

REFERENTIEL INDICATIF DE L'INDEMNISATION DU PREJUDICE CORPOREL DES COURS D'APPEL

Septembre 2016



ENM
ÉCOLE NATIONALE
de la MAGISTRATURE

Conçu à l'initiative de la Conférence des premiers présidents de cours d'appel, ce recueil méthodologique a vocation à faciliter le traitement du contentieux de la réparation du préjudice corporel.

Il est le fruit d'une réflexion menée dans le cadre d'un groupe de travail constitué par les magistrats spécialisés des cours d'appel et plus particulièrement :

Benoît Mornet, conseiller, cour d'appel d'Agen ;
Brigitte Vannier, présidente de chambre, et Christiane Belières, présidente de chambre, cour d'appel d'Aix-en-Provence ;
Sylvie Rebboh, présidente, tribunal de grande instance de Compiègne puis d'Évreux, cour d'appel d'Amiens ;
Robert Miori, président de chambre, cour d'appel de Bordeaux ;
Jacques Tallon, conseiller, cour d'appel de Bourges ;
Jean-Yves Chauvin, président de chambre, cour d'appel de Grenoble ;
Francis Martin, conseiller, cour d'appel de Nancy ;
Nathalie Neher-Schraub, présidente de chambre, cour d'appel de Paris ;
Jean-Marie Boyer, président de chambre, cour d'appel de Paris ;
Hervé Stéphan, président de la Cour d'assises de Paris ;
Régine Bertrand-Royer et Claudette Nicoletis, conseillères, cour d'appel de Paris ;
Raoul Carbonaro, conseiller, cour d'appel de Reims ;
Dominique Bertoux, conseiller, cour d'appel de Rouen ;
Hervé Protin, président de chambre, cour d'appel de Saint-Denis- de-la- Réunion.

La première version a été diffusée en mars 2013. Cette troisième version résulte d'échanges intervenus en juin 2016 entre notamment :

Benoît Mornet, président de chambre, cour d'appel de Douai ;
Jean-Paul Lacroix-Andrivet, président de chambre, cour d'appel d'Agen ;
Christiane Belieres, présidente de chambre, cour d'appel d'Aix-en-Provence ;
Véronique Boisselet, présidente de chambre, cour d'appel de Versailles ;
Catherine Sammari, présidente de chambre, cour d'appel de Nancy ;
Thierry Ralincourt, président de chambre, cour d'appel de Paris ;
Jean-Paul Besson, premier vice-président, tribunal de grande instance de Paris ;
Marie-Claire Delorme, présidente de chambre, cour d'appel de Metz ;
Danièle Churlet-Caillet, première vice-présidente adjointe, tribunal de grande instance de Paris ;
Anne-Marie Esparbès, conseillère, cour d'appel de Grenoble ;
Xavier Samuel, conseiller, cour d'appel de Rouen ;
Catherine Cosson, conseillère, cour d'appel de Paris ;
Évelyne Thomassin, conseillère, cour d'appel de Chambéry ;
Laurence Michel, conseillère, cour d'appel de Bordeaux ;
Gwenaël Cougard, vice-présidente, tribunal de grande instance de Nanterre ;
Vincent Aldeano-Galimard, vice-président, tribunal de grande instance de Nanterre ;
Sixtine Guespereau, juge, tribunal de grande instance de Nanterre ;
Hamida Gherbi, juge, tribunal de grande instance de Beauvais.

Il vise à résoudre les questions et à répondre aux préoccupations des magistrats ayant à connaître du contentieux de la réparation du préjudice corporel, qu'ils soient novices ou spécialisés. Il tend à favoriser l'harmonisation des jurisprudences par la mise en œuvre de références communes et actualisées sur l'ensemble du territoire national. Uniquement indicatif et évolutif, il a pour objectif non pas d'uniformiser mais de contribuer à assurer la **réparation intégrale** du préjudice corporel des victimes à partir de données partagées par l'ensemble des cours d'appel.

Il intègre des développements de fond et divers outils, notamment des missions d'expertise.

Le contenu du référentiel n'a évidemment pas vocation à s'imposer aux magistrats, qui demeurent libres de leur jurisprudence. Il n'est pas immuable et des compléments seront apportés, ainsi que des actualisations qui feront l'objet de validations périodiques.

SOMMAIRE

1. Notions générales	7
1.1. Le principe indemnitaire.....	7
1.2. Les barèmes.....	7
1.3. Les barèmes de capitalisation.....	7
1.4. Le préjudice indemnisable.....	8
1.5. La consolidation.....	8
1.6. État antérieur.....	8
1.7. Aggravation.....	8
1.8. Décès de la victime blessée avant l'indemnisation de son préjudice.....	9
1.9. Demande nouvelle.....	9
1.10. Preuve - Expertise.....	9
1.11. Prescription.....	11
1.12. Point de départ des intérêts.....	11
1.13. Rentes et pensions.....	11
1.14. Fonds de Garantie des Assurances Obligatoires de Dommages (FGAO).....	12
1.15. Spécificités de l'action civile devant les juridictions pénales.....	14
1.15.1. Intervention devant la juridiction pénale.....	14
1.15.2. Intervention de l'assureur.....	15
1.15.3. Relaxe pour une infraction non-intentionnelle.....	15
1.15.4. Solidarité.....	15
1.15.5. Demandes nouvelles.....	16
1.16. Les frais de procédure.....	16
1.16.1. Devant les juridictions civiles.....	16
1.16.2. Devant les juridictions répressives.....	16
1.17. L'obligation faite à l'assureur d'un véhicule terrestre à moteur de présenter une offre d'indemnisation à la victime et les sanctions de son inobservation.....	17
1.17.1. Les principaux textes.....	17
1.17.2. La jurisprudence de la cour de cassation.....	19
1.18. L'exécution provisoire.....	21
2. Recours des tiers payeurs	22
2.1. Notions de tiers payeur et de subrogation.....	22
2.1.1. Les organismes de sécurité sociale.....	22
2.1.2. Les mutuelles.....	23
2.1.3. L'employeur.....	23
2.1.4. Les sociétés d'assurance.....	23
2.1.5. Sont exclues du recours : les caisses de retraite, les caisses d'allocations familiales, les ASSEDIC.....	25
2.2. Le mécanisme du recours subrogatoire.....	25
2.2.1. L'assiette du recours.....	25
2.2.2. La mise en œuvre du recours.....	26
2.2.2.1. La détermination des créances des tiers payeurs.....	26
2.2.2.2. La répartition de l'indemnité à la charge du responsable entre la victime et les tiers payeurs.....	27
2.3. Le recours du tiers payeur qui verse une rente accident du travail, une pension d'invalidité, une allocation temporaire d'invalidité.....	29
2.3.1. Le mécanisme du recours : le droit de préférence de la victime.....	29
2.3.2. La jurisprudence.....	32

2.3.3. Remarques.....	34
3. Victimes directes - En cas de blessures.....	35
3.1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation).....	36
3.1.1. Dépenses de santé actuelles.....	36
3.1.2. Frais divers restés à la charge de la victime.....	36
3.1.3. Perte de gains professionnels actuels (PGPA).....	37
3.2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation).....	41
3.2.1. Dépenses de santé futures (exposées après la date de consolidation).....	41
3.2.2. Frais de logement adapté ou aménagé.....	42
3.2.3. Frais de véhicule adapté.....	42
3.2.4. Pertes de gains professionnels futurs (PGPF).....	43
3.2.5. Incidence professionnelle.....	46
3.2.6. Tierce-personne.....	47
3.2.7. Préjudice scolaire, universitaire ou de formation.....	51
3.3. Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation).....	51
3.3.1. Déficit fonctionnel temporaire.....	51
3.3.2. Souffrances endurées.....	52
3.3.3. Préjudice esthétique temporaire.....	54
3.4. Préjudices extra-patrimoniaux permanents.....	54
3.4.1. Déficit fonctionnel permanent.....	54
3.4.2. Préjudice d'agrément.....	56
3.4.3. Préjudice esthétique permanent.....	56
3.4.4. Préjudice sexuel.....	57
3.4.5. Préjudice d'établissement.....	57
3.4.6. Préjudices permanents exceptionnels.....	58
3.5. Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation).....	58
4. Victimes indirectes - Principes généraux.....	60
5. Victimes indirectes - En cas de décès de la victime directe.....	62
5.1. Préjudices patrimoniaux.....	62
5.1.1. Frais d'obsèques.....	62
5.1.2. Pertes de revenus des proches.....	62
5.1.2.1. Mode de calcul.....	62
5.1.2.2. Formes de l'indemnisation (capital ou rente).....	66
5.1.2.3. Recours des tiers payeurs.....	66
5.1.2.4. Pension de réversion.....	67
5.1.2.5. Assurances de personnes.....	68
5.1.2.6. Autres prestations dépourvues de caractère indemnitaire (aides sociales, RSA, allocations de chômage, allocation pour adulte handicapé, etc.).....	69
5.1.2.7. Exemples.....	69
5.1.3. Frais divers des proches.....	70
5.2. Préjudices extra-patrimoniaux.....	70
5.2.1. Préjudice d'accompagnement.....	70
5.2.2. Préjudice d'affection.....	70
6. Victimes indirectes - En cas de blessures de la victime directe.....	72
6.1. Préjudices patrimoniaux.....	72
6.1.1. Perte de revenus des proches.....	72
6.1.2. Frais divers.....	72
6.2. Préjudices extra-patrimoniaux.....	72
6.2.1. Préjudice d'affection.....	72
6.2.2. Préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels.....	73

7. Particularités concernant les préjudices subis par des victimes d'infractions volontaires....	74
7.1. Le préjudice de la victime directe.....	74
7.1.1. <i>Le préjudice moral</i>	74
7.1.2. <i>L'existence du préjudice subi par la victime du seul fait de l'infraction</i>	74
7.1.3. <i>Les difficultés d'imputation</i>	75
7.1.3.1. <i>Jurisprudence</i>	75
7.1.3.2. <i>Appréciation critique</i>	76
7.1.4. <i>Propositions</i>	77
7.1.4.1. <i>Principe</i>	77
7.1.4.2. <i>Mise en œuvre</i>	77
7.2. Le préjudice de la victime indirecte.....	78
8. Quelques généralités sur l'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'infractions devant la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions.....	79
9. Référentiel indicatif et évolutif des indemnités allouées par les cours d'appel.....	82
9.1. Déficit fonctionnel temporaire.....	82
9.2. Souffrances endurées / préjudice esthétique permanent.....	82
9.3. Déficit fonctionnel permanent.....	82
9.4. Préjudice d'affection.....	83
9.5. Tierce personne.....	85
10. Documentation.....	86
11. Nomenclature Dintilhac.....	87
12. Trames.....	88
12.1. Jugements proposés par le tribunal de grande instance de Paris.....	88
12.1.1. <i>Jugement - Liquidation du dommage corporel (accident de la circulation)</i>	88
12.1.2. <i>Jugement - Intérêts civils</i>	94
12.2. Missions d'expertises médicales.....	99
12.2.1. <i>Expertise médicale - Mission générale</i>	99
12.2.2. <i>Expertise médicale - Mission affaires très simples</i>	103
12.2.3. <i>Mission aggravation</i>	104
12.2.4. <i>Expertise médicale - Mission traumatisés crâniens</i>	108
13. Annexes.....	116
13.1. Liste des médecins experts.....	116
13.2. Barème de capitalisation publié par la Gazette du Palais du 26 avril 2016.....	116

1. Notions générales

1.1. Le principe indemnitaire

C'est le principe fondamental à retenir en matière de réparation du dommage corporel. Il figure dans la résolution 75-7 du Conseil de l'Europe et est systématiquement rappelé par la Cour de Cassation : "la victime doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s'était pas produit", ce qui se résume par : "tout le préjudice et rien que le préjudice" ([Cass. Crim. 13 décembre 1995, Bull. 1995, n° 377, pourvoi n° 95-80.790, Gaz. Pal. 96, 2, chron. dr. crim. p. 67](#)).

Ce principe qui correspond à l'indemnisation *in concreto* permet l'individualisation de la réparation et aboutit à une jurisprudence souple et évolutive par opposition à des barèmes forfaitaires et abstraits.

1.2. Les barèmes

Le barème qui est forfaitaire et abstrait est contraire à nos principes juridiques et notamment à l'indemnisation *in concreto*. Il subordonne le juge à l'expert alors qu'en droit français, les conclusions de l'expert ne sont qu'une aide à la décision du juge qui conserve sa pleine et totale liberté d'appréciation personnelle et n'est jamais lié par les conclusions de l'expert. En outre, le barème est rigide et figé et peut devenir obsolète.

1.3. Les barèmes de capitalisation

Pour calculer un préjudice futur, on a recours aux **barèmes de capitalisation** qui donnent le prix de l'euro de rente à un âge déterminé en utilisant 2 variables:

- le taux d'intérêt : c'est la variable essentielle du barème. Le taux d'intérêt retenu pour capitaliser une rente est censé traduire le rendement du capital alloué et permettre à la victime de dépenser annuellement le montant accordé au titre de son préjudice en puisant dans le capital augmenté des intérêts jusqu'à son décès (dans l'hypothèse d'une rente viagère). C'est ensuite l'indexation de la rente qui a pour objet de compenser l'inflation. Un débat existe sur la nécessité de déduire l'inflation pour trouver un « taux net ».
- l'espérance de vie pour chaque âge : elle est donnée par les tables de mortalité publiées tous les deux ans par l'INSEE.

La pratique judiciaire préconise désormais les barèmes de capitalisation proposés et publiés à la **Gazette du Palais du 26 avril 2016** (n°16) ; ils sont fondés sur une espérance de vie (tables 2006-2008) et un taux d'intérêt (TEC10 : taux sans risque à 10 ans) de 1,29%, corrigé de l'inflation (0,25% en moyenne sur 2014-2015), soit un **taux de 1,04%**. La prise en compte de l'inflation pour capitaliser permet de protéger la victime contre les effets de l'érosion monétaire et répond en conséquence à l'exigence de réparation intégrale.

Pour de plus amples développements sur la question, on se reportera à l'article de Maxime Bareire, actuaire-conseil, publié à la Gazette du Palais du 26 avril 2016.

1.4. Le préjudice indemnisable

- Le responsable d'un dommage doit en réparer intégralement les conséquences.
- Un préjudice, même minime, donne lieu à réparation en droit commun, sous réserve qu'il soit mesurable, direct, certain et licite.
- Les préjudices peuvent être actuels ou futurs à la condition de n'être pas seulement éventuels.
- Le juge doit se prononcer dans la limite des conclusions dont il est saisi. Il ne peut allouer à la victime une somme inférieure au montant admis par le responsable ([Cass. Crim., 30 septembre 2003, Bull. 2003, n° 173, pourvoi n° 03-80.039](#)). Il ne peut non plus allouer davantage que ce qui est demandé.
- L'évaluation du préjudice doit être faite par le juge au moment où il rend sa décision ([Cass. 2e Civ., 11 janvier 1979, Bull. 1979, n° 018, pourvoi n° 77-12.937](#), [Cass. 2e Civ., 24 juin 1998, Bull. 1998, n° 226, pourvoi n° 96-18.534](#) et [Cass. 2e Civ. 11 octobre 2001, Bull. 2001, n° 154, pourvoi n° 99-16.760](#) sur le calcul du préjudice économique).
- Le préjudice doit être évalué selon les règles de droit commun, indépendamment des prestations versées par les organismes sociaux ([Cass. 2e Civ., 14 mars 2002, Bull. 2002, n° 39, pourvois n° 00-12.823 et 00-12.596](#)).
- La perte de chance doit être mesurée à la chance perdue et ne peut être égale à l'avantage qu'aurait procuré cette chance si elle s'était réalisée ([Cass. 1re Civ., 16 juillet 1998, pourvoi n° 96-15.380](#) ; [Cass Civ. 2e, 9 avril 2009, Bull. 2009, n° 98, pourvoi n° 08-15.977](#)).
- La victime d'un dommage doit prouver la relation de causalité entre cet événement et le préjudice dont elle demande réparation. Il y a toutefois une présomption d'imputabilité pour les dommages immédiatement constatés. Si les dommages sont constatés ultérieurement, il incombe à la victime d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le dommage ([Cass 2^e civ. 31 mai 2007, pourvoi n° 06-18.780, Jurisprudence automobile, n° 788](#)).

1.5. La consolidation

Il s'agit de la date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'être amélioré d'une façon appréciable et rapide par un traitement médical approprié.

1.6. État antérieur

Le droit de la victime à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable ([Cass. 2e Civ., 10 juin 1999, Bull. 1999, n° 116, pourvoi n° 97-20.028](#) ; [Cass. 2e Civ., 10 novembre 2009, Bull. 2009, n° 263, pourvoi n° 08-16.920](#)).

1.7. Aggravation

- Il n'y a pas lieu de donner acte à la victime de ses réserves en cas d'aggravation de son état, les parties pouvant toujours saisir la juridiction en cas d'aggravation de l'état de la victime.
- Le conducteur ou le gardien d'un véhicule terrestre à moteur impliqué dans un accident de la

circulation ne peut, en application de l'article 2 de la loi du 5 juillet 1985, opposer à la victime de l'accident la faute médicale ayant aggravé le préjudice corporel de celle-ci ([Cass. Crim., 21 octobre 1992, Bull. Crim. 1992, n° 331, pourvoi n° 91-84.394](#)).

- Le dommage est définitivement fixé à la date où le juge rend sa décision. Au cas où, après cette date, une aggravation survient dans l'état de la victime, l'évaluation de cette aggravation ne peut remettre en cause l'évaluation initiale du préjudice ([Cass. 2e Civ., 12 octobre 2000, Bull. 2000, n°141, pourvoi n° 98-20.160](#)).

- La révision de la réparation initialement allouée n'est pas possible.

1.8. Décès de la victime blessée avant l'indemnisation de son préjudice

Le décès de la victime éteint l'incapacité permanente partielle dont elle est atteinte et le préjudice personnel de celle-ci. Les héritiers qui ont repris l'instance ne sont fondés à réclamer l'indemnisation de ces préjudices que pour la période écoulée jusqu'au décès de la victime ([Cass. 2e Civ., 24 juin 1998, Bull. 1998, n° 226, pourvoi n° 96-18.534](#)).

1.9. Demande nouvelle

- Une demande de dommages-intérêts, majorée en cause d'appel, est recevable comme n'étant pas nouvelle ([Cass. 2e Civ., 4 mars 2004, Bull. 2004, II, n° 82, pourvoi n° 00-17.613](#)).

- Lorsqu'une partie obtient du tribunal le bénéfice intégral de ses conclusions, elle est en application de l'article 546 du code de procédure civile, privée du droit d'appel ([Cass. 1re Civ., 25 mai 2004, Bull. 2004, n° 142, pourvoi n° 01-16.289](#)).

- **En matière pénale**, les articles 509 et 515 du code de procédure pénale ne permettent pas à la partie civile de former en appel des demandes nouvelles. Cette règle n'est pas d'ordre public et le juge ne peut la relever d'office ([Cass. Crim., 18 septembre 1996, pourvoi n° 95-84134](#)). L'organisme social est néanmoins admis à actualiser son préjudice même s'il n'est pas appelant ([Cass. Crim., 4 janvier 1980, pourvoi n° 79-90687](#)).

1.10. Preuve - Expertise

- La preuve des préjudices peut être apportée par tous moyens. Il appartient au demandeur de prouver l'existence et l'étendue de son préjudice.

- Portée probatoire d'une expertise amiable :

Le rapport d'expertise non judiciaire, même non contradictoire, peut valoir à titre de preuve à condition qu'il ait été régulièrement versé aux débats et soumis à la discussion contradictoire des parties ([Cass. 1re Civ., 17 mars 2011, pourvoi n° 10-14232](#) : *“Vu l'article 16 du code de procédure civile ; Attendu que tout rapport d'expertise amiable peut valoir à titre de preuve dès lors qu'il est soumis à la libre discussion des parties ”*).

Cependant, le juge ne peut fonder sa décision exclusivement sur une expertise amiable non contradictoire ([Cass. Ch. mixte, 28 septembre 2012, pourvoi n° 11-18710](#) : *“si le juge ne peut refuser d'examiner une pièce régulièrement versée aux débats et soumise à la discussion contradictoire, il ne peut se fonder exclusivement sur une expertise non judiciaire réalisée à la*

demande de l'une des parties”).

- Sanction des irrégularités affectant le déroulement d'une expertise judiciaire :

En matière d'expertise judiciaire, les irrégularités sont sanctionnées exclusivement selon les dispositions de l'article 175 du code de procédure civile, qui renvoient aux règles régissant la nullité des actes de procédure.

Une partie ne peut plus invoquer l'inopposabilité de l'expertise judiciaire pour non respect des dispositions de l'article 16 du code de procédure civile, elle ne peut contester le rapport d'expertise que selon les règles applicables aux nullités des actes de procédure, soit les articles 112 à 121 du code de procédure civile ([Cass. Ch. mixte, 28 septembre 2012, pourvoi n° 11-11381](#) : “ *Les parties à une instance au cours de laquelle une expertise judiciaire a été ordonnée ne peuvent invoquer l'inopposabilité du rapport d'expertise en raison d'irrégularités affectant le déroulement des opérations d'expertise, lesquelles sont sanctionnées selon les dispositions de l'article 175 du code de procédure civile qui renvoient aux règles régissant les nullités des actes de procédure.*

Dès lors, ayant constaté que la nullité d'un rapport d'expertise dont le contenu clair et précis avait été débattu contradictoirement devant elle n'était pas soulevée, une cour d'appel, appréciant souverainement la valeur et la portée des éléments de preuve soumis à son examen, a pu tenir compte des appréciations de l'expert pour fixer l'indemnisation”).

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a fait une première application de la jurisprudence de la chambre mixte dans un [arrêt du 29 novembre 2012, pourvoi n° 11-10805](#) : “ *Les irrégularités affectant le déroulement des opérations d'expertise sont sanctionnées selon les dispositions de l'article 175 du code de procédure civile, qui renvoient aux règles régissant les nullités des actes de procédure ; ...l'absence d'établissement d'un pré-rapport, en méconnaissance des termes de la mission d'expertise, constitue l'inobservation d'une formalité substantielle, sanctionnée par une nullité pour vice de forme qui ne peut être prononcée qu'à charge pour celui qui l'invoque de prouver le grief que lui cause l'irrégularité”).*

En l'espèce la deuxième chambre civile a fait application des dispositions de l'[article 114 du code de procédure civile](#) qui prévoient qu'un acte de procédure peut être annulé pour vice de forme à deux conditions, d'une part, que la nullité soit expressément prévue par un texte ou qu'il y ait inobservation d'une formalité substantielle ou d'ordre public, d'autre part, que soit démontré un grief par le demandeur à la nullité.

Le non respect du principe de la contradiction est constitutif d'une inobservation d'une formalité substantielle ou d'ordre public.

Le grief causé par l'irrégularité s'apprécie *in concreto* et la Cour de cassation devra préciser quels griefs sont de nature à entraîner la nullité de l'expertise.

- Fraude :

Il résulte d'une jurisprudence antérieure aux deux arrêts de la chambre mixte du 28 septembre 2012, qu'une partie ni présente, ni représentée à une expertise, ne peut se voir opposer le rapport d'expertise, en cas de fraude à son encontre ([Cass. 2e Civ., 4 novembre 1992, pourvoi n° 90-19807](#), [Cass. 1re Civ., 14 juin 1991, pourvoi n° 88-16373](#) : “*l'assureur appelé à la procédure, en un temps où il a encore la possibilité de discuter les conclusions de l'expert, ne peut, sauf en cas de fraude de la part de l'assuré, soutenir que l'expertise ne lui est pas opposable*” ; [Cass. 3e Civ., 21 mars 2011, pourvoi n° 09-72901](#) : “*Mais attendu que l'assureur qui, en connaissance des résultats de*

l'expertise dont le but est d'établir la réalité et l'étendue de la responsabilité de son assuré qu'il garantit, a eu la possibilité d'en discuter les conclusions, ne peut, sauf s'il y a eu fraude à son encontre, soutenir qu'elle lui est inopposable “

1.11. Prescription

Selon l'article 2270-1 du code civil, dans sa rédaction antérieure à la loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile, les actions en responsabilité civile extra contractuelle se prescrivent par 10 ans à compter de la manifestation du dommage ou de son aggravation. En cas de préjudice corporel, la date de consolidation fait courir le délai de cette prescription ([Cass. 2e Civ., 11 juillet 2002, Bull. 2002, n°177, pourvoi n° 01-02.182](#)).

L'alinéa 1er de l'article 2226 du code civil, dans sa rédaction issue de la loi du 17 juin 2008 précitée, dispose : *“L'action en responsabilité née à raison d'un événement ayant entraîné un dommage corporel, engagée par la victime directe ou indirecte des préjudices qui en résultent, se prescrit par 10 ans à compter de la date de consolidation du dommage initial ou aggravé...”* et consacre la jurisprudence antérieure fixant le point de départ du délai de prescription à la date de la consolidation.

1.12. Point de départ des intérêts

- Créance de la victime :

- en première instance : les intérêts au taux légal sont dus, à compter du jugement ;
- en appel: les intérêts au taux légal sont dus, à compter du jugement à concurrence des sommes allouées par le jugement et à compter de l'arrêt pour le surplus.

- Créance de l'organisme social : la caisse poursuit le remboursement des dépenses auxquelles elle est légalement tenue et la créance, dont la décision judiciaire se borne à reconnaître l'existence, doit, conformément à l'article 1153 du code civil applicable aux obligations légales, produire intérêts au jour de la demande ([Cass. Ass. Plén., 4 mars 2005, Bull. 2005, n°3, pourvoi n° 02-14.316](#)).

1.13. Rentes et pensions

- Les juges du fond apprécient souverainement le mode de réparation du dommage et peuvent allouer à la victime une indemnité sous forme de rente, au lieu du capital demandé par celle-ci ([Cass. Crim., 19 juin 1996, Bull. 1996, n° 261, pourvoi n° 95-82.631](#))

- L'étendue de la réparation procurée par le service d'une pension d'invalidité s'exprime, pour la période antérieure à la décision, par le montant des arrérages échus et, pour l'avenir, par un capital calculé de manière à représenter les dépenses qui résulteront du service des seuls arrérages à échoir ([Cass. Crim., 15 mai 2001, pourvoi n° 00-87.430](#)).

- Le capital représentatif de la rente est calculé au vu de deux paramètres qui évoluent : l'euro de rente qui diminue au fur et à mesure que les années passent et la rente accident du travail qui est revalorisée par décret, publié au journal officiel, chaque année.

- Modalités de paiement: les tiers payeurs ont droit au remboursement des arrérages à échoir au fur et à mesure de leur versement sauf si le débiteur préfère se libérer par le payement en capital [Cass.](#)

[2e Civ., 12 juillet 2007, pourvoi n° 06-13455](#)). Ce n'est pas le cas de l'État (Agent Judiciaire de l'État) et de certaines autres personnes publiques (Caisse des dépôts et consignations...) qui ont droit au remboursement du capital représentatif de la pension ou de la rente lorsque celles-ci ont fait l'objet d'une concession définitive ([ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques, article 1er, III](#)).

1.14. Fonds de Garantie des Assurances Obligatoires de Dommages (FGAO)

- caractère subsidiaire de l'obligation du FGAO :

Aux termes du second alinéa de l'article [L. 421-1 III du code des assurances](#), "*Lorsque le fonds de garantie (des assurances obligatoires de dommages) intervient au titre des I et II, il paie les indemnités allouées aux victimes ou à leurs ayants droit qui ne peuvent être prises en charge à aucun autre titre lorsque l'accident ouvre droit à réparation...*"

La jurisprudence en déduit que le FGAO n'est tenu d'indemniser la victime que dans la mesure où cette indemnisation n'incombe à aucune autre personne ou à aucun autre organisme et, qu'en cas d'indemnisation partielle à un autre titre, le Fonds ne prend en charge que le complément d'indemnisation.

Ainsi,

* en cas de pluralité de responsables, même en cas de partage de responsabilité, dès lors qu'un des responsables condamné in solidum est solvable, le FGAO doit être mis hors de cause, chaque responsable d'un même dommage devant être condamné à le réparer en totalité :

[Cass. 2e Civ., 26 avril 2007, pourvoi n° 06-12430](#) : "*Aux termes des articles L. 421-8, R. 421-13 et R. 421-24 du code des assurances, le fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO), dont l'obligation n'est que subsidiaire, n'est tenu d'indemniser la victime d'un accident de chasse que dans la mesure où cette indemnisation n'incombe à aucune personne ou organisme.*

Dès lors, viole les textes susvisés la cour d'appel qui, après avoir constaté que la responsabilité d'un dommage incombait à plusieurs coauteurs, d'abord dit n'y avoir lieu à mettre hors de cause le FGAO , et ensuite retient que la liquidation définitive du préjudice donnera lieu à l'application du partage de responsabilité entre les coauteurs du dommage et donc à condamnation individualisée d'une part, de l'un d'eux, solidairement avec son assureur, d'autre part, d'un autre coauteur."

* le FGAO dispose de recours contre le responsable identifié ou son assureur, mais aucun recours ne peut être exercé contre le FGAO par la personne ou l'organisme ayant indemnisé la victime, à l'exception du recours prévu par l'[article R. 421-8 du code des assurances](#) au profit de l'assureur qui, après avoir payé pour le compte de qui il appartiendra, voit reconnaître le bien fondé de l'exception qu'il a opposée à la victime.

Toutefois, le recours en remboursement de l'assureur contre le FGAO est subordonné à la condition que l'assureur ait respecté les dispositions de l'article R. 421-5 du code des assurances ([Cass. 1re Civ., 15 décembre 1998, pourvoi n° 96-21.279, Resp. civ. et assur.1999, comm. 91](#)).

[Cass. 2e Civ., 28 juin 2007, pourvoi n° 06-11773](#) : "*Attendu que, pour dire que le FGAO devait rembourser les sommes avancées par l'assureur, l'arrêt retient que, l'exception de non-garantie étant bien-fondée, l'assureur pouvait, conformément à aux dispositions de l'article R. 421-8 du code des assurances, réclamer au FGAO le remboursement des*

sommes qu'il avait payées pour le compte de celui-ci ; que l'argumentation développée par le FGAO relative à l'impossibilité pour l'assureur d'opposer son exception de non-garantie aux victimes est donc inopérante;

Qu'en statuant ainsi, alors que l'assureur n'avait pas avisé les victimes de son intention d'invoquer la résiliation du contrat d'assurance, la cour d'appel a violé l'article R. 421-5 du code des assurances”.

* le FGAO n'a pas à compenser les négligences de la victime

Cass. Crim., 5 octobre 2010, pourvoi n° 09-88692 : *“Doit être censuré l'arrêt qui a débouté le fonds de sa demande tendant à ce que soient déduites, du poste d'indemnisation du déficit fonctionnel permanent, les sommes que la victime aurait dû percevoir au titre d'une rente accident du travail qui lui aurait été versée si elle n'avait pas laissé s'éteindre son droit à indemnisation en ne se rendant pas aux convocations du médecin de la caisse primaire d'assurance maladie.”*

* aucune condamnation ne peut être prononcée contre le FGAO

Cass. 2e Civ., 22 janvier 2004, Bull. 2004, n° 17, pourvoi n° 02-15.991 : *« Il résulte de l'article R. 421-15 du code des assurances qu'il n'appartient pas aux tribunaux de condamner le fonds de garantie contre les accidents de la circulation et de chasse conjointement ou solidairement avec le responsable mais de lui déclarer opposables les condamnations prononcées contre lui. »*

Cass. Crim., 1er avril 2008, pourvoi n° 07-80675 : *“En aucun cas, l'intervention du fonds de garantie ne peut entraîner sa condamnation”*

* le FGAO ne peut être condamné au dépens

Le caractère subsidiaire de l'obligation à paiement du FGAO a pour conséquence automatique de l'exonérer de toute charge non expressément prévue par les articles L. 421-1, III, et R. 421-1 du code des assurances.

Cass. 2e Civ., 3 novembre 2011, pourvoi n° 10-19572 : *“Selon les articles L. 421-1 III et R. 421-1 du code des assurances, le Fonds de garantie des assurances obligatoires (FGAO) paie les indemnités dues aux victimes ou à leurs ayants droit qui ne peuvent être prises en charge à aucun autre titre lorsque l'accident ouvre droit à réparation.*

Dès lors, en raison du caractère subsidiaire de cette mission, le FGAO ne peut être condamné au paiement des dépens, qui ne figurent pas au rang des charges qu'il est tenu d'assurer.”

- la compétence du FGAO exclut celle de la CIVI :

* accidents de la circulation

L'article 706-3 du code de procédure pénale exclut de la compétence de la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI) les accidents de la circulation sauf s'ils se sont produits à l'étranger, dans un pays qui n'a pas une législation spécifique en matière d'accidents de la circulation.

L'article L. 421-1, I, du code des assurances prévoit expressément que le FGAO indemnise les victimes d'un accident de la circulation lorsque le responsable est inconnu ou n'est pas assuré et lorsque l'assureur du responsable est totalement ou partiellement insolvable.

* atteintes à la personne causées accidentellement par des personnes ou des animaux circulant sur le sol dans des lieux ouverts à la circulation publique

L'article L. 421-1, II du code des assurances prévoit la compétence du FGAO

La Cour de cassation décide que la compétence du FGAO est exclusive de celle de la CIVI, même si les faits à l'origine du dommage constituent des infractions pénales :

[Cass. 2e Civ., 8 janvier 2009, pourvoi n° 07-21828](#) (rix) : *“Les dommages garantis par le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages en application des articles L. 421-1, alinéa 3, dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003, et R. 421-2 du code des assurances, sont exclus de la compétence de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions telle qu'elle résulte de l'article 706-3 du code de procédure pénale.”*

[Cass. 2e Civ., 16 juin 2011, pourvoi n° 10-23488](#) (accident de ski) : *“Attendu que les dommages garantis par le fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (le FGAO) aux termes des deuxième et troisième de ces textes, sont exclus de la compétence de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (la CIVI) résultant du premier ;...*

Qu'en statuant ainsi, alors que l'atteinte causée à Mme Archambeau par une personne circulant sur le sol dans un lieu ouvert à la circulation publique relevait de la compétence du FGAO, peu important la vocation subsidiaire de ce fonds en présence d'un assureur du responsable susceptible d'indemniser la victime, ce qui excluait la compétence de la CIVI, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;”

- Frais non compris dans les dépens :

La 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation juge de façon constante que le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) peut être condamné à verser une somme au titre des frais irrépétibles. La même solution paraît pouvoir être retenue pour le FGAO ([Cass. 2e Civ., 29 janvier 1997, pourvoi n° 94-19143](#) : *“Le Fonds (FGTI) est une partie au sens de l'article 700 du nouveau Code de procédure civile et peut être condamné à ce titre à verser une somme.”*).

1.15. Spécificités de l'action civile devant les juridictions pénales

L'article 2 du code de procédure pénale pose le principe que l'action civile exercée devant une juridiction pénale appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction.

L'article 421 du même code impose qu'elle soit formée avant les réquisitions du ministère public sur le fond. La Cour de cassation estime que cette obligation s'applique aussi aux tiers payeurs subrogés ([Cass. Crim., 25 novembre 1998, pourvoi n° 97-86483](#)).

Elle obéit aux règles de la procédure pénale, mais l'expertise ordonnée par le juge pénal après le jugement sur l'action publique obéit aux règles de procédure civile (article 10 du code de procédure pénale).

1.15.1. *Intervention devant la juridiction pénale*

Peuvent intervenir devant la juridiction pénale de jugement (et pas d'instruction) :

- l'organisme de sécurité sociale si la victime se constitue partie civile ; sa mise en cause est obligatoire comme devant les juridictions civiles ;

- l'État, les collectivités locales les établissements publics et les organismes énoncés dans

l'ordonnance du 7 janvier 1959 "*lorsque le décès, l'infirmité ou la maladie d'un agent ...est imputable à un tiers*";

- certains fonds de garantie (FGAO, FGTI, FIVA, ONIAM) ;
- l'employeur qui a versé des salaires durant la période d'inactivité de son salarié pour ces salaires bruts ([Cass. Crim., 23 mai 1995, pourvoi n° 94-80174](#)).
- l'assureur de manière limitée.

1.15.2. Intervention de l'assureur

L'intervention de l'assureur, volontaire ou forcée, même en cause d'appel, est prévue par l'article 388-1 du code de procédure pénale :

Elle n'est autorisée qu'à l'occasion de poursuites pour infractions involontaires sur les personnes à l'exclusion de toute autre infraction, sauf requalification de volontaire en involontaire. Le juge doit soulever cette irrecevabilité d'office ([Cass. Crim., 29 octobre 2002, pourvoi n° 01-87344](#) et [Cass. Crim., 29 octobre 2002, pourvoi n° 92-84437](#)).

L'assureur concerné est celui du prévenu, du civilement responsable ou celui de la victime quand il a versé des prestations récupérables (article 488 du code de procédure pénale).

A défaut de constitution de partie civile, l'intervention de l'assureur du prévenu ou du civilement responsable est dépourvue d'objet.

S'il comparait, l'assureur doit être représenté par un avocat.

Il peut intervenir pour la première fois en appel.

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

Il est partie à l'instance sur intérêts civils et en exerce les droits.

Il reste dans la cause en cas de relaxe quand la juridiction applique l'article 470-1 du code de procédure pénale, application qu'il a pu demander s'il assure la partie civile.

L'effet de sa mise en cause aux côtés du condamné est limité : la décision sur les dommages intérêts lui est seulement opposable (article 388-3 du code de procédure pénale). Il peut cependant être condamné aux pénalités de retard prévues par l'article L 211-13 du code des assurances.

1.15.3. Relaxe pour une infraction non-intentionnelle

L'article 470-1 du code de procédure pénale prévoit en cas de relaxe pour une infraction non intentionnelle une prorogation de compétence de la juridiction pénale si la partie civile le demande pour statuer sur ses demandes de réparation.

1.15.4. Solidarité

L'article 480-1 dispose que les personnes condamnées pour un même délit sont tenues solidairement des dommages et intérêts, mais il n'appartient pas au juge pénal de prononcer un partage de responsabilité entre les co-auteurs du dommage ([Cass. Crim., 16 octobre 2007, pourvoi n° 07-81850](#)).

1.15.5. Demandes nouvelles

Les articles 509 et 515 règlent l'effet dévolutif de l'appel et interdisent à la partie civile appelante de formuler des demandes nouvelles, mais seulement une augmentation des dommages et intérêts pour le préjudice subi depuis la décision de première instance.

Cette exception d'irrecevabilité n'est pas d'ordre public ([Cass. Crim., 31 janvier 2007, pourvoi n° 02-85089](#)).

1.16. Les frais de procédure

1.16.1. Devant les juridictions civiles

- Les frais non compris dans les dépens :

En matière civile, toutes les parties, y compris les caisses de sécurité sociale, peuvent demander une indemnité au titre de l'article 700 du Code de procédure civile. Cette indemnité est cumulable avec l'indemnité prévue par l'article L.376-1 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale (article 9-1 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996), qui permet à la caisse d'assurance maladie de recouvrer une indemnité forfaitaire (réévaluée tous les ans) à la charge du responsable, dont le montant est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu dans les limites d'un montant maximum de 966 € et d'un montant minimum de 96 euros (arrêté du 1er déc. 2009). La juridiction n'est donc pas obligée de condamner au paiement de cette indemnité, mais le juge peut allouer cette indemnité à la caisse lorsqu'il condamne le responsable au remboursement des prestations servies ([Cass. Crim., 19 février 2008, pourvoi n° 07-86114](#)).

- Les dépens :

1. Les dépens sont à la charge du responsable, éventuellement partagés en cas de partage de responsabilité, et peuvent opportunément comprendre les frais d'expertises.

1.16.2. Devant les juridictions répressives

- Les frais non compris dans les dépens :

L'article 25 § V de la loi du 21 décembre 2006 rend applicable les dispositions de l'[article 475-1 du code de procédure pénale](#) aux tiers payeurs intervenant à l'instance devant le tribunal correctionnel, le tribunal de police et la juridiction de proximité. Il est donc possible de condamner l'auteur de l'infraction à payer, non seulement à la partie civile, mais également aux tiers payeurs, une indemnité au titre des frais non payés par l'État et exposés par celle-ci. En revanche, le législateur n'a pas rendu applicable aux tiers payeurs les dispositions de l'[article 375 du code de procédure pénale](#) devant la cour d'assises.

En tout état de cause, les caisses d'assurance maladie recouvrent également une indemnité forfaitaire (cf. supra) à la charge du tiers responsable dont le montant est égal au tiers des sommes

recouvrées dans les limites d'un maximum de 966 € et d'un minimum de 96 euros ([article L.376-1 alinéa 9 du code de la sécurité sociale](#) résultant de l'article 9-1 de l'ordonnance du 24 janvier 1996).
Les dépens :

S'agissant des dépens, l'[article 800-1 du code de procédure pénale](#) précise que *“nonobstant toutes dispositions contraires, les frais de justice criminelle, correctionnelle et de police sont à la charge de l'État et sans recours envers les condamnés”*. Les articles [R.92 et R.93 du code de procédure pénale](#) précisent quels sont ces frais.

La circulaire du 14 avril 1993 précise cependant que *“les dépens relatifs aux décisions des juridictions répressives rendues sur intérêts civils restent liquidés selon les modalités antérieures”*.

L'[article 10 du code de procédure pénale](#) précise que lorsqu'il a été statué sur l'action publique, les mesures d'instruction ordonnées par le juge pénal sur les seuls intérêts civils obéissent aux règles de la procédure civile.

Il résulte de ces textes que les frais d'expertise antérieurs au jugement sur l'action publique (ordonnées par le parquet, par le juge d'instruction ou par la juridiction de jugement avant dire droit) sont à la charge de l'État et sans recours envers les condamnés (articles [800-2](#) et [R-92](#) du code de procédure pénale), mais que les frais (dont les frais d'expertise) postérieurs au jugement sur l'action publique doivent être mis à la charge du condamné (soit directement en le condamnant à rembourser la partie civile, soit au titre de l'article 475-1 du code de procédure pénale).

Enfin, selon l'[article 48 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique](#), lorsque le bénéficiaire de l'aide juridictionnelle est partie civile au procès pénal, le juge met à la charge du condamné le remboursement de la contribution versée par l'État à l'avocat de la partie civile au titre de l'aide juridictionnelle. Le juge peut cependant le dispenser totalement ou partiellement de ce remboursement pour des considérations d'équité.

1.17. L'obligation faite à l'assureur d'un véhicule terrestre à moteur de présenter une offre d'indemnisation à la victime et les sanctions de son inobservation

1.17.1. Les principaux textes

L'[article L.211-9 du code des assurances](#) fait obligation à l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur, de présenter à la victime d'un dommage, quelle que soit sa nature, une offre d'indemnité motivée dans le délai de trois mois à compter de la demande d'indemnisation qui lui est présentée lorsque la responsabilité n'est pas contestée et le dommage, entièrement quantifié. Lorsque la responsabilité est rejetée ou n'est pas clairement établie, ou lorsque le dommage n'a pas été entièrement quantifié, l'assureur doit, dans le même délai, donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande.

Lorsque l'accident a causé un dommage corporel, une offre d'indemnité comprenant tous les éléments indemnisables du préjudice, y compris du préjudice matériel, et indiquant les créances de chaque tiers payeur ([article R.211-40 du code des assurances](#)) doit être faite à la victime dans un délai maximal de huit mois à compter de l'accident. Cette offre peut être provisionnelle lorsque l'assureur n'a pas, dans les trois mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime et l'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

L'obligation de présenter une offre s'impose même à l'assureur qui invoque une exception de garantie. Il devra dans ce cas faire une offre pour le compte de qui il appartiendra ([article L.211-20 du code des assurances](#)).

Obligations de la victime

La victime doit, afin de permettre la présentation d'une offre, communiquer à l'assureur, à la demande de ce dernier faite dans les conditions de l'article R.211-39 du code des assurances, les renseignements énumérés par les articles R.211-37 et R.211-38 du même code.

Si la victime ne répond pas, ou incomplètement, dans le délai de 6 semaines à compter de la présentation de la demande de renseignements faite par l'assureur, le délai pour présenter une offre est suspendu de l'expiration du délai de 6 semaines et jusqu'à la réception des renseignements demandés ([article R.211-31 et R.211-32 du même code](#)).

Lorsque la victime ou son tiers payeur demeure outre mer ou à l'étranger, l'[article R.211-35](#) du même code augmente d'un mois le délai accordé d'une part, à la victime pour répondre à la demande de renseignements de l'assureur, et d'autre part, à ce dernier pour présenter son offre d'indemnisation.

Si la victime refuse l'examen médical amiable proposé par l'assureur, la désignation d'un expert par le juge des référés à la demande de l'assureur, proroge d'un mois le délai imparti pour faire une offre ([article R.211-34](#) du même code).

Décès de la victime

En cas de décès de la victime directe, l'offre doit être faite à ses héritiers et s'il y a lieu à son conjoint. Si la victime est décédée plus d'un mois après l'accident, le délai pour présenter l'offre à ses héritiers et conjoint est prorogé du temps écoulé entre la date de l'accident et le jour du décès diminué d'un mois ([article R.211-30 du code des assurances](#)).

Sanction du défaut d'offre

A défaut d'offre dans les délais impartis par l'article L.211-9 du code des assurances, étant précisé que le délai applicable est celui qui est le plus favorable à la victime, le montant de l'indemnité offerte par l'assureur ou allouée par le juge, produit intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal, en vertu de l'[article L.211-13](#) du même code, à compter de l'expiration du délai et jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenu définitif. Cette pénalité peut être réduite par le juge en raison de circonstances non imputables à l'assureur.

L'[article L.211-14](#) du code des assurances impose au juge qui fixe l'indemnité, de condamner d'office, lorsqu'il estime que l'offre proposée par l'assureur était manifestement insuffisante, cet assureur à verser au FGAO, une somme égale au plus à 15% de l'indemnité allouée, sans préjudice des dommages-intérêts dus de ce fait à la victime.

Les [articles L.211-21 et L.211-22 du code des assurances](#) disposent que les [articles L.211-9 et L.211-13](#) du même code notamment, sont applicables à l'État et à certaines personnes publiques lorsqu'ils sont gardiens d'un véhicule terrestre à moteur impliqué dans un accident, ainsi qu'au FGAO lorsque le véhicule n'était pas assuré ou lorsque son conducteur ou gardien n'a pu être identifié, mais que les délais prévus à l'[article L.211-9](#) courent contre le fonds à compter du jour

où celui-ci a reçu les éléments justifiant son intervention.

1.17.2. La jurisprudence de la cour de cassation

Obligations de l'assureur

* Le 1^{er} alinéa de l' [article L. 211-9](#) du code des assurances, issu de la loi du 1^{er} août 2003, ajoute l'obligation pour l'assureur d'apporter une réponse motivée à la demande d'indemnisation de la victime d'un dommage, même limitée aux biens, dans le délai de 3 mois de cette demande et de présenter une offre lorsque la responsabilité n'est pas contestée et le dommage entièrement quantifié. Il n'a pas modifié le surplus des obligations de l'assureur à l'égard d'une victime atteinte d'un dommage corporel.

* L'assureur qui estime que la victime ne dispose d'aucun droit à indemnisation et ne lui présente pas d'offre, encourt la pénalité de l'[article L. 211-13](#) du code des assurances si le juge le dit tenu à indemnisation ([Cass. 2e Civ., 1er avril 1999, pourvoi n° 97-17581](#)).

* A défaut d'avoir été informé, dans les trois mois de l'accident, de la date de consolidation de l'état de la victime blessée, l'assureur doit faire une offre de provision dans le délai de huit mois de l'accident puis une offre définitive d'indemnisation dans le délai de 5 mois suivant la date à laquelle il a eu connaissance de la consolidation. Ces deux obligations sont cumulatives.

* L'offre, tant provisionnelle que définitive, doit porter sur tous les éléments indemnissables du préjudice et ne pas être manifestement insuffisante et le juge ne peut rejeter la demande de pénalité présentée par la victime sans en avoir fait le constat ([Cass. 2e Civ., 28 avril 2011, pourvoi n° 10-16193](#)).

* L'assureur doit présenter à la victime une offre définitive d'indemnisation dans les 5 mois suivant la date à laquelle il a eu connaissance de la consolidation même si la victime invoque une aggravation de son état ([Cass. 2e Civ., 22 février 2011, pourvoi n° 10-83446](#)), ou conteste les conclusions de l'expert quant à la consolidation ([Cass. 2e Civ., 25 juin 2009, pourvoi n° 08-14837](#)).

* Mais si l'assureur a fait une offre régulière après le dépôt d'un premier rapport d'expertise médicale, le dépôt d'un nouveau rapport ne lui impose pas de présenter une nouvelle offre ([Cass. 2e Civ., 16 septembre 2010, pourvoi n° 09-14210](#)).

Effets du versement d'une provision

* Le versement d'une provision ne dispense pas l'assureur de faire une offre et la pénalité devra s'appliquer malgré le versement de provisions, si aucune offre conforme aux exigences légales n'a été faite ([Cass. 2e Civ., 10 juin 2004, pourvoi n° 03-12947](#)).

Forme et destinataire de l'offre

* L'offre peut être faite par conclusions à la condition d'être conforme aux textes précités ([Cass. 2e Civ., 19 novembre 1998, pourvoi n° 96-16128](#)), même à titre subsidiaire ([Cass. 2e Civ., 25 janvier 2007, pourvoi n° 04-16417](#)).

* L'offre doit être faite à la victime et non, sauf mandat exprès, à son assureur ([Cass. 2e Civ., 11 octobre 2007, pourvoi n° 06-14611](#)) ou à son avocat. Ce dernier ne dispose en effet, du pouvoir de

représenter son client sans avoir à justifier d'un mandat que dans le cadre de la procédure judiciaire ([Cass. Crim., 29 février 2000, pourvoi n° 98-85825](#)).

Offre conforme mais tardive

* La sanction de l'offre tardive mais par ailleurs conforme aux exigences légales, qu'elle soit provisionnelle ou définitive, est le doublement des intérêts, à compter de l'expiration du délai imparti à l'assureur pour faire une offre jusqu'au jour de l'offre, et la pénalité s'applique alors sur le montant de l'indemnité offerte et non sur celui de l'indemnité allouée par le juge ([Cass. 2e Civ., 13 septembre 2012, pourvoi n° 11-22818](#)).

Absence d'offre

* En l'absence d'offre, provisionnelle ou définitive, conforme aux textes rappelés ci-dessus, la pénalité du doublement des intérêts s'applique à compter de l'expiration du délai imparti à l'assureur pour faire une offre jusqu'au jour du jugement devenu définitif et a pour assiette le montant de l'indemnité allouée par le juge avant imputation des créances des tiers payeurs ([Cass. 2e Civ., 25 février 2010, pourvoi n° 09-13624](#)) et déduction des provisions versées ([Cass. 2e Civ., 10 juin 1999, pourvoi n° 96-22584](#)).

* Si le juge alloue une rente, la pénalité du doublement des intérêts s'applique sur les arrérages échus à compter de l'expiration du délai ouvert à l'assureur pour faire une offre jusqu'au jour de l'offre si elle intervient, ou à défaut, jusqu'au jour du jugement définitif, et non sur le capital ([Cass. Crim., 19 juin 2007, pourvoi n° 06-87793](#)).

* Est définitive une décision exécutoire de plein droit dès sa notification ([Cass. 2e Civ., 8 juillet 2004, pourvoi n° 02-15893](#)).

* En vertu de l' [article L. 211-13 du code des assurances](#), la pénalité peut être réduite si l'assureur démontre qu'il n'a pu faire une offre en raison de circonstances qui ne lui sont pas imputables, mais elle ne peut pas être supprimée ([Cass. 2e Civ., 5 novembre 1998, pourvoi n° 97-10583](#)).

Offre manifestement insuffisante

* Une offre manifestement insuffisante équivaut à une absence d'offre. Elle ne met donc pas fin au cours des intérêts au double du taux légal et ne constitue pas l'assiette de la pénalité. Le juge doit apprécier le caractère insuffisant de l'offre en fonction des éléments dont l'assureur disposait lorsqu'il a présenté cette offre ([Cass. 2e Civ., 17 mars 2011, pourvoi n° 10-16103](#)).

* L'assureur qui ne présente qu'une offre manifestement insuffisante (sans offre valable ultérieure), encourt la sanction prévue en l'absence de toute offre (doublement des intérêts sur l'indemnité allouée jusqu'à la date du jugement devenu définitif) mais également, en vertu de l'article L.211-14 du code des assurances, une condamnation à verser d'une part, une somme pouvant atteindre 15% de l'indemnité allouée au FGAO, et d'autre part, des dommages-intérêts à la victime, si celle-ci en fait la demande et justifie d'un préjudice ([Cass. 2e Civ., 9 décembre 2010, pourvoi n° 09-72393](#)).

Compatibilité de ces textes avec la CEDH ainsi qu'avec la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

* La procédure d'offre obligatoire imposée aux assureurs n'est pas contraire aux dispositions de l'article 6-1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ([Cass. 2e Civ., 9 octobre 2003, pourvoi n° 02-15412](#)) et l'article L.211-13 est compatible avec l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ([Cass. 2e Civ., 3 février 2011, pourvoi n° 10-17148](#)).

1.18. L'exécution provisoire

S'agissant d'indemnisation de victimes, il est essentiel d'accorder l'exécution provisoire surtout si la responsabilité est tranchée ou si l'accident est ancien.

Il convient, cependant, d'être prudent pour éviter d'avoir à demander aux victimes de restituer le trop perçu (notamment en cas de partage de responsabilité ou lorsque l'existence d'un préjudice professionnel est discutée) et de limiter l'exécution provisoire à une partie (la moitié ou les deux tiers) du montant des condamnations prononcées.

2. Recours des tiers payeurs

2.1. Notions de tiers payeur et de subrogation

L'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 procède à une énumération limitative des prestations ouvrant droit à un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

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

2.1.1. Les organismes de sécurité sociale

Le principe du recours subrogatoire des organismes de sécurité sociale est posé par l'article [L. 376-1 du code de la sécurité sociale](#), repris par l'article 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

RAPPEL :

L'organisme social doit être mis en cause pour toute décision statuant sur une demande d'indemnisation d'un préjudice corporel pour lequel la victime a perçu des prestations de cet organisme ; à défaut, le jugement n'est pas opposable à l'organisme social qui peut en demander l'annulation pendant deux ans.

Comme déjà rappelé ci-avant, devant les juridictions pénales, la Cour de cassation applique à l'organisme social la même exigence d'intervention avant les réquisitions du ministère public sur le fond (Cass Crim 18 mai 2005 n° pourvoi 04-83920 non publié au bulletin). Cette mise en cause ne s'impose pas pour les postes de préjudice non soumis à son recours ([Cass. Crim., 16 octobre 2012, pourvoi n° 12-80441](#)).

Cette mise en cause permet à l'organisme social d'intervenir aux fins de condamnation. A défaut d'intervention, il importe que la juridiction dispose des informations sur les prestations servies.

L'organisme social est généralement la Caisse primaire d'assurance maladie ; il peut également s'agir d'un organisme particulier gérant un régime d'assurance maladie obligatoire (SNCF, EDF, RATP, mairie de Paris, agent judiciaire de l'Etat pour les agents publics en vertu de l'article 38 de la loi n° 55-366 du 3 avril 1955).

Depuis quelques années, la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) intervient régulièrement à l'instance pour réclamer sa créance. Cette Caisse verse, en application de l'article L.341-15 alinéa 1^{er} du code de la Sécurité Sociale, une pension d'invalidité, éventuellement assortie d'une majoration au titre de la tierce personne, qui se substitue à la pension d'invalidité servie par la CPAM ou la CRAMIF lorsque la victime a atteint l'âge de la retraite. La CNAV gère l'une des branches du régime général de sécurité sociale (article L.200-2 du code de la sécurité sociale) et dispose en conséquence, en vertu de l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, d'un recours sur les indemnités réparant un préjudice qu'elle a pris en charge dans les mêmes conditions que les autres caisses de sécurité sociale. Ces pensions d'invalidité doivent donc s'imputer sur les postes qu'elles indemnisent mais pour la seule partie qui excède le montant de la pension de vieillesse que la victime aurait perçue même si l'accident n'était pas survenu.

L'organisme social peut exposer deux types de dépenses apparaissant sur son état de débours : des prestations en nature (frais médicaux, frais pharmaceutiques, frais d'hospitalisation, de rééducation

etc.), et des prestations en espèces correspondant aux sommes d'argent versées à la victime ; il s'agit notamment des indemnités journalières et des rentes et pensions d'invalidité versées. Ces prestations sont la contrepartie de la qualité d'assuré social ayant versé des cotisations et sont dues quelque soit le responsable du dommage.

2.1.2. Les mutuelles

L'article L.122-4 du code de la mutualité permet aux mutuelles de prévoir dans leurs statuts qu'elles sont subrogées dans les droits de leur adhérent victime d'un dommage corporel contre le responsable en donnant à leurs prestations un caractère indemnitaire.

2.1.3. L'employeur

L'Etat et certaines collectivités publiques peuvent également verser à leurs salariés des prestations énumérées dans l'ordonnance du 7 janvier 1959 : frais médicaux et pharmaceutiques, rentes d'invalidité etc.

L'employeur, qu'il s'agisse de l'État, d'organismes publics ou privés, est parfois conduit à maintenir des salaires ou accessoires de salaire. Les sommes versées à ce titre ouvrent droit à un recours subrogatoire.

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

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

Sa demande doit être examinée indépendamment de la liquidation du préjudice.

2.1.4. Les sociétés d'assurance

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

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

Par exception à la règle selon laquelle, dans les assurances de personnes, l'assureur, après paiement de l'indemnité d'assurance, n'a aucun recours contre les tiers à raison du sinistre, l'article L. 131-2, alinéa 2, du code des assurances dispose que, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat.

Par ailleurs, l'[article 33, alinéa 3, de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985](#) autorise ce recours

subrogatoire de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité, lorsqu'il est prévu par contrat, le recours ne pouvant être exercé que sur le solde subsistant après le paiement des tiers payeurs visés à l'article 29 de cette même loi.

La Cour de cassation a admis que les prestations prévues par l'[article 29 de la loi du 5 juillet 1985](#) et réglées par une société d'assurance lui ouvrent droit à un recours subrogatoire par détermination de la loi contre la personne tenue à réparation, si le contrat d'assurance a prévu une telle subrogation ([Cass. 2e Civ., 12 juillet 2007, pourvoi n° 06-16084](#)) :

« Vu les articles 29-5 et 30 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985;

Attendu, selon ces textes, qu'ouvrent droit à un recours, subrogatoire par détermination de la loi, contre la personne tenue à réparation ou son assureur les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité, versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne, par les groupements mutualistes régis par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou le code rural et par les sociétés d'assurances régies par le code des assurances ;

attendu que pour débouter la société ... de sa demande tendant à ce que l'indemnité par elle versée à M. Z... au titre de l'assurance des accidents corporels vienne en déduction de celle due au titre de l'assurance responsabilité civile, l'arrêt énonce que les sommes versées par l'assureur résultent de l'application mathématique d'éléments prédéterminés, l'attribution du capital en découlant n'étant pas régie par les règles de réparation du préjudice corporel de droit commun et n'ayant pas un caractère indemnitaire ;

Qu'en statuant ainsi, la cour d'appel a violé les textes susvisés ; »

Pour les autres indemnités servies par l'assureur de personnes, la possibilité du recours de la société d'assurance de la victime va dépendre de la nature de la prestation garantie par le contrat. Cette prestation variant d'une police à l'autre, il sera nécessaire de se référer aux stipulations contractuelles pour distinguer les prestations qui relèvent purement de l'assurance de personnes de celles qui sont soumises au principe indemnitaire, seules ces dernières ouvrant droit à l'action récursoire de l'assureur.

Dans son arrêt du 19 décembre 2003 ([pourvoi n° 01-10.670](#)), l'assemblée plénière de la Cour de cassation a soumis l'action récursoire de l'assureur de personnes à deux critères cumulatifs :

- d'une part l'existence d'une clause prévoit spécifiquement la subrogation au cas où le dommage subi par l'assuré serait consécutif à un accident (ce qui n'est que la reprise de la condition légale),
- d'autre part les modalités de calcul et d'attribution des prestations doivent être celles de la réparation du préjudice selon le droit commun.

N'ont en revanche pas de caractère indemnitaire les prestations servies en exécution d'un contrat d'assurance de personne en cas d'accident ou de maladie, qui revêtent un caractère forfaitaire ou qui sont calculées en fonction d'éléments prédéterminés par les parties indépendamment du préjudice subi, alors qu'aucune clause du contrat ne prévoit que les sommes ainsi versées constituent une avance sur recours.

« Attendu que si le mode de calcul des prestations versées à la victime en fonction d'éléments prédéterminés n'est pas à lui seul de nature à empêcher ces prestations de revêtir un caractère indemnitaire, il ressort des motifs propres et adoptés de l'arrêt, d'une part, que le contrat d'assurance de prévoyance de groupe ne comporte aucune disposition spécifique au cas où le dommage subi par l'assuré serait consécutif à un accident de la circulation, et, d'autre part, que les prestations servies par l'assureur au titre de l'incapacité temporaire totale de travail et de

l'incapacité permanente partielle sont indépendantes dans leurs modalités de calcul et d'attribution de celles de la réparation du préjudice selon le droit commun ; que la cour d'appel en a exactement déduit, en l'état des textes alors en vigueur, sans encourir les griefs du moyen, que ces prestations, servies au titre d'une assurance de personnes, n'avaient pas un caractère indemnitaire ».

Ces indemnités sont donc celles qui, selon les termes mêmes du contrat, constituent une avance sur indemnité, concrétisée par une clause de subrogation.

Le recours des sociétés d'assurance s'effectue, comme pour l'ensemble des tiers payeurs, poste par poste.

2.1.5. Sont exclues du recours : les caisses de retraite, les caisses d'allocations familiales, les ASSEDIC

Décision de référence : [Cass. Crim., 8 février 2011, pourvoi n° 10-86.045](#).

2.2. Le mécanisme du recours subrogatoire

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

- le recours s'exerçait dans la limite de la part d'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel ;
- le recours était limité à la part du préjudice soumis à recours des tiers payeurs, mis à la charge du responsable du dommage ;
- l'éventuel partage de responsabilité n'était pas opposable aux tiers payeurs.

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

2.2.1. *L'assiette du recours*

L'article [L. 376-1 du code de la sécurité sociale](#) et l'[article 31 de la loi du 5 juillet 1985](#) ont été modifiés par la loi du 21 décembre 2006.

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

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

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

“ Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son

recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice."

L'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 est modifié dans le même sens.

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

Cette question ne pose pas trop de difficultés pour les frais médicaux ou les indemnités journalières ; en revanche, l'affectation à tel ou tel poste de préjudice sera parfois plus délicate (ou plus discutée) pour une rente accident du travail ou une pension d'invalidité etc ...

Il convient de noter ici que l'[article L.454-1 du code de la sécurité sociale](#) applicable pour les accidents du travail et les accidents de trajet n'a pas été modifié par la loi du 21 décembre 2006. Mais la Cour de cassation a rendu trois avis le 29 octobre 2007 selon lesquels la réforme s'applique pour les accidents du travail (art. L.454-1 du code de la sécurité sociale) et aux recours exercés par l'État et d'autres collectivités publiques (ordonnance du 7 janvier 1959).

2.2.2. La mise en œuvre du recours

2.2.2.1. La détermination des créances des tiers payeurs

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

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

Le recours étant subrogatoire, il suppose le paiement préalable par le tiers payeur à la victime subrogeante pour opérer le transfert de la dette. Cette condition ne pose pas de difficulté lorsque les prestations ont déjà été versées. En revanche, les frais futurs concernant des prestations à venir peuvent être capitalisés. Ils ne seront cependant payés par le responsable au tiers payeur qu'après paiement effectif des prestations à la victime : le juge ne peut condamner le responsable, sans son accord préalable, à payer le montant du capital représentatif des arrérages à échoir ([Cass. 2e Civ., 7 février 1990, pourvoi n° 86-17023](#)). Seul l'État, les collectivités locales et les établissements publics peuvent exiger le versement du capital représentatif en application de l'ordonnance du 7 janvier 1959 ([Cass. 2e Civ., 10 juin 1998, pourvoi n° 96-20905](#)).

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

- le tiers payeur intervient soit pour présenter une demande de remboursement, soit pour faire connaître le montant des prestations versées. Il est alors possible de statuer. Lorsque la représentation par avocat est obligatoire, il ne pourra pas obtenir le remboursement de sa créance s'il ne constitue pas avocat ;
- le tiers payeur n'intervient pas mais communique à la juridiction le montant des prestations versées. S'il s'agit de prestations dues au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, l'article 15 du décret du 6 janvier 1986 impose cette simple communication ce qui permet à la juridiction de

statuer ; s'il s'agit d'autres prestations, l'intervention doit être formalisée ;

- le tiers payeur n'intervient pas et ne communique pas le montant des prestations versées ; la cour de cassation rappelle régulièrement que le juge ne peut pas statuer sans connaître le montant de ces prestations ([Cass. Ass. Plén., 31 octobre 1991, pourvoi n° 89-11514](#), [Cass. Crim., 9 septembre 2008, pourvoi n° 08-80220](#)) ; le juge doit alors surseoir à statuer ; pour éviter le retard qui s'ensuivra, il convient en amont, lors de la mise en état, de demander à la victime, à qui il incombe de justifier de son préjudice, de réclamer ces décomptes à ses tiers payeurs et de les produire à la juridiction saisie).

En appel il convient d'exiger un décompte actualisé des prestations de l'organisme social ; c'est essentiel en présence de pension ou de rente.

En matière d'accident de la circulation, certains organismes sociaux dont les caisses d'assurance maladie ont signé le 14 mai 1983 avec les sociétés d'assurances un protocole d'accord dit "protocole Bergeras" aux termes duquel, en contrepartie d'un remboursement plus rapide et forfaitaire de leurs prestations par les assureurs, ils ont renoncé à toute intervention en justice ; ce mode de règlement amiable explique que ces tiers payeurs ne constituent pas avocat dans l'instance en indemnisation engagée par la victime mais ils doivent toujours y être assignés en déclaration de jugement commun et restent tenus de communiquer le décompte des prestations versées ou à servir.

Le montant des prestations devant être pris en compte est celui qui a été effectivement réglé par le tiers payeur et non celui qui lui a été remboursé par l'assureur en application du protocole.

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

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

En cas d'indemnisation partielle de la victime par les prestations sociales, il faut appliquer les règles de la subrogation et notamment le droit de préférence prévu par l'article 1252 du code civil : de sorte que, ce ne sont plus les tiers payeurs mais la victime qui bénéficie depuis la loi du 21 décembre 2006 d'un droit de préférence sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs ne pouvant exercer leur recours que sur le solde ([Cass. 2e Civ., 15 avril 2010, pourvoi n° 09-14042](#)).

Il convient successivement :

- de fixer l'indemnité allouée au titre du poste de préjudice sans tenir compte des prestations versées par les tiers payeurs ;
- de déterminer la dette du tiers responsable en faisant application de la réduction du droit à indemnisation ou du partage de responsabilité ;
- d'allouer à la victime ce qui lui reste dû après déduction des prestations ayant partiellement réparé ce poste mais dans la limite de l'indemnité mise à la charge du tiers responsable ;
- d'accorder le solde au tiers payeur (indemnité mise à la charge du tiers responsable après déduction de l'indemnité revenant à la victime).

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

70) et le recours du tiers payeur sera limité à 20 (50 -30).

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

EXEMPLE : indemnisation des préjudices avec un partage de responsabilité aux 3/4

1- préjudice patrimonial

- dépenses de santé actuelles : 1.100 € dont 600 € remboursés par la CPAM et 300 € remboursés par la mutuelle ;

- perte de gains professionnels actuels : 2.300 € par mois pendant 3 mois ; elle a perçu 1.500 € d'indemnités journalières par mois et un complément mensuel de 500 € de sa mutuelle.

2- préjudice extra-patrimoniaux

- déficit fonctionnel temporaire : 1.500 €

- déficit fonctionnel permanent : 9.200 €

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

Poste « dépenses de santé actuelles » :

le préjudice étant évalué à 1.100 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de $1.100 \times \frac{3}{4} = 825 \text{ €}$;

appliquer l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 selon lequel, si la victime n'a été indemnisée qu'en partie (ce qui est le cas puisqu'elle a eu 200 € à sa charge), elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par priorité au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle ; dans ce cas, il lui reste dû 200 € à prélever sur l'indemnité à la charge du responsable pour les distribuer à la victime ;

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

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

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

Poste « pertes de gains professionnels actuels » : utiliser la même méthodologie :

le préjudice est évalué à 6.900 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de $6.900 \times \frac{3}{4} = 5.175 \text{ €}$;

appliquer l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 selon lequel, si la victime n'a été indemnisée qu'en partie (ce qui est le cas puisqu'elle a eu 900 € à sa charge), elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par priorité au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle ; dans ce cas, il lui reste dû 900 € à prélever sur l'indemnité à la charge du responsable pour les distribuer à la victime ;

répartir le solde de l'indemnité à la charge du responsable :

$5.175 \text{ €} - 900 \text{ €} = 4.275 \text{ €}$ en l'attribuant aux tiers payeurs au titre de leur recours subrogatoire.

Dans ce cas, il y a deux tiers payeurs qui viennent en concurrence ; il convient donc de répartir ce solde de 4.275 € au prorata de leur créance selon une règle de trois : créance multipliée par la somme à répartir divisé par le total des créances :

Pour la CPAM : $4.500 \text{ €} \times 4.275 \text{ €} / 6.000 \text{ €} = 3.206,25 \text{ €}$
Pour la mutuelle : $1.500 \text{ €} \times 4.275 \text{ €} / 6.000 \text{ €} = 1.068,75 \text{ €}$

Poste « déficit fonctionnel temporaire :

Le préjudice est évalué à 1.500 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de $1.500 \times \frac{3}{4} = 1.125 \text{ €}$.

S'agissant d'un préjudice au titre duquel aucune prestation n'a été versée, il n'y a pas de recours des tiers payeurs et la totalité de l'indemnité à la charge du responsable est attribuée à la victime.

Poste « déficit fonctionnel permanent » :

Le préjudice est évalué à 9.200 € et la responsabilité étant des $\frac{3}{4}$, l'indemnité à la charge du responsable est de 6.900 € ;

S'agissant d'un préjudice au titre duquel aucune prestation n'a été versée, il n'y a pas de recours des tiers payeurs et la totalité de l'indemnité à la charge du responsable est attribuée à la victime.

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

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

2.3. Le recours du tiers payeur qui verse une rente accident du travail, une pension d'invalidité, une allocation temporaire d'invalidité...

2.3.1. Le mécanisme du recours : le droit de préférence de la victime

L'indemnité à la charge du tiers responsable peut prendre la forme d'une rente, notamment en cas

de perte de gains professionnels futurs. Dans cette hypothèse, le responsable est condamné à payer à la victime les arrérages échus et les arrérages à échoir, au fur et à mesure de leurs échéances, dans la limite d'un capital constitutif correspondant au montant de l'indemnité à la charge du responsable diminué des arrérages échus.

En cas de partage de responsabilité et si la victime perçoit une rente d'un tiers payeur, il conviendra de répartir l'indemnité à la charge du responsable selon l'ordre préférentiel suivant :

- 1- préférence victime :
 - arrérages échus (de la consolidation fixée en droit commun, à la décision)
 - arrérages à échoir (après la décision)
- 2- tiers payeur :
 - arrérages échus (de la consolidation fixée en droit commun à la décision)
 - arrérages à échoir (après la décision)

EXEMPLE avec l'imputation de la rente versée par l'organisme social :

Soit un homme de 40 ans (au jour de la décision) subissant un préjudice professionnel de 2.300 € par mois et percevant une rente accident du travail de 1.000 € par mois ; son préjudice « pertes de gains professionnels futurs » peut être évalué comme suit :

- *préjudice entre la consolidation (fixée en droit commun par l'expert judiciaire ou amiable et non celle retenue par la sécurité sociale) et la décision : $2.300 \times 18 \text{ mois} = 41.400 \text{ €}$*
- *préjudice après la décision : celui-ci doit être annualisé, puis capitalisé ; ce préjudice peut donc être évalué à : $2.300 \times 12 \text{ mois} \times 30,985$ (prix de l'euro de rente viagère d'un homme de 40 ans) = 855.186 €.*

La victime perçoit une rente de 1.000 € par mois, en sorte que sa perte nette est de 1.300 € par mois, soit un capital représentatif de $1.300 \times 12 \times 30,985 = 483.366 \text{ €}$;

La CPAM peut prétendre à une créance de 1.000 € par mois, soit un capital représentatif de $1.000 \times 12 \times 30,985 = 371.820 \text{ €}$

Prenons l'hypothèse d'une responsabilité à hauteur de 3/4 à la charge du responsable et du juge statuant alors que la victime est consolidée depuis 18 mois.

L'indemnité à la charge du responsable est de :

- $2.300 \times 18 \text{ mois} \times 3/4 = 31.050 \text{ €}$ au titre des arrérages échus entre la consolidation et la décision ;

- $855.186 \text{ €} \times 3/4 = 641.390 \text{ €}$ au titre des arrérages à échoir ;

Soit une indemnité globale à la charge du responsable de :

$31.050 \text{ €} + 641.390 \text{ €} = 672.440 \text{ €}$

a- Préférence victime :

- *pertes de gains professionnels futurs de la date de la consolidation à la décision (arrérages échus) : $2.300 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 41.400 \text{ €}$;*

La dette de la personne tenue à réparation est de : $41.400 \times 3/4 = 31.050 \text{ €}$;

Le tiers payeur a versé pendant la même période une rente de $1.000 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 18.000 \text{ €}$;
 Cette rente a partiellement indemnisé le préjudice et la perte complémentaire de la victime est de :
 $41.400 \text{ €} - 18.000 \text{ €} = 23.400 \text{ €}$;
 En application du droit de préférence de la victime qui lui accorde réparation de son préjudice complémentaire (non indemnisé par le tiers payeur) dans la limite de la dette, soit 23.400 € .

- pertes de gains professionnels futurs après la décision (arrérages à échoir) : 855.186 €

La dette de la personne tenue à indemnisation est de : $855.186 \text{ €} \times 3/4 = 641.390 \text{ €}$;

Le montant de la rente versée par le tiers payeur est de :

$1.000 \text{ €} \times 12 \text{ mois} \times 30,985 = 371.820 \text{ €}$;

Cette rente a partiellement indemnisé le préjudice et la perte complémentaire de la victime est de :
 $855.186 - 371.820 \text{ €} = 483.366 \text{ €}$

b- reste pour le tiers payeur :

- arrérages échus de la rente entre la consolidation et la décision :

$1.000 \text{ €} \times 18 \text{ mois} = 18.000 \text{ €}$

- arrérages à échoir : le tiers payeur obtient ce qu'il reste à distribuer :

Indemnité globale :	672.440
Arrérages échus victime :	- 23.400
Arrérages à échoir victime :	- 483.366
Arrérages échus tiers payeur :	- 18.000
Reste	147.674 €

	Débit	Solde
<i>Indemnité globale à répartir</i>		<i>672.440</i>
<i>1- Préférence victime</i>		
<i>- arrérages échus : $1.300 \times 18 \text{ mois}$</i>	<i>23.400</i>	<i>649.040</i>
<i>- arrérages à échoir au fur et à mesure de leurs échéances d'une rente représentant un capital constitutif de 483.366</i>	<i>483.366</i>	<i>165.674</i>
<i>2- Reste pour le tiers payeur</i>		
<i>- arrérages échus : $1.000 \times 18 \text{ mois}$</i>	<i>18.000</i>	<i>147.674</i>
<i>- arrérage à échoir au fur et à mesure de leurs échéances d'une rente représentant un capital constitutif de 147.674 €</i>	<i>147.674</i>	<i>0</i>

L'indemnité mise à la charge du responsable au titre des préjudices devra bien entendu tenir compte des provisions déjà allouées à la victime.

2.3.2. La jurisprudence

Dans les avis n° [5](#), [10](#) et [11](#) rendus le 29 octobre 2007, la Cour de cassation a précisé que la rente « Accident du travail », comme la rente viagère d'invalidité, indemnise notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité, et doit en conséquence s'imputer prioritairement sur la part d'indemnité compensant les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle.

La Cour de cassation ajoute que si le tiers payeur estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel.

Dans plusieurs arrêts rendus le 11 juin 2009 ([Cass. 2e Civ., 11 juin 2009, pourvoi n° 08-17581](#)), la deuxième chambre civile, et le 19 mai 2009 ([Cass. Crim., 19 mai 2009, pourvoi n° 08-86.485](#)), la chambre criminelle au visa notamment du principe de la réparation intégrale (réparation de tout le préjudice, mais rien que le préjudice), jugent que :

*Il résulte de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale que la rente versée à la victime d'un accident du travail indemnise, **d'une part**, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité et, **d'autre part**, le déficit fonctionnel permanent ; **qu'en l'absence** de pertes de gains professionnels ou d'incidence professionnelle, cette rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent ; que dans la mesure où le montant de la rente excède celui des pertes de revenu et l'incidence professionnelle, **elle répare nécessairement, en tout ou en partie, le déficit fonctionnel permanent** ; qu'en l'absence de préjudice patrimonial, les arrérages échus et le capital représentatif de la rente versée à la victime en application de l'art. L.434-1 du code de la sécurité sociale s'imputent sur l'indemnité allouée au titre du déficit fonctionnel permanent.*

Dans un arrêt du 22 octobre 2009 ([Cass. 2e Civ., 22 octobre 2009, Bull. 2009, n° 258, pourvoi n° 07-20.419](#), rectifié par [arrêt du 17 décembre 2009](#)) la deuxième chambre civile a jugé que « *lorsque la décision d'attribution de la rente est définitive, l'organisme de sécurité sociale est tenu au versement de cette prestation tant pour les arrérages à échoir que pour les arrérages futurs, de sorte que **la condition de versement effectif et préalable de la prestation est remplie*** ».

L'un des arrêts applique les mêmes principes pour l'**allocation temporaire d'invalidité** versée à un agent de l'État dans le cadre du recours exercé par l'agent judiciaire de l'État.

Un arrêt postérieur reprend la même solution pour une pension civile d'invalidité versée à un fonctionnaire ([Cass. 2e Civ., 4 février 2010, pourvoi n° 09-11536](#)).

Il résulte de ces arrêts qu'en vertu du principe de la réparation intégrale, la rente accident du travail (comme l'allocation temporaire d'invalidité) s'impute d'abord sur les pertes de gains professionnels futurs et sur l'incidence professionnelle ; si la rente est supérieure aux pertes de gains

professionnelles et à l'incidence professionnelle, elle doit alors s'imputer subsidiairement sur le déficit fonctionnel permanent.

Exemple

La victime d'un accident de trajet subit notamment un déficit fonctionnel permanent de 8% et une plus grande fatigabilité au travail.

Les préjudices sont évalués à hauteur de 10.000 € pour le DFP et 3.000 € pour l'incidence professionnelle (fatigabilité au travail). Elle ne subit aucune perte de revenu.

S'agissant d'un accident du travail, la CPAM verse à la victime une rente accident du travail capitalisée à 4,500 € en raison d'un taux d'incapacité inférieur à 10%.

La CPAM a une créance de 4,500 € pour la rente accident du travail ; la victime ne subissant pas de pertes des gains professionnels futurs, la rente accident du travail indemnise l'incidence professionnelle à hauteur de 3.000 € et le déficit fonctionnel permanent à hauteur de 1.500 €.

1ère hypothèse : responsabilité entière

Incidence professionnelle : la victime a déjà perçu de la CPAM une somme de 3.000 € qui indemnise l'incidence professionnelle ; l'indemnité payée par le responsable au titre de l'incidence professionnelle se répartit donc en ne donnant rien à la victime et 3.000 € à la CPAM.

Déficit fonctionnel permanent : la victime a déjà perçu de la CPAM une somme de 1.500 € qui indemnise le déficit fonctionnel permanent ; l'indemnité à la charge du responsable se répartit donc à hauteur de 8.500 € pour la victime et 1.500 € pour la CPAM.

Postes de préjudices	Évaluation	Part victime	Part tiers payeur
Incidence professionnelle	3.000 €	0	3.000 €
Déficit fonctionnel permanent	10.000 €	8.500 €	1.500 €

2ème hypothèse : responsabilité partagée par moitié

Incidence professionnelle : la victime a déjà perçu de la CPAM une somme de 3.000 € qui indemnise l'incidence professionnelle ; son incidence professionnelle est indemnisée en totalité par la caisse ; l'indemnité payée par le responsable au titre de l'incidence professionnelle (1.500 €) se répartit donc en ne donnant rien à la victime et 1.500 € à la CPAM.

Déficit fonctionnel permanent : la victime a déjà perçu de la CPAM une somme de 1.500 € qui n'indemnise que partiellement son préjudice ; les droits de la victime sont de 8.500 € ; l'indemnité à la charge du responsable (5.000 €) est donnée en totalité à la victime qui exerce son droit de préférence.

Postes de préjudices	Évaluation	Part victime	Part tiers payeur
----------------------	------------	--------------	-------------------

Incidence professionnelle	1.500 €	0,00 €	1.500 €
Déficit fonctionnel permanent	5.000 €	5.000 €	0,00 €

2.3.3. Remarques

- Les tiers payeurs disposent pour le recouvrement de leurs créances contre la personne tenue à réparation ou son assureur, d'une action indépendante de celle de la victime en cas de carence totale ou partielle de celle-ci. Il est exigé pour l'exercice du recours subrogatoire un lien de causalité entre les prestations versées et le dommage.

- Déchéance : selon l'article L. 211-11 du code des assurances, la déchéance des droits des tiers payeurs à l'encontre de l'assureur de l'auteur du dommage, résultant du défaut de production de leurs créances dans le délai de quatre mois à compter de la demande de l'assureur de la personne tenue à réparation, ne leur est opposable que dans la procédure d'indemnisation organisée par les articles L. 211-9 et suivants de ce code. En l'absence de transaction entre la victime et cet assureur, les tiers payeurs sont recevables, selon le droit commun, à demander le recouvrement de leurs prestations ([Cass. 2e Civ., 15 avril 2010, pourvoi n° 09-66.430](#)).

L'indemnité forfaitaire due à l'organisme de sécurité sociale en cas de recours contre un tiers ne fait pas obstacle à ce qu'il obtienne une indemnité au titre des frais irrépétibles ([Avis du Conseil d'État, 11 mars 1988 CPAM du Val-d'Oise, n° 190308, publié au Recueil Lebon](#)).

3. Victimes directes - En cas de blessures

Le recours poste par poste instauré par l'article 25 met fin à la notion de "préjudice soumis au recours des organismes sociaux" et donc à la distinction "préjudice soumis à recours-préjudice personnel".

Il implique l'adoption d'une nomenclature des postes de préjudice qui définit les postes de préjudice et permet de vérifier si les prestations versées par les tiers payeurs ont été déduites des bons postes.

Aucune nomenclature légale n'existe. La nomenclature Dintilhac tend à s'imposer. Une circulaire du ministère de la justice du 25 février 2007 invite les magistrats de l'ordre judiciaire à s'y référer et la Cour de cassation l'a consacrée à plusieurs reprises. Ce n'est pas la position du Conseil d'État qui a décidé l'adoption d'une nomenclature autonome simplifiée. De ce fait, le recours des tiers payeurs n'est pas appliqué de la même façon selon l'ordre de juridiction saisi.

La nomenclature Dintilhac distingue fondamentalement les préjudices patrimoniaux (objectifs) et les préjudices extra-patrimoniaux (subjectifs). Dans chacune de ces catégories, on distingue les préjudices temporaires (entre la date du dommage et la consolidation) et les préjudices permanents (après consolidation). La date de consolidation est définie par Yvonne Lambert-Faivre 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* ».

Remarques :

- Le juge a l'obligation de liquider poste par poste ([Cass. 2ème Civ., 11 juin 2009, pourvoi n° 08-11.510](#)).
- La distinction entre les préjudices temporaires antérieurs à la consolidation qui correspondent aux préjudices passés et les préjudices permanents postérieurs à la consolidation qui caractérisent les préjudices futurs, adoptée par la nomenclature Dintilhac est inadaptée et complique l'évaluation de préjudices tels les matériels spécialisés (exemples : lit, fauteuil...), la tierce personne pour laquelle ce n'est pas la date de consolidation mais celle du retour au domicile qui importe... C'est la raison pour laquelle il ne faut pas hésiter à s'en affranchir.
- La période écoulée entre la consolidation et le jugement (ou l'arrêt) liquidant le préjudice qui, selon la nomenclature Dintilhac correspond aux préjudices futurs, appartient de fait au passé et ne doit pas être indemnisée selon les modalités de calcul propres aux préjudices futurs (capitalisation en fonction notamment des tables de mortalité) lesquelles tiennent compte du risque de décès de la victime alors que celle-ci est en vie au jour où le juge statue. Il convient donc de calculer les préjudices subis par la victime durant cette période selon les mêmes méthodes que celles appliquées pour les préjudices temporaires et d'en déduire, le cas échéant, les arrérages échus d'une rente accident du travail ou d'une pension d'invalidité jusqu'au jour de la décision.
- Pour les préjudices importants, il est conseillé, dans un souci de clarté, d'examiner séparément du poste "frais divers" les matériels spécialisés lesquels nécessitent à eux seuls des développements et des calculs importants.

3.1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

3.1.1. *Dépenses de santé actuelles*

Elles correspondent aux frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation déjà exposés tant par les organismes sociaux que par la victime. Ce poste inclut les frais d'orthèse, de prothèses, paramédicaux, d'optique....

Il y a lieu pour les dépenses de santé prises en charge par les organismes sociaux, y compris les mutuelles, de se reporter aux décomptes définitifs et actualisés (reprendre le total des prestations en nature) et pour les dépenses de santé de la victime de statuer en fonction des justificatifs.

Pour les accidents de la circulation, pour lesquels du fait du protocole Bergeras, les organismes sociaux n'exercent pas de recours, il suffit de mentionner " les dépenses de santé prises en charge par l'organisme social se sont élevées à... et la victime ne demande aucune somme à ce titre" ou " et la victime sollicite la somme de...".

Seule est comptabilisée, la somme correspondant aux dépenses restées à charge.

En cas de demande de l'organisme social, il faut lui allouer le montant des dépenses de santé actuelles (DSA) sous réserve d'une limitation du droit à indemnisation de la victime.

<u>Exemples de calcul d'imputation :</u>	Indemnité à la charge du responsable	Victime	Organisme social
Hypothèse: dépenses de santé exposées par l'organisme social (20 000 €) et par la victime (1 000€)			
Droit à indemnisation entier : Préjudice			
21 000	21 000	1 000	20 000
Droit à indemnisation réduit de 50 % : Préjudice	Indemnité à la charge du responsable	Préférence victime	Organisme social
21 000	$21\ 000 / 2 = 10\ 500$	$21\ 000 - 20\ 000 = 1\ 000$	$10\ 500 - 1\ 000 = 9\ 500$

3.1.2. *Frais divers restés à la charge de la victime*

Ce sont les frais autres que les frais médicaux restés à la charge de la victime.

Ils sont fixés en fonction des justificatifs produits sauf pour la tierce personne. Les plus fréquemment invoqués sont :

- Ticket modérateur, surcoût d'une chambre individuelle, les frais de téléphone et de location de téléviseur, le forfait hospitalier...

- Surcoût d'une chambre individuelle, la location TV :

L'assureur refuse de les prendre en charge en invoquant l'élément de confort. En fait la victime a droit au confort dont elle aurait disposé si l'accident n'était pas survenu (éviter uniquement les abus).

Il est recommandé de ne pas accepter les pièces en vrac comme c'est trop souvent le cas. Il faut demander un décompte précis permettant de reconstituer facilement la somme sollicitée, rappeler que ce n'est pas au juge de faire les additions et les soustractions et que son rôle consiste uniquement à vérifier leur exactitude.

- Le paiement du forfait hospitalier :

Si la jurisprudence a pu considérer que le forfait hospitalier prévu à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale et R 174-5 du même code, (il est fixé depuis le 1er janvier 2010, à 18 euros par jour en hôpital ou clinique et à 13,50 euros par jour en cas de séjour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé et est dû pour tout séjour supérieur hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie) correspond aux frais d'entretien que la victime aurait eu à supporter même si l'accident ne s'était pas produit, la jurisprudence dominante admet aujourd'hui que le forfait hospitalier peut être indemnisé en tout ou en partie en considérant que c'est une dépense liée à l'accident qui excède le plus souvent ce que la victime aurait dépensé pour son entretien en l'absence d'accident, étant précisé qu'elle conserve la charge des frais fixes que sont le loyer, les abonnements de gaz, de téléphone...

« Procédant de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de preuve qui lui étaient soumis, la cour d'appel a pu décider que les frais correspondant au forfait hospitalier constituaient un préjudice indemnisable », [Cass. 2e Civ., 3 mai 2006, pourvoi n° 05-12.617](#).

- Frais de tierce personne temporaire pendant l'arrêt d'activité :

Ils sont fixés en fonction des besoins de la victime au vu principalement du rapport d'expertise médicale. L'indemnisation de ce poste de préjudice n'est pas subordonnée à la production de justificatifs et n'est pas réduite en cas d'assistance bénévole par un membre de la famille ([Cass. 2e Civ., 15 avril 2010, pourvoi n° 09-14.042](#)).

Pour l'évaluation il convient de se reporter au paragraphe du référentiel consacré à la tierce personne.

- Frais exposés par les artisans, les commerçants contraints de recourir à du personnel de remplacement...

- Honoraires du médecin conseil de la victime : ils sont une conséquence de l'accident (la victime a droit au cours de l'expertise, à l'assistance d'un médecin dont les honoraires doivent être intégralement remboursés sur production de la note d'honoraires, sauf abus)

- Frais de transport, de garde d'enfants...

3.1.3. Perte de gains professionnels actuels (PGPA)

L'ancienne notion d'ITT (incapacité temporaire de travail par opposition à incapacité temporaire

totale) recouvrait à la fois l'incapacité professionnelle économique et la gêne dans les actes de la vie courante qui correspond à une incapacité fonctionnelle non économique. Les rapports Lambert Faivre et Dintilhac ont mis fin à cette confusion qui est source d'injustice pour les victimes.

La PGPA concerne le préjudice économique subi par la victime pendant la durée de son incapacité temporaire étant rappelé que celle-ci peut être totale ou partielle ou les 2 selon les périodes.

La période indemnisable :

La durée de l'incapacité temporaire est indiquée par l'expert.

Elle commence à la date du dommage et finit au plus tard à la date de la consolidation c'est à dire à la date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'être amélioré d'une façon appréciable et rapide par un traitement médical approprié.

Seule peut être indemnisée, l'incapacité temporaire consécutive au fait dommageable ce qui exclut les arrêts de travail abusifs ou sans rapport avec l'accident. On est alors en présence de demandes de la victime ou des tiers payeurs qui réclament des indemnités pour une période excédant l'incapacité temporaire telle que fixée par l'expert. Dans ce cas, il leur appartient d'établir le lien de causalité avec l'accident.

Il y a souvent un écart de plusieurs mois entre la fin de l'incapacité temporaire et la date de la consolidation.

Il ne faut pas en déduire hâtivement comme il est souvent soutenu que l'ITT s'est nécessairement poursuivie jusqu'à la consolidation.

La victime peut avoir subi des pertes de gains professionnels actuels entre la fin de l'ITT et la date de consolidation proposée par l'expert. Il lui appartient alors de les démontrer.

Le préjudice indemnisable :

Le rapport Dintilhac précise que l'évaluation de la perte de gains doit être effectuée in concreto au regard de la preuve d'une perte de revenus apportée par la victime jusqu'au jour de la consolidation.

La perte de revenus se calcule **en net** (et non en brut) et **hors incidence fiscale** ([Cass. 2e Civ., 8 juillet 2004, Bull. 2004, n° 392, pourvoi n° 03-16.173](#)).

La perte de revenus sera appréciée en fonction des justificatifs produits: privilégier les avis d'imposition et les bulletins de salaire (penser à se reporter au cumul net imposable de décembre).

Dans le cas des salariés qui travaillaient avant l'accident, il faut prendre en compte le montant des revenus tels qu'il ressortent des avis d'imposition antérieurs et postérieurs à l'incapacité temporaire, des bulletins de paie antérieurs à l'accident, du contrat de travail ou des attestations de l'employeur. Le calcul est simple (salaire mensuel x nombre de mois d'incapacité).

Les choses sont plus compliquées et plus discutées pour les artisans, les commerçants, les membres des professions libérales et les agriculteurs. C'est toujours à la victime qu'il appartient de justifier de son préjudice et donc de produire des pièces comptables ou fiscales ou tout ensemble de documents permettant par leur cohérence d'apprécier ses revenus professionnels antérieurs et leur diminution pendant l'incapacité temporaire, en tenant compte du résultat net comptable (et non du

chiffre d'affaire brut), augmenté des frais fixes qui continuent à courir (loyer professionnel, cotisations d'assurance...) et du coût du remplacement temporaire de la victime s'il n'a pas été indemnisé au titre des frais divers. Il est également possible d'ordonner une expertise comptable.

Lorsque les revenus étaient irréguliers, on déterminera un revenu moyen en fonction par exemple des revenus des trois années précédant l'accident.

Si elle est demandée, il faut actualiser au jour de la décision l'indemnité allouée en fonction de la dépréciation monétaire ([Cass. 2e Civ., 12 mai 2010, pourvoi n° 09-14.569](#)).

Attention à la pratique qui consiste pour calculer la perte de revenus pendant l'ITP à diviser la perte de revenus par le taux de cette ITP sans tenir compte de la possibilité effective d'exercer ou non sa profession.

Ex. : pour un maçon ou un plombier une ITP de 50% correspond de fait à une ITT et ne doit pas être indemnisée par la moitié du salaire mais par la totalité.

Exemples d'affaires délicates :

- la victime qui était depuis longtemps sans emploi soutient qu'elle venait précisément d'en trouver un qui devait débiter peu après l'accident.
- la perte de chance subie par la victime qui participe à un concours ou à un appel d'offres, qui était convoquée à un entretien d'embauche...

Il convient alors de distinguer les attestations de complaisance des documents probants

Rappel : une victime ne peut obtenir la réparation de la perte de rémunérations non déclarées ou illicites.

Remarques :

- PGPA et indemnités journalières : les victimes demandent souvent de leur allouer au titre de la perte de revenus le montant des indemnités journalières qu'elles ont perçues de l'organisme social . C'est confondre les notions de prestation et de préjudice. En effet, une indemnité journalière constitue une prestation de l'organisme social et en aucun cas un poste de préjudice. Par ailleurs, cette confusion entraîne bien souvent une autre erreur préjudiciable aux victimes, qui omettent qu'en règle générale, les indemnités journalières ne correspondent pas à la totalité des revenus perdus mais seulement à une fraction de ceux-ci, de l'ordre de 60 % et qui ne pensent pas à demander, la perte de revenus non compensée par les indemnités journalières qu'elles sont également en droit d'obtenir.

Il y a donc lieu dans nos décisions de bannir la formule "perte de revenus = indemnités journalières" et au contraire, de distinguer selon que la victime a été ou non totalement indemnisée par les indemnités journalières perçues:

- si elle a été totalement indemnisée , il faudra préciser "La victime n'allègue aucune perte de revenus non compensée par les indemnités journalières d'un montant de X , de sorte qu'il ne lui revient aucune indemnité, de ce chef" et effectivement aucune somme ne sera comptabilisée au profit de la victime (ni la perte de gains ni les indemnités journalières).

En revanche, en cas de demande de l'organisme social, il faudra comptabiliser à son profit le montant des indemnités journalières qu'il a versées à la condition qu'elles n'excèdent pas le montant du préjudice en droit commun c'est-à-dire qu'elles n'aient pas été versées durant une période

supérieure à celle retenue par l'expert.

- soit la victime n'a été que partiellement indemnisée par le montant des indemnités journalières: il conviendra alors, après avoir déterminé *in concreto* le montant total de la perte de gains, de préciser que ce poste de préjudice a été partiellement compensé par les indemnités journalières d'un montant de X et qu'il reste dû de ce chef à la victime la somme de Y qui sera seule comptabilisée à son profit.

En cas de demande de l'organisme social, il faudra lui accorder le montant des indemnités journalières.

- PGPA et salaires maintenus : si l'employeur a maintenu les salaires en vertu d'un statut, d'une convention collective ou d'un contrat de travail, il dispose d'un recours subrogatoire contre le tiers responsable. Le salaire ainsi versé sans contrepartie de travail a un caractère indemnitaire et doit être chiffré dans les mêmes conditions que les indemnités journalières en distinguant selon que la victime a perçu l'intégralité de son salaire et n'invoque aucune perte non compensée par le versement de celui-ci ou au contraire qu'elle a perçu son salaire mais pas les primes.

Dans ce cas, l'employeur a droit au remboursement du salaire brut et c'est ce montant qui doit être comptabilisé dans le préjudice de la victime puis déduit et alloué à l'employeur.

- PGPA et primes, indemnités : la victime peut réclamer le remboursement des primes et indemnités qui font partie du salaire dont elle a été privée mais non celui des frais qu'elle n'a pas eu à exposer pendant son arrêt d'activité (transport, hébergement, nourriture...) .

- PGPA et prestations versées par l'assureur de la victime au titre d'indemnités journalières de maladie : l'article 33, alinéa 3, de la loi du 5 juillet 1985 autorise le recours subrogatoire de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité, lorsqu'il est prévu par contrat, le recours ne pouvant être exercé que sur le solde subsistant après le paiement des tiers payeurs visés à l'article 29 de cette même loi.

La Cour de cassation a admis que les prestations prévues par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 et réglées par une société d'assurance lui ouvrent droit à un recours subrogatoire par détermination de la loi contre la personne tenue à réparation, si le contrat d'assurance a prévu une telle subrogation (Cass. 2ème civ. - 12 juillet 2007 – pourvoi 06-16084 – publié au Bulletin) :

« Vu les articles 29-5 et 30 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985;

Attendu, selon ces textes, qu'ouvrent droit à un recours, subrogatoire par détermination de la loi, contre la personne tenue à réparation ou son assureur les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité, versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne, par les groupements mutualistes régis par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou le code rural et par les sociétés d'assurances régies par le code des assurances ;

Attendu que pour débouter la société ... de sa demande tendant à ce que l'indemnité par elle versée à M. Z... au titre de l'assurance des accidents corporels vienne en déduction de celle due au titre de l'assurance responsabilité civile, l'arrêt énonce que les sommes versées par l'assureur résultent de l'application mathématique d'éléments prédéterminés, l'attribution du capital en découlant n'étant pas régie par les règles de réparation du préjudice corporel de droit commun et n'ayant pas un caractère indemnitaire ; Qu'en statuant ainsi, la cour d'appel a violé les textes susvisés ».

Attention : En cas de réduction du droit à indemnisation de la victime, il convient de se reporter au [chapitre traitant du recours des tiers payeurs](#) pour le calcul de l'indemnité revenant in fine à cette dernière.

3.2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)

Ces préjudices sont indemnisables sous forme de capital ou de rente, les rentes pouvant le cas échéant faire l'objet d'une capitalisation.

Le choix du barème de capitalisation le mieux adapté fait l'objet de [développements au titre des notions générales](#). La [méthode d'utilisation du barème](#) retenu par les cours d'appel, à savoir le barème de capitalisation publié par la Gazette du Palais en avril 2016 au taux de 1,04%.

3.2.1. Dépenses de santé futures (exposées après la date de consolidation)

1- Dépenses prises en charge par les tiers payeurs : voir leurs décomptes

2- Dépenses de santé à la charge de la victime :

Pour les grands handicapés, il faut veiller à ce que l'expert reçoive mission de se prononcer, entre autres, sur le matériel dont la victime a besoin du fait de son handicap, sur le coût de ce matériel et sur la fréquence de son renouvellement. Il sera statué en fonction des besoins du blessé décrits dans le rapport d'expertise, des factures ou devis produits (s'il s'agit de devis, dans la limite des besoins du blessé), de la périodicité du renouvellement du matériel et en tenant compte de l'âge de la victime.

Il peut s'agir de dépenses uniques ou de dépenses qui vont être exposées de manière viagère. Dans ce cas, l'indemnité est capitalisée.

Exemples en cas d'une dépense renouvelable :

1) Si le matériel a déjà été acquis, il convient de retenir le prix d'achat déduction faite de la part remboursée par la sécurité sociale, de prendre en compte les renouvellements éventuellement déjà effectués, et de déterminer la perte future en multipliant la dépense annuelle par l'€ de rente viagère à l'âge de la victime lors du premier renouvellement.

Exemple : Pour un homme âgé de 30 ans lors du premier achat d'un matériel devant être remplacé tous les trois ans, et coûtant 160 € remboursés à hauteur de 40 € :

La dépense initiale de la victime est de 120 € (160 – 40) et le coût annuel s'élève ensuite à 40 € (120/3).

Si le préjudice est liquidé 5 ans après le premier achat du matériel, la victime percevra pour la période passée la somme de 320 € [120 € (coût initial) + 40€ X 5 ans]] et pour l'avenir la somme de 1.361,44 € [40 X 34,036 (€ de rente viagère pour un homme de 35 ans dans le barème 2016 au taux de 1,04%)], soit un total 1.681,44€.

2) Si le matériel n'a pas encore été acheté, il y a lieu de fixer l'indemnité au vu du rapport d'expertise si celui-ci n'est pas trop ancien, et dans le cas contraire ou si l'expert n'a pas indiqué le coût du matériel, au vu des justificatifs produits par la victime sur le prix et la part remboursée par l'organisme social.

La jurisprudence dominante capitalise au jour du premier renouvellement.

Exemple : Une femme âgée de 40 ans à la date de consolidation, dont l'état nécessite un matériel devant être remplacé tous les cinq ans et coûtant 200 € remboursés 100 €, recevra 742,24 € :
[100 € (coût initial) + (100€ / 5ans) X 32,112 (€ de rente viagère pour une femme de 45 ans, âge de la victime lors du premier renouvellement)]

3) Si le matériel n'a pas été acheté, par la victime faute de moyens mais loué, il y a lieu de rembourser les frais de location exposés.

Attention : en cas de réduction du droit à indemnisation de la victime, il convient de se reporter au [chapitre traitant du recours des tiers payeurs](#).

3.2.2. Frais de logement adapté ou aménagé

Il est utile de demander à l'expert de se prononcer sur ce poste de préjudice. Pour cela il est souhaitable que l'expertise ait lieu au domicile de la victime ce qui est essentiel pour un grand handicapé.

Les frais de logement aménagé incluent non seulement l'aménagement du domicile, mais aussi le surcoût découlant de l'acquisition d'un domicile mieux adapté au handicap (surcroît de superficie pour faciliter la circulation d'un fauteuil roulant ou pour l'aménagement d'une chambre destinée à la tierce personne assurant la surveillance de nuit...).

En effet, pour pouvoir avoir un minimum d'autonomie et circuler en fauteuil dans son logement, un grand handicapé a besoin d'élargir les portes et les couloirs, de modifier les sanitaires, de bénéficier des progrès de la domotique et de la robotique etc. Il faut également savoir que de tels travaux ne peuvent être réalisés sans l'accord du propriétaire, qu'ils coûtent cher, ne sont indemnisés qu'une fois par le responsable, et sont donc difficilement compatibles avec le statut de locataire lequel n'est jamais à l'abri d'une résiliation du bail par le propriétaire.

Le principe de l'acquisition du logement doit être retenu même s'il reste souvent discuté. Il faut donc déterminer la part du coût d'acquisition du logement en relation de causalité avec l'accident sachant qu'en l'absence d'accident la victime aurait dû exposer des frais pour se loger.

Il y a lieu d'indemniser ce poste de préjudice en fonction des besoins de la victime même si elle ne produit pas de factures mais uniquement des devis. La victime peut en effet n'avoir pas eu les moyens d'aménager son domicile et à fortiori d'en acquérir un nouveau.

Il convient de rappeler que la victime a le droit de choisir son lieu de vie (dans un établissement ou chez elle).

Les frais d'aménagement du domicile ne font l'objet d'aucune prestation sociale il n'y a donc rien à déduire.

3.2.3. Frais de véhicule adapté

Dans la mission d'expertise, il est utile d'interroger l'expert sur la capacité de la victime à conduire et dans l'affirmative, sur les aménagements qui lui sont nécessaires.

Il convient de distinguer selon la nature et l'importance du handicap de la victime. (ex: des séquelles au niveau du membre inférieur nécessitent un véhicule équipé d'une boîte automatique ou de commandes au volant ; une victime paraplégique ou tétraplégique a besoin d'un véhicule permettant d'accueillir un fauteuil roulant ; selon que la victime paraplégique ou tétraplégique est ou non titulaire du permis de conduire handicapé il y a lieu ou non d'indemniser en outre l'aménagement du poste de conduite).

Pour l'adaptation du véhicule, il faut penser à accorder, en sus du coût du renouvellement (tous les six ou sept ans) du véhicule, le coût du premier véhicule selon les mêmes modalités de calcul que celles indiquées au § relatif aux dépenses de santé futures, sans toutefois prendre en compte des prestations sociales puisque ce poste n'est pas pris en charge par les organismes sociaux.

L'indemnisation est fondée sur le surcroît de dépenses au niveau de l'achat même du véhicule, par rapport à la valeur de celui dont se satisfaisait ou se serait satisfait la victime avant l'accident, auquel on ajoute le coût de l'adaptation lorsque la conduite est possible. On tient également compte de la valeur de revente du véhicule au moment de son remplacement.

Ce préjudice comme celui relatif au logement aménagé, et pour les mêmes raisons, peut être indemnisé sur devis.

3.2.4. Pertes de gains professionnels futurs (PGPF)

La nomenclature Dintilhac ventile l'ancien préjudice professionnel en deux postes distincts : les PGPF et l'incidence professionnelle (dévalorisation, pénibilité au travail...).

Les PGPF correspondent à la perte ou à la diminution des revenus consécutive à l'incapacité permanente à compter de la date de consolidation. Elles représentent un enjeu financier important. C'est le poste de préjudice le plus discuté et le plus délicat à apprécier.

Dans le cas où un préjudice professionnel est allégué par la victime, un triple problème se pose: son existence, sa qualification et son évaluation monétaire.

Pour vérifier l'existence d'un préjudice professionnel en lien de causalité avec l'accident, il convient de se référer au rapport d'expertise (pas uniquement la conclusion mais également les parties doléances, examen et discussion) ainsi qu'aux justificatifs produits.

Il s'agit le plus souvent de victimes qui travaillaient et qui du fait des séquelles qu'elles conservent à la suite de l'accident sont soit inaptes à exercer toute activité professionnelle, soit inaptes à poursuivre l'exercice de leur activité antérieure mais aptes à exercer d'autres emplois et doivent se reconverter .

La perte de gains professionnels peut aussi être limitée ou varier dans le temps. C'est le cas d'une victime qui a perdu son emploi du fait de l'accident et en retrouve un deux années après la consolidation. Elle est fondée à demander l'indemnisation des deux années de salaire dont elle a été privée sans déduction des indemnités ASSEDIC.

L'évaluation des PGPF : il convient dans le cas d'une victime qui ne peut plus travailler de se reporter aux avis d'imposition antérieurs à l'accident et dans le cas d'une victime qui doit se reconverter de comparer les avis d'imposition antérieurs et postérieurs à l'accident.

Le juge ayant l'obligation d'évaluer le préjudice **au jour où il statue**, il est indispensable de veiller

à l'actualisation des écritures et des pièces tant en première instance que devant la cour. Cela permet de connaître la situation professionnelle et les revenus de la victime postérieurs à l'appel et donc de mieux apprécier les répercussions à plus long terme de l'accident (devant la cour, il faut aussi réclamer un décompte actualisé de l'organisme social, c'est-à-dire postérieur à la déclaration d'appel : c'est essentiel en présence de pensions ou de rentes).

Quand une victime invoque un licenciement, elle doit produire les documents relatifs au licenciement qui permettront d'en connaître les causes: inaptitude physique consécutive à l'accident, motif économique ou faute.

Pour l'indemnisation, il faut procéder à **3 étapes successives** :

- 1ère étape : **déterminer la perte annuelle** en incluant les primes, indemnités, 13e mois...(les critères du revenu de référence sont les mêmes que ceux de la perte de gains professionnels actuels)

- 2ème étape : **déterminer "la PGPF passée"**, celle qui va de la consolidation à notre décision: Cette PGPF passée correspond à une perte de revenus certaine. Elle se calcule en multipliant la perte annuelle par le nombre d'années écoulées (cette perte est actualisée en tenant compte de l'érosion monétaire et des augmentations dont la victime aurait dû bénéficier si l'actualisation est demandée et justifiée). Elle est toujours versée en capital : **(A)**

- 3ème étape : **déterminer "la PGPF future"** celle qui va de notre décision à la retraite.

2 cas de figure :

- La victime peut continuer à travailler: dans ce cas, il lui est alloué la totalité de l'indemnité lui revenant au titre de la PGPF sous forme de capital.

Compte tenu de l'aléa quant à l'espérance de vie de la victime, on a recours pour calculer le capital lui revenant au titre de la PGPF aux barèmes de capitalisation (voir [chapitre 1 : Notions générales](#))

On multiplie la perte annuelle de revenus par l'euro de rente correspondant au sexe et à l'âge de la victime au jour de notre décision que l'on trouve dans les barèmes de capitalisation des rentes temporaires (50, 55, 60 ou 65 ans selon l'âge auquel la victime aurait du prendre sa retraite) en tenant compte des pertes de retraite éventuelles : **(B)**

Toutefois, quand la victime est jeune, et n'a pas encore eu la possibilité de se constituer ses droits à la retraite, on ne prend plus l'euro de rente temporaire mais l'euro de rente viager.

- Du fait de ses séquelles, la victime (non âgée) ne peut plus ou quasiment plus travailler: il est indispensable dans son intérêt de prévoir que la perte de revenus future sera versée sous forme de **rente indexée** et pas de capital même si ce n'est pas demandé et même si la victime s'y oppose (rappel : le juge est libre de fixer les modalités de paiement : [Cass. Crim., 19 juin 1996, Bull. 1996, n° 261, pourvoi n° 95-82.631](#)) : **(B')**

L'indemnité revenant à la victime au titre de la PGPF correspond au total de **A + B (ou B')**.

Recours des tiers payeurs : il faut déduire de ce total, s'il y en a les indemnités journalières versées après la consolidation, et les arrérages échus ainsi que le capital constitutif des arrérages à échoir des pensions d'invalidité, rentes AT, allocation temporaire d'invalidité..., qui s'imputent prioritairement sur les PGPF et l'incidence professionnelle.

Il faut déduire de la perte de gains les indemnités journalières perçues par la victime avant la

consolidation et ce, même en l'absence de recours de l'organisme social.

En revanche, il n'y a pas lieu de prendre en compte les indemnités versées au titre de la solidarité nationale (RMI, AAH, allocations chômage, allocation d'éducation spécialisée, ARE allocation de retour à l'emploi...) : [Cass. Crim., 29 octobre 2002, pourvoi n° 01-87.181](#) ; [Cass. 2e Civ., 14 mars 2002, Bull. n° 47, pourvoi n° 00-12.716](#) ; [Cass. 2e Civ., 7 avril 2005, Bull. n° 90, pourvoi n° 04-10.563](#).

La perte de droits à la retraite est souvent invoquée mais très rarement démontrée.

Il faut savoir que :

- la loi garantit aux invalides le bénéfice d'une pension au taux plein et prévoit également que les périodes de perception des pensions d'invalidité donnent lieu à la validation gratuite de trimestres qui sont assimilés à des périodes d'assurance pour le calcul de la pension vieillesse, par dérogation au principe dit de « contributivité » (Réponse du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité publiée au JO Sénat du 2 octobre 2008 page 1994, à une question relative au décret n° 2004-1444 du 13 février 2004, paru au JO du 15 février 2004) ;

- le coefficient de minoration consécutif à une durée d'assurance inférieure au nombre de trimestres nécessaires pour obtenir la pension, n'est pas applicable aux fonctionnaires handicapés dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80 % ou mis à la retraite pour invalidité (article 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

Attention : en cas de réduction du droit à indemnisation de la victime, il convient de se reporter au [chapitre traitant du recours des tiers payeurs](#).

La perte de chance :

Il s'agit, par exemple, d'une victime qui ne travaillait pas lorsque le dommage est survenu mais conserve des séquelles qui l'empêchent dorénavant d'exercer une activité professionnelle ou réduisent ses possibilités d'emploi.

C'est également le cas lorsque la victime est un enfant qui par définition n'a jamais travaillé.

Il est difficile d'estimer la perte de chance puisqu'il s'agit de reconstituer la carrière professionnelle qui aurait été celle de la victime si elle n'avait pas eu d'accident en fonction notamment de son cursus scolaire (niveau atteint, filière suivie, résultats obtenus...), de la situation des membres de la famille (diplômes et parcours professionnels des parents et des frères et sœurs)... L'évaluation se fait *in concreto* en fonction des pièces produites.

Si la victime avait d'ores et déjà opté pour une profession ou commencé à travailler, elle pourra selon l'état d'avancement de sa formation être indemnisée à partir des données INSEE du salaire médian (consultable sur le site de l'INSEE) par profession (valable uniquement pour certaines professions).

C'est aussi le cas de la mère de famille qui a cessé de travailler pour élever ses enfants et perd la chance de pouvoir retravailler une fois ceux-ci élevés.

3.2.5. Incidence professionnelle

Elle correspond aux séquelles qui limitent les possibilités professionnelles (ex: victime qui ne doit pas travailler debout ou doit éviter le port de charges lourdes ou de conduire longtemps) ou rendent l'activité professionnelle antérieure plus fatigante ou plus pénible .

Cette incidence professionnelle a pour objet d'indemniser non la perte de revenus liée à l'invalidité, 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 l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à l' obligation de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance de son handicap.

Ce poste de préjudice permet également d'indemniser le risque de perte d'emploi qui pèse sur une personne atteinte d'un handicap, la perte de chance de bénéficier d'une promotion, la perte de gains espérés à l'issue d'une formation scolaire ou professionnelle, les frais nécessaires à un retour de la victime à la vie professionnelle.

La victime peut à la fois solliciter indemnisation de sa PGPF et de son incidence professionnelle .

À titre d'exemple, l'hôtesse de l'air qui est reclassée dans un emploi au sol perçoit un revenu moindre et a des fonctions moins valorisantes et différentes de celles qu'elle avait choisies.

L'évaluation : il faut tenir compte de l'emploi exercé par la victime (manuel, sédentaire, fonctionnaire...), de la nature et de l'ampleur de l'incidence (interdiction de port de charges, station debout prohibée, difficultés de déplacement, pénibilité, fatigabilité...), de l'âge... Elle est indemnisée sous forme de capital.

Recours des tiers payeurs : il faut déduire de ce capital le solde non imputé sur les pertes de gains professionnels futurs (ainsi que, s'il y a des indemnités journalières versées après la consolidation), de la pension d'invalidité, de la rente AT, de l'allocation temporaire d'invalidité (arrérages échus et capital constitutif des arrérages à échoir).

Dans la mesure où le recours des tiers payeurs s'exerce de façon identique sur les PGPF et l'incidence professionnelle, il n'y a pas d'inconvénient à indemniser globalement les deux postes de préjudice.

Mais il ne faut jamais, même lorsque les parties le demandent expressément, indemniser globalement le déficit fonctionnel avec le préjudice professionnel sous la qualification d' « IPP avec incidence professionnelle ».

Cette pratique amalgame deux préjudices de nature différente, l'incapacité qui est un préjudice physiologique et le préjudice professionnel qui est un préjudice économique.

En outre, il faut constater que si le taux du DFP permet de mesurer le déficit fonctionnel de la victime, il n'y a pas nécessairement un lien entre le déficit fonctionnel d'une victime et son préjudice professionnel. Nous savons tous qu'un taux de DFP élevé peut n'avoir aucune incidence professionnelle et inversement qu'un faible taux de DFP peut entraîner une incapacité professionnelle extrêmement importante.

Exemples :

- la perte d'un œil mettra fin à la carrière du pilote de ligne, pas à celle du facteur.

- l'amputation d'une jambe est incompatible avec le métier de maçon couvreur, pas avec celui d'un administratif sédentaire.

Il est toujours statué hors incidence fiscale.

Attention : en cas de réduction du droit à indemnisation de la victime, il convient de se reporter au [chapitre traitant du recours des tiers payeurs](#).

3.2.6. Tierce-personne

Dans le cas où la victime a besoin du fait de son handicap d'être assistée de manière définitive par une tierce-personne, il faut lui donner les moyens de financer le coût de cette tierce-personne sa vie durant.

Ce poste de préjudice ne concerne que les gros handicaps et les indemnités allouées peuvent être extrêmement importantes, surtout lorsque les victimes sont jeunes. Il est âprement discuté.

Pour résoudre les nombreux problèmes qu'il pose, le rapport d'expertise est essentiel. Il faut donc apporter beaucoup de soin non seulement au choix de l'expert mais aussi au contenu de sa mission.

C'est en effet, l'expert qui dira si une tierce personne est nécessaire et si elle doit être spécialisée (infirmière, kinésithérapeute...) ou non (la seule que nous avons à indemniser). En cas de tierce-personne non spécialisée, il devra aussi préciser de quel type d'assistance il s'agit (ménage, actes de la vie courante, incitation ou simple surveillance nocturne...) ainsi que les durées d'intervention respectives des tierce-personnes spécialisées, "actives" ou "de surveillance". Il est extrêmement utile qu'il décrive une journée type de la victime en y incluant les temps d'intervention de la tierce personne.

Pour l'indemnisation, il faut procéder à 3 étapes successives :

- 1ère étape : **déterminer le montant annuel de la dépense** compte tenu du coût horaire, charges sociales comprises, de chacune des tierces personnes et des durées leurs interventions respectives.

Si la Cour de cassation a jugé à maintes reprises pour favoriser l'entraide familiale que l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce-personne ne saurait être réduite en cas d'assistance par un proche de la victime (Cass. 2e Civ., 15 avril 2010, pourvoi n° 09-14.042), il convient néanmoins pour fixer le coût horaire de distinguer deux cas de figure :

Pour chiffrer ce poste de préjudice, il convient de fixer le coût horaire et de distinguer deux cas de figure :

-la victime produit des justificatifs de la dépense exposée pendant une longue période et doit alors être indemnisée à hauteur d'une dépense justifiée. On peut également admettre la facturation par un organisme d'aide à la personne (tarif prestataire) de l'ordre de 20 à 25 € pour dégager la victime des soucis afférents au statut d'employeur. C'est ce qu'a fait la cour d'appel de Lyon en jugeant que « le choix d'une indemnisation prestataire est légitime eu égard au lourd handicap subi justifiant que la victime soit dégagée des soucis inhérents au statut d'employeur qu'elle n'avait pas avant l'accident » (CA Lyon, 13 nov. 2008). On ne saurait se satisfaire de simples devis ou de quelques factures émanant d'une société prestataire à laquelle la victime a eu recours pour une durée limitée

ou un nombre d'heures très inférieur à celui objet de la demande en vue de servir de référence lors de son indemnisation. En cas de demande d'indemnisation d'aggravation du préjudice, la justification des dépenses antérieurement exposées sert de référence ;

- même en l'absence de justificatifs, les cours d'appel retiennent en juin 2016 pour la tierce personne active un taux horaire moyen de 16 € à 25 €, en fonction du besoin, de la gravité du handicap et de la spécialisation de la tierce personne ; pour la tierce personne de surveillance nocturne, on peut retenir un taux horaire moyen de 11 € sachant qu'en pratique les tierces personnes de nuit ne sont pas rémunérées à l'heure mais en fonction d'un forfait pour la nuit et que les tarifs des services mandataires sont généralement inférieurs.

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

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

Lorsque la victime n'a pas la qualité d'employeur (service et tarif prestataire), le calcul annuel est fait sur la base de 365 jours.

Lorsque la victime a la qualité d'employeur (service et tarif mandataire), le calcul annuel est fait sur la base de 412 jours pour tenir compte des congés payés (5 semaines) et des jours fériés (une dizaine).

A partir de ces éléments, il convient de déterminer le coût annuel de la tierce personne, d'allouer à la victime les arrérages échus en capital correspondant aux dépenses déjà engagées entre la consolidation et la date de la décision, et les arrérages à échoir après la décision sous forme de rente ou en capitalisant le coût annuel.

- 2ème étape : **déterminer le coût de la tierce personne passée**, celle qui commence au retour au domicile (et non à la consolidation) et va jusqu'à notre décision (en arrondissant par années pour simplifier), il faut multiplier le coût annuel par le nombre d'années écoulées. Il faut donc allouer, pour le passé, un règlement **en capital (A)**.

- 3ème étape : **déterminer le coût de la tierce personne future**, celle qui débute au jour où nous statuons (en fait, le lendemain du jour auquel nous avons arrêté l'indemnisation de la tierce personne passée et dans notre exemple le 1er février 2013) jusqu'au décès de la victime.

Deux cas de figure :

a) la victime n'a besoin que de quelques heures de tierce personne (par exemple, quelques heures de ménage par semaine). Dans ce cas, le plus simple est d'indemniser la tierce personne future sous forme de capital.

Pour ce faire, il convient de capitaliser le coût annuel de la tierce personne future en le multipliant par l'euro de rente viagère correspondant au sexe et à l'âge de la victime au jour auquel a pris fin la tierce personne passée (B).

L'indemnité revenant à la victime au titre de la tierce personne correspond au total de A + B.

b) la victime est lourdement handicapée et est dans l'incapacité d'accomplir seule certains actes essentiels de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, faire ses transferts, se déplacer...). Dans ce cas, il est essentiel dans l'intérêt de la victime dont il convient de sauvegarder l'avenir (nombreux sont les handicapés dont l'argent a été mal placé ou dilapidé et qui se trouvent démunis et sans droits alors qu'ils avaient été correctement indemnisés en capital) de décider, même si ce n'est pas demandé ou si les parties s'y opposent [les juges du fond apprécient souverainement le mode de réparation du dommage et peuvent allouer à la victime une indemnité sous forme de rente, au lieu du capital demandé par celle-ci (Cass. Crim., 19 juin 1996, Bull. 1996, n° 261, pourvoi n° 95-82.631)] que le paiement de la tierce personne future se fera sous forme de rente viagère indexée et non de capital (B') payable à compter du lendemain du jour où a pris fin la tierce personne passée (dans notre exemple, le 1er février 2011).

Lorsqu'il y a lieu d'allouer une rente viagère, il convient d'indiquer :

- dans les motifs : *“À compter du... , dans l'intérêt de la victime dont il convient de protéger l'avenir; une rente viagère annuelle de... , indexée, payable conformément au dispositif”*,

- dans le dispositif :

“ - en capital la somme de...,

- une rente annuelle viagère d'un montant de..., au titre de la tierce personne, payable trimestriellement, indexée selon les dispositions prévues par la loi du 5 juillet 1985 et suspendue en cas d'hospitalisation à partir du 46e jour et ce, à compter du...”

2 calculs selon que la victime perçoit ou non une majoration tierce personne :

Attention : la majoration tierce personne (MTP) est versée par l'assurance-maladie et doit être déduite de l'indemnité allouée au titre de la tierce personne.

En ce qui concerne la prestation de compensation du handicap, la PCH, prestation indemnitaire (Civ 2ème 16 mai 2013 12-18.093) versée par le Conseil Général au titre de la solidarité nationale, il y a lieu de procéder aux distinctions suivantes.

De façon générale, la PCH qui n'est pas mentionnée à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 et ne donne pas lieu à recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation, ne se déduit pas de l'indemnité allouée (Civ 2ème 2 juillet 2015 14-19.797).

Il en va cependant différemment en présence de textes spéciaux qui prévoient l'indemnisation de certaines victimes par des fonds d'indemnisation ou par la solidarité nationale. Ainsi tant l'article 706-9 du code de procédure pénale applicable devant la CIVI que l'article L 1142-17 du code de la santé publique en ce qui concerne l'ONIAM et le IV de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 en ce qui concerne le FIVA prévoient qu'il y a lieu de tenir compte des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs au titre du même préjudice. La PCH, à supposer qu'elle ait été demandée et accordée, se déduit en conséquence de l'indemnité qui répare un préjudice qu'elle concourt également à réparer.

A noter que la solution est différente en ce qui concerne le FGAO. En effet, il résulte des articles L 421-1 et R 421-13 du code des assurances définissant les obligations du FGAO que la PCH ne peut être déduite de l'indemnité revenant à la victime dès lors que la déduction des versements effectués par des tiers payeurs est subordonnée à l'existence d'une action récursoire de ces derniers contre le responsable du dommage (Crim. 1 septembre 2015 14-82.251 – 3 mai 2016 14-84.246).

- La victime ne perçoit pas de majoration tierce personne :

Il convient de procéder comme indiqué ci-dessus.

La victime percevra au titre de la tierce personne d'une part un montant en capital (A) qu'il conviendra d'ajouter aux autres indemnités en capital allouées pour d'autres postes de préjudice et d'autre part, une rente annuelle viagère (B'), d'un montant correspondant au coût annuel de la tierce personne.

- La victime perçoit une majoration tierce personne :

Cette majoration est forfaitaire et plafonnée (1082,43 euros en mars 2013) Elle n'est versée qu'aux victimes très lourdement handicapées.

L'existence d'une majoration tierce personne ressort des décomptes établis par les organismes sociaux. Toutefois, ces décomptes n'évaluent pas toujours distinctement la majoration tierce personne et la rente AT (ou la pension d'invalidité...). Or, il est indispensable du fait du recours "poste par poste" qui implique de déduire la majoration tierce personne de la seule indemnité allouée au titre de la tierce personne (et la rente AT, la pension d'invalidité...des seuls postes PGPF, incidence professionnelle et éventuellement déficit fonctionnel permanent,.), d'obtenir un décompte chiffrant séparément pour chacune de ces prestations, le montant des arrérages échus et du capital représentatif des arrérages à échoir.

La majoration tierce personne correspondant à une indemnisation partielle de la victime par les prestations sociales, il convient conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006 de faire application du droit de préférence prévu par l'article 1252 du code civil (voir chapitre traitant du recours des tiers payeurs) :

- si le montant total de la majoration tierce personne (arrérages échus + capital représentatif des arrérages à échoir) est inférieur au montant de l'indemnité revenant à la victime au titre de la tierce personne passée (A), il est plus simple de l'imputer en totalité sur l'indemnité allouée en capital (A-majoration tierce personne) de sorte qu'il sera sans incidence sur le montant de la rente allouée à la victime au titre de la tierce personne future qui sera fixée conformément à B', la rente viagère indexée étant toujours égale au coût annuel de la tierce personne. Dans ce cas, la victime recevra au titre de la tierce personne : le solde en capital de (A-majoration tierce personne) outre une rente annuelle viagère indexée (B') ;

- si le montant total de la majoration tierce personne est supérieur au montant de l'indemnité revenant à la victime au titre de la tierce personne passée, il y a lieu successivement :

1. de fixer le coût de la tierce personne passée en capital en procédant comme pour A,
2. de fixer le coût de la tierce personne future en capital:
pour ce faire, il faut capitaliser le coût annuel de la tierce personne future en le multipliant par l'euro de rente viagère correspondant au sexe et à l'âge de la victime au jour auquel a pris fin la tierce personne passée (B),
3. de fixer le montant total de l'indemnité allouée au titre de la tierce personne: C (A+B),
4. de déduire la majoration tierce personne de l'indemnité allouée au titre de la tierce personne : D (C -majoration tierce personne),
5. de convertir en rente viagère annuelle le solde revenant à la victime au titre de la tierce personne (D) en divisant ce montant par l'euro de rente viagère correspondant au sexe et à l'âge de la victime au jour de notre décision que l'on trouve dans les barèmes de capitalisation des rentes viagères.

Remarques :

La Cour de Cassation a jugé à maintes reprises :

- que l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce-personne ne saurait être réduite en cas d'assistance par un proche de la victime ([Cass. 2e Civ., 15 avril 2010, pourvoi n° 09-14042](#)), cela pour répondre aux arguments habituels des assureurs qui s'opposent à l'indemnisation de la tierce personne au motif que la victime ne justifie pas de l'emploi d'une tierce personne rémunérée ou au motif que l'assistance apportée par le conjoint n'excède pas le devoir d'assistance que se doivent les époux ;

- que l'auteur du dommage doit, même dans le cas d'une aide familiale, rembourser les charges sociales sans pouvoir exiger de justificatif de leur paiement effectif.

Il faut néanmoins tenir compte des exonérations des cotisations patronales prévues par l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

3.2.7. Préjudice scolaire, universitaire ou de formation

Il peut s'agir de la perte d'années d'études, d'un retard scolaire ou de formation, de la modification de l'orientation professionnelle, de la renonciation à une formation...

Ce poste de préjudice s'apprécie *in concreto*, en fonction de la durée de l'incapacité temporaire et de sa situation dans le temps (limitée à la période des vacances ou au contraire pendant la période des examens), des résultats scolaires antérieurs à l'accident (tout redoublement n'est pas imputable à un accident), du niveau des études poursuivies, de la chance de terminer la formation entreprise...

A titre indicatif, la jurisprudence peut allouer les indemnités suivantes :

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

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

3.3. Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

3.3.1. Déficit fonctionnel temporaire

Il inclut pour la période antérieure à la consolidation, la perte de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante durant la maladie traumatique, le préjudice temporaire d'agrément, éventuellement le préjudice sexuel temporaire.

L'évaluation des troubles dans les conditions d'existence tient compte de la durée de l'incapacité temporaire, du taux de cette incapacité (totale ou partielle), des conditions plus ou moins pénibles de cette incapacité (ex: victime qui a subi de nombreuses interventions et est restée hospitalisée et immobilisée pendant plusieurs mois par opposition à celle qui a pu rester chez elle).

Selon que la victime est plus ou moins handicapée : 600 à 900 €/ mois.

Cette base sera multipliée par le nombre de mois correspondant à la durée de l'incapacité temporaire avec un abattement proportionnel si l'incapacité temporaire n'est pas totale.

Exemple : deux mois d'ITT et trois mois d'ITP à 50 % indemnisés sur la base de 600 €/mois : $(600 \text{ €} \times 2 \text{ mois}) + (600 \text{ €}/2 \times 3 \text{ mois}) = 2 \text{ 100 €}$

Si l'expert a arrêté la période du déficit fonctionnel temporaire avant la date de consolidation et que la victime conserve un taux de déficit fonctionnel permanent, il convient en cas de demande de la victime d'indemniser le déficit fonctionnel temporaire partiel à un taux qui ne peut être inférieur à celui du déficit fonctionnel permanent.

Attention : la jurisprudence de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a connu des évolutions récentes concernant l'imputation des rentes sur le DFT.

En effet, dans 3 arrêts ([Cass. 2e Civ., 22 octobre 2009, pourvoi n° 08-18.755](#), [Cass. 2e Civ., 19 novembre 2009, pourvoi n° 08-18.019](#) et [Cass. 2e Civ., 17 décembre 2009, pourvoi n° 09-11.323](#)), la deuxième chambre civile a indiqué que "la rente invalidité indemnise d'une part [...] et d'autre part le déficit fonctionnel temporaire et permanent", puis dans tous les arrêts postérieurs ([Cass. 2e Civ., 14 janvier 2010, pourvoi n° 09-65.619](#), [Cass. 2e Civ., 4 février 2010, pourvoi n° 09-11.536](#), [Cass. 2e Civ., 18 février 2010, pourvoi n° 09-12.278](#), [Cass. 2e Civ., 12 mai 2010, pourvoi n° 09-66.226](#)) elle reproduit le même attendu de principe s'agissant de l'imputation des rentes sur le déficit fonctionnel, mais en omettant toute référence au DFT (déficit fonctionnel temporaire). Ainsi, elle a abandonné la première solution qui était d'ailleurs contraire à l'indemnisation poste par poste, le DFT subi avant consolidation ne pouvant, sauf exception, être réparé par des rentes et pensions, lesquelles sont le plus souvent versées après la consolidation.

Vous pouvez accéder à la [jurisprudence indicative et évolutive des cours d'appel en matière d'indemnisation du déficit fonctionnel temporaire](#).

3.3.2. Souffrances endurées

Ce poste de préjudice était autrefois désigné par le terme *pretium doloris*.

Il s'agit d'indemniser les souffrances **tant physiques que morales** endurées par la victime du fait des atteintes à son intégrité, dignité et intimité présentées et des traitements, interventions, hospitalisations qu'elle a subis depuis l'accident jusqu'à la consolidation.

Après la consolidation, les souffrances chroniques sont une composante du déficit fonctionnel .

C'est parce que l'on indemnise au titre des souffrances également les souffrances morales, que l'on rejette les demandes en réparation du préjudice moral qui sont parfois présentées. Cela suppose que l'expert ait effectivement tenu compte des souffrances morales dans l'appréciation du quantum.

A défaut, il convient de préciser que l'indemnité allouée au titre des souffrances comprend non seulement les souffrances physiques retenues par l'expert mais également les souffrances morales endurées par la victime et d'en tenir compte pour déterminer le montant de l'indemnité.

Exemple : il convient de prendre en compte le traumatisme psychique subi par la victime d'un accident de la circulation qui a attendu pendant plusieurs heures d'être désincarcérée de son

véhicule ou celle qui a vu mourir à ses côtés un de ses parents ou amis.

En cas d'infraction volontaire, on retient généralement un préjudice spécifique (cf infra [chapitre 7](#)).

Ce préjudice s'intègre soit dans la réparation du préjudice résultant des souffrances endurées, soit dans la réparation du déficit fonctionnel permanent.

Cependant sa réparation vient en sus de celle de ces préjudices tels qu'ils sont évalués à partir des données médicales ; en effet, il s'agit de réparer à la fois l'atteinte au droit, à la dignité et à l'intégrité de la personne et le choc ou l'émotion subis par cette personne qui ne relèvent pas de la science médicale. Autrement dit, ce chef de préjudice concerne le préjudice qui n'est pas matériel mais que le médecin ne peut pas appréhender,

Dans ce cas, il faudra prévoir deux sous-rubriques : le préjudice relevant des constatations médicales et le préjudice résultant de la commission de l'infraction, indépendamment des constatations médicales.

Pour les préjudices relevant des constatations médicales, l'évaluation monétaire se fait en fonction du degré retenu par l'expert, sur une échelle de 1 à 7 et des valeurs dégagées par la jurisprudence pour chacun de ces degrés.

Il convient de moduler les indemnités allouées pour les souffrances, même cotées de manière identique, en tenant compte des spécificités de chaque victime (circonstances de l'accident, multiplicité et gravité des blessures, nombre d'interventions chirurgicales, âge de la victime...).

Il faut savoir que chaque degré de l'échelle correspond au double du degré précédent. Ainsi des souffrances quantifiées 5 représentent une douleur deux fois plus importante que des souffrances de 4.

L'indemnisation des souffrances endurées et du préjudice esthétique permanent en fonction de la cotation médico-légale peut être la suivante :

1/7	Très léger	Jusqu'à 2.000 euros
2/7	Léger	2.000 à 4 000 euros
3/7	Modéré	4 000 à 8 000 euros
4/7	Moyen	8 000 à 20 000 euros
5/7	Assez important	20 000 à 35 000 euros
6/7	Important	35 000 à 50 000 euros
7/7	Très important	50 000 à 80 000 euros
	Tout à fait exceptionnel	80 000 euros et plus

3.3.3. Préjudice esthétique temporaire

C'est un poste important pour les grands brûlés, les traumatisés de la face et les enfants pour lesquels on est obligé de différer les interventions de chirurgie esthétique mais, contrairement à ce qui est fréquemment soutenu, il n'est pas limité à ces cas. L'adverbe "*notamment*" utilisé par la

nomenclature Dintilhac montre qu'il ne s'agit que d'exemples.

Il faut se prononcer en fonction des photographies réalisées peu de temps après le fait dommageable versées aux débats, du rapport d'expertise (en aucun cas des seules conclusions de la victime), de la durée durant laquelle il a été subi et de l'âge surtout pour les enfants.

L'évaluation pourra être faite par référence au préjudice esthétique permanent en tenant compte cependant de son caractère temporaire.

3.4. Préjudices extra-patrimoniaux permanents

3.4.1. *Déficit fonctionnel permanent*

Ce poste tend à indemniser la réduction définitive (après consolidation) du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoute les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, et notamment le préjudice moral et les troubles dans les conditions d'existence (personnelles, familiales et sociales).

Il s'agit, pour la période postérieure à la consolidation, de la perte de qualité de vie, des souffrances après consolidation et des troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence (personnelles, familiales et sociales) du fait des séquelles tant physiques que mentales qu'elle conserve.

Il convient de substituer à la notion d'IPP celle de déficit fonctionnel sur lequel se fonde le nouveau barème médical. C'est un barème propre au droit commun qui mesure l'incapacité fonctionnelle de la victime contrairement aux anciens barèmes qui selon l'expression de Mme LAMBERT FAIVRE "singeaient le droit du travail en mesurant une incapacité d'ordre professionnel".

Le taux du déficit fonctionnel est évalué par l'expert.

Il ne faut jamais même lorsque les parties le demandent expressément, indemniser globalement le DFP avec le préjudice professionnel sous la qualification de « DFP (ou d'IPP) avec incidence professionnelle.

L'indemnité réparant le déficit fonctionnel est fixée en multipliant le taux du déficit fonctionnel par une valeur du point. La valeur du point est elle-même fonction du taux retenu par l'expert et de l'âge de la victime à la consolidation. Elle est d'autant plus élevée que le taux est plus fort et que l'âge de la victime est plus faible.

Cette valeur est résumée par des graphiques qui ne sont pas des barèmes mais une synthèse de la jurisprudence.

Exemple : 10 % de DFP pour une victime âgée de 40 ans : on multiplie la valeur du point (1800€) par 10, soit 18 000 €.

Pour le DFP, il faut se souvenir que depuis les arrêts des 19 mai et 11 juin 2009, la rente versée à la victime indemnise d'une part les PGPF et l'incidence professionnelle et d'autre part le DFP et qu'en l'absence de PGPF et d'incidence professionnelle, la rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel du DFP.

Attention : en cas de réduction du droit à indemnisation de la victime, il convient de se reporter au

[chapitre traitant du recours des tiers payeurs.](#)

Vous pouvez par ailleurs accéder à un [outil d'évaluation de la valeur du point d'indemnité de déficit fonctionnel permanent](#), en fonction de l'âge et du taux d'incapacité de la victime, fondé sur la jurisprudence des cours d'appel. Les calculs effectués sont fondés sur les valeurs figurant dans le tableau ci-dessous.

Il convient de rechercher dans le tableau la valeur du point de déficit fonctionnel (1%) en croisant la colonne correspondant à l'âge de la victime et la ligne correspondant à son taux de déficit fonctionnel ; il convient ensuite de multiplier la valeur du point par le taux de déficit fonctionnel.

A titre d'exemple une victime de 35 ans subissant un déficit de 22% : $22 \times 2570 = 56\,540$ euros.

2013	0 à 10 ans	11 à 20 ans	21 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	71 à 80 ans	81 ans et plus
1 à 5 %	2.100	1.950	1.780	1.610	1.440	1.270	1.100	950	800
6 à 10 %	2.425	2.250	2.050	1.850	1.640	1.420	1.200	1.025	850
11 à 15 %	2.750	2.550	2.320	2.090	1.840	1.570	1.300	1.100	900
16 à 20 %	3.075	2.850	2.590	2.330	2.040	1.720	1.400	1.175	950
21 à 25 %	3.400	3.150	2.860	2.570	2.240	1.870	1.500	1.250	1.000
26 à 30 %	3.725	3.450	3.130	2.810	2.440	2.020	1.600	1.325	1.050
31 à 35 %	4.050	3.750	3.400	3.050	2.640	2.170	1.700	1.400	1.100
36 à 40 %	4.375	4.050	3.670	3.290	2.840	2.320	1.800	1.475	1.150
41 à 45 %	4.700	4.350	3.940	3.530	3.040	2.470	1.900	1.550	1.200
46 à 50 %	5.025	4.650	4.210	3.770	3.240	2.620	2.000	1.625	1.250
51 à 55 %	5.350	4.950	4.480	4.010	3.440	2.770	2.100	1.700	1.300
56 à 60 %	5.675	5.250	4.750	4.250	3.640	2.920	2.200	1.775	1.350
61 à 65 %	6.000	5.550	5.020	4.490	3.840	3.070	2.300	1.850	1.400
66 à 70 %	6.325	5.850	5.290	4.730	4.040	3.220	2.400	1.925	1.450
71 à 75 %	6.650	6.150	5.560	4.970	4.240	3.370	2.500	2.000	1.500
76 à 80 %	6.975	6.450	5.830	5.210	4.440	3.520	2.600	2.075	1.550
81 à 85 %	7.300	6.750	6.100	5.450	4.640	3.670	2.700	2.150	1.600
86 à 90 %	7.625	7.050	6.370	5.690	4.840	3.820	2.800	2.225	1.650
91 à 95 %	7.950	7.350	6.640	5.930	5.040	3.970	2.900	2.300	1.700
96 % plus	8.200	7.650	6.910	6.170	5.240	4.120	3.000	2.375	1.750

Ces données ne relèvent que de moyennes jurisprudentielles et n'ont qu'une valeur strictement indicative.

En cas d'infraction volontaire, on retient généralement un préjudice spécifique (cf infra [chapitre 7](#)).

Ce préjudice s'intègre soit dans la réparation du préjudice résultant des souffrances endurées, soit dans la réparation du déficit fonctionnel permanent.

Cependant sa réparation vient en sus de celle de ces préjudices tels qu'ils sont évalués à partir des données médicales ; en effet, il s'agit de réparer à la fois l'atteinte au droit, à la dignité et à l'intégrité de la personne et le choc ou l'émotion subis par cette personne qui ne relèvent pas de la science médicale. Autrement dit, ce chef de préjudice concerne le préjudice qui n'est pas matériel mais que le médecin ne peut pas appréhender,

Dans ce cas, il faudra prévoir deux sous-rubriques : le préjudice relevant des constatations médicales et le préjudice résultant de la commission de l'infraction, indépendamment des constatations médicales.

3.4.2. Préjudice d'agrément

Ce poste de préjudice répare l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs et non plus, comme auparavant, la perte de qualité de vie subie avant consolidation laquelle est prise en compte au titre du déficit fonctionnel permanent ([Cass. 2e Civ., 28 mai 2009, Bull. 2009, n° 131, pourvoi n° 08-16.829](#)).

La jurisprudence des cours d'appel ne limite pas l'indemnisation du préjudice d'agrément à l'impossibilité de pratiquer une activité sportive ou de loisirs exercée antérieurement à l'accident. Elle indemnise également les limitations ou les difficultés à poursuivre ces activités.

L'appréciation se fait in concreto, en fonction des justificatifs, de l'âge, du niveau sportif... ([Cass. 2e Civ., 28 mai 2009, pourvoi n° 08-16.829 précité](#)).

Attention : la définition du préjudice d'agrément est désormais la même en droit de la sécurité sociale (Civ. 2E 28 février 2013)

3.4.3. Préjudice esthétique permanent

Les barèmes médicaux tendent à limiter le préjudice esthétique aux cicatrices et aux mutilations et sous-estiment la boiterie, le fait pour une victime d'être obligée de se présenter en fauteuil roulant ou alitée et également les éléments de nature à altérer l'apparence ou l'expression.

Exemple : séquelles d'ordre mental.

Le préjudice esthétique est réparé en fonction du degré retenu par l'expert sur l'échelle de 1 à 7.

On utilise sensiblement les mêmes valeurs que pour les souffrances mais il faut les moduler en fonction de la localisation des cicatrices, de l'âge de la victime lors de la survenance du dommage (très important pour un enfant), de sa profession et de sa situation personnelle.

Il faut savoir que chaque degré de l'échelle correspond au double du degré précédent. Ainsi un préjudice esthétique quantifié 4 représente un préjudice deux fois plus important qu'un préjudice esthétique de 3.

L'indemnisation des souffrances endurées et du préjudice esthétique permanent en fonction de la cotation médico-légale peut être la suivante :

1/7	Très léger	Jusqu'à 2.000 euros
2/7	Léger	2.000 à 4 000 euros
3/7	Modéré	4 000 à 8 000 euros
4/7	Moyen	8 000 à 20 000 euros
5/7	Assez important	20 000 à 35 000 euros
6/7	Important	35 000 à 50 000 euros
7/7	Très important	50 000 à 80 000 euros
	Tout à fait exceptionnel	80 000 euros et plus

3.4.4. Préjudice sexuel

Il convient de distinguer trois types de préjudices de nature sexuelle :

- le préjudice morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels 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 sexuel , perte de la capacité à accéder au plaisir),
- le préjudice lié à une impossibilité ou difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical etc.) .

Il n'existe pas de taux et l'évaluation se fait au cas par cas en fonction des conséquences précises du dommage décrites par l'expert et de l'âge et de la situation de la victime.

Son indemnisation peut atteindre 50 000 € pour un préjudice affectant totalement et définitivement les trois aspects de la fonction sexuelle chez une personne jeune. Ce préjudice engendre un préjudice par ricochet pour le conjoint ou le compagnon ; cette indemnisation dépasse rarement 15 000 euros.

3.4.5. Préjudice d'établissement

Il consiste en la perte d'espoir et de chance normale de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité du handicap.

L'évaluation est personnalisée notamment en fonction de l'âge.

La Cour de cassation a précisé dans un arrêt du 12 mai 2011 que le préjudice d'établissement ne peut être confondu, ni avec le préjudice d'agrément, ni avec le préjudice sexuel. ([Cass. 2e Civ., 12 mai 2011 pourvoi 10-1748](#)).

3.4.6. *Préjudices permanents exceptionnels*

Le groupe de travail Dintilhac a estimé qu'il était nécessaire de ne pas retenir une nomenclature trop rigide de la liste des postes de préjudice et a considéré qu'il était important de prévoir un poste "préjudices permanents exceptionnels" qui permette, le cas échéant, d'indemniser, à titre exceptionnel, tel ou tel préjudice extra patrimonial permanent particulier non indemnisable par un autre biais.

Il a ainsi précisé qu'il existait 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.

3.5. Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)

Le [rapport « Dintilhac »](#) le définit comme suit :

« 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 V.I.H., 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".

Bien évidemment, la liste de ce type de préjudice est susceptible de s'allonger dans l'avenir au regard des progrès de la médecine qui mettent de plus en plus en évidence ce type de pathologie virale ou autre jusque là inexistante ou non détectée. »

Les cours d'appel se réfèrent à l'arrêt rendu le 18 mars 2010 par la Cour de cassation, 2ème chambre civile ([pourvoi n° 08-16.169](#)) qui définit ainsi le préjudice spécifique de contamination :

« Le préjudice spécifique de contamination par le virus de l'hépatite C comprend l'ensemble des préjudices de caractère personnel tant physiques que psychiques résultant du seul fait de la contamination virale : il inclut notamment les perturbations et craintes éprouvées, toujours latentes, concernant l'espérance de vie ainsi que la crainte des souffrances ; il comprend aussi le risque de toutes les affections opportunistes consécutives à la découverte de la contamination ; il comprend également les perturbations de la vie sociale, familiale et sexuelle ; il comprend enfin les souffrances, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément provoqués par les soins et traitements subis pour combattre la contamination ou en réduire les effets ; il n'inclut pas le préjudice à caractère personnel constitué par le déficit fonctionnel, lorsqu'il existe ».

Il s'en suit que dès lors que le préjudice spécifique de contamination a été retenu et indemnisé, ne peuvent être réparés distinctement les éléments constitutifs de ce même préjudice.

4. Victimes indirectes - Principes généraux

Le dommage corporel subi par une personne décédée peut donner lieu à une action de ses héritiers en indemnisation de ce dommage ainsi qu'à une action de ses proches en réparation du préjudice qu'ils ont personnellement souffert du fait de ce dommage.

En effet, lorsque la victime directe décède avant d'avoir été indemnisée, ses droits et actions sont transmis à ses héritiers. Dans ce cas, la liquidation des dommages corporels de la victime directe se fait selon des règles évoquées au titre des notions générales. Toutefois, les préjudices dits permanents, qui s'étendent dans le temps (tierce personne, pertes de gains professionnels futurs, incidence professionnelle, déficit fonctionnel permanent, préjudices esthétique, sexuel, d'agrément...) sont réparés *prorata temporis* jusqu'à la date du décès (Cass. Crim., 3 novembre 2004, pourvoi n° 04-80.665) par exemple selon la formule suivante : montant total de l'indemnité qui aurait été allouée à une victime en vie, divisé par le nombre d'années que lui laissait son espérance de vie à la date de consolidation, et multiplié par le nombre d'années écoulées entre la consolidation et le décès. Selon l'âge de la victime décédée, le résultat obtenu peut être corrigé pour tenir compte de l'importance décroissante dans le temps de certains préjudices (sexuel, esthétique); en effet, s'agissant de ces postes, le préjudice annuel subi par un jeune adulte aura été plus important au cours des années qui ont immédiatement suivi la consolidation qu'il ne l'aurait été au cours de sa vieillesse. La juridiction saisie de la liquidation doit veiller à obtenir des décomptes des prestations versées par les tiers payeurs au titre de la victime décédée, arrêtés à la date du décès (sans frais futurs).

Si les dommages soufferts par la victime directe avant son décès, lorsque celui-ci n'a pas été immédiat (souffrance tant morale que physique, éventuellement déficit fonctionnel temporaire...), doivent faire l'objet d'une indemnisation, l'existence d'une perte de chance de survie de la victime dont le décès est entièrement imputable à un accident n'est pas caractérisée (Cass. 2e Civ., 10 décembre 2009, pourvoi n° 09-10.296), contrairement à la perte de chance de survie due à une faute médicale ou subie par une victime décédée après un accident, d'une pathologie qui préexistait mais dont le traitement a dû être interrompu en raison des soins nécessités par les suites de l'accident de même n'est pas établi le préjudice moral lié à la perte de son espérance de vie d'une victime demeurée inconsciente de l'instant du choc traumatique jusqu'à son décès (Cass. Crim., 5 octobre 2010, pourvoi n° 09-87.385).

S'agissant des victimes indirectes (ou par ricochet), elles sont indemnisées du préjudice qu'elles ont elles-mêmes subi du fait du décès d'une autre personne depuis un arrêt du 27 février 1970 (Cass. Ch. mixte, pourvoi n° n°68-10.276) dès lors que ce préjudice est personnel, direct, certain et licite, sans qu'elles aient à justifier d'un lien de droit les unissant à la victime directe.

Le préjudice causé par les blessures d'un proche est admis depuis l'arrêt *Jand'heur* (Cass. Ch. réunies, 15 février 1930) à la condition qu'il soit également en relation de causalité directe et certaine avec le dommage corporel subi par la victime directe.

La faute de la victime directe susceptible d'entraîner une exclusion ou un partage de responsabilité peut être opposée aux victimes indirectes depuis deux arrêts de l'assemblée plénière du 19 juin 1981 (dont pourvoi n° 78-91.827), la loi du 5 juillet 1985 dispose dans son article 6 que "*le préjudice subi par un tiers du fait des dommages causés à la victime directe d'un accident de la circulation est réparé en tenant compte des limitations ou exclusions applicables à l'indemnisation de ces dommages*" et des conventions internationales applicables aux contrats de transports stipulent également une limitation de responsabilité s'étendant aux victimes indirectes (convention de

Varsovie de 1929, convention de Bruxelles de 1961, etc.) .

Le dommage de la victime directe (décès ou grave handicap) peut être la cause d'un dommage corporel chez l'un de ses proches (ex: syndrome dépressif justifiant un arrêt de travail voire un déficit fonctionnel permanent, des pertes de gains professionnels ...), ce dommage corporel par ricochet est alors distinct du préjudice moral et doit être indemnisé séparément ([Cass. Crim., 16 novembre 2010, pourvoi n° 09-87.211](#)), selon les mêmes modalités qu'un dommage corporel subi par une victime directe.

Ces préjudices par ricochet (ou réfléchis) peuvent être patrimoniaux ou extra-patrimoniaux, dans le premier cas, ils sont, comme les préjudices subis par la victime directe et en application des mêmes textes (article 29 et suivants de la loi du 5 juillet 1985), soumis aux recours des tiers payeurs.

5. Victimes indirectes - En cas de décès de la victime directe

5.1. Préjudices patrimoniaux

Le juge du fond dispose d'un pouvoir souverain d'appréciation pour les évaluer (par exemple : [Civ. 2e, 28 juin 2007, pourvoi n° 06-11.773](#)) sous réserve du respect du principe indemnitaire (tout le préjudice mais rien que le préjudice) et de l'obligation faite par l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, quelle que soit la nature de l'événement ayant occasionné le dommage, de permettre le recours des tiers payeurs (et l'imputation de leurs prestations), poste par poste, sur les seules indemnités réparant les préjudices qu'ils ont pris en charge. Les préjudices patrimoniaux doivent par conséquent être appréciés *in concreto* et lorsqu'ils sont soumis à recours, être réparés séparément et non par une indemnité globale.

Toutefois, dans un arrêt du 7 avril 2011, ([pourvoi n° 10-12.948](#)), la deuxième chambre civile énonce la méthode d'évaluation suivante *“en cas de décès de la victime directe, le préjudice patrimonial subi par l'ensemble de la famille proche du défunt doit être évalué en prenant en compte 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 de consommation personnelle de celle-ci, et du salaire que continue à percevoir le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant”*.

5.1.1. Frais d'obsèques

Ils doivent être évalués au vu de factures, éventuellement de devis pour certains (caveau..) si la famille n'a pas été indemnisée et n'a pas eu les moyens d'effectuer certaines dépenses justifiées par le décès. Il est souvent demandé au titre d'un seul décès, le remboursement du coût d'acquisition d'un caveau pour plusieurs personnes et les débiteurs de l'obligation d'indemnisation proposent que ce coût soit divisé par le nombre de places prévues. A défaut d'éléments précis produits sur les différents prix fixés en fonction du nombre de places, il convient de savoir que le coût d'un caveau destiné à une seule personne est nettement supérieur à la moitié de celui d'un caveau comportant deux places.

Seules les prestations ayant indemnisé des frais funéraires doivent être déduites de l'indemnité allouée de ce chef et non le capital-décès (voir ci-dessous le recours des tiers payeurs).

5.1.2. Pertes de revenus des proches

Les pertes de revenus des proches qui ont interrompu leur activité professionnelle pour assister la victime directe avant son décès ou à l'occasion des obsèques, sont indemnisées au vu des justificatifs produits, notamment les bulletins de paie.

L'existence d'un préjudice économique résultant de la perte des revenus d'un proche décédé implique soit une communauté de vie économique avec celui-ci soit l'octroi par le défunt d'une aide financière régulière.

5.1.2.1. Mode de calcul

- Lorsqu'il y avait une communauté de vie économique entre la victime indirecte et le défunt la méthode de calcul suivante peut être proposée :

1) déterminer les revenus professionnels annuels de référence de la victime directe (A) : il s'agit des revenus nets ([Cass. Crim., 8 décembre 1993, pourvoi n° 93-81.734](#)), sans déduction des impôts ([Cass. 2e Civ., 8 juillet 2004, pourvoi n° 03-16.173](#), [Cass. Crim., 12 janvier 2010, pourvoi n° 09-80.679](#)), comprenant éventuellement les avantages en nature. Il doit être tenu compte de tous les éléments connus à la date de la décision ([Cass. 2e Civ., 11 octobre 2001, pourvoi n° 99-16.760](#), [Cass. Crim., 8 mars 2011, pourvoi n° 10-81.741](#)), notamment des chances de promotion ([Cass. 2e Civ., 20 octobre 2001, pourvoi n° 04-16.034](#)) mais pas de la perte "d'industrie" de la victime (bricolage..), laquelle ne peut être une composante de l'assiette sur laquelle un tiers payeur servant une rente au conjoint survivant pourra exercer son recours puisque la rente ne répare pas cette perte d'industrie ([Cass. 2e Civ., 7 avril 2011, pourvoi n° 10-15.918](#)), et en procédant si elle est demandée, à l'actualisation au jour de la décision de la perte subie, en fonction de l'érosion monétaire ([Cass. 2e Civ., 12 mai 2010, pourvoi n° 09-14.569](#)) ; la perte d'industrie pourra être prise en compte lorsque sera déterminé le préjudice final (cf infra 8) ;

2) déterminer les revenus professionnels annuels du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS survivant (B) : si celui-ci n'exerçait pas d'activité professionnelle avant le décès de la victime (sauf inactivité temporaire), les revenus professionnels qu'il pourra percevoir après le décès ne doivent pas être pris en compte ([Cass. 2e Civ., 21 décembre 2006, pourvoi n° 05-20.984](#)) pas plus que la circonstance qu'il a reconstruit un foyer avec un tiers ([Cass. Crim., 29 juin 2010, pourvoi n° 09-82.462](#)) ;

3) calculer les revenus annuels du foyer avant le décès (C) = A + B : il est nécessaire de prendre en compte les revenus du couple et non ceux du seul défunt, en effet le préjudice du foyer sera plus ou moins élevé selon l'importance des revenus du conjoint survivant par rapport à ceux de la victime ([Cass. 2e Civ., 7 avril 2011, pourvoi n° 10-12.948](#)) ;

4) déterminer la part de ce revenu du couple que le défunt consommait (D) en fonction du niveau des ressources de la famille, des charges fixes et du nombre d'enfants à charge (de 40% pour un couple aisé, sans enfant et propriétaire de son logement à 15% pour une famille nombreuse disposant d'un faible revenu et payant un loyer) ;

5) fixer la perte annuelle du foyer (E) = C - (D + B) ;

6) déterminer le préjudice viager du foyer (F) = E x € de rente d'un barème de capitalisation :

Il existe plusieurs barèmes de capitalisation ; les cours d'appel préconisent désormais le barème publié dans la Gazette du Palais du 26 avril 2016 (au taux de 1,04%)

Il est nécessaire d'utiliser un barème pour capitaliser une perte future et il n'est pas possible de fixer cette perte en additionnant les pertes annuelles jusqu'à la date à laquelle le préjudice aurait pris fin sans l'accident (ex: retraite du défunt) afin de tenir compte du risque de mortalité. En effet, le conjoint (ou concubin ...) ne peut bénéficier des revenus professionnels de la victime directe que tant que celle-ci est vivante pour les percevoir et que lui-même est vivant pour en profiter. En conséquence, on choisit l'€ de rente du conjoint (ou concubin..) ayant l'espérance de vie la plus faible (en général, le plus âgé mais les hommes ont une espérance de vie inférieure à celle des femmes même lorsqu'ils sont un peu plus jeunes), viager ou temporaire selon la durée du préjudice.

Le choix du barème ainsi que celui de l'€ de rente viagère ou temporaire, afférent à la victime directe ou à la victime par ricochet, relèvent du pouvoir souverain d'appréciation du juge ([Cass. Crim., 19 septembre 2000, pourvoi n° 98-87.846](#) ; [Cass. 2e Civ., 7 mai 2003, pourvoi n° 01-](#)

[10.869](#)).

7) calculer le préjudice économique des enfants (G) = E (perte annuelle du foyer) multiplié par la part absorbée par chacun des enfants (10 à 25% selon le nombre d'enfants et le niveau de vie de la famille), le tout multiplié par l'€ de rente temporaire limitée à 18, 21 ou 25 ans, de l'enfant à l'âge du décès.

Le préjudice de l'enfant doit également être fixé par l'emploi d'un barème de capitalisation ([Cass. 2e Civ., 7 avril 2011, pourvoi n° 10-12.948](#)), on retient généralement, l'€ de rente jusqu'à 25 ans sauf si le jeune doit percevoir un salaire régulier avant cet âge.

8) calculer le préjudice économique du conjoint (concubin..) survivant = F (préjudice viager du foyer) - G (préjudices temporaires des enfants).

Cette méthode a l'avantage de faire revenir au conjoint survivant, la part qui était absorbée par les enfants lorsque ceux-ci sont devenus financièrement autonomes. En effet, sans l'accident, les sommes qui étaient consacrées aux enfants seraient revenues à leurs parents lorsqu'ils ont cessé d'être à leur charge. Il convient donc d'intégrer dans l'indemnité réparant le préjudice économique du conjoint survivant, la part des enfants devenue disponible à compter de leur indépendance financière, étant précisé que cette part a été fixée en tenant compte de la part de consommation du parent décédé. A défaut, le montant de la dette du débiteur de l'obligation d'indemnisation est indûment allégé de cette part.

Exemple : avec les tables de capitalisation de la Gazette du Palais 2016 au taux de 1,04 %

Soit un couple, Jean DUPONT (45 ans) et Sophie DUPONT (43 ans) ayant deux enfants, Marie âgée de 15 ans et Paul âgé de 12 ans.

Jean DUPONT gagne 3.500 € par mois et Sophie gagne 2.500 € par mois.

Jean DUPONT décède accidentellement.

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

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

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

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

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

une espérance de vie moindre, soit :
 $27.600 \text{ €} \times 27,876$ (prix de l'euro de rente viagère d'un homme de 45 ans) = **769.377 €.**

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

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

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

***Marie DUPONT** est âgée de 15 ans ; le prix de l'euro de rente temporaire d'une fille de 15 ans jusqu'à 25 ans est de 9,441 (cf. table de capitalisation des femmes en annexe : ligne « 15 ans » et colonne « 25 ans »), soit un préjudice économique de : $5.520 \times 9,441 = 52.114 \text{ €}$*

***Paul DUPONT** est âgé de 12 ans : le prix de l'euro de rente temporaire d'un garçon de 12 ans jusqu'à 25 ans est de 12,069 (cf. table de capitalisation des hommes en annexe : ligne « 12 ans » et colonne « 25 ans »), soit un préjudice économique de : $5.520 \times 12,069 = 66.620 \text{ €}.$*

*Reste enfin à évaluer le préjudice économique de **Sophie DUPONT**, à savoir le préjudice économique global de la famille après déduction du préjudice économique temporaire de chacun des enfants, soit :*

$769.377 - 52.114 - 66.620 = 650.643 \text{ €}.$

Lorsque la victime directe n'exerçait pas d'activité professionnelle mais s'occupait des enfants du couple, ou lorsqu'elle assumait outre son emploi, des tâches qui profitaient à l'ensemble de la famille (travaux de construction ou d'aménagement de la maison familiale interrompus par le décès, entretien d'un potager...) il y a lieu d'indemniser le conjoint (concubin...) survivant des frais supplémentaires qu'il aura à assumer et/ou de sa perte de revenus en raison de la réduction de son temps de travail afin de pallier l'absence du défunt (frais de garde des enfants, coût des travaux...).

- L'aide financière apportée par le défunt avant son décès à une personne vivant hors du foyer familial :

Elle doit être justifiée et la preuve peut être apportée par tous moyens (mandats, relevés bancaires, attestations...), à défaut, le préjudice est incertain.

L'indemnisation se fait *in concreto* et est limitée dans le temps. Si le bénéficiaire était un enfant de la victime décédée, l'indemnisation sera limitée comme pour un enfant demeurant au foyer familial, à 25 ans s'il doit poursuivre des études, à 18 ou 21 ans s'il doit travailler plus rapidement. Si le parent décédé avait été condamné à payer une contribution financière pour cet enfant, le montant de

l'indemnité due sera au moins égal au montant de la contribution, il pourra être supérieur s'il est démontré que le défunt fournissait une aide plus importante. L'indemnité est calculée en utilisant un barème de capitalisation et en retenant l'€ de rente à l'âge de l'enfant lors du décès et limitée à l'âge auquel l'enfant sera devenu financièrement autonome.

Si le bénéficiaire était un parent du défunt (ascendant ou frère ou sœur handicapé par ex.), l'€ de rente choisi doit être celui de la personne, (bénéficiaire ou victime directe), qui avait l'espérance de vie la plus faible, pour la même raison que celle exposée ci-dessus: si l'accident ayant causé le décès n'était pas survenu, la personne assistée financièrement n'aurait pu bénéficier des revenus professionnels de la victime directe que tant que celle-ci aurait vécu pour les percevoir et qu'elle-même aurait été en vie pour en profiter.)

Lorsque la perte d'une personne extérieure au foyer est indemnisée, il doit en être tenu compte dans la fixation des préjudices économiques des autres victimes indirectes, on ne peut en effet répartir entre les différentes personnes ayant bénéficié des revenus du défunt, que le montant d'une même enveloppe, à savoir la part du revenu que la victime directe ne consommait pas elle-même.

5.1.2.2. Formes de l'indemnisation (capital ou rente)

Les indemnités peuvent être allouées en capital ou sous forme de rentes ([Cass. 2e Civ., 21 février 2002, n° 00-17.375](#)). Pour que l'indemnisation ne se réduise pas au cours du temps en raison de l'érosion monétaire, la rente attribuée doit être indexée. Lorsqu'elle répare un préjudice causé par un accident de la circulation, elle est majorée de plein droit selon les coefficients de revalorisation prévus à l'article L.455 du code de la sécurité sociale (art.1er de la loi du 27/12/1974 modifiée par l'art.43 de la loi du 5 juillet 1985, voir sous art. 1976 du code civil) et le juge ne peut choisir une indexation différente ([Cass. 2e Civ., 7 juin 2001, pourvoi n° 99-17.645](#)).

Le montant annuel d'une rente s'obtient en divisant le capital par l'€ de rente (viagère ou temporaire), de la personne à qui cette rente est attribuée (et non plus de la victime directe), ainsi si l'on reprend l'exemple ci-dessus d'une veuve dont le préjudice économique est de 440.510,40€, nous pourrions lui allouer une rente viagère et annuelle de 18.434,48€ [440.510,40€ :23,896 (€ de rente pour une femme âgée de 39 ans)] payable à compter de la date du décès de son mari, ou si nous voulions lui attribuer une rente à compter de la décision (par exemple rendue 3 ans après le décès alors qu'elle est âgée de 42 ans), nous fixerions une rente annuelle de 19.026,88€ [440.510,40€ :23,152 (€ de rente pour une femme âgée de 42 ans)], payable à compter de la décision.

5.1.2.3. Recours des tiers payeurs

Les préjudices patrimoniaux des victimes indirectes sont soumis au recours des tiers payeurs comme ceux de la victime directe (pour un exposé plus complet voir le [chapitre sur le recours des tiers payeurs](#)) et selon les mêmes règles (articles 29 et suivants de la loi du 5 juillet 1985) du moins lorsque les tiers payeurs sont français, (le recours étant régi par le droit du tiers payeur, le droit du pays de ce tiers payeur doit être appliqué lorsqu'il est étranger, cf: (Cass Civ 1, 28-03-2006 n°03-19891). Ainsi seules les prestations énumérées à l'article 29 ouvrent droit à recours à savoir "*les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale et par ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9, 1234-20 du code rural ainsi que les prestations énumérées au II de l'article 1er de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques*".

Ce recours s'exerce en vertu de l'article 31 poste par poste sur les seules indemnités (fixées en droit commun par la juridiction saisie de la liquidation et non en fonction des règles propres au tiers payeur), qui réparent des préjudices que les tiers payeurs ont pris en charge [seules les prestations ayant indemnisé des frais funéraires doivent être déduites de l'indemnité allouée de ce chef et non le capital décès ([Cass. Crim., 10 mars 2009, pourvoi n° 08-84.214](#), lequel s'impute sur le préjudice économique résultant de la perte des revenus de la victime directe [Cass. Crim., 21 août 2010, pourvoi n° 09-87.683](#), [Cass. 2e Civ., 17 mars 2011, pourvoi n° 10-19.718](#))], et en respectant le droit de préférence de la victime (la subrogation ne pouvant nuire à la victime lorsqu'elle n'a été indemnisée que partiellement par un tiers payeur, cette victime a droit, en cas de partage de responsabilité ou de réduction du droit à indemnisation, au montant de la dette du responsable dans la limite du montant de son préjudice non réparé par le tiers payeur et le reliquat de la dette, s'il existe, est attribué au tiers payeur). Voir exemples ci-dessous.

L'article 33 de la même loi interdit tout recours au titre d'un autre versement effectué au profit d'une victime en vertu d'une obligation légale, conventionnelle ou statutaire. Il dispose que toute disposition contraire est réputée non écrite à moins qu'elle ne soit plus favorable à la victime mais que *“toutefois, lorsqu'il est prévu au contrat, le recours subrogatoire de l'assureur qui a versé à la victime une avance sur indemnité du fait de l'accident peut être exercé contre l'assureur de la personne tenue à réparation dans la limite du solde subsistant après paiement aux tiers visés à l'article 29.”* .

La victime a l'obligation d'attirer ces tiers payeurs à l'instance (les *“appeler en déclaration de jugement commun”*) en application des articles L.376-1 du code de la Sécurité Sociale (accident de droit commun), L.455-2 al 3 (accident du travail), 1234-12 du code rural (s'agissant des agriculteurs) et de l'article 3 de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959 (lorsque le tiers payeur est l'État ou une personne publique visée par l'ordonnance).

En vertu de l'art. 15 du décret n° 86-15 du 6 janvier 1986 ces tiers payeurs, s'ils ne se constituent pas à l'instance, doivent indiquer au président de la juridiction saisie le décompte des prestations versées à la victime (ou pour elle) et celles qu'ils envisagent de lui servir. Toutefois, les organismes de sécurité sociale ne le font pas toujours spontanément et dans ce cas, la victime qui a l'obligation de justifier sa demande, doit obtenir du tiers payeur qui lui a versé des prestations, un décompte définitif de ces prestations et le produire à la juridiction saisie. A défaut, il devra être sursis à statuer sur la demande.

Même lorsque le tiers payeur qui dispose d'un recours, ne l'exerce pas (en application du protocole Bergeras signé le 24 mai 1983 par les assureurs et les organismes sociaux par exemple, voir également les [développements sur cette question en ce qui concerne les victimes directes](#)) les prestations énumérées à l'article 29 al 1 et 2 de la loi du 5 juillet 1985 qui sont indemnitaires par détermination de la loi, doivent s'imputer (être déduites) sur les indemnités allouées de ces chefs.

5.1.2.4. Pension de réversion

La pension de réversion versée au conjoint survivant peut être une prestation ouvrant droit à recours lorsque l'organisme qui la sert fait partie de ceux qui sont énumérés à l'article 29 (État, SNCF, RATP, EDF, ces trois derniers en leur qualité d'organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale...). Dans ce cas *“le préjudice de chaque ayant droit, qui sert de limite au remboursement des prestations versées par le tiers payeur, doit être apprécié en tous ses éléments, alors même qu'il est, en tout ou partie, réparé par le service de ces prestations”* ([Cass. Crim., 2 mai 2001, pourvoi n° 00-83.073](#) ; idem *“le préjudice économique de chaque ayant droit de la victime doit être*

apprécié en tous ses éléments alors même qu'il est, en tout ou partie, réparé par le service de prestations” (Cass. 2e Civ., 8 novembre 2007, pourvoi n° 06-18.887). Le préjudice économique doit donc être calculé compte non tenu de la pension de réversion perçue et le montant de cette pension (arrérages échus + capital représentatif des arrérages à échoir) doit être imputé sur l'indemnité allouée à l'ayant droit en réparation de son préjudice économique.

La pension de réversion peut également ne pas ouvrir droit à recours parce que l'organisme qui la verse ne figure pas parmi les tiers payeurs admis à recourir par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (par ex. les caisses de retraites) ou parce que versant déjà une retraite à la victime directe, il n'a pas vu son obligation s'alourdir en raison du décès. Dans ce cas, les sommes versées au titre de cette pension ne doivent pas s'imputer sur l'indemnité fixée en réparation du préjudice économique de l'ayant droit. Cependant, la Cour de cassation considère que la pension de réversion constitue un revenu de remplacement pour l'ayant droit, qui se substitue à la retraite que percevait la victime directe, et énonce que cette pension doit être prise en compte dans les revenus du conjoint survivant pour évaluer sa perte, même si elle n'ouvre pas droit à recours ([Cass. 2e Civ., 7 juin 2001, pourvoi n° 99-15.645](#) : “ la pension de réversion qui constitue un revenu perçu du chef du mari décédé devait, indépendamment de tout recours subrogatoire, être prise en compte pour déterminer, au vu des revenus revalorisés du ménage, la perte de ressources de Mme H. à la suite du décès de son époux” ; idem [Cass. 2e Civ., 10 novembre 2005, pourvoi n° 04-16.600](#) : “quelle qu'en soit l'origine et indépendamment de tout recours subrogatoire, la pension de réversion devait être prise en compte pour déterminer, au vu des revenus revalorisés du ménage, la perte de revenus de Mme X” ; [Cass. Crim., 16 juin 2009, pourvoi n° 08-86.404](#) : “la pension de réversion ne peut sans qu'il en résulte un avantage indu pour les ayants droit de la victime, être écartée des revenus postérieurs au décès de celle-ci” ; idem [Cass. Crim., 23 mars 2010, pourvoi n° 09-80.365](#)).

5.1.2.5. Assurances de personnes

Les victimes par ricochet peuvent également percevoir en raison du décès d'un proche, des prestations versées par les assureurs au titre d'une assurance de personne. L'article L.131-2 du code des assurances interdit dans son alinéa 1er le recours subrogatoire des assureurs mais prévoit dans son 2e alinéa (issu de la loi du 16 juillet 1992) une exception et admet que “*Dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé aux droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat*”. Dans un arrêt du 19 décembre 2003 ([pourvoi n° 01-10.670](#)) l'assemblée plénière de la Cour de cassation a précisé que si le mode de calcul des prestations versées à la victime en fonction d'éléments prédéterminés n'est pas à lui seul de nature à empêcher ces prestations de revêtir un caractère indemnitaire, les prestations servies par un assureur, (en l'espèce au titre de l'incapacité temporaire totale de travail et de l'incapacité permanente partielle), revêtent un caractère forfaitaire dès lors qu'elles sont indépendantes dans leurs modalités de calcul et d'attribution de celles de la réparation du préjudice selon le droit commun. Ainsi le juge ne peut pour fixer les préjudices économiques résultant du décès d'une personne, prendre en considération les rentes versées à ses ayants droit au titre d'un contrat de prévoyance sans avoir recherché si les sommes revêtaient un caractère forfaitaire ou indemnitaire ([Cass. 2e Civ., 28 juin 2007, pourvoi n° 06-11.773](#)) et la rente-éducation versée par un assureur en exécution d'un contrat “régime prévoyance accident” à l'enfant d'une personne décédée lors d'un accident, présente un caractère forfaitaire qui exclut la subrogation lorsque son montant a “été choisi parmi trois options contractuellement offertes, indépendamment du préjudice subi et en particulier du montant des ressources de l'assuré ou de la part qui était celle consacrée par ses soins aux frais d'entretien et d'éducation de l'enfant”.

Vous pouvez vous référer au [chapitre présentant « quelques généralités sur l'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'infractions devant la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions »](#).

5.1.2.6. Autres prestations dépourvues de caractère indemnitaire (aides sociales, RSA, allocations de chômage, allocation pour adulte handicapé, etc.)

Ces prestations qui ne visent pas à réparer le dommage et ont pour cause la solidarité nationale par exemple, ne doivent pas être déduites de l'indemnité fixée en réparation des préjudices économiques des victimes par ricochet ni être ajoutées à leurs revenus postérieurs au décès pour réduire l'indemnité qui leur est due.

5.1.2.7. Exemples

a- Imputation des prestations versées par des tiers payeurs admis à recourir et ayant contribué à réparer le préjudice économique de la [famille évoquée précédemment](#)

Si l'on considère que le mari et père décédé à l'âge de 40 ans, avait été salarié et victime d'un accident de la circulation constituant un accident du travail. Sa CPAM aurait versé à sa veuve une rente viagère (article L.434-8 du code de la Sécurité Sociale) d'un montant de X au titre des arrérages échus (imaginons de 35.000€) et de 250.000€ représentant les arrérages à échoir, et à ses enfants une rente temporaire (art.L.434-10 et R.434-15 du même code) d'un montant total de 20.000€ pour sa fille (arrérages échus + arrérages à échoir) et de 25.000€ pour son fils (arrérages échus + arrérages futurs).

Dans cette hypothèse (étant précisé que les montants des rentes indiqués sont fantaisistes et n'ont pas été calculés en application des règles de la Sécurité Sociale):

- la veuve recevra en indemnisation de son préjudice économique la somme de 155.510,40€ [440.510,40€ - (35.000€ +250.000€)],
- la fille de la victime, la somme de 14.440€ (34.440€ - 20.000€),
- le fils, celle de 16.697,60€ (41.697,60€ - 25.000€).

Dans notre hypothèse, si la CPAM exerce un recours, elle aura droit au remboursement de l'intégralité de sa créance, mais elle ne pourra exiger le règlement des arrérages futurs qu'au fur et à mesure de leurs échéances et non, sauf meilleur accord des parties, en capital. En effet seul l'État et certaines personnes publiques énumérées à l'art. 7 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 peuvent en vertu de l'article 1er- III de cette même ordonnance, obtenir ce paiement en capital, à la condition que la rente (ou la pension) ait été concédée à titre définitif.

Si le droit à indemnisation était réduit de moitié:

- le préjudice économique de la veuve, d'un montant total de 440.510,40€ ne serait que partiellement réparé par la rente que lui sert la CPAM d'un montant de 285.000€ (35.000€ +250.000€) et il subsisterait pour elle une perte de 155.510,40€ (440.510,40€ - 285.000€);
- la dette de la personne tenue à réparation serait de 220.255,20€ (440.510,40€ x 50%);
- en application du droit de préférence de la victime institué par l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 dans sa rédaction issue de la loi du 21 décembre 2006, la veuve recevrait une indemnité fixée dans la double limite du montant de son préjudice non encore indemnisé par la rente et de la dette mise à la charge du tiers responsable, soit 155.510,40€;
- et il subsisterait pour la CPAM le reliquat du montant de la dette, soit la somme de 64.744,80€ (220.255,20€ - 155.510,40€);

- le préjudice économique de la fille de la victime d'un montant total de 34.440€ ne serait indemnisé que partiellement par la rente versée par la CPAM d'un montant de 20.000€ et le préjudice subsistant serait de 14.440€,
- la dette du tiers responsable de ce chef serait de 17.220€ (34.440€ x 50%),
- en application du droit de préférence, cette jeune fille recevrait la somme de 14.440€ qui est inférieure au montant de la dette,
- et il serait alloué à la CPAM la somme de 2780€ (17.220€ -14.440€);
- enfin le préjudice du fils de la victime, non indemnisé par la rente, serait de 16.697,60€ (41.697,60€ - 25.000€),
- la dette de 20.848,80€ (41.697,60€ :2)
- le garçon recevrait la somme de 16.697,60€,
- et la CPAM celle de 4.151,20€.

b- Prise en compte de la pension de réversion lorsque le tiers payeur n'a pas de recours

Imaginons un couple sans enfant à charge dont le conjoint décédé percevait des retraites annuelles de 45.000€ tandis que le conjoint (concubin...) survivant n'avait pas de revenus professionnels ni de retraites. Si nous fixons la part de consommation du défunt à 35% du revenu du couple (15.750€) et le montant annuel de la pension de réversion reçue par le conjoint survivant à 22.500€, la perte annuelle de ce conjoint survivant après déduction de la part annuelle de consommation du défunt et du montant annuel de la pension de réversion qu'il perçoit, s'élève à 6.750€ [45.000€ - (15.750€ + 22.500€)], perte qu'il convient de capitaliser par l'emploi d'un € de rente viager ainsi que précisé ci-dessus.

5.1.3. Frais divers des proches

Les déplacements, éventuellement les hébergements causés par le décès d'un proche sont appréciés au vu des justificatifs produits, de même que d'éventuels frais d'annulation d'un voyage prévu ou de vacances.

Les droits de succession ne sont pas indemnisables ([Cass. Crim., 28 février 1996, pourvoi n° 95-84.589](#), [Cass. 2e Civ., 8 novembre 1995, pourvoi n° 92-10.124](#)) mais la perte d'une chance de s'associer avec la victime directe dans des conditions fiscalement avantageuses, l'est ([Cass. 2e Civ., 17 février 2011, pourvoi n° 10-17.179](#)).

5.2. Préjudices extra-patrimoniaux

5.2.1. Préjudice d'accompagnement

Il s'agit d'un préjudice moral dû aux bouleversements dans ses conditions d'existence subi par la victime indirecte en raison de l'état de la victime directe jusqu'à son décès.

L'indemnisation implique que soit rapportée la preuve d'une proximité réelle entre le défunt et la victime indirecte ainsi que celle de la perturbation invoquée dans ses conditions de vie habituelles.

5.2.2. Préjudice d'affection

Ou préjudice moral dû à la souffrance causée par le décès d'un proche.

Une indemnisation est accordée sans justificatif particulier aux parents, grands parents, enfants et

conjoints ou concubins, en revanche, des parents plus éloignés doivent pour obtenir une réparation justifier qu'ils entretenaient avec la victime décédée des liens affectifs réguliers. Une personne non apparentée à la victime peut également être indemnisée si elle établit la réalité de son préjudice. Un enfant né après le décès ne peut être indemnisé d'un préjudice moral à défaut de lien de causalité entre le décès et le préjudice allégué (Cass. 2e Civ., 4 novembre 2010, pourvoi n° 09-68.903).

L'indemnisation du préjudice d'affection peut être la suivante :

Ayant-droit	Victime décédée	Indemnité
Père/Mère	Enfant	20 000 à 30 000 euros
Enfant vivant au foyer Enfant mineur orphelin Enfant majeur vivant au foyer Enfant majeur vivant hors foyer	Père/Mère	25 000 à 30 000 euros majoration de 40 à 60% 15 000 à 25 000 euros 11 000 à 15 000 euros
Conjoint ou concubin	Conjoint ou concubin	20 000 à 30 000 euros (à moduler selon la durée de vie commune)
Frères/Sœurs vivant au foyer	Frère/Sœur	9 000 à 14 000 euros
Frères/Sœurs hors foyer	Frère/Sœur	6 000 à 9 000 euros
Grands-parents voyant régulièrement leur petit-enfant	Petit-enfant	11 000 à 14 000 euros
Grands-parents ne justifiant pas voir régulièrement leur petit-enfant	Petit-enfant	7 000 à 10 000 euros
Petits-enfants voyant régulièrement leur grand-parent	Grand-parent	6 000 à 10 000 euros
Petits-enfants ne justifiant pas voir régulièrement leur grand-parent	Grand-parent	3 000 à 7 000 euros
Autres parents ou proches (justifiant fréquenter régulièrement la victime)		Il est rarement dépassé 3 000 euros

6. Victimes indirectes - En cas de blessures de la victime directe

6.1. Préjudices patrimoniaux

6.1.1. *Perte de revenus des proches*

Dans les suites immédiates du fait générateur des blessures, les proches (parents de jeunes enfants, conjoints..) peuvent être contraints d'interrompre leur activité professionnelle pour assurer une présence auprès du blessé.

Les parents d'un enfant blessé peuvent également engager une personne pour garder celui-ci au domicile durant leur temps de travail.

Ces pertes de revenus ou ces salaires versés sont indemnisés sur justificatifs.

L'indemnisation ne doit pas faire double emploi avec celle due au titre de la tierce-personne, étant précisé que pour les dépenses futures de tierce-personne, l'indemnité doit être allouée au blessé lui-même et non au parent ou conjoint servant de tierce-personne (risque de décès du parent ou de séparation avec le conjoint..).

En vertu du principe de la réparation intégrale, la victime directe doit être indemnisée de son entier préjudice (sauf faute réduisant ou excluant son droit à indemnisation, laquelle est opposable aux victimes indirectes), ses pertes de revenus doivent donc être entièrement compensées par les indemnités allouées et ses proches ne devraient pas dès lors pouvoir prétendre à une indemnisation du préjudice que leur causerait la perte ou la diminution des revenus du blessé ([Cass. Crim., 12 avril 1994, pourvoi n° 93-82.579](#)). Toutefois, le groupe de travail présidé par M.DINTILHAC a indiqué dans la nomenclature qu'il a proposée que le handicap de la victime directe peut engendrer une perte ou une diminution de revenus pour son conjoint (ou concubin) et ses enfants à charge qu'il y a lieu d'indemniser.

6.1.2. *Frais divers*

Les proches d'un blessé hospitalisé peuvent exposer des frais de transport voire d'hébergement pour lui rendre visite. Ils peuvent être contraints de renoncer à un voyage et assumer des frais d'annulation d'un trajet ou d'une location. Ils pourront également lorsque le blessé demeure handicapé engager des frais pour aménager leur domicile afin de le recevoir durant des week-ends et des vacances. Toutes ces dépenses seront remboursées sur justificatifs.

6.2. Préjudices extra-patrimoniaux

6.2.1. *Préjudice d'affection*

Il s'agit du préjudice moral causé par les blessures, le handicap, les souffrances de la victime directe. Il doit être indemnisé même s'il n'a pas un caractère exceptionnel ([Cass. Civ 2e, 1er juillet 2010, pourvoi n° 09-15.907](#)). Son montant est fixé en fonction de l'importance du dommage corporel de la victime directe et sa réparation implique l'existence d'une relation affective réelle avec le blessé. L'indemnité allouée à un proche d'un très grand handicapé peut être supérieure à celle fixée en cas de décès lorsqu'il y a communauté de vie.

6.2.2. Préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels

Les troubles graves dans les conditions d'existence des proches causés par le handicap de la victime directe, y compris le cas échéant le préjudice sexuel du conjoint (concubin..), doivent faire l'objet d'une indemnisation très personnalisée au vu des justificatifs produits, et limitée aux personnes partageant une communauté de vie avec la personne handicapée.

7. Particularités concernant les préjudices subis par des victimes d'infractions volontaires

7.1. Le préjudice de la victime directe

7.1.1. *Le préjudice moral*

Les juridictions pénales ont l'habitude d'allouer des indemnités pour préjudice moral. En elle-même, cette habitude ne mérite pas de critique mais il reste à déterminer ce que recouvre ce préjudice moral.

La précision intéresse tant la procédure que le fond du droit :

- selon une jurisprudence constante, sont irrecevables les demandes concernant des préjudices soumis au recours des organismes sociaux si ces organismes ne sont pas appelés dans la cause ; il faut donc, lorsque l'on alloue une indemnité au titre du préjudice moral s'interroger sur les recours éventuels de ces organismes lorsqu'ils ne sont pas mis en cause ;

- la Cour de cassation veille attentivement à la réparation intégrale du préjudice mais seulement du préjudice et condamne toute double indemnisation ; la victime peut ultérieurement se voir refuser telle ou telle réparation au motif que ce préjudice a déjà été réparé au titre du préjudice moral. Il faut donc veiller à préciser ce que l'on indemnise pour ne pas nuire à cette victime.

7.1.2. *L'existence du préjudice subi par la victime du seul fait de l'infraction*

Ce préjudice existe certainement pour les victimes de certains types d'infraction, notamment celles d'atteintes à la personne énoncées au titre II du code pénal. La constitution de l'infraction suppose cette atteinte.

La jurisprudence, quoique finalement peu abondante, paraît constante ; *“Lorsque l'affirmation du préjudice se trouve incluse dans la commission de l'infraction, il incombe aux juges du fond de réparer le préjudice dont ils reconnaissent le principe et dont ils doivent rechercher l'étendue exacte”* ([Cass. Crim., 20 octobre 2009, pourvoi n° 09-82611](#)).

L'arrêt est inédit mais il statue sur des faits caractéristiques :

« Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué et des pièces de procédure que, le 21 mars 2008, des gardiens de la paix, surprenant une vente de résine de cannabis au sein d'un groupe de jeunes, ont appréhendé, malgré leur résistance, plusieurs des participants ; que l'un de ceux-ci, Mamadou Y..., mineur de 16 ans, a été poursuivi pour détention de stupéfiants et pour violences n'ayant pas entraîné d'incapacité sur la personne de Lionel X..., l'un des gardiens de la paix, avec la circonstance que les violences ont été commises sur une personne dépositaire de l'autorité publique dans l'exercice de ses fonctions ; qu'après avoir déclaré le prévenu coupable, les premiers juges ont déclaré la constitution de partie civile du demandeur recevable en son principe, mais l'ont débouté de sa demande de dommages-intérêts ;

Attendu que, pour confirmer cette disposition du jugement, l'arrêt énonce qu'en l'absence de certificat médical et la victime n'ayant pas voulu se présenter à l'unité médico-judiciaire pour faire constater ses blessures, le préjudice allégué n'est pas certain ; »

L'arrêt de la cour d'appel est cassé.

Cette jurisprudence est très proche de celle relevée par M. Henri Angevin (la Pratique de la cour d'assise 5ème édition Mise à jour par M. Yves Le Gall p. 463.). Lorsque l'accusé a été déclaré coupable, fût-ce seulement d'un délit connexe, qu'il ait été condamné pénalement ou exempté de peine [...], la cour d'assises peut, pour motiver sa décision de le condamner à des dommages intérêts envers la partie civile, se borner à rappeler la déclaration de culpabilité et la condamnation pénale qui en a été la suite (ou l'exemption de peine), et à constater le préjudice causé à ladite partie civile par l'infraction dont l'accusé été déclaré coupable.

Parmi les arrêts cités figure même une condamnation pour escroquerie.

La cour d'assises doit constater le préjudice, mais elle n'a pas à dire comment elle parvient à cette constatation.

Cette constatation est la seule nuance apportée à l'arrêt précédemment cité.

On peut donc retenir l'existence de ce préjudice pour la victime.

La qualité de victime relève d'une autre étude qui, dans cette hypothèse concerne la procédure pénale et le droit pénal.

7.1.3. Les difficultés d'imputation

7.1.3.1. Jurisprudence

La Cour de cassation déduit du principe de non-cumul des réparations que l'on ne peut pas réparer séparément et cumulativement le préjudice résultant des souffrances endurées et le préjudice moral

[Cass. 2e Civ., 9 décembre 2004, pourvoi n° 03-15962](#) :

*« Attendu que la réparation allouée ne saurait excéder le montant du préjudice ;
Attendu que pour indemniser le préjudice de caractère personnel de Mme X..., la cour d'appel retient qu'elle possède les éléments suffisants pour fixer à une certaine somme le pretium doloris et à une autre somme le préjudice moral constitué par la conscience de la gravité des atteintes irréversibles ;*

Qu'en statuant ainsi, alors que l'indemnisation du prix de la douleur répare non seulement les souffrances physiques mais aussi les souffrances morales, la cour d'appel a violé le texte susvisé ; »

et

[Cass. 2e Civ., 16 septembre 2010, pourvoi n° 09-69433](#) :

« Attendu que Mme Y... fait grief à l'arrêt de limiter son indemnisation à une certaine somme alors, selon le moyen :

I°/ que toute personne ayant subi un préjudice résultant de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction et ayant notamment été moralement atteinte par une agression, peut obtenir la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à sa personne, parmi lesquels le préjudice moral complémentaire résultant du choc émotionnel ressenti ; que dès lors, en affirmant que, l'indemnisation du prix de la douleur réparant non

seulement les souffrances physiques, mais aussi les souffrances morales, il n'y avait pas lieu de prendre en considération, en tant que tels, sauf à faire double emploi avec les autres éléments du préjudice, le stress, l'angoisse et la perturbation psychologique, pourtant constitutifs d'un préjudice moral spécifique distinct subi par Mme Y..., victime des violences, la cour d'appel a violé l'article 706-3 du code de procédure pénale ;

2°/ qu'en omettant de rechercher si, indépendamment des seules souffrances physiologiques, le choc émotionnel de l'agression subie par Mme Y... n'était pas en soi constitutif d'un préjudice moral spécifique indemnisable, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 706-3 du code de procédure pénale ;

Mais attendu que le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées ou dans le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent, il ne peut être indemnisé séparément ; Et attendu que l'arrêt relève que l'expert a retenu en mars 2005, au titre de la cotation 3/7 du prix de la douleur, le mal vécu psychologique, naturel, de l'agression malgré un soutien psychothérapeutique, qui a, néanmoins, porté ses fruits depuis lors ; qu'il s'est fondé sur de précédentes conclusions expertales du 17 février 2004 cotant le prix de la douleur en tenant compte de la somatisation et des troubles psychiques pendant la fin de l'année 2003 ;

Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a pu déduire qu'il ne subsistait aucun préjudice moral distinct des souffrances endurées ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé. »

Dans ce second arrêt, la Cour de cassation permet aussi d'inclure le préjudice moral dans le déficit fonctionnel permanent.

Dans le même sens : [Cass. 2e Civ., 8 mars 2012, pourvoi n° 10-20100](#).

La Cour de cassation retient donc que le préjudice moral relève soit du préjudice résultant des souffrances endurées soit du déficit fonctionnel permanent.

7.1.3.2. Appréciation critique

Le préjudice résultant de la commission d'une infraction volontaire s'insère parfois mal dans ces catégories si on s'en tient aux habitudes judiciaires. On peut citer le cas, porté devant la cour d'appel de Paris, d'une jeune femme qui a été violée et séquestrée par son compagnon. Elle souffrait de troubles psychiques antérieurs. L'expert psychiatre ne retient pas de déficit fonctionnel permanent, au motif que les troubles qu'elle subit préexistaient ; il ne reste qu'un préjudice résultant de la douleur cotée à 3,5, ce qui ne permet pas une indemnisation décente. La victime et son avocate sont révoltées ; elles ont tort : l'expert a accompli son travail d'expert en science médicale et les données dont elles font état ne relèvent pas de la médecine. Il s'agit d'une atteinte aux droits fondamentaux de la personne, à son intimité et sa dignité et d'une émotion auxquels cette science ne s'applique pas, au moins directement. Pourtant, cette atteinte concerne le corps et les habitudes tendent à médicaliser l'analyse des préjudices résultant de la douleur et du déficit fonctionnel permanent. Par ailleurs, le déficit fonctionnel permanent et le préjudice résultant des souffrances sont chronologiquement scindés par la consolidation, événement qui n'a pas de sens pour le préjudice qui nous occupe. Cette atteinte existe dès la commission des faits et perdure généralement après la consolidation. Enfin il n'est pas certain que les expressions souffrances endurées et déficit

fonctionnel permanent rendent bien compte de sa réalité. On peut donc émettre quelques réserves sur son inclusion dans ces rubriques.

Toujours est-il que c'est l'état de la jurisprudence et on ne peut pas, dans le présent recueil, proposer des solutions qui emporteraient une probabilité trop importante de cassation.

7.1.4. Propositions

7.1.4.1. Principe

La notion de préjudice exceptionnel prévue par la nomenclature Dintilhac ne correspond pas à ce type de préjudice finalement assez courant. La seule solution est proche de celle proposée pour une part du déficit fonctionnel permanent : retenir dans le préjudice résultant de la souffrance un préjudice étranger à toute considération médicale ou même psychologique, au sens de la psychologie scientifique. Ce préjudice résulte de la commission même de l'infraction qui porte atteinte à l'intégrité, l'intimité et la dignité de la personne ; son appréciation incombe au juriste qui ne peut pas se fonder sur l'avis d'un technicien. Il semble préférable, quoique de logique imparfaite, de ne pas compliquer les choses en scindant l'imputation sur le préjudice résultant des souffrances endurées et le déficit fonctionnel permanent. Ce préjudice existant dès la commission de l'infraction doit être inclus dans le préjudice résultant des souffrances endurées. Par ailleurs, le mode de calcul du déficit fonctionnel permanent, généralement au point, s'y prête mal. Mais la Cour de cassation permet cette imputation sur le déficit fonctionnel permanent. Les juridictions de fond ont donc le choix de l'imputer soit sur l'un soit sur l'autre de ces chefs de préjudices, soit de le répartir sur les deux. Une telle imputation peut répondre à un ressenti plus important postérieurement à la date de consolidation.

7.1.4.2. Mise en œuvre

Pour éviter le reproche de double indemnisation, il faut distinguer ce chef de préjudice du préjudice résultant des souffrances endurées ou du déficit fonctionnel permanent tels que l'expert médecin les évalue.

On peut, par exemple, préciser qu'il s'agit du préjudice de souffrances morales résultant de la seule commission de l'infraction.

Concrètement, si la juridiction alloue une indemnité au titre des souffrances endurées médicalement constatées, il faut, pour la totalité des souffrances endurées, distinguer ce qui relève du préjudice résultant des constatations médicales et ce qui n'en relève pas en allouant deux montants séparés, quitte à les additionner ensuite.

L'avantage est de rendre ce type de préjudice compatible avec les postes de la nomenclature Dintilhac. On évite ainsi de priver la victime d'une indemnisation à laquelle elle peut avoir droit à un autre titre : la réparation de ce chef de préjudice peut se cumuler avec celle des autres.

Par ailleurs, notamment lorsque ce chef de préjudice est alloué au titre du préjudice résultant des souffrances endurées, il échappe au recours des organismes de sécurité sociale et, partant, à l'irrecevabilité résultant du défaut de mise en cause de ces organismes. S'il est alloué au titre du déficit fonctionnel permanent, on peut espérer que cette partie du déficit fonctionnel permanent échappe au recours des organismes sociaux. La solution peut être assez simple et pratique pour s'appliquer aux cours d'assises, en fin d'audience criminelle, lorsqu'elles doivent statuer sur une

demande globale de réparation du préjudice moral.

Mais il faut être précis et bien indiquer qu'il s'agit de la souffrance résultant de la seule atteinte volontaire à la dignité, à l'intimité et aux droits de la personne sur son corps, finalement du droit reconnu par l'existence même de l'infraction, indépendamment de toute appréciation médicale. Le crime de viol est un de ceux où l'application de cette réparation est la plus évidente.

Enfin, si aucune expertise ne peut rendre compte de ce type de préjudice particulier, l'expert n'est pas nécessairement totalement exclu de son appréhension.

On peut, notamment au chapitre des doléances, lui demander de recueillir celles de la victime sur ce point même si ses compétences techniques ne lui permettent pas de les analyser ensuite. Il sera probablement plus à l'aise pour appréhender les préjudices ressortissant à sa compétence technique.

7.2. Le préjudice de la victime indirecte

Les circonstances dans lesquelles le proche a souffert, qu'il soit décédé ou non de ses blessures, peuvent accroître le préjudice subi par la victime indirecte : l'horreur de perdre un enfant peut être empirée par la connaissance de traitements qu'il a subis. Ces circonstances revêtent généralement une qualification pénale. La prise en compte de ces circonstances permet d'augmenter l'indemnité due au titre du préjudice d'affection. Bien qu'aucune jurisprudence connue ne le décide, il est à craindre que la Cour de cassation estime que ce préjudice spécifique ne peut pas être réparé lorsque le préjudice d'affection a déjà été indemnisé.

8. Quelques généralités sur l'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'infractions devant la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions

Les articles 706-3 et suivants du code de procédure pénale permettent l'indemnisation d'une victime qui souffre « un préjudice résultant de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction », peu important que cette infraction ait ou non donné lieu à une condamnation ou à des poursuites : l'infraction est prise en considération en tant qu'élément objectif.

Le préjudice allégué doit, comme en droit commun, avoir un lien de causalité direct avec l'infraction.

Le préjudice corporel des victimes d'infractions est soumis à des régimes différents selon qu'il résulte d'une atteinte grave à la personne ou d'une atteinte plus légère. La qualification pénale retenue devra, en toute hypothèse, être de celles limitativement énumérées par les articles 706-3 et 706-14 du code de procédure pénale.

Les atteintes graves à la personne sont précisées par l'[article 706-3 du code de procédure pénale](#).

Le fait, volontaire ou non, présentant le caractère matériel d'une infraction doit avoir entraîné la mort, une incapacité permanente, une incapacité totale de travail au sens pénal égale ou supérieure à un mois ou être constitutif d'une infraction sexuelle ou de traite des êtres humains. La tentative d'agression sexuelle est assimilée à l'infraction consommée ([Cass. 2e Civ., 29 mars 2006, pourvoi n° 04-18483](#), [Cass. 2e Civ., 15 mars 2007, pourvoi n° 06-11797](#)).

Il est à noter que l'article 12 de la loi n°2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées a complété l'article 706-3 du code de procédure pénale en étendant le droit de la victime à une réparation intégrale de son préjudice aux infractions de proxénétisme prévues par les articles 225-5 à 225-10 du code pénal.

La victime de telles infractions peut prétendre à la **réparation intégrale** du dommage qui en a résulté.

Aucune condition autre que la justification d'une infraction ayant entraîné une atteinte grave à la personne n'est requise pour ouvrir le droit à réparation de la victime : toutefois, seules les conséquences dommageables de l'infraction ouvrent droit à réparation au profit de la victime ou de ses ayants droit.

Les atteintes légères à la personne sont évoquées à l'article 706-14 du code de procédure pénale : elles concernent les victimes qui ont subi une incapacité temporaire totale inférieure à un mois ; il est indispensable qu'il y ait une incapacité temporaire de travail ([Cass. 2e Civ., 9 décembre 2010, pourvoi n° 09-71202](#)).

L'indemnisation des dommages est ici plafonnée. Elle ne pourra dépasser un montant égal à trois fois le montant mensuel du plafond de ressources ouvrant droit au bénéfice de l'aide juridictionnelle partielle (soit 4.179 euros pour l'année 2012, et sans changement en 2013).

Elle est par ailleurs soumise à des conditions cumulatives supplémentaires :

- la victime doit tout d'abord justifier de ressources mensuelles inférieures au plafond permettant de bénéficier de l'aide juridictionnelle partielle (1.393 euros pour l'année 2012 outre les majorations

prévues pour personnes à charge) ;

- elle doit établir ne pas pouvoir obtenir à un titre quelconque une réparation ou une indemnisation effective de son préjudice et se trouver de ce fait dans une situation matérielle ou psychologique grave.

Dans tous les cas, la commission d'indemnisation des victimes d'infractions liquide le préjudice selon les modalités du droit commun : elle évalue chaque poste de préjudice, puis déduit les prestations prévues par l'[article 706-9 du code de procédure pénale](#) poste par poste conformément aux dispositions de l'article 25 du code de la sécurité sociale et 31 de la loi du 5 juillet 1985. Il est important de préciser le montant et la nature des prestations prises en compte ou d'indiquer que la victime n'a exposé aucune dépense à ce titre et/ou qu'elle n'a reçu aucune prestation.

Précision : **Dans le cadre de l'[article 706-3 du code de procédure pénale](#), les dommages matériels ne sont pas indemnisables.** En effet, selon la Cour de cassation (Cass. 2ème civ. – 22 avril 1992 – Bull. civ. II n°131) « *ce texte ne prévoit la réparation que des seuls dommages résultant des atteintes à la personne* ». L'indemnisation couvre donc uniquement les incidences de l'atteinte à l'intégrité corporelle, qu'elles soient d'ordre patrimonial (dépenses de santé, perte de revenus, préjudice professionnel...) ou extrapatrimonial (déficit fonctionnel temporaire ou permanent, souffrances endurées, préjudice esthétique...). Ces dommages matériels ne pourront être indemnisés que si les conditions de l'article 706-14 du code de procédure pénale sont remplies ([Cass. 2e Civ., 16 juin 2011, pourvoi n° 10-10191 et 10-20214](#)).

La prise en compte des indemnités reçues par la victime :

Quelle que soit la nature du dommage, la commission doit rechercher si la victime n'a pas d'ores et déjà reçu une indemnisation, même partielle. En effet, les prestations indemnitaires des tiers payeurs doivent être déduites du montant de l'indemnité accordées (ainsi [Cass. 2e Civ., 2 décembre 1998, pourvoi n° 97-13338](#)).

Certaines de ces prestations sont mentionnées expressément à l'article 706-9 du code pénal : il s'agit des prestations de sécurité sociale ([Cass. 2e Civ., 17 mars 2011, pourvoi n° 10-19718](#) pour la déduction du capital-décès prévu par l'article L. 361-1 du code de la sécurité sociale), des prestations servies aux personnels de l'État, des sommes versées en remboursement des frais médicaux et de rééducation, des salaires et accessoires du salaire maintenus par l'employeur, des indemnités journalières de maladie et des prestations d'invalidité, ces sommes devant être déduites, comme en droit commun, poste par poste.

Cette liste n'est toutefois pas limitative. Toutes les sommes versées à la victime en vertu de la loi, d'un statut ou d'un contrat du chef de ce préjudice, doivent être déduites des fonds alloués par la commission. Il en est ainsi des versements effectués par les assureurs à titre d'avance sur recours.

Alors que, de façon traditionnelle et conformément au droit commun, la Cour de cassation n'imposait pas de déduire le montant des prestations servies en exécution d'assurance de personnes en cas d'accident ou de maladie revêtant un caractère forfaitaire ou calculées en fonction d'éléments prédéterminés par les parties indépendamment du préjudice subi, elle a, par un arrêt du 24 novembre 2011 ([Cass. 2e Civ., pourvoi n° 10-13458](#)), cassé un arrêt qui avait refusé de prendre en compte une indemnité réparant le déficit fonctionnel permanent alors même qu'il s'agissait d'une indemnité versée à titre forfaitaire et non indemnitaire et ce, au visa des articles 706-9 du code de procédure pénale, 29-5 et 30 de la loi du 5 juillet 1985.

Doivent également être déduites les sommes que la victime a pu obtenir de l'auteur des faits, de son civilement responsable ou de son assureur de responsabilité.

Rappel : La Commission d'indemnisation des victimes d'infractions n'est pas tenue par l'évaluation du préjudice corporel effectué par la juridiction répressive statuant sur intérêts civils. Si elle peut allouer la même indemnité, elle peut également allouer une indemnité moindre ou une indemnité supérieure et ce, en raison de son caractère autonome.

Le Fonds de garantie ne doit pas être condamné au paiement, puisqu'il n'est tenu qu'au versement des indemnités allouées, qu'il a l'obligation de régler au plus tard trente jours après que la décision ait été portée à sa connaissance sauf s'il fait appel, l'exécution provisoire n'étant pas de droit.

Les dépens sont à la charge du Trésor public, conformément à l'article R. 92-15° du code de procédure pénale. Le Fonds de garantie ne doit donc jamais être condamné aux dépens, même s'il est fait droit en tout ou partie à la requête de la victime.

9. Référentiel indicatif et évolutif des indemnités allouées par les cours d'appel

9.1. Déficit fonctionnel temporaire

Vous pouvez vous référer à la [rubrique traitant du déficit fonctionnel temporaire](#).

600 à 900 euros par mois en fonction de l'importance du déficit.

9.2. Souffrances endurées / préjudice esthétique permanent

Vous pouvez vous référer aux rubriques traitant des [souffrances endurées](#) et du [préjudice esthétique permanent](#).

L'indemnisation des souffrances endurées et du préjudice esthétique permanent en fonction de la cotation médico-légale peut être la suivante :

1/7	Très léger	Jusqu'à 2.000 euros
2/7	Léger	2.000 à 4 000 euros
3/7	Modéré	4 000 à 8 000 euros
4/7	Moyen	8 000 à 20 000 euros
5/7	Assez important	20 000 à 35 000 euros
6/7	Important	35 000 à 50 000 euros
7/7	Très important	50 000 à 80 000 euros
	Tout à fait exceptionnel	80 000 euros et plus

9.3. Déficit fonctionnel permanent

Vous pouvez accéder à un [outil d'évaluation de la valeur du point d'indemnité de déficit fonctionnel permanent](#), en fonction de l'âge et du taux d'incapacité de la victime, fondé sur des valeurs utilisées par les cours d'appel. Les calculs effectués sont fondés sur les valeurs figurant dans le tableau ci-dessous.

Il convient de rechercher dans le tableau la valeur du point de déficit fonctionnel (1%) en croisant la colonne correspondant à l'âge de la victime et la ligne correspondant à son taux de déficit fonctionnel ; il convient ensuite de multiplier la valeur du point par le taux de déficit fonctionnel. A titre d'exemple une victime de 35 ans subissant un déficit de 22% : $22 \times 2570 = 56\,540$ euros.

2013	0 à 10 ans	11 à 20 ans	21 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	71 à 80 ans	81 ans et plus
------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	----------------

1 à 5 %	2.100	1.950	1.780	1.610	1.440	1.270	1.100	950	800
6 à 10 %	2.425	2.250	2.050	1.850	1.640	1.420	1.200	1.025	850
11 à 15 %	2.750	2.550	2.320	2.090	1.840	1.570	1.300	1.100	900
16 à 20 %	3.075	2.850	2.590	2.330	2.040	1.720	1.400	1.175	950
21 à 25 %	3.400	3.150	2.860	2.570	2.240	1.870	1.500	1.250	1.000
26 à 30 %	3.725	3.450	3.130	2.810	2.440	2.020	1.600	1.325	1.050
31 à 35 %	4.050	3.750	3.400	3.050	2.640	2.170	1.700	1.400	1.100
36 à 40 %	4.375	4.050	3.670	3.290	2.840	2.320	1.800	1.475	1.150
41 à 45 %	4.700	4.350	3.940	3.530	3.040	2.470	1.900	1.550	1.200
46 à 50 %	5.025	4.650	4.210	3.770	3.240	2.620	2.000	1.625	1.250
51 à 55 %	5.350	4.950	4.480	4.010	3.440	2.770	2.100	1.700	1.300
56 à 60 %	5.675	5.250	4.750	4.250	3.640	2.920	2.200	1.775	1.350
61 à 65 %	6.000	5.550	5.020	4.490	3.840	3.070	2.300	1.850	1.400
66 à 70 %	6.325	5.850	5.290	4.730	4.040	3.220	2.400	1.925	1.450
71 à 75 %	6.650	6.150	5.560	4.970	4.240	3.370	2.500	2.000	1.500
76 à 80 %	6.975	6.450	5.830	5.210	4.440	3.520	2.600	2.075	1.550
81 à 85 %	7.300	6.750	6.100	5.450	4.640	3.670	2.700	2.150	1.600
86 à 90 %	7.625	7.050	6.370	5.690	4.840	3.820	2.800	2.225	1.650
91 à 95 %	7.950	7.350	6.640	5.930	5.040	3.970	2.900	2.300	1.700
96 % plus	8.200	7.650	6.910	6.170	5.240	4.120	3.000	2.375	1.750

Ces données ne relèvent que de moyennes jurisprudentielles et n'ont qu'une valeur strictement indicative.

9.4. Préjudice d'affection

L'indemnisation du préjudice d'affection peut être la suivante :

Ayant-droit	Victime décédée	Indemnité de droit commun	Indemnité assises d'Agen, Amiens, Bordeaux, des Bouches du Rhône, Grenoble et Paris
Père/Mère	Enfant	20 000 à 30 000 euros	20.000 à 40.000 €
Enfant vivant au foyer Enfant mineur orphelin Enfant majeur vivant au foyer Enfant majeur vivant hors foyer	Père/Mère	25 000 à 30 000 euros majoration de 40 à 60% 15 000 à 25 000 euros 11 000 à 15 000 euros	25.000 à 40.000 € majoration de 40 à 60% 15.000 à 30.000 € 11.000 à 20.000 €
Conjoint ou concubin	Conjoint ou concubin	20 000 à 30 000 euros (à moduler selon la durée de vie commune)	20.000 à 40.000 €
Frères/Sœurs vivant au foyer	Frère/Sœur	9 000 à 14 000 euros	9.000 à 20.000 €
Frères/Sœurs hors foyer	Frère/Sœur	6 000 à 9 000 euros	6.000 à 15.000 €
Grands-parents voyant régulièrement leur petit-enfant	Petit-enfant	11 000 à 14 000 euros	11.000 à 20.000 €
Grands-parents ne justifiant pas voir régulièrement leur petit-enfant	Petit-enfant	7 000 à 10 000 euros	7.000 à 15.000 €
Petits-enfants voyant régulièrement leur grand-parent	Grand-parent	6 000 à 10 000 euros	6.000 à 15.000 €
Petits-enfants ne justifiant pas voir régulièrement leur grand-parent	Grand-parent	3 000 à 7 000 euros	3.000 à 10.000 €
Autres parents ou proches (justifiant fréquenter régulièrement la victime)		Il est rarement dépassé 3 000 euros	Jusqu'à 5.000 €

Préjudice de souffrances morales devant les cours d'assises :

viol : 20.000 €

Préjudice corporel :

Alignement sur les chiffres proposés en « droit commun », sous réserve du préjudice de souffrances morales évoqué ci-dessus.

9.5. Tierce personne

Tierce personne active : 16 à 25 euros de l'heure charges comprises (selon la gravité du handicap, la spécialisation de la tierce personne et la difficulté de prise en charge, exemple : sérieux troubles du caractère de la victime, victime particulièrement difficile à déplacer du fait de son poids très important, etc.).

Tierce personne de surveillance : 11 euros de l'heure, charges comprises ([voir développements sur la tierce personne](#))

10. Documentation

- Patrice Jourdain et Geneviève Viney, *Les effets de la responsabilité*, 3^{ème} édition, L.G.D.J.
- Yvonne Lambert-Faivre et Stéphanie Porchy-Simon, *Droit du dommage corporel : systèmes d'indemnisation*, 8^{ème} édition, Précis Dalloz
- Max Leroy (Le Roy) (+), Jacques-Denis Le Roy et Frédéric Bibal, *L'évaluation du préjudice corporel : expertises, principes, indemnités*, 20^{ème} édition, Collection droit&professionnels, LexisNexis
- Gisèle Mor, *Evaluation du préjudice corporel 2014-2015 : stratégie d'indemnisation, méthodes d'évaluation*, 2^{ème} édition, Éditions Delmas
- [Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels \(rapport « Dintilhac](#)), Cour de Cassation, juillet 2005
- La Commission d'indemnisation des victimes d'infractions pénales, Sylvie Rebboh
- [L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès](#), Benoît Mornet

11. Nomenclature Dintilhac

Rapport Dintilhac

Préjudices corporels de la victime directe

1° Préjudices patrimoniaux

a) préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

dépenses de santé actuelles

frais divers

pertes de gains professionnels actuels

b) préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- dépenses de santé futures

- frais de logement adapté

- frais de véhicule adapté

- assistance par tierce personne

- pertes de gains professionnels futurs

- incidence professionnelle

- préjudice scolaire, universitaire ou de formation

2° Préjudices extra-patrimoniaux

a) préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- déficit fonctionnel temporaire

- souffrances endurées

- préjudice esthétique temporaire

b) préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- déficit fonctionnel permanent

- préjudice d'agrément

- préjudice esthétique permanent

- préjudice sexuel

- préjudice d'établissement

- préjudices permanents exceptionnels

c) préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation) :

préjudices liés à des pathologies évolutives

Préjudices des victimes indirectes (victimes par ricochet)

1° Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

a) préjudices patrimoniaux

frais d'obsèques

pertes de revenus des proches

frais divers des proches

b) préjudices extra-patrimoniaux

préjudice d'accompagnement

préjudice d'affection

2° Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

a) préjudices patrimoniaux

pertes de revenus des proches

frais divers des proches

b) préjudices extra-patrimoniaux

- préjudice d'affection

- préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels

12. Trames

12.1. Jugements proposés par le tribunal de grande instance de Paris

12.1.1. Jugement - Liquidation du dommage corporel (accident de la circulation)

Le à , a été victime d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué le véhicule conduit par , appartenant à , et assuré auprès de , lesquels ne contestent pas le droit à indemnisation.

Par ordonnance en date du , le juge des référés a désigné en qualité d'expert le docteur , et a alloué à la victime une indemnité de à valoir sur la réparation de son préjudice corporel outre celle de pour les frais d'expertise et celle de au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

X a fait l'objet d'un examen médical amiable effectué par les docteurs dont les conclusions en date du sont les suivantes :

L'expert a procédé à sa mission et, aux termes d'un rapport dressé le , a conclu ainsi que suit :

- blessures subies :
- arrêt d'activité professionnelle :
- déficit fonctionnel temporaire total :
- déficit fonctionnel temporaire partiel :
- tierce personne avant consolidation :
- souffrances :
- préjudice esthétique temporaire :
- consolidation des blessures :
- séquelles :
- déficit fonctionnel :
- tierce personne après consolidation :
- préjudice esthétique :
- préjudice d'agrément :
- préjudice sexuel :

Au vu de ce rapport, par acte en date du suivi de conclusions récapitulatives signifiées le , X demande la condamnation in solidum de Y et Z, sous le bénéfice de l'exécution provisoire, à payer à titre de réparation les sommes suivantes :

- au titre des dépenses de santé restées à charge,
- au titre des pertes de gains avant consolidation,
- au titre de la tierce personne avant consolidation,
- au titre du déficit fonctionnel temporaire,
- au titre de la souffrance,
- au titre du préjudice esthétique temporaire,
- au titre des frais divers,
- au titre du préjudice professionnel,
- au titre de l'incidence professionnelle,
- au titre de la tierce personne future,
- au titre du déficit fonctionnel permanent,
- au titre du préjudice esthétique,
- au titre du préjudice d'agrément,
- au titre du préjudice sexuel,

- les dépens dont distraction au profit de et la somme de au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Aux termes de leurs dernières écritures signifiées le , Y et Z formulent les offres suivantes :

La CPAM de informe le tribunal par lettre du qu'elle n'entend pas comparaître dans la présente instance et précise que l'état définitif de ses débours s'élève à la somme de , soit :

- prestations en nature :
- indemnités journalières versées du au :

La CPAM de requiert, avec intérêts au taux légal à compter de sa demande et exécution provisoire, le remboursement de sa créance s'élevant à la somme de , soit :

- prestations en nature :
- indemnités journalières versées du au :

Elle sollicite en outre le paiement de la somme de sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile et qu'il soit dit que dans l'hypothèse où à défaut de règlement spontané des condamnations prononcées par le présent jugement, l'exécution forcée devra être réalisée par l'intermédiaire d'un huissier, le montant des sommes retenues par l'huissier en application du tarif des huissiers devra être supporté par le débiteur en sus de l'article 700 du code de procédure civile.

L'ordonnance de clôture a été rendue le .
Sans opposition des parties, l'ordonnance de clôture a été rendue le .

La CPAM de , régulièrement assignée, n'ayant pas constitué avocat, le présent jugement susceptible d'appel, sera réputé contradictoire à l'égard de toutes les parties.

MOTIFS DE LA DECISION

Sur l'implication

Est impliqué dans un accident, au sens de la loi du 5 juillet 1985, tout véhicule intervenu, à quelque titre que ce soit, dans la survenance de cet accident.

Sur le droit à indemnisation

La loi du 5 juillet 1985 dispose notamment, que lorsque plusieurs véhicules terrestres à moteur sont impliqués dans un accident de la circulation, chaque conducteur a droit à l'indemnisation des dommages qu'il a subis, directement ou par ricochet, sauf s'il a commis une faute ayant contribué à la réalisation de son préjudice, une telle faute ayant pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages.

Sur le préjudice

Au vu de l'ensemble des éléments produits aux débats, le préjudice subi par X, âgé de et exerçant la profession de lors des faits, sera réparé ainsi que suit étant observé qu'en application de l'article 25 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, d'application immédiate, le recours subrogatoire des tiers payeurs s'exerce poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'ils ont pris en charge. Il sera utilisé le barème de capitalisation publié dans la Gazette du Palais du 26 avril 2016, le mieux adapté, à savoir celui fondé sur les tables d'espérance de vie France

entière 2006-2008 publiées par l'INSEE, sur un taux d'intérêt de 1,04 % et une différenciation des sexes.

Dépenses de santé

Prises en charge par la CPAM :

Prises en charge par la Mutuelle :

Ce poste de préjudice n'étant constitué que des débours du/des tiers payeurs, il ne revient à la victime aucune indemnité complémentaire.

Total :. Une fois déduites les créances des tiers payeurs, il revient à la victime une indemnité complémentaire de

Dépenses de santé futures

Prises en charge par la CPAM :

Restées à charge :

Ce poste de préjudice n'étant constitué que des débours du/des tiers payeurs, il ne revient à la victime aucune indemnité complémentaire.

Total :. Une fois déduite la créance du/des tiers payeurs, il revient à la victime une indemnité complémentaire de

Perte de gains professionnels avant consolidation

Ce poste de préjudice n'étant constitué que des débours du/des tiers payeurs, il ne revient à la victime aucune indemnité complémentaire.

Frais divers

Tierce personne avant et après consolidation

Cette indemnité, dans l'intérêt de la victime, sera allouée sous forme de rente viagère et trimestrielle de , payable à compter du , revalorisable conformément à la loi du 5 juillet 1985 et qui sera suspendue en cas de prise en charge du blessé dans un établissement médical durant plus de 45 jours.

Perte de gains professionnels future

Incidence professionnelle

Aménagement du véhicule

Acquisition et aménagement du logement

Déficit fonctionnel temporaire

Les troubles dans les conditions d'existence subis jusqu'à la consolidation, justifient l'octroi d'une somme de

Souffrance

Elle est caractérisée par le traumatisme initial, les traitements subis, la souffrance morale ; cotée à / 7, elle sera réparée par l'allocation de la somme de

Préjudice esthétique temporaire

ne justifie pas d'un préjudice esthétique distinct du préjudice esthétique permanent.

Déficit fonctionnel permanent

Ce préjudice a pour composante les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, les douleurs qui persistent depuis la consolidation, la perte de la qualité de la vie et les troubles définitifs apportés à ces conditions d'existence. La victime étant âgée de ans lors de la consolidation de son état, il lui sera alloué une indemnité

Préjudice esthétique

Fixé à /7, il justifie l'octroi de la somme de

Préjudice d'agrément

X ne justifie pas de la pratique de sports ou d'activités de loisirs particuliers. Sa demande sera rejetée.

Préjudice sexuel

Ce préjudice sera réparé par la somme de

X recevra en conséquence au titre de la réparation de son préjudice, la somme de euros en capital, en deniers ou quittances, provisions non déduites et la rente précitée.

X recevra en conséquence au titre de la réparation de son préjudice corporel, la somme totale de euros, en deniers ou quittances, provisions non déduites.

Sur le doublement des intérêts au taux légal

En application de l'article L 211-9 du code des assurances dans sa rédaction applicable à la date de l'accident, (**avant août 2003**), l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter dans un délai maximal de 8 mois à compter de l'accident, une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne ou en cas de décès, à ses héritiers et s'il y a lieu à son conjoint. Une offre doit aussi être faite aux autres victimes dans le délai de 8 mois de leur demande d'indemnisation.

Aux termes de l'article L 211-9 du code des assurances, (**après août 2003**) une offre d'indemnité, comprenant tous les éléments indemnisables du préjudice, doit être faite à la victime qui a subi une atteinte à sa personne dans le délai maximal de 8 mois à compter de l'accident. Cette offre peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas, dans les trois mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit alors être faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation. En tout état de cause, le délai le plus favorable à la victime s'applique.

A défaut d'offre dans les délais impartis par l'article L 211-9 du code des assurances, le montant de l'indemnité offerte par l'assureur ou allouée par le juge, produit, en vertu de l'article L 211-13 du même code, des intérêts de plein droit au double du taux de l'intérêt légal à compter de l'expiration du délai et jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenu définitif.

Une offre ayant été effectuée par voie de conclusions le, il y a lieu de dire que le montant de cette offre, avant imputation de la créance des tiers payeurs et déduction des provisions versées, produira intérêts au double du taux de l'intérêt légal du au .

Sur la capitalisation des intérêts

Il sera fait droit à cette demande, dans les conditions prévues par l'article 1154 du code civil.

Sur les recours entre coauteurs

Le conducteur d'un véhicule à moteur impliqué dans un accident de la circulation et déclaré tenu d'indemniser l'entier dommage causé à un tiers, ne peut exercer un recours contre un autre conducteur impliqué que sur le fondement des dispositions des articles 1382 et 1251 du code civil.

Le recours du conducteur d'un véhicule terrestre à moteur impliqué dans un accident de la circulation ou de son assureur qui a indemnisé les dommages causés à un tiers s'exerce contre le conducteur d'un autre véhicule impliqué sur le fondement des articles 1382 et 1251 du code civil. La contribution à la dette a lieu en proportion de leurs fautes respectives ou en l'absence de faute prouvée à parts égales.

Il s'ensuit qu'un conducteur fautif ne peut agir contre un conducteur non fautif.

Sur les autres demandes

, parties perdantes, seront condamnés aux dépens. En outre, ils devront supporter les frais irrépétibles engagés par dans la présente instance à raison de la somme de .

L'ancienneté de l'accident justifie que soit ordonnée l'exécution provisoire sollicitée à concurrence de la moitié / des deux tiers de l'indemnité allouée, et en totalité en ce qui concerne celle relative à l'article 700 du code de procédure civile et les dépens.

L'ancienneté de l'accident justifie que soit ordonnée l'exécution provisoire sollicitée à concurrence de la moitié/des deux tiers de l'indemnité allouée en capital à et en totalité en ce qui concerne la rente, les indemnités allouées à , celles relative à l'article 700 du code de procédure civile et les dépens.

PAR CES MOTIFS

LE TRIBUNAL

Statuant publiquement, par jugement mis à disposition au greffe, réputé contradictoire et en premier ressort,

Dit que le véhicule conduit par et assuré par est / n'est pas impliqué dans la survenance de l'accident du ;

Dit que la faute commise par X exclut son droit à indemnisation ;

Dit que la faute commise par X réduit de son droit à indemnisation ;

Dit que les circonstances de l'accident survenu le sont indéterminées ;

Dit que le droit à indemnisation de X est entier ;

Condamne Y et Z in solidum à payer à X la somme de à titre de réparation de son préjudice corporel, en deniers ou quittances, provisions non déduites, cette somme avec intérêts au taux légal à compter de ce jour ;

Condamne Y et Z in solidum à payer, en deniers ou quittances, provisions non déduites, à :

1°

* la somme de euros () en capital avec intérêts au taux légal à compter de ce jour au titre de son préjudice,

* une rente trimestrielle et viagère au titre de la tierce personne d'un montant de , pour un capital représentatif de (), payable à compter du 200 et qui sera suspendue en cas d'hospitalisation ou de prise en charge en milieu médical spécialisé supérieure à 45 jours,

Dit que cette rente sera payable à terme échu avec intérêts au taux légal à compter de chaque échéance échue et sera révisable chaque année conformément aux dispositions de l'article 43 de la loi du 5 juillet 1985, étant précisé que l'indexation n'interviendra et les intérêts ne seront dus qu'à compter du présent jugement ;

2°: la somme de () euros au titre de son préjudice moral, cette somme avec intérêts au taux légal à compter de ce jour ;

Dit que les intérêts échus des capitaux produiront intérêts dans les conditions fixées par l'article 1154 du code civil ;

Condamne à payer à les intérêts au double du taux de l'intérêt légal sur le montant de l'offre effectuée le , avant imputation de la créance des tiers payeurs et déduction des provisions versées, à compter du et jusqu'au ;

Condamne à payer à les intérêts au double du taux de l'intérêt légal sur le montant de l'indemnité allouée, avant imputation de la créance des tiers payeurs et déduction des provisions versées, à compter du et jusqu'au jugement devenu définitif ;

Déclare le présent jugement commun à la CPAM de et opposable au FGA ;

Condamne in solidum Y et Z aux dépens qui comprendront les frais d'expertise et qui seront recouverts comme en matière d'aide judiciaire et à payer à la somme de au titre de l'article 700 du code de procédure civile, cette somme avec intérêts au taux légal à compter de ce jour ;

Dit que les avocats en la cause en ayant fait la demande, pourront, chacun en ce qui le concerne, recouvrer sur la partie condamnée ceux des dépens dont ils auraient fait l'avance sans avoir reçu provision en application de l'article 699 du CPC ;

Ordonne l'exécution provisoire du présent jugement à concurrence de la moitié / des deux tiers de l'indemnité allouée et en totalité en ce qui concerne les frais irrépétibles et les dépens.

12.1.2. Jugement - Intérêts civils

FAITS ET PROCEDURE

Par jugement de ce siège (ème Chambre) contradictoire à significatif et définitif, prononcé par défaut le ,

le tribunal a, à la suite d'un accident de la circulation survenu le :

- déclaré DF1 coupable de blessures involontaires causées à DM1,
- déclaré DF1 coupable de violences volontaires sur la personne de DM1, faits commis le à Paris,
- reçu DM1 en sa constitution de partie civile,
- déclaré DF1 entièrement responsable des conséquences dommageables de l'accident, des faits délictueux,
- avant-dire droit sur le préjudice corporel de DM1 commis en qualité d'expert le Docteur
- condamné DF1 à verser à DM1 une indemnité provisionnelle de à valoir sur la réparation de son préjudice corporel,
- réparé le préjudice matériel de la victime,
- sursis à statuer sur la demande de ,
- et renvoyé la cause devant la présente chambre.

L'expert a procédé à sa mission et, aux termes d'un rapport dressé le a conclu ainsi :

- blessures subies :
- arrêt total d'activité :
- ralentissement d'activité :
- consolidation des blessures :
- séquelles :
- déficit fonctionnel : %
- souffrances : /7
- préjudice esthétique : /7
- préjudice d'agrément :

Au vu de ce rapport, DM1 demande à titre de réparation, avec exécution provisoire, la condamnation de DF1 à lui payer les sommes suivantes :

- au titre des dépenses de santé restées à charge,
- au titre des pertes de gains avant consolidation,
- au titre de la tierce personne avant consolidation,
- au titre du préjudice professionnel,
- au titre de l'incidence professionnelle,

- au titre de la tierce personne future,
- au titre du déficit fonctionnel temporaire,
- au titre de la souffrance,
- au titre du déficit fonctionnel permanent,
- au titre du préjudice esthétique,
- au titre du préjudice d'agrément,
- au titre du préjudice sexuel,
- au titre de l'article 475-1 du C.P.P.

Par conclusions déposées à l'audience du / par observations présentées lors de l'audience du ,
demande la réduction à de plus justes proportions des sommes réclamées/ formule les offres suivantes :

La CPAM de attrait en la cause, informe le Tribunal par lettre du versée aux débats, qu'elle n'entend pas comparaître dans la présente instance et précise que sa créance définitive s'élève à la somme de soit :

- * prestations en nature :
- * indemnités journalières du au
- * rente dont les arrérages échus à la date du s'élèvent à et le capital représentatif des arrérages à échoir à la somme de ,

requiert le remboursement de sa créance s'élevant à , soit :

- * prestations en nature :
 - * indemnités journalières du au
 - * rente dont les arrérages échus à la date du s'élèvent à et le capital représentatif des arrérages à échoir à la somme de ,
- avec intérêts au taux légal à compter de sa demande.

Elle sollicite en outre le paiement de la somme de au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion et de celle de sur le fondement de l'art. 475-1 CPP.

DF1, cité à sa personne, à la personne de , à l'étude de l'huissier, à parquet, accusé de réception signé, non signé, non produit ne comparait pas ; la présente décision sera contradictoire à signifier rendue par défaut à son égard.

MOTIFS DE LA DECISION

Au vu de l'ensemble des éléments produits aux débats, le préjudice subi par DM1, âgé(e) de , exerçant la profession de lors des faits, sera réparé ainsi que suit étant observé qu'en application de l'article 25 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, d'application immédiate, le recours subrogatoire des tiers payeurs s'exerce poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'ils ont pris en charge. Il sera utilisé le barème de capitalisation publié dans la Gazette du Palais du 26 avril 2016, le mieux adapté, à savoir celui fondé sur les tables d'espérance de vie France entière 2006-2008 publiées par l'INSEE, sur un taux d'intérêt de 1,04 % et une différenciation des sexes.

Dépenses de santé

Prises en charge par la CPAM :

Prises en charge par la Mutuelle :

Ce poste de préjudice n'étant constitué que des débours de la CPAM, il ne revient à la victime aucune indemnité complémentaire.

Total :. Une fois déduites les créances des tiers payeurs, il revient à la victime une indemnité complémentaire de

Dépenses de santé futures

Prises en charge par la CPAM :

Restées à charge :

Ce poste de préjudice n'étant constitué que des débours de la CPAM, il ne revient à la victime aucune indemnité complémentaire.

Total :. Une fois déduite la créance de la CPAM, il revient à la victime une indemnité complémentaire de

Perte de gains professionnels avant consolidation

Ce poste de préjudice n'étant constitué que des débours de la CPAM, il ne revient à la victime aucune indemnité complémentaire.

Frais divers

Véhicule aménagé

Logement aménagé

Tierce personne avant et après consolidation

Cette indemnité, dans l'intérêt de la victime, sera allouée sous forme de rente viagère et trimestrielle de , payable à compter du , revalorisable conformément à la loi du 5 juillet 1985 et qui sera suspendue en cas de prise en charge du blessé dans un établissement médical durant plus de 45 jours.

Perte de gains professionnels future

Incidence professionnelle

Déficit fonctionnel temporaire

Les troubles dans les conditions d'existence subis jusqu'à la consolidation, justifient l'octroi d'une somme totale de

Souffrance

Elle est caractérisée par le traumatisme initial, les traitements subis, les souffrances morales ; cotée à /7, elle sera réparée par l'allocation de la somme de

Préjudice esthétique temporaire

ne justifie pas d'un préjudice esthétique distinct du préjudice esthétique permanent.

Déficit fonctionnel permanent

Ce préjudice a pour composante les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, les douleurs qui persistent depuis la consolidation, la perte de la qualité de la vie et les troubles définitifs apportés à ces conditions d'existence. La victime étant âgée de ans lors de la consolidation de son état, il lui sera alloué une indemnité

Préjudice esthétique

Fixé à /7, il justifie l'octroi de la somme de

Préjudice d'agrément

X ne justifie pas de la pratique de sports ou d'activités de loisirs particuliers. Sa demande sera rejetée.

Préjudice sexuel

Ce préjudice sera réparé par la somme de

X recevra en conséquence au titre de la réparation de son préjudice, la somme totale de euros, en deniers ou quittances, provisions non déduites dont euros en capital et la rente précitée.

X recevra en conséquence au titre de la réparation de son préjudice corporel, la somme totale de euros, en deniers ou quittances, provisions non déduites.

conservant en toute hypothèse le droit de réclamer ultérieurement la réparation du préjudice qui résulterait de l'aggravation de son état de santé, il est inutile de lui donner acte de ses réserves sur ce point.

En application de l'article 388-3 du code de procédure pénale, la présente décision sera dite opposable à .

Sur l'exécution provisoire

L'ancienneté des faits justifie que soit ordonnée l'exécution provisoire sollicitée à concurrence de la moitié de l'indemnité allouée.

Art. 475-1 du C.P.P.

Il serait inéquitable de laisser à la charge de la partie civile la totalité des frais et honoraires exposés par elle et non compris dans les dépens ; il lui sera donc alloué à ce titre la somme de .

Si les frais de justice sont à la charge de l'État en vertu de l'article 800-1 du CPP, les frais de l'expertise médicale ordonnée par le tribunal correctionnel seront mis à la charge de Y conformément aux dispositions de l'article 10 alinéa 2 du même code.

Demande de la CPAM de

La CPAM ne s'est pas constituée partie civile avant les réquisitions du ministère public sur le fond. Elle sera en conséquence dite irrecevable en application de l'article 421 du CPP.

La CPAM recevra la somme de avec intérêts au taux légal à compter de .

Au titre de l'article 475-1 du CPP, elle recevra la somme de .

L'exécution provisoire requise par la caisse est justifiée en totalité.

PAR CES MOTIFS

Statuant publiquement, contradictoirement pour , par défaut à l'encontre de , par jugement contradictoire à signifier à l'égard de et en premier ressort :

Condamne DF1 à verser à :

1/ DM1 :

* la somme de à titre de réparation de son préjudice corporel, en deniers ou quittances, provisions non déduites,

*la somme de en vertu de l'article 475-1 du C.P.P,
cette somme ces sommes avec intérêts au taux légal à compter de ce jour ;

2/la CPAM de

*la somme de , avec intérêts au taux légal à compter du , sous réserve des prestations non connues à ce jour ;

*les arrérages à échoir, au fur et à mesure de leur échéance, d'une rente dont le capital constitutif est de , avec intérêts au taux légal à compter de chaque échéance,

* la somme de euros () en capital avec intérêts au taux légal à compter de ce jour au titre de son préjudice,

* une rente trimestrielle et viagère au titre de la tierce personne d'un montant de , pour un capital représentatif de (), payable à compter du 200 et qui sera suspendue en cas d'hospitalisation ou de prise en charge en milieu médical spécialisé supérieure à 45 jours,

Dit que cette rente sera payable à terme échu avec intérêts au taux légal à compter de chaque échéance échue et sera révisable chaque année conformément aux dispositions de l'article 43 de la loi du 5 juillet 1985, étant précisé que l'indexation n'interviendra et les intérêts ne seront dus qu'à compter du présent jugement ;

Déboute de sa/leur demande ;

Ordonne l'exécution provisoire du présent jugement à concurrence de la moitié de l'indemnité allouée à et pour la totalité des remboursements des prestations de la CPAM ;

Informe la partie civile qu'elle a la possibilité de saisir la Commission d'indemnisation des Victimes d'infractions dans les conditions prévues par les articles 706-3 et suivants du code de procédure pénale ;

Informe Monsieur de la possibilité pour la partie civile non éligible à la CIVI de saisir le SARVI s'il ne procède pas au paiement des dommages intérêts auxquels il a été condamné dans le délai de 2 mois courant à compter du jour où la décision est devenue définitive ;

Déclare le présent jugement commun à la CPAM de et opposable à

Laisse les dépens à la charge de l'État à l'exception des frais d'expertise qui seront mis à la charge de .

12.2. Missions d'expertises médicales

12.2.1. *Expertise médicale - Mission générale*

Ordonnons une mesure d'expertise ;

Commettons pour y procéder : le docteur

Tel :

lequel s'adjoindra si nécessaire tout spécialiste dans une spécialité distincte de la sienne ;

Disons que les experts déposeront un rapport commun ;

Attribuons au docteur X la charge de coordonner les opérations d'expertise, d'entretenir les relations avec les parties et le juge chargé de suivre et contrôler l'exécution de la mesure ;

Donnons à l'expert la mission suivante :

1/le cas échéant, se faire communiquer le dossier médical complet du blessé, avec l'accord de celui-ci ou de ses ayants-droit. En tant que de besoin, se faire communiquer par tout tiers détenteur les pièces médicales nécessaires à l'expertise, avec l'accord susvisé ;

2/Déterminer l'état du blessé avant l'accident (anomalies, maladies, séquelles d'accidents antérieurs) ;

3/Relater les constatations médicales faites après l'accident, ainsi que l'ensemble des interventions et soins y compris la rééducation ;

4/Noter les doléances du blessé ;

5/Examiner le blessé et décrire les constatations ainsi faites (y compris taille et poids) ;

6/Déterminer, compte tenu de l'état du blessé, ainsi que des lésions initiales et de leur évolution, la, ou les, période pendant laquelle celui-ci a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité d'une part d'exercer totalement ou partiellement son activité professionnelle, d'autre part de poursuivre ses activités personnelles habituelles ; en cas d'incapacité partielle préciser le taux et la durée ;

7/Proposer la date de consolidation des lésions ; si la consolidation n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé, évaluer les seuls préjudices qui peuvent l'être en l'état ;

8/Dire si chacune des anomalies constatées est la conséquence de l'accident ou/et d'un état ou d'un accident antérieur ou postérieur ;

Dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser si cet état :

- était révélé avant l'accident,
- a été aggravé ou a été révélé par lui,
- s'il entraînait un déficit fonctionnel avant l'accident, dans l'affirmative, estimer le taux d'incapacité alors existant,
- si en l'absence de l'accident, il aurait entraîné un déficit fonctionnel, dans l'affirmative, dire dans quel délai et à concurrence de quel taux ;

9/Décrire les actes, gestes et mouvements rendus difficiles ou impossibles en raison de l'accident et donner un avis sur le taux du déficit fonctionnel médicalement imputable à l'accident, donner un avis sur le taux du déficit fonctionnel global actuel du blessé, tous éléments confondus, état antérieur inclus. Si un barème a été utilisé, préciser lequel ;

10/ Se prononcer sur la nécessité pour la victime d'être assistée par une tierce personne avant et/ou après la consolidation (cette assistance ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale) ; dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne a dû et/ou doit ou non être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé ; donner à cet égard toutes précisions utiles ;

11/ Donner un avis détaillé sur la difficulté ou l'impossibilité, temporaire ou définitive, pour le blessé de :

- a) poursuivre l'exercice de sa scolarité ou de sa profession,
- b) opérer une reconversion,
- c) continuer à s'adonner aux sports et activités de loisir qu'il déclare avoir pratiqués ;

12/ Donner un avis sur l'importance des souffrances (physiques et/ou morales) ;

13/ Donner un avis sur les atteintes esthétiques avant et/ou après la consolidation, en les distinguant ;

14/ Dire s'il existe un préjudice sexuel ; dans l'affirmative préciser s'il s'agit de difficultés aux relations sexuelles ou d'une impossibilité de telles relations ;

15/ Préciser :

- la nécessité de l'intervention d'un personnel spécialisé : médecins, kinésithérapeutes, infirmiers (nombre et durée moyenne de leurs interventions) ;
- la nature et le coût des soins susceptibles de rester à la charge de la victime en moyenne annuelle ;
- les adaptations des lieux de vie de la victime à son nouvel état ;
- le matériel susceptible de lui permettre de s'adapter à son nouveau mode de vie ou de l'améliorer ainsi, s'il y a lieu, que la fréquence de son renouvellement ;

16/ Dire si le blessé est en mesure de conduire et dans cette hypothèse si son véhicule doit comporter des aménagements ; les décrire ;

17/Dire s'il y a lieu de placer le blessé en milieu spécialisé et dans quelles conditions ;

Disons que, pour exécuter la mission, l'expert sera saisi et procédera conformément aux dispositions des articles 232 à 248, 263 à 284-1 du code de procédure civile ;

Enjoignons aux parties de remettre à l'expert :

- le demandeur, immédiatement toutes pièces médicales ou para-médicales utiles l'accomplissement de la mission, en particulier les certificats médicaux, certificats de consolidation, documents d'imagerie médicale, compte-rendus opératoires et d'examen, expertises ;
- les défendeurs aussitôt que possible et au plus tard 8 jours avant la première réunion, les documents, renseignements, réclamations indispensables au bon déroulement des opérations, l'exclusion de documents médicaux protégés par le secret professionnel et relatifs au(x) demandeur(s) sauf établir leur origine et l'accord du demandeur sur leur divulgation ;

Disons qu'à défaut d'obtenir la remise des pièces qui lui sont nécessaires l'expert pourra être autorisé par le juge chargé du contrôle des expertises à déposer son rapport en l'état ;

Que toutefois il pourra se faire communiquer directement, avec l'accord de la victime ou de ses ayants-droit par tous tiers : médecins, personnels para-médicaux, établissements hospitaliers et de soins, toutes pièces médicales qui ne lui auraient pas été transmises par les parties et dont la production lui paraîtra nécessaire ;

Disons que l'expert s'assurera, à chaque réunion d'expertise, de la communication aux parties des pièces qui lui sont remises, dans un délai permettant leur étude, conformément au principe de la contradiction ; que les documents d'imagerie médicale pertinents seront analysés de façon contradictoire lors des réunions d'expertise ;

Que les pièces seront numérotées en continu et accompagnées d'un bordereau récapitulatif ;

Disons que l'expert devra convoquer toutes les parties par lettre recommandée avec accusé de réception et leur avocat par lettre simple, les avisant de la faculté qu'elles ont de se faire assister par le médecin-conseil de leur choix ;

Disons que l'expert procédera à l'examen clinique, en assurant la protection de l'intimité de la vie privée de la personne examinée et le secret médical pour des constatations étrangères à l'expertise ; qu'à l'issue de cet examen, en application du principe du contradictoire il informera les parties et leurs conseils de façon circonstanciée de ses constatations et de leurs conséquences ;

Disons que l'expert pourra recueillir des informations orales, ou écrites, de toutes personnes

susceptibles de l'éclairer ;

Disons que l'expert devra :

- en concertation avec les parties, définir un calendrier prévisionnel de ses opérations à l'issue de la première réunion d'expertise ; l'actualiser ensuite dans le meilleur délai,
 - . en fixant aux parties un délai pour procéder aux interventions forcées ;
 - . en les informant de la date à laquelle il prévoit de leur adresser son document de synthèse ou son projet de rapport ;
- adresser dans le même temps le montant prévisible de sa rémunération qu'il actualisera s'il y a lieu, procédant parallèlement aux demandes de provisions complémentaires ;
- adresser aux parties un document de synthèse, sauf exception (par exemple : réunion de synthèse, communication d'un projet de rapport) dont il s'expliquera dans son rapport, et arrêter le calendrier de la phase conclusive de ses opérations :
 - . fixant, sauf circonstances particulières, la date ultime de dépôt des dernières observations des parties sur le document de synthèse, lesquelles disposeront d'un délai de 4 à 5 semaines à compter de la transmission du rapport ;
 - . rappelant aux parties, au visa de l'article 276 alinéa 2 du code de procédure civile, qu'il n'est pas tenu de prendre en compte les observations transmises au-delà du terme qu'il fixe

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

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

Que l'original du rapport définitif (un exemplaire) sera déposé au greffe de la 19ème chambre civile du Tribunal de grande instance de Paris, tandis que l'expert en adressera un exemplaire aux parties et à leur conseil, avant le 2011 sauf prorogation expresse ;

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

Fixons à la somme de euros, le montant de la provision à valoir sur les frais d'expertise qui devra être consignée par Monsieur à la régie d'avances et de recettes du Tribunal de avant le 2011 ;

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

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

Renvoyons à l'audience de mise en état du 2011 à , pour vérification du versement de la consignation, sauf difficultés la présence des parties à cette audience n'étant pas requise ;

Disons la présente ordonnance commune à ;

Disons que les dépens du présent incident suivront le sort de l'instance principale ;

Ordonnons l'exécution provisoire.

12.2.2. Expertise médicale - Mission affaires très simples

Ordonne une expertise médicale confiée à M....

avec la mission suivante :

1°) Prendre connaissance du dossier et de tous documents médicaux utiles recueillis tant auprès de la victime que de tous tiers détenteurs.

2°) Examiner N..., décrire les lésions causées par les faits du ..., indiquer les traitements appliqués, leur évolution, leur état actuel et un éventuel état antérieur en précisant son incidence.

3°) Indiquer la date de consolidation.

4°) Pour la phase avant consolidation:

- décrire les éléments de préjudice fonctionnel temporaire, en précisant si la victime a subi une ou des périodes d'incapacité temporaire totale ou partielle,

-dire les souffrances endurées évaluées dans un échelle de 1 à 7 et dire s'il a existé un préjudice esthétique temporaire.

5°) Pour la phase après consolidation:

-décrire les éléments de déficit fonctionnel permanent entraînant une limitation d'activité ou un retentissement sur la vie personnelle, en chiffrer le taux,

-dire s'il existe un retentissement professionnel.

-dire si des traitements ou soins futurs sont à prévoir.

-dire si les lésions entraînent un préjudice esthétique permanent.

-dire en quoi les séquelles diminuent l'agrément de la vie.

6°) Donner son avis sur tous autres chefs de préjudice qui seraient invoqués par la victime.

7°) Prendre en compte les observations des parties.

Consignation,

Délai pour déposer le rapport,
Date de renvoi de l'affaire.

12.2.3. Mission aggravation

Désignons en qualité d'expert sur l'aggravation alléguée par :

Commettons pour y procéder :

Le docteur
Tel :

Disons que les experts déposeront un rapport commun ;

Attribuons au docteur X la charge de coordonner les opérations d'expertise, d'entretenir les relations avec les parties et le juge chargé de suivre et contrôler l'exécution de la mesure ;

Donnons à l'expert la mission suivante :

1/le cas échéant, se faire communiquer le dossier médical complet de la victime, avec l'accord de celle-ci ou de ses ayants-droit, en tant que de besoin, se faire communiquer par tout tiers détenteur, les pièces médicales nécessaires à l'expertise, avec l'accord susvisé ;

2/Déterminer l'état de la victime avant l'accident, (anomalies, maladies, séquelles d'accidents antérieurs ou postérieurs) ;

3/Relater les constatations médicales faites après l'accident ainsi que l'ensemble des interventions et soins, y compris la rééducation, les constatations médicales au vu desquelles est intervenue la décision judiciaire ou la transaction réparant le préjudice et les constatations et soins médicaux postérieurs à l'indemnisation ;

4/Examiner le blessé et décrire les constatations ainsi faites, y compris, taille et poids, préciser les séquelles apparentes, (amputations, déformations, cicatrices) ;

5/Noter les doléances de la victime ;

6/Dire si après l'indemnisation, est apparue une lésion nouvelle ou non décelée auparavant ;

7/ Dans l'affirmative, déterminer, la, ou les, période entraîné par cette lésion pendant laquelle le blessé a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité d'une part d'exercer totalement ou partiellement son activité professionnelle, d'autre part de poursuivre ses activités personnelles habituelles ; en cas d'incapacité partielle préciser le taux et la durée ;

8/Proposer la date de consolidation des lésions ; si la consolidation n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé, évaluer les seuls préjudices qui peuvent l'être en l'état ;

9/Dans l'affirmative, dire si cette lésion est la conséquence de l'accident et/ou d'un état ou accident antérieur ;

10/ Dans l'affirmative se prononcer sur la nécessité pour la victime d'être assistée par une tierce personne avant et/ou après la consolidation (cette assistance ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale) ; préciser si cette tierce personne a dû et/ou doit ou non être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé ; donner à cet égard toutes précisions utiles ;

11/Décrire les actes, gestes et mouvements rendus difficiles ou impossibles en raison de cette lésion,

Donner un avis sur le taux de l'incapacité fonctionnelle qui résulte de ces difficultés ou impossibilités. Si un barème a été utilisé, préciser lequel ;

Préciser quel aurait été le taux d'incapacité fonctionnelle lors de l'indemnisation initiale en application du barème et des paramètres médicaux actuellement utilisés ;

12/ Donner un avis détaillé sur la difficulté ou l'impossibilité, temporaire ou définitive, pour le blessé de :

- a) poursuivre l'exercice de sa scolarité ou de sa profession,
- b) opérer une reconversion,
- c) continuer à s'adonner aux sports et activités de loisir qu'il déclare avoir pratiqués ;

13/ Donner un avis sur l'importance des souffrances (physiques et/ou morales) et des atteintes esthétiques, avant et/ou après la consolidation, entraînées par la lésion susvisée en les distinguant ;

14/ Dire si en raison de cette lésion, il existe un préjudice sexuel ; dans l'affirmative préciser s'il s'agit de difficultés aux relations sexuelles ou d'une impossibilité de telles relations ;

15/Préciser du fait de la lésion nouvelle :

- la nécessité de l'intervention d'un personnel spécialisé : médecins, kinésithérapeutes, infirmiers (nombre et durée moyenne de leurs interventions) ;
- la nature et le coût des soins susceptibles de rester à la charge de la victime en moyenne annuelle ;
- les adaptations des lieux de vie de la victime à son nouvel état ;
- le matériel susceptible de lui permettre de s'adapter à son nouveau mode de vie ou de l'améliorer ainsi, s'il y a lieu, que la fréquence de son renouvellement ;

16/ Dire si du fait de la lésion nouvelle, le blessé est toujours en mesure de conduire et dans cette hypothèse quels aménagements doit comporter son véhicule ;

17/ Dire si du fait de la lésion nouvelle il y a lieu de placer le blessé en milieu spécialisé et dans quelles conditions ;

Disons que, pour exécuter la mission, l'expert sera saisi et procédera conformément aux dispositions des articles 232 à 248, 263 à 284-1 du Code de procédure civile ;

Enjoignons aux parties de remettre à l'expert :

le demandeur, immédiatement toutes pièces médicales ou para-médicales utiles à l'accomplissement de la mission, en particulier les certificats médicaux, certificats de consolidation, documents d'imagerie médicale, compte-rendus opératoires et d'examen, expertises ;

les défendeurs aussitôt que possible et au plus tard 8 jours avant la première réunion, les documents, renseignements, réclamations indispensables au bon déroulement des opérations, l'exclusion de

documents médicaux protégés par le secret professionnel et relatifs au(x) demandeur(s) sauf établir leur origine et l'accord du demandeur sur leur divulgation ;

Disons qu'à défaut d'obtenir la remise des pièces qui lui sont nécessaires l'expert pourra être autorisé par le juge chargé du contrôle des expertises à déposer son rapport en l'état ;

Que toutefois il pourra se faire communiquer directement, avec l'accord de la victime ou de ses ayants-droit par tous tiers : médecins, personnels para-médicaux, établissements hospitaliers et de soins, toutes pièces médicales qui ne lui auraient pas été transmises par les parties et dont la production lui paraîtra nécessaire ;

Disons que l'expert s'assurera, à chaque réunion d'expertise, de la communication aux parties des pièces qui lui sont remises, dans un délai permettant leur étude, conformément au principe de la contradiction ; que les documents d'imagerie médicale pertinents seront analysés de façon contradictoire lors des réunions d'expertise ;

Que les pièces seront numérotées en continu et accompagnées d'un bordereau récapitulatif ;

Disons que l'expert devra convoquer toutes les parties par lettre recommandée avec accusé de réception et leur avocat par lettre simple, les avisant de la faculté qu'elles ont de se faire assister par le médecin-conseil de leur choix ;

Disons que l'expert procédera à l'examen clinique, en assurant la protection de l'intimité de la vie privée de la personne examinée et le secret médical pour des constatations étrangères à l'expertise ; qu'à l'issue de cet examen, en application du principe du contradictoire il informera les parties et leurs conseils de façon circonstanciée de ses constatations et de leurs conséquences ;

Disons que l'expert pourra recueillir des informations orales, ou écrites, de toutes personnes susceptibles de l'éclairer ;

Disons que l'expert devra :

- en concertation avec les parties, définir un calendrier prévisionnel de ses opérations à l'issue de la première réunion d'expertise ; l'actualiser ensuite dans le meilleur délai,
 - . en fixant aux parties un délai pour procéder aux interventions forcées ;
 - . en les informant de la date à laquelle il prévoit de leur adresser son document de synthèse ou son projet de rapport ;
- adresser dans le même temps le montant prévisible de sa rémunération qu'il actualisera s'il y a lieu, procédant parallèlement aux demandes de provisions complémentaires ;
- adresser aux parties un document de synthèse, sauf exception (par exemple : réunion de synthèse, communication d'un projet de rapport) dont il s'expliquera dans son rapport, et arrêter le calendrier de la phase conclusive de ses opérations :
 - . fixant, sauf circonstances particulières, la date ultime de dépôt des dernières observations des parties sur le document de synthèse, lesquelles disposeront d'un délai de 4 à 5 semaines à compter de la transmission du rapport ;

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

Que l'original du rapport définitif (un exemplaire) sera déposé au greffe de la 19ème chambre civile du Tribunal de grande instance de Paris, tandis que l'expert en adressera un exemplaire aux parties et à leur conseil, avant le 2011 sauf prorogation expresse ;

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

Fixons à la somme de euros, le montant de la provision à valoir sur les frais d'expertise qui devra être consignée par Monsieur à la régie d'avances et de recettes du Tribunal de grande instance de Paris (escalier D, 2ème étage) avant le 2011 ;

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

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

Renvoyons à l'audience de mise en état du 2011 à , pour vérification du versement de la consignation, sauf difficultés la présence des parties à cette audience n'étant pas requise ;

Disons la présente ordonnance commune à ;

Disons que les dépens du présent incident suivront le sort de l'instance principale ;

Ordonnons l'exécution provisoire.

12.2.4. Expertise médicale - Mission traumatisés crâniens

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

Texte de la mission

Ordonne une expertise médicale de

Commet pour y procéder

qui aura pour mission de :

1) Prendre connaissance des commentaires annexés à la présente mission ;

2) Se faire communiquer par les parties ou leurs conseils :

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

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

4) Recueillir de façon précise, au besoin séparément, les déclarations de la victime et du membre de son entourage ;

- . sur le mode de vie antérieure à l'accident,
- . sur la description des circonstances de l'accident,
- . sur les doléances actuelles en interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences sur les actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne ;

5) Après discussion contradictoire en cas de divergence entre les déclarations ainsi recueillies et les documents produits,

- . indiquer précisément le mode de vie du blessé antérieur à l'accident retenu pour déterminer l'incidence séquellaire :
 - * degré d'autonomie, d'insertion sociale et / ou professionnelle pour un adulte;

- * degré d'autonomie en rapport avec l'âge, niveau d'apprentissage scolaire, soutien pédagogique ... pour un enfant ou un adolescent ;
- . restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho-affectif, puis,
- . avec retranscription intégrale du certificat médical initial, et totale ou partielle du ou des autres éléments médicaux permettant de connaître les principales étapes de l'évolution, décrire de façon la plus précise que possible les lésions initiales, les modalités du ou des traitements, les durées d'hospitalisation (périodes, nature, nom de l'établissement, service concerné), les divers retours à domicile (dates et modalités), la nature et la durée des autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident,
- . décrire précisément le déroulement et les modalités des 24 heures quotidiennes de la vie de la victime, au moment de l'expertise, et ce, sur une semaine, en cas d'alternance de vie entre structure spécialisée et domicile, en précisant, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, la répercussion sur la vie des parents et des frères et sœurs, voir l'aide et la surveillance que doit apporter la famille et qu'elle ne devrait pas normalement apporter compte tenu de l'âge de l'enfant.

6) Procéder à un examen clinique détaillé permettant :

- . de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne,
- . d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement, et leur incidence
 - * sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion ou de réinsertion socio-économique s'agissant d'un adulte
 - * sur les facultés d'insertion sociale et d'apprentissages scolaires s'agissant d'un enfant ou d'un adolescent.

L'évaluation neuro-psychologique est indispensable :

- * Un examen neuro-psychologique récent appréciant les fonctions intellectuelles et du comportement doit être réalisé.
- * Pour un enfant ou un adolescent, cette évaluation doit comporter plusieurs bilans (appréciation du retentissement immédiat et du retentissement sur la dynamique d'apprentissage).

Il convient de :

- Compléter ces évaluations par les données des bulletins scolaires actuels. Dans l'appréciation des bulletins, différencier ce qui revient au comportement, des performances scolaires proprement dites ; Ne pas se contenter du niveau de classe qui n'a parfois aucune valeur.
- Rapporter le niveau de l'enfant à celui de sa classe, et le niveau de sa classe aux normes.
- Compléter si possible par un bilan éducatif.

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

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

- * différencier les difficultés d'apprentissage et de comportement.
- * décrire comment ces troubles antérieurs ont été pris en charge : type de rééducation, type de soutien scolaire, autre type de soutien, type de scolarité, en précisant bien la chronologie.

Analyser, dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à

l'accident des séquelles invoquées en se prononçant sur les lésions initiales, leur évolution, l'état séquellaire et la relation directe et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant

- si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident,
- si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation
- ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme. Dans ce cas, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

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

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

- . pour un adulte, quels sont les projets thérapeutique et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et / ou matérielle ...)
- . pour un enfant ou un adolescent, quels sont les projets thérapeutique, de scolarité et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et / ou matérielle, soutiens scolaires, rééducations telles que ergothérapie et psychomotricité, ...)
- . et en tout état de cause, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe suivant.

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

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

Analyser les besoins exprimés par la famille compte tenu du défaut d'autonomie pour l'âge. Analyser la qualité de vie du blessé et de sa famille (parents, frères et sœurs) ;

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

Ces données doivent être intégrées et discutées lors de l'évaluation ci-dessous prévue au § suivant.

10) Évaluer les séquelles aux fins de :

- . fixer la durée de **l'I.T.T. et de l'I.T.P.**, périodes pendant lesquelles pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ou partiellement ses activités habituelles,
- . fixer la **date de consolidation** en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuropsychologiques,
- . fixer le **taux du déficit fonctionnel** imputable à l'accident résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation.

Préciser, en outre le taux de déficit fonctionnel actuel résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur ;

. en cas de vie à domicile, se prononcer sur la nécessité pour le blessé d'être assisté par une **tierce personne** (cette évaluation ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires mais aussi les actes élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement.

Dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne doit, ou non, être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé. Donner à cet égard toutes précisions utiles.

Se prononcer, le cas échéant, sur les modalités des aides techniques.

. se prononcer sur l'**aménagement éventuel du logement** ;

. après s'être entouré, au besoin, d'avis spécialisés, dire :

* si la victime est ou sera capable de poursuivre, dans les mêmes conditions, son **activité professionnelle** antérieure à l'accident

* dans la négative, ou à défaut d'activité professionnelle antérieure à l'accident, si elle est ou sera capable d'exercer une **activité professionnelle**. Dans ce cas, en préciser les conditions d'exercice et les éventuelles restrictions ou contre-indications.

. dire si les **frais médicaux**, pharmaceutiques, para-médicaux, d'hospitalisation, d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative préciser lesquels et pour l'appareillage, le véhicule automobile et son aménagement, préciser la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût.

. décrire les **souffrances** physiques et psychiques endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés.

. décrire la nature et l'importance du **dommages esthétique** et l'évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés.

. indiquer s'il existe ou existera un **préjudice sexuel, de procréation, d'établissement**.

. décrire le **préjudice d'agrément**, défini comme la perte de la qualité de vie de la victime.

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

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

Dit que l'expert prendra en considération les observations des parties ou de leurs conseils, dans les conditions de l'article 276 du code de procédure civile ;

Dit que devra consigner au régisseur d'avances et de recettes de avant le ,
la somme de € à valoir sur les honoraires,

Dit que faute d'une telle consignation dans ledit délai, la mission de l'expert deviendra caduque, (à enlever si AJ)

Dit que dans les deux mois, à compter de sa saisine, l'expert indiquera le montant de sa rémunération définitive prévisible afin que soit éventuellement ordonnée une provision complémentaire dans les conditions de l'article 280 du nouveau code de procédure civile et qu'à défaut d'une telle indication le montant de la consignation initiale constituera la rémunération définitive de l'expert,

(Si AJ) Dit que les frais d'expertise seront avancés par le Trésor conformément aux dispositions relatives à l'aide juridictionnelle,

Dit que l'expert sera saisi et effectuera sa mission conformément aux dispositions des articles 263 et suivants du nouveau code de procédure civile, et qu'il déposera son rapport au secrétariat de la Mise en État dans les quatre mois du jour où il aura été saisi de sa mission,

Dit que pour vérification des diligences l'affaire sera appelée à l'audience de procédure du

Commentaires de la mission

Point numéro 2

L'expertise doit se réaliser avec le dossier médical, dossier déjà constitué en grande partie par les examens pratiqués avant consolidation. Si l'expert n'a pas procédé lui-même à ces examens, il doit reconstituer toute l'histoire clinique depuis l'arrivée des secours d'urgence jusqu'à la consolidation. Elle doit aussi se réaliser avec le maximum d'éléments permettant à l'expert de discuter contradictoirement puis d'indiquer quel était l'état du blessé, antérieur à l'accident.

Les actes élémentaires correspondent aux activités essentielles de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger).

Les actes élaborés correspondent notamment à la faculté qu'a la victime de gérer son budget, faire ses courses, se déplacer seul à l'extérieur ...

Cette distinction est d'autant plus importante que le traumatisme crânio-encéphalique obère beaucoup plus souvent les actes élaborés que les actes élémentaires.

L'analyse du handicap comporte aussi d'autres dimensions, notamment l'examen du maintien ou de la perte du rôle familial du blessé, de ses capacités d'intégration sociale et d'insertion professionnelle.

Point numéro 3

Où doit avoir lieu l'expertise ?

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuro-psychologique ; cependant il est recommandé que celle-ci se pratique sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps les rendant dépendants pour des raisons physiques, intellectuelles ou comportementales.

Lorsque le patient séjourne dans un centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce

centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante.

En présence de qui ?

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

Point numéro 5

La détermination de l'état du blessé antérieur à l'accident revêt une grande importance, celle-ci doit donc être faite après discussion contradictoire des preuves de cet état, lorsqu'il y a divergence d'appréciations.

Pour la description de la vie quotidienne ou hebdomadaire du blessé, l'expert peut, si besoin est, recueillir tous avis techniques nécessaires, notamment celui d'un ergothérapeute.

Point numéro 6

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

Point numéro 7

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

Points numéro 8 et 9

Quand consolider un adulte ?

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

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

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

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

Quand consolider un enfant ou un adolescent ?

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

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

Apprécier l'incidence du traumatisme sur le développement de l'enfant implique donc que la consolidation soit la plus tardive possible. Ne jamais consolider précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme crânien grave, a fortiori quand l'enfant était jeune au moment de l'atteinte (ou alors très précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme extrêmement sévère) ou lorsque existe une localisation frontale.

On ne peut comme pour l'adulte, dans le but d'apprécier les conséquences du traumatisme crânien, comparer l'enfant à ce qu'il était. Il doit être comparé à ce qu'il aurait dû devenir (capacités antérieures, fratrie).

La récupération motrice est souvent rapide et complète, les séquelles sont avant tout cognitives et comportementales (handicap invisible comme chez l'adulte).

Ces séquelles :

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

Point numéro 10

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

Tierce personne : Il est nécessaire d'apprécier la tierce personne avant même la consolidation en fonction de l'autonomie que l'enfant n'a pas, compte tenu de son âge.

Il est nécessaire de distinguer le rôle qu'auraient eu les parents sans l'accident, en fonction de l'âge de l'enfant, de celui qui relève de la tierce personne. L'enfant a, en dehors du cas d'un état végétatif ou d'un état pauci-relationnel, une espérance de vie normale ; Il y a donc nécessité d'anticiper sur les besoins futurs en tierce personne.

Considérer la scolarité comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique.

Faciliter le soutien scolaire, la scolarité à petit effectif dans le but de favoriser l'insertion/réinsertion de l'enfant.

Considérer les prises en charge autres non prises en charge par la Sécurité Sociale :

Rééducation par ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, ordinateur portable, poussette adaptée, siège-auto ...

Il y a lieu d'évaluer l'ensemble des besoins objectifs en aide humaine, même si elle est assurée par

les proches.

Pour l'analyse des capacités professionnelles, une évaluation dans une structure spécialisée peut être nécessaire telle qu'une unité d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour cérébro-lésés (UEROS), une association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) un centre de préorientation ...

L'analyse des besoins en matériels divers, de leur renouvellement et de leur surcoût, peut relever de l'avis d'un ergothérapeute.

Il est rappelé que les souffrances endurées sont celles subies jusqu'à la consolidation.

Pour le préjudice d'agrément, perte de qualité de vie, il s'agit d'apprécier tant les impossibilités, les limitations que les perturbations.

Le préjudice d'établissement s'entend de la difficulté ou de l'impossibilité de former un couple, de fonder une famille et/ou de les assumer.

13. Annexes

13.1. Liste des médecins experts

Vous pouvez accéder, sur le site Internet de la Cour de cassation, aux [listes des experts judiciaires publiées par les cours d'appel](#).

13.2. Barème de capitalisation publié par la Gazette du Palais du 26 avril 2016

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

Table de survie de référence : INSEE H 2006-2008		(Sexe masculin)										Barème de capitalisation 2016									
France entière		taux d'intérêt = 1,04 %																			
Capital constitutif d'une rente payable à terme échu																					
Âge du bénéficiaire à la date d'attribution	via-gère	Âge du bénéficiaire au dernier arrérage																			
		69 ans	68 ans	67 ans	66 ans	65 ans	64 ans	63 ans	62 ans	61 ans	60 ans	59 ans	55 ans	50 ans	29 ans	25 ans	21 ans	20 ans	18 ans	16 ans	
0	52,104	47,083	46,706	46,318	45,920	45,510	45,091	44,661	44,222	43,772	43,312	42,843	40,871	38,200	24,729	21,765	18,664	17,867	16,246	14,589	
1	51,873	46,778	46,396	46,002	45,598	45,183	44,757	44,321	43,875	43,419	42,952	42,476	40,475	37,764	24,095	21,086	17,940	17,131	15,486	13,804	
2	51,433	46,283	45,896	45,499	45,090	44,670	44,240	43,799	43,348	42,887	42,415	41,934	39,912	37,171	23,355	20,314	17,133	16,315	14,653	12,953	
3	50,979	45,775	45,384	44,982	44,569	44,145	43,710	43,265	42,809	42,342	41,866	41,380	39,336	36,566	22,603	19,530	16,315	15,489	13,809	12,091	
4	50,518	45,259	44,864	44,457	44,040	43,611	43,172	42,722	42,261	41,790	41,309	40,817	38,752	35,953	21,842	18,736	15,488	14,653	12,954	11,219	
5	50,050	44,735	44,336	43,926	43,504	43,071	42,627	42,172	41,706	41,230	40,744	40,247	38,160	35,331	21,072	17,933	14,651	13,807	12,091	10,337	
6	49,576	44,205	43,802	43,387	42,961	42,523	42,074	41,615	41,144	40,663	40,172	39,670	37,560	34,702	20,293	17,122	13,805	12,952	11,218	9,446	
7	49,097	43,670	43,262	42,843	42,412	41,970	41,517	41,052	40,577	40,091	39,594	39,087	36,955	34,067	19,506	16,302	12,950	12,088	10,336	8,545	
8	48,612	43,128	42,716	42,293	41,857	41,410	40,952	40,483	40,003	39,511	39,009	38,497	36,343	33,425	18,711	15,473	12,086	11,215	9,444	7,634	
9	48,123	42,581	42,165	41,737	41,297	40,845	40,382	39,908	39,423	38,926	38,419	37,901	35,725	32,776	17,908	14,635	11,212	10,333	8,543	6,715	
10	47,627	42,027	41,607	41,174	40,730	40,273	39,806	39,326	38,836	38,334	37,822	37,298	35,099	32,119	17,095	13,789	10,330	9,441	7,633	5,785	
11	47,126	41,468	41,043	40,606	40,156	39,695	39,223	38,739	38,243	37,736	37,218	36,689	34,467	31,456	16,274	12,933	9,438	8,540	6,713	4,846	
12	46,622	40,904	40,474	40,033	39,579	39,113	38,635	38,146	37,645	37,133	36,609	36,075	33,829	30,786	15,445	12,069	8,537	7,630	5,784	3,897	
13	46,113	40,334	39,901	39,454	38,995	38,525	38,042	37,548	37,041	36,524	35,995	35,455	33,186	30,111	14,608	11,196	7,627	6,710	4,844	2,938	
14	45,599	39,760	39,321	38,870	38,407	37,931	37,443	36,943	36,432	35,909	35,374	34,829	32,535	29,428	13,762	10,314	6,708	5,781	3,896	1,969	
15	45,082	39,181	38,738	38,282	37,813	37,333	36,840	36,335	35,818	35,289	34,749	34,198	31,880	28,740	12,908	9,423	5,779	4,842	2,937	0,989	
16	44,563	38,599	38,151	37,690	37,217	36,731	36,233	35,722	35,200	34,666	34,120	33,562	31,220	28,046	12,046	8,524	4,840	3,894	1,968		
17	44,041	38,013	37,560	37,094	36,616	36,125	35,621	35,105	34,577	34,037	33,486	32,922	30,555	27,347	11,175	7,615	3,892	2,935	0,989		
18	43,520	37,426	36,969	36,498	36,014	35,518	35,009	34,487	33,953	33,408	32,850	32,280	29,887	26,645	10,296	6,698	2,935	1,967			
19	43,000	36,839	36,377	35,901	35,411	34,910	34,395	33,868	33,328	32,776	32,212	31,636	29,217	25,939	9,410	5,772	1,967	0,989			
20	42,477	36,248	35,780	35,299	34,805	34,297	33,777	33,244	32,698	32,140	31,570	30,988	28,541	25,227	8,514	4,836	0,989				
21	41,952	35,653	35,180	34,693	34,193	33,680	33,154	32,615	32,063	31,499	30,922	30,334	27,860	24,508	7,610	3,890					
22	41,421	35,052	34,574	34,082	33,576	33,057	32,525	31,980	31,422	30,852	30,269	29,673	27,172	23,783	6,695	2,934					
23	40,886	34,445	33,962	33,464	32,953	32,428	31,890	31,339	30,775	30,198	29,608	29,006	26,477	23,049	5,770	1,967					
24	40,348	33,834	33,345	32,842	32,325	31,794	31,250	30,693	30,122	29,539	28,943	28,334	25,776	22,310	4,835	0,989					
25	39,803	33,216	32,722	32,213	31,690	31,153	30,603	30,039	29,462	28,872	28,270	27,654	25,067	21,562	3,890						
26	39,252	32,591	32,091	31,576	31,047	30,504	29,948	29,378	28,795	28,198	27,588	26,966	24,350	20,805	2,933						

Table de survie de référence : INSEE H 2006-2008 France entière		(Sexe masculin)												taux d'intérêt = 1,04 %	Barème de capitalisation 2016				
Capital constitutif d'une rente payable à terme échu																			
Âge du bénéficiaire à la date d'attribution	Âge du bénéficiaire au dernier arrérage																		
	69 ans	68 ans	67 ans	66 ans	65 ans	64 ans	63 ans	62 ans	61 ans	60 ans	59 ans	55 ans	50 ans	29 ans	25 ans	21 ans	20 ans	18 ans	16 ans
27	38,696	31,959	31,453	30,933	30,398	29,849	29,286	28,710	28,120	27,517	26,900	26,270	23,625	20,040	1,967				
28	38,133	31,320	30,809	30,282	29,741	29,186	28,617	28,034	27,438	26,827	26,204	25,567	22,892	19,266	0,989				
29	37,565	30,675	30,158	29,625	29,078	28,517	27,942	27,352	26,749	26,131	25,501	24,857	22,151	18,485					
30	36,990	30,022	29,499	28,960	28,407	27,840	27,257	26,661	26,051	25,427	24,789	24,138	21,401	17,694					
31	36,408	29,361	28,832	28,288	27,729	27,155	26,566	25,963	25,346	24,714	24,070	23,411	20,644	16,894					
32	35,822	28,696	28,161	27,610	27,044	26,464	25,868	25,258	24,634	23,996	23,343	22,677	19,878	16,086					
33	35,232	28,024	27,483	26,926	26,354	25,766	25,164	24,547	23,916	23,270	22,610	21,937	19,106	15,270					
34	34,636	27,345	26,798	26,234	25,655	25,061	24,452	23,828	23,190	22,537	21,869	21,188	18,325	14,445					
35	34,036	26,661	26,107	25,538	24,952	24,351	23,735	23,104	22,458	21,797	21,122	20,433	17,537	13,612					
36	33,432	25,971	25,411	24,834	24,242	23,634	23,011	22,373	21,719	21,051	20,368	19,671	16,740	12,770					
37	32,828	25,279	24,712	24,129	23,529	22,914	22,284	21,638	20,976	20,300	19,609	18,904	15,939	11,922					
38	32,218	24,579	24,005	23,415	22,809	22,186	21,548	20,894	20,225	19,541	18,842	18,128	15,128	11,063					
39	31,604	23,873	23,293	22,696	22,082	21,452	20,806	20,145	19,468	18,775	18,068	17,345	14,309	10,196					
40	30,985	23,161	22,574	21,969	21,348	20,711	20,057	19,388	18,702	18,002	17,286	16,554	13,482	9,319					
41	30,366	22,446	21,852	21,240	20,611	19,966	19,304	18,626	17,933	17,223	16,498	15,758	12,648	8,433					
42	29,746	21,727	21,125	20,505	19,869	19,216	18,546	17,859	17,157	16,439	15,705	14,955	11,806	7,539					
43	29,124	21,003	20,393	19,766	19,121	18,460	17,781	17,086	16,375	15,648	14,904	14,145	10,956	6,635					
44	28,499	20,273	19,656	19,020	18,367	17,697	17,010	16,306	15,586	14,849	14,096	13,327	10,097	5,720					
45	27,876	19,542	18,916	18,272	17,611	16,932	16,235	15,522	14,792	14,046	13,283	12,504	9,231	4,796					
46	27,253	18,806	18,172	17,520	16,849	16,161	15,455	14,732	13,992	13,236	12,463	11,673	8,356	3,861					
47	26,633	18,068	17,425	16,764	16,084	15,386	14,670	13,937	13,187	12,420	11,636	10,836	7,472	2,914					
48	26,015	17,327	16,675	16,004	15,314	14,606	13,881	13,137	12,376	11,598	10,803	9,991	6,579	1,956					
49	25,398	16,582	15,921	15,239	14,540	13,821	13,085	12,331	11,558	10,769	9,962	9,138	5,676	0,985					
50	24,786	15,836	15,164	14,472	13,762	13,033	12,285	11,519	10,735	9,933	9,114	8,278	4,763						
51	24,177	15,085	14,403	13,701	12,979	12,238	11,479	10,701	9,904	9,090	8,258	7,408	3,838						
52	23,571	14,331	13,638	12,924	12,190	11,438	10,666	9,875	9,066	8,238	7,393	6,529	2,900						
53	22,966	13,571	12,866	12,140	11,395	10,629	9,844	9,041	8,218	7,376	6,516	5,638	1,949						

Table de survie de référence : INSEE H 2006-2008		(Sexe masculin)										Barème de capitalisation 2016									
France entière		taux d'intérêt = 1,04 %																			
Capital constitutif d'une rente payable à terme échu																					
Âge du bénéficiaire à la date d'attribution	via-gère	Âge du bénéficiaire au dernier arrérage																			
		69 ans	68 ans	67 ans	66 ans	65 ans	64 ans	63 ans	62 ans	61 ans	60 ans	59 ans	55 ans	50 ans	29 ans	25 ans	21 ans	20 ans	18 ans	16 ans	
54	22,362	12,806	12,088	11,350	10,591	9,813	9,014	8,197	7,360	6,504	5,629	4,736	0,983								
55	21,757	12,032	11,302	10,550	9,778	8,986	8,174	7,341	6,490	5,618	4,728	3,819									
56	21,153	11,251	10,508	9,743	8,956	8,150	7,322	6,475	5,608	4,721	3,814	2,889									
57	20,551	10,462	9,705	8,926	8,125	7,303	6,460	5,597	4,713	3,809	2,886	1,943									
58	19,947	9,664	8,892	8,098	7,281	6,443	5,584	4,705	3,804	2,883	1,942	0,981									
59	19,341	8,855	8,068	7,258	6,425	5,571	4,695	3,798	2,879	1,940	0,980										
60	18,735	8,035	7,232	6,405	5,556	4,684	3,790	2,875	1,938	0,979											
61	18,131	7,205	6,385	5,541	4,673	3,783	2,871	1,936	0,979												
62	17,526	6,362	5,524	4,661	3,775	2,866	1,933	0,978													
63	16,923	5,51	4,65	3,77	2,86	1,93	0,98														
64	16,323	4,64	3,76	2,86	1,93	0,98															
65	15,720	3,75	2,85	1,93	0,98																
66	15,118	2,84	1,92	0,97																	
67	14,516	1,92	0,97																		
68	13,914	0,97																			
69	13,322																				
70	12,729																				
71	12,138																				
72	11,557																				
73	10,986																				
74	10,419																				
75	9,864																				
76	9,318																				
77	8,784																				
78	8,261																				
79	7,755																				
80	7,262																				

Table de survie de référence : INSEE F 2006-2008		(Sexe féminin)										Barème de capitalisation 2016							
France entière		taux d'intérêt = 1,04 %																	
Capital constitutif d'une rente payable à terme échu																			
Âge du bénéficiaire à la date d'attribution	Âge du bénéficiaire au dernier arrérage																		
	69 ans	68 ans	67 ans	66 ans	65 ans	64 ans	63 ans	62 ans	61 ans	60 ans	59 ans	55 ans	50 ans	29 ans	25 ans	21 ans	20 ans	18 ans	16 ans
0	55,272	48,071	47,635	47,191	46,739	46,279	45,812	45,337	44,854	44,364	43,866	43,361	38,483	24,791	21,805	18,690	17,890	16,265	14,605
1	55,038	47,737	47,295	46,845	46,386	45,920	45,446	44,965	44,475	43,978	43,474	42,962	38,017	24,134	21,107	17,949	17,138	15,490	13,808
2	54,627	47,248	46,801	46,346	45,883	45,412	44,933	44,446	43,951	43,449	42,939	42,421	37,424	23,393	20,333	17,141	16,321	14,656	12,955
3	54,204	46,747	46,296	45,836	45,368	44,892	44,408	43,916	43,416	42,908	42,393	41,870	36,819	22,640	19,548	16,322	15,494	13,811	12,092
4	53,776	46,241	45,784	45,320	44,847	44,366	43,876	43,379	42,874	42,361	41,840	41,312	36,208	21,879	18,754	15,494	14,658	12,957	11,220
5	53,342	45,727	45,266	44,796	44,319	43,832	43,338	42,836	42,325	41,807	41,281	40,746	35,589	21,109	17,952	14,657	13,812	12,093	10,338
6	52,902	45,207	44,741	44,267	43,784	43,293	42,793	42,286	41,770	41,246	40,714	40,174	34,962	20,331	17,140	13,811	12,957	11,220	9,447
7	52,457	44,682	44,211	43,731	43,243	42,747	42,242	41,729	41,208	40,679	40,141	39,596	34,329	19,544	16,320	12,956	12,093	10,338	8,546
8	52,007	44,150	43,674	43,190	42,697	42,195	41,685	41,167	40,640	40,105	39,562	39,011	33,689	18,749	15,491	12,092	11,219	9,446	7,635
9	51,552	43,613	43,132	42,642	42,144	41,637	41,122	40,598	40,066	39,525	38,977	38,420	33,042	17,945	14,654	11,219	10,337	8,545	6,715
10	51,093	43,070	42,584	42,089	41,586	41,074	40,553	40,024	39,486	38,940	38,385	37,822	32,388	17,134	13,807	10,336	9,445	7,635	5,786
11	50,628	42,521	42,030	41,530	41,022	40,504	39,978	39,443	38,900	38,348	37,788	37,219	31,728	16,313	12,952	9,445	8,544	6,715	4,846
12	50,159	41,967	41,471	40,966	40,452	39,929	39,397	38,857	38,307	37,750	37,184	36,609	31,060	15,484	12,088	8,544	7,634	5,785	3,897
13	49,684	41,407	40,906	40,395	39,876	39,347	38,810	38,264	37,709	37,145	36,573	35,993	30,386	14,646	11,214	7,633	6,714	4,846	2,938
14	49,206	40,842	40,335	39,819	39,294	38,760	38,217	37,666	37,105	36,536	35,957	35,371	29,705	13,800	10,332	6,713	5,784	3,897	1,969
15	48,723	40,271	39,759	39,238	38,707	38,168	37,619	37,062	36,495	35,920	35,335	34,742	29,017	12,945	9,441	5,784	4,845	2,938	0,990
16	48,236	39,695	39,177	38,651	38,115	37,569	37,015	36,452	35,879	35,298	34,707	34,108	28,323	12,081	8,540	4,845	3,896	1,969	
17	47,746	39,114	38,592	38,059	37,518	36,967	36,406	35,837	35,258	34,671	34,074	33,469	27,622	11,209	7,630	3,896	2,937	0,990	
18	47,252	38,529	38,000	37,463	36,915	36,358	35,792	35,217	34,632	34,038	33,435	32,823	26,915	10,328	6,711	2,937	1,969		
19	46,754	37,938	37,404	36,861	36,307	35,744	35,172	34,591	34,000	33,400	32,790	32,172	26,201	9,438	5,782	1,969	0,989		
20	46,252	37,342	36,802	36,253	35,694	35,125	34,547	33,959	33,362	32,755	32,139	31,514	25,480	8,538	4,844	0,989			
21	45,744	36,740	36,194	35,639	35,074	34,499	33,915	33,321	32,717	32,104	31,482	30,850	24,751	7,629	3,896				
22	45,233	36,132	35,581	35,020	34,448	33,867	33,277	32,676	32,066	31,447	30,818	30,179	24,015	6,711	2,937				
23	44,714	35,516	34,960	34,392	33,815	33,228	32,631	32,024	31,408	30,781	30,146	29,501	23,271	5,782	1,968				
24	44,191	34,896	34,333	33,759	33,176	32,583	31,979	31,366	30,743	30,110	29,468	28,815	22,519	4,844	0,989				
25	43,663	34,268	33,699	33,120	32,530	31,930	31,321	30,701	30,071	29,432	28,782	28,123	21,760	3,895					
26	43,129	33,633	33,059	32,473	31,877	31,271	30,655	30,028	29,392	28,745	28,089	27,423	20,992	2,937					

Table de survie de référence : INSEE F 2006-2008 France entière		(Sexe féminin)													Barème de capitalisation 2016							
Capital constitutif d'une rente payable à terme échu		taux d'intérêt = 1,04 %																				
Âge du bénéficiaire à la date d'attribution	via- gère	Âge du bénéficiaire au dernier arrérage													29 ans	25 ans	21 ans	20 ans	18 ans	16 ans		
		69 ans	68 ans	67 ans	66 ans	65 ans	64 ans	63 ans	62 ans	61 ans	60 ans	59 ans	55 ans	50 ans								
27	42,590	32,994	32,412	31,821	31,218	30,606	29,983	29,350	28,706	28,053	27,390	26,717	23,926	20,216	1,968							
28	42,046	32,346	31,759	31,161	30,552	29,933	29,303	28,664	28,013	27,353	26,683	26,002	23,181	19,433	0,989							
29	41,497	31,693	31,099	30,495	29,880	29,254	28,617	27,971	27,314	26,646	25,969	25,281	22,430	18,641								
30	40,942	31,033	30,433	29,822	29,200	28,568	27,925	27,271	26,607	25,932	25,247	24,552	21,671	17,841								
31	40,383	30,367	29,761	29,143	28,515	27,875	27,225	26,564	25,893	25,211	24,519	23,816	20,904	17,033								
32	39,818	29,695	29,082	28,457	27,822	27,176	26,519	25,851	25,172	24,483	23,784	23,073	20,129	16,217								
33	39,248	29,016	28,396	27,765	27,123	26,470	25,805	25,130	24,445	23,748	23,041	22,323	19,347	15,392								
34	38,674	28,330	27,704	27,066	26,417	25,757	25,085	24,403	23,710	23,006	22,291	21,565	18,557	14,559								
35	38,097	27,640	27,007	26,362	25,706	25,039	24,360	23,670	22,969	22,257	21,534	20,801	17,760	13,718								
36	37,516	26,944	26,304	25,652	24,989	24,314	23,628	22,930	22,222	21,502	20,771	20,030	16,955	12,869								
37	36,929	26,240	25,593	24,934	24,263	23,581	22,887	22,182	21,466	20,738	20,000	19,250	16,141	12,011								
38	36,339	25,532	24,878	24,211	23,533	22,843	22,142	21,429	20,704	19,969	19,222	18,464	15,321	11,144								
39	35,746	24,818	24,156	23,483	22,797	22,099	21,390	20,669	19,936	19,192	18,437	17,671	14,492	10,269								
40	35,150	24,099	23,429	22,748	22,054	21,349	20,632	19,902	19,162	18,409	17,645	16,870	13,656	9,385								
41	34,549	23,372	22,695	22,006	21,304	20,591	19,865	19,128	18,379	17,618	16,845	16,061	12,811	8,491								
42	33,944	22,639	21,955	21,258	20,548	19,826	19,093	18,347	17,589	16,820	16,038	15,245	11,958	7,588								
43	33,337	21,901	21,209	20,504	19,786	19,056	18,314	17,559	16,793	16,014	15,224	14,422	11,096	6,676								
44	32,726	21,157	20,457	19,743	19,017	18,278	17,528	16,764	15,989	15,201	14,402	13,590	10,226	5,754								
45	32,112	20,407	19,698	18,976	18,241	17,494	16,734	15,962	15,178	14,381	13,572	12,751	9,346	4,822								
46	31,498	19,652	18,934	18,204	17,460	16,704	15,935	15,154	14,360	13,553	12,735	11,904	8,458	3,880								
47	30,880	18,890	18,164	17,425	16,672	15,907	15,128	14,338	13,534	12,718	11,889	11,048	7,561	2,927								
48	30,258	18,122	17,387	16,638	15,877	15,102	14,314	13,513	12,700	11,874	11,035	10,183	6,654	1,963								
49	29,636	17,348	16,604	15,846	15,075	14,290	13,492	12,682	11,858	11,022	10,172	9,310	5,737	0,987								
50	29,012	16,568	15,814	15,047	14,266	13,471	12,664	11,843	11,009	10,162	9,301	8,429	4,809									
51	28,384	15,780	15,017	14,240	13,449	12,644	11,826	10,995	10,150	9,292	8,421	7,537	3,871									
52	27,756	14,987	14,214	13,426	12,625	11,810	10,981	10,139	9,283	8,414	7,531	6,635	2,922									
53	27,123	14,185	13,402	12,604	11,792	10,966	10,126	9,273	8,406	7,525	6,631	5,723	1,960									

Table de survie de référence : INSEE F 2006-2008 France entière		(Sexe féminin)										Barème de capitalisation 2016										
		taux d'intérêt = 1,04 %																				
Capital constitutif d'une rente payable à terme échu																						
Âge du bénéficiaire à la date d'attribution	via- gère	Âge du bénéficiaire au dernier arrérage																				
		69 ans	68 ans	67 ans	66 ans	65 ans	64 ans	63 ans	62 ans	61 ans	60 ans	59 ans	55 ans	50 ans	29 ans	25 ans	21 ans	20 ans	18 ans	16 ans		
81	8,670																					
82	8,085																					
83	7,519																					
84	6,974																					
85	6,450																					
86	5,956																					
87	5,483																					
88	5,042																					
89	4,627																					
90	4,231																					
91	3,856																					
92	3,518																					
93	3,204																					
94	2,914																					
95	2,651																					
96	2,403																					
97	2,166																					
98	1,936																					
99	1,729																					
100	1,509																					
101	1,270																					
102	0,988																					
103	0,607																					