévoit une phase amiable au cours de laquelle l'assureur du responsable de l'accident fera une offre d'indemnisation. Si le responsable est inconnu ou non assuré le FGAO fera l'offre. De manière globale, 95.4% des victimes qui conservent un déficit fonctionnel permanent acceptent l'indemnité proposée par l'assureur ou le FGAO. Cette proposition atteint 97.7% chez les victimes avec 1 point d'AIPP. Elle diminue mais reste très élevée quand le taux d'AIPP croît.

La somme varie en fonction de l'âge et du taux d'incapacité . La valeur du point est inversement proportionnelle à l'âge .

Plus la victime est jeune, plus la valeur du point est élevée. Un blessé jeune a en effet une espérance de vie beaucoup plus longue qu'un blessé âgé et est ainsi handicapé bien plus longtemps .

Plus le taux d'invalidité est élevé, plus l'indemnité est forte. En effet, un faible taux d'IPP correspond à une faible gêne fonctionnelle qui n'entraîne que de très faibles répercussions sur le salaire, à l'inverse d'un taux d'IPP important qui correspond à une gêne fonctionnelle majeure susceptible d'entraîner des répercussions professionnelles et financières conséquentes .

Les intervalles de la valeur de point d'IPP restent relativement resserrés jusqu'à cinq points d'IPP. Leur amplitude augmente ensuite rapidement. Elle devient très importante pour les victimes présentant des taux d'IPP de 30 points et plus.

Le déficit fonctionnel permanent (DFP) correspond aux atteintes des fonctions physiologiques, aux douleurs permanentes, à la perte de la qualité de vie et aux

troubles dans les conditions d'existence de la victime. Il est évalué, après la consolidation, par un taux d'AIPP (atteinte à l'intégrité physique et psychique) fixé selon une échelle de 1 à 100. Il existe deux manières d'apprécier le déficit fonctionnel permanent : soit en prenant l'indemnité telle quelle, soit en la divisant par le taux d'AIPP. On parle de valeur du point du déficit fonctionnel permanent.

Valeurs du point de DFP (1)

Valeur de l'indemnité du DFP divisée par le taux d'AIPP Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007

Taux d'AIPP	Nombre de victimes avec DFP	% de victimes avec DFP	Age moyen	Valeur médiane du point du DFP en euros
1	2.285	9.6%	39	750
2	8.154	34.1%	42	765
3	4.530	19.0%	43	800
4	2.038	8.5%	45	850
5	1.934	8.1%	47	900
6 à 9	2.291	9.6%	48	950
10 à 14	1.269	5.3%	51	1.100
15 à 19	588	2.5%	51	1.200
20 à 29	538	1.8%	51	1.250
30 et plus	351	1.5%	47	1.800
Ensemble	23.878	100%	43	

Valeur du point du DFP des transactions par taux d'AIPP (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007)

Taux d'AIPP	Nombre de victimes avec DFP		Eléments de dispersion (2) Médiane
	Nb transactions	% transactions	
1	2233	9.8%	730
2	7973	35.0%	760
3	4367	19.2%	800
4	1965	8.6%	850
5	1838	8.1%	900
6 à 9	2101	9.2%	950
10 à 14	1124	4.9%	1041
15 à 19	513	2.3%	1125
20 à 29	369	1.6%	1200
30 et plus	287	1.3%	1675
Ensemble	22770	100%	-

Valeur du point du DFP des affaires jugées par taux d'AIPP (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007)

Taux d'AIPP	Nombre de victimes avec DFP		Éléments de dispersion (2)
	Nb décisions judiciaires	% décisions judiciaires	Médiane
1	52	4.7%	900
2	181	16.3%	1000
3	163	14.7%	1000
4	73	6.6%	1000
5	96	8.7%	1000
6 à 9	190	17.1%	1025
10 à 14	145	13.1%	1211
15 à 19	75	6.8%	1400
20 à 29	69	6.2%	1600
30 et plus	64	5.8%	2000
Ensemble	1108	99.9%	-

Médiane de la valeur du point du DFP par taux d'AIPP et par tranche d'âge (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007)

Taux d'AIPP	Age de la consolidation					
	< 20 ans	20-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	> 69 ans
1	750	765	700	700	700	655
2	800	800	760	750	700	650
3	870	850	800	760	700	666
4	930	900	830	800	750	650
5	1000	950	900	820	800	700
6 à 9	1100	1000	1000	935	850	700
10 à 14	1300	1300	1200	1100	950	800
15 à 19	1500	1500	1400	1200	1000	800
20 à 29	-	1800	1575	1400	1155	900
30 et plus	-	2500	2390	1800	-	1200

Recensement des indemnités versées au titre du DFP aux victimes qui conservent de 50 à 100 point d'AIPP – dossiers réglés en 2007

Nota Bene ; DJ : Décision judiciaire

Taux d'AIPP	Age à la consolidation	Nature du règlement	Présence d'une incidence professionnelle	Indemnisation du déficit fonctionnel permanent Valeur du point du DFP en euros
50	24	Transaction	Oui	5300
50	25	Transaction	Oui	5060
50	25	Transaction	Non	300
50	27	Transaction	Non	2500
50	28	Transaction	Oui	3279
50	31	Transaction	Non	2500
50	36	Transaction	Oui	3824

50	38	Transaction	Oui	2800
50	40	Transaction	Oui	3357
50	41	Transaction	Oui	3948
50	41	Transaction	Oui	5129
50	41	DJ appel	Non	2912
50	41	Transaction	Oui	2500
50	42	Transaction	Oui	4936
50	43	Transaction	Oui	2660
50	43	Transaction	Non	1800
50	47	Transaction	Oui	2810
50	51	Transaction	Oui	5368
50	54	DJ 1 ^{er} degré	Oui	2500
50	55	Transaction	Non	3000
50	61	Transaction	Non	1750
50	66	Transaction	Non	2485
50	69	Transaction	Non	2040
50	71	Transaction	Non	1500
50	73	Transaction	Non	1200
50	74	Transaction	Non	1450
50	77	Transaction	Non	1250
50	87	Transaction	Non	1200
50	92	Transaction	Non	838
52	64	Transaction	Non	1800
55	22	Transaction	Oui	4621
55	24	Transaction	Oui	2200
55	24	Transaction	Oui	3000
55	29	Transaction	Oui	2800
55	31	Transaction	Oui	4745
55	32	DJ Appel	Non	3700
55	34	Transaction	Non	2500
55	50	Transaction	Non	3000
55	54	Transaction	Non	2100
55	77	Transaction	Non	1000
Taux d'AIPP	Age à la consolidation	Nature du règlement	Présence d'une incidence professionnelle	Indemnisation du déficit fonctionnel permanent Valeur du point du DFP en euros
55	80	Transaction	Non	1200
58	33	DJ Appel	Oui	14689
58	53	Transaction	Oui	4725
58	84	Transaction	Non	1200
60	18	Transaction	Non	2500
60	19	Transaction	Non	3000
60	20	Transaction	Non	3070
60	21	Transaction	Oui	1744
60	23	Transaction	Non	4172
60	24	Transaction	Oui	3000

60	25	Transaction	Non	3200
60	31	Transaction	Oui	2450
60	32	Transaction	Oui	2286
60	32	DJ Appel	Non	3990
60	32	DJ Appel	Oui	3000
60	41	Transaction	Oui	10973
60	54	Transaction	Oui	3331
60	79	Transaction	Non	1450
65	38	Transaction	Oui	2800
65	43	Transaction	Non	2330
65	44	Transaction	Oui	3100
65	47	Transaction	Oui	7513
55	56	DJ 1 ^{er} degré	Oui	1500
66	25	Transaction	Oui	6061
66	27	DJ Appel	Non	4043
66	30	Transaction	Non	3000
66	44	DJ Appel	Non	2450
67	42	Transaction	Oui	7972
68	28	DJ 1 ^{er} degré	Non	3000
68	51	Transaction	Oui	4135
70	21	Transaction	Non	3871
70	22	Transaction	Oui	3400
70	31	Transaction	Oui	2857
70	44	Transaction	Oui	5577
70	57	Transaction	Non	1981
70	68	Transaction	Non	1857
70	71	Transaction	Non	2000
70	76	Transaction	Non	1350
70	85	Transaction	Non	1400
70	87	Transaction	Non	1350
Taux d'AIPP	Age à la consolidation	Nature du règlement	Présence d'une incidence professionnelle	Indemnisation du déficit fonctionnel permanent Valeur du point du DFP en euros
72	23	Transaction	Oui	4178
72	31	Transaction	Non	3700
73	41	DJ Appel	Oui	4375
75	10	Transaction	Non	3500
75	26	Transaction	Non	3333
75	39	Transaction	Oui	3265
75	45	Transaction	Non	3137
75	46	Transaction	Non	3000
75	49	Transaction	Oui	11977
75	55	Transaction	Oui	2850
75	89	Transaction	Non	1133
76	46	Transaction	Non	3500
77	22	DJ 1 ^{er} degré	Oui	7993

80	24	Transaction	Non	4000
80	24	Transaction	Oui	4500
80	33	Transaction	Non	3500
80	36	Transaction	Oui	7146
80	36	Transaction	Non	3971
80	36	DJ 1 ^{er} degré	Oui	6596
80	42	Transaction	Oui	8067
80	50	Transaction	Oui	12207
80	65	DJ Appel	Non	2700
80	78	Transaction	Non	2100
83	24	Transaction	Oui	3500
85	20	Transaction	Oui	2647
85	21	Transaction	Oui	3550
85	21	Transaction	Oui	3500
85	48	Transaction	Oui	3000
85	52	Transaction	Oui	10198
85	52	Transaction	Oui	6559
85	52	Transaction	Oui	5291
85	56	Transaction	Oui	3009
85	70	Transaction	Non	1000
88	25	Transaction	Oui	4300
88	29	Transaction	Oui	3500
90	19	Transaction	Oui	6240
90	20	Transaction	Non	4070
90	23	Transaction	Non	3800
90	26	Transaction	Oui	5000
Taux d'AIPP	Age à la consolidation	Nature du règlement	Présence d'une incidence professionnelle	Indemnisation du déficit fonctionnel permanent Valeur du point du DFP en euros
90	28	Transaction	Oui	4500
90	33	DJ 1 ^{er} degré	Oui	3700
90	56	Transaction	Oui	4638
90	62	Transaction	Non	3000
95	22	Transaction	Non	3048
95	79	Transaction	Non	1500
96	30	Transaction	Non	3585
100	17	Transaction	Non	4500

δ.6.2.5. Valeur du point indiquée par des données ponctuelles de dossiers dans cadre de la loi Badinter

A titre d'exemple, un taux de 2 % de déficit fonctionnel permanent a été évalué le 3-06-2009 par le Fonds de Garantie Automobile à 1.600 €, soit une valeur de 800 € pour un point d'IPP, pour une victime de 45 ans.

A titre d'exemple, un taux de 3% de déficit fonctionnel permanent a été évalué en 2009 à 2.600 €, soit une valeur de 870 € pour un point d'IPP, pour un enfant de 10 ans.

A titre d'exemple, un taux de 3% de déficit fonctionnel permanent a été évalué en 2009 à 2.500 €, soit une valeur de 833 € pour un point d'IPP, pour un adulte de 24 ans.

δ.6.2.6. Valeur du point des compagnies d'assurances en dehors du cadre de la loi Badinter

A titre d'exemple, dans le cadre d'un contrat d'assurance des accidents de la vie indemnisé en 2008, le taux d'un pour cent d'IPP est estimé à 1.600 € pour une personne de 50 ans, par l'assurance MACSF (Mutuelle des Assurances du Corps Sanitaire Français).

δ.6.3.. Méthode de l'évaluation dite " in concreto "

Cette méthode tient compte aussi bien de la capacité physique que des répercussions financières professionnelles .

Elle sera donc traitée dans le chapitre X. INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE, D. L'évaluation du préjudice subi, 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé aa. Le préjudice patrimonial ε. Le préjudice professionnel ε.2. Les méthodes d'indemnisation des autres éléments du préjudice professionnel ε.2.4. Méthode de l'évaluation " in concreto "

~

ε. Le préjudice professionnel

Il peut se définir comme le retentissement professionnel du dommage corporel subi par la victime. Ce terme de préjudice professionnel est réservé classiquement aux retentissements durables sur les capacités professionnelles de la victime alors que les conséquences sur la profession avant la consolidation des lésions sont intégrées dans un autre chapitre . Certains auteurs retiennent à la place du terme de préjudice professionnel le terme d'Incidence Professionnelle Définitive (IPD) .

Cette incidence professionnelle se manifestera de prime abord par la perte totale ou partielle des revenus de la victime occasionnée par l'accident mais correspondra également à la gêne dans la vie professionnelle de la victime même si ses revenus sont conservés lorsqu'elle devra prodiguer des efforts accrus du fait de ces infirmités séquellaires.

Ce préjudice professionnel se voit en fait rarement reconnu puisqu'on considère qu'en moyenne dans 75 % des cas, cette incidence professionnelle se voit incluse dans l'indemnité allouée au titre de l'IPP, décisions judiciaires et transactions confondues.

On devra tenir compte de certaines données inhérentes à la victime en particulier son âge, son sexe, sa profession et son niveau d'études. Ces données vont interagir avec les lésions anatomiques subies par l'accidenté, ainsi, les lésions périphériques des membres occasionneront plus facilement une incidence professionnelle sur certains métiers nécessitant des activités physiques assez importantes : industrie du bâtiment, de l'agriculture, artisan, livreur, chauffeur routier...

Des lésions séquellaires, psychologiques ou avec atteinte des fonctions supérieures cérébrales en particulier occasionnées par des traumatismes crâniens, aboutiront à une incidence professionnelle plus notable dans d'autres métiers, à plus forte connotation intellectuelle (profession libérale, métier de la banque, des assurances...).

Le raisonnement indemnitaire devra explorer plusieurs axes :

- la victime a perdu son emploi du fait de son accident et, soit n'est plus en capacité d'exercer une quelconque activité, ou soit, a des chances de retrouver un emploi . Dans l'optique d'un changement d'emploi, la victime doit alors parfois assumer des frais de reclassement professionnel . Ces frais de reclassement professionnel sont parfois payés ou remboursés par la Sécurité sociale .

L'inaptitude à l'exercice d'une profession dépend de deux facteurs : le handicap présenté par la victime et les modalités d'exercice de la profession.

L'expert peut apprécier le handicap mais il ne connaît les modalités d'exercices de la profession que par les dires de la victime. Les modalités de cet exercice professionnel sont assez facilement appréciées pour la plupart des salariés. Il n'en est pas de même pour les travailleurs non salariés (professions agricoles, artisans, commerçants, professions libérales).

L'appréciation est parfois même difficile au sein d'une même profession. Ainsi l'appréciation d'un handicap chez un artisan maçon travaillant seul et chez un autre artisan maçon dirigeant une petite entreprise ayant surtout un rôle de gestion et de surveillance est complètement différente. A séquelles égales, l'incapacité de porter une charge lourde ou de gravir une échelle n'aura pas la même incidence pour l'un ou l'autre maçon. Le médecin devra donc bien préciser que son avis sur l'inaptitude partielle ou totale dépend des déclarations de l'assuré concernant le mode d'exercice de sa profession.

C'est au régleur qu'il appartiendra de procéder à toutes les vérifications jugées nécessaires pour apprécier l'importance du préjudice économique.

Certaines séquelles d'accident peuvent néanmoins entraîner du point de vue médico-légal une inaptitude à certaines professions essentiellement pour des motifs de sécurité. C'est le cas par exemple pour certains déficits visuels ou une comitialité. L'expert citera ces inaptitudes légales ou réglementaires en les entérinant et en donnant toutes précisions utiles sur les textes les régissant.

Le médecin expert pourra s'aider de l'avis du médecin du travail. Il convient de souligner qu'il n'est pas lié par cet avis.

De même ce médecin expert s'informerera sur une éventuelle décision de la MDPH quant à une éventuelle décision de reclassement professionnel quand il s'agit d'un salarié du régime général de la Sécurité sociale.

Les décisions de la MDPH s'imposent aux Caisses de Sécurité sociale qui prennent en charge ce reclassement et qui en demanderont remboursement à l'assureur du responsable. Le médecin expert doit donner son propre avis motivé sur la justification médicale de ce reclassement, avis fondé essentiellement sur

l'adéquation de l'activité professionnelle envisagée avec l'état séquellaire mais également sur l'aptitude intellectuelle du sujet à suivre les formations parfois très techniques permettant d'accéder à cette activité professionnelle.

Si aucune mesure de reclassement n'est envisagée, l'expert n'a pas à prendre position en la matière.

- Situation apparentée, celle concernant la victime en cours de formation professionnelle avec un statut d'étudiant . Toute information relative au niveau de la formation est essentielle. L'expert devra en effet se prononcer sur la possibilité ou pas de pouvoir pratiquer la profession à laquelle l'étudiant se destinait de façon certaine.

- La victime peut reprendre une activité antérieure à temps partiel, soit temporairement dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, soit, ce qui est le cas plus fréquent dans le cadre d'une invalidité en première catégorie.

- La victime peut reprendre son métier antérieur mais avec pénibilité accrue d'où parfois nécessité d'une diminution des horaires et donc une diminution du salaire. Les séquelles de l'accident peuvent empêcher la victime d'exercer avec le même rendement avec donc parfois une diminution de salaire.

- La victime doit opérer un changement de poste dans l'entreprise (simple aménagement du poste de travail, changement effectif de poste nécessitant ou pas une reconversion au sein de l'entreprise avec parfois nécessité d'un stage de reconversion avec ou sans conséquence économique : par exemple dévalorisation sur le marché du travail, et parfois des chances de promotion à venir obérées) . Lorsque la victime signale que les séquelles de son accident l'empêchent de l'exercer avec le même rendement ou qu'elle a perdu des chances de promotion, l'expert peut rarement apporter les arguments authentifiant ces allégations. Il ne fera donc que les enregistrer sans transformer dans sa rédaction le conditionnel en affirmations reprises à son compte. Le médecin expert se prononcera néanmoins sur la vraisemblance de ces difficultés compte tenu des séquelles de l'accident.

- Parfois, même sans qu'un changement de poste dans l'entreprise soit nécessaire, la victime peut avoir perdu des chances de promotion.

Il convient bien sûr également de tenir compte du contexte économique général mais aussi de la situation au sein de la branche d'activité à laquelle appartenait la victime (par exemple, industrie textile...) .

L'indemnisation peut être en rentes, mais elle est généralement capitalisée.

On distingue pour le calcul de l'indemnisation :

* La perte de gains professionnels résultant de la perte d'un emploi, d'un changement d'emploi, de l'embauche sous forme d'emploi à temps partiel .

* La dévalorisation sur le marché du travail définie par la perte prévisible de revenus professionnels futurs lorsque la reconversion professionnelle n'est pas obtenue . Elle inclut la notion de perte de chances .

* La pénibilité accrue du travail : elle entraîne une fatigabilité accrue de la victime, d'où une fragilité sur un marché de l'emploi, aléatoire et souvent imprévisible ; en cas de perte d'emploi la reconversion s'avérerait plus difficile.

ε.1. L'indemnisation de la perte de chance professionnelle

On individualisera ce préjudice du fait de son caractère futur. Il s'agit de la perte d'une chance réelle et sérieuse dont l'existence actuelle ne peut être contestée et qui présente un caractère direct et certain. L'affirmation de cette perte de chance contraste avec la probabilité de réalisation de l'évènement futur à laquelle elle correspond. La reconnaissance de cette perte de chance sera d'autant plus facile que l'évènement espéré devait se situer dans un avenir proche ou que la victime aura suffisamment étayé son dossier en soulignant par exemple, l'importance des efforts réalisés pour accéder à cet évènement futur. Par définition, l'indemnisation ne pourra être que partielle puisqu'il s'agit uniquement d'indemniser la valeur de la chance perdue.

ε.1. 1. La perte de chance dans le choix d'une carrière

Elle est explicitée ci dessous dans le chapitre ee. le préjudice économique de la victime sans activité professionnelle le jour de l'accident non pris en compte par l'incapacité temporaire dans le paragraphe consacré au préjudice professionnel de l'enfant.

En effet, cette perte de chance concerne essentiellement les enfants ou les adolescents.

ε.1. 2. La perte de chance d'avancement ou de promotion

Elle concerne essentiellement l'adulte.

Cette perte de chance est essentiellement indemnisée sous forme d'un forfait, c'est à dire d'une somme d'argent précise, fixée par le régleur.

A titre d'exemple, nous citerons le cas d'un jugement du tribunal correctionnel de PARIS du 22 mars 2000 concernant un homme de 31 ans, sans emploi qui devait être embauché en contrat à durée indéterminée quelques jours après l'accident. L'accident consistait en une fracture de luxation de la hanche droite et des fractures de côtes avec pneumothorax. L'IPP a été fixée à 8%.

Le juge a considéré que la victime, qui devait être embauchée dans une entreprise de gardiennage quelques jours après la date de l'accident, sera légèrement gênée dans le cadre de son métier de conducteur de chien de garde par la diminution de la mobilisation de sa hanche et lui alloue à ce titre une somme forfaitaire de 30 000 F en réparation de son préjudice professionnel .

Parfois, néanmoins le juge argumente l'indemnisation de la perte de chance par un calcul.

Nous citerons à ce titre le jugement du tribunal de Grande Instance de Briey du 10 septembre 1998 concernant un homme de 20 ans et qui préparait un bac professionnel en micromécanique . La victime a présenté un traumatisme crânien sévère, si bien qu'elle ne pouvait plus utiliser que partiellement son membre supérieur gauche et plus du tout son membre supérieur droit. Le juge a alors estimé que la victime présentait effectivement une perte de chance de trouver un travail. Cette perte de chance a été établie à 50 % puisque le juge a indemnisé la victime par la formule $6.400 \text{ F} \times 12 \text{ mois} : 2 \times \text{le prix du franc de rente temporaire limité à 65 ans}$, soit $13.947 = 534.064 \text{ F}$.

A la limite du sujet, on peut évoquer également la perte d'une chance d'un résultat scolaire pour un enfant ou un adolescent.

A ce titre, on citera le jugement du Tribunal d'instance de Versailles du 22 mai 1995 qui a indemnisé une lycéenne en terminale, âgée de 18 ans, qui n'a pu se présenter à une épreuve du baccalauréat du fait d'un accident le jour même. La note de 0 pour cette épreuve ne lui a permis que d'obtenir la mention assez bien du baccalauréat alors qu'elle aurait pu obtenir la mention très bien, du moins le prétendait-elle. Son dossier scolaire montrant qu'elle était très brillante, le juge a estimé qu'effectivement, elle avait perdu une chance d'avoir la mention très bien et donc d'intégrer directement une grande école et a indemnisé cette perte de chance d'obtenir une mention très bien par la somme de 10.000 F.

ε.2.. Les méthodes d'indemnisation des autres éléments du préjudice professionnel

Il arrive également parfois que le taux d'incapacité fixé par l'expert prenne déjà en compte pour la réparation du préjudice l'incidence économique, ce qui le démarque de l'évaluation classique du déficit fonctionnel. Cette technique est inhabituelle mais n'est pas condamnable du fait du principe du pouvoir souverain des juges du fond .

ε.2. 1. Méthode du prix du point majoré

Cette méthode présente le mérite de la simplicité. Cette méthode du point majoré est celle la plus fréquemment adoptée.

Dans ce cas, la réparation de l'IPP professionnelle en l'absence de preuves de perte de revenus c'est à dire la réparation du handicap du fait de l'incidence d'une gêne professionnelle ou d'efforts accrus pour exercer l'activité, s'effectue en général par une majoration de l'IPP physiologique plus ou moins forfaitaire laissée à la discrétion du juge. Elle majore le prix du point d'un pourcentage de façon variable suivant l'attitude de chaque Cour d'appel.

Ce taux majoré peut être de 20, 25, 30 % par exemple. Le prix du point intégrant le préjudice professionnel est égal au prix du point d'IPP x un taux majoré de 20, 25, 30 ou 33 % par exemple.

A titre d'exemple, la Cour d'appel de Toulouse distingue pour la valeur du point, les incapacités physiologiques dites sans retentissement professionnel, c'est à dire pour un taux d'IPP en général inférieur à 30% et les incapacités permanentes avec retentissement professionnel mais sans justification précise et certaine de la perte de revenus. Dans ce dernier cas, la Cour d'appel effectue une majoration forfaitaire de la valeur du point de 33 %.

Dans le cas d'une perte de revenus prouvée, l'indemnisation du préjudice strictement physiologique a lieu par la valeur du point épurée de sa connotation économique.

L'indemnisation proprement dite du préjudice professionnel se traduit alors par l'allocation d'une rente temporaire indexée jusqu'à l'âge de la retraite (55 ou 60 ans pour un salarié) ou plus rarement une rente viagère indexée par exemple pour une profession libérale, un fonctionnaire ou un militaire égale à la perte annuelle de ressources.

Cette rente peut faire l'objet d'une capitalisation en partant du principe du calcul mathématique avec la table de conversion du décret n° 86-973 du 8 août 1986 paru au Journal Officiel du 22 août 1986 fixant les modalités de conversion d'une rente consécutive à un accident .

La critique opposée à cette méthode du prix du point majoré est qu'elle se base sur un postulat faux, à savoir que le préjudice professionnel serait proportionnel au préjudice physiologique.

Néanmoins, il convient de reconnaître en faveur de ce système, que ce mode de calcul est le meilleur lorsqu'il y a simplement gêne professionnelle sans perte de revenus véritable.

On citera à titre d'exemple, un arrêt de la Cour d'appel de PAU du 2 décembre 1997. La victime âgée de 39 ans, avait présenté un traumatisme crânien, des fractures de côtes, une fracture de l'avant-bras droit, une fracture du genou droit laissant comme séquelles des troubles des fonctions supérieures cérébrales et une diminution de l'habileté des mains et de l'accroupissement.

Le taux d'IPP a été fixé à 23 %.

La valeur du point d'IPP étant fixé à 7.500 F, le déficit physiologique consécutif à l'IPP est indemnisé par une somme de $7.500 \text{ F} \times 23 = 72.500 \text{ F}$. Les juges ont estimé que la victime ne présentait pas une impossibilité absolue et définitive d'exercer sa profession de marin pêcheur mais que par contre il existait une incidence professionnelle des séquelles.

Ce préjudice professionnel est réparé par une majoration de 33 % de l'indemnisation du taux d'IPP. De ce fait, l'IPP est indemnisée globalement par une somme de $7.500 \times 23 \times 1,33 = 229.425 \text{ F}$.

ε.2. 2. Méthode de l'évaluation forfaitaire

" Les juges du fond appréciant souverainement les divers chefs de préjudice qu'ils retiennent et les modalités propres à en assurer la réparation intégrale " (arrêt de la 2ème chambre de la Cour de Cassation du 20 décembre 1966), les juges peuvent employer toute méthode déterminée pour estimer l'importance du préjudice subi. A ce titre, ils peuvent fixer une évaluation forfaitaire, c'est à dire une somme fixée sans que les modalités des calculs n'aient à être précisées.

Cette méthode présente l'avantage de la simplicité mais l'inconvénient d'être intellectuellement peu satisfaisante du fait de son caractère arbitraire.

A titre d'exemple, nous citerons un jugement du Tribunal de Grande Instance de Lyon du 4 mai 1999 concernant un chef de chantier victime d'un accident, laissant des séquelles indemnisées par un taux d'IPP de 22 %. La valeur du point étant de 10.000 F, l'indemnisation pour ce déficit fonctionnel calculé d'après le taux d'IPP est de $10.000 \text{ F} \times 22 \% = 220.000 \text{ F}$. Les séquelles nécessitant l'arrêt de la profession de chef de chantier et la nécessité d'une reconversion dans un emploi sédentaire, ou ne nécessitant que peu de déplacement, une évaluation forfaitaire fixée, eu égard au salaire de l'intéressé avant l'accident, a été évalué à 450.000 F pour indemniser le préjudice professionnel.

ε.2. 3. Méthode du calcul mathématique

Cette méthode du calcul mathématique est précisée plus haut dans le chapitre consacré au calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente.

On se rapportera au chapitre X. INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE D. L'évaluation du préjudice subi

1. La nomenclature classique des préjudices corporels
 - a. Le préjudice subi par le blessé
 - a.a. Le préjudice patrimonial
 - δ. l'incapacité permanente
 - δ.6. Le calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente.
 - δ.6.1. Méthode du calcul dit mathématique .

ε.2. 4. Méthode d'évaluation " in concreto "

Cette méthode distingue le calcul de l'indemnisation de l'IPP reconnue comme un déficit fonctionnel séquellaire ou physiologique, et la méthode de calcul du préjudice professionnel.

L'incapacité fonctionnelle ou physiologique représentée par le taux d'IPP sera calculée in abstracto à partir d'un barème.

L'incapacité professionnelle ou préjudice professionnel le sera par contre in concreto. Cette méthode se base donc sur le fait que le retentissement professionnel des séquelles n'est quasiment jamais lié d'une façon quelconque au taux d'IPP. On calculera ainsi les dépenses destinées à réduire l'incidence professionnelle des séquelles, la perte de gain et la gêne professionnelle.

Cette méthode d'évaluation in concreto est souvent utilisée pour les victimes appartenant à des professions indépendantes : artisans, commerçants, professions libérales...

En ce qui concerne les dépenses destinées à réduire l'incidence professionnelle, on distingue

les dépenses liées à l'investissement (par exemple, machine automatisée destinée à supprimer une fonction déficiente de l'ouvrier...)

Dépenses liées à la reconversion de la victime

Dépenses liées à l'embauche d'un employé payé pour effectuer des tâches que la victime ne peut plus faire (cas de l'artisan, de l'agriculteur, d'une profession libérale...).

On considèrera l'incidence de l'incapacité sur la profession et sa rémunération avec une méthode identique à celle utilisée pour le calcul des pertes de gains lors d'une incapacité temporaire totale et la durée pendant laquelle la diminution des gains se fera sentir.

Dans le cas d'une incapacité professionnelle entraînant une inaptitude à un emploi ou à une reconversion même en cas de taux d'IPP faible par exemple de l'ordre de 10 %, le préjudice économique et ce manque à gagner dans l'avenir peuvent être réparés par le juge, par le versement d'une somme représentant la différence entre les revenus que la victime eût continué de recevoir sans la survenance de l'accident et ceux qu'elle aurait reçus dans le cadre d'une autre profession si elle avait accepté de se reconvertir.

Cette évaluation peut être facilitée par la nomination d'un expert qui évaluera les ressources annuelles de la victime avant et après l'accident .

La perte de gains se définit par la différence entre les revenus perçus à la consolidation et les revenus perçus avant l'accident pour une personne par exemple qui était à temps plein, technicien supérieur. On pourrait imaginer qu'elle soit passée à un temps partiel ne pouvant plus supporter une activité physique intense ou qu'elle soit carrément au chômage passant alors d'un revenu salarié à un revenu uniquement constitué d'indemnités de chômage ou encore qu'elle ait été victime d'un déclassement passant de technicien supérieur à celui de gardien. On peut également inclure dans cette perte de gains, le retard dans l'entrée de la vie professionnelle occasionné par l'accident.

Cette évaluation in concreto doit parfois avoir recours à une expertise comptable pour calculer les ressources de la victime avant et après l'accident.

A titre d'exemple nous citerons un jugement du Tribunal correctionnel de Lyon du 08.02.2001 concernant un homme de 22 ans, victime d'un polytraumatisme grave avec coma, amputation de la cuisse droite.

La victime présente des séquelles importantes des fonctions supérieures, une hémiparésie gauche, une incontinence sphinctérienne.

Le taux d'IPP est fixé à 85 %

Le Juge considérant que l'état de la victime ne permet pas d'envisager une reprise du travail et une reconversion professionnelle, le préjudice professionnel est fixé par le calcul suivant : salaire mensuel net de 7.000 F x 12 (mois) X 13,567 F (prix du franc de rente viagère à l'âge de 30 ans c'est à dire à la consolidation des lésions). On aboutit ainsi à un préjudice professionnel de 1.139.628 F.

Le déficit physiologique calculé d'après le taux d'IPP est de $85 \times 13,567 \dots F = 1.153.195 F$.

Un autre exemple un peu plus subtil est celui d'un Jugement du Tribunal de grande instance de Lille du 07.01.1998 concernant un homme âgé de 48 ans à la consolidation, pilote d'hélicoptère.

Les séquelles ont occasionné un taux d'IPP physiologique estimé à 10 %

La victime a été considérée comme inapte à sa profession mais pas inapte à tout emploi.

Le Juge estime qu'effectivement la victime pourra retrouver un emploi mais avec un revenu moins important estimé à 7.000 F par mois alors qu'auparavant ses revenus étaient de 35.000 F par mois.

La retraite d'un pilote d'hélicoptère étant fixée à 60 ans, le Juge calcule le préjudice professionnel par la formule suivante : $(35.000 F - 7.000 F) \times 12 \text{ (mois)} \times 7,356 \text{ (prix du franc de rente temporaire limité à 60 ans, pour un homme de 48 ans)} = 2.472.960 F$.

A titre d'exemple on citera l'exemple d'un jugement du Tribunal de grande instance de Strasbourg du 09.12.1996 concernant un homme âgé de 22 ans lors de l'accident et de 23 ans à la consolidation, étudiant en première année de médecine à l'époque de l'accident.

Les séquelles consistent en des troubles des fonctions supérieures cérébrales.

Le taux d'IPP est fixé à 50 %.

Du fait de cet accident, la victime qui espérait effectuer des études de médecine a dû se résoudre à des études de kinésithérapie, mais elle ne peut effectuer cette profession de kinésithérapeute qu'à mi-temps.

Le Juge a estimé que la victime présentait un préjudice professionnel en considérant que du fait de cet accident la victime ne pouvait travailler à temps complet comme kinésithérapeute mais par contre n'a pas tenu compte d'une perte de chance de faire des études de médecine puisque la victime était en première année de médecine et que le résultat des examens est très aléatoire à ce stade.

Le Juge a fixé l'indemnisation du préjudice professionnel à 295.000 F (perte d'un revenu à mi-temps par an) X 13,715 (prix du franc de rente temporaire limité à l'âge de 65 ans pour un homme de 23 ans) = 4.045.925 F.

ζ. Le préjudice économique de la victime sans activité professionnelle le jour de l'accident non pris en compte par l'incapacité temporaire

- Le cas de la victime en arrêt de travail ou en invalidité pour raison médicale

L'expert fera alors une comparaison entre les perspectives d'évolution de l'affection dont a été atteinte la victime avant l'accident avec les perspectives d'évolution dues à l'accident.

- Le cas de la victime demandeur d'emploi

Il peut s'agir d'une inaptitude totale ou partielle à l'exercice des professions exercées avant l'accident et pour laquelle la victime est alors en état de chômage. Le cas plus extrême est celui des chômeurs de longue durée où jusqu'ici aucune profession n'avait été exercée.

- le cas de la femme au foyer

A la limite de ce concept d'incapacité temporaire les frais entraînés par la garde des enfants au foyer, lorsque la victime gravement atteinte ne peut reprendre ses activités domestiques après consolidation, doivent être indemnisés.

D'autre part, il est possible que la victime ait envisagé de reprendre une activité professionnelle le jour par exemple ou ses enfants n'auraient plus eu besoin d'éducation. Cette reprise d'une activité professionnelle aurait pu par exemple devenir impossible du fait de cet accident. Si ce projet d'une activité professionnelle ne reflétait qu'une simple hypothèse, le préjudice ne peut-être fixé comme tel et l'on alors invoquera la perte de chance de reprendre une telle activité si la victime peut prouver que sa formation antérieure et son passé professionnel auraient pu lui permettre de nouveau d'exercer une telle activité.

- le préjudice professionnel de l'enfant

On évoquera ici le cas de l'appréciation de l'avenir professionnel obéré chez un jeune enfant dont l'autonomie sociale a été atteinte par exemple par un état tétraplégique, grabataire ou une atteinte de son intelligence (cas fréquent des séquelles cognitives graves d'un traumatisme crânien) .

Il se révèle alors impossible d'imaginer son avenir professionnel s'il n'avait pas été victime de son accident et donc de déterminer de façon satisfaisante son préjudice professionnel . Dans ce cas malheureusement aucun calcul in concreto n'est possible car on ne peut apprécier bien sûr des dizaines d'années à l'avance l'avenir professionnel d'un tel jeune enfant.

On peut à la rigueur établir une évaluation in abstracto en prenant comme référence la valeur statistique du salaire médian et du point d'incapacité permanente.

On pourrait également compléter cette évaluation par le calcul d'une perte de chance de faire une carrière professionnelle si la victime était déjà engagée dans des études un peu plus précises. La perte d'une chance doit être certaine et en relation directe avec le fait dommageable.

b. b. Le préjudice extrapatrimonial

Le préjudice extrapatrimonial ou encore appelé non économique correspond à l'atteinte à l'intégrité physique de la personne.

Les préjudices extrapatrimoniaux sont ceux qui relèvent de l'être humain, de l'être (je suis, tu es, il est...).

Les chefs de préjudices non économiques sont ceux attachés à la personne humaine : ce n'est pas le patrimoine, mais l'être même de la victime qui est atteint par ces préjudices qui ont donc un caractère extrapatrimonial. L'indemnisation de ces préjudices strictement personnels doit donc revenir intégralement à la victime

Les droits extrapatrimoniaux ne constituent pas un élément de la fortune : ils sont strictement attachés à la personne qui ne peut ni les vendre, ni les donner, ni les acheter, ni les échanger ; ils ne sont pas dans le " commerce juridique ", et ne peuvent pas être saisis par les créanciers.

Ce préjudice extrapatrimonial peut être de diverse nature : préjudice physiologique, souffrance physique ou morale, préjudice sexuel, préjudice esthétique, et préjudice d'agrément.

α. Les souffrances endurées

α.1. Définition

Il s'agit des souffrances physiques ou morales endurées par la victime du fait des blessures corporelles (arrêt de la deuxième Chambre civile de la Cour de Cassation du 05-01-1994 , Bull.civ. II, n° 15) . Les souffrances psychiques sont très spécifiques d'évènements particulièrement traumatisants tels que catastrophes collectives ou actes de terrorisme. Les souffrances psychiques peuvent ici être déconnectées de toute souffrance correspondant à une atteinte somatique. Il s'agit aussi bien de douleurs antérieures à la consolidation que des douleurs permanentes qui pourraient subsister postérieurement à cette consolidation.

α.2. Evaluation de la gravité de la douleur

On établira bien sûr l'intensité et la durée de cette douleur.
Il convient de prendre plus particulièrement en considération :

la nature du fait accidentel ou offensif,
la durée, la contrainte, la sévérité et la brutalité du fait, le degré de mépris ou réification exercé sur la victime,
le contexte de l'accident, ses circonstances et les suites immédiates,

l'étude des échelles visuelles analogiques

la nature des lésions initiales, certaines lésions sont plus particulièrement douloureuses.

le nombre de blessures,

le nombre et la nature des interventions chirurgicales, de leurs suites et des soins, en particulier certains pansements réalisés sans anesthésie qui sont parfois douloureux;
le temps de maintien d'une extension continue, procédure thérapeutique douloureuse ;

le changement de plâtre, les transports et les déplacements douloureux, les incidents d'immobilisation (complications de décubitus);

les nombres et la durée des séjours hospitaliers en particulier dans un service de réanimation;

la nature des investigations complémentaires dont certaines peuvent être douloureuses

la nature, le nombre et la durée des séances de rééducation en précisant en particulier la topographie des articulations car la rééducation de certaines articulations est plus douloureuse que d'autres, par exemple, le coude, les doigts, les genoux...

le nombre de soins infirmiers,
la consommation d'antalgiques niveau 1, niveau 2, niveau 3 (morphinique ou non morphinique),

Outre le caractère douloureux à proprement parler, il faut souligner le caractère pénible de certaines immobilisations (gêne à pouvoir manger seul, du fait d'un blocage bi-maxillaire d'une fracture mandibulaire, d'être porteur d'une sonde...), la certitude de la crainte suscitée par certains actes thérapeutiques (ponctions, drainages, perfusions...) ou certains accidents (phlébite, embolie pulmonaire...) .

L'échelle traditionnellement utilisée est une échelle de 0 à 7, allant de demi-point en demi-point :

- * 0,5 : minime,
- * 1 : très léger,
- * 1,5 : entre très léger et léger,
- * 2 : léger,
- * 2,5 : entre léger et modéré,
- * 3 : modéré,
- * 3,5 : entre modéré et moyen
- * 4 : moyen
- * 4,5 : entre moyen et assez important
- * 5 : assez important
- * 5,5 : entre assez important et important,
- * 6 : important,
- * 6,5 : entre important et très important,
- * 7 : très important ou considérable

Les qualificatifs sont moins utilisés, au profit de l'échelle quantitative, afin d'éviter des malentendus sur le vécu douloureux des victimes.

Une autre échelle d'évaluation des souffrances endurées est proposée dans le Barème indicatif des déficits séquellaires en droit commun édité par le Concours Médical.

1/7	2/7	3/7	4/7	5/7	6/7	7/7
Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important

α.2.1. Le barème Thierry des souffrances endurées

La classification des souffrances endurées la plus utilisée est celle du docteur Thierry Jean-Michel, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de PARIS qui a établi une classification connue sous le nom barème Thierry des souffrances endurées suivant la nature du traumatisme, les souffrances endurées sont ainsi classées de 1 à 7.

**CLASSIFICATION DES SOUFFRANCES ENDUREES SUIVANT LA NATURE DU
TRAUMATISME**

(D'après les docteurs THIERRY et NICOURT)

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7

<p>1. Traumatismes crâniens :</p> <p>Commotion cérébrale simple avec ou sans plaie du cuir chevelu...</p> <p>Fracture du crâne aux suites douloureuses (notamment de la base du crâne) ...</p> <p>Hémorragie méningée – complications sensorielles ...</p> <p>Atteinte sensitivo-motrice grave ...</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>2. Traumatismes faciaux :</p> <p>Contusions avec plaies suturées...</p> <p>Fracture des os propres du nez...</p> <p>Fracture du maxillaire supérieur, maxillaire inférieur ou les deux, dégâts dentaires...</p> <p>Interventions ophtalmologiques...</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7
3. Traumatismes thoraciques Contusions ou fractures uni ou pluricostales ... Volets		<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>		

thoraciques Fracture sternale avec ou sans complications pleuro-pulmonaires ... Trachéotomie. Respiration assistée. Réanimation prolongée...				_____	_____	_____	
					_____	_____	

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7
4. Traumatisme du rachis Entorses cervicales simples...	_____	_____	_____				
Fractures ou luxations immobilisées par plâtre...			_____	_____			

Fractures ou luxations traitées par extension ou opérées...				_____	_____	_____	
Tassements ou fractures vertébrales sans complications neurologiques...			_____	_____	_____		
Tassements ou fractures vertébrales avec complications radiculaires ...				_____	_____	_____	
Atteintes médullaires sensitivo-motrices...					_____	_____	_____

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7
5.Traumatismes abdominaux							
Rupture de la rate Spénectomie....			_____	_____	_____		
Ruptures d'organes creux. Réparations ou résections.				_____	_____	_____	

Plaie du foie ...							
Rupture de la vessie ou de l'urètre...					_____	_____	
Contusion rénale opérée. Néphrecto- mie...				_____	_____	_____	

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7
6. Traumatismes des membres							
Membres supérieurs							
Fracture de la clavicule...		_____	_____				
Fracture de l'omoplate...			_____				
Contusions et luxation de			_____	_____			

l'épaule...							
Fracture de l'humérus-plâtre ou ostéosynthèse...							
Fracture de l'humérus-extension continue...							
Luxations ou fractures du coude...							
Fractures de l'avant-bras ou du poignet...							
Fracture des os du carpe...							
Fracture des métacarpiens, des phalanges...							

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7
6. Traumatismes des membres (suite)							
Membres inférieurs							
Luxation de la hanche							
Fracture du col fémoral, du cotyle, du bassin...							
Fracture du fémur, plâtre ou ostéosynthèse...							
Fracture du fémur, extension continue...							

Entorse du genou. Fracture de la rotule ...							
Fracture de la jambe (suivant traitement)...							
Entorse grave de la cheville, fracture du cou-de-pied...							
Fracture de l'astragale et du calcanéum...							
Fracture du métatarse, des orteils...							
Plaies suturées...							
Hématomes incisés...							
Lésions nerveuses des membres suivant localisation...							

Indications sur les souffrances endurées suivant la nature du traumatisme (barème du Dr THIERRY mis à jour)	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
	1	2	3	4	5	6	7
7. Brûlures suivant étendue et localisation..				_____	_____	_____	_____
Nota : les fourchettes permettent d'adapter la classification en fonction de l'histoire évolutive des lésions. Il faudra tenir compte des atteintes multiples très fréquentes en traumatologie.							

Tiré de Le Roy M. : L'évaluation du préjudice corporel . Paris : Editions Litec, 15° édition, 2000 .

Des exemples d'évaluation de souffrances endurées ont été extraits de l'article des Docteurs Thierry et Nicourt : Réflexions sur les souffrances endurées, Gazette du palais, 29.10.1981, pages 480-484. Ces exemples illustrent des tableaux relativement fréquents de blessures :

Evaluation fixée à 2/7 : traumatisme crânio-cervical avec brève perte de connaissance. Suture d'une plaie du cuir chevelu. Hospitalisation de courte durée. Douleurs cervicales sans fracture traitées par antalgique, avec régression des symptômes en L5 à 20 jours.

Evaluation fixée à 3/7 : fracture du poignet sans déplacement notable, immobilité dans un plâtre pendant trois semaines à un mois, suivie de 10 à 15 séances de rééducation.

Evaluation fixée à 4/7 : fracture fermée des deux os de la jambe traitée par ostéosynthèse ou immobilisation plâtrée. Appui progressif après trois mois. 20 à 30 séances de rééducation.

Evaluation fixée à 5/7 : traumatisme crânio-cervical avec fracture des maxillaires traitée par ostéosynthèse et blocage bi maxillaire pendant un mois + fractures de la diaphyse des deux os de l'avant-bras traitées par plaques vissées puis immobilisation plâtrée. Hospitalisation maintenue pendant 30 jours. 30 séances de rééducation.

Evaluation fixée à 6/7 : traumatisme thoracique avec volet costal et hémopneumothorax, ayant nécessité réanimation, drainage pleural, rééducation respiratoire, 20 séances. Fracture de l'humérus droit avec paralysie radiale, ostéosynthèse, suture nerveuse, récupération progressive de la paralysie radiale. Luxation de la hanche traitée par réduction sanglante. Nécrose secondaire de la tête fémorale ayant nécessité secondairement la mise en place d'une prothèse totale . Fracture ouverte de la jambe traitée par ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire. Plusieurs hospitalisations totalisant 90 jours. Long traitement de rééducation, environ 100 séances au rythme de 3 puis 2 séances par semaine.

La valeur 4/7 doit être considérée comme une valeur d'intensité moyenne .

α.2.2. Le barème d'évaluation de la Société de médecine légale et de criminologie de France

Une autre orientation pour la cotation des souffrances endurées est fournie par le barème d'évaluation médico-légale, rédigé par la Société de médecine légale et de criminologie de France paru à Paris aux éditions ESKA en l'an 2000.

Ce barème comprend en effet des éléments d'orientation (cf schéma ci-dessous) attribuant à chaque degré de cotation des paramètres concernant le traitement, la durée d'hospitalisation, la durée de l'incapacité temporaire ainsi qu'un tableau (cf ci-

dessous) attribuant à chaque degré de cotation des exemples de maladies ou d'accidents.

Il cite également des points de repère détaillés ci-dessous.

Les opinions exprimées dans ce barème n'engagent que leurs auteurs et n'ont donc qu'une valeur indicative. Néanmoins elles présentent un certain intérêt dont la discussion et le choix d'une valeur d'estimation des souffrances endurées.

- 0,5 Minime
pas d'hospitalisation, ni geste chirurgical, ni rééducation;
traitement antalgique de courte durée; incapacité temporaire de quelques jours.
- 1 Très léger
courte hospitalisation ou petit geste chirurgical ambulatoire;
incapacité temporaire d'une semaine; traitement antalgique ou surveillance d'une dizaine de jours.
- 1,5 Hospitalisation d'un ou deux jours avec petit geste chirurgical
traitement antalgique d'une ou deux semaines; incapacité temporaire de deux semaines.
- 2 Léger
immobilisation d'un membre, ou du cou, durant deux ou trois semaines;
hospitalisation de moins d'une semaine; quelques séances de rééducation (10 à 15) ; incapacité temporaire de quinze jours à un mois.
- 3 Modéré
intervention sous anesthésie générale ou locorégionale (exemple :
(ostéosynthèse) ;
hospitalisation de une à trois semaines; rééducation (environ 30 séances) ;
incapacité temporaire de deux à quatre mois.
- 4 Moyen
plusieurs interventions chirurgicales;
immobilisation traînante (par extension continue, par fixateurs externes) ou
intervention sur plusieurs segments de membres, en plusieurs temps;
hospitalisation d'un ou deux mois;
rééducation pendant plusieurs mois;
incapacité temporaire de six mois ou davantage.
- 5 Assez important
plusieurs hospitalisations chirurgicales sur une période longue;
hospitalisation de deux à six mois;
incapacité temporaire de six mois à un an.
- 6 Important
interventions chirurgicales multiples;
hospitalisation de l'ordre de un an ;
rééducation très prolongée;
incapacité temporaire de l'ordre de 18 mois.
- 7 Considérable
Ce qui dépasse les qualificatifs précédents: exceptionnellement, en fonction
de l'intensité et de la durée des souffrances.

Éléments d'orientation attribuant à chaque degré de cotation des paramètres concernant le traitement, la durée d'hospitalisation, la durée de l'incapacité temporaire

- 0,5 . contusion bénigne sans hospitalisation ni geste chirurgical, arrêt de travail de brève durée, traitement antalgique de quelques jours
- 1 . plaie suturée, soit en ambulatoire, soit au cours d'une hospitalisation d'un jour ou deux
 . lésions dentaires, justifiant des soins et la mise en place d'une prothèse
- 1,5 . traumatisme crânien bénin, avec perte de connaissance, ayant justifié 48 heures de surveillance hospitalière
 . contusion cervicale, ou fracture de côte ayant justifié une brève hospitalisation, un traitement antalgique d'une quinzaine de jours, et une incapacité temporaire de quelques semaines
- 2 . entorse cervicale ayant justifié une immobilisation par collier durant quelques semaines, une hospitalisation de quelques jours, quelques séances de rééducation, une période d'arrêt de travail d'environ un mois
 . fracture du poignet traitée par immobilisation plâtrée
 . fracture de doigt, immobilisée par attelle, rééduqué
 . plaie tendineuse suturée, ayant justifié une immobilisation de quelques semaines, une rééducation, et un arrêt de travail de l'ordre de un mois
 . fracture de plusieurs côtes ou du sternum, sans complication
- 3 . fracture d'un os long, ostéosynthèse, avec hospitalisation d'une semaine environ, immobilisation de deux mois, arrêt de travail de deux il trois mois
 . fracture mandibulaire traitée par solidarisation bi-maxillaire durant plusieurs semaines
 . fracture vertébrale, traitée par ostéosynthèse, ou immobilisation prolongée
 . laparotomie pour hémorragie abdominale ayant nécessité une splénectomie, avec des suites peu compliquées
- 4 . fracture complexe des membres inférieurs, ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales, une immobilisation prolongée, une hospitalisation de l'ordre de un mois, une rééducation de plusieurs mois, et une incapacité temporaire de plus de six mois
 . traumatisme thoracique grave ayant nécessité des soins de réanimation, une hospitalisation d'un ou deux mois, une rééducation prolongée
 . traumatisme crânien grave, avec intervention neurochirurgicale, ou réanimation prolongée de plusieurs semaines, poursuite d'une rééducation pendant plusieurs mois
- 5 . paraplégie par fracture rachidienne, avec ou sans intervention chirurgicale, avec une hospitalisation d'un mois ou deux en service actif, et de trois il six mois en service de rééducation

- . traumatisme crânio-cérébral grave, ayant nécessité un séjour en réanimation de plus d'un mois, et une rééducation de quatre à six mois, avec poursuite d'une reprise progressive de l'évolution, au domicile
 - . polytraumatisme associant des lésions sur plusieurs segments de membre, ou avec un volet thoracique, ou des lésions vasculo-nerveuses, nécessitant des reprises chirurgicales pour greffe
 - . évolution d'une fracture d'un os long, compliquée de pseudarthrose ou d'ostéite, nécessitant des reprises chirurgicales sur une longue période
- 6 . tétraplégie ayant nécessité un séjour en service de chirurgie de deux mois, et un séjour en centre de rééducation de six à dix mois
- . traumatisme crânien gravissime, ayant nécessité un séjour en réanimation de deux ou trois mois, et un séjour en rééducation prolongée, de l'ordre de un an
 - . brûlures étendues ayant nécessité un séjour en service spécialisé durant plusieurs mois, reprises chirurgicales, des soins prolongés
- 7 . souffrances exceptionnellement longues et intenses, dépassant les descriptions qui précèdent

Tableau attribuant à chaque degré de cotation des exemples de maladies ou d'accidents

Les points de repère habituellement retenus dans le barème d'évaluation médico-légale, rédigé par la Société de médecine légale et de criminologie de France paru à Paris aux éditions ESKA en l'an 2000, car correspondant aux situations les plus fréquentes, sont :

* la contusion cervicale, ayant justifié une immobilisation par collier de quelques semaines, quelques séances de rééducation : les souffrances endurées sont constamment évaluées entre 1,5 et 2/7 ;

* l'évaluation 3/7 « modérée » est typiquement représentée par la fracture de jambe, ostéosynthésée immobilisée durant six à huit semaines, bénéficiant d'une rééducation, après une hospitalisation d'une semaine environ, puis de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse correspond typiquement à une évaluation 3/7 dite « modérée ».

Comme fréquemment dans l'utilisation de ce type d'échelles, les termes les plus difficiles à définir sont les extrêmes :

* les souffrances extrêmement légères, correspondant à l'égratignure ou à la contusion bénigne, qui justifient constatation médicale sans soin, d'une durée brève, amènent parfois à l'évocation du qualificatif infirme, ou à une évaluation « inférieure à 0,5 / 7 » ;

* l'évaluation à 7/7 ne peut qu'être tout à fait exceptionnelle, et correspond à des situations de très graves polytraumatismes ayant justifié des années d'hospitalisation, de très nombreuses interventions chirurgicales comme par exemple dans des brûlures étendues et graves.

α.2.3. La grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts élaborée par l'AREDOC

Une autre orientation pour la cotation des souffrances endurées est fournie par l'AREDOC dans l'édition du fascicule « Du pretium doloris aux souffrances endurées : grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts » édité en 2008.

Grille indicative d'évaluation des souffrances endurées élaborées par l'AREDOC (Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel) en 2008 servant de référence de fait pour l'estimation dans la mission en droit commun 2006 élaborée par l'AREDOC.

Cotation	Paramètres d'évaluation	Exemples
0.5	<ul style="list-style-type: none"> - courte hospitalisation pour surveillance ou petit geste chirurgical en ambulatoire - traitement antalgique, surveillance médicale d'une dizaine de jours, pas de séance de rééducation 	Plaies suturées, lésions dentaires traitées
1	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation de 0 à 1 jour avec petit geste chirurgical sous anesthésie générale ou ambulatoire - traitement antalgique ou anxiolytique durant plusieurs semaines, quelques séances des rééducation, immobilisation courte. 	Traumatisme cervical, traumatisme crânien bénin, entorse des membres.
1.5	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation de 1 à 2 jours - immobilisation d'un membre ou du cou durant 2 à 3 semaines - séances de rééducation de 5 à 10 	Traumatisme cervical documenté sur le plan radiologique, fracture du sternum non déplacé, fracture de phalanges, suture tendineuse.
2	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation de 1 à 2 jours - immobilisation d'un membre durant 2 à 6 semaines - séances de rééducation de 10 à 15 - traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique ou psychothérapie hebdomadaire durant 6 mois. - hospitalisation de 2 à 5 jours. - immobilisation de 3 semaines à 1 mois, geste chirurgical sous anesthésie locale ou générale. 	Fracture de côte, fracture du sternum déplacée, suture tendineuse et fracture de la fibula.
2.5	<ul style="list-style-type: none"> - rééducation de 15 à 20 séances - traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique et psychothérapie hebdomadaire durant 6 mois. - traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique ou psychothérapie hebdomadaire durant 1 an. 	Fracture de côtes, fracture du poignet, fracture peu déplacée de jambe. Fracture tassement du rachis dorsal ou lombaire.
3	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation de 5 à 10 jours - Immobilisation de 1 à 2 mois 	Fracture de jambe, du fémur, fracture de

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention(s) sous anesthésie générale ou locorégionale - rééducation de l'ordre de 30 séances - traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique et psychothérapie hebdomadaire durant 1 an. - Traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique ou psychothérapie hebdomadaire au-delà d'un an et jusqu'à la date de consolidation médico-légale (dans l'hypothèse où le traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique et psychothérapie hebdomadaire s'effectue au-delà d'un an et jusqu'à la date de consolidation, les souffrances endurées pourraient être évaluées jusqu'à 3.5/7). 	<p>l'humérus traitée par réduction ostéosynthèse.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation de 1 à 2 mois - plusieurs interventions chirurgicales, sous anesthésie générale ou locorégionale. - Immobilisation traînante sur plusieurs mois - Rééducation pendant plusieurs mois en centre et en ambulatoire 	<p>Fracture complexe des membres inférieurs ayant nécessité plusieurs interventions, mise en traction, complication évolutive de type algodystrophie, pseudarthrose, traumatisme crânien ayant nécessité une intervention neurochirurgicale. Fracture maxillaire avec ostéosynthèse et/ou blocage. Psycho traumatisme grave suite à une agression. Paraplégie par fracture rachidienne, traumatisme crânio-cérébral, polytraumatisme associant plusieurs lésions traumatiques</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation itérative de 2 à 6 mois - plusieurs interventions chirurgicales sur une période de 6 à 9 mois - rééducation de plus de 6 mois. 	<p>orthopédiques des membres, volet thoracique, lésion vasculo-nerveuse ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales. Atteinte du plexus brachial. Plusieurs lésions traumatiques</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation de l'ordre de 1 an - rééducation très prolongée 	

7	<ul style="list-style-type: none"> - interventions chirurgicales multiples - pour les situations qui dépassent les qualificatifs précédents exceptionnellement en fonction de l'intensité et de la durée des souffrances. 	<p>orthopédiques ou viscérales graves ayant nécessité une intervention itérative.</p> <p>Tétraplégie avec syndrome déficitaire , traumatisme crânien avec hémiplegie et syndrome déficitaire , brûlures étendues.</p> <p>Hospitalisations itératives sur plusieurs années pour brûlures ou interventions chirurgicales orthopédiques en grand nombre pour des complications à type d'ostéite, de retard de consolidation d'amputation.</p>
---	---	--

α.3. L'indemnisation des souffrances endurées

Dans les faits, on n'indemnise dans le cadre des souffrances endurées que celles de la maladie traumatique de l'accident jusqu'à la consolidation . Les souffrances chroniques survenant après la consolidation sont en général (à tort) indemnisées dans le cadre de l'IPP qu'elles alourdissent .

L'appréciation du prix de la douleur n'appartient qu'au juge. En effet, il n'est du domaine de l'expert que d'évaluer l'importance de cette douleur.

Sur l'ensemble des victimes, le degré des souffrances augmente en moyenne avec le taux d'IPP. Cependant, le lien entre ces deux grandeurs reste faible. A degré égal de souffrances endurées, l'indemnisation augmente avec le taux d'IPP.

Les intervalles sont resserrés jusqu'au quatrième degré de souffrances endurées. Ensuite, ils deviennent très importants. Cette forte dispersion s'explique par la présence de dossiers de victime gravement handicapées dont l'appréciation du préjudice ne peut être menée qu'au cas par cas.

Il n'existe aucun barème à proprement parler et on ne peut donc extrapoler qu'à partir de valeurs moyennes, par exemple communiquées par Juris-data pour une année entière sur toute la France.

α.3.1. Tableau indicatif tiré des décisions judiciaires communiquées par Juris-Data pour 2003

Les montants des indemnités allouées varient généralement suivant le tableau suivant, :

souffrances endurées de catégorie 1 dites très légères : 600 euros à 1.200 euros

souffrances de catégorie 2 dites légères entre 1.000 euros à 2.000 euros.

souffrances endurées de catégorie 3 dites modérées entre 2.000 euros à 5.000 euros .

A titre d'exemple, un taux de souffrances endurées de 3/7 a été évalué à 2.500 € par la MACIF pour un enfant de 10 ans le 13.02.09.

souffrances endurées de catégorie 4 dites moyennes entre 5.000 euros à 16.000 euros .

souffrances endurées de catégorie 5 dites assez importantes entre 16.000 euros à 20.000 euros .

souffrances endurées de catégorie 6 dites importantes entre 20.000 euros à 30.000 euros .

souffrances de catégorie 7 dites très importantes : 30.000 euros et au-delà .

α.3.2 .Indemnisation des souffrances endurées par degré (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007 .)

Degré de souffrances endurées	Nombre de victimes avec DFP	% de victimes avec degré des souffrances endurées non nul	Age moyen	Indemnisation des souffrances endurées Valeur médiane en euros
Nul	428	-	-	-
Non précisé	18	-	-	-
0.5	25	0.1%	-	-
1	605	2.6%	45	700
1.5	2457	10.5%	45	1.000
2.	8092	34.5%	44	1.500
2.5	4339	18.5%	45	2.200
3	3557	15.2%	46	3.000
3.5	1857	7.9%	44	4.000
4	1272	5.4%	44	6.000
4.5	537	2.3%	41	8.000
5	436	1.9%	42	14.000
5.5	134	0.6%	40	17.000
6 6.5 et 7	121	0.5%	39	27.000

Note : les médianes sont calculées uniquement sur des populations d'au moins 30 victimes.

Médiane de l'indemnité des souffrances endurées.

Degré de souffrances endurées

Taux d'AIPP	Nul ou non précisé	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	>4
1	-	-	700	1000	1500	2100	3000	-	-	-
2	-	-	700	1000	1500	2100	3000	3900	5200	-
3	-	-	-	925	1500	2200	3000	4000	5500	-
4	-	-	-	1000	1500	2200	3000	4000	6000	-
5	-	-	-	1000	1500	2200	3000	4000	5500	8250
6 à 9	-	-	-	-	1500	2456	3200	4200	6000	9000
10 à 14	-	-	-	-	-	2400	3250	4500	6100	9050
15 à 19	-	-	-	-	-	-	3500	4200	6500	10100
20 à 29	-	-	-	-	-	-	3500	4500	7000	13000
30 et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	7000	18000

A titre d'exemple, un taux de souffrances endurées de 2/7 a été évalué à 1.200 € par le Fonds de Garantie Automobile pour une femme de 45 ans le 03.06.09.

A titre d'exemple, un taux de souffrances endurées de 2/7 a été évalué à 1.400 € par la MATMUT pour une femme de 30 ans le 27.03.08.

A titre d'exemple, un taux de souffrances endurées de 3/7 a été évalué à 2.500 € par la MACIF pour un enfant de 10 ans le 13.02.09.

A titre d'exemple, un taux de souffrances endurées de 3/7 a été évalué à 2.500 € par le Fonds de Garantie pour un homme de 24 ans le 26.08.09.

A titre d'exemple, des souffrances endurées qualifiées à un taux de 6/7 ont été indemnisées en 2008 dans le cadre de l'assurance accidents de la vie par l'assurance MACSF Assurances pour un taux de 25.000 €.

β. Le préjudice esthétique

β.1. Définition

Le préjudice esthétique se définit comme les séquelles disgracieuses, statiques, et/ou dynamiques, portant atteinte à l'esthétique d'un individu. Il s'agit de toute disgrâce physique occasionnée par des accidents tels que des blessures laissant des traces visibles : cicatrice, déformation, mutilation, etc... mais aussi de tous les éléments de nature à altérer l'apparence de la victime. S'intègrent dans le préjudice esthétique les modifications du profil social telles que les modifications générales d'attitude (nécessité de se présenter alité ou en fauteuil roulant, troubles comportementaux, etc...), les troubles de la marche, la nécessité d'utiliser des aides techniques (cannes, orthèse, prothèse, fauteuil roulant, ...) ou les contraintes de protection solaire.

β.2. Généralités

On insistera sur l'importance, à l'origine des séquelles esthétiques, des lésions crânio-maxillo-faciales. En effet, ces lésions constituent 15% des atteintes initiales mais 35% des atteintes esthétiques. D'autre part, deux tiers des atteintes maxillo-faciales entraînent des séquelles esthétiques.

Les autres lésions le plus fréquemment à l'origine d'un préjudice esthétique se situent aux mains, aux organes génitaux externes.

On remarquera qu'une lésion peut être source à la fois d'une séquelle esthétique, mais aussi d'un trouble fonctionnel. A la limite du sujet, on rappellera qu'une cicatrice peut entraîner un déficit physiologique donc une incapacité permanente partielle, à ce titre, l'évaluation est quantitative, chiffrable au niveau des conséquences de cette cicatrice sur la mobilité d'une articulation, ou qualitative au niveau de la face. En effet, on ne peut alors chiffrer objectivement les conséquences, mais uniquement les décrire.

A titre d'exemple, une cicatrice à la main peut gêner l'opposition du pouce, la réalisation d'une pince fine, ou une prise forte. Le handicap le plus fréquent réside dans une rétraction cutanée à la face dorsale de la main, qui entraîne une gêne à la flexion des doigts.

Une cicatrice à la bouche peut entraîner un trouble de l'alimentation, voire une diminution de la distance d'ouverture buccale et parfois même un trouble du langage. L'expert devra alors faire la part des choses entre les conséquences fonctionnelles et les conséquences esthétiques, ces dernières restant uniquement dans le cadre de ce paragraphe.

A titre d'exemple, un édentement peut affecter à la fois, le sourire (préjudice esthétique) mais aussi la mastication (séquelle fonctionnelle).

Une cicatrice peut entraîner également des souffrances endurées. Ainsi des cicatrices chéloïdiennes ou hypertrophiques peuvent entraîner un prurit (envie de grattage) et parfois même des douleurs. Des cicatrices situées dans une zone de conflit avec un objet (chaussure, outil de travail, vêtement) peuvent entraîner également des douleurs.

L'évolution intervient sur le préjudice esthétique, à la fois du fait d'une évolution spontanée, par exemple d'une cicatrice, qui évolue en général sur dix huit mois mais aussi du fait de la croissance de l'enfant qui peut modifier l'état d'une cicatrice et par les moyens thérapeutiques mis à disposition du patient (interventions chirurgicales de réparation ou de reconstruction). Chez l'enfant on estime qu'une cicatrice évolue sur deux ans.

β.3. L'estimation du dommage esthétique

L'estimation du dommage esthétique se caractérise par sa subjectivité. Cette subjectivité peut être du fait de la victime qui en souffre plus ou moins, mais aussi de l'expert ou du juge qui y attache plus ou moins d'importance.

Il est d'usage d'évaluer les dommages esthétiques après la consolidation. Les dommages esthétiques subis de façon transitoire avant la consolidation sont parfois comptabilisés au titre des souffrances endurées.

β. 3.1.L'estimation " de visu "

Dans le cas d'une procédure judiciaire, le juge appréciera le préjudice esthétique. Cette appréciation peut se réaliser soit "de visu " par comparution de la victime, et l'appréciation "de visu " par le juge lui-même (articles 184 et 188 du Nouveau Code de procédure civile), ou plus fréquemment par le biais d'un expert.

β. 3.2.L'estimation par expertise

L'expert devra alors donner son avis sur l'existence d'un préjudice esthétique, sa nature, sa quantification, selon une cotation de 0 à 7, et prévoir son évolution clinique (évolution spontanée des cicatrices, nécessité ou pas d'interventions ultérieures,...) . L'évaluation du préjudice esthétique se compose donc de plusieurs éléments.

Des éléments statiques : cicatrices, déformations, etc...

Des éléments dynamiques : boiterie, mimique du visage, mouvement, perturbation de la cinétique d'un membre, etc...

Des éléments psychologiques : façon dont la victime assume sa disgrâce .

Est considéré comme un dommage esthétique le fait de se déplacer en fauteuil roulant, d'utiliser une prothèse de remplacement. Le préjudice esthétique ne se limite pas à des anomalies visibles et à ce titre une dysarthrie peut être source d'un dommage esthétique.

L'expert décrira la cicatrice, en particulier le siège, la dimension, la coloration, le fait qu'elle attire plus ou moins le regard, son évolution la plus probable. Lorsqu'il existe de multiples cicatrices, la description est souvent méticuleuse pouvant gêner quelque peu la représentation que doit s'en faire le régleur. Il a donc été proposé de joindre de photographies au rapport. L'expert s'aidera de clichés photographiques tout en restant prudent dans leurs appréciations du fait des conséquences subjectives des conditions de prise de vue (importance de l'éclairage, de l'incidence de la photographie, du maquillage,..) et de possibles modifications apportées par les logiciels de retouches d'images.

Ainsi si les photographies sont apportées par le patient, il est difficile de savoir à quelle date elles ont été prises et si la technique employée n'a pas « valorisé » la cicatrice.

L'expert peut procéder lui-même aux photographies mais en les réalisant avec une qualité suffisante.

L'examen s'attardera, en particulier, sur l'état maxillo-facial. Cet examen sera à la fois statique, de face, de profil, par une vue plongeante, mais aussi par un examen endo-buccal pour appréciation des conséquences des atteintes dentaires. Mais cet examen sera aussi dynamique par l'étude de la mimique, sous la dépendance du nerf facial.

L'expert notera si ce préjudice esthétique est éventuellement améliorable par une intervention spécifique. A ce titre, l'expert précisera les intentions de la victime, son avis personnel sur l'indication thérapeutique, les possibilités objectives d'amélioration postopératoire, l'incapacité temporaire totale et les souffrances endurées à prévoir au cas où cette intervention serait réalisée, les "chances" de réaliser correctement une telle intervention.

L'expert doit donner son avis si besoin est sur l'accessibilité du dommage esthétique au traitement médical ou chirurgical et en sollicitant le cas échéant l'avis d'un spécialiste.

Si la victime programme une thérapeutique esthétique, il faudra revoir à nouveau la victime avec un recul suffisant à distance du traitement pratiqué pour une évaluation définitive, en particulier s'il s'agit d'un traitement chirurgical.

Si la victime ne souhaite pas de traitement chirurgical ce qu'on ne peut lui imposer, l'expert quantifie alors le dommage tel qu'il existe, donne une information sur ce qu'il pourrait probablement devenir après un traitement esthétique dont il précisera exactement la nature et indiquera le refus du patient d'un tel traitement. Les patients peuvent souhaiter un recours à un traitement esthétique alors que l'indication n'est

pas évidente. L'expert doit alors donner son avis sur cette indication et quantifier le dommage en état s'il paraît stabilisé.

L'indication d'une intervention chirurgicale esthétique à moyen terme se pose fréquemment pour les enfants lorsque le dommage esthétique n'est que modéré. En effet, avec la croissance de l'enfant les cicatrices s'allongent en même temps, leur aspect s'améliore très notablement si bien que les indications finales sont rares en fin de croissance pour un traitement esthétique. L'expert précisera au donneur de mission si le devis présenté pour de telle intervention esthétique est conforme aux règles de l'art et à ce qui est pratiqué habituellement pour ce type d'intervention proposée.

L'évolution de la plupart des cicatrices est longue de l'ordre de 18 à 24 mois. Souvent le dommage esthétique n'est pas encore stabilisé alors que les autres séquelles le sont. Lorsque ce dommage esthétique est peu important, l'expert peut alors proposer une quantification tenant compte en le précisant de l'évolution la plus probable.

L'estimation du préjudice esthétique se fait par demi unité.

Le chiffrage de la gravité du préjudice esthétique se voit allouer classiquement des qualificatifs sur une échelle de 1 à 7:

Cotation de 0,5 ou préjudice minime

Cotation de 1 ou préjudice très léger

Cotation de 1,5 ou préjudice très léger

Cotation de 2 ou préjudice esthétique léger

Cotation de 2,5 : préjudice entre léger et modéré

Cotation de 3 ou préjudice esthétique modéré

Cotation de 3,5 : préjudice entre modéré et moyen

Cotation de 4 ou préjudice esthétique qualifié de moyen

Cotation de 4,5 : préjudice entre moyen et assez important

Cotation de 5 ou préjudice esthétique qualifié d'assez important

Cotation de 5,5 : préjudice entre assez important et important

Cotation de 6 ou préjudice esthétique qualifié d'important

Cotation de 6,5 : préjudice entre important et très important

Cotation de 7 ou préjudice esthétique qualifié de très important.

Cette estimation par l'expert sera comparée à une échelle d'auto-évaluation par le patient qui permet d'apprécier le vécu de ce préjudice esthétique.

Dans le cadre d'une évaluation in concreto, les facteurs d'aggravation consistent pour des séquelles identiques, en le jeune âge, le sexe féminin, les situations de célibat, les contacts professionnels fréquents avec une clientèle, la nature même de la profession (actrice, mannequin...). Le terrain peut contenir des éléments facteurs d'aggravation. Ainsi un sujet ayant déjà présenté des antécédents de cicatrice chéloïde présente plus de risques d'en présenter des nouvelles après un nouveau traumatisme ; un sujet pigmenté présente plus de risques de cicatrice dyschromique ultérieure.

Le dommage esthétique doit être évalué par l'expert dans le cadre de la loi Badinter in abstracto. Ceci signifie que l'expert qualifie et quantifie uniquement en fonction de l'importance de la lésion anatomique provoquant la disgrâce de sa situation

l'exposant plus ou moins au regard des autres dans les conditions habituelles de la vie sociale et prend donc uniquement en compte le siège et l'aspect de la disgrâce esthétique. L'expert ne doit pas tenir compte de l'âge ou du sexe de la victime pour pondérer son évaluation. L'expert devra dans le cadre d'une expertise de la loi Badinter faire abstraction des " conséquences situationnelles " telles que le sexe, l'âge, la profession,....

Cette pondération sera faite au moment de l'indemnisation par le régleur et à évaluation médicale égale, l'indemnisation d'une jeune femme sera en général supérieure à celle d'un homme âgé. Il convient souvent de préciser dans le rapport d'expert que l'évaluation faite ne tient compte, ni du sexe, ni de l'âge du blessé. De même l'expert ne devra pas tenir compte dans son évaluation du dommage esthétique si celui-ci à un retentissement professionnel, certaines disgrâces pouvant rendre difficiles des professions obligeant au contact avec le public. L'expert par contre décrira l'incidence de ce dommage esthétique sur la profession exercée au moment de l'accident. Cette incidence professionnelle fait donc l'objet d'une étude et d'une indemnisation éventuelle spécifiques .

Le même dommage esthétique chez des individus de même sexe et d'âge similaire peut être vécu d'une manière différente avec donc un vécu douloureux et psychologique différent. Là aussi l'expert ne doit pas en tenir compte pour la quantification du dommage. En revanche l'expert décrit ce vécu psychologique douloureux et le cas échéant peut le prendre en compte au titre des souffrances endurées en le précisant.

β. 3. 2.1. Estimations unanimement reconnues

Le préjudice esthétique très léger côté à 1 correspond en général à la cicatrice d'une plaie linéaire, franche, masquée dans un pli d'expression du visage. Le préjudice côté à 7 correspond à une défiguration . A titre d'exemple, une séquelle esthétique dentaire est en général très rarement estimée à plus de 3 sur une échelle de 7. Une séquelle esthétique considérée comme "choquante " à la première impression est en général estimée au moins à 4 sur une échelle de 7, une séquelle esthétique considérée comme entraînant des conduites d'évitement de la part de l'entourage peut être estimée à au moins 5 sur une échelle de 7.

β. 3. 2.2. Estimations proposées par la Société de médecine légale et de criminologie de France

L'estimation du préjudice esthétique se caractérise par sa subjectivité et donc d'une certaine difficulté.

A ce titre, certaines sociétés savantes proposent des valeurs indicatives, en particulier la Société de médecine légale et de criminologie de France dans son barème d'évaluation médico-légale (Société de médecine légale et de criminologie de France et Association des médecins experts en dommage corporel , Barème d'évaluation médico-légale, Paris, Editions ESKA, 2000) .

Cette société savante présente le tableau ci-dessous dans son barème :

- 0,5 . cicatrice de bonne qualité, peu visible, ou légère déformation
- . prothèse dentaire, incisive ou canine avec modification de la coloration ou de la forme, mauvaise intégration dans la dentition
- . boiterie légère et/ou intermittente

- 1 . cicatrice d'ostéosynthèse de bonne qualité, habituellement cachée par les vêtements
 - . cicatrice de la face, peu visible, ou cicatrice de laparotomie médiane, de bonne trophicité
 - . cicatrice de trachéotomie de bonne trophicité
 - . boiterie modérée et permanente
- 1,5 . déformation de la pyramide nasale dans les suites d'une fracture des os propres avec déplacement
- 2 . cicatrice de la face visible au premier regard, sans caractère réellement disgracieux
 - . boiterie modérée à la marche avec nécessité de l'usage d'une canne
 - . perte d'un sein avec plastie de bonne qualité et cicatrice peu visible
 - . perte d'un œil avec énucléation et prothèse de bonne qualité, au moins dans le regard médian
 - . cicatrice de trachéotomie, anfractueuse, adhérente au plan profond, colorée
 - . amputation de plusieurs doigts ou cicatrice très disgracieuse de la main, aspect en griffe cubitale ou maladie de Dupuytren évoluée
- 2,5 . diminution nette de la mobilité d'un œil avec déformation de l'aspect (déformation pupillaire, anisocorie...)
 - . perte d'un œil avec prothèse oculaire peu mobile
- 3 . cicatrice de la face, déformant la mimique, visible au premier regard, disgracieuse
 - . difficulté majeure de la marche qui n'est possible qu'avec deux cannes ou un déambulateur
 - . perte d'un sein, sans prothèse ou avec prothèse de mauvaise qualité, cicatrice de curetage axillaire de moindre qualité
 - . amputation de jambe avec prothèse bien tolérée permettant une marche harmonieuse
- 3,5 . amputation de cuisse avec appareil articule, modification de la marche qui est possible sans canne
 - . paralysie faciale complète, flasque
 - . perte d'un œil avec énucléation sans possibilité de prothèse
 - . trachéotomie persistante
 - . amputation de la main avec prothèse esthétique de bonne qualité
- 4 . paraplégique en fauteuil manuel, compte tenu de la modification du profil social et des modalités de présentation
 - . amputation de cuisse, boiterie importante à la marche, nécessité d'utiliser une canne
- 5 . tétraplégique en fauteuil roulant électrique, compte tenu de la modification du profil social mais également des déformations des mains
 - . perte de la mandibule
- 6 . tétraplégique ventilé, avec ventilation assistée par trachéotomie
 - . défiguration
- 7 . défiguration monstrueuse, ou aspects physiques qui génèrent habituellement la répulsion incoercible

Valeurs indicatives du préjudice esthétique proposées par la Société de médecine légale et de criminologie de France dans son barème d'évaluation médico-légale

Ce tableau présente le mérite d'exister et de guider l'expert dans son estimation. Outre le fait qu'il reste indicatif, on insistera sur le fait qu'il n'exprime que l'opinion de ses auteurs. A ce titre d'ailleurs, on peut discuter certaines estimations par exemple, un préjudice esthétique coté à 2 pour une mammectomie, c'est-à-dire l'ablation d'un sein avec une plastie mammaire ultérieure, fût-elle de bonne qualité.

β. 3.2.3. Estimations du préjudice esthétique de la face basées sur la méthode des distances

Certains auteurs proposent pour l'évaluation du préjudice esthétique de la face, une méthode intitulée méthode des distances (Evaluation du dommage esthétique de la face : la méthode des distances, Rougé D. et collaborateurs, Revue française du dommage corporel, 1996-4, pages 363-374).

L'auteur propose, par le biais d'un tableau à double entrée, de quantifier le préjudice esthétique de 0 à 7. Une entrée énumère l'importance du préjudice esthétique cotée de 0 à 7. L'autre entrée analyse sept paramètres, à savoir :

- la trace du traumatisme concrétisée par l'existence d'une cicatrice visible,
- la couleur de la cicatrice par rapport à la normale, soit exagérée (hyperchromie), soit diminuée (hypochromie)
- le relief de la cicatrice par rapport aux régions voisines qui entraîne une perte des courbures physiologiques du visage en particulier à jour frisant
- la déformation du visage par modification de ce l'on appelle des " points clefs " d'où une rupture de l'harmonie de ce visage
- l'ulcération, c'est-à-dire la rupture de l'épiderme et donc de la peau
- la localisation centrale c'est-à-dire au milieu du visage ou péri-orificielle et la localisation latérale à laquelle on adjoint des cicatrices en partie masquées par les cheveux pour cette dernière.

Les deux distances d'analyse sont tout d'abord la distance de 50 cm qui correspond à la distance entre une personne et un miroir qui reflète son image ou la distance entre deux personnes se serrant la main. Cette distance est qualifiée de distance intime.

La distance de 3 m correspond à la distance entre deux personnes qui se croisent par exemple du regard dans la rue et peut être qualifiée de distance sociale.

L'examen à ces distances se fera de face et de profil sous un éclairage normal.

Critères	Trace	Couleur	Relief	Déformation	Ulcération Défiguration
Qualificatifs					
∅	Invisible à 50 cm	Invisible à 50 cm	Invisible à 50 cm	Invisible à 50 cm	Invisible à 50 cm
Très léger = 1	Visible à 50 cm latérale	Invisible à 50 cm	Invisible à 3 m	Invisible à 3 m	Invisible à 3 m
Léger = 2	Visible à 50 cm médiane	Invisible à 50 cm	Invisible à 50 cm	Invisible à 3 m	Invisible à 3 m

Modéré = 3	Visible à 50 cm	Visible à 50 cm latérale	Visible à 50 cm latérale	Invisible à 3 m	Invisible à 3 m
Moyen = 4	Visible à 50 cm	Visible à 50 cm médiane	Visible à 50 cm médiane	Invisible à 3 m	Invisible à 3 m
Assez important = 5	Visible à 3 m	Visible à 3 m latérale	Visible à 3 m latérale	Visible à 3 m latérale	Invisible à 3 m
Important = 6	Visible à 3 m	Visible à 3 m médiane	Visible à 3 m médiane	Visible à 3 m médiane	Invisible à 3 m
Très important = 7	Visible à 3 m	Visible à 3 m médiane	Visible à 3 m médiane	Visible à 3 m médiane	Visible à 3 m

Echelle de valeurs du préjudice esthétique par croisement de critères normatifs et descriptifs (méthode des distances)

L'utilisation de ce tableau à double entrée permet une orientation rapide pour la quantification du préjudice :

Si à 50 cm rien n'est visible, le dommage esthétique est considéré comme nul.

Si à 50 cm une cicatrice est visible mais sans modification de la couleur, du relief, sans déformation et sans ulcération, le dommage est coté à 1 ou à 2 en fonction de la localisation respectivement latérale ou médiane de la cicatrice.

Si à 50 cm la cicatrice est visible avec une modification de la couleur, du relief mais sans déformation et sans ulcération, le dommage est coté à 3 ou à 4 suivant la localisation respectivement latérale ou médiane de la cicatrice.

Si à 3 m la cicatrice est visible avec une modification de la couleur, du relief, une déformation mais sans ulcération le dommage esthétique est coté à 5 ou à 6.

Si à 3 m le sujet est considéré comme défiguré ou s'il existe des ulcérations cutanées avec adjonction des critères précédents, le dommage est coté à 7.

β.4. L'indemnisation du préjudice esthétique

L'indemnisation du préjudice esthétique permanent, évalué sur une échelle de 0 à 7 est estimé sur un calcul d'une indemnisation supérieure d'à peu près 30% à celle versée pour les souffrances endurées.

β.4.1. Chiffres indicatifs tirés des Juris-data

Le montant des indemnités allouées au titre du préjudice esthétique varie suivant les juridictions. Il est en tiré une moyenne à partir de données tels que les Juris-data pour une année.

Préjudice esthétique de catégorie 1 dit très léger : indemnités variant entre 380 € à 460 € .

Préjudice esthétique de catégorie 2 dit léger : indemnités variant entre 300 € à 4.600 € .

Préjudice esthétique de catégorie 3 dit modéré : 3.000 € à 6.100 € .

Préjudice esthétique de catégorie 4 dit moyen : 6.100 € à 11.400 € .

Préjudice esthétique de catégorie 5 dit assez important : 7.600 € à 10.700 € .

Préjudice esthétique de catégorie 6 dit important : 15.000 € à 38.100 € .

Préjudice esthétique de catégorie 7 dit très important : 30.500 € à 45.700 € .

β.4.2. Données issues du fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007

Près de 40% des victimes avec IPP conservent un dommage esthétique. Cette proportion est plus élevée pour les hommes (49.5%) que pour les femmes (29.3%). Cela résulte du fait que les hommes sont plus impliqués, en moyenne, dans les accidents plus graves que les femmes. Pour les victimes qui gardent un préjudice esthétique, il existe à gravité équivalent, peu de différences d'indemnisation entre hommes et femmes.

Les indemnités versées aux femmes, à degré de préjudice esthétique permanent était peu différentes de celles attribuées aux hommes, les éléments de dispersions sont calculés de manière globale sur les hommes et les femmes.

Préjudice esthétique permanent par degré

Degré de préjudice esthétique	Nombre de victimes avec DFP	% de victimes à préjudice esthétique non nul	Age moyen	Indemnisation du préjudice esthétique Valeur Médiane
0 -Nul	15113	-	-	-
Non précisé	22	-	-	-
0.5	2139	24.5%	45	400
1	2420	27.7%	44	800
1.5	1420	16.2%	41	1.200
2.	1525	17.4%	41	1.800
2.5	590	6.7%	38	2.500
3	383	4.4%	37	4.000
Plus de 3	266	3.0%	38	7.000

Médiane de l'indemnité des préjudices esthétiques permanents

Taux d'AIPP	Degré de préjudice esthétique permanent							
	Nul ou non précisé	0.5	1	1.5	2	2.5	3	>3
1	-	350	700	1000	1700	-	-	-

2	-	332	750	1025	1500	2150	-	-
3	-	300	750	1100	1521	2230	-	-
4	-	400	730	1100	1800	2550	-	-
5	-	400	800	1200	1750	2500	3500	-
6 à 9	-	500	800	1200	1800	2750	-	-
10 à 14	-	500	900	1200	1800	2500	3800	-
15 à 19	-	500	800	1200	2000	2650	4000	-
20 à 29	-	-	1000	1300	2000	2500	4000	6000
30 et plus	-	-	-	-	2000	3000	5000	10000

A titre d'exemple, un taux de 1 sur 7 de préjudice esthétique permanent a été évalué pour un enfant de 10 ans à 500 € le 13.02.09 par la MACIF. Un taux de 1 sur 7 de préjudice esthétique permanent a été évalué pour une femme de 30 ans à 600 € le 27.03.08 par la MATMUT .

A titre d'exemple, le préjudice esthétique d'un homme de 50 ans, dentiste, à un taux de 3.5 / 7 dans le cadre d'une assurance accident de la vie a été indemnisé par MACSF Assurances en 2008 pour 6.000 €.

y. Le préjudice d'agrément ou préjudice fonctionnel d'agrément

y.1. Définitions

- Le président LE ROY dans son ouvrage " L'évaluation du préjudice corporel " paru aux éditions LITEC (Paris) en 2000 définit le préjudice physiologique et d'agrément comme la nécessité, de devoir fournir un effort accru pour exercer son activité ou bien la privation de satisfaction sportive et culturelle.

La Cour d'appel de PARIS (Paris 17ème chambre , 2 décembre 1977 : Recueil Dalloz Sirey, 1978, Jurisprudence, p 285 – 288) a défini le préjudice d'agrément comme la diminution des plaisirs de la vie causée notamment par l'impossibilité ou la difficulté de se livrer à certaines activités normales d'agrément.

La Cour de cassation estime que le préjudice d'agrément s'entend non seulement de l'impossibilité de se livrer à une activité ludique ou sportive mais encore de la privation des agréments normaux de l'existence (Chambre criminelle de la Cour de Cassation 26 mai 1992 : Bulletin des arrêts de la cour de la Cour de cassation chambre criminelle N° 210, p. 581; G. Viney, Responsabilité civile, Juris-Classeur périodique 1992, Doctrine, n° 3625, p 501 - 506; dans le même sens, Cour de cassation 2° chambre civile, 25 février 1981: Bulletin des arrêts de la cour de la Cour de cassation chambre civile II, n°43 ; Cour de cassation, 2° chambre civile, arrêt du 23 octobre 1985: Bulletin des arrêts de la cour de la Cour de cassation, chambres civiles, deuxième partie, deuxième chambre civile, n° 163, p 108) . Le préjudice d'agrément est une perte de qualité de vie inhérente à un handicap, on peut citer ainsi l'impossibilité de se donner à la lecture ou la perte de l'odorat ou de goût.

- Deux conceptions s'opposent :

- la conception restrictive du préjudice d'agrément limité à la perte d'une activité ludique

Le préjudice d'agrément se définit comme l'impossibilité alors pour la victime d'un dommage corporel de se livrer à une activité sportive ludique ou culturelle déterminée à laquelle elle s'adonnait régulièrement avant l'accident.

La victime devra apporter d'une part la preuve qu'elle se livrait à cette activité spécifique avant l'accident et d'autre part l'impossibilité de s'y livrer dorénavant. La définition initiale restrictive du préjudice d'agrément qui résultait pour la victime de l'impossibilité de se livrer à des activités de loisirs spécifiques, telles que par exemple la pratique d'un sport, d'une activité culturelle ou artistique dépendait du mode de vie des activités antérieures de la victime. S'en était suivi une conception pouvant être considérée comme " élitiste " puisque seuls les individus les plus favorisés de la société pouvaient se livrer à de telles activités.

Cette conception restrictive permettait une distinction nette entre le préjudice d'agrément et ce que l'on nomme "le préjudice physiologique" ou "le préjudice fonctionnel". Ce préjudice physiologique ou fonctionnel correspond à un préjudice non économique mais de caractère essentiellement objectif. Il traduit la diminution du potentiel humain de la victime d'une lésion corporelle perçue de l'atteinte aux différentes fonctions de l'organisme, d'où l'expression de "déficit fonctionnel" souvent utilisée pour le désigner. Ce déficit fonctionnel inhérent à l'invalidité de la victime est donc inclus dans l'incapacité et apprécié distinctement du préjudice d'agrément. Cette conception restrictive permettait de maintenir une étendue très large aux recours des tiers payeurs. Ces recours s'exerceront alors sur les indemnités allouées au titre de l'incapacité y compris celles qui repèrent les séquelles des atteintes à l'intégrité physique c'est à dire le préjudice fonctionnel.

- une conception extensive du préjudice d'agrément inhérent au déficit fonctionnel

Une conception extensive du préjudice d'agrément a été permise par un arrêt de la cour d'appel de PARIS du 2 décembre 1977 (Paris 17ème chambre B, 2 décembre 1977 : Recueil Dalloz Sirey, 1978, p 285) qui définissait le préjudice d'agrément comme " la diminution du plaisir de la vie causée notamment par l'impossibilité ou la difficulté de se livrer à certaines activités normales d'agrément " .

A titre d'exemple, cette perte de « qualité de vie » peut être illustrée par le cas de l'hémiplégique qui a perdu une partie de son autonomie et qui nécessite l'aide d'une tierce personne. Il subit des troubles dans les conditions d'existence affectant tous les actes de la vie courante, le lever, l'habillement, le manger, la faculté d'aller et de venir, le travail, le sommeil, les loisirs avec son cortège de frustrations d'impossibilité, de difficulté, de lenteur ou de gêne.

La Chambre criminelle, la 2ème Chambre civile de la Cour de Cassation plus récemment ont adopté une conception plus élargie et plus objective du préjudice d'agrément . Le préjudice d'agrément est alors défini comme la baisse de capacité ou l'incapacité abstraite de la victime à profiter des divers agréments de la vie .

Le préjudice d'agrément ne correspond plus à la privation concrète de tel plaisir ou telle satisfaction, mais aux différentes gênes et frustrations ressenties dans les divers aspects de la vie quotidienne et consécutives aux blessures et à leur séquelles.

Ainsi, plusieurs arrêts de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation, de la 2ème chambre civile de la Cour de Cassation ont considéré que le préjudice d'agrément correspondait à la privation "des agréments d'une vie normale" ou encore "des agréments normaux de l'existence". Il faisait partie de ces agréments, la privation du plaisir de jardiner, de se promener, de voyager, de chasser, de conduire, de lire, le préjudice sexuel, le préjudice d'établissement, et même le "préjudice juvénile" défini comme la privation des joies de la jeunesse.

La Chambre sociale de la Cour de Cassation dans un arrêt du 5 janvier 1995

(Bulletin des arrêts de la Cour de cassation , Chambre civile, V, n°10; Revue trimestrielle de droit civil 1995, p. 892; Juris-Classeur Périodique - La semaine juridique 1995, Edition Générale, I, Doctrine, 3853, n°24, p 264, Geneviève Viney) , définissait ce préjudice d'agrément comme " la privation des agréments d'une vie normale " .

La 2ème Chambre civile de la Cour de Cassation (25 février 1981 : Bulletin des arrêts de la Cour de cassation , Chambre civile, II, n°43, Gazette du Palais 1981, pan. Jurispr. p. 175, obs. F.Chabas) est allée encore plus loin puisque qu'elle a même admis que la perte du goût de l'odorat constitue un préjudice d'agrément. Le préjudice d'agrément ne correspond plus uniquement alors à la privation de plaisirs spécifiques mais aux séquelles de l'atteinte corporelle dont souffrent les victimes. Le préjudice sexuel et d'établissement voient ainsi leur portée élargie puisqu'ils expriment l'atteinte à la fonction sexuelle et non plus la privation d'un plaisir particulier. Ceci aboutit donc à la notion que le préjudice d'agrément se définit comme la privation d'agréments de l'existence auxquels appartient le fait de vivre normalement. Les lésions corporelles, le déficit fonctionnel qui en résultera entraînent donc un cortège de privations et de frustrations qui constitue un dommage et justifie une indemnisation au titre de cette notion élargie du préjudice d'agrément. Le préjudice physiologique reste donc distinct du préjudice d'agrément et reste inclus dans l'incapacité et sera donc toujours soumis à un régime distinct. Le préjudice d'agrément se voit toujours soustrait au recours des organismes de sécurité sociale, toujours réservé à la victime tandis que le préjudice physiologique se voit inclus dans l'assiette des recours des organismes sociaux de même que les préjudices économiques.

Cette distinction entre préjudice physiologique ou fonctionnel, et préjudice d'agrément s'est vu réaffirmée aussi bien par le chambre sociale de la cour de cassation que par la chambre criminelle de la cour de cassation (Arrêt du 05.03.1985, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambre criminelle n°105, Recueil Dalloz Sirey 1985.445, note Groutel) que par la deuxième chambre civile de la cour de cassation (Arrêt du 19.03.1997 Bulletin des arrêts de la Cour de cassation , Chambre civile, II, n°79 ; Responsabilité civile et Assurances 1997, commentaires n°194; Revue Trimestrielle de Droit Civil 1997, p. 662) .

En fait, la distinction entre un préjudice d'agrément et le préjudice fonctionnel est, dans la pratique, quasi impossible. En effet le préjudice d'agrément se définit théoriquement comme la privation des agréments d'une vie normale et le préjudice physiologique, de caractère objectif, se définit comme les troubles affectant les conditions de travail et d'existence, c'est à dire que le préjudice physiologique rassemble les gênes, les troubles, les frustrations et les désagréments résultant du déficit fonctionnel engendré par la lésion corporelle. En effet le déficit fonctionnel en lui-même n'est pas indemnisable. Ce sont les répercussions de ce déficit fonctionnel sur les modes et les conditions de vie de la victime qui sont indemnifiables. Ainsi la distinction est difficile entre le préjudice d'agrément défini comme les gênes ou les troubles empêchant de vivre normalement et les troubles physiologiques consécutifs au déficit fonctionnel puisque toute amputation des fonctions vitales de l'organisme se traduit nécessairement par une privation des agréments de la vie courante. Ainsi, comme nous l'avons dit, la privation de la lecture, de la possibilité de se promener mais aussi la perte du goût et de l'odorat, les difficultés d'ordre sexuel ont été qualifiées de préjudice d'agrément même si elles sont inhérentes aux infirmités présentées.

Si l'on considère donc que le préjudice d'agrément englobe le préjudice physiologique comme cela se voit en pratique, on est alors confronté à une difficulté matérielle et financière, à savoir l'assiette de recours des tiers payeurs. En effet les caisses de sécurité sociale pourraient faire valoir la nature subrogatoire de leurs recours sur ce préjudice d'agrément élargi. Les victimes se verraient alors privées souvent de cette indemnisation du préjudice d'agrément qui serait alors récupéré par les caisses de sécurité sociale.

Un remède à ce recours consisterait à rattacher le préjudice physiologique aux préjudices à caractère personnel soustraits aux recours. En effet le préjudice physiologique a un caractère personnel dans le sens où il n'est pas économique. L'esprit de la loi en effet exclu de l'assiette des recours les préjudices non économiques.

En fait la loi n'écarte expressément de cette assiette des recours subrogatoires que les indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales et aux préjudices d'esthétique ou d'agrément ce qui ne comprend pas théoriquement le préjudice physiologique.

Une possibilité est donc d'inclure l'indemnité réparant ce préjudice physiologique dans le préjudice d'agrément ce qui permet de la soustraire du recours des tiers payeurs. C'est ce qu'a fait la cour d'appel de Paris dans son arrêt du 03.05.1994 (arrêt Lledo de la Cour d'appel de Paris, 17° Chambre, du 3-5-1994, Recueil Dalloz Sirey, 1994, 36° cahier, Jurisprudence, p 516 - 520, note Yvonne Lambert-Faivre; Gazette du Palais, Edition trihebdomadaire, Flash jurisprudence des Cours et Tribunaux, 13-17 mai 1994, p 16 ; Rejet du pourvoi par la Cour de cassation 2° Chambre civile, 19 mars 1997, Recueil Dalloz Sirey, 1998, Premier cahier, Jurisprudence, p 59 – 61, note Yvonne Lambert-Faivre; Gazette du Palais, Edition trihebdomadaire, Jurisprudence, Responsabilité civile, 10-11 décembre 1999, p 11; M.Courtiol et MACIF c/ Lledo : Juris-Data n° 005793) qui qualifie ce préjudice classiquement nommé physiologique de " préjudice fonctionnel d'agrément ". On arrive ainsi à l'absorption du préjudice physiologique au sein d'une catégorie plus large.

Le préjudice d'agrément se voit ainsi constitué de deux éléments, le premier est la composante objective du préjudice d'agrément. Il exprime les répercussions du déficit fonctionnel séquentaire de la victime c'est à dire divers troubles physiologiques. Ce préjudice est considéré comme " objectif " car les troubles ressentis provoquent dans la vie courante et pour des activités banales des désagréments et des frustrations en fait assez semblables d'un individu à l'autre. Ce préjudice peut donc se soumettre à l'étude d'un barème souple de l'indemnisation comme l'a suggéré Madame LAMBERT-FAIVRE dans l'ouvrage " Le droit du dommage corporel ", Editions DALLOZ. L'évaluation suivant le barème donnera lieu à l'établissement d'un taux d'incapacité fonctionnelle (un taux d'IPP) correspondant à un déficit constaté par l'Expert.

Comme d'habitude à partir de cette évaluation médicale le Juge ou le Régleur procédera à l'évaluation monétaire du dommage.

Le Juge ou le Régleur peut, comme d'habitude, ne pas s'en contenter et rechercher in concreto comment est ressenti le handicap. Il peut donc personnaliser l'indemnisation en prenant en compte le retentissement du déficit sur les conditions d'existence de la victime ce qui introduit alors une part de subjectivité de l'appréciation. Il convient bien sûr de distinguer cette évaluation de celle du préjudice économique professionnel découlant des pertes ou des diminutions de ressources.

En effet, aucune corrélation n'existe de façon absolue entre handicap fonctionnel et la diminution de capacité de travail et de gain de la victime.

Le deuxième composant de ce préjudice d'agrément est constitué par un préjudice d'agrément spécial purement subjectif correspondant à la privation de plaisirs déterminés ou d'activités spécifiques. Ce préjudice particulier, s'il est prouvé in concreto, doit conduire à une indemnisation complémentaire individualisée.

C'est cette conception extensive du préjudice d'agrément qui actuellement prédomine au niveau de la jurisprudence.

Cette conception extensive du préjudice fonctionnel d'agrément a été retenue par la Cour d'appel de PARIS le 3 mai 1994 (arrêt Lledo de la Cour d'appel de Paris, 17^e Chambre, du 3-5-1994, Recueil Dalloz Sirey, 1994, 36^e cahier, Jurisprudence, p 516 - 520, note Yvonne Lambert-Faivre; Gazette du Palais, Edition trihebdomadaire, Flash jurisprudence des Cours et Tribunaux, 13-17 mai 1994, p 16 ; Rejet du pourvoi par la Cour de cassation 2^e Chambre civile, 19 mars 1997 , Recueil Dalloz Sirey, 1998, Premier cahier, Jurisprudence, p 59 - 61, note Yvonne Lambert-Faivre; Gazette du Palais, 10-11 décembre 1999, p 11) et par plusieurs arrêts de la Cour de cassation. Un arrêt de la Chambre criminelle du 26 mai 1992 (Chambre criminelle de la Cour de Cassation 26 mai 1992 : Bulletin des arrêts de la Cour de cassation chambre criminelle N° 210, p. 581) stipule en particulier que "le préjudice d'agrément distinct de celui résultant de l'atteinte à l'intégrité physique s'entend non seulement de l'impossibilité de se livrer à une activité ludique ou sportive mais encore de la privation définitive des agréments normaux de l'existence" et un arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 5 janvier 1995 (Bulletin des arrêts de la Cour de cassation , Chambre civile, V, n°10, Revue trimestrielle de droit civil 1995, p. 892, Juris-Classeur Périodique - La semaine juridique 1995, Edition Générale, I, Doctrine, 3853, n°24, p 264, Geneviève Viney) édicte que " la privation des agréments d'une vie normale, distincte du préjudice objectif résultant de l'incapacité constatée, justifie l'octroi d'une indemnité de caractère personnel " .

Le préjudice d'agrément vise alors globalement la diminution de tous les agréments de la vie elle même, due au déficit fonctionnel séquellaire et au handicap constatés par l'expert.

Ceci part du principe que toute invalidité permanente après la consolidation des blessures constitue une source de gêne et de désagrément dans la vie quotidienne. Le préjudice d'agrément ne se limite plus à pratiquer un sport, il concerne en fait tous les actes de la vie courante, le lever, l'habillement, le manger, le travail, le sommeil, les loisirs.

De ce fait, le préjudice d'agrément se définit comme une corrélation au déficit fonctionnel séquellaire de la victime et traduit l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence causés par le handicap dans les actes essentiels de la vie courante, dans les activités affectives et familiales, dans les activités de loisirs et dans les activités professionnelles ou scolaires.

A partir de la consolidation, il est inhérent aux séquelles permanentes avec lesquelles la victime doit vivre durablement (l'incapacité permanente personnelle). Le préjudice d'agrément correspond à une diminution des agréments de la vie, entraînée par le déficit fonctionnel séquellaire, décrits en terme de handicap sous la forme d'une perte d'une certaine qualité de la vie. Le déficit fonctionnel séquellaire (DFS) devrait remplacer le terme d'IPP qui oriente trop vers l'incapacité permanente partielle initiée par le droit du travail . Cette abréviation IPP devrait sinon s'appeler

" incapacité physiologique personnelle " ou être encore mieux remplacée par ce terme de déficit fonctionnel séquellaire .

Pour le professeur Yvonne Lambert Faivre, le préjudice d'agrément se définit donc comme un préjudice corrélatif au déficit fonctionnel séquellaire de la victime, traduisant l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence causées par le handicap dans les actes essentiels de la vie courante, dans les activités affectives et familiales, les activités de loisirs et dans les activités professionnelles scolaires (Yvonne Lambert-Faivre, dans La détermination temporelle des préjudices personnels, Médecine et droit, 1997, 22, pages 3 à 5) . Parallèlement à l'analyse médico-légale, où la description qualitative du handicap (description par l'expert des avantages de la vie de la victime dans les actes essentiels à la vie courante, dans les activités de loisirs, dans les activités professionnelles indépendamment d'éventuelles pertes de revenus professionnels, activités scolaires de déformation...) complète la donnée quantitative du taux de déficit fonctionnel, dans l'analyse juridique, la notion de préjudice d'agrément complète l'appréciation quantitative du taux d'incapacité personnelle permanente. On peut également ainsi définir "un préjudice fonctionnel et d'agrément" global dont l'aspect quantitatif est calculé par un taux arithmétique, dont l'aspect qualitatif est apprécié par le régleur, le juge du fond, ce qui permet de personnaliser un préjudice qualitatif qui complètera la fixation d'un taux arithmétique. Ce préjudice fonctionnel et d'agrément devrait être incorporé dans les préjudices personnels, extrapatrimoniaux de la victime.

Certains remplacent le terme de préjudice d'agrément par celui de préjudice fonctionnel permanent (PFP) et de préjudice d'agrément spécifique (PAS) . Le préjudice fonctionnel permanent (PFP) constitue une conséquence du taux d'incapacité fonctionnelle qui induit des troubles dans les conditions d'existence de la victime, une perte de qualité de vie et une perte des joies de la vie courante . Le préjudice d'agrément spécifique (PAS), distinct du préjudice fonctionnel permanent, plus rare que ce dernier, correspond à une perte de loisirs spécifiques auxquels la victime ne peut plus s'adonner.

On peut donc considérer que le préjudice d'agrément dans sa conception extensive se définit comme une atteinte à la qualité de la vie et aux joies normales de l'existence (réduction de l'autonomie, activités de détente, sportives, ludiques ou de loisirs simples tels que la marche à pied ou les randonnées), elle se déduit en général de la nature même de la gravité et des séquelles. Cette "perte de qualité de la vie" de la victime est due au handicap induit par le déficit fonctionnel séquellaire (DFS), c'est-à-dire le taux d'IPP .

Cette conception extensive a curieusement été battue en brèche par l'assemblée plénière de la Cour de cassation dans son arrêt du 19 décembre 2003, selon laquelle, d'une part, le préjudice d'agrément est le préjudice subjectif de caractère personnel résultant des troubles ressentis dans les conditions d'existence et, d'autre part, les recours des tiers payeurs s'exercent dans les limites de la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de celle, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément.

La Cour de cassation (Cass. Ass. Plén.19 décembre 2003, B.A.P., n°8, p.21, pourvoi n°0214783 ; rapport de Monsieur le conseiller Lesueur de Givry & avis de Monsieur le Premier Avocat général de Gouttes, B.I.C.C. n° 592, 15 février 2004) en a déduit que violait les articles L.376-1, alinéa 3, L454-1, alinéa 3, du Code de la Sécurité sociale et 31 de la loi du 5 juillet 1985, la Cour d'appel de Paris du 25-02-2002 qui avait retenu, au titre des préjudices moraux extrapatrimoniaux, des sommes correspondant, d'une part, à la gêne dans les actes de la vie courante pendant l'arrêt d'activité avant la consolidation, d'autre part, au préjudice fonctionnel d'agrément corrélatif au déficit fonctionnel de la victime traduisant l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence causés après la consolidation par le handicap dans les actes essentiels de la vie courante, dans les activités affectives et familiales et dans celles des activités de loisirs et excluant ainsi du recours du tiers payeurs des indemnités réparant l'atteinte objective à l'intégrité physique de la victime.

La Cour d'appel de Paris avait exclu de l'assiette de recours les préjudices de caractères personnels au titre de la « gêne dans les actes de la vie courante » et « du préjudice fonctionnel d'agrément ».

La Cour d'appel de Paris considérait que la victime était victime d'une gêne dans les actes de la vie courante durant l'arrêt d'activité, c'est-à-dire un préjudice d'agrément subi avant la consolidation, qui devait être selon elle exclu du recours des tiers payeurs.

La Cour d'appel de Paris considérait également l'existence d'un préjudice fonctionnel d'agrément corrélatif au déficit fonctionnel de la victime et traduisant l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence causé après la consolidation par le handicap dans les actes essentiels de la vie courante, dans les activités affectives et familiales et dans les activités de loisirs. De même la Cour d'appel de Paris considérait que ce préjudice fonctionnel d'agrément devait être exclu du recours des tiers payeurs. Les arrêts de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation du 9 mars 2004, numéro de pourvoi 03-81094 et de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de Cassation du 08.04.04 confirment la décision de l'assemblée plénière de la Cour de cassation du 19.12.03 : la gêne dans les actes de la vie courante subie pendant la période d'ITT doit être incluse dans l'assiette du recours, de même que le préjudice fonctionnel d'agrément corrélatif au déficit fonctionnel de la victime. Les indemnités revenant aux victimes en seront diminuées d'autant. La 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation du 08.04.04 dans son pourvoi n°529F-P+B estime en particulier que la gêne dans les activités quotidiennes avant la consolidation entrant dans le cadre de troubles dans les actes de la vie courante relève de l'incapacité temporaire totale et doit donc se trouver soumise au recours de la CPAM.

Ces décisions de la Cour de cassation sont confirmées par deux arrêts de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation du 03.06.04 (pourvois n° 02-14920 et n°02-15695). La Cour de cassation considère donc que le préjudice fonctionnel d'agrément corrélatif au déficit fonctionnel séquellaire répare une atteinte objective à l'intégrité physique et non un préjudice d'ordre personnel. A ce titre, il doit être intégré à l'assiette du recours des organismes sociaux. La Cour de cassation par ses deux arrêts du 03.06.04 confirme sa donnée restrictive qui aboutit à réintégrer dans l'assiette des préjudices subis à recours la gêne dans les actes de la vie courante subis pendant la période d'incapacité temporaire ainsi que le déficit fonctionnel d'agrément.

L'assemblée plénière de la Cour de cassation du 19.12.03 a estimé qu'en excluant de l'assiette du recours le préjudice fonctionnel qui répare une « atteinte objective à

l'intégrité physique de la victime », la Cour d'appel de Paris a violé les articles 31 de la loi du 05/07/85 L.376-1 alinéa 3 et L.454-1 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

En rejetant l'existence d'un « préjudice fonctionnel d'agrément » que la 17^{ème} chambre de la Cour d'appel de Paris (Paris, 3 mai 1994, note Y. Lambert Faivre, D. 1994, Juris., p.516) avait pourtant consacré sous l'influence de la doctrine et placé dans la catégorie des préjudices personnels non soumis aux recours des organismes sociaux, la solution adoptée par le Cour de cassation allait à l'encontre de l'évolution souhaitée par une partie de la doctrine et des juridictions du fond.

La Cour de cassation dans son arrêt d'assemblée plénière du 19/12/2003 définit le préjudice d'agrément comme « le préjudice subjectif d'un caractère personnel résultat des troubles ressentis dans les conditions d'existence ». On doit ainsi distinguer la gêne dans les conditions d'existence, préjudice de caractère objectif soumis au recours des tiers payeurs, de la perception subjective par la victime de cette même gêne, préjudice d'agrément exclu du recours de tiers payeurs.

La définition du préjudice d'agrément comme « le préjudice subjectif de caractère personnel résultant du trouble ressenti dans les conditions d'existence » est distinct de celle du préjudice d'agrément comme une gêne dans les actes de la vie courante. L'arrêt de l'assemblée plénière de la cour de cassation du 19/12/03 distingue ainsi le préjudice d'agrément constitué selon elle par le ressenti subjectif par la victime de la gêne dans les actes de la vie courante et le préjudice physiologique constitué par l'aspect objectif d'une telle gêne.

On retourne ainsi à une conception stricte du préjudice d'agrément. Les incidences strictement personnelles du handicap seront indemnisées au titre du déficit fonctionnel permanent, le préjudice d'agrément n'indemnisant qu'une perte de loisirs spécifique auxquels la victime ne peut s'adonner.

Le déficit fonctionnel permanent comprendra donc la gêne globale liée à l'impossibilité de mener une vie normale du fait du handicap tandis que le préjudice d'agrément n'englobera que la seule perte d'activités spécialement pratiquées par la victime avant l'accident.

Le déficit fonctionnel permanent est relégué quant à lui avec les préjudices économiques objectifs.

y.2. Evaluation

Le préjudice d'agrément constitue une conséquence non économique du préjudice corporel. Il mérite donc la qualification de dommage moral personnel. En effet, les lois du 27 décembre 1973 (lois relatives aux recours de la Sécurité Sociale modifiant les articles L.397 et L.470 ancien du Code de la Sécurité Sociale, devenus L. 376-1 et L.454-1) et du 5 juillet 1985 dans l'article 31 étendant les dispositions de la loi 1973 à tous les tiers payeurs , dans leurs chapitres consacrés à l'assiette des recours des tiers payeurs, rangent le préjudice d'agrément dans les préjudices personnels aux côtés des souffrances physiques et morales et du préjudice esthétique. La jurisprudence s'est plus particulièrement intéressée à la notion de préjudice d'agrément depuis l'exclusion des recours de la Sécurité Sociale sur les indemnités réparant les préjudices de caractère personnel à partir de 1973 et depuis que l'article L.452 -3 du Code de la Sécurité Sociale autorise la réparation de

certains dommages parmi lesquels le préjudice d'agrément, subis par les salariés victimes d'une faute inexcusable de l'employeur.

En effet, dans le premier cas, l'exclusion des recours de la Sécurité Sociale sur les indemnités réparant les préjudices de caractère personnel depuis 1973, intéresse les parties du fait que les préjudices non économiques qui contiennent donc en particulier le préjudice d'agrément du fait de son caractère "personnel" est à l'abri des recours de la Sécurité Sociale. Il est donc très largement revendiqué par les parties.

y.2.1. Evaluation de la conception restrictive du préjudice d'agrément limité à la perte d'une activité ludique

Le préjudice d'agrément est indemnisé en général de 1.000€ à 10.000€ et dans des cas exceptionnels jusqu'à 50.000€. L'importance du préjudice d'agrément est souvent proportionnelle au taux d'IPP.

La perte de jouissance d'un sport ou d'un loisir spécifié se situe en général dans une fourchette de l'ordre de 1.500 à 7.500 euros environ.

La perte des loisirs peut parfois justifier une indemnisation de plus de 15.000 euros dans certains cas.

Il n'existe pas de critère médical spécifique. Cependant la présence d'un préjudice d'agrément et l'importance des indemnités versées est généralement proportionnelle au taux d'AIPP.

En moyenne (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007), 15.4% des victimes qui conservent un déficit fonctionnel permanent non nul perçoivent une indemnité au titre du préjudice d'agrément. Cette proportion augmente avec le taux d'AIPP, passant de 4% pour les victimes avec un déficit fonctionnel permanent évalué à 1 point d'AIPP à 84.6% pour les victimes avec un déficit fonctionnel permanent évalué à 30 points d'AIPP ou plus.

Dispersion des indemnités du préjudice d'agrément

Taux d'AIPP	Répartition % de victimes avec un DFP et un préjudice d'agrément	Eléments de dispersion du préjudice d'agrément Médiane
1	2.5%	500
2	11.6%	600
3	11.1%	800
4	6.9%	1.000
5	8.6%	1.000
6 à 9	18.1%	1.500
10 à 14	15.4%	2.000
15 à 19	9.6%	3.000
20 à 29	8.2%	4.500
30 et plus (*)	8.1%	12.000

Note : les médianes sont calculées uniquement sur des populations d'au moins 30 victimes.

(*) Population hétérogène.

y.2. 2. Evaluation du préjudice fonctionnel d'agrément dans le cadre d'une conception extensive du préjudice d'agrément inhérent au déficit fonctionnel

Le préjudice d'agrément est alors défini comme l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence de la vie de la victime handicapée et constitue donc le corollaire de l'IPP.

Le préjudice d'agrément se répartit alors en deux composantes, l'une quantifiée par le médecin expert par un taux de déficit fonctionnel séquellaire (DFS), l'autre qualifiée par la description du handicap, source de gêne dans la vie quotidienne . On s'aperçoit alors que le préjudice d'agrément entre en concurrence avec l'incapacité permanente partielle physiologique, d'ailleurs un arrêt de la Cour de PARIS (arrêt Lledo de la Cour d'appel de Paris, 17^e Chambre, du 3-5-1994, Recueil Dalloz Sirey,1994, 36^e cahier, Jurisprudence, p 516 - 520, note Yvonne Lambert-Faivre) " noie " l'IPP physiologique dans un poste intitulé " préjudice fonctionnel d'agrément " de caractère fonctionnel. Cet arrêt justifie cette confusion par la mise en parallèle des postes de préjudice qui ne sont pas par nature réparés par les prestations sociales. Cet arrêt précise que les préjudices économiques, patrimoniaux, sur lesquels les organismes sociaux peuvent exercer leur recours subrogatoire ne sont pas proportionnels au taux d'incapacité. Ils englobent l'ensemble des pertes subies et des gains manqués; les préjudices moraux sont par contre attachés à la personne de la victime et de ses ayants droits et donc exclus du recours des tiers payeurs. Ils sont essentiellement constitués du pretium doloris, du préjudice esthétique, et du préjudice fonctionnel d'agrément, proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle de la victime. Ici, l'IPP dans ce cas précis, évaluée à 75 % avec incidence professionnelle, donne lieu d'une part à la réparation d'un préjudice économique et d'autre part à l'indemnisation d'un "préjudice fonctionnel d'agrément" proportionnel au déficit fonctionnel et résultant de la perte de la qualité de vie de la victime dont les fonctions mentales et physiologiques sont considérablement diminuées. La Cour de PARIS a alloué à ce titre une indemnité de 500 000 F.

y.2.2.1. Facteurs quantitatifs

- Les trois paramètres fondamentaux de l'évaluation quantitative du préjudice fonctionnel d'agrément sont le taux de déficit fonctionnel séquellaire établi par référence au Barème dit du Concours médical, l'âge de la victime au jour de l'accident qui permet l'établir son espérance de survie qui sera vécue dans son handicap, la valeur statistique du point d'incapacité.

Nous rappelons que ce taux ne comporte en soi aucune composante professionnelle .

- Evaluation du préjudice fonctionnel d'agrément

- une première méthode consiste à augmenter le prix du point d'incapacité de 5 à 10 % par exemple
- une deuxième méthode consiste à allouer une somme forfaitaire correspondant à une classification identique à celle fixée pour les souffrances endurées.

Le coût moyen en 1987 du préjudice d'agrément pouvait s'établir ainsi comme suit :

- * très léger à léger : 6550 F
- * modéré : 14 050 F
- * moyen à assez important : 27 320 F
- * important à très important : 107 860 F

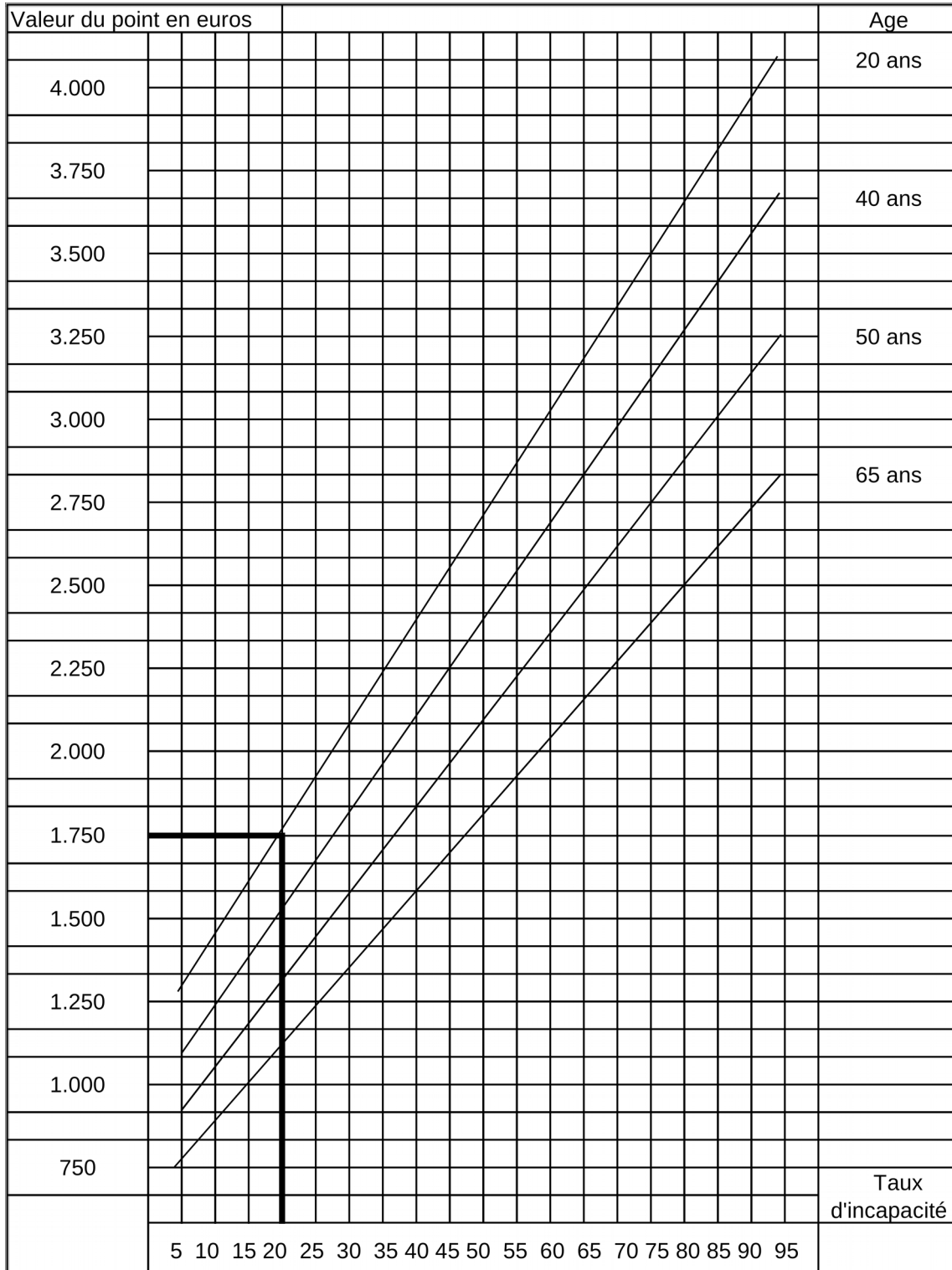
• une troisième méthode, la plus classique, se définit comme le calcul au point. Cette méthode se base sur le fait que le préjudice d'agrément étant indépendant de toute perte économique, on ne tient compte que du taux d'IPP, de l'âge de la victime et non pas des revenus et du rang social de la victime. Ce taux d'IPP devrait plutôt se traduire par un taux " d'incapacité personnelle permanente " pour bien signifier qu'il s'agit d'un " déficit fonctionnel ", physiologique, propre à la victime. Il devrait être donc totalement dissocié du préjudice professionnel. Ce taux d'IPP fixé par le médecin expert exprime en fait le retentissement situationnel engendré par le déficit fonctionnel, c'est à dire la perte de la qualité de la vie. Cette incapacité personnelle permanente correspond à l'atteinte de l'intégrité de la personne humaine et constitue donc un préjudice éminemment personnel et non économique. Cette incapacité personnelle permanente s'oppose donc à l'IPP (incapacité permanente partielle définie initialement par droit du travail qui quantifie une incapacité de travail). Cette confusion entre IPP en droit commun et IPP en droit du travail tend à confondre les préjudices économiques et les préjudices personnels en se basant sur le concept totalement faux selon lequel une lésion traumatique aboutirait à une conséquence identique pour toutes les victimes et que le préjudice professionnel serait proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle. Or, ceci est faux puisque les conséquences économiques d'une même lésion traumatique sont complètement différentes selon les activités professionnelles de la victime.

La valeur du point varie donc en fonction de deux paramètres tout d'abord le taux d'incapacité auquel elle est proportionnelle et deuxièmement en fonction de l'âge de la victime en fonction duquel la valeur du point est inversement proportionnelle. C'est à dire que pour un taux d'IPP égal le préjudice d'agrément sera d'autant plus grand que la victime est plus jeune puisqu'elle subira plus longtemps les effets du traumatisme. Enfin les conséquences d'une IPP sont plus importantes pour les incapacités importantes que pour les incapacités minimales. Du point de vue arithmétique l'indemnisation sera donc non seulement proportionnelle mais progressive comme on le constate dans le schéma ci-dessous.

Taux d'I.P.P. en %	Moins de 30 ans	30 à 49 ans	50 et plus	Total
1 à 4	924	780	695	822
5 à 9	1.472	1.219	1.127	1.293
10 à 14	2.436	2.005	1.479	1.978
15 à 19	2.809	2.668	1.949	2.431
20 à 29	4.675	4.488	2.520	3.808
30 à 49	8.434	7.128	3.132	6.098
50 à 74	16.621	16.318	7.991	14.076
75 et +	37.211	36.588	12.386	31.448
Ensemble	3.103	2.370	1.774	2.470

Coût moyen en euros du préjudice d'agrément selon le taux d'I.P.P. et l'âge de la victime à la consolidation des cas d'IP réglés en 2000

Source : " Assurance automobile : les sinistres corporels en 2000 ", Fédération française des sociétés d'assurance, direction des études et des statistiques, février 2002 p. 41 .



Déficit fonctionnel séquellaire
Valeur moyenne du point de déficit

Abaque réalisé d'après la jurisprudence des cours d'appel en 2003

Exemple : victime âgée de 20 ans, atteinte d'une IPP de 25 %;

valeur du point : 1.750 euros

Tiré de Le Roy M. : L'évaluation du préjudice corporel . Paris : Editions Litec, 18^e édition, 2007 .

γ.2.2.2. Le facteur qualitatif

Il traduit la personnalisation du handicap. La prestation souveraine du handicap par le Juge du fond trouve ici sa justification.

A titre d'exemple, un préjudice d'agrément constitué par une réduction des activités sportives (footing, cyclisme) d'un dentiste de 50 ans a été indemnisé en 2008 par MACSF Assurances pour un chiffre de 4.000€.

γ. 3. Conseils à la victime

Pour démontrer la réalité de son préjudice d'agrément, la victime aura intérêt à rassembler le maximum de preuves et à les présenter à l'expert, ainsi par exemple les cartes de licence d'appartenance à une fédération sportive, les bulletins d'adhésion à un club sportif, les témoignages d'enseignants ou de collègues pratiquant une activité sportive ou ludique, les bulletins d'inscription à une compétition, les résultats officiels de compétitions sportives, les éventuels articles de journaux faisant mention de l'activité présentée antérieurement par la victime, les factures de matériels sportifs (achat d'un vélo tout terrain ...) .

δ. L'incapacité traumatique temporaire personnelle

Il s'agit du préjudice personnel corrélatif à la période d'incapacité temporaire totale qui en constitue le volet économique. Il s'agit des " troubles physiologiques subis par la victime au cours de la période d'incapacité temporaire indépendamment de la perte des revenus " (deux arrêts portés par la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation le 30.09.1998). Il s'agit d'un préjudice de nature personnel et extrapatrimonial correspondant à toutes les souffrances physiques morales et à tous les désagréments occasionnés par un séjour hospitalier, les atteintes à la vie familiale et sociale, l'atteinte esthétique occasionnés durant la période d'incapacité temporaire totale. Ce préjudice, strictement personnel, rend compte de la perte de qualité de vie et de la perte des joies usuelles de la vie courante sous tous ses aspects pendant la maladie traumatique, notamment lors d'hospitalisations qui séparent la victime du milieu familial ou lors des périodes alitées avec la suppression de toutes les activités familiales.

Certains remplacent ce terme d'incapacité traumatique temporaire personnelle par celui de Préjudice Fonctionnel Temporaire (PFT) .

La plupart des statistiques malheureusement ne séparent pas cette incapacité traumatique temporaire personnelle (ITT personnelle) de l'indemnisation de l'ITT (incapacité temporaire de travail) .

Néanmoins son indemnisation semble s'évaluer entre 2 000 F et 5 000 F par mois en moyenne (à peu près la moitié du SMIC) .

En fait dans la plupart des calculs d'indemnisation elle semble être incluse dans le calcul des souffrances endurées.

ε. Le préjudice sexuel

ε. 1. Définitions

- On rappellera qu'on distingue en général trois aspects de la fonction sexuelle :
- * l'aspect morphologique concernant les organes sexuels primaires et secondaires
- * l'acte sexuel

les troubles gênant l'accomplissement de l'acte sexuel et donc la réalisation du plaisir se subdivisent eux-mêmes en 3 parties

- les troubles de la libido (ou de l'envie)
- les troubles de la capacité physique à l'accomplissement de l'acte sexuel (troubles de l'érection, inconvenients survenant lors de l'acte sexuel comme des pertes d'urine...) La capacité physique à l'accomplissement de l'acte sexuel se définit donc pour l'homme comme la capacité d'obtenir une érection permettant une intromission et d'avoir une éjaculation dans un délai " normatif " et pour la femme d'avoir une lubrification et une tumescence génitale permettant un rapport avec pénétration sans contrainte anatomique.
- l'incapacité à accéder au plaisir

- * La fonction de reproduction ou de procréation est constituée par la possibilité de procréer et d'accoucher d'une manière normale.

Les troubles de la fonction de reproduction comprennent donc l'impossibilité de procréer (stérilité), l'impossibilité d'accoucher d'une manière normale.

La fonction de fertilité ou capacité de procréation (soit naturelle, soit par procréation médicalement assistée), qui dépend de l'acte sexuel mais aussi d'autres facteurs anatomiques ou physiologiques . La capacité de procréation chez la femme se définit comme la possibilité d'être fécondée au cours d'un rapport sexuel et de conduire une grossesse à terme sans médicalisation particulière de l'accouchement et pour l'homme de la possibilité d'émission d'une semence fécondante au cours d'une pénétration vaginale accompagnant l'acte sexuel.

- Le préjudice sexuel ou *damnum sexuelle* concerne les séquelles touchant la fonction sexuelle proprement dite (impuissance ou frigidité) et d'autre part la fonction de reproduction ou de procréation (stérilité). Le préjudice sexuel se définit donc comme l'impossibilité totale ou partielle, soit d'accomplir l'acte sexuel, soit de procréer ou de se reproduire d'une manière normale. Les troubles de la procréation se définissent comme la difficulté d'avoir des enfants.

Le préjudice sexuel par ricochet se définit comme le préjudice sexuel subi par le conjoint lorsque l'état physique de la victime entraîne des limitations dans la vie sexuelle du couple.

Les troubles de la fonction de procréation peuvent également entraîner une impossibilité de fonder une famille ce qui définit le préjudice d'établissement.

ε. 2. La situation indemnitare du préjudice sexuel

La jurisprudence considère dans de rares cas la limitation de l'activité sexuelle comme une diminution des possibilités physiologiques de l'individu et donc comme appartenant au préjudice patrimonial et à ce titre indemnisable par un taux d'I.P.P. Dans le cas de séquelles consistant en une atteinte des organes uro-génitaux avec

bien sûr une implication sur la réalisation de l'acte sexuel comme dans le cas de l'ablation d'un organe, d'une atteinte neurologique, un fracas du bassin, les blessés médullaires ou les blessés polytraumatisés graves, cette atteinte devra être authentifiée par des arguments cliniques et paracliniques (bilans biologiques, échographies, bilans uro-dynamiques ou vasculaires...). Cette atteinte uro-génitale avec une répercussion sexuelle sera évaluée alors par un taux d'IPP spécifique accompagné d'un descriptif des conséquences sur la réalisation de l'acte sexuel et sur la fonction de reproduction.

On pourra ainsi fixer un taux d'IPP en cas de perte d'organe en précisant bien sûr si des déficits anatomophysiologiques entraînent une stérilité .

Un deuxième cas de figure consiste en l'absence d'atteinte des organes uro-génitaux et uniquement des doléances relatives à la réalisation de l'acte sexuel. Il peut s'agir par exemple d'une difficulté à la réalisation de l'acte sexuel lors d'une limitation d'une amplitude articulaire. L'expert après s'être prononcé sur la réalité de cette atteinte inclura son indemnisation dans le taux d'IPP proposé au titre des « conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

On distingue dans ce cas, la limitation de la fonction sexuelle qui est indemnisée, du retentissement psychique des séquelles génitales qui s'additionnent toutes les deux dans le cadre d'un taux d'I.P.P.

A titre d'exemple, dans le barème dit du Concours Médical, la limitation de la fonction sexuelle est indemnisée au maximum par un taux de 50% et l'impossibilité mécanique des rapports sexuels par un taux maximal de 30%. Un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation en 1976 avait accordé un taux de 25% d'I.P.P se décomposant en 15% pour des séquelles uro-génitales et 10% pour le retentissement psychique de ces séquelles.

En fait, la perte de la fonction sexuelle n'est en général plus appréciée sous la forme d'incapacité permanente en dehors de quelques situations particulières : castration ,...

Dans d'autres cas, plus fréquents d'ailleurs, la jurisprudence considère que la perte des activités sexuelles due à une impuissance ou une frigidité constitue une altération des loisirs de l'individu et à ce titre appartient au préjudice d'agrément (Arrêt du 3 octobre 1979 de la Chambre Civile de la Cour de Cassation, arrêt du 23 février 1988 de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation) . Un arrêt du 14 juin 1990 de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation considère que le préjudice sexuel est un aspect du préjudice d'agrément et que cet aspect peut parfaitement faire l'objet d'une indemnisation à part.

L'autonomisation du préjudice sexuel :

La tendance actuelle de la jurisprudence est de considérer l'atteinte sexuelle comme un préjudice autonome extrapatrimonial, personnel, au même titre que les souffrances endurées et le préjudice esthétique (Arrêt du 19 Novembre 1998 de la Chambre Civile de la Cour de Cassation, Arrêt du 25 juin 1980 de la 2ème Chambre Civile de la Cour de Cassation) . Actuellement, au vu de la jurisprudence, on peut estimer que le préjudice sexuel est considéré comme un préjudice d'agrément mais qu'il est possible de l'isoler (arrêt de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation du 14 juin 1990 : jurisdata n° 002954, La semaine juridique, édition générale, 1990, partie IV Sommaires de jurisprudence, page 338), pour le quantifier et l'indemniser de façon séparée. La Cour de Cassation laisse les juges du fond libres de décider de

l'autonomie ou non du préjudice sexuel (arrêt de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation du 30 octobre 1995, jurisdata n° 004014). La répercussion des séquelles d'un accident sur la vie sexuelle est un poste de préjudice personnel autonome reconnu par la Cour de cassation.

On peut donc diviser le préjudice sexuel au niveau indemnitaire en deux parties : un taux d'I.P.P qui tient compte de l'altération de la fonction sexuelle et de la fonction de reproduction au titre de difficultés à réaliser des besoins physiologiques et / ou la procréation.

Un préjudice extrapatrimonial, autonome, se définissant comme l'impossibilité d'établir des relations affectives en raison d'un trouble de la fonction sexuelle ou de la fonction de reproduction et d'une privation du plaisir.

A l'encontre de la conception exclusive du taux d'I.P.P on évoque le fait que le préjudice sexuel occasionne effectivement une atteinte à l'intégrité physiologique des organes et des fonctions mais entraîne également une atteinte du statut affectif et même moral de la victime. Ce statut affectif et moral ne peut pas être inclus dans le taux d'I.P.P.

L'autonomisation du préjudice sexuel semble la plus judicieuse car le régleur devra considérer plus d'attention au préjudice sexuel, les victimes seront mieux informées au regard des indemnisations antérieures pour le même préjudice. Elles pourront ainsi éventuellement mieux négocier leur indemnisation avec les assureurs.

Cette autonomisation du préjudice sexuel présente des conséquences matérielles importantes puisque l'indemnisation est alors en général plus importante.

ε. 3. L'indemnisation du préjudice sexuel

- Son évaluation dépend en fait de la définition du préjudice d'agrément.
- Lorsque le préjudice d'agrément a été défini par l'impossibilité de se donner un sport, le préjudice sexuel en demeure distinct.
- avec la notion élargie du préjudice fonctionnel et d'agrément, ce préjudice fonctionnel d'agrément intègre le préjudice sexuel.

- Certains auteurs proposent à titre indicatif l'utilisation du tableau ci-dessous à double entrée qui permet une évaluation du préjudice sexuel en fonction des deux principaux paramètres, fonction du plaisir et fonction de procréation. Chacun des éléments de la fonction de plaisir ainsi que la fonction de procréation se voit attribué un chiffre sur une échelle de 0 à 2. On doit ainsi aboutir à une cotation de 0 à 7 en additionnant les coefficients affectés à chaque type d'incapacité sans que le total ne dépasse 7 points. A ce titre on objectera à ce tableau, en cas de lésion maximale, qu'on arrive à un total théorique de 8 qui devra donc passer à 7 de façon arbitraire.

	0	0,5 à 1,5	2	0 à 2
Plaisir				
Libido	Inchangée	Atténuée	Disparue	<input type="checkbox"/>
Accomplissement de l'acte sexuel	Habituel	Difficile ou rare	Impossible	<input type="checkbox"/>
Orgasme	Habituel	Inconstant ou émoussé	Impossible	<input type="checkbox"/>

Procréation	Inchangée	Diminuée ou requérant une assistance médicale	Pas de possibilité de procréation	<input type="checkbox"/>
Total de 0 à 7				<input type="checkbox"/>

Tableau d'estimation indicative du préjudice sexuel

A titre indicatif la plupart des experts s'accordent à attribuer un préjudice sexuel psychogène une cotation entre 1 à 2,5 sur 7. Ce dysfonctionnement sexuel psychogène se manifeste par une impuissance sexuelle ou une frigidité, ou une dyspareunie.

Le préjudice sexuel après traumatisme crânien associé à une atteinte neurologique centrale se voit ainsi attribué une cotation de 2 à 3 sur 7.

Le préjudice sexuel en cas d'atteinte médullaire se voit attribuer une cotation de 2 à 5 sur 7.

Une castration bilatérale testiculaire ou une ovariectomie bilatérale se voit souvent attribuer un taux d'IPP aux alentours de 5 % du fait des contraintes thérapeutiques et du retentissement psychologique.

Le préjudice sexuel d'une atteinte neurologique périphérique grave authentifiée par des examens électrophysiologiques sur un sujet jeune se voit souvent indemnisé par un taux de 5 sur une échelle de 7.

- Indemnisation :

La castration unilatérale n'entraîne pas en général de déficit de la capacité sexuelle. Il s'agit d'une atteinte uniquement anatomique pouvant être améliorée du point de vue esthétique par le port d'une prothèse. On peut néanmoins constater un retentissement psychologique. Il n'y a par contre pas de retentissement sur la fertilité. En cas de castration bilatérale qui nécessite un traitement hormonal substitutif, il faut proposer alors en général un taux d'I.P.P du fait de la nécessité de ce traitement et d'un éventuel retentissement psychologique. Ce taux est en général de 5%. Chez la femme la castration unilatérale c'est-à-dire l'ovariectomie unilatérale ne limite que faiblement la fertilité et n'entraîne pas de retentissement hormonal. La castration ovarienne bilatérale nécessite par contre un traitement hormonal substitutif et peut entraîner un retentissement psychologique qui peut être indemnisé par un taux d'I.P.P de 5%. Les retentissements sur la fertilité sont bien sûr nets du fait de l'absence d'ovulation et l'on devra tenir compte des éventuels traitements par procréation médicalement assistée.

Quand il a fait l'objet d'une indemnisation distincte, les sommes allouées par le préjudice sexuel peuvent varier de 10 000 à 400 000 F .

Une étude de Mme BOURRIE-QUENILLET (La Semaine juridique, Edition générale, partie I doctrine, 1996, n° 3.986, p 495 – 502) considère qu'actuellement lorsqu'un préjudice sexuel est reconnu, dans 1/3 des cas il est inclus dans le préjudice d'agrément et dans 2/3 des cas il est considéré comme un préjudice autonome. L'étude de Madame BOURRIER-QUENILLET en 1996, conclut à une certaine homogénéité dans le montant de l'indemnisation du préjudice sexuel, aussi bien dans le temps que dans l'espace. Ainsi, l'indemnisation varie peu en fonction des différentes localisations des tribunaux ou en fonction des années.

Le taux moyen d'IPP des victimes indemnisées pour un préjudice sexuel est de 75%. Lorsque le préjudice sexuel indemnise aussi le préjudice d'établissement, le taux d'IPP est plus élevé, en moyenne de 87%. Lorsque le taux indemnise uniquement le préjudice sexuel seul, le taux moyen d'IPP est de 65%. Lorsque la victime présente un taux d'IPP inférieur à 20 %, l'indemnisation moyenne du préjudice sexuel est de 27.500 francs.

Le montant de l'indemnisation varie en fonction de l'âge de la victime. L'âge moyen des victimes indemnisées pour le préjudice sexuel est de 30 ans environ. Plus elle est jeune, plus le préjudice sexuel est considéré comme important du fait de la durée et de la gêne plus importante de ce préjudice. Le conjoint de la victime peut également demander une indemnité au titre du préjudice sexuel.

L'indemnisation du préjudice sexuel est en général inférieure à 50.000 €. L'indemnisation moyenne du préjudice sexuel en excluant le préjudice d'établissement est de 127.100 francs (confère article de Madame BOURRIER-QUENILLET : La Semaine juridique, Edition générale, partie I doctrine, 1996, n° 3.986, p 495 – 502). Le préjudice sexuel et d'établissement est indemnisé, lui, en moyenne par une somme de 221.670 francs.

En moyenne, le montant des indemnisations s'élève à 300 000 francs pour une population de 10 à 19 ans et n'est plus que de 30 000 francs au-delà de 50 ans. La nature du sexe de la victime est indifférente en ce qui concerne le montant des indemnisations. L'indemnisation est en général plus importante pour des victimes célibataires que pour des victimes mariées (respectivement 220 000 francs en moyenne et 157 000 francs). Les victimes vivant en concubinage présentent un taux d'indemnisation intermédiaire (196 000 francs) . Le taux plus important des indemnisations pour les victimes célibataires s'explique par l'existence d'un préjudice d'établissement.

On constate aussi que lors des indemnisations les plus récentes le taux d'indemnisation est plus important comme si l'on reconnaissait de plus en plus l'importance de ce préjudice sexuel.

Cette étude note qu'en moyenne une incapacité sexuelle totale chez des sujets assez jeunes est indemnisée par une somme de 300 000 francs.

L'indemnisation moyenne pour une population de 10 à 19 ans est de 300. 000 francs, 20 à 25 ans de 250. 000 francs, de 30 à 45 ans de 150. 000 francs et de 45 à 55 ans entre 30. 000 et 80. 000 francs.

Les jugements les plus récents reconnaissent de plus en plus la sexualité du 3ème âge et indemnisent à ce titre des victimes même plus âgées, par exemple de 68 ans.

ζ. Le préjudice d'établissement

Le préjudice d'établissement se définit comme la perte de possibilité, d'espoir et de chance normale de réaliser un projet de vie familiale (se marier, fonder une famille, élever des enfants etc...) .

Ce chef de préjudice s'est dégagé de la jurisprudence récente, notamment de cas de victimes jeunes, souffrant de traumatismes crâniens graves. Il ne constitue donc pas une conséquence du préjudice sexuel.

Le préjudice d'établissement s'évalue in concreto pour chaque individu en tenant compte notamment de son âge.

Le préjudice d'établissement est indemnisé en général à un chiffre inférieur à 50.000 €.

η. Le préjudice juvénile

Il se définit comme les frustrations et les privations d'un enfant qui ne peut participer aux jeux, la joie de vivre de son âge. En fait, le plus souvent, le préjudice juvénile est considéré comme un des éléments du préjudice fonctionnel d'agrément.

Il s'y ajoute également la perte éventuelle d'une ou de plusieurs années scolaires et donc le coût d'un redoublement .

L'indemnisation d'une perte d'une année scolaire sera d'autant plus importante que la durée d'immobilisation, que la gêne dans la vie de l'enfant étaient importantes, que le niveau d'étude était élevé, que les résultats scolaires antérieurs étaient brillants.

A titre d'exemple, nous citerons un arrêt de la Cour d'Appel de Douai du 29 septembre 1994 concernant un collégien âgé de 14 ans, victime d'un accident avec une ITT de 5 mois pour lequel le redoublement d'une classe a été indemnisé par une somme de 10. 000 F, ainsi qu'un jugement du tribunal de Grande Instance de Béthune le 22 mai 1990 concernant une étudiante en sciences économiques, âgée de 19 ans, victime d'un accident avec une ITT de 206 jours, indemnisant la perte d'une année d'études par la somme de 15.000 F.

Ce préjudice juvénile ne concerne pas le préjudice professionnel de l'enfant, qui est traité dans le paragraphe ζ. Le préjudice économique de la victime sans activité professionnelle le jour de l'accident non pris en compte par l'incapacité temporaire de aa. Le préjudice patrimonial de a. Le préjudice subi par le blessé .

θ. Le préjudice du vieillard ou préjudice sénile

Il s'agit du dommage subi par une personne âgée qui entraîne une accélération du processus de sénilité.

Là encore, ce type de préjudice peut constituer un élément du préjudice dit d'agrément.

ι. Le préjudice lié à des pathologies évolutives (préjudice patrimoniaux évolutifs hors consolidation)

Appelé jusqu'ici préjudice spécifique de contamination (virus VIH, hépatite C...) il se définit par le préjudice consécutif à la contamination par un agent exogène d'origine virale, biologique, chimique ou ionisante. En effet, cette agression exogène comporte un risque dans le cadre de la genèse d'une apparition d'une pathologie tumorale ou infectieuse pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Nous citerons à titre d'exemple :

a) le virus du sida qui peut entraîner à plus ou moins long terme une immunodéficience.

b) l'hépatite C qui peut se compliquer à long terme d'un cancer du foie le plus souvent mortel.

c) l'intoxication à l'amiante qui peut se compliquer plusieurs dizaines d'année après la contamination d'un mésothéliome souvent mortel.

d) le contact avec les radiations ionisantes pouvant entraîner à long terme des hémopathies.

b. Le préjudice subi par des tiers

L'accident dont est victime une personne peut avoir des conséquences préjudiciables non seulement pour elle-même mais également pour des tiers (parents, employeurs, tiers payeurs...).

L'action civile de ces tiers doit néanmoins avoir une base sérieuse car de nombreux tribunaux manifestent une tendance à réagir contre les constitutions de partie civile abusives.

Les préjudices d'affection et d'accompagnement correspondent à l'ancien préjudice moral.

Les préjudices d'affection et d'accompagnement représentent 73.4% des indemnités versées en cas de décès de la victime, la perte de revenu des proches 22.2% et les frais d'obsèques 4.4% aux victimes indirectes (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007) .

Préjudices d'affection et d'accompagnement par type de victime indirecte (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007)

Type de la victime indirecte	Répartition des victimes indirectes	Médiane
Conjoint de droit ou de fait	6.0%	19.737
Enfant mineur	4.7%	16.000
Enfant majeur	14.6%	12.000
Père ou mère	16.8%	18.000
Frère ou sœur	25.2%	8.000
Autres victimes indirectes (*)	32.8%	5.000

(*) Autres liens de parenté que ceux précisés ci-dessus (grands-parents, petits enfants...) ou absence de lien de parenté.

Il y a en moyenne 5.2 victimes indirectes par victimes décédée. Le nombre de victimes indirectes prend en compte tous les types de lien de parenté ou d'affection avec la victime décédée. Il est même possible de considérer comme victime indirecte une personne dépourvue de lien de parenté, mais qui a entretenu un lien affectif réel avec le défunt.

a. Le préjudice d'affection

Le préjudice d'affection se définit comme le retentissement pathologique avéré que le décès a pu entraîner parmi les proches (victimes indirectes). Les souffrances morales constituent ce préjudice d'affection. Leur indemnisation financière est considérée comme une contrepartie d'un sentiment de tourments, de douleurs morales et psychologiques éprouvées par des tiers aux dommages.

Un exemple de préjudice moral est le trouble sur les relations que les enfants présentaient avec leur père gravement touché par un accident de la route et qui

présentait depuis des troubles caractériels. Chacun des enfants a été indemnisé à hauteur de 3.000€, (arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 10.10.05, n°04/18068).

Un autre exemple de préjudice moral consiste en les conséquences graves sur le moral, la qualité de la vie quotidienne, la vie sexuelle et les projets parentaux de la concubine d'une personne victime d'un grave accident de la route (arrêt de la Cour d'Appel d'Aix en Provence du 07.09.05, n°03/22596).

Des proches plus éloignés peuvent être aussi indemnisés telle une tante lorsque l'étroitesse des liens qui les unissait avec la victime est prouvée. (Arrêt de la Cour d'Appel de Dijon du 31.05.05 n°04-00773).

Il est ainsi alloué des indemnités au conjoint, aux parents, aux enfants et aux frères et sœurs .

b. Le préjudice d'accompagnement

Le préjudice d'accompagnement indemnise les bouleversements que le décès de la victime entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien.

Il s'agit du préjudice subi par les proches qui doivent accompagner le blessé dans sa vie quotidienne.

aa. Le préjudice occasionné par la nécessité d'accompagner une personne présentant une IPP supérieure ou égale à 70 %

Il s'agit des proches d'une victime jeune dont le dommage corporel se voit attribuer la reconnaissance d'une incapacité permanente partielle (IPP) à un taux moyen de 70 %.

Il s'agit souvent des séquelles motrices (hémiplégie, quadriplégie) sensoriels ou neuro-psychiatriques.

bb. Le spectacle éprouvant

Il s'agit du préjudice occasionné par le spectacle éprouvant de la victime qui entraîne une crainte pour l'avenir de la victime, le bouleversement de la vie relationnelle, affective, conjugale, sexuelle. Ce spectacle éprouvant entraîne un trouble dans les conditions d'existence.

En conclusion, ce préjudice subi par des tiers se voit compensé par des indemnités d'un montant moyen de 100 000 F pour un conjoint, de 60 000 F pour un père ou une mère. D'autres membres de la famille du blessé peuvent voir leur prétention prise en considération par le juge : enfants, frères et c'est-à-dire, oncles et tantes, grands parents, concubins .

2. La classification des préjudices suivant la nomenclature des préjudices corporels remise au premier président de la Cour de cassation par Jean-Pierre Dintilhac alors président de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation

Ce rapport a été remis au Garde des sceaux le 28 octobre 2005.

Avant d'adopter son projet actuel de nomenclature, le groupe de travail a réfléchi sur la possibilité d'établir une nomenclature fondée sur une distinction entre les « préjudices donnant lieu à prestations » et « ceux ne donnant pas lieu à prestations », cette proposition intéressante a finalement été écartée dans son principe, car elle allait à l'encontre de la plupart des systèmes européens de nomenclature des chefs de préjudice corporel qui opèrent une distinction nette entre les préjudices économiques et les préjudices non économiques.

Le groupe a préféré, à dessein, utiliser les termes de préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux plutôt que ceux de préjudices économiques et personnels les estimant moins appropriés surtout si l'on veut bien admettre qu'avant d'être économique ou pas, tout préjudice corporel a, pour la victime, un retentissement de type personnel, au-delà de la qualification formelle de « préjudice économique » que l'on a adopté par convention.

Ce groupe de travail a choisi de reprendre la structure générale des différentes classifications des postes de préjudice alors en vigueur en droit interne, soit une triple distinction entre les préjudices de la victime directe et ceux des victimes indirectes, entre les préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux, enfin entre les préjudices temporaires et permanents.

L'ancienne pratique, qui distinguait les préjudices soumis au recours des organismes sociaux des recours non soumis, a donné lieu à une créativité impressionnante des parties et de leurs conseils, sans cesse à la recherche de postes de préjudices échappant audit recours.

La présence des organismes sociaux dans la procédure était souvent mal vécue par les parties, qui avaient l'impression, à juste titre, d'aller chercher à leur place les sommes pour lesquelles lesdits organismes leur étaient subrogés.

Ainsi ont pu, par exemple, être dissociés le préjudice d'agrément du préjudice sexuel, ensemble et rapidement dissociés de l'IPP.

De nos jours, et sous l'empire du recours subrogatoire poste par poste, les parties n'auront plus à tenter de compenser le recours global des organismes sociaux en multipliant les postes de préjudices.

Pourtant, et par suite de « l'entrée en vigueur » de la nouvelle nomenclature, les postes de préjudices distincts n'ont jamais été si nombreux

Il est donc à souhaiter, pour que la procédure reste compréhensible, que l'inflation des postes de préjudices se stabilise, et que les parties s'en tiennent désormais à l'outil qui leur est fourni avec la nomenclature du rapport « Dintilhac ».

a. Les éléments essentiels du rapport « Dintilhac »

aa. La notion de consolidation

Le rapport « Dintilhac » confère à la notion de la consolidation une place centrale dans le dispositif de l'indemnisation du préjudice corporel.

La consolidation caractérise donc la fin de la période des soins destinés à améliorer l'état de la personne.

En effet, la consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est-à-dire, fixée par l'expert médical, de stabilisation des conséquences des lésions organiques et physiologiques. Pour les membres du groupe Dintilhac, la date de consolidation de la victime s'entend de la date de stabilisation de ses blessures constatée

médicalement. Cette date 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 un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif » .

Pour le groupe de travail, cette date marque la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif.

Ainsi et alors que l'ancienne pratique distinguait principalement les préjudices soumis à recours des préjudices non soumis, le groupe de travail « Dintilhac » a affirmé que la nomenclature se devait de reprendre la subdivision entre les « préjudices temporaires » (avant la consolidation de la victime) et les « préjudices permanents (après la consolidation de la victime).

Une place particulière a tout de même été faite aux préjudices sans consolidation résultant de maladies évolutives « Préjudices extra patrimoniaux évolutifs » et dont le risque d'évolution constitue en soi un préjudice.

Le groupe de travail « Dintilhac » a ainsi admis que même si la quasi-unanimité des postes de préjudices rentre dans cette *summa divisio*, il demeure certains préjudices récurrents permanents qui échappent à toute idée de consolidation de la victime. Il s'agit notamment des préjudices liés à une contamination par un virus de type hépatite C ou V.I.H., ainsi que de ceux dont sont atteintes les victimes de l'amiante ou de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

bb. Les modifications du calcul du recours subrogatoire des tiers payeurs

C'est l'article 31 de la Loi « Badinter » (n°85-677 du 5 juillet 1985) qui, excluant les préjudices personnels du recours subrogatoire des tiers payeurs, a provoqué la composition de deux « masses » de préjudices, l'une soumise audit recours, l'autre y échappant.

Parmi ces sommes, on pouvait trouver, certes les chefs de préjudices ayant effectivement donné lieu au versement de prestations sociales et dès lors justement recouvrées par les organismes payeurs, mais aussi d'autres postes de préjudices (IPP, autres frais), non totalement pris en charge, et pourtant intégralement soumis au recours des tiers payeurs.

Dès lors, l'exercice du recours spoliait partiellement les victimes de leur indemnisation.

Il fallait donc, d'une part ajuster la nomenclature des postes de préjudices afin qu'elle corresponde le mieux possible à la réalité, et d'autre part organiser le recours subrogatoire des tiers payeurs afin qu'il préserve leur équilibre financier, sans pour autant spolier les victimes.

La Loi de finances pour 2007 du 21 décembre 2006 modifiant l'article L.376-1 du Code de la Sécurité Sociale) a ainsi précisé le calcul du recours subrogatoire des tiers payeurs.

La Cour de cassation énonce, conformément aux textes qui fixent sa mission, que la détermination et l'évaluation des préjudices est une question de fait qui relève de l'appréciation des juges du fond.

Cependant, la décision judiciaire peut fixer le montant de l'indemnisation pour « le préjudice total » ou « le préjudice global », la Cour de cassation jugeant que « dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation, le juge du fond n'est pas tenu de réparer distinctement le préjudice physiologique et le préjudice économique » (Civ 2°, 20 novembre 1996, n° 95-11, 430 et 26 septembre 2002, n°00-18.856).

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006, il est indispensable, pour permettre l'exercice de l'action récursoire, d'adopter une nomenclature claire et précise des préjudices indemnifiables et qu'une méthodologie analytique de l'indemnisation confère transparence et cohérence à la réparation du dommage corporel. L'adoption de cette nomenclature, qu'induit l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006, impose notamment et impérativement de renoncer à l'emploi de la notion d'incapacité permanente partielle, qui s'est imposée depuis le début du XXe siècle, ainsi qu'à celle d'incapacité temporaire totale. C'est évidemment avec la réparation du déficit fonctionnel permanent (le DFP) que devrait se marquer une meilleure cohérence entre préjudices et réparation.

cc. La suppression des notions d'ITT et d'IPP

En premier lieu, ayant constaté les divergences entre les juridictions concernant « l'incapacité temporaire de travail » (ITT) et l'ambiguïté de cette notion qui répare à la fois la perte de gains actuels et le déficit fonctionnel personnel subis par la victime durant sa période de consolidation, le rapport propose de supprimer cette notion au profit d'un poste intitulé « pertes de gains professionnels actuels » (PGPA), classé dans les postes patrimoniaux temporaires, et d'un poste « déficit fonctionnel temporaire » (DFT) au titre des préjudices extra patrimoniaux temporaires. Par exemple, les notions d'IPP et d'ITT, qui appartiennent à l'ancienne pratique, ne pouvaient donner lieu qu'à une indemnisation globale ou semi-globale. Ainsi, l'indemnisation de la période d'ITT ou d'ITP incluait l'invalidité avant consolidation, tous chefs de préjudices confondus, à l'exception des frais de santé. Ce n'est que dans ses dernières évolutions que la jurisprudence avait admis d'en dissocier la gêne dans les actes de la vie courante. Traditionnellement donc, les notions d'ITT et d'ITP contenaient des préjudices tant économiques que personnels.

De même, le rapport recommande d'abandonner la notion « d'incapacité permanente partielle » (IPP), qui répare à la fois la perte de gains futurs et le déficit fonctionnel personnel subis par la victime après sa consolidation, au profit d'un poste « pertes de gains professionnels futurs » (PGPF), classé dans les postes patrimoniaux permanents et d'un poste « déficit fonctionnel permanent » (DFP) relevant des préjudices extra patrimoniaux permanents ».

Si l'incapacité permanente partielle a pu constituer un progrès pour la réparation des préjudices subis par ces victimes, cette notion est devenue un carcan car elle n'était plus adaptée à la nécessité de prendre en compte la diversité des préjudices dont souffrent fréquemment les victimes de préjudices corporels.

Selon la définition qu'en donne depuis 1993, le Concours médical, l'incapacité permanente partielle correspond à la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel dont reste atteinte la victime après consolidation. Son évaluation se traduit par un pourcentage qui permet d'évaluer les séquelles qui subsisteront définitivement et qui amputent d'autant la capacité de la personne par rapport à son état avant l'accident.

Il s'agit de la réduction du potentiel physique, psychologique, sensoriel, ou intellectuel dont reste atteinte la victime.

L'atteinte à l'intégrité physiologique de la personne est donc évaluée en dehors de tout retentissement sur l'activité professionnelle.

Les tribunaux attribuent ensuite une valeur au point.

Le calcul de la valeur de ce point d'IPP ou point de déficit séquellaire est fixé selon une courbe qui permet en relation le taux de l'IPP et l'âge de la personne.

Ce système repose sur le postulat selon lequel une même lésion traumatique aurait des conséquences semblables pour toutes les victimes, et que le préjudice économique professionnel serait comme le préjudice physiologique personnel, proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle.

Or, les incidences professionnelles d'une même lésion traumatique peuvent être totalement différentes selon les activités : la perte d'un doigt met fin à la carrière d'un pianiste, pas à celle d'un joueur de piston et l'amputation d'une jambe qui est incompatible avec la poursuite d'un métier manuel, ne fait pas obstacle à l'exercice d'un emploi de bureau.

A l'inverse une atteinte corporelle peut n'avoir que peu d'impact sur la vie professionnelle et une faible incidence patrimoniale, mais avoir un fort retentissement que la vie personnelle ou affective.

Il est donc indispensable de distinguer l'incidence du dommage sur l'exercice de la vie professionnelle, quant à ses conséquences patrimoniales, et les conséquences qui portent sur les conditions de vie de la victime en tant que personne.

Par exemple, les notions d'IPP et d'ITT, qui appartiennent à l'ancienne pratique, ne pouvaient donner lieu qu'à une indemnisation globale ou semi-globale.

A ce titre, il convient d'observer que, longtemps, l'IPP incluait la prise en compte du déficit physiologique séquellaire, mais aussi, par exemple chez l'enfant la perte de revenus professionnels futurs.

En outre, et quoi que la doctrine s'y fut opposée, la président Dintilhac expliquait lui-même en avant-propos à la présentation du rapport éponyme :

« (...) la notion d'incapacité permanente partielle, (...) répare à la fois la perte de gains futurs et le déficit fonctionnel personne subis par la victime après sa consolidation ».

Enfin l'IPP conçue comme préjudice physiologique permanent recouvrait souvent le préjudice d'agrément, préjudice personnel non soumis à recours, et dont les victimes ne parvenaient pas toujours à obtenir dissociation (du moins jusqu'au célèbre arrêt rendu par l'assemblée plénière de la Cour de cassation, le 19 décembre 2003, bull.n°8).

dd. Les remaniements de postes de préjudices classiques

D'autres éléments, non moins importants de l'ancienne pratique d'indemnisation du dommage corporel ont été, avec la nouvelle nomenclature, profondément transformés.

Tel est le cas de l'ancien pretium doloris déjà depuis quelques temps changé en « souffrances endurées ».

La réparation des souffrances endurées ne correspond plus au pretium doloris de l'ancienne nomenclature.

Il s'agissait des souffrances résultant de la maladie traumatique, éprouvées de l'accident à la consolidation.

En effet, après la consolidation, les souffrances chroniques deviennent une composante de l'incapacité fonctionnelle permanente, qu'elles alourdissent.

Sous l'appellation « souffrances endurées », le groupe de travail « Dintilhac » a adopté cette césure temporelle claire, qui tendait à devenir celle de la pratique.

Il faut donc insister sur ce que l'ancien poste *pretium doloris* qui appartenait à la catégorie des préjudices personnels sans distinguer au regard de la date de consolidation sa cantonne désormais, sous l'appellation « souffrances endurées » aux préjudices soufferts avant cette date.

Dès lors que l'incapacité fonctionnelle permanente inclut les douleurs devenues chroniques après consolidation, une appréciation spécifique devra en être sollicitée lors de la rédaction des missions d'expertise.

Il sera nécessaire, tant à la quête de juste réparation qu'à l'élaboration des « barèmes » informels d'indemnisation utilisés par la pratique, que le juge dissocie formellement dans sa décision la part de souffrance qu'il indemnise au titre du poste DFP.

Il est en effet, curieux que le rapport « Dintilhac », qui affirme une volonté de clarifier en les dissociant autant que possible les postes de préjudices ait conçu une indemnisation commune et confondue du DFP et de la souffrance, fut elle chronique.

Le rapport « Dintilhac » dissocie d'autre part avec fermeté le déficit fonctionnel permanent du préjudice d'agrément, désormais confirmé comme poste à part entière de préjudice personnel réparable.

Tel est encore le cas du préjudice d'établissement.

Le préjudice d'établissement résulte de l'impossibilité ou de la difficulté pour la victime d'instaurer une relation sentimentale durable, d'envisager de fonder un foyer et d'avoir des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial. Souvent ce poste incluait le préjudice sexuel dont il pouvait passer pour une formulation pudique.

Pourtant et relativement tôt la jurisprudence a admis que ces deux postes de préjudices devaient être distingués (Civ. 2^e, 6 janvier 1993, RTD Civ. 1993, p.587). La nomenclature « Dintilhac » la formalise en dissociant le préjudice sexuel, qui peut d'ailleurs être seulement temporaire, au contraire du préjudice d'établissement qui grève l'avenir.

ee. La création de postes de préjudices nouveaux

Le rapport suggère encore de créer un poste « préjudice permanents exceptionnels » (PPE), à insérer dans les postes de préjudices extra patrimoniaux, qui favoriserait une meilleure indemnisation des traumatismes durables atteignant certaines victimes en raison de la nature particulière de l'évènement qui est à l'origine de leur dommage tel qu'un attentat ou une catastrophe collective.

Enfin, le rapport recommande de créer un poste « préjudice liés à des pathologies évolutives » (PPE), qui serait à classer dans les postes de préjudices extra patrimoniaux évolutifs c'est-à-dire hors consolidation.

Il s'agit là d'un poste de préjudice concernant toutes les pathologies incurables dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel. Ainsi en est-il du préjudice lié à contamination par le virus de l'hépatite C, par le VIH, par l'amiante ou à la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Ce préjudice est défini dans le rapport 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 pronostic vital ».

Il a été également préconisé de créer un poste « préjudice esthétique temporaire » (PET), à inclure dans les postes de préjudices extra patrimoniaux. Ce poste est destinée à permettre, par exemple, d'améliorer l'indemnisation des grands brûlés et des traumatisés de la face durant leur période de consolidation qui peut durer plusieurs années.

ff. Les raisons justifiant la substitution de la nomenclature dite « Dintilhac » à la nomenclature classique

En énonçant que « 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 », le législateur a répondu à l'attente de tous ceux qui estimaient, d'une part, indispensable d'abandonner l'indemnisation globale des postes économiques et personnels et, d'autre part, que l'indemnisation des victimes se fasse « poste par poste », ce qui impliquait, pour l'exercice de l'action subrogatoire, de modifier la rédaction des articles 31 de la loi du 5 juillet 1985 et L.376-1 al 3 du Code de la sécurité sociale. Dès lors, la confusion en un seul poste de ces diverses catégories, entre autres IPP et ITT de préjudices est devenue incompatible avec les nouvelles règles d'indemnisation et surtout de présentation des recours subrogatoires : poste par poste et à l'exclusion des préjudices personnels.

L'application immédiate des dispositions de la loi du 21 décembre 2006 n'est donc possible qu'à la condition d'abandonner les anciennes techniques de réparation de dommage corporel.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant de voir des juridictions du fond, comme par exemple le Tribunal de Grande Instance de Tarascon, renvoyer à mieux se pourvoir les parties qui encore présenteraient leurs recours selon les techniques anciennes.

En effet, de telles demandes sont désormais purement et simplement incompatibles avec l'indemnisation poste par poste qui est, elle, d'application immédiate.

Une application forcée des rubriques de la « nomenclature Dintilhac » résulte en quel que sorte de l'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2006.

Ce constat s'impose en forme de syllogisme ; la loi du 21 décembre 2006 met en place le recours subrogatoire poste par poste ; elle suppose en conséquence une indemnisation préalable poste par poste ; le rapport « Dintilhac » offre à l'heure actuelle un détail des postes, seul compatible avec la loi nouvelle.

Il en résulte que les demandes nouvelles d'expertises ou de réparation doivent être rédigées conformément à la nouvelle nomenclature, à peine d'irrecevabilité.

Maintenant que ces textes ont été modifiés, c'est aux magistrats et aux assureurs qu'il revient de recourir à l'individualisation des préjudices réparables. Il faut donc souhaiter qu'ils se réfèrent tous à la nomenclature proposée par le groupe de travail dont le rapport a été remis au garde des sceaux le 28 octobre 2005.

La loi du 21 Décembre 2006 est le support légal couramment mis en avant pour justifier la substitution de la nomenclature dite « Dintilhac » à l'ancienne nomenclature, bien plus empirique.

Il n'existe cependant pas, dans le texte de cette loi, de disposition contraignante requérant une telle substitution.

L'avis du Conseil d'Etat du 4 juin 2007 (n°303422 et n°304214) sur l'application dans le temps des nouvelles dispositions de l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et leur interprétation précise que les dispositions de la loi du 21 décembre 2006 sont d'application immédiate.

La Cour de cassation a rendu trois avis en ce sens, le 29 octobre 2007 (avis n°0070015P, n°0070016P et n°0070017P).

Une telle lecture de la loi nouvelle n'est pas à proprement parler novatrice et se conforme aux principes généraux d'application de la loi dans le temps.

Or, rien dans le texte soumis à l'avis ne concerne le choix proprement dit de la nomenclature à appliquer dans la réparation des postes de préjudices.

Pourtant, nombre de juridictions du fond ont, sur la foi de ces avis, exigé que les parties mettent immédiatement leurs écritures en conformité avec ces « nouvelles dispositions ».

Notamment, certaines juridictions du fond ont commencé à juger irrecevables les demandes de réparation de préjudices exposées selon l'ancienne nomenclature, exigeant une reprise des postes tels que décrits par la nomenclature « Dintilhac ». D'autres ont adopté la césure proposée par ce texte, qui distingue les préjudices patrimoniaux des préjudices extra patrimoniaux (voir sur ce point, Cour de Cass, avis du 29 oct. 2007).

D'autres enfin, comme le tribunal correctionnel d'Avignon statuant sur intérêts civils le 20 décembre 2007, ont fait le choix de transposer d'eux-mêmes dans la nouvelle nomenclature les doléances présentées selon les termes de l'ancienne pratique. Ainsi, et contre les arguments de l'assurance de l'auteur du dommage, qui invoquait l'irrecevabilité des doléances non-conformes à la nomenclature « Dintilhac », le tribunal a non seulement accueilli la demande, mais également « disloqué » la somme sollicitée au titre de l'ITT pour la répartir entre souffrances endurées et gêne dans les actes de la vie courante.

Dès lors, et en présence de telles difficultés, il n'est pas inutile de rappeler que les dispositions de la loi du 21 décembre 2006 n'ont pas directement, ou du moins expressément pour objet de promouvoir ou imposer l'adoption de la nomenclature figurant au rapport « Dintilhac ».

Le dispositif légal nouveau n'a en effet d'autre objet que d'organiser le recours subrogatoire des organismes sociaux et son agencement avec la préservation des droits des victimes.

Au demeurant, la Cour de Cassation, sans se mettre en devoir de se prononcer de manière générale sur la question des postes de préjudice a, dans son avis précité affirmé : « (...) il n'apparaît pas que l'entrée en vigueur de la loi soit liée à la publication d'une telle table de concordance ».

Dans le même avis, la Cour de cassation rappelle que la terminologie utilisée dans le rapport « Dintilhac » et dans la loi du 21 décembre 2006, diffère sur un point fondamental, qui est la référence à la notion de préjudice personnel, rejetée par le premier et retenue par la seconde.

Ainsi, l'exception faite au profit des préjudices personnels, qui échappent au recours subrogatoire des organismes payeurs, évoque l'ancienne nomenclature.

A cet égard, il n'est que de rappeler l'introduction du rapport « Dintilhac » : « le groupe a préféré, a dessein, utiliser les termes de préjudices patrimoniaux et extra

patrimoniaux plutôt que ceux de préjudices économiques et personnels, les estimant moins appropriés (...) ».

La notion de « préjudice personnel » n'appartient donc pas à la nomenclature « Dintilhac ».

Il faut donc, dans un premier temps, admettre que, si la loi du 21 décembre induit l'application de la nouvelle nomenclature, rien ne permet d'affirmer qu'elle l'impose expressément.

Dès lors, les refus ou irrecevabilité opposés par les juridictions du fond mises en présence de recours libellés selon les canons de l'ancienne nomenclature n'ont en réalité aucune base légale.

N'en ont pas davantage les initiatives prises par les mêmes juridictions de transposer les demandes dans les termes de la nouvelle nomenclature, encourageant au surplus le grief d'avoir statué ultra petita.

Or de simples, mais impératives raisons pratiques imposent l'application de la nouvelle nomenclature.

En matière d'indemnisation du préjudice corporel, l'apport principal de la loi du 21 décembre 2006 réside dans son article 25 ainsi libellé : « 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 ».

Ce dispositif modifie les articles L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et 31 de la loi « Badinter » sur les accidents de la circulation.

Le visa d'une indemnisation « poste par poste » provoque à lui seul, quoi que de manière induite, un abandon de l'ancienne nomenclature d'indemnisation du préjudice corporel, qui distinguait selon deux grandes catégories les préjudices soumis au recours des préjudices non soumis.

Pourtant là réside, le seul lien entre la loi nouvelle et la nomenclature nouvelle, en l'absence de tout dispositif prévoyant expressément sa substitution à l'ancienne.

Dans ces conditions, il peut paraître surprenant de constater que l'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2006 ait été perçue, en jurisprudence, comme imposant l'application de la nomenclature « Dintilhac ».

En réalité, la mise en œuvre concrète de l'indemnisation poste par poste ne peut se comprendre qu'en application de la nomenclature nouvelle.

gg. Les relations de concordance entre les nouveaux postes de préjudice de la nomenclature « Dintilhac » et des termes clé de la nomenclature classique

La nouvelle nomenclature, pour le moins foisonnante résulte du travail de spécialistes de la réparation du dommage corporel et, au profane, apparaîtra hermétique.

Des éléments clés de l'ancienne pratique d'indemnisation du dommage corporel ont purement et simplement disparu de la nouvelle nomenclature.

Tel est le cas, notamment des notions d'ITT, ITP et IPP, sciemment évacués avec les autres sigles par les auteurs du rapport « Dintilhac ». Ce dernier rapport signale que « il a également été décidé de supprimer de la nomenclature proposée l'emploi de sigles lesquels sont source de confusion dans l'esprit des praticiens comme des victimes qui ne retiennent pas tous une interprétation identique et univoque du sigle en question (par exemple le sigle I.T.T. signifie « incapacité temporaire de travail » pour certains et « incapacité totale de travail » pour d'autres). »

Ces préjudices doivent néanmoins recevoir réparation. Se pose dès lors la question des concordances.

Au demeurant, les rapports d'expertise déposés encore de nos jours devant les tribunaux continuent d'être rédigés selon les termes des anciennes missions, et identifient notamment des périodes d'ITT, ITP et d'IPP en tant que telles désormais inexploitable.

Certes, et compte tenu de ce qui sera observé à propos de la consolidation, il reste concevable de rattacher l'ITT et l'ITP aux nouvelles catégories de préjudices temporaires et l'IPP au préjudice permanent.

La question persiste de savoir si lesdits préjudices (temporaires et permanents) doivent encore se concevoir comme patrimoniaux ou extra patrimoniaux.

Sur cette question, le groupe de travail « Dintilhac » observe : « sous le vocable d'incapacité temporaire de travail (ITT) la pratique juridique regroupait à la fois l'incapacité professionnelle économique subie par la victime directe et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique ». La rubrique « pertes de gains professionnels actuels » de la nouvelle nomenclature semble créée pour accueillir les préjudices anciennement désignés par les signes ITT et ITP.

Toutefois, cette nouvelle appellation ne désigne que les préjudices résultant de pertes de gains liées à l'incapacité provisoire (totale ou partielle) de travail c'est-à-dire aux « pertes actuelles de revenus éprouvés par cette victime du fait de son dommage ».

La part d'incapacité fonctionnelle non économique et personnelle contenue jadis dans les notions d'ITT et d'ITP n'est donc pas indemnisée au titre de cette rubrique. Elle est à rechercher dans le poste nouveau « déficit fonctionnel temporaire », préjudice extra-patrimonial, et en tant que tel soustrait au recours, traduit par l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que subit la victime.

Ce poste de préjudice correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, ainsi qu'à la « perte de qualité de vie et à celle de joies usuelles de la vie courante » qu'elle rencontre depuis le début de la maladie traumatique.

Il semble donc que cette rubrique incluse le préjudice d'agrément subi pendant la période de consolidation.

Une même problématique affecte la ventilation des préjudices jadis indemnisés sous l'unique appellation d'IPP.

Globalement, il est concevable d'affirmer que la rubrique nouvelle « déficit fonctionnel permanent » se substitue à peu près parfaitement à l'ancienne IPP, aussi appelée « déficit fonctionnel séquellaire ».

Dans ses dernières acceptions, en effet, l'IPP était indemnisée distinctement des préjudices professionnels, quoi que restant soumise au recours subrogatoire des organismes sociaux (AP 19 octobre 2003, bull. n°8).

Sous l'empire de la pratique ancienne, la doctrine avait déjà précisé que la notion devait se cantonner à la réduction du potentiel physique, psychologique, sensoriel ou intellectuel dont reste atteinte la victime, en dehors de tout retentissement sur l'activité professionnelle, indemnisé au titre spécifique du préjudice professionnel. La nomenclature « Dintilhac » reprend ces distinctions, en précisant à propos du déficit fonctionnel permanent : « il s'agit ici de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime ».

La réparation des préjudices professionnels est donc dissociée du déficit fonctionnel permanent et rejoint les préjudices patrimoniaux sous les rubriques « pertes de gains professionnels futurs » et « incidence professionnelle ».

Le déficit fonctionnel permanent rejoint en revanche le rang des préjudices extra patrimoniaux.

Cette mutation n'est pas sans conséquence au regard du recours subrogatoire des organismes payeurs.

En effet, si les préjudices extra-patrimoniaux sont, globalement assimilés à des préjudices personnels, ils échappent alors au recours subrogatoire des organismes payeurs.

Dans son avis rendu le 29 octobre 2007, la Cour de cassation semble défavorable à une indemnisation du déficit physiologique au titre des préjudices personnels et demeure ainsi en accord avec sa jurisprudence initiée par l'arrêt d'assemblée plénière du 29 octobre 2003.

Là réside la principale difficulté dans l'assimilation de l'IPP ancienne (expurgée des préjudices professionnels), au nouveau « DFP ».

L'obstacle n'est pas insurmontable.

La solution de conciliation figure même au texte de loi nouveau. Préjudice personnel au sens de la loi du 21 décembre 2006, le déficit fonctionnel permanent n'est pas à l'abri du recours subrogatoire des organismes sociaux, désormais autorisé par l'article L.376-1 al. 5 du Code de la Sécurité sociale, qui dispose : « 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 ».

Une simple présomption est instaurée en faveur des victimes. Il n'existe donc pas d'obstacle majeur à ce que l'ancienne notion d'IPP laisse la place au déficit fonctionnel permanent du support « Dintilhac » y compris du point de vue des recours.

En outre, et confortant l'ancienne pratique, le rapport « Dintilhac » distingue expressément le déficit fonctionnel permanent des préjudices d'agrément et d'établissement.

Dès lors, et quoi que les auteurs du rapport aient eu le souci salvateur de vouloir éradiquer les sigles, ce nouveau « DFP » se confond largement avec l'ancienne « IPP », du moins dans ses ultimes acceptions doctrinales et jurisprudentielles. L'ancien « point d'IPP » est ainsi appelé à devenir « point de DFP ».

b. Préjudices corporels de la victime directe

aa. Préjudices patrimoniaux

Le groupe de travail a retenu dix préjudices relevant de la catégorie des « préjudices patrimoniaux ». Qu'ils soient temporaires ou permanents, ils ont tous en commun de présenter un caractère patrimonial (ou pécuniaire) qui correspond tantôt à des pertes subies par la victime, tantôt à des gains manqués par celle-ci.

α. préjudice patrimoniaux temporaires (avant consolidation).

α.1. Dépenses de santé actuelles (DSA)

Il s'agit d'indemniser la victime directe du dommage corporel de l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmières, kinésithérapeute, orthoptie, orthophonie, etc.), le paiement de la plupart de ces dépenses étant habituellement pris en charge par les organismes sociaux.

Cependant, il arrive fréquemment qu'à côté de la part payée par l'organisme sociale, un reliquat demeure à la charge de la victime, ce qui nécessite, afin de déterminer le coût exact de ses dépenses, de les additionner pour en établir le coût réel.

Ces dépenses sont toutes réalisées durant la phase temporaire d'évolution de la pathologie traumatique, c'est-à-dire qu'elles ne pourront être évaluées qu'au jour de la consolidation ou de la guérison de la victime directe.

α.2. Frais divers

Il s'agit ici de prendre en compte tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe avant la date de consolidation de ses blessures. Ce poste de préjudice est donc par nature temporaire.

Il concerne notamment les reliquats demeurant à la charge de la victime (dépassements d'honoraire, supplément pour chambre individuelle ...), les honoraires que la victime a été contrainte de déboursier auprès des médecins (spécialistes ou non) pour se faire conseiller et assister à l'occasion de l'expertise médicale la concernant.

Egalement au titre des frais divers sont inclus les frais de transports survenus durant la maladie traumatique, dont le coût est imputable à l'accident.

Enfin, toujours au titre de ce poste «frais divers», les dépenses destinées à compenser des activités non professionnelles particulières qui ne peuvent être assumées par la victime directe durant sa maladie traumatique (frais de garde des enfants, soins ménagers, assistance temporaire d'une tierce personne à domicile y compris s'il s'agit d'un proche de la victime pour les besoins de la vie courante, frais d'adaptation temporaire d'un véhicule ou d'un logement, etc.). Le mode d'indemnisation est alors identique que celui pour l'assistance par une tierce personne permanente étudiée dans le poste des préjudices permanents.

En outre, ce poste de préjudice devrait inclure les frais temporaires ou ponctuels exceptionnels (notamment les frais exposés par les artisans ou les commerçants lorsqu'ils sont contraints de recourir à du personnel de remplacement durant la période de convalescence où ils sont immobilisés sans pouvoir diriger leur affaire).

A ce stade, il convient de rappeler que la liste de ces frais divers n'est pas exhaustive et qu'il conviendra ainsi d'y ajouter tous les frais temporaires, dont la preuve et le montant sont établis et qui sont imputables à l'accident à l'origine du dommage corporel subi par la victime.

α.3. Pertes de gains professionnels actuels

Sous le vocable d'incapacité temporaire de travail (ITT), la pratique juridique regroupe à la fois l'incapacité professionnelle économique subie par la victime directe et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique.

Cette confusion juridique doit aujourd'hui – dans un souci de sécurité juridique – cesser, car elle est source d'injustice dans l'indemnisation des victimes : certaines juridictions indemnisent le préjudice exclusivement économique de la victime, alors que d'autres indemnisent à ce titre, la globalité de son préjudice tant dans sa dimension patrimoniale qu'extra patrimoniale.

Le rapport propose en conséquence de cantonner les pertes de gains liées à l'incapacité provisoire de travail à la répartition exclusive du préjudice patrimonial temporaire subi par la victime du fait de l'accident, c'est-à-dire aux pertes actuelles de revenus éprouvés par cette victime du fait de son dommage. Il s'agit là de compenser une invalidité temporaire spécifique qui concerne uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation.

Les pertes de gains professionnels actuels sont calculées comme la différence de perte réelle de ressources et les indemnités déjà versées à ce titre par les organismes sociaux et éventuellement par l'employeur et son assurance complémentaire.

Bien sûr, ces pertes de gains peuvent être totales, c'est-à-dire priver la victime de la totalité des revenus qu'elle aurait normalement perçus pendant la maladie traumatique en l'absence de survenance du dommage, ou être partielles, c'est-à-dire la priver d'une partie de ses revenus sur cette période.

L'évaluation judiciaire ou amiable de ces pertes de gains doit être effectuée in concreto au regard de la preuve d'une perte de revenus établie par la victime jusqu'au jour de sa consolidation.

β. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)

β.1. Dépenses de santé futures

Les dépenses de santé futures sont les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation.

Ils sont postérieurs à la consolidation de la victime, dès lors qu'ils sont médicalement prévisibles, répétitifs et rendus nécessaires par l'état pathologique permanent et chronique de la victime après sa consolidation définitive (frais liés à des hospitalisations périodiques dans un établissement de santé, à un suivi médical assorti d'analyses, à des examens et des actes périodiques, des soins infirmiers, ou autres frais occasionnels, etc.).

Ces frais futurs ne se limitent pas aux frais médicaux au sens strict : ils incluent en outre, les frais liés soit à l'installation de prothèses pour les membres, les dents, les

oreilles ou les yeux, soit à la pose d'appareillages spécifiques qui sont nécessaires afin de suppléer le handicap physiologique permanent qui demeure après la consolidation.

β.2. Frais de logement adapté

Ces dépenses concernent les frais que doit déboursier la victime directe à la suite du dommage pour adapter son logement à son handicap et bénéficier ainsi d'un habitat en adéquation avec ce handicap.

Les frais de logement adaptés peuvent comprendre en particulier les travaux d'élargissement de portes, l'installation de rampes d'accès ou de barres d'appui...

Ce poste d'indemnisation concerne le remboursement des frais que doit exposer la victime à la suite de sa consolidation, dans la mesure où les frais d'adaptation du logement exposés, à titre temporaire, sont déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste de préjudice « frais divers ».

Cette indemnisation intervient sur la base de factures, de devis ou même des conclusions du rapport de l'expert sur la consistance et le montant des travaux nécessaires à la victime pour vivre dans son logement.

Ces frais doivent être engagés pendant la maladie traumatique afin de permettre à la victime handicapée de pouvoir immédiatement retourner vivre à son domicile dès sa consolidation acquise.

Ce poste de préjudice inclut non seulement l'aménagement du domicile préexistant, mais éventuellement celui découlant de l'acquisition d'un domicile mieux adapté prenant en compte le surcoût financier engendré par cette acquisition.

En outre il est possible d'inclure au titre de l'indemnisation de ce poste de préjudice les frais de déménagement et d'emménagement, ainsi que ceux liés à un surcoût de loyer pour un logement plus grand découlant des difficultés de mobilité de la victime devenue handicapée.

Enfin, ce poste intègre également les frais de structure nécessaires pour que la victime handicapée puisse disposer d'un autre lieu de vie extérieur à son logement habituel de type foyer ou maison médicalisée.

β.3. Frais de véhicule adapté

Ce poste comprend les dépenses nécessaires pour procéder à l'adaptation d'un ou de plusieurs véhicules aux besoins de la victime atteinte d'un handicap permanent. Il convient d'inclure dans ce poste de préjudice le ou les surcoût(s) lié(s) au renouvellement du véhicule et à son entretien.

Les frais de véhicules adaptés peuvent comprendre l'installation d'un siège pivotant.

En revanche, les frais liés à l'adaptation, à titre temporaire, du véhicule avant la consolidation de la victime ne sont pas à intégrer, car ils sont provisoires et déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste « frais divers ».

En outre, ce poste doit inclure non seulement les dépenses liées à l'adaptation d'un véhicule, mais aussi le surcoût d'achat d'un véhicule susceptible d'être adapté.

Enfin, il est également possible d'assimiler à ces frais d'adaptation du véhicule les surcoûts en frais de transport rendus nécessaires à la victime en raison de ses difficultés d'accessibilité aux transports en commun survenues depuis le dommage.

β.4. Assistance par tierce personne

Ces dépenses liées à l'assistance permanente d'une tierce personne pour aider la victime handicapée à effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne. Elles visent à indemniser le coût pour la victime de la présence nécessaire de manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie.

Elles constituent des dépenses permanentes qui ne se confondent pas avec les frais temporaires que la victime peut être amenée à déboursier durant la maladie traumatique, lesquels sont déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste « frais divers ».

β.5. Perte de gains professionnels futurs

Il s'agit ici d'indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage.

Il s'agit d'indemniser une invalidité spécifique partielle ou totale qui entraîne une perte ou une diminution directe de ses revenus professionnels futurs à compter de la date de consolidation. Cette perte ou diminution des gains professionnels peut provenir soit de la perte de son emploi par la victime, soit de l'obligation pour celle-ci d'exercer un emploi à temps partiel à la suite du dommage consolidé. Ce poste n'englobe pas les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste qui ne sont que des conséquences indirectes du dommage.

En outre, concernant les jeunes victimes ne percevant pas à la date du dommage de gains professionnels il conviendra de prendre en compte pour l'avenir la privation de ressources professionnelles engendrée par le dommage en se référant à une indemnisation par estimation.

De ce poste de préjudice, devront être déduites, les prestations servies à la victime par les organismes de Sécurité sociale (pensions d'invalidité et rentes accidents du travail), les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs (prestations longue durée d'invalidité et d'accidents du travail), de même que par les employeurs publics (allocations temporaires d'invalidité, pensions et rentes viagères d'invalidité), qui tendent à indemniser, le plus souvent de manière forfaitaire, partant de manière

partielle, l'incapacité invalidante permanente subie par la victime afin d'éviter, soit que celle-ci ne bénéficie d'une double indemnisation de son préjudice sur ce point, soit que le recours exercé par l'organisme tiers payeur ne réduise les sommes dues à la victime.

Ainsi afin d'éviter une double indemnisation de la victime entre ce poste « perte de gains professionnels futurs » et une rente, notamment comme cela est le cas en matière de victime d'accident du travail, le groupe de travail recommande que les tiers payeurs soient désormais contraints de présenter à l'organe d'indemnisation un état de leur créance relative à la rente versée à la victime qui contienne une ventilation entre la part de cette créance destinée à indemniser la partie patrimoniale du préjudice corporel et celle visant à en indemniser la partie extra patrimoniale.

A défaut si le tiers payeurs n'effectue aucune diligence pour procéder à cette « clé » de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniale et extra patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente.

β.6. Incidence professionnelle

Ce poste d'indemnisation vient compléter celle déjà obtenue par la victime au titre du poste « pertes de gains professionnels futurs » susmentionné sans pour autant aboutir à une double indemnisation du même préjudice.

Cette incidence professionnelle à caractère définitif à pour objet d'indemniser non la perte de revenus liée à l'invalidité permanente de la victime, mais les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle, ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à sa nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a du choisir en raison de la survenance de son handicap.

Il convient en outre, de ranger dans ce poste de préjudice les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste assumés par la Sécurité sociale et/ou par la victime elle-même qui sont souvent oubliés, alors qu'ils concernent des sommes importantes. Il s'agit des frais déboursés par l'organisme social et/ou par la victime elle-même immédiatement après que la consolidation de la victime soit acquise afin qu'elle puisse retrouver une activité professionnelle adaptée une fois sa consolidation achevée : elle peut prendre la forme d'un stage de reconversion ou d'une formation.

Là encore, le pragmatisme doit conduire à ne pas retenir une liste limitative de ses frais spécifiques, mais à l'inverse à inclure dans ce poste de préjudice patrimonial tous les frais imputables au dommage nécessaires à un retour de la victime dans la sphère professionnelle.

Ce poste de préjudice cherche également à indemniser la perte de retraite que la victime va devoir supporter en raison de son handicap, c'est-à-dire le déficit de

revenus futurs, estimé imputable à l'accident, qui va avoir une incidence sur le montant de la pension auquel pourra prétendre la victime au moment de sa prise de retraite.

Comme pour l'indemnisation du poste précédent, il convient de noter que si les pertes de gains professionnels peuvent être évaluées pour des victimes en cours d'activité professionnelles elles ne peuvent cependant qu'être estimées pour les enfants ou les adolescents qui ne sont pas encore entrés dans la vie active.

Une fois encore, la liste des préjudices à intégrer dans ce poste est indicative. Ainsi, il peut, par exemple, être prévu une indemnisation, au titre de ce poste, de la mère de famille sans emploi pour la perte de la possibilité, dont elle jouissait avant l'accident, de revenir sur le marché du travail.

β.7. Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSU)

Ce poste de préjudice à caractère patrimonial a pour objet de réparer la perte d'année(s) d'études que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre consécutive à la survenance du dommage subi par la victime directe.

Ce poste intègre, en outre, non seulement le retard scolaire ou de formation subi, mais aussi une possible modification d'orientation, voire une renonciation à toute formation qui obère ainsi gravement l'intégration de cette victime dans le monde du travail.

bb. Préjudices extra patrimoniaux

Les préjudices extra patrimoniaux –temporaires ou permanents- retenus par le groupe de travail sont au nombre de dix : ils sont dépourvus de toute incidence patrimoniale ce qui exclut qu'ils soient pris en compte dans l'assiette du recours subrogatoire exercé par les tiers payeurs subrogés dans les droits de la victime directe.

α. Préjudices extra patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

α. 1. Déficit fonctionnel temporaire

Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation.

Cette invalidité par nature temporaire est dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste « pertes de gains professionnels actuels ».

A l'inverse, elle va traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, mais aussi à la « perte de qualité de vie et à celle de joies usuelles de la vie courante » que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation

temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.).

La durée de l'incapacité fonctionnelle totale ou gêne temporaire totale ou déficit temporaire fonctionnel total s'étend en général à la durée de l'hospitalisation. Elle se prolonge parfois au-delà quand le patient continue à être gêné de façon très importante, par exemple si après l'hospitalisation, il continue à être porteur d'un plâtre au niveau des deux membres supérieurs, ce qui nécessite l'aide d'une tierce personne.

L'incapacité fonctionnelle, le déficit temporaire fonctionnel partiel correspondent en général à la période d'arrêt de travail.

Cette gêne temporaire partielle dans le cadre de la loi Badinter n'est pas quantifiée. Ainsi, on ne la fixe pas à 20%, à 40% ou à 70%. On signale uniquement son existence dans le cadre de la loi Badinter .

Les tribunaux allouent en général une indemnisation comprise entre 500 et 800€ par mois jusqu'à la date de consolidation.

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire de 20 jours a été évalué à 100 € par la MATMUT pour une femme de 30 ans le 27.03.08, soit 5 € par jour .

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire avec gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 1 mois pour un adulte a été estimé par la MATMUT en 2008 à 150 €, soit 5 € par jour .

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire avec gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 20 jours pour un adulte a été estimé par la MACIF en 2008 à 284 €, soit 14 € par jour .

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire avec gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 108 jours pour un adulte de 24 ans a été estimé par le Fonds de Garantie Automobile en 2009 à 900 €, soit 8,3 € par jour .

A titre d'exemple, une gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 1 an pour une adulte de 45 ans a été estimée par le Fonds de Garantie Automobile le 03-06-2009 à 3.000 €, soit 8 € 20 par jour .

α. 2. Souffrances endurées (SE)

Les souffrances endurées sont définies par le rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels remis au premier président de la Cour de cassation par Jean-Pierre Dintilhac alors président de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation, comme « les souffrances physiques et psychiques ainsi que les troubles associés que doit endurer la victime durant sa maladie traumatique, c'est-à-dire, du jour de l'accident à celui de sa consolidation. A compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront indemnisées à ce titre ».

Il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques ainsi que les troubles associés, que doit endurer la victime durant la maladie traumatique c'est-à-dire du jour de l'accident à celui de sa consolidation. En effet, à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre.

α. 3. Préjudice esthétique temporaire (PET).

Il a été observé que, durant la maladie traumatique, la victime subissait bien souvent des atteintes physiques, voire une altération de son apparence physique, certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers.

Or ce type de préjudice est souvent pris en compte au stade des préjudices extra-patrimoniaux permanents, mais curieusement omis de toute indemnisation au titre de la maladie traumatique où il est pourtant présent, notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face.

Aussi, le groupe de travail a décidé d'admettre, à titre de poste distinct, ce chef de préjudice esthétique temporaire.

β. Préjudices extra patrimoniaux permanents (après consolidation).

β. 1. Déficit fonctionnel permanent (DFP)

Ce poste de préjudice cherche à indemniser un préjudice extra patrimonial découlant d'une incapacité constatée médicalement qui établit que le dommage subi a une incidence sur les fonctions du corps humain de la victime.

Il s'agit ici de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser, à ce titre, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, les troubles dans les conditions d'existence de la victime, la perte de la qualité de vie, les pertes des joies de la vie courante et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation.

Ce poste peut être défini, selon la Commission européenne à la suite des travaux de Trèves de Juin 2000, comme correspondant à « la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel, 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 dans la vie de tous les jours ».

En outre ce poste de préjudice doit réparer la perte d'autonomie personnelle que vit la victime dans ses activités journalières, ainsi que tous les déficits fonctionnels spécifiques qui demeurent même après la consolidation.

En raison de son caractère général, ce déficit fonctionnel permanent ne se confond pas avec le préjudice d'agrément, lequel a pour sa part un objet spécifique en ce qu'il porte sur la privation d'une activité déterminée de loisirs.

Afin d'éviter une double indemnisation de la victime entre ce poste « déficit fonctionnel permanent » et une rente, notamment comme cela est le cas en matière

de victime d'accident du travail, le groupe de travail recommande que les tiers payeurs soient désormais contraints de présenter à l'organe d'indemnisation un état de leur créance relative à la rente versée à la victime qui contienne une ventilation entre la part de cette créance destinée à indemniser la partie patrimoniale du préjudice corporel et celle visant à en indemniser la partie extra patrimoniale.

A défaut, si le tiers payeur n'effectue aucune diligence pour procéder à cette « clé » de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniale et extra patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente.

β. 2. Préjudice d'agrément (PA)

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

Ce poste de préjudice doit être apprécié in concreto en tenant compte de tous les paramètres individuels de la victime (âge, niveau, etc.).

β. 3. Préjudice esthétique permanent (PEP)

Ce poste cherche à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage.

β. 4. Préjudice sexuel (PS)

Ce poste concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle. Il convient de distinguer trois types de préjudice de nature sexuelle :

- le préjudice morphologique qui est lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi ;
- le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir) ;
- le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical, accouchement impossible sans césarienne, etc.)

Là encore, ce préjudice doit être apprécié in concreto en prenant en considération les paramètres personnels de chaque victime.

β.5. Préjudice d'établissement (PE) en particulier pour les victimes jeunes souffrant de traumatismes crâniens graves

Ce poste de préjudice cherche à indemniser la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale « normale » en raison de la gravité du handicap permanent, dont reste atteint la victime après sa consolidation : il s'agit de

la perte d'une chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial.

Il convient ici de le définir par référence à la définition retenue par le Conseil nationale de l'aide aux victimes comme la « perte d'espoir et de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale (se marier, fonder une famille, élever des enfants, etc.) en raison de la gravité du handicap ».

Ce type de préjudice doit être apprécié in concreto pour chaque individu en tant compte notamment de son âge.

β.6. Préjudices permanents exceptionnels (PPE)

Lors de ses travaux, le groupe de travail a pu constater combien il était nécessaire de ne pas retenir une nomenclature trop rigide de la liste des postes de préjudice corporel.

Ainsi il existe des préjudices atypiques qui sont directement liés aux handicaps permanents, dont reste atteinte la victime après sa consolidation et dont elle peut légitimement souhaiter obtenir une réparation.

A cette fin, dans un souci de pragmatisme, – qui a animé le groupe de travail durant ses travaux-, il semble important de prévoir un poste « préjudices permanents exceptionnels » qui permettra, le cas échéant, d'indemniser, à titre exceptionnel, tel ou tel préjudice extra patrimonial permanent particulier non indemnisable par un autre biais.

Ainsi il existe des préjudices extra patrimoniaux permanents qui prennent une résonance toute particulière, 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 (il s'agit ici des préjudices spécifiques liés à des événements exceptionnels comme des attentats, des catastrophes collectives naturelles ou industrielles de type « AZF »).

γ. Préjudices extra patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)

Ils correspondent aux préjudices liés à des pathologies évolutives

Il s'agit d'un poste de préjudice relativement récent qui concerne toutes les pathologies évolutives . Il s'agit notamment de maladies incurables susceptibles d'évoluer et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel.

C'est un chef de préjudice qui existe en dehors de toute consolidation des blessures, puisqu'il se présente pendant et après la maladie traumatique. Tel est le cas du préjudice lié à la contamination d'une personne par le virus de l'hépatite C, celui du VIH, la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou l'amiante, etc.

Il s'agit ici d'indemniser « 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 pronostic vital ».

c. Nomenclature des préjudices corporels des victimes indirectes (victimes par ricochet)

Il s'agit de l'élaboration d'une nomenclature des postes de préjudice subi par les victimes par ricochet c'est-à-dire par les proches de la victime directe.

On peut ainsi distinguer les préjudices patrimoniaux subis par ces victimes des préjudices extra patrimoniaux.

aa. Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

α. Préjudices patrimoniaux

α.1. Frais d'obsèques (FO)

Ce poste de préjudice concerne les frais d'obsèques et de sépulture que vont devoir assumer les proches de la victime directe à la suite de son décès consécutif à la survenance du dommage.

Ces frais font l'objet d'une évaluation concrète fondée sur une facture établie en bonne et due forme.

α.2. Pertes de revenus des proches (PR)

Le décès de la victime directe va engendrer des pertes ou des diminutions de revenus pour son conjoint (ou son concubin) et ses enfants à charge, c'est-à-dire pour l'ensemble de la famille proche du défunt. Ces pertes ou diminutions de revenus s'entendent de ce qui est exclusivement liée au décès et non des pertes de revenus des proches conséquences indirectes du décès.

Pour déterminer la perte ou la diminution de revenus affectant ses proches, il y a lieu de prendre comme élément de référence, le revenu annuel du foyer avant le dommage ayant entraîné le décès de la victime directe en tenant compte de la part d'autoconsommation de celle-ci et du salaire qui continue à être perçu par son conjoint (ou concubin) survivant.

En outre, il convient de réparer, au titre de ce poste, la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe, lorsqu'ils sont obligés d'assurer jusqu'au décès de celle-ci une présence constante et d'abandonner temporairement leur emploi.

En tout état de cause, la réparation de ce chef de préjudice ne saurait conduire le proche de la victime directe à bénéficier d'une double indemnisation à la fois au titre de l'indemnisation de ce poste et de celle qu'il pourrait également percevoir au titre de l'assistance par une tierce personne, s'il décidait de remplir cette fonction auprès de la victime. Dans ce cas, il conviendra de déduire cette dernière indemnité de celle à laquelle il pourra prétendre au titre de l'indemnisation du présent poste.

α.3. Frais divers des proches (FD)

Ce poste de préjudice vise à indemniser les proches de la victime directe des frais divers que ceux-ci ont pu engager à l'occasion de son décès ; ce sont principalement des frais de transports, d'hébergement et de restauration. L'évaluation se fait in concreto sur base de justificatifs.

β. Préjudices extra patrimoniaux

β.1. Le préjudice d'accompagnement (Pac)

Il s'agit ici de réparer un préjudice moral, dont sont victimes les proches de la victime directe pendant la maladie traumatique de celle-ci jusqu'à son décès.

Ce poste de préjudice a pour objet d'indemniser les bouleversements de la vie quotidienne de ceux qui partagent la survie douloureuse de la victime pendant la maladie traumatique jusqu'au décès, les bouleversements que le décès de la victime directe entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien.

Le préjudice d'accompagnement traduit les troubles dans les conditions d'existence d'un proche, qui partageait habituellement une communauté de vie effective avec la personne décédée à la suite du dommage.

Les proches doivent avoir partagé une communauté de vie effective et affective avec la victime directe, laquelle ne doit pas être exclusivement définie par référence au degré de parenté.

L'évaluation de ce poste de préjudice doit être très personnalisée, car il ne s'agit pas ici d'indemniser systématiquement les personnes ayant une proximité juridique avec la victime directe, mais plutôt celles bénéficiant d'une réelle proximité affective avec celle-ci.

β.2. Préjudice d'affection (Paf)

Il s'agit d'une poste de préjudice qui répare le préjudice d'affection que subissent certains proches à la suite du décès de la victime directe. Il convient d'inclure, à ce titre, le retentissement pathologique avéré que le décès a pu entraîner chez certains proches.

En pratique, il y a lieu d'indemniser quasi-automatiquement les préjudices d'affection des parents les plus proches de la victime directe (père et mère, etc.).

Cependant, il convient également d'indemniser, à ce titre, des personnes dépourvues de lien de parenté, dès lors qu'elles établissent par tout moyen avoir entretenu un lien affectif réel avec le défunt.

bb. Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

α. Préjudices patrimoniaux

α.1. Pertes de revenus des proches (PR)

Le handicap dont reste atteinte la victime directe à la suite du dommage corporel va engendrer une perte ou une diminution de revenus pour son conjoint (ou son concubin) et ses enfants à charge. Dans ce cas, il y a lieu de prendre comme élément de référence, le préjudice annuel du foyer avant le dommage ayant entraîné son handicap en tenant compte de la part d'autoconsommation de la victime directe et du salaire qui continue à être perçu par son conjoint (ou son concubin).

En outre, il convient de réparer au titre de ce poste, la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe lorsqu'ils sont obligés pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi.

En tout état de cause, la réparation de ce chef de préjudice ne saurait conduire le proche de la victime directe à bénéficier d'une double indemnisation à la fois au titre de l'indemnisation de ce poste et de celle qu'il pourrait également percevoir au titre de l'assistance par une tierce personne, s'il décidait de remplir cette fonction auprès de la victime. Dans ce cas, il conviendra de déduire cette dernière indemnité de celle à laquelle il pourra prétendre au titre de l'indemnisation du présent poste.

α.2. Frais divers des proches (FD)

Ce poste de préjudice vise à indemniser les proches de la victime directe des frais divers que ceux-ci ont pu engager pendant ou après la maladie traumatique de la victime survivante atteinte d'un handicap, ce sont principalement des frais de transports, d'hébergement et de restauration.

Ces frais peuvent être conséquents dans le domaine des transports, notamment si la victime directe séjourne dans un établissement éloigné de la résidence de sa famille qui vient la voir régulièrement. Les proches doivent, dans ce cas, exposer non seulement des frais de transports mais également des frais de repas – ou même de courts séjours – à l'extérieur de la résidence habituelle de la victime.

β. Préjudices extra patrimoniaux

β.1. Préjudice d'affection (Paf)

Il s'agit d'un poste de préjudice qui répare le préjudice d'affection que subissent certains proches à suite de la survie handicapée de la victime directe. Il s'agit du préjudice moral subi par certains proches à la vue de la douleur de la déchéance et de la souffrance de la victime directe. Il convient d'inclure à ce titre le retentissement pathologique avéré que la perception du handicap de la victime survivante a pu entraîner chez certains proches.

En pratique, il y a lieu d'indemniser quasi-automatiquement le préjudice d'affection des parents les plus proches de la victime directe (père, mère, etc.).

Cependant, il convient également d'indemniser, à ce titre, des personnes dépourvues de lien de parenté, dès lors qu'elles établissent par tout moyen avoir entretenu un lien affectif réel avec le défunt.

β.2. Préjudices extra patrimoniaux exceptionnels (PEx)

Il s'agit ici notamment de réparer les préjudices de changement dans les conditions de l'existence, dont sont victimes les proches de la victime directe pendant sa survie handicapée.

Ce poste de préjudice a pour objet d'indemniser les bouleversements que la survie douloureuse de la victime directe entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien.

Ce préjudice de changement dans les conditions d'existence indemniser les troubles ressentis par un proche de la victime directe qui partage habituellement une communauté de vie effective avec la personne handicapée à la suite du dommage, que ce soit au domicile ou par de fréquentes visites en milieu hospitalier en apportant le réconfort moral d'une présence affectueuse.

Les proches doivent avoir partagé une communauté de vie effective et affective avec la victime directe, laquelle ne doit pas être exclusivement définie par référence au degré de parenté.

L'évaluation de ce poste de préjudice doit être très personnalisée, car il ne s'agit pas ici d'indemniser systématiquement les personnes ayant une proximité juridique avec la victime directe, mais plutôt celles bénéficiant d'une réelle proximité affective avec celle-ci.

Il convient d'inclure au titre de ce poste de préjudice le retentissement sexuel vécu par le conjoint ou le concubin à la suite du handicap subi par la victime directe pendant la maladie traumatique et après sa consolidation.

d. Tableau récapitulatif des correspondances entre la nomenclature Dintilhac, la nomenclature classique et les prestations de la Sécurité sociale

Le tableau suivant permet de faire la synthèse entre les termes utilisés par la nomenclature Dintilhac, la nomenclature classique et les prestations de la Sécurité sociale

NOMENCLATURE ACTUELLE Dite Dintilhac	ANCIENNE CLASSIFICATION	PRESTATIONS CORESPONDANTES de Sécurité Sociale
--	--	---

I. PREJUDICES DES VICTIMES DIRECTES

A. PREJUDICES PATRIMONIAUX (ECONOMIQUES)

1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

- Dépenses de santé actuelles (DSA) Frais restés à charge Prestations en nature

- Frais divers (FD)

- Pertes de gains professionnels actuels (PGPA) Pertes de Salaires Indemnités journalières

2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)

- Dépenses de santé futures (DSF) Allocation tierce personne

- Frais de logement adapté (FLA)

- Frais de véhicule adapté (FVA)

- Assistance par tierce personne (ATP)

-
- Perte de gains professionnels futurs (PGPF) Pertes de revenus futurs

 - Incidence professionnelle (IP) Préjudice professionnel

 - Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSU) Préjudice scolaire, universitaire ou de formation

B. PREJUDICES EXTRA-PATRIMONIAUX1. Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

- Déficit fonctionnel temporaire (DFT) Gêne de la vie courante pendant I.T.T.

- Souffrance endurées (SE) Pretium doloris

- Préjudice esthétique temporaire (PET)

2. Préjudice extra-patrimoniaux permanents (après consolidation)

- Déficit fonctionnel permanent (DFP) I.P.P. Rente

- Préjudice d'agrément (PA) Préjudice d'agrément

- Préjudice esthétique permanent (PEP) Préjudice esthétique permanent

- Préjudice sexuel (PS) Préjudice sexuel

- Préjudice d'établissement (PE) Préjudice d'établissement

- Préjudices permanents exceptionnels (PPE)

3. Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)

- Préjudices liés à des pathologies évolutives (PEV)

II. PREJUDICES DES VICTIMES INDIRECTES

A. Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

1. Préjudices patrimoniaux

- Frais d'obsèques (FO)

- Pertes de revenus des proches (PR)

- Frais divers des proches (FD)

2. Préjudices extra-patrimoniaux

- Préjudice d'accompagnement (PAC)

- Préjudice d'affection (PAF)

B. Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

1. Préjudices patrimoniaux

- Pertes de revenus des proches (PR)
- Frais divers des proches (FD)

2. Préjudices extra-patrimoniaux

- Préjudice d'affection (PAF)
- Préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels (PEX)

3. La classification classique des préjudices suivant la mission dite droit commun rédigée par l'AREDOC 2006

Jusqu'à un passé fort récent, la mission dite droit commun rédigée par l'AREDOC proposée aux experts, utilisée en expertise amiable et en expertise judiciaire par l'ensemble de la profession adoptée par les assureurs en assurance dommages et dans les garanties individuelles type accident de la vie destinés aux petits et moyens dossiers datait de 1994. Cette mission concerne les petits et moyens dossiers, c'est-à-dire ceux traitant de séquelles corporelles " modestes ", soit à peu près 95 % des dossiers corporels . Cette mission est la mission de référence des conventions corporelles et du protocole d'accord organismes sociaux / entreprises d'assurances . On insistera plus particulièrement sur la façon d'appréhender certains dommages par l'expert .

Cette mission était en particulier proposée pour le règlement de l'indemnisation des préjudices occasionnés par les accidents de la voie publique au titre de la loi Badinter de 1985.

Depuis cette date, on a constaté tout d'abord une évolution de la jurisprudence qui consacrait le préjudice sexuel comme un poste autonome et qui a consacré deux nouveaux concepts : les troubles dans les conditions de l'existence et les gênes dans les actes de la vie courante pendant la période temporaire avant consolidation. D'autre part, le secrétariat d'Etat au droit des victimes a créé en 2004 une commission de travail animée par le Président de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation de l'époque, Monsieur Jean-Pierre Dintilhac.

Le rapport de cette commission rendu en juillet 2005 au 1^{er} président de la Cour de cassation de l'époque, Monsieur Canivet , proposait une nouvelle nomenclature de poste de préjudices indemnitaires et confirmait la distinction d'une part entre postes économiques et non économiques et d'autre part les postes à caractère temporaire et les postes à caractère définitif. Le but de cette nomenclature était d'harmoniser les méthodes d'indemnisation et d'instaurer une forme de sécurité juridique. La nomenclature dite Dintilhac propose ainsi une liste de postes indemnitaires au nombre de 27 dont 20 concernant la victime directe et 7 concernant la victime indirecte. Certains postes ne justifient pas l'intervention du médecin comme le préjudice d'affection, le préjudice d'accompagnement ou les frais d'obsèques par exemple. Les assureurs ont donc décidé d'élaborer une nouvelle mission d'expertise

prenant en considération les propositions de la « commission Dintilhac » relatives aux postes de préjudices. Il a donc été créé une nouvelle mission d'expertise médicale droit commun par les assureurs en 2006 dont on détaillera ci-dessus la partie portant sur l'analyse et l'évaluation de postes de préjudices. Cette nouvelle mission type dite en droit commun 2006 reste une mission type proposée par les assureurs en assurance dommage, assurance dommages, dans les accidents de la voie publique et dans les accidents de la vie.

Il est à noter que les tribunaux modifient progressivement également leurs missions d'expertise judiciaire pour tenir compte des propositions de cette commission Dintilhac. La nomenclature Dintilhac a été ainsi rapidement utilisée par quelques Cours d'appel comme nomenclature de référence. La nomenclature a également été adoptée par l'ONIAM pour indemniser les victimes des accidents médicaux non fautifs à la suite du dispositif issu de la loi du 04.03.02.

La loi du 21.12.06 portant sur le financement de la Sécurité sociale pour 2007 (article 25) énonce entre autre que le recours des organismes sociaux doit se faire poste par poste. Cette loi a donc nécessité une adaptation des missions tant amiables que judiciaires tant dans le cadre des accidents de la circulation que dans le cadre de la responsabilité médicale pour permettre un recours facilité des tiers payeurs.

La mission 2006 énumère des postes de préjudices temporaires et des postes de préjudices permanents. Elle représente un condensé de la nomenclature Dintilhac, adapté aux situations les plus usuelles et les moins complexes .

Comme on le voit, on assiste à un partage des rôles entre le médecin et le régleur . L'expert médical fixe la date de consolidation, les périodes d'incapacité temporaire totale, d'incapacité permanente partielle, les souffrances endurées, le préjudice esthétique in abstracto .

Il se contente donc de décrire le dommage esthétique, les doléances de la victime décrivant les impossibilités définitives d'exercer une activité spécifique de loisir, les doléances de la victime concernant les conséquences professionnelles de son accident, les troubles de la fonction sexuelle déclarés par la victime . Tous ces derniers postes (appréciation du préjudice esthétique in concreto, reconnaissance et quantification du préjudice d'agrément, du préjudice professionnel, du préjudice sexuel) appartiennent au domaine du régleur. En effet, nous le rappelons, la mission du type droit commun 2.006 énumère de façon limitative les postes de préjudice appréciés par l'expert : incapacité permanente partielle, souffrances endurées, préjudice esthétique in abstracto .

Ce raisonnement se base sur le fait que les souffrances endurées, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément ne sont pas compris dans l'assiette du recours des Caisses de Sécurité Sociale .

a.. Les postes de préjudices temporaires

aa. Le déficit fonctionnel temporaire

Parmi les postes de préjudices temporaires, le premier à décrire est le déficit fonctionnel temporaire.

Il se définit comme les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident. Ce déficit ne concerne que les gênes

dans la vie quotidienne à titre personnel et non pas les gênes dans la sphère professionnelle. Cette dernière gêne dans la sphère professionnelle est décrite dans un autre poste de préjudice. Ce poste de préjudice de déficit fonctionnel temporaire remplace l'ancienne incapacité temporaire dans sa composante personnelle. Il englobe ce que la jurisprudence qualifiait avant 2006 de troubles dans les conditions d'existence (TCE), des gênes dans les actes de la vie courante (GADC), du préjudice d'agrément temporaire (PAT). Il convient d'y rajouter également le préjudice sexuel temporaire. Le préjudice fonctionnel temporaire est donc représenté par toutes les gênes subies par la victime de la date de l'évènement traumatique à la consolidation et subies exclusivement sur le plan personnel. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime mais aussi à la perte de la qualité de la vie et celle des joies usuelles de la vie courante que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant l'hospitalisation, privation temporaire des activités privées ou d'agrément, préjudice sexuel...)

L'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle est par nature temporaire. Durant cette période on observe une dégressivité des gênes subies par la victime. On peut donc déterminer trois périodes relatives à l'intensité des gênes subies par la victime. Chaque période est exclusive de l'autre sans cependant être systématiquement existante. Par exemple, il n'y a pas systématiquement une immobilisation totale de la victime à la suite d'un évènement traumatique. Ces périodes peuvent se succéder voire alterner dans le temps. Ces trois périodes sont :

- Gêne temporaire totale dans toutes les activités personnelles y compris ludiques et sportives, constituées des gênes relatives à l'immobilisation totale à domicile ou dans un secteur hospitalier.
- Gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles dont ludiques et sportives. Cette période ne fait nécessairement suite à une période de gêne temporaire totale, elle peut débuter immédiatement après l'accident. Elle est assez fréquente et concerne en général les victimes d'un traumatisme mineur ou ne touchant qu'une seule région corporelle. Deux situations sont possibles :
 - o soit la victime est gênée partiellement dans toutes ses activités sans pour autant qu'elles soient rendues impossibles.
 - o Soit elle est gênée totalement dans une de ses activités alors qu'elle peut en réaliser d'autres.

Les questions posées par le médecin porteront sur la date de début de la verticalisation, la durée d'utilisation d'une aide technique (cannes anglaises, déambulateur, collier cervical...), la date de la 1^{ère} sortie hors du domicile, celle de la reprise de la conduite automobile, celle de l'utilisation des transports en commun, celle de la reprise d'activité domestique...

Le médecin précisera les moyens apportés par la victime pour remédier à cette gêne : aide ménagère, aide du conjoint, aide d'un membre de sa famille ou d'un voisin.

L'expert établira la durée de l'aide rendue nécessaire par le déficit fonctionnel temporaire, que cette aide soit rémunérée ou bénévole. Par rapport à l'ancienne nomenclature, l'incapacité temporaire totale correspond à la période d'arrêt de travail, ou à la gêne temporaire totale personnelle (ITT). L'incapacité temporaire partielle (ITP) correspond à la période d'arrêt de travail partielle et à la gêne temporaire partielle personnelle.

Concernant les collégiens et les lycéens ou les étudiants, l'expert décrira qu'elles étaient les conséquences de l'accident sur l'interruption des études, l'impossibilité ou la difficulté à fréquenter le lieu habituel de l'enseignement et pendant la période des vacances, l'arrêt total ou partiel des activités physiques de loisirs.

Pour les retraités, l'expert décrira les conséquences de l'accident sur leurs activités qui sont souvent plus variées et plus multiples que chez les personnes actives et pour les personnes au foyer, précisera la nature des aides qui ont été rendues nécessaire pour effectuer les tâches domestiques courantes.

bb. L'arrêt temporaire des activités professionnelles

L'arrêt temporaire des activités professionnelles encore appelé perte de gains actuels constitue la deuxième partie des préjudices touchant la période temporaire précédant la consolidation plus communément appelé arrêt de travail, elle est appelée selon la nomenclature Dintilhac perte de gains professionnels actuels (PGPA) et correspond au versant professionnel et économique de l'ancienne incapacité temporaire totale, de l'ancienne incapacité temporaire partielle de la mission en 1994.

Il s'agira de décrire l'arrêt d'activités professionnelles de la victime pour laquelle il y a déjà eu un descriptif de ses gênes temporaires sur sa vie personnelle. Il s'agit donc de la répercussion du dommage sur la sphère professionnelle de la victime pour laquelle le médecin devra se prononcer quant à la durée.

L'expert précisera en quoi les lésions ont empêché la victime d'exercer d'une manière totale ou partielle son activité professionnelle.

L'activité professionnelle doit être considérée dans un sens large : salaires, honoraires, revenus commerciaux ou agricoles...

Pour le demandeur d'emploi il s'agit de la période correspondant à la durée pendant laquelle la victime n'a pu exercer, s'il en aurait eu l'opportunité un emploi correspondant à sa qualification.

Si la victime avait perdu, peu de temps avant l'accident, un emploi régulièrement exercé et nécessitant cette qualification précise, la période considérée comme d'interruption des activités professionnelles pourra être déterminée en s'interrogeant sur la possibilité qu'aurait eu la victime d'accepter ou non un emploi dans sa qualification et en la confrontant aux lésions subies.

Si la victime ne possède pas de qualification précise et recherchait depuis longtemps un emploi, il est alors plus difficile de déterminer une période précise.

cc. Les souffrances endurées (SE)

Les souffrances endurées (SE) présentent le même terme de souffrances endurées pour la nomenclature Dintilhac et l'ancienne mission droit commun de 1994.

Par définition les souffrances endurées appartiennent au poste de préjudices temporaires et concernent donc les algies subies entre l'accident et la consolidation. Cependant certaines douleurs peuvent persister après consolidation. Lorsqu'elles ne donnent pas lieu à un pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, elles peuvent alors être prises en compte dans le cadre des souffrances endurées.

Les souffrances endurées sont définies comme « la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisation, à l'intensité et au caractère astreignant des soins auxquels

s'ajoutent les souffrances psychiques et morales représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait être habituellement liées à la nature des lésions et à leur évolution ». Elles s'évaluent suivant l'échelle habituelle par demi degré croissante de 0.5 à 7.

dd. Le préjudice esthétique temporaire (PET)

Le préjudice esthétique temporaire (PET) n'est pas nommément cité dans la mission droit commun 2006 mais il existe, même si cela est peu fréquent. Il conviendra donc de le décrire.

Ce préjudice esthétique temporaire (PET) est indiqué comme tel dans la nomenclature Dintilhac.

Il peut concerner des cas très particuliers de blessures très graves au niveau de la face par exemple ou dans le cas de grands brûlés qui justifient de longs et douloureux traitements pendant une durée prolongée. Il peut s'agir aussi par exemple du port d'appareil d'immobilisation tel qu'un plâtre qui par définition n'est que temporaire.

L'expert décrira alors la gêne esthétique ressentie pendant la période avant consolidation.

Ce préjudice esthétique temporaire se définit pour le rapport Dintilhac comme une altération de l'apparence physique certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers.

b. Les postes de préjudices permanents

aa. L'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)

L'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) se définit comme « la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomophysiologique médicalement constatable 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 dans la vie de tous les jours. Dans la nomenclature Dintilhac cette AIPP est appelée déficit fonctionnel permanent (DFP).

Cette AIPP porte le nom de l'ancienne nomenclature de la mission en 1994 de droits commun d'IPP (incapacité permanente partielle). Mais cette IPP entraînait une confusion entre l'aspect physiologique non économique et l'aspect professionnel qui a un caractère économique.

L'IPP présentait donc un caractère hybride englobant souvent un aspect non économique et un aspect économique qui entraînait par exemple, en cas de conséquences professionnelles, sans abandon de profession, une indemnisation avec une majoration de la valeur du point d'IPP.

Cette AIPP se caractérise par l'absence de toute connotation professionnelle ou économique. Que la victime exerce ou non une activité professionnelle, la fixation du taux par référence à un barème sera réalisée de la même manière : à séquelles

égales, évaluation égale, et donc taux d'AIPP identique. Cette AIPP correspond donc à la réduction de la capacité fonctionnelle d'un individu.

On rappellera que trois termes sont régulièrement utilisés en matière de dommage corporel. Tout d'abord l'infirmité qui est notion anatomique, support d'une atteinte fonctionnelle, ensuite l'incapacité, notion physiologique, correspondant à une atteinte fonctionnelle mesurable, enfin l'incapacité qui sous entend une répercussion sur la vie professionnelle avec donc une traduction économique.

Cette AIPP s'inscrit donc dans le cadre de l'incapacité.

Un dossier ne peut jamais être rouvert en amélioration aux dépens de la victime et au profit de l'assureur qui a versé l'indemnisation.

Avant de fixer un taux d'AIPP l'expert doit donc s'assurer de la stabilité de l'état séquellaire et de l'absence d'amélioration possible.

Inversement, l'expert ne doit jamais majorer le taux pour tenir compte d'un éventuel risque d'aggravation puisque la victime peut toujours obtenir la réouverture de son dossier en cas d'aggravation de ses séquelles.

Les atteintes de différents membres ou organes nécessitent parfois de tenir compte d'une possible synergie (par exemple atteinte de deux membres inférieurs avec au final une incapacité supérieure à l'addition de l'incapacité de chaque membre.

Le taux d'AIPP traduira alors le pourcentage de réduction de la fonction, ici en l'occurrence la fonction de locomotion se référant au pourcentage du taux indiqué sur le barème pour sa perte totale. Il peut s'agir ainsi de l'enraidissement d'une hanche droite et d'une cheville gauche.

A contrario, l'incapacité globale peut être inférieure à la somme arithmétique des incapacités lorsque l'on tient compte de la règle dite de l'incapacité restante dite de Balthazard.

Si les souffrances séquellaires endurées par exemple articulaires sont quasi quotidiennes assez vives pour inciter le patient à modifier certaines façons de vivre (tâches ménagères, marche à pied prolongée, long trajet en voiture...) et nécessitant un traitement régulier, on peut estimer qu'il existe un léger déficit justifiant un petit taux d'AIPP dans ce cas, on ne tient pas compte de ces douleurs pour l'estimation du pretium doloris. Si au contraire les douleurs sont plus épisodiques, n'obligeant pas le patient à modifier ses habitudes, on pourra proposer une majoration des souffrances endurées.

L'AIPP doit être évaluée sans tenir compte de la profession : une raideur de l'index droit sera source d'un même taux d'AIPP chez un violoniste et chez un comptable. En revanche, le violoniste bénéficiera d'une incidence professionnelle qui fera l'objet d'une évaluation et pas le comptable.

bb . Le dommage esthétique

Le dommage esthétique, préjudice permanent, se définit comme l'ensemble des disgrâces physiques cicatrices ou déformations majeures imputables à l'accident et dont reste porteur la victime après consolidation.

Dans la mission en 1994 de droit commun, il était appelé préjudice esthétique. Il est encore appelé préjudice esthétique permanent (PEP) par la commission Dintilhac.

L'appréciation du dommage esthétique se fait pour l'expert in abstracto, c'est-à-dire sans tenir compte des éléments d'appréciation liés au sexe à l'âge ou à la profession . Ces derniers éléments relèvent du domaine du responsable de l'indemnisation . En particulier l'expert ne devra pas majorer l'importance du dommage esthétique constaté du fait des conséquences professionnelles signalées par la victime (acteurs, modèles de mode, mannequins ...) . L'expert se contentera donc d'évaluer l'atteinte esthétique proprement dite .

Néanmoins lorsqu'une intervention est prévue et qu'un devis est présenté par la victime, l'avis du médecin expert sur sa nature et son coût est nécessaire pour le régleur.

cc. La répercussion des séquelles sur les activités professionnelles

La répercussion des séquelles sur les activités professionnelles correspond aux pertes de gains professionnels futures (PGPF) et à l'incidence professionnelle (IP notamment, augmentation de la pénibilité, dévalorisation) de la nomenclature Dintilhac et correspond à l'ancien qualificatif de préjudice professionnel de la mission droit commun de 1994.

Le taux d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) ne tient pas compte de l'incidence professionnelle de l'accident. Cette incidence doit donc être décrite, si elle est importante, différant alors de la simple gêne engendrée par les séquelles présentées .

Dans le cadre de cette mission en droit commun 2006 rédigée par l'AREDOC, le médecin expert ne doit pas se prononcer sur l'existence d'un préjudice professionnel ou économique. Il doit uniquement développer les arguments médicaux d'imputabilité qui expliquent l'impossibilité ou la difficulté de reprendre la profession exercée avant l'évènement à l'origine de l'expertise.

Le rôle du médecin expert résidera uniquement donc à apporter les éléments médicaux susceptibles d'éclairer le raisonnement du régleur sur l'existence d'un retentissement professionnel, son lien de cause à effet avec l'accident, et son importance . Ainsi, c'est le régleur qui se prononcera sur l'imputabilité d'un éventuel licenciement après l'accident et non pas le médecin expert. En effet, la prise de position est assumée par le régleur et non pas par le médecin

Le médecin expert pourra par contre se prononcer sur l'imputabilité de l'arrêt de travail consécutif à l'accident .

L'expert précisera ensuite si un reclassement professionnel est compatible avec les séquelles ou s'il y a impossibilité de toute activité professionnelle y compris dans un emploi en milieu protégé.

Le rôle de l'expert est donc essentiellement descriptif et ne saurait être à l'origine d'une conclusion médico-légale exprimée par une simple affirmation ou une simple négation. A ce titre, l'expert interrogera la victime sur les modalités exactes d'exercice de sa profession. Le médecin expert se contentera de recueillir les doléances émises par la victime, de les confronter avec les données de son examen clinique .

dd. La répercussion des séquelles sur les activités d'agrément

La répercussion des séquelles sur les activités d'agrément est encore appelé préjudice d'agrément (PA) selon la nomenclature Dintilhac et garde ce même nom de préjudice d'agrément dans l'ancienne nomenclature droit commun de 1994.

L'expert n'affirmera pas si l'activité spécifique d'agrément était réellement pratiquée. Cette décision est du domaine du régleur.

L'expert se contentera de recueillir les doléances de la victime sur des activités d'agrément que la victime déclarait pratiquer avant l'accident, il donnera également son avis médical sur l'impossibilité de s'adonner à cette activité d'agrément et son caractère définitif .

L'expert distinguera la privation d'une activité de loisirs banale faisant partie de la vie courante de l'abandon d'une activité bien spécifique distincte de l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP).

En effet on considère que l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) concerne non seulement les actes et gestes assurant la survie mais également les activités courantes de distraction sociologiquement communes à tous les individus .

Il doit seulement expliquer pourquoi les séquelles imputables à l'accident rendent impossible provisoirement ou définitivement l'exercice des activités d'agrément signalées par la victime (activité sportive, artistique, culturelle, associative ...)

Il n'aura donc pas à se prononcer sur l'existence ou non d'un préjudice d'agrément résultant de l'impossibilité de cette activité spécifique d'agrément .

Il n'appartient pas au médecin expert de reconnaître ou de quantifier un préjudice d'agrément.

Le régleur décidera si l'activité exercée antérieurement à l'accident par la victime constitue bien un agrément indemnisable et fixera le montant indemnitaire pour le compenser . Seul le régleur jugera de la spécificité des activités d'agrément signalées par la victime et qu'elle ne peut plus exercer par rapport à des activités de " distraction " banales d'un individu du même âge, du même niveau socioéconomique et culturel .

ee. La répercussion des séquelles sur la vie sexuelle

La répercussion des séquelles sur la vie sexuelle est appelée préjudice sexuel (PS) selon la nomenclature Dintilhac et garde la même dénomination de préjudice sexuel dans l'ancienne nomenclature en droit commun de 1994.

Le préjudice sexuel est souvent évalué au titre de la mission droit commun 2006 rédigée par l'AREDOC de la façon suivante :

Dans le cas de séquelles consistant en une atteinte des organes uro-génitaux avec bien sûr une implication sur la réalisation de l'acte sexuel comme dans le cas de l'ablation d'un organe, d'une atteinte neurologique, un fracas du bassin, les blessés médullaires ou les blessés polytraumatisés graves, cette atteinte devra être authentifiée par des arguments cliniques et paracliniques (bilans biologiques, échographies, bilans uro-dynamiques ou vasculaires...). Cette atteinte uro-génitale avec une répercussion sexuelle sera évaluée alors par un taux d'AIPP spécifique accompagné d'un descriptif des conséquences sur la réalisation de l'acte sexuel et sur la fonction de reproduction.

Un deuxième cas de figure consiste en l'absence d'atteinte des organes uro-génitaux et uniquement des doléances relatives à la réalisation de l'acte sexuel. Il peut s'agir par exemple d'une difficulté à la réalisation de l'acte sexuel lors d'une limitation d'une amplitude articulaire. L'expert après s'être prononcé sur la réalité de cette atteinte inclura son indemnisation dans le taux d'AIPP proposé au titre des « conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

On ne peut bien sûr que très difficilement exprimer un taux d'IPP pour les troubles dans la réalisation de l'acte sexuel. L'expert décrira alors les troubles, donnera son avis sur l'existence d'un dommage mais ne pourra se prononcer sur l'éventuel préjudice qui peut en résulter .

En effet, la reconnaissance d'un tel préjudice sexuel reste du domaine du régléur ou du juge .

ff. Les soins médicaux après consolidation

Les soins médicaux après consolidation sont encore appelés dépenses de santé futures (DSF) selon la nomenclature Dintilhac et correspondent aux frais après consolidation, frais occasionnels et frais futurs de l'ancienne nomenclature en droit commun de 1994.

Les frais futurs, par définition, ne peuvent être déterminés qu'après fixation et acceptation par les parties concernées d'une date de consolidation. La classification des frais futurs selon la mission droit commun 2006 rédigée par l'AREDOC se rapproche de celle donnée par le protocole d'accord assureurs/organismes sociaux. Elle distingue ainsi deux catégories de frais :

- les frais occasionnels : frais médicaux dispensés après la stabilisation de l'état séquellaire et qui n'ont pas pour but d'éviter des complications, une aggravation de cet état. Ils sont limités dans le temps. Ils consistent en :
 - la poursuite d'un état en cours alors que la consolidation est pratiquement acquise ou la guérison est sur le point d'être obtenue. L'expert doit préciser la durée exacte de ce traitement et l'absence de justification de toute prescription ultérieure imputable à l'accident
 - un traitement médical ou chirurgical futur destiné à améliorer un dommage esthétique alors que tous les autres éléments du dommage corporel peuvent être définitivement appréciés. L'expert précisera alors la nature, la justification de ces soins, leur durée, l'époque à laquelle ils pourront être pratiqués, le dommage esthétique qui subsistera malgré tout, les conséquences directes et indirectes (frais médicaux, incapacité temporaire totale, souffrances endurées), l'intention de la victime de les subir (ou l'intention des parents s'il s'agit d'un enfant). Les organismes sociaux peuvent exiger par avance le remboursement de la part qui leur restera à charge si la réalisation de ces soins est certaine ou probable. Le problème se pose en fait de la réalisation lorsque la réalisation est hypothétique, lorsque le dommage esthétique n'est pas très important et que l'intervention doit être différée de plusieurs années, compte tenu de l'âge du patient, en particulier pour les enfants. L'expert doit alors mentionner cette intervention

- ultérieure dans le rapport et en souligner le caractère hypothétique.
- L'ablation du matériel d'ostéosynthèse : la programmation ou la possibilité de l'ablation d'un matériel d'ostéosynthèse n'empêche pas l'expert d'évaluer le dommage corporel de façon définitive s'il pense que l'ablation du matériel bien que probable à court ou moyen terme ne modifiera pas les séquelles. Cette ablation du matériel, pour être cataloguée dans le cadre de ces frais futurs occasionnels, doit être considérée comme certaine ou très probable dans le rapport de l'expert. On sait en effet que certains matériels sont presque systématiquement ôtés (clou centromédullaire par exemple) alors que d'autres compte tenu de leur localisation, de l'âge du patient ne le seront qu'en cas d'intolérance, la plupart du temps improbable. Les souffrances endurées engendrées par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse seront incluses dans la quantification globale à 7 degrés des souffrances endurées proposée avec les autres conclusions.
 - Le renouvellement des prothèses dentaires. L'expert doit indiquer la périodicité médicalement vraisemblable.
- les frais futurs viagers sont les frais futurs engagés pendant toute la vie de la victime soit en permanence soit par période. Elles correspondent :
- aux hospitalisations définitives ou intermittentes mais régulièrement répétées.
 - Aux prescriptions pharmaceutiques et aux soins paramédicaux qui devront être poursuivis pour éviter une aggravation.
 - Aux prothèses et au matériel destinés à palier certains handicaps.
 - A la rémunération des tierces personnes dont l'aide est nécessaire pour compenser la perte définitive, totale ou partielle d'autonomie.
 - Des frais futurs viagers peuvent être également être justifiés par des séquelles sensorielles nécessitant un appareillage, par des séquelles articulaires ou vasculaires nécessitant des endoprothèses.

gg. Préjudices permanents exceptionnels

Certains préjudices permanents exceptionnels n'apparaissent pas dans la mission en droit commun 2006. Il s'agit de séquelles au retentissement très particuliers : le rapport Dintilhac parle ainsi de ressortissants japonais qui, victimes d'une atteinte de la colonne vertébrale entraînant une raideur de celle-ci, ne peuvent plus s'incliner pour saluer comme il est de coutume de le faire pour dire bonjour dans leur pays.

4. Le cas particulier de l'enfant

L'évolution des séquelles d'un traumatisme sur l'enfant se singularise par le pouvoir important de récupération de l'enfant et les possibles répercussions parfois importantes d'un traumatisme même minime sur la croissance . Ces deux

caractéristiques entraînent une certaine difficulté pour l'expert à définir la consolidation .

a. Les particularités lésionnelles de la traumatologie infantile

aa. La traumatologie prénatale

La traumatologie prénatale se définit comme les lésions directes causées au fœtus alors qu'il est en situation intra-utérine .

Un tel traumatisme peut entraîner tout simplement une mort fœtale in utero, un avortement . Un accouchement prématuré peut induire des complications propres, par exemple neurologiques ou digestives (entérococolite nécrosante ...) . Ces complications de la prématurité peuvent entraîner un long séjour en réanimation, un retour au domicile de l'enfant difficile, une malnutrition, des troubles du développement cérébral et ultérieurement les troubles de la croissance, de la puberté et les troubles scolaires .

Il est évident que si cet accouchement prématuré est la conséquence directe du traumatisme maternel (par exemple un accident de voiture) et qu'auparavant la grossesse était tout à fait normale, toutes les conséquences à cours terme et à long terme de cet accouchement prématuré seront à imputer à l'accident . Outre le taux d'IPP, l'expert devra alors insister sur l'évolutivité très longue, décrire les conséquences et donc les différences qui peuvent survenir entre cet enfant prématuré devenu adulte et un enfant né à terme qui grandit de façon normale .

bb. Les traumatismes hospitaliers subis par l'enfant

Il s'agit des conséquences comportementales et psychologiques d'une hospitalisation prolongée et d'un traitement invasif en réanimation, d'interventions chirurgicales multiples, les troubles du comportement se manifestant en général au retour au domicile (insomnie, crise d'angoisse, trouble de la continence, trouble caractériel ...)

cc. Les conséquences sur la croissance

Il s'agit des lésions touchant les zones d'insertion tendineuse sur des apophyses cartilagineuses ainsi que des lésions touchant les cartilages de croissance . Les lésions se caractérisent par leur difficulté de diagnostic au stade initial . Outre les inégalités de longueur des membres bien connues, elles peuvent également entraîner des troubles vertébraux à type de cyphose angulaire qu'il convient de ne pas méconnaître . Par contre, il convient de savoir que leur survenue n'est pas constante puisqu'elle est fonction de la topographie des lésions . Il est donc abusif, du fait qu'un enfant est en cours de croissance, d'estimer systématiquement que la consolidation des lésions sera impossible avant la fin de cette croissance et que donc la fixation des séquelles au cours de l'enfance est impossible . Il existe bien sûr des cas où lorsque les lésions touchent une zone de croissance l'expert ne pourra se prononcer mais par contre, si ces zones de croissance ne sont pas touchées, l'expert pourra tout à fait fixer un taux d'IPP sans problème . Ceci est d'ailleurs en général le cas au bout d'un an ou deux ans d'évolution . Quand il y a un risque de séquelles, on peut d'ailleurs souvent fournir une appréciation approximative de leur date de survenue et de leur importance .

dd. L'état antérieur

L'état antérieur chez l'enfant est constitué essentiellement par des malformations congénitales . Ces malformations sont en général très bien compensées par les enfants justement du fait de leur pouvoir d'adaptation . Par contre un traumatisme même mineur peut décompenser cette adaptation et aboutir à des conséquences très importantes . Par exemple on peut imaginer un enfant mal formé avec agénésie, c'est-à-dire l'absence des membres supérieurs . Ces enfants compensent souvent par une très bonne mobilité au niveau des orteils qui leur permet même d'écrire ou de feuilleter des livres avec des orteils . Une fracture des orteils ou tout simplement une raideur post traumatique peut donc faire basculer un tel patient vers une dépendance ou une perte d'autonomie alors que ce traumatisme serait tout à fait banal chez un enfant indemne de toute malformation .

b. Les spécificités des différents chefs de préjudice

aa. La durée de l'incapacité temporaire totale

Elle correspond à la période d'interruption totale des activités scolaires . Pour la période des vacances scolaires l'incapacité temporaire totale se définit comme l'arrêt total des activités habituelles en vacances .

bb. L'IPP

La fixation de l'IPP pose le problème tout d'abord de la consolidation . Parfois l'état est stabilisé comme chez l'adulte et la consolidation peut être fixée avec les réserves d'usage . Assez souvent, par contre, la consolidation doit être portée à la fin de la croissance, en particulier, s'il est impossible de prévoir l'insertion socio-économique de l'enfant devenu adulte . L'expert alors intraitable n'admet aucune dérogation parfois même au risque d'indisposer le juge et le régleur . Néanmoins on admet dans les petits traumatismes que l'expert puisse établir une consolidation mais en mentionnant sans ambiguïté une réserve jusqu'à la fin de la croissance . Ceci permet de faciliter le règlement des petits dossiers . A noter même que parfois la consolidation doit être fixée au-delà de la croissance pour être établie au début d'un cursus scolaire pour une profession donnée (inscription en université ou à une filière professionnelle ou dans une grande école ...) .

L'expert dans son rapport soulèvera bien sûr le problème lié à l'évolution à la fois de la symptomatologie des séquelles du fait de la croissance . En général l'expert émet des réserves en aggravation pour les traumatismes crânio-cérébraux infantiles . Pour les autres traumatismes, en général, il émet plutôt des réserves en amélioration . Ceci reste bien sûr tout à fait indicatif . Par exemple, dans les traumatismes des membres inférieurs, il peut survenir une inégalité de longueur des membres inférieurs nécessitant des interventions chirurgicales et une gêne .

Du fait de l'évolution fréquente vers une amélioration spontanée, voire une guérison, et comme en droit commun un dossier ne peut jamais être rouvert en amélioration l'expert pour tenir compte de cette éventualité peut choisir entre deux solutions : soit proposer des conclusions définitives en tenant compte de l'évolution à priori favorable . Si l'évolution espérée est infirmée par les faits le dossier pourra faire l'objet d'une demande d'aggravation .

soit reporter la consolidation .

En effet, en droit commun, une réouverture d'un dossier en aggravation est toujours possible si bien que l'expert ne doit donc pas craindre de déposer des conclusions définitives s'il l'estime . Il ne compromet pas ainsi des intérêts de l'enfant .

En effet, ce retard de la fixation des séquelles définitives constitue quasiment un préjudice nouveau apporté à l'enfant et à ses parents qui attendent une réparation matérielle rapide .

Cette attente de conclusions définitives de l'expert et donc du règlement total de l'indemnisation constitue en effet une période fort pénible pour l'entourage familial qui d'ailleurs souvent ne comprend cette longueur de l'indemnisation et l'impute à tort à une indifférence ou à une obstruction de la part de l'expert ou de l'assureur .

Durant cette longue période d'attente où se succèdent les rapports provisoires d'experts on pourra allouer à l'enfant, soit des provisions successives (l'expert écrit alors dans son rapport que le taux d'IPP ne peut être inférieur à un certain taux à la consolidation, ce qui permet de guider le régleur), soit une rente temporaire et révisable permettant à l'enfant de construire un projet existentiel . Cette rente annuelle indexée sera versée jusqu'à la majorité légale de l'enfant . A cette majorité à dix-huit ans il pourra alors fixer définitivement la réparation en se fondant sur la capacité de travail de la victime . Cette réparation pourrait être arrêtée sous forme d'un capital, ou bien d'une rente, ou bien même de l'une et de l'autre .

L'indemnisation, fonction du taux d'incapacité retenu par l'expert s'effectue en général en suivant la technique de la valeur du point . Cette technique tient compte de l'âge de la victime si bien que l'indemnité allouée est d'autant plus importante que la victime est plus jeune .

Que ce soit sous forme de capital ou de rente, les fonds sont généralement bloqués jusqu'à la majorité de l'enfant . L'indemnisation sous forme de rente est en général à conseiller plutôt que celle sous forme de capital . Les arrérages sont versés sur un compte bloqué jusqu'à la majorité de l'enfant . Le principe de la rente permet à la victime une revalorisation de ses revenus puisque cette rente est indexée en évitant les soucis de la gestion d'un capital (mauvais placement, détournement de fond par l'entourage ...) . On conseillera souvent aux victimes d'insister auprès de leur conseil juridique afin de faire admettre le principe de ce règlement même si les honoraires sont plus difficiles à percevoir sur une indemnité versée sous forme de rente que sur une indemnité versée en capital .

Le report de la date de consolidation devant des lésions pouvant faire l'objet d'une évolution n'interdit pas néanmoins l'indemnisation des chefs de préjudice immédiatement indemnifiables et considérés comme non évolutifs (par exemple pour les souffrances endurées) .

cc. Le pretium doloris

La douleur chez l'enfant peut aboutir à des conséquences dramatiques : un nourrisson peut décéder d'une douleur incontrôlée .

Sa prise en charge est parfois difficile dans des services non rompus au traitement de la douleur chez l'enfant . Enfin, l'amnésie de la douleur est fréquente chez l'enfant ou le nourrisson . L'expert devra tenir compte de ces caractéristiques dans son indemnisation . Par exemple la prise en charge dans les services non rompus au traitement de la douleur chez l'enfant entraîne parfois des traitements inadaptés avec des états de somnolence, ou de confusion mentale mais avec persistance de la douleur .

L'amnésie de la douleur ne supprime pas la réalité de cette douleur . L'indemnisation porte sur la totalité des souffrances ressenties et pas seulement sur les douleurs dont on garde le souvenir . L'existence d'une douleur ne doit donc pas entraîner, même s'il ne s'en souvient pas, une sous-évaluation de son indemnisation .

dd. Le préjudice esthétique

L'enfant présente une tendance à une cicatrice chéloïdienne ou à une cicatrice hypertrophique plus importante que chez l'adulte .

Le vécu psychologique d'une cicatrice en période péri-pubertaire est intense et doit être pris en considération . On devra donc tenir compte de ce vécu psychologique aussi bien chez le garçon que chez la fille .

Enfin, l'évolution longue d'une cicatrice conduit souvent à émettre des réserves pour l'expert . Ce principe d'émission de réserves jusqu'à la fin de la croissance est surtout valable pour les cicatrices du visage .

ee. Le préjudice professionnel

Il a été décrit plus haut dans le chapitre X. Indemnisation des accidents de la voie publique D. L'évaluation du préjudice subi 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé aa. Le préjudice patrimonial ε. Le préjudice professionnel ζ Le préjudice économique de la victime sans activité professionnelle le jour de l'accident non pris en compte par l'incapacité temporaire .

Nous rappellerons simplement que l'expert ne peut qu'enregistrer les doléances de l'enfant sur le métier qu'il désirait effectuer et indiquer si le séquelles constituent effectivement une contre-indication à l'exercice de la profession désirée . L'expert ne doit pas affirmer l'existence d'un préjudice professionnel, tout d'abord parce qu'il est très souvent hypothétique et parce que ce préjudice qui n'est pas du domaine médical relève du régleur . En effet, la reconnaissance de ce préjudice et son indemnisation relève d'une démarche juridique et non pas médicale .

ff. Le préjudice d'agrément

Il a également été décrit ci-dessus dans le chapitre X. Indemnisation des accidents de la voie publique D. L'évaluation du préjudice subi 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé bb. Le préjudice extrapatrimonial γ. Le préjudice d'agrément ou préjudice fonctionnel d'agrément

Là encore, comme chez l'adulte, l'expert doit détailler les séquelles et ne pas, ni affirmer, ni suggérer l'existence de ce poste de préjudice qui relève du domaine juridique .

gg. Le préjudice scolaire

Il a également été décrit ci-dessus dans les chapitres chapitre X. Indemnisation des accidents de la voie publique D. L'évaluation du préjudice subi 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé aa. Le préjudice patrimonial γ. L'incapacité temporaire γ.2. Le calcul de l'indemnisation des périodes d'indemnisation d'ITT et d'ITP et X. Indemnisation des accidents de la voie publique

D. L'évaluation du préjudice subi 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé aa. Le préjudice patrimonial ε. Le préjudice professionnel ε.1.. L'indemnisation de la perte de chance professionnelle ε.1.2. La perte de chance d'avancement ou de promotion .

Là encore comme chez l'adulte, l'expert doit détailler les séquelles et ne pas, ni affirmer, ni suggérer l'existence de ce poste de préjudice qui relève du domaine juridique .

hh. Le préjudice juvénile

Il a été décrit dans le chapitre X. Indemnisation des accidents de la voie publique D. L'évaluation du préjudice subi 1. La nomenclature classique des préjudices corporels a. Le préjudice subi par le blessé bb. Le préjudice extrapatrimonial η. Le préjudice juvénile

Là encore comme chez l'adulte, l'expert doit détailler les séquelles et ne pas ni affirmer ni suggérer l'existence de ce poste de préjudice qui relève du domaine juridique .

ii. Le préjudice d'établissement

Ce préjudice se définit comme les difficultés éventuelles que pourrait affronter l'enfant au stade adulte lorsqu'il désirera " s'établir " dans une profession ou établir une famille, les difficultés étant dues aux séquelles de son accident . En fait, ce préjudice est souvent inclus dans l'incapacité permanente ou d'une perte de chance par définition hypothétique . Là encore comme chez l'adulte, l'expert doit détailler les séquelles et ne pas ni affirmer ni suggérer l'existence de ce poste de préjudice qui relève du domaine juridique .

jj. Le préjudice des parents

Outre les chefs de préjudice habituels, on insistera plus particulièrement sur le préjudice économique des parents causé par l'aide qu'ils doivent apporter à leur enfant handicapé et qui excède ce qu'exigent les devoirs résultant de l'autorité parentale . Ceci concerne en particulier le cas d'un des parents qui cesse toute activité professionnelle pour se consacrer à l'assistance de son enfant handicapé . Cette compensation financière accordée aux parents du fait de l'aide apportée à l'enfant est souvent inférieure à celle accordée du fait d'une personne étrangère à l'entourage familial qui s'occupe de l'enfant car elle représente en partie l'exécution d'une obligation légale du fait des devoirs résultant de l'autorité parentale . Il convient de souligner également l'importance du préjudice moral des parents lorsque par exemple l'enfant victime d'un traumatisme grave reste en état végétatif nécessitant un séjour indéfini en milieu hospitalier ou une prise en charge à domicile avec des aides spécialisées .

c. Les particularités juridiques de l'indemnisation de l'enfant

Tous les règlements amiables de dommage corporel en droit commun chez l'enfant doivent être soumis par l'assureur au juge de tutelle pour approbation . D'une manière générale l'indemnisation d'une victime mineure doit intervenir sous le

contrôle d'un magistrat . Ceci ne rencontre pas de difficulté majeure lorsqu'une procédure judiciaire est engagée pour statuer sur le préjudice de l'enfant . Lorsque la voie transactionnelle est engagée pour l'indemnisation du préjudice de l'enfant, hypothèse la plus courante, se pose alors la nécessité que le protocole d'accord amiable soit soumis à l'appréciation du juge des tutelles et reçoive ainsi l'aval judiciaire d'un magistrat .

aa. Rappel sur l'organisation judiciaire de la protection de l'enfant

α. Le juge des tutelles

La législation prévoit que le mineur est représenté dans les actes de la vie civile et que d'autre part que le contrôle de la gestion des intérêts patrimoniaux des mineurs est confiée à un juge . Ce juge appelé juge des tutelles est un magistrat du Tribunal d'instance . L'importance de l'intervention du juge des tutelles dans le processus d'indemnisation d'un préjudice subi par un enfant mineur varie suivant la qualité du représentant de l'enfant .

β. Les régimes d'administration de l'enfant

Leur connaissance se révèle indispensable pour connaître le domaine d'intervention du juge des tutelles .

β1. L'administration légale pure et simple

Les deux parents ont la qualité d'administrateurs légaux des biens du mineurs avec une égalité de pouvoir lorsqu'il s'agit :

- d'un enfant légitime : parents mariés tous les deux vivants, parents séparés de corps ou divorcés, partageant l'exercice de l'autorité parentale
- d'un enfant naturel reconnu par les deux parents lesquels partagent l'exercice de l'autorité parentale

β2. L'administration légale sous contrôle judiciaire

Le parent a la qualité d'administrateur légal sous contrôle judiciaire des biens du mineur lorsqu'il s'agit :

- d'un enfant légitime dont un des parents est décédé
- lorsque les parents sont divorcés ou séparés de corps, la garde de l'enfant étant attribuée à l'un d'eux
- lorsqu'un des parents se trouve dans l'un des cas visés à l'article 373 du Code Civil (absence, incapacité, déchu de l'autorité parentale ...)
- d'un enfant naturel reconnu lorsque l'autorité parentale est exercée par l'un des parents ou lorsque l'exercice conjoint de l'autorité parentale a pris fin, soit, en raison du décès d'un des parents soit, parce que l'un des parents relève des dispositions de l'article 373 du Code Civil

β3. La tutelle aux biens de l'enfant

Le représentant des mineurs sera un tuteur (testamentaire, datif, légal, ou l'Etat) assisté d'un conseil de famille présidé par le juge des tutelles lorsque les parents qui

avaient qualité pour exercer l'autorité parentale sont décédés ou sont visés par les dispositions de l'article 373 du Code Civil .

bb. Les domaines d'intervention du juge des tutelles

α. La transaction

Une transaction peut se définir comme un acte juridique consistant en une renonciation à un droit, dans ce cas précis celui de poursuivre en justice la réparation du dommage .

Dans le cas de l'administration légale pure et simple ou de l'administration légale sous contrôle judiciaire, la signature de cette transaction nécessite l'autorisation du juge des tutelles .

Dans le cadre d'une tutelle aux biens de l'enfant, elle nécessite l'autorisation du Conseil de famille .

Le juge des tutelles doit alors examiner cette proposition d'indemnisation, comparer les indemnités proposées à des cas grossièrement similaires étudiés par les tribunaux, éventuellement se mettre en rapport avec l'assureur pour demander une éventuelle révision des offres, enfin autoriser cette transaction ou à l'inverse inviter le représentant du mineur à engager une procédure .

Dans le cadre de la loi Badinter, article 18, codifié actuellement sous la forme de l'article L.211-15 du Code des assurances, l'assureur doit soumettre au juge des tutelles ou au Conseil de famille tout projet de transaction concernant la victime mineure sous peine de nullité de l'acte .

β. L'action en justice

Selon qu'il s'agisse d'une administration légale pure et simple ou d'une administration légale sous contrôle judiciaire, lorsqu'il exerce une action en justice au nom de cet enfant mineur, le tuteur doit avoir l'autorisation du Conseil de famille, l'administrateur légal doit avoir celle de l'autre parent ou du juge des tutelles .

γ. La perception des capitaux

L'administrateur légal ou le tuteur peut théoriquement percevoir seul les capitaux correspondant à l'indemnisation de la victime mineure .

Dans le cadre de la loi Badinter, les règles de droit commun sont renforcées .

L'assureur doit aviser le juge des tutelles ou le Conseil de famille au moins quinze jours à l'avance de tout paiement effectué entre les mains du représentant légal de l'enfant sous peine de nullité de ce paiement .

δ. Le placement des capitaux du mineur

Le placement des capitaux liquides par le représentant légal nécessite :
 dans le cadre de l'administration légale pure et simple, l'accord des deux parents ou à défaut celui du juge des tutelles
 dans le cadre de l'administration légale sous contrôle judiciaire, l'accord systématique du juge des tutelles, dans le cadre de la tutelle l'accord du Conseil de famille .

Lorsque l'accord du juge des tutelles est sollicité, ce dernier doit examiner les garanties offertes par les placements des fonds attribués au mineur qui sont proposés par les représentants légaux, éventuellement susciter des consultations pour obtenir une mise en concurrence d'offre dans le but d'obtenir la sécurité voire l'amélioration du capital .

ε. L'intervention du juge des tutelles après l'atteinte de la majorité par l'enfant

L'intervention du juge des tutelles peut se poursuivre après la majorité avec mise en place d'une mesure de protection de type tutelle ou curatelle lorsque le mineur victime d'un accident voit ses facultés mentales ou corporelles altérées de façon trop importante .

5. Le cas particulier de la personne âgée

Le cas de la personne âgée victime d'un dommage corporel se particularise par l'importance de l'état antérieur du fait des antécédents chargés fréquents chez ces patients, et deuxièmement par la réduction fréquente de l'autonomie entraînée par cet accident.

L'organisation mondiale de la santé classe les personnes âgées en les nommant les gérontins de 60 à 74 ans, les vieillards de 75 à 89 ans et les grands vieillards à partir de 90 ans. Cette définition reste bien sûr arbitraire. Tout au plus peut-on souligner en ce sens qu'à partir de 70 ans, une place plus particulière est soumise à la personne accidentée puisque la loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation a créé une catégorie appelée par la doctrine, victime surprotégée pour les victimes âgées de moins de 16 ans et de plus de 70 ans.

Les problèmes posés par l'état antérieur ont déjà été décrits dans un chapitre ci-dessus.

Il convient simplement de considérer le vieillissement comme un état antérieur même s'il n'est pas à proprement parler un état antérieur pathologique. La décompensation de ce vieillissement pourra aboutir à un syndrome dépressif, un syndrome de glissement (syndrome abandonnique, la personne souhaitant être abandonnée avec un abandon de la vie, syndrome délirant, démence) .

Il s'agira donc de comparer l'état antérieur du patient avant l'accident avec son état actuel après consolidation de cet accident.

L'expertise visera à apprécier cette perte d'autonomie et décrira les conditions d'existence actuelles du sujet, son handicap pour les actes essentiels de la vie. On détaillera en particulier la vie quotidienne, familiale ou relationnelle. Outre l'expertise classique, il conviendra donc de se renseigner sur les conditions d'existence avant l'accident (lieu de vie en maison individuelle ou déjà en institutionnalisation) . Au cas où le sujet séjournait en logement individuel, nécessité d'une aide de vie, d'une aide médicalisée, telle qu'une infirmière ou d'une aide par la famille plus ou moins répétitive. A ce titre, on interrogera la famille, les proches, les éventuels responsables de l'établissement d'accueil. Il sera utile de bénéficier du concours du médecin traitant, de se faire communiquer le dossier médical antérieur à l'accident .

Du point de vue des examens complémentaires, on appréciera le niveau nutritionnel antérieur par l'hémogramme, le dosage des protéines plasmatiques. Le scanner

cérébral permettra de rechercher une atrophie des vallées sylviennes, des régions temporales et temporo-pariétales, une atrophie cortico - sous corticale.

L'expert se contente souvent d'exposer au régleur ou au juge l'autonomie physique et sociale du sujet âgé avant et après l'accident. Il décrira le handicap c'est à dire situera la perte ou la baisse d'autonomie, indiquera les conditions dans lesquelles séjournera le vieillard, soit à son domicile, soit dans un établissement plus ou moins médicalisé.

Cette perte d'autonomie peut déboucher sur une assistance (nécessité d'une tierce personne), une auxiliaire de vie, une aide ménagère, voire une institutionnalisation. On précisera en particulier le temps cumulé d'aide nécessaire à fournir par un tiers, la durée maximum pendant laquelle la personne peut être laissée seule sans surveillance durant la journée et le nombre d'interventions éventuelles durant la nuit qui sont nécessaires.

On pourra ainsi en déduire les modalités d'aide à fournir à la victime :

* aide à la personne de type aide ménagère, auxiliaire de vie, employé de maison, aide mécanique. Il pourrait être assigné une aide de substitution pour la toilette, la mise au fauteuil, l'aide à la marche et une aide de stimulation pour une durée bien précise, par exemple 2 heures par jour.

* aide au domicile : modification des accès et des systèmes de communication sous pression de marche avec mise en place d'un plan incliné, modification de l'agencement des pièces, des meubles, aide mécanique.

* aide à l'environnement : aide au déplacement, voiture automatique, parfois même ces aides seront insuffisantes et il conviendra alors d'envisager un placement en institution.

Là encore, on précisera le type d'établissement nécessaire plus ou moins médicalisé. L'indemnisation par rente de tels patients paraît plus logique bien que les magistrats restent souverains pour choisir ce type d'indemnisation. En effet, il se pose le problème de la durée de la survie de telles personnes, si l'on penche vers une indemnisation par un capital. A cet âge, la durée d'espérance de survie est difficile à fixer pour une moyenne d'une telle population. Cette rente viagère revalorisable peut correspondre par exemple aux frais que nécessite une hospitalisation dans un service de long séjour. Dans le cas d'une perte d'autonomie existant déjà avant l'accident, l'indemnisation pourrait être calculée par la différence entre le coût d'un séjour en milieu médicalisé (milieu en long séjour, milieu psychiatrique) et le coût d'un séjour en maison de retraite si par exemple la personne âgée vivait dans une maison de retraite avant son accident. Si la personne âgée avant l'accident vivait à son domicile et qu'après l'accident elle soit par exemple hospitalisée du fait d'une perte d'autonomie, une rente viagère pourrait être accordée équivalant à la prise en charge de l'hospitalisation mais avec déduction d'un forfait journalier qui correspondrait à ce qu'aurait coûté la vie quotidienne de cette personne âgée sans son accident.

Une autre possibilité pour tenir compte de l'état antérieur lorsque la personne âgée présente déjà une perte d'autonomie partielle avant l'accident est d'attribuer un pourcentage au montant de l'indemnisation, par exemple, si l'on considère que les lésions sont dues pour moitié à l'accident et pour moitié à l'état vasculaire et au grand âge de la personne.

La question difficile est en fait celle d'une personne âgée en état de présénilité placée en maison de retraite, partiellement désorientée, à la mémoire déficiente, et

qui se voit victime d'un accident. Cet accident se complique souvent alors d'une confusion totale, d'un état grabataire nécessitant alors une hospitalisation dans un service de long séjour. En effet, cette personne peut se voir proposer, soit un taux d'IPP minime correspondant aux séquelles d'une fracture consolidée si la seule séquelle organique de cette accident est effectivement une fracture dont l'évolution est favorable si on conclut que seul le déficit physiologique imputable de façon certaine à l'accident doit faire l'objet d'une indemnisation, soit bénéficier d'un taux d'IPP entre 95 et 100 % si on a conclu que la perte d'autonomie a été due à l'accident, soit bénéficier d'un taux d'IPP de 50 % lorsqu'on conclut que l'état actuel est consécutif à 50 % à un état antérieur évident et 50 % à un accident qui l'a brutalement décompensée.

Un autre problème à évoquer est la durée de l'indemnisation sous forme de rente quand tel est le cas chez ces personnes âgées victimes d'une perte d'autonomie, rente destinée à indemniser les nouvelles conditions de la victime (par exemple aide ménagère, garde malade ou séjour dans un établissement de long séjour). En effet certains peuvent arguer du fait que de toute façon tôt ou tard cette personne âgée aurait perdu l'autonomie même sans survenue d'un accident. Certains fixent une date butoir, par exemple 80 ans, âge à partir duquel l'autonomie serait atteinte. Les différentes aides octroyées peuvent se voir fixer une limite lorsqu'on considère, par exemple si la personne âgée était âgée de 75 ans, que le seuil moyen d'autonomie est fixé à 80 ans, la durée allouée de cette aide étant alors de 5 ans par exemple. Mais cet âge, même s'il est scientifiquement prouvé, ne constituerait qu'une moyenne et la question de l'indemnisation d'une personne âgée par exemple de 82 ans victime d'un accident se poserait alors avec acuité.

L'accident peut d'autre part entraîner une indisponibilité définitive au sein de la famille lorsque cette personne âgée occupait par exemple elle même une fonction familiale. En effet, elle pouvait par exemple assurer la direction d'une maison et de plusieurs personnes de la famille (le mari sénescent, fille handicapée mentale...). Avant l'accident, une telle personne âgée pouvait par exemple assurer les courses, la cuisine, le ménage dans le cadre de cette famille.

L'indisponibilité définitive de cette personne âgée est alors source d'un préjudice pour ses proches, susceptible d'être réparé par une indemnité compensatrice. Les proches de la personne âgée peuvent être victimes d'un préjudice moral devant le spectacle de cette personne accidentée et diminuée. Il paraît logique d'indemniser le préjudice des proches au titre du préjudice moral constitué par la spectacle de la déchéance d'un être cher dans la cadre d'une application du principe de la réparation intégrale du préjudice.

Ce préjudice moral pourra alors être indemnisé bien qu'il ne soit pas à être apprécié par le médecin expert (il est en général fixé directement par le magistrat ou le régleur) .

Le taux d'IPP est indépendant de la perte d'autonomie. En cas de perte totale d'autonomie certains experts considèrent néanmoins que le pourcentage d'incapacité permanente partielle (IPP) ne correspond à rien risquant de fausser l'évaluation du préjudice. Ils estiment que la perte de l'autonomie englobe le déficit physiologique d'ou l'inutilité de fixer un taux d'IPP.

Ceci doit conduire le juge ou le régleur à une approche réelle du dommage plutôt que stéréotypée et à évaluer ce dommage in concreto.

Il importe de souligner que le taux d'IPP peut être faible alors qu'il existe un handicap important au niveau de l'autonomie. Ce taux d'IPP verra son imputabilité facilement rapportée aux lésions initiales tandis que la perte d'autonomie se verra souvent imputer uniquement partiellement à l'accident .

Bien sûr si malgré l'accident la personne âgée ne perd pas son autonomie ou qu'elle est peu altérée seules seront alors indemnisées les blessures sous forme d'un taux d'IPP.

6. Le cas du décès de la victime

Le décès d'une victime entraîne pour ses ayant droits, c'est à dire le plus souvent le conjoint, les descendants ou ascendants mais également parfois aussi les frères, les sœurs, les belles-sœurs, les beaux frères et parfois même des parents éloignés, un préjudice économique du fait de la perte des avantages matériels dont ils estimaient bénéficier du vivant de la victime et un préjudice d'affection dit préjudice moral . Les proches ne peuvent pas être indemnisés si la victime n'a pas le droit elle-même à une indemnisation. Un exemple, celui d'un conducteur d'un véhicule conduisant en état d'ivresse et tué dans un accident. La justice a estimé que le comportement fautif du conducteur excluait son indemnisation et celle de sa veuve (arrêt de la Cour d'Appel d'Angers du 01.07.05 n°04/1800).

Transmission du préjudice patrimonial et extra-patrimonial

Pour les juridictions de l'ordre judiciaire, que la victime ait introduit une action de réparation de son préjudice de son vivant ou qu'elle se soit abstenue de son vivant, l'action en réparation des dommages subis du fait de ces blessures par la victime avant son décès, se transmet à ses héritiers ou à son légataire universel. En effet, les juridictions estiment que cette action en réparation est née dans son patrimoine. Cette attitude de la jurisprudence concerne aussi bien le préjudice patrimonial que les préjudices extra-patrimoniaux (Chambre mixte de la Cour de Cassation, 30 avril 1976, époux Wattelet C/ Le Petitcorps, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre mixte, N°3, p.2).

Pour les juridictions de l'ordre administratif, il en est de même pour le Conseil d'état, (arrêt du 29 mars 00) depuis une date plus récente . On assiste donc à une patrimonialisation de l'action en réparation du préjudice personnel puisque, même en l'absence d'action indemnitaire de la victime, les héritiers peuvent solliciter la réparation de ces préjudices extra-patrimoniaux, ce qui n'était pas le cas jusqu'à une date récente pour les juridictions de l'ordre administratif. Cette attitude maintenant commune des institutions de l'ordre judiciaire et de l'ordre administratif conduit à nier la spécificité des préjudices extra-patrimoniaux, ceux-ci par définition étant exclusivement attachés par la personne qui les subissait, seule cette dernière aurait dû pouvoir bénéficier d'une réparation pour ces préjudices extra-patrimoniaux. On aurait donc pu contester que les héritiers puissent percevoir une indemnisation financière pour compenser une souffrance qui a été subie uniquement par le défunt. On arrive donc ainsi à une attitude commune de la jurisprudence, initiée par la Cour de Cassation le 30 avril 1976 qui estime que " le droit à réparation du dommage résultant de la souffrance physique éprouvée par la victime avant son décès est né dans son patrimoine et se transmet à ses héritiers ".

Le décès de la victime qui peut être immédiat ou intervenir qu'au bout d'un délai plus ou moins long, offre la voie à deux actions :

l'action successorale ou héréditaire,

l'action propre, exercée à titre personnel, par les ayants droits de la victime ou des tiers, qui se considèrent victimes par ricochet.

a. L'action successorale ou héréditaire

Les héritiers ou les légataires universels engagent ou poursuivent l'action en réparation dont aurait disposé la victime si elle avait survécu à ses blessures. Les héritiers ou les légataires universels exercent alors l'action en réparation qu'aurait pu exercer de son vivant jusqu'à son décès la victime.

On considère que la victime en décédant a engendré une créance dans son patrimoine recueilli par sa succession.

Il s'agit donc d'une transmission de droit de créance aux héritiers ou aux légataires universels (article 724 du code civil).

Les héritiers ou les légataires universels doivent prouver leur qualité pour exercer l'action successorale ainsi que la réalité du dommage subi par le défunt .

Les héritiers ou les légataires universels lors de l'action successorale sont soumis aux règles de responsabilité qui gouvernent le droit à réparation de la victime décédée.

En effet, les héritiers ou les légataires universels subissent les effets d'un partage de responsabilité entre la victime et l'auteur du dommage.

Le dommage s'évalue au jour du décès de la victime. Les héritiers ou les légataires universels se partagent les dommages-intérêts en proportion de leurs parts successorales.

Les héritiers et légataires universels agissent au lieu et place de la victime afin d'obtenir réparation du préjudice résultant de l'atteinte à son intégrité physique jusqu'au jour de son décès. Ceci en fait concerne le décès non instantané.

En effet, en cas de décès instantané, immédiat, causé par l'accident, la jurisprudence refuse aux héritiers et aux légataires universels, l'indemnisation du préjudice subi par la victime elle même, puisqu'elle considère qu'elle n'a subi aucun préjudice dont la créance ait été transmise à sa succession (2ème Chambre Civile de la Cour de Cassation, 21 décembre 1965 : recueil Dalloz Sirey 1966, jurisprudence p. 181 note P. Esmein.)

En effet, la jurisprudence conteste alors la réalité et l'étendue du préjudice subi par la victime.

Les enjeux de l'action successorale : on distingue comme chez la victime qui n'est pas décédée, des postes de préjudice à caractère objectif et à caractère personnel.

aa Le préjudice économique ou matériel

Parmi les préjudices à caractère objectif, on tiendra compte des frais d'hospitalisation, des frais de santé réalisés en médecine ambulatoire. De même les pertes de revenu de la victime au titre de l'incapacité temporaire de travail seront calculées entre le jour de l'accident et le jour du décès.

En ce qui concerne l'incapacité permanente, partielle ou totale, on ne peut fixer aucune indemnité au titre de cette incapacité permanente si la victime décède avant la consolidation de ses blessures (2ème Chambre Civile de la Cour de Cassation, 22 novembre 1995, juris data N°1995-004 090).

Par contre, lorsque l'atteinte de l'intégrité physique de la victime se manifeste après consolidation par une incapacité permanente, l'indemnité réparant cette incapacité entre dans le patrimoine de la victime à repartir entre les héritiers.

Néanmoins le calcul de cette indemnité doit être pondéré par la date du décès de la victime. En effet, la Cour de cassation estime que le décès met fin aux différents préjudices de la victime (2ème Chambre civile de la Cour de cassation, 24.03.1953, 2ème Arrêt, Gazette du palais 1953, I , page 376) . On ne doit donc prendre en compte la réparation que de façon partielle pour la période pendant laquelle la victime a survécu.

En effet, la Jurisprudence estime que le décès de cette victime met fin à l'incapacité, empêchant le préjudice résultant de l'IPP de se réaliser et interdisant donc aux héritiers de la victime de solliciter une indemnité pour compenser ce préjudice, excepté bien sûr pour la période pendant laquelle la victime a présenté cette incapacité permanente, c'est à dire de la date de consolidation de son état au décès. Ce cas de figure concerne en général les blessés très graves de type handicapé lourd, coma dépassé ou tétraplégique (2ème Chambre civile de la Cour de cassation, 24.06.1998 : juris-data n° 1998-002868).

Ce principe reste valable si la victime décède pour une cause étrangère à l'accident. Afin de tenir compte de cette position de la jurisprudence, on peut calculer l'indemnisation de l'IPP suivant deux techniques.

La première consiste à convertir l'indemnisation de l'IPP en un capital versé sous forme de rente annuelle ou même mensuelle en divisant cette rente annuelle par 12. On multiplie ce capital par la durée de vie on aboutit ainsi à la formule :
capital de l'IPP / le prix du franc de rente x le temps écoulé entre la date de consolidation et le décès de la victime (2ème Chambre civile de la Cour de cassation, 18.12.1978, Gazette du palais 1979, I , page 241).

La deuxième technique consiste à diviser le capital de l'IPP par la durée de l'espérance de vie et de le multiplier par le durée réelle de vie entre la date de consolidation et la date du décès de la victime suivant donc une règle de 3 d'après la formule :

capital IPP / durée d'espérance de vie x durée de survie entre la date de consolidation et la date du décès.

Il convient de noter que le protocole d'accord de 1983 conclu entre les entreprises d'assurance et les organismes de protection sociale adopte cette deuxième technique pour le calcul de l'assiette au recours du prorata temporis de l'ITT sous la forme d'évaluation de l'IPP = valeur du point x le taux d'IPP x la période de survie entre la date de consolidation et la date du décès / l'espérance de vie.

bb L'évaluation des préjudices à caractère personnel

- L'indemnisation des souffrances endurées physiques ou morales

Il y a lieu comme lors de l'évaluation de l'indemnisation de l'IPP de tenir compte, dans le cas où le décès a abrégé les souffrances de la victime, de la durée de survie. Par contre le préjudice moral de la victime reste souvent confondu avec le pretium doloris classique car les souffrances endurées comprennent les souffrances à la fois physiques et morales.

- Le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique, le préjudice sexuel subissent également une réduction de l'indemnité au prorata temporis entre la date de l'accident et le jour du décès de la victime.

- Le préjudice spécifique de contamination par le virus VIH ou virus de l'hépatite C est considéré comme un préjudice de caractère personnel, non économique. Sa réparation se transmet par voie successorale en cas de décès de la victime (Cour d'appel de Paris, 1ère Chambre, 07.05.1993, Gazette du Palais 1993, II, sommaire, page 603).

- Cas particulier de la victime dans un état neuro-végétatif chronique au jour du décès

La Jurisprudence par le biais de la Cour de cassation estime que l'état neuro-végétatif chronique dans lequel se trouve la victime, malgré l'inconscience de la victime, n'empêche pas l'indemnisation des préjudices à caractère personnel de type pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, préjudice sexuel. En effet, elle juge que l'indemnisation d'un dommage n'est pas " fonction de la représentation que s'en fait la victime mais de sa constatation par les Juges et de son évaluation objective " (Chambre criminelle de la Cour de cassation, 03.04.1978, Semaine juridique, G , 1979, II , 19.168 note critique S. BROUSSEAU) .

b. L'action propre exercée à titre personnel par les ayants droits ou les tiers victimes. victimes par ricochet

Il s'agit de la réparation du préjudice matériel et moral causé directement par le décès et réclamé par les ayants droits de la victime ou les tiers en leur nom propre. Ces ayants droits ou ces tiers suscités sont encore appelés victimes par ricochet. Ce préjudice est qualifié de préjudice réfléchi car il trouve son origine dans la personne de la victime directe.

En effet on considère qu'il s'agit d'un préjudice réfléchi ou par répercussion car il trouve son origine dans le préjudice initial subi par la victime. Ce préjudice se voit réalisé par l'intermédiaire de la victime. Il s'agit d'un préjudice réfléchi, actuel, direct et certain. Ce dommage s'apprécie le jour de l'arrêt ou du jugement qui consacre la créance indemnitaire. A l'inverse des héritiers lors de l'action héréditaire, chaque victime par ricochet revendique un préjudice qui ne lui est propre et dont la réparation lui est acquise sans nécessité d'un partage quelconque avec les autres victimes par ricochet .

La notion d'ayants droits englobe un concept très large. En effet l'Article 1382 du Code civil et à moindre degré l'Article 1147 du Code civil (pour le dommage corporel conséquence de l'inexécution d'une obligation contractuelle) permet l'ouverture d'une action civile par toute personne qui a souffert d'un dommage actuel et certain, l'existence d'une créance alimentaire ou d'un droit acquis sur le patrimoine de la victime n'étant pas nécessaire (Chambre criminelle de la Cour de cassation, 02.05.1983 : Bulletin des Arrêts de la Cour de cassation, Chambre criminelle, n° 119) .

La notion d'ayants droits concerne donc toute personne qui justifie de l'existence d'un préjudice.

Le cercle le plus restreint et le plus proche de ces ayants droits comprend le conjoint, les enfants ainsi que les personnes au profit desquelles la Loi instaure une obligation d'aliments à la charge des enfants : père, mère, autres ascendants au titre de l'Article 205 du Code civil, les gendres et les belles filles au titre de l'Article 208 du Code civil. Ce premier cercle correspond aux liens de sang et d'alliance.

Un deuxième cercle plus lâche correspond aux liens de fait, économiques ou moraux rattachant l'ayant droit à la victime. Il s'agit de l'enfant naturel non reconnu, des concubins, aussi bien hétérosexuels qu'homosexuels, que les partenaires du PACS (Pacte Civil de Solidarité), les fiancés.

Un cas à part dans ce deuxième cercle est constitué par les couples séparés de fait ou de corps, en instance de divorce ou divorcés.

Un troisième groupe d'ayants droits aux liens encore plus distants est constitué par l'employeur, les créanciers de la victime. Néanmoins il leur convient de prouver qu'ils ont fait l'objet d'un préjudice actuel, certain, et direct.

aa. Le préjudice patrimonial

α. Les pertes subies

- Les frais d'obsèques et de sépulture

L'évaluation s'opère in concreto pour des frais engagés selon des normes habituelles.

- Les frais de transport

Pendant la maladie traumatique ou à l'occasion du décès de la victime directe, les proches ont pu engager des frais qui peuvent être lourds, notamment de voyages, transports, hôtels.

Les justificatifs des dépenses permettent leur évaluation in concreto.

β. Les gains manqués ou pertes de ressources

β1. La perte des revenus fournis par la victime

Il s'agit de la perte des revenus fournis par la victime et dont bénéficiait la personne considérée comme victime par ricochet . La famille inclut le conjoint, les enfants de la victime, mais aussi parfois le concubin ou la concubine si la liaison présentait manifestement un caractère considéré comme durable.

Si le conjoint survivant exerçait une profession, il convient bien sûr d'en tenir compte dans l'évaluation de l'indemnité.

Du point de vue nosologique, on distingue 3 groupes d'ayant-droit pouvant prétendre à une indemnisation pour la perte des revenus :

* Un premier groupe caractérisé par l'existence de liens de sang et d'alliance avec la victime (conjoint, enfants, ascendants bénéficiant d'une obligation légale d'aliments à la charge des enfants: père, mère, autres ascendants [article 205 du Code civil], gendres et belles filles [article 208 du Code civil]) .

* Un deuxième groupe caractérisé par l'existence de liens de fait avec la victime (enfant naturel non reconnu, concubins [couple homosexuel ou hétérosexuel, partenaires du PACS], fiancés, couples séparés de fait ou de corps, en instance de divorce ou divorcés) .

* Un troisième groupe caractérisé par les autres tiers pouvant prétendre à un préjudice du fait du décès de la victime (employeur, créancier, cessionnaire) .

En fait, trois cas de figures en général concernent la majorité des cas :

- le cas du père de famille dont les revenus constituent la seule source économique du foyer conjugal . Le préjudice économique est ici évident, puisque l'unique source de revenus de la famille disparaît .
- le cas du décès d'un des membres d'un couple lequel exerçait une activité rémunérée . Ce décès va bien sûr perturber les conditions matérielles du conjoint survivant avec souvent une diminution des ressources communes.
- le troisième cas est celui de la mère de famille qui n'exerce pas d'activité rémunérée s'occupant donc exclusivement de son foyer, de ses enfants, qui décède. Il en résulte alors un préjudice patrimonial pour l'époux puisque celui-ci doit alors souvent avoir recours à une aide ménagère salariée ou une gouvernante pour de très jeunes enfants.

Le calcul du préjudice patrimonial de l'ayant droit se fait à partir de trois paramètres fondamentaux :

* les ressources du foyer familial avant et après le décès de la victime (si les ressources après le décès de la victime n'ont pas diminué, il n'y a bien sûr pas de préjudice financier),

*la part d'auto-consommation de la victime : il s'agit des besoins personnels de la victime décédée qui varient bien sûr en fonction de la composition du foyer, de l'importance des revenus et du niveau de vie. La part d'auto-consommation varie entre 15 et 45 %.

* les frais fixes incompressibles du foyer. Il se définissent par les charges communes (loyer, consommation d'eau, d'électricité, de gaz, de chauffage, impôts locaux...) qui ne peuvent être réparties entre les époux et qui donc subsistent intégralement après la disparition de l'un des conjoints. Ces frais incompressibles varient en fonction du train de vie du ménage et varient entre 15 et 35 %. Cette proportion est bien sûr plus importante lorsque les revenus du couple sont faibles . Le calcul du préjudice subi se fait en fonction du revenu annuel de la victime ainsi que de l'évolution normale de sa carrière. Pour la détermination des revenus de référence de la victime décédée, la jurisprudence retient le salaire perçu par la victime, charges sociales pré-comptées (donc le salaire net) mais sans en déduire le montant des impôts sur les revenus (revenus bruts).

En effet, la jurisprudence considère que la victime par ricochet devra payer des impôts sur les revenus du capital ou sur l'indemnisation sous forme de rentes.

Le revenu annuel de la victime se voit déduit de la part nécessaire à l'entretien de la victime. Le conjoint survivant, les enfants de la victime ont alors droit à la capitalisation du revenu restant.

La Jurisprudence opte en général pour une indemnisation en capital. Le juge de fond reste néanmoins souverain, sous réserve de motiver sa décision, d'indemniser sous forme d'une rente ou d'une conversion en capital pour l'intérêt de la victime.

Jusqu'à un passé récent, la Jurisprudence considérait que le préjudice patrimonial, c'est à dire la perte de ressources annuelles subie par le conjoint survivant devait être convertie sous forme d'une rente viagère et non temporaire. A ce titre on considérait que le dommage patrimonial était relié à l'espérance de vie de la victime et non à la durée estimée de travail marquée par l'âge de la retraite.

Actuellement la Jurisprudence tente de plus en plus à lui substituer une indemnisation sous forme d'une rente temporaire qui, cette fois-ci, se calcule non plus en fonction de l'espérance de vie de la victime lors de l'accident mais en fonction

d'années au cours desquelles le conjoint subit une perte de ressources (Chambre criminelle de la Cour de cassation, 09.02.1982 : Argus 1982, page 1247, Y. LAMBERT-FAIVRE, le droit du dommage corporel : DALLOZ 2000, page 183, n°198).

La conception initiale de la Jurisprudence en faveur d'une indemnisation sous forme d'une rente viagère à capitaliser en conséquence reste néanmoins plus facilement acceptée dans le cadre des travailleurs non salariés.

L'indemnisation d'un enfant peut également se poursuivre au delà de sa majorité légale (18 ans) s'il est infirme ou dans une situation précaire de type chômage.

La table réglementaire fixant la conversion de la rente temporaire en capital établie par le Décret n° 86-973 du 08.08.1986 ne prévoit que des rentes temporaires servies jusqu'à l'âge de 18 ans pour les enfants de la victime.

Pour les rentes accordées au delà de cet âge, en particulier en cas d'études, on peut extrapoler par un calcul actuariel ou encore revenir aux anciennes tables de capitalisation à 5.75 %, dite table de mortalité 60 / 64 MKH INSSEE citée dans l'annexe IV dans Y. CHARTIER, la réparation du préjudice : éditions DALLOZ, 1983), le barème de capitalisation tarif CR 4.75 % de la Caisse nationale d'assurance sur la vie, le tarif 5 % de la table TV 7377 de la Compagnie nationale de prévoyance : assurances) .

Enfin, il convient de souligner qu'une victime à la retraite qui décède, se livrait néanmoins à des activités matérielles de type travaux d'entretien ou de jardinage et qu'à ce titre se veuve pouvait se prétendre victime d'une certaine indemnisation pour préjudice économique (Chambre criminelle de la Cour de cassation, 22.08.1995 : La Semaine juridique, Edition générale, Tableaux de jurisprudence partie IV, note n° 2592 p 323) .

β1.1. Cas du premier groupe caractérisé par l'existence de liens de sang et d'alliance avec la victime

- Cas du décès de l'époux

* Première méthode de calcul : pour le calcul du capital, l'âge du défunt au moment du décès est pris en compte.

Il est alloué au conjoint survivant et aux enfants, un certain pourcentage du revenu net de la victime. Le revenu annuel moyen imposable de la victime est calculé en déduisant des revenus de cette victime, les sommes nécessaires pour couvrir les besoins propres de la victime . Parce que la famille comprend 1 ou plusieurs enfants, la répartition de la part des revenus professionnels du chef de famille à chacune des victimes par ricochet est différente et s'inspire souvent de la répartition fixée en droit social par les articles R-434.11 et suivants du code de Sécurité Sociale. Le total cumulé de toutes les parts ne peut dépasser 85 % des revenus du mari (chiffre adopté par l'article 434-17 du code de Sécurité Sociale) car 15 % au moins est supposé correspondre à la consommation personnelle de la victime initiale décédée . Les revenus consacrés par la victime à son foyer et à ses ayants droits ne dépassent pas le taux de 85 %, la Jurisprudence s'inspirant en cela du taux retenu par la sécurité sociale pour les rentes servies par un accident du travail (Article L.434-14, deuxième alinéa et R.434-17 du Code de la sécurité sociale) .

La veuve du mari décédé bénéficie de sa part de consommation sur le revenu net disponible, à laquelle s'ajoutent les dépenses communes incompressibles du ménage, constituées par les frais fixes .

La part du conjoint peut ainsi être réduite jusqu'à 40 % et celle de l'ensemble des enfants jusqu'à 45 %. Il est alloué en général à la veuve, une indemnité basée sur 40 à 50 % des revenus nets du mari .

Le préjudice économique des enfants mineurs est considéré comme terminé lorsque l'enfant termine ses études et entre dans la vie active. L'indemnisation est donc calculée jusqu'à 18 ans, âge de la majorité, éventuellement davantage, si de longues études sont programmées. Lorsque le couple est sans enfant à charge, la part affectée par jurisprudence au conjoint survivant sans activité professionnelle est de l'ordre à 60 à 65 % des revenus antérieurs. Cette part est variable est peut aller jusqu'à 75 % si les charges fixes du couple étaient particulièrement élevées .

Si la victime ne laisse qu'un ou deux enfants à charge, l'indemnité est calculée pour chaque enfant sur la base de 15 % des revenus nets du père.

Si la victime laisse plus de deux enfants à charge, la part des revenus consacrée aux enfants est évaluée entre 35 et 40 %, pourcentage qu'il aura lieu de diviser entre eux.

En effet, on considère que l'ensemble des rentes allouées à la veuve et aux enfants ne peut dépasser un certain pourcentage que l'ont peut évaluer au maximum à 85 % dans les cas les plus favorables.

Ce pourcentage est d'autant plus important que la victime décédée, laisse plus d'enfants à charge et un conjoint sans profession.

Les tableaux ci-dessous donnent une idée indicative de la part des revenus de la victime affectée au conjoint (ou sa concubine) et aux enfants .

Pourcentage des revenus de la victime affectée à la famille		
Nombre de personnes sans compter le défunt formant la famille	Pourcentage des revenus de la victime affecté à la famille	
	Le conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle	Le conjoint exerce une activité professionnelle
1	50 %	25 %
2	60 %	35 %
3	66 %	41 %
4	70 %	45 %
5	80 %	55 %
6 et plus	80 %	55 %

Tiré de l'annexe 8 du règlement d'application pratique du 1- 6 – 1983 du protocole d'accord entre les organismes de protection sociale et les entreprises d'assurances du 24 - 5 - 1983

Répartition en pourcentage des revenus de la victime entre le conjoint et les enfants de la victime				
Nombre de personnes sans compter le défunt formant la famille	Cas où le conjoint est vivant			Cas où le conjoint est décédé : les enfants sont orphelins
	Part affectée au conjoint lorsqu'il n'exerce pas d'activité professionnelle	Part affectée au conjoint lorsqu'il exerce une activité professionnelle	Part affectée à chaque enfant	Part affectée à chaque enfant
1	50 %	25 %		50
2	40 %	15 %	20 %	30
3	40 %	15 %	13 %	22
4	40 %	15 %	10 %	17,5
5	40 %	15 %	10 %	16
6 et plus	40 %	15 %	(40 / nombre d'enfants) en %	(80 / nombre d'enfants) en %

Tiré de l'annexe 8 du règlement d'application pratique du 1- 6 – 1983 du protocole d'accord entre les organismes de protection sociale et les entreprises d'assurances du 24 - 5 - 1983

La capitalisation est le mode d'indemnisation le plus fréquent :

Les victimes par ricochet sont le plus souvent indemnisées sous forme d'un capital.

La capitalisation de l'indemnisation du préjudice économique est calculée par référence à un barème de capitalisation des rentes viagères ou temporaires (barème de capitalisation du décret du 8 août 1986) .

L'âge de la victime direct est pris en référence.

La part revenant alors à chaque membre de la famille est égale au revenu annuel net que multiplie le pourcentage donné par le tableau ci dessus et que multiplie encore le prix du franc de rente temporaire suivant le barème de capitalisation de rentes viagères . Dans le cas d'une indemnité payée en capital, la somme sera capitalisée suivant le calcul suivant :

pour le conjoint : d'après le barème de capitalisation 6,5 % qui tient compte de l'âge de la victime ou du conjoint s'il est plus âgé et de la durée de l'activité professionnelle.(barème annexé au décret N° 86-973 du 8 août 1986 fixant les modalités de conversion de capital d'une rente consécutive à un accident paru au Journal officiel du 22 août 1986).

A titre documentaire, voici ci-dessous le
Barème de capitalisation de rentes annexé au décret n° 86-973 du 8 août 1986 paru au Journal Officiel du 22 août 1986 fixant les modalités de conversion d'une rente consécutive à un accident

Sexe masculin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
0	14,575	14,492	14,425	14,322			10,121	
1	14,909	14,819	14,745	14,633			10,047	
2	14,914	14,818	14,739	14,620			9,724	
3	14,902	14,799	14,715	14,588			9,368	
4	14,883	14,773	14,684	15,548			8,985	
5	14,860	14,743	14,648	14,503			8,575	
6	14,835	14,710	14,609	14,454			8,137	
7	14,806	14,674	14,566	14,401			7,670	
8	14,776	14,634	14,519	14,344			7,173	
9	14,743	14,592	14,470	14,283			6,642	
10	14,708	14,547	14,417	14,218			6,077	
11	14,670	14,499	14,360	14,148			5,474	
12	14,630	14,447	14,299	14,073			4,832	
13	14,587	14,392	14,235	13,994			4,149	
14	14,542	14,335	14,167	13,910			3,420	
15	14,495	14,275	14,095	13,822			2,644	
16	14,448	14,213	14,022	13,730			1,818	
17	14,400	14,149	13,945	13,635			0,938	
18	14,351	14,084	13,867	13,536			000	
19	14,301	14,017	13,785	13,432				
20	14,250	13,947	13,700	13,324				
21	14,197	13,873	13,610	13,209				
22	14,141	13,796	13,515	13,088				
23	14,083	13,715	13,415	12,959				
24	14,021	13,628	13,309	12,822				
25	13,956	13,537	13,196	12,677				
26	13,887	13,440	13,077	12,523				
27	13,814	13,337	12,950	12,359				
28	13,736	13,228	12,814	12,184				
29	13,654	13,111	12,670	11,998				
30	13,567	12,988	12,517	11,800				
31	13,475	12,857	12,355	11,590				
32	13,379	12,720	12,184	11,368				
33	13,279	12,575	12,004	11,132				
34	13,174	12,423	11,813	10,883				
35	13,065	12,263	11,612	10,618				
36	12,951	12,095	11,399	10,338				
37	12,832	11,918	11,175	10,042				
38	12,708	11,731	10,938	9,728				
39	12,500	11,536	10,688	9,394				
40	12,446	11,330	10,423	9,041				
41	12,307	11,114	10,144	8,667				
42	12,162	10,886	9,850	8,269				
43	12,013	10,647	9,538	7,847				
44	11,857	10,396	9,209	7,399				
45	11,697	10,132	8,861	6,923				
46	11,531	9,855	8,493	6,417				
47	11,539	9,563	8,103	5,878				
48	11,182	9,255	7,690	5,303				
49	11,000	8,932	7,252	4,691				
50	10,812	8,591	6,787	4,037				

Barème de capitalisation de rentes (suite)

Sexe masculin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
51	10,618	8,232	6,294	3,339				
52	10,420	7,854	5,769	2,591				
53	10,216	7,454	5,210	1,789				
54	10,007	7,031	4,613	0,927				
55	9,793	6,583	3,975	000				
56	9,575	6,109	3,293					
57	9,352	5,604	2,560					
58	9,125	5,068	1,772					
59	8,893	4,495	0,921					
60	8,658	3,881	000					
61	8,420	3,223						
62	8,179	2,513						
63	7,935	1,745						
64	7,688	0,911						
65	7,440	000						
66	7,190							
67	6,939							
68	6,687							
69	6,436							
70	6,184							
71	5,934							
72	5,685							
73	5,438							
74	5,193							
75	4,950							
76	4,712							
77	4,476							
78	4,245							
79	4,019							
80	3,798							
81	3,582							
82	3,371							
83	3,167							
84	2,969							
85	2,778							
86	2,593							
87	2,415							
88	2,244							
89	2,081							
90	1,924							
91	1,775							
92	1,633							
93	1,490							
94	1,371							
95	1,250							
96	1,136							
97	1,029							
98	0,929							
99	0,835							
100	0,746							

Barème de capitalisation de rentes

Sexe féminin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
0	14,806	14,685	14,606	14,490			10,193	
1	15,065	14,935	14,848	14,723			10,060	
2	15,077	14,938	14,845	14,712			9,736	
3	15,072	14,923	14,825	14,683			9,378	
4	15,061	14,903	14,798	14,647			8,994	
5	15,048	14,880	14,768	14,606			8,583	
6	15,033	14,853	14,734	14,562			8,145	
7	15,016	14,824	14,697	14,514			7,677	
8	14,997	14,793	14,658	14,462			7,179	
9	14,976	14,759	14,615	14,407			6,648	
10	14,953	14,722	14,569	14,347			6,082	
11	14,929	14,683	14,519	14,283			5,478	
12	14,904	14,641	14,467	14,215			4,836	
13	14,876	14,597	14,411	14,143			4,152	
14	14,848	14,550	14,352	14,067			3,423	
15	14,818	14,500	14,290	13,986			2,646	
16	14,787	14,449	14,224	13,900			1,819	
17	14,755	14,394	14,155	13,810			0,939	
18	14,721	14,337	14,083	13,715			000	
19	14,686	14,277	14,006	13,614				
20	14,650	14,214	13,925	13,508				
21	14,612	14,148	13,840	13,394				
22	14,572	14,077	13,749	13,274				
23	14,529	14,002	13,652	13,146				
24	14,485	13,923	13,550	13,011				
25	14,438	13,839	13,441	12,867				
26	14,388	13,750	13,326	12,714				
27	14,336	13,655	13,204	12,551				
28	14,281	13,556	13,074	12,379				
29	14,223	13,450	12,937	12,196				
30	14,163	13,338	12,791	12,001				
31	14,099	13,220	12,637	11,794				
32	14,032	13,094	12,473	11,575				
33	13,961	12,961	12,299	11,341				
34	13,886	12,820	12,113	11,092				
35	13,807	12,671	11,917	10,828				
36	13,724	12,512	11,709	10,547				
37	13,636	12,344	11,487	10,249				
38	13,544	12,166	11,252	9,931				
39	13,448	11,978	11,003	9,594				
40	13,346	11,778	10,738	9,235				
41	13,240	11,567	10,457	8,853				
42	13,128	11,343	10,158	8,447				
43	13,011	11,105	9,841	8,015				
44	12,888	10,854	9,505	7,555				
45	12,760	10,588	9,148	7,066				
46	12,625	10,306	8,768	6,546				
47	12,485	10,008	8,365	5,991				
48	12,339	9,692	8,937	5,401				
49	12,186	9,358	7,482	4,772				
50	12,026	9,003	6,998	4,101				

Barème de capitalisation de rentes (suite)

Sexe féminin

Age	Prix d'un franc de rente viagère	Prix d'un franc de rente temporaire limitée à :						
		65 ans	60 ans	55 ans	25 ans	20 ans	18 ans	16 ans
51	11,861	8,628	6,483	3,385				
52	11,688	8,230	5,936	2,622				
53	11,509	7,808	5,353	1,806				
54	11,323	7,360	4,731	0,933				
55	11,130	6,885	4,069	000				
56	10,931	6,380	3,361					
57	10,725	5,844	2,605					
58	10,512	5,272	1,797					
59	10,293	4,664	0,930					
60	10,067	4,015	000					
61	9,835	3,321						
62	9,597	2,578						
63	9,352	1,781						
64	9,103	0,924						
65	8,848	000						
66	8,588							
67	8,324							
68	8,056							
69	7,784							
70	7,509							
71	7,232							
72	6,953							
73	6,672							
74	6,391							
75	6,110							
76	5,830							
77	5,551							
78	5,275							
79	5,001							
80	4,731							
81	4,466							
82	4,205							
83	3,950							
84	3,701							
85	3,459							
86	3,224							
87	2,997							
88	2,778							
89	2,567							
90	2,365							
91	2,172							
92	1,989							
93	1,814							
94	1,649							
95	1,494							
96	1,347							
97	1,210							
98	1,081							
99	0,961							
100	0,847							

Pour les enfants, d'après un barème indiquant la valeur du franc de rente temporaire limitée à un certain nombre d'années.

(barème annexé au décret 86-973 du 8 août 1986).

En général, on limite à 18 ou 21 ans, le service de la rente allouée à l'enfant .

Exemple : le préjudice économique annuel de l'épouse survivante était de 100 000 F/an et l'âge du mari au jour de l'accident était de 40 ans. Valeur du franc de rente

suivant le barème de capitalisation du décret du 8 août 1986 : 12,446.
L'indemnisation du conjoint survivant donc égale $100\ 000\ \text{F} \times 12,446\ \text{F}$.

Exemple : la victime décédée est un homme de 50 ans qui percevait un revenu annuel net de 200 000 francs après déduction des impôts payés. Son épouse de 50 ans a deux enfants : une fille de 15 ans et un garçon de 10 ans.
Le préjudice de l'épouse qui exerçait elle-même une activité professionnelle : la part des revenus affectée à l'épouse qui travaille est de 15 % et 10,812 F est le prix du franc des rentes viagères pour un homme de 50 ans, c'est-à-dire s'élève à $200\ 000\ \text{F} \times 15\ \% \times 10,812\ \text{F}$.

Si l'épouse n'exerce aucune activité, son préjudice s'établit à $200\ 000\ \text{F} \times 40\ \% \times 10,812\ \text{F}$.

Le préjudice de la fille âgée de 15 ans. La part des revenus affectée à chaque enfant est de 13 %, on admet habituellement que les enfants soient à la charge de leur parent jusqu'à un âge environ 20 ans (la rente est donc temporaire).

A 15 ans, le prix du franc de rente temporaire pour une fille est de 2,646. Le préjudice s'établit à $200\ 000 \times 13\ \% \times 2,646\ \text{F}$.

Le préjudice du garçon âgé de 10 ans : le prix du franc de rente temporaire est de 6,077 pour une personne du sexe masculin, le préjudice est donc de $200\ 000 \times 13\ \% \times 6,077\ \text{F}$.

En ce qui concerne le père et la mère d'un enfant tué lors d'un accident, ils n'ont droit à un préjudice matériel que s'ils restaient à charge de la victime.

Exemple : on considérera qu'il s'agit d'un mari de 40 ans qui gagnait 10 000 F par mois, soit 120 000 F/an et qui laisse une veuve de 30 ans et deux filles de 10 et 12 ans à qui on accorde une rente jusqu'à l'âge de 18 ans.

Le capital attribué à la veuve pour son entretien et celui de ses enfants sera calculé comme suit :

Pour la veuve : $120 \times 50 : 100 \times 12,446$.

Pour l'enfant âgé de 10 ans : $120 \times 15 : 100 \times 6,082$.

Pour l'enfant âgé de 12 ans : $120 \times 15 : 100 \times 4,836$

Exemple de préjudice économique d'un conjoint survivant :

Revenu professionnel du mari décédé : 300 000 F.

Revenu professionnel de l'épouse survivante : 200 000 F.

Revenus globaux du ménage, c'est à dire du mari et de son épouse : 500 000 F/an.

Part de l'épouse survivante : 60 % soit 300 000 F/an.

Revenu maintenu de l'épouse survivante : 200 000 F/an

Préjudice annuel de l'épouse survivante : 100 000 F/an.

Exemple : nous prendrons l'exemple d'un père décédé à l'âge de 40 ans avec 3 enfants à charge, un garçon de 15 ans, une fille de 10 ans et un garçon de 5 ans. Le salaire annuel est de 300 000 F. L'épouse n'exerce pas de profession.

La répartition des revenus est calculée sur une base de 40 % pour l'épouse survivante et 15 % pour chacun des 3 enfants jusqu'à 18 ans.

L'indemnité de l'épouse survivante : $300\ 000\ \text{F} \times 40\ \% \times 12,46$.

Indemnité de l'enfant masculin de 15 ans : $300\ 000\ \text{F} \times 15\ \% \times 2,644$.

Indemnité de la fille de 10 ans avec une rente temporaire limitée à 18 ans : 300 000 F X 15 : 100 X 6,082 F.

Indemnité du garçon de 5 ans avec une rente temporaire limitée à l'âge de 18 ans : 300 000 F X 15 : 100 X 8, 575 F

Le protocole d'accord Bergeras de 1983 organismes sociaux / entreprises d'assurances, annexe 8, s'inspire de cette première méthode probablement plus par simplicité que par esprit de promotion.

Le reproche fait à cette méthode est qu'on tient compte du fait que le conjoint survivant exerce une activité rémunérée par une diminution de la quote part des revenus annuels de la victime qui lui est affectée. Mais cette diminution reste fixe sous forme d'un pourcentage si bien qu'elle peut être excessive.

Le reproche à cette première méthode est donc que lorsque le conjoint survivant bénéficie d'un revenu nettement supérieur à celui du conjoint décédé, l'existence d'un préjudice peut-être mis en doute. En effet, la victime décédée, certes, n'apporte plus au foyer le fruit de ses revenus professionnels mais ce conjoint décédé ne peut plus aussi se servir sur le revenu du conjoint qui est survivant.

Néanmoins cette première méthode à la mérite de la simplicité.

Une méthode intermédiaire consiste alors à déduire de la quote part du salaire annuel du conjoint décédé le salaire annuel du conjoint survivant. Le résultat de cette soustraction de la quote part servira alors à indemniser globalement les ayants droits c'est à dire la veuve et les enfants .

* Une deuxième méthode d'évaluation de la perte du préjudice patrimonial qui se veut plus précise se base sur le calcul des revenus initiaux de chaque membre du couple, la quote part de consommation de chacun des membres de ce couple, les frais fixes du ménage avant le décès et les revenus persistant au bénéfice des ayants droits après le décès de la victime.

Ainsi le conjoint survivant bénéficiera des revenus annuels avant le décès de la victime fournis par le couple multiplié par un taux de pondération correspondant à la part de consommation de ce conjoint et à la part des frais fixes. On déduira de cette indemnisation les revenus du conjoint.

On déduira également du préjudice annuel du conjoint non seulement le salaire du conjoint survivant mais également ses pensions de réversion.

Nous rappelons en effet que la pension normale de réversion est celle perçue par le conjoint survivant lors du décès de la victime alors que cette victime maintenant morte percevait une pension de retraite de son vivant.

Cette pension de réversion est en effet considérée comme une ressource pour le conjoint survivant dont on doit tenir compte dans le calcul de son dommage patrimonial.

Elle est ainsi considérée comme un revenu au profit du conjoint survivant qui réduit d'autant la dette à la charge de la personne tenue à réparation ou de son assureur. Elle conduit même parfois à sa disparition.

Pour les enfants, on multipliera les revenus globaux du couple par la quote part de consommation de chacun de ces enfants.

Exemple d'une famille où le mari salarié est décédé, laissant une veuve et deux enfants.

Le calcul des revenus annuels avant le décès de la victime :

salaire annuel de la victime décédée : 20.000 euros

Salaire annuel de l'épouse : 8.000 euros

On aboutit ainsi à des revenus globaux de la famille de 28.000 euros par an.

Calcul de la part de consommation de chacun des membres de la famille dans ces revenus en tenant compte des frais fixes du ménage.

Part de consommation des époux : 20 % chacun soit 5.600 euros

Les frais fixes du ménage sont estimés à 20 % soit 5.600 euros

La part de consommation des deux enfants est fixée à 10 % soit 5 % chacun soit une part de consommation globale pour deux enfants en tout de 2.800 euros

Calcul du préjudice annuel après le décès de la victime :

pour la veuve ce préjudice de revenu du ménage est de (28.000 euros X 20 % part de consommation de l'épouse + 20 % frais fixes du ménage) soit 28.000 euros X 40 % soit 11.200 euros . On déduira de cette somme de 11.200 euros le salaire annuel de l'épouse qui est de 8.000 euros, la différence calculée est donc de 3.200 euros à indemniser sous forme d'une rente ou d'un capital.

Préjudice annuel des enfants : il est estimé pour chacun des deux enfants à 28.000 euros X 5 % soit 1.400 euros chacun versés sous forme d'une rente temporaire jusqu'à la majorité ou plus en cas d'études longues.

Une autre méthode de calcul pour cette deuxième méthode est de calculer le revenu annuel disponible de la famille avant décès après déduction de la part d'autoconsommation du mari décédé. Ce revenu annuel disponible est de 28.000 euros X 70 % soit 19.600 euros, le préjudice patrimonial des ayants droits s'élève donc à 19.600 euros - le salaire de l'épouse qui était de 8.000 euros = 11.600 euros . Une quote part de 75 % de cette somme de 11.600 euros est alors allouée tandis qu'une quote part de 25 % est versée pour les deux enfants jusqu'à leur majorité ou plus en cas d'étude.

Cette deuxième méthode qui tient compte d'une façon plus adéquate des ressources du conjoint survivant, au vu de la jurisprudence semble se généraliser.

L'inconvénient pour le conjoint survivant de ce calcul est parfois qu'il n'existe pas de préjudice matériel indemnisable pour le conjoint survivant lorsque celui-ci présente des revenus importants ou lorsqu'il cumule son revenu annuel avec pension de réversion dans les suites de la disparition du conjoint. En effet alors les revenus du conjoint excèdent alors ceux dont il disposait avant l'accident .

En ce qui concerne les travailleurs non salariés, professions libérales la méthodologie reste identique mais avec dans le calcul des frais professionnels souvent supérieurs à ceux des professions salariées.

Lorsque l'exercice libéral se fait sous la forme d'une société (société civile de moyens, société civile professionnelle ou société d'exercice libéral), on tiendra compte du profit réalisé par le conjoint survivant à la revente des parts sociales ou de la conservation de la valeur résiduelle.

Dans le cadre d'une profession artisanale, commerciale ou agricole, le raisonnement se trouve confronté à 3 hypothèses :

* Dans la première hypothèse, le conjoint survivant ne participe pas financièrement à l'exploitation ou est contraint de céder le fond de commerce.

On suit alors la méthode habituelle de l'évaluation du préjudice en calculant les revenus annuels puis ensuite en soustrayant la part d'auto-consommation.

* La deuxième hypothèse évoque le fait que le conjoint survivant poursuive l'exploitation du commerce. Dans ce cas, il n'existe pas de véritable préjudice économique indemnisable mais des dommages et intérêts du fait de l'aggravation

des charges de famille et " des troubles dans les conditions d'existence " (Cour d'Appel de PARIS, 20ème Chambre, 22 janvier 1981, R. Barrot dans le Dommage corporel et sa compensation, Editions Litec, 1988, N°187 p. 548) .

* La troisième hypothèse réside dans le fait que l'exploitation du fonds de commerce se poursuit avec l'aide d'un employé ou d'un cadre salarié.

L'indemnisation du préjudice est alors formée par les dépenses annuelles consécutives à ce remplacement, charges patronales comprises capitalisées après soustraction de la part d'autoconsommation de la victime défunte.

- Cas de l'épouse, femme et mère au foyer

On peut considérer que l'époux subit un préjudice patrimonial dans les suites de la disparition de son épouse.

En effet, cette dernière réalise des prestations en nature sous forme de travaux domestiques et d'éducation des enfants. Ces prestations présentent une contrevaletur économique pouvant correspondre soit aux prestations d'une aide ménagère, soit à celles d'une gouvernante pour le cas d'enfants en bas âge avec une rémunération pour cette aide ménagère ou cette gouvernante égale au SMIC. Ce préjudice patrimonial peut être déterminé en soustrayant de cette rémunération potentielle, la consommation personnelle de la victime épouse.

La jurisprudence, même si elle n'émet pas un avis unanime à ce sujet, s'oriente néanmoins vers un statut de la femme au foyer avec une indemnisation du préjudice matériel du conjoint survivant (Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, 27 janvier 1993, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre Criminelle, N°44) .

- Cas de l'époux avec l'épouse décédée qui présentait une activité rémunérée

La jurisprudence reste divisée car, dans certains cas, les juges estiment, lorsque le mari exerce lui même une profession avec des revenus supérieurs à ceux de son épouse, qu'il ne subit pas de préjudice matériel (2ème Chambre Civile de la Cour de Cassation, 5 novembre 1998, Semaine juridique, G, 1998, IV, 3452).

Mais néanmoins, la jurisprudence reconnaît parfois qu'à défaut d'un préjudice économique inexistant, l'époux d'un couple où la femme salariée est décédée (sans enfant à charge), subit un préjudice distinct qualifié de " préjudice ménager " (Cour d'Appel d'Angers, Chambre Correctionnelle, 14 novembre 1996) car les juges estiment que l'époux " doit faire face seul à toutes les charges du ménage ".

- Cas de l'épouse avec statut de conjoint collaborateur bénévole

Ce statut de conjoint collaborateur, non rémunéré concerne les entreprises artisanales, commerciales, libérales ou agricoles.

Théoriquement ce statut doit faire l'objet d'une inscription au répertoire des métiers ou au registre du commerce.

Du point de vue juridique, ce statut se rapproche de celui de l'épouse exerçant une activité rémunérée.

- Cas du couple où l'un des conjoints ou même les deux sont retraités

Le calcul du préjudice patrimonial c'est à dire du préjudice économique du conjoint survivant suit celui d'un couple de conjoints en activité professionnelle, sauf à l'exception du fait bien sûr que les salaires ou les revenus sont remplacés par les pensions de retraite de chaque conjoint. En cas du décès du mari par exemple, le préjudice économique éprouvé par la conjointe, est constitué par la différence entre le revenu global qui aurait été celui du ménage, lorsque le mari était vivant, retranché du montant des dépenses que celui-ci effectuait pour sa consommation personnelle et du montant des pensions de reversion que percevra sa veuve après l'accident. Le raisonnement inverse est bien sûr possible en cas de décès accidentel de l'épouse. La seule particularité réside dans le fait qu'on y rajoutera la contre-valeur monétaire des différents travaux d'entretien, de logement ou de jardinage auxquels se livrait le conjoint décédé et dont est privé le conjoint survivant.

En moyenne, lorsqu'il n'y a plus d'enfant à charge, on répartit les ressources du foyer conjugal entre 40 % pour chaque conjoint et 20 % pour les frais fixes incompressibles.

Le préjudice annuel du conjoint survivant s'élève donc à peu près à 60 % dont on retranchera la propre retraite du conjoint survivant et éventuellement sa pension de reversion.

Cette estimation reste bien sûr moyenne et dépend en fait du niveau de vie du couple. (Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, 15 février 1995, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre criminelle, N°67) .

- Cas des ascendants, père et mère, ou autres créanciers alimentaires

L'argumentation d'un créancier alimentaire se base en fait sur l'article 205 du code civil qui stipule que les enfants restent tenus vis à vis de leurs parents même si ceux-ci se trouvent dans le besoin par leur propre faute. Ainsi, même si dans son principe une demande de préjudice est recevable, cette demande se heurte en fait à la preuve du préjudice. En effet, le préjudice ne doit pas être seulement éventuel dans le sens que le créancier alimentaire n'aurait peut être jamais été dans le besoin ou parce que la victime n'aurait pas eu les ressources nécessaires pour faire face à cette créance. Ceci se base sur un article 208 du code civil où " les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit ".

Le préjudice n'est en fait réparé que lorsque l'obligation était déjà exécutée ou sur le point de l'être lors du décès accidentel de la victime qui devait alors faire face à ses créances alimentaires.

Le préjudice est en fait souvent reconnu comme étant hypothétique, empêchant ainsi l'accès à la réparation contre le tiers responsable éventuel et son assureur.

Le même raisonnement vaut pour les devoirs alimentaires des gendres et des belles-filles envers leur beau-père et leur belle-mère de par l'article 206 du Code Civil.

β1.2. Cas du second groupe caractérisé par des liens de fait avec la victime

- Concubinage

Le concubinage est défini par l'article 515-8 du Code Civil comme " une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ". On remarquera que cette définition n'oblige pas à partager un domicile commun pour les partenaires.

Par un arrêt de la Chambre mixte de la Cour de Cassation du 27 février 1970 (Semaine juridique, G, 1970, II, 16305), la Cour de Cassation accorde le droit à réparation pour la concubine en exigeant néanmoins que l'union " offre des garanties de stabilité ".

On se trouve donc confronté pour le succès d'une action en réparation de la concubine de prouver deux conditions : la preuve du concubinage et de sa stabilité.

Ainsi, la durée du concubinage notoire intervient non seulement dans le droit à réparation, mais aussi influence l'évaluation du préjudice de la concubine.

Lorsque le concubin ou la concubine survivant (e) présente une activité rémunérée, l'indemnisation s'inspire de celle d'un couple marié mais avec en général, un montant inférieur selon la durée de la vie commune.

La jurisprudence en cas de doute sur la stabilité du concubinage adopte parfois le concept de " perte de chance " pour l'indemnisation du préjudice économique réclamée par le ou la concubin (e). On alloue alors au conjoint survivant pour le préjudice économique, en cas de doute, sur la durabilité du concubinage, une indemnisation proportionnelle de la valeur de la chance perdue.

- Cas des fiancés

Un arrêt de Chambre Criminelle de la Cour de Cassation du 5 janvier 1956, (Recueil Dalloz Sirey, 1956, jurisprudence p. 216) reconnaît l'existence d'un préjudice direct actuel et certain pour les fiancés essentiellement pour le préjudice moral.

L'indemnisation reste néanmoins faible.

β1.3. Cas du 3ème groupe caractérisé par les autres tiers pouvant prétendre à un préjudice du fait du décès de la victime

Il s'agit de tiers qui présentent en commun une plus grande difficulté à faire valoir un préjudice en cas de décès.

- L'employeur de la victime décédée peut théoriquement alléguer d'un préjudice du fait de la gêne causée à son entreprise par le décès de son employé.

Néanmoins, cette action est très difficile à mettre en oeuvre, car la jurisprudence estime en général que personne n'est irremplaçable.

On considère alors le préjudice comme incertain et hypothétique (Première Chambre Civile de la Cour de Cassation, 27 juin 1973 : Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres Civiles, 1ère partie, N°192) .

Un créancier prêteur de fonds pourrait également alléguer un préjudice personnel occasionné par le décès de son débiteur du fait de la faute d'un tiers.

Ceci, bien sûr dans cas où il n'a pu se faire rembourser de son prêt, à un quelconque autre titre.

Là encore, la jurisprudence a plutôt tendance à considérer qu'il ne s'agit pas d'un préjudice direct.

β2. L'atteinte à l'intégrité physique des ayants droits

Outre le préjudice patrimonial économique, les ayants droits peuvent subir un préjudice occasionné par une atteinte à leur intégrité physique par le décès de la victime.

Il s'agit en général, de troubles psychiatriques, de type dépression, etc...

Là encore, l'ayant droit doit prouver qu'il s'agit d'un préjudice direct, c'est à dire en relation directe avec le décès de la victime.

On peut qualifier ce type de préjudice, de préjudice par ricochet au 2e degré.

bb. Le préjudice extrapatrimonial

α. Le préjudice d'accompagnement

Le préjudice d'accompagnement se définit comme les troubles dans les conditions d'existence d'un proche qui, dans la communauté de vie à domicile, ou par la constance de visites fréquentes en milieu hospitalier, apporte à la victime le réconfort moral d'une présence affectueuse.

Il traduit le bouleversement de la vie quotidienne de ceux qui partagent effectivement la survie douloureuse de la victime pendant la maladie traumatique jusqu'au décès, voire pendant le cours de sa survie handicapée.

Le critère n'en est pas le degré de parenté, mais plutôt la communauté de vie avec la victime.

Il constitue un préjudice moral.

β. Le préjudice d'affection

Il est encore appelé pretium affectionis . Ni la loi, ni la jurisprudence n'apportent une définition de ce préjudice moral.

Dans une conception restrictive, le préjudice d'affection est à définir comme naissant de la douleur morale et portant atteinte aux sentiments d'affection après un décès.

Il s'agit donc de l'affliction qu'éprouve un tiers devant la disparition d'un être cher.

Dans un cadre plus élargi, le préjudice d'affection peut se définir comme tout préjudice ne lésant pas le patrimoine mais blessant ou meurtrissant la conscience ou l'amour.

La conception restrictive ne concerne donc que le cas du décès de la victime. Il n'est pas nécessaire pour la démonstration d'un préjudice d'affection, qu'il existe un lien de parenté ou d'alliance. La condition nécessaire et suffisante est qu'il s'agisse d'un préjudice d'affection, personnel, direct et certain de la victime par ricochet. (2ème Chambre Civile de la Cour de Cassation, 16 avril 1996, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres Civiles, 2ème partie, N°94; Revue trimestrielle de droit civil, 1996, p. 627 observation Jourdain).

Lorsque les victimes par ricochet présentent un lien de sang ou d'alliance avec la victime décédée, le préjudice est présumé exister. La pratique admet alors le principe d'une indemnisation sans preuve du préjudice d'affection des parents les plus proches.

Le principe général est que les parents et les proches peuvent recevoir une somme pour un préjudice moral s'ils peuvent prouver l'établissement d'un caractère affectueux de leur relation avec la victime. Il peut s'agir des frères, des soeurs, des oncles, des tantes et même de parents éloignés. Et de même, les parents peuvent avoir droit à une indemnisation pour le préjudice moral consécutif au décès de leur enfant.

Dans les autres cas, cette présomption alors n'existe pas et les prétendues victimes par ricochet doivent alors apporter la preuve du préjudice d'affection allégué à savoir

l'existence de liens affectifs privilégiés avec la victime décédée (Cour d'Appel de Paris, 26 janvier 00 : Responsabilité civile et assurances 2000, commentaires N°314) .

Le juge dispose en fait de deux bras de levier dans la régulation de l'indemnisation du préjudice d'affection : le premier consiste en l'exigence de la démonstration de l'existence de ces liens affectifs privilégiés entre la victime par ricochet et le défunt, la deuxième consiste en la pondération de l'indemnisation de cette souffrance morale. En effet, le juge peut modérer d'une façon variable, l'importance de cette indemnisation en fonction de l'importance supposée de ces liens affectifs.

Le montant des indemnités varie en fonction du lien familial, de l'affection qui lie la victime à ses proches, de l'entourage familial restant autour d'une veuve par exemple, de l'âge des enfants de la victime.

Pour des époux ou des concubins, la valeur de l'indemnisation du préjudice d'affection est proportionnelle à l'âge des conjoints ainsi que la durée de la vie commune. Pour un enfant, l'indemnisation du préjudice d'affection consécutif au décès d'un enfant, sera plus importante si cet enfant vivait au foyer et cet enfant était en bas âge.

Par exemple, une veuve qui reste seule, sans entourage familial, avec des parents morts ou éloignés, recevra une somme plus importante que celle qui reste entourée d'une famille importante. L'indemnité sera plus faible lorsqu'il s'agit pour un enfant d'une victime, d'un enfant majeur, visitant rarement ses parents que pour un très jeune enfant.

Certains cas particuliers d'indemnisation du préjudice d'affection méritent d'être évoqués.

Certaines circonstances entraînent un préjudice d'affection, dit aggravé (viol aggravé avec violences volontaires ayant entraîné la mort d'une jeune mineure, parent d'une victime décédée du sida, et demeurant souvent à son chevet) .

L'indemnisation du préjudice d'affection d'un enfant mort-né est inférieure à celle d'un enfant déjà né. La justice estime probablement que la souffrance morale est alors moindre.

La victime par ricochet en état d'inconscience, du fait d'un état neurovégétatif chronique, a droit comme chacun et dans la même proportion à l'indemnisation du préjudice d'affection dans le cas d'un proche décédé. Ceci se base sur la jurisprudence de la Cour de Cassation qui estime que " l'indemnisation d'un dommage n'est pas fonction de la représentation que s'en fait la victime, mais de sa constatation par les juges et de son évaluation objective dans la limite de la demande dont ils sont saisis " (Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, 3 avril 1978, Semaine juridique, G, 1979, II, 19168 Note S. Brousseau) .

Les circonstances de l'accident peuvent majorer le retentissement chez les proches et ainsi entraîner une indemnisation plus importante du préjudice moral. Il en est ainsi du cas de la mort d'une personne de 19 ans, éjectée de son véhicule après plusieurs tonneaux et qui avait été heurtée au sol par un autre véhicule et trainée sur 40m. Le père et la mère ont reçu 22000€ chacun, le frère et sa grand-mère 11000€ chacun (arrêt de la Cour d'Appel d'Agen du 27.07.05 n°04/00997).

Les valeurs d'indemnisation du préjudice d'affection pouvant servir de références se trouvent dans les tableaux de jurisprudence des Cours d'Appels cités dans la collection Responsabilité civile et assurance, des éditions du Jurisclasseur, fascicule 202-5 ainsi que dans les recommandations écrites de certaines Cours d'Appels à

l'usage des magistrats. Nous citerons en particulier la revue de Jurisprudence régionale 1998, N°2, p. 57, université de MONTPELLIER 1 ou les valeurs de la Cour de Paris publiées par la Gazette du Palais (procédure et indemnités : Gazette du Palais, 2ème édition, 1998)

La 3ème source de références trouve sa place dans les statistiques de l'Agira (association pour la gestion des informations sur le risque automobile), section statistique créée en marge de l'APSAD , (association plénière des sociétés d'assurance dommages) .

Cette Agira met à jour un fichier des indemnisations dont les données sont alimentées par les assureurs et accessibles par minitel (3615 code AGIRA).

Il convient de noter que les victimes par ricochet peuvent bénéficier d'une première indemnisation à la fois du préjudice d'affection pour la période de survie d'une victime gravement atteinte, puis d'une deuxième indemnisation pour le préjudice moral consécutif à son décès (Cour d'Appel de PARIS, 17ème Chambre A, 14 janvier 1997, juris-data N°020120).

Le montant des indemnités allouées au conjoint au titre du préjudice d'affection s'établit sur une moyenne de 14.000 euros (Le Roy M. L'évaluation du préjudice corporel, 1 volume, collection Responsabilités, 250 pages, Paris, Litec, 2007) allant de 9.000 à 18. 000 euros. Le montant des indemnités allouées au concubin ou à la concubine est en général un peu plus faible, la moyenne étant d'environ 10. 000 euros .

Pour les enfants, l'indemnisation d'un préjudice d'affection est plus importante s'il s'agit d'un enfant mineur que l'on considère comme ayant subi un grand préjudice affectif.

Les indemnités sont en moyenne de 10. 000 euros allant de 3.000 à 25.000 euros . Les indemnités versées aux petits-enfants vont de 1.500 euros à 4.500 euros .

L'indemnisation du préjudice d'affection subi pour les parents d'un enfant tué par exemple dans un accident se monte en moyenne à 10. 000 euros allant de 3.000 à 18.000 euros . En général, les frères et les soeurs d'un victime peuvent réclamer une réparation d'un préjudice moral. Les sommes vont de 3.000 à 7.600 euros .

En ce qui concerne les oncles et les tantes d'une victime décédée, les neveux et les nièces d'une telle victime, les indemnisations sont plus rares.

Qualité des ayants droit	1998		1999		2000	
	Effectifs %	Coût moyen (en €)	Effectifs %	Coût moyen (en €)	Effectifs %	Coût moyen (en €)
Conjoints	5,8	12.165	6,2	12.821	6,3	15.242
Enfants	19,6	7.790	19,8	8.705	21,5	9.827
Parents	17,9	10.854	17,9	12.211	17,2	12.944
Frères et sœurs	27,5	4.223	27,6	4.802	26,9	5.146
Autres membres de la famille	23,5	2.836	23,1	3.567	21,6	3.631
Tiers	5,7	2.546	5,4	3.217	6,5	4.051
Ensemble	100	6.144	100	7.028	100	7.628

Effectifs et coût moyen en euros du préjudice moral selon la qualité des ayants droit

Source : " Assurance automobile : les sinistres corporels en 2000", Fédération française des sociétés d'assurance, direction des études et des statistiques, février 2002 p. 29 .

Qualité des ayants droit	1998	1999	2000
Conjoint	11	11	12
Enfant	25	25	27
Père ou mère	32	31	29
Frère ou sœur	19	19	18
Autre membre de la famille	11	12	11
Personne non membre de la famille	2	2	3
Ensemble	100	100	100

Répartition de 100 € de préjudice moral selon la qualité des ayants droits.

Source : " Assurance automobile : les sinistres corporels en 2000 ", Fédération française des sociétés d'assurance, direction des études et des statistiques, février 2002 p. 29 .

Préjudices d'affection et d'accompagnement par type de victime indirecte (Source : fichier AGIRA des victimes indemnisées –dossiers réglés en 2007)

Type de la victime indirecte	Répartition des victimes indirectes	Médiane en euros
Conjoint de droit ou de fait	6.0%	19.737
Enfant mineur	4.7%	16.000
Enfant majeur	14.6%	12.000
Père ou mère	16.8%	18.000
Frère ou sœur	25.2%	8.000
Autres victimes indirectes (*)	32.8%	5.000

(*) Autres liens de parenté que ceux précisés ci-dessus (grands-parents, petits enfants...) ou absence de lien de parenté.