

NOTE JURIDIQUE

- INDEMNISATION -

OBJET : L'évaluation monétaire du dommage

Base juridique

Articles 1382 et 1149 du code civil

L'indemnisation du dommage corporel, suppose en premier lieu, d'apporter la preuve de l'atteinte à l'intégrité physique invoquée. Cette preuve est rapportée par l'expertise médicale : les médecins procèdent à une évaluation médicale des lésions.

Dans un second temps, il appartient aux juristes de traduire les constatations médicales en procédant à l'évaluation monétaire des divers préjudices, afin de préciser le montant des droits et obligations suscités par le dommage corporel.

Cette évaluation servira de base de discussion transactionnelle avec l'assureur ou de demande d'indemnités devant le Juge.

Dans le respect des grands principes du dommage corporel, on doit déterminer quels sont les préjudices indemnifiables et en calculer les montants, une fois pour toutes.

La seule remise en cause de cette évaluation, est l'aggravation.

SOMMAIRE

I. LES GRANDS PRINCIPES DE L'INDEMNISATION

1. **Le principe de la réparation intégrale**
2. **Le principe indemnitaire**
3. **Le principe d'évaluation *in concreto***

II. LES PREJUDICES INDEMNISABLES

1. **Préjudices patrimoniaux**
 - 1.1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)
 - 1.2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)
2. **Préjudices extra-patrimoniaux**
 - 2.1. Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation)
 - 2.2. Préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation)
 - 2.3. Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)

III. LES REGLES DE CALCUL

1. **Le recours des tiers payeurs**
 - 1.1. Le recours de la caisse s'exerce « poste par poste »
 - 1.2. La subrogation ne peut nuire à la victime
 - 1.3. Le recours peut s'exercer sur un poste de préjudice à caractère personnel
2. **Les règles d'une bonne évaluation**
 - 2.1. L'assistance d'un avocat spécialisé
 - 2.2. Les barèmes de capitalisation
 - 2.3. La réunion de justificatifs

IV. L'AGGRAVATION

1. **La demande nouvelle pour un préjudice préexistant non indemnisé**
2. **La demande nouvelle pour aggravation médicale**
3. **La demande nouvelle pour aggravation consécutive à un second accident**

I. LES GRANDS PRINCIPES DE L'INDEMNISATION

Le droit à indemnisation : un droit fondamental.

Parmi les droits fondamentaux dont dispose tout être humain, il est celui posé par l'article 16-1 du code civil : « *Chacun a droit au respect de son corps ; le corps humain est inviolable* ».

Le Conseil constitutionnel a élevé le droit à indemnisation au rang de principe fondamental, d'ordre public¹. L'intervention du législateur est donc limitée. D'ailleurs, l'évaluation du dommage corporel en droit commun² est un univers en soi, sans attache législative ou presque. Certains grands principes régissent le domaine.

1. Le principe de la réparation intégrale

"Tous les préjudices"

Le but de l'action en responsabilité civile est de **rétablir, aussi exactement que possible, l'équilibre détruit par le dommage et de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit**³.

Cette règle illustre la fonction de réparation de la responsabilité civile qui, aujourd'hui, a pris le pas sur sa fonction punitive. L'évaluation du dommage corporel est, en effet, détachée de l'importance de la faute : la réparation n'est pas proportionnelle à la gravité de la faute.

Il y a bien sûr une part de « virtuel » dans ce principe de réparation intégrale, dégagé de toute punition au sens de la responsabilité pénale : les valeurs humaines, détruites par l'atteinte corporelle, sont perdues à jamais, et ne pouvant être « réparées », elles sont monétisées. La réparation du dommage corporel s'effectue ainsi non en nature, mais en équivalent monétaire.

Pour ouvrir droit à réparation, il faut un préjudice **actuel, personnel, direct et certain**⁴.

La preuve du lien de causalité direct et certain, entre le dommage corporel et le traumatisme accidentel est source d'un important contentieux : juridique et médical (notamment quant à l'imputabilité des séquelles à l'événement dommageable, dont la preuve doit être apportée en principe, par la victime).

Un des grands contentieux du dommage corporel réside également dans l'état antérieur ou les prédispositions pathologiques dont la victime est porteuse. La Cour de cassation estime que le droit à indemnisation de la victime ne peut être réduit si l'état antérieur ou les prédispositions n'entraînaient aucun état invalidant, dès lors que l'accident a été l'élément décompensateur et déclenchant de la pathologie antérieure à l'atteinte⁵.

Du principe de réparation intégrale, découlent d'autres principes jurisprudentiels :

- ↳ La victime n'est pas tenue de limiter son préjudice⁶ : l'auteur du dommage est tenu d'en réparer toutes les conséquences dommageables et la victime n'est pas tenue de minimiser son préjudice dans l'intérêt du responsable.

¹ Conseil constitutionnel, 22 octobre 1982

² Droit commun : ensemble des règles juridiques s'appliquant généralement à toutes les situations qui ne sont pas soumises à des règles spéciales ou particulières.

³ Cour de Cassation, 2^{ème} Chambre Civile 7 décembre 1978, résolution n° 75 du Conseil de l'Europe

⁴ Cour de Cassation, 2^{ème} Chambre Civile, 16 avril 1996

⁵ Cour de Cassation, 2^{ème} Chambre Civile, 13 janvier 1982

⁶ Cour de Cassation, 2^{ème} Chambre Civile, 19 juin 2003

- ↳ En matière économique, l'indemnisation est là pour compenser les pertes subies : il faut donc inventorier tous les préjudices économiques, pour qu'ils soient réparés intégralement (il s'agit là d'une indemnisation compensatoire)
- ↳ Pour les préjudices non économiques, l'indemnisation est plutôt satisfaisante⁷ : il n'est évidemment pas possible de réparer financièrement la perte d'un membre ou de donner une valeur à la douleur ressentie. Le but de l'indemnisation dans ce cas est donc de reconnaître le préjudice, en lui donnant une valeur, afin de rendre sa dignité à la personne.

2. Le principe indemnitaire

"Tout le préjudice, mais rien que le préjudice"

Si la réparation doit être intégrale, elle ne doit pas excéder le montant du préjudice. Autrement dit, la victime ne doit pas s'enrichir à l'occasion de l'indemnisation. Un préjudice, si maigre soit-il, donne lieu à réparation en droit commun⁸, sous réserve qu'il soit mesurable⁹ et prouvé (on ne peut être indemnisé d'un préjudice qui n'existe pas).

Il ne saurait résulter, pour la victime d'une infraction (ou d'une faute), ni perte ni profit¹⁰.

Les règles de l'indemnisation du dommage corporel interdisent tout cumul entre l'indemnisation et la réparation des préjudices née des divers régimes spéciaux sur la protection sociale (en assurance maladie ou en accident du travail) ou certaines prestations contractuelles à caractère indemnitaire, en assurances de personnes¹¹.

Exemple :

Une victime d'un accident de la circulation ne peut pas à la fois être indemnisée par l'assureur du responsable et conserver les indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale, en raison de son arrêt de travail. La Sécurité Sociale lui versera les indemnités journalières normalement, mais en récupérera le montant auprès de l'assurance. L'assurance, avant de verser l'indemnisation, en déduira le montant des indemnités journalières qu'elle a remboursé à la Caisse.

Les organismes gérant un régime de protection sociale, qu'on désigne sous le nom de **tiers payeurs**, disposent d'une action propre pour le remboursement de leurs prestations envers la personne tenue à réparation, ou son assureur. C'est ce que l'on appelle le recours subrogatoire¹².

3. Le principe d'évaluation in concreto¹³

Le principe de réparation intégrale a pour corollaire une personnalisation de l'indemnisation : les préjudices doivent être déterminés *in concreto*, c'est-à-dire en tenant compte des strictes pertes

⁷ Le but de l'indemnisation des préjudices personnels est d'apporter satisfaction à la victime pour contrebalancer les désagréments ou les souffrances qu'elle a endurés.

⁸ Droit commun : ensemble des règles juridiques s'appliquant généralement à toutes les situations qui ne sont pas soumises à des règles spéciales ou particulières.

⁹ Sauf législation particulière, par exemple, pour les victimes d'infraction où l'article 706-3 du Code de procédure pénale subordonne la réparation à l'existence de certaines conditions de gravité du dommage corporel

¹⁰ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 13 décembre 1995

¹¹ Code des assurances, article L. 131-2, alinéa 2

¹² Voir infra « III – Les règles de calcul » page 13

¹³ Le raisonnement *in concreto* s'effectue dans un cas d'espèce, de manière concrète, spéciale et individuelle. A l'inverse, le raisonnement *in abstracto* procède de manière abstraite, générale et impersonnelle.

de la personne. Cela s'oppose à toute évaluation forfaitaire¹⁴ ou barémisée. Il s'agit en fait, d'une **appréciation spécifique** de la réparation des préjudices.

Il appartient aux juges d'analyser et d'évaluer les éléments de faits, l'environnement, la vie de la personne avant et après l'accident, pour déterminer la valeur des préjudices invoqués.

Le juge n'est pas lié par un barème d'indemnité, ni par une méthode de calcul et "*il use de son pouvoir souverain pour évaluer, d'après la méthode de calcul lui ayant paru la mieux appropriée, le montant du préjudice*"¹⁵.

¹⁴ On dit aussi évaluation *in abstracto*

¹⁵ Cour de Cassation, 2^{ème} Chambre Civile, 6 octobre 1976 : Bulletin civil II, n° 273

II. LES PREJUDICES INDEMNISABLES

L'indemnisation définitive ne peut intervenir qu'après **consolidation** des blessures. Il faut donc en principe, attendre l'expertise médicale de consolidation pour déterminer l'ampleur du préjudice. Que ce soit médicalement ou financièrement, il est nécessaire que tous les acteurs de l'indemnisation se mettent d'accord sur les types de préjudice indemnisables, en utilisant une méthodologie et des termes communs.

L'établissement d'une nomenclature commune des postes de préjudice corporel était nécessaire pour répondre aux aspirations des victimes et des professionnels, insatisfaits des diverses nomenclatures en vigueur, reposant sur une distinction entre les préjudices économiques et les préjudices personnels. En outre, l'activité juridictionnelle comme celle des différents fonds d'indemnisation conduisaient à un foisonnement des postes de préjudice, sans qu'il existe de véritable cohérence entre eux.

Le but de la nomenclature est l'énonciation, par catégories et sous-catégories, des éléments qui doivent être retenus pour caractériser le préjudice subi par la victime (directe ou indirecte) afin de déterminer le montant des sommes qui lui sont dues ainsi que, le cas échéant, le montant des sommes dues aux organismes tiers payeurs.

Il convient de préciser que cette nomenclature des chefs de préjudice (dite nomenclature DINTILHAC) étant simplement indicative, elle n'a donc pas vocation à être appliquée systématiquement dans son intégralité à tous les types de dommages (notamment les experts médicaux utilisent l'ancienne nomenclature¹⁶). Il est indispensable de laisser une place importante au juge (ou à l'organe d'indemnisation) qui est seul habilité à reconnaître au cas par cas l'existence de tel ou tel poste de préjudice en fonction de chaque victime.

Nous présenterons ici uniquement la nomenclature des préjudices corporels de la victime directe¹⁷.

1. Préjudices patrimoniaux

Le groupe de travail DINTILHAC a retenu dix préjudices relevant de la catégorie des "préjudices patrimoniaux". Qu'ils soient temporaires ou permanents, ils ont tous en commun de présenter un caractère patrimonial (ou pécuniaire, c'est-à-dire affectant le patrimoine de la victime) qui correspond tantôt à des pertes subies par la victime, tantôt à des gains manqués par celle-ci.

1.1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

- **Dépenses de santé actuelles**

Il s'agit d'indemniser la victime directe du dommage corporel de l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc), non pris en charge par les organismes sociaux (il arrive fréquemment qu'à côté de la part payée par l'organisme social, un reliquat demeure à la charge de la victime). Ces

¹⁶ Reproduite en annexe

¹⁷ Les préjudices des victimes indirectes (proches du blessé), feront l'objet d'une note juridique distincte

dépenses sont toutes réalisées durant la phase temporaire d'évolution des blessures, c'est à dire qu'elles ne pourront être évaluées qu'au jour de la consolidation ou de la guérison de la victime.

- **Frais divers**

Il s'agit de tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime avant la date de consolidation de ses blessures : notamment les honoraires que la victime a été contrainte de déboursier auprès de médecins (spécialistes ou non) pour se faire conseiller et assister à l'occasion de l'expertise médicale la concernant, les frais de transport survenus durant la maladie traumatique, dont le coût et le surcoût sont imputables à l'accident, les dépenses destinées à compenser des activités non professionnelles particulières qui ne peuvent être assumées par la victime directe durant sa maladie traumatique (frais de garde des enfants, soins ménagers, assistance temporaire d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante, frais d'adaptation temporaire d'un véhicule ou d'un logement, etc.).

Sont inclus dans ce poste de préjudice, les frais temporaires ou ponctuels exceptionnels (notamment les frais exposés par les artisans ou les commerçants lorsqu'ils sont contraints de recourir à du personnel de remplacement durant la période de convalescence où ils sont immobilisés sans pouvoir diriger leur affaire).

La liste de ces frais divers n'est pas exhaustive et il faudra y ajouter tous les frais temporaires, dont la preuve et le montant sont établis, et qui sont imputables à l'accident à l'origine du dommage corporel subi par la victime.

- **Pertes de gains professionnels actuels**

Sous le vocable d'incapacité temporaire de travail (I.T.T.), la pratique juridique regroupait à la fois l'incapacité professionnelle économique subie par la victime directe et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique. Cette confusion juridique, devait cesser.

Le groupe de travail de Monsieur DINTILHAC a proposé en conséquence de cantonner les pertes de gains liées à l'incapacité provisoire de travail, aux pertes actuelles de revenus éprouvées par cette victime du fait de son dommage. Il s'agit là de compenser une invalidité temporaire spécifique qui concerne uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation.

Bien sûr, ces pertes de gains peuvent être totales, c'est à dire priver la victime de la totalité des revenus qu'elle aurait normalement perçus, en l'absence d'accident, ou être partielles, c'est à dire la priver d'une partie de ses revenus sur cette période.

L'évaluation de ces pertes de gains doit être effectuée *in concreto* au regard de la preuve d'une perte de revenus établie par la victime jusqu'au jour de sa consolidation : elle se fait donc sur production de justificatifs (bulletins de salaires avant l'accident, attestation de l'employeur, etc...).

1.2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- **Dépenses de santé futures**

Les dépenses de santé futures sont les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation (frais liés à des hospitalisations périodiques dans un établissement de santé, à un suivi médical assorti d'analyses, à des examens et des actes périodiques, des soins infirmiers, ou autres frais occasionnels, etc.).

Ces frais futurs ne se limitent pas aux frais médicaux au sens strict : ils incluent, en outre, les frais liés soit à l'installation de prothèses pour les membres, les dents, les oreilles ou les yeux,

soit à la pose d'appareillages spécifiques qui sont nécessaires afin de suppléer le handicap physiologique permanent qui demeure après la consolidation (fauteuil roulant, etc...).

- **Frais de logement adapté**

Ce sont les sommes que doit déboursier la victime à la suite de l'accident pour adapter son logement à son handicap.

Ce poste d'indemnisation intervient sur la base de factures, de devis ou même des conclusions du rapport de l'expert sur la consistance et le montant des travaux nécessaires à la victime pour vivre dans son logement. Ils doivent être engagés pendant la rééducation afin de permettre à la victime de pouvoir immédiatement retourner vivre à son domicile, dès sa consolidation acquise.

Ce poste de préjudice inclut non seulement l'aménagement du domicile préexistant, mais éventuellement celui découlant de l'acquisition d'un domicile mieux adapté prenant en compte le surcoût financier engendré par cette acquisition.

Il est aussi possible d'inclure dans ce poste de préjudice les frais de déménagement et d'emménagement, ainsi que ceux liés à un surcoût de loyer pour un logement plus grand découlant des difficultés de mobilité de la victime devenue handicapée, et également, lorsqu'elle ne peut plus vivre chez elle, les frais de structure nécessaires pour que la victime handicapée puisse disposer d'un autre lieu de vie extérieur à son logement habituel de type foyer ou maison médicalisée.

- **Frais de véhicule adapté**

Ce poste comprend les dépenses nécessaires pour procéder à l'adaptation d'un ou de plusieurs véhicules aux besoins de la victime atteinte d'un handicap permanent, ainsi que le surcoût lié au renouvellement du véhicule et à son entretien, le surcoût d'achat d'un véhicule adaptable et les surcoûts en frais de transport rendus nécessaires à la victime en raison de ses difficultés d'accessibilité aux transports en commun.

En revanche, les frais liés à l'adaptation, à titre temporaire, du véhicule avant la consolidation de la victime ne sont pas à intégrer, car ils sont provisoires et déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste "Frais divers".

- **Assistance par tierce personne**

Ces dépenses sont liées à l'assistance permanente d'une tierce personne pour aider la victime handicapée à effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne. Elles visent à indemniser le coût pour la victime de la présence nécessaire, de manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie.

Il comprend les charges patronales et les indemnités que la personne en situation de handicap aura à supporter en tant qu'employeur, comme les congés payés, etc...

- **Pertes de gains professionnels futurs**

Il s'agit d'indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage, c'est-à-dire d'indemniser une invalidité spécifique partielle ou totale qui entraîne une perte ou une diminution directe de ses revenus professionnels futurs à compter de la date de consolidation.

Cette diminution des gains professionnels peut provenir, soit de la perte de son emploi par la victime, soit de l'obligation pour celle-ci d'exercer un emploi à temps partiel à la suite du dommage. Ce poste n'englobe pas les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste.

Pour les jeunes victimes qui ne travaillaient pas au moment de l'accident, il conviendra d'estimer pour l'avenir la privation de ressources professionnelles que la victime aurait pu espérer.

De ce poste de préjudice, devront être déduites, les prestations servies à la victime par les organismes de sécurité sociale (pensions d'invalidité et rentes accidents du travail), les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs (prestations longue durée d'invalidité et d'accidents du travail), de même que par les employeurs publics (allocations temporaires d'invalidité, pensions et rentes viagères d'invalidité).

- **Incidence professionnelle**

Ce poste d'indemnisation vient compléter celle déjà obtenue par la victime au titre du poste "pertes de gains professionnels futurs". Cette incidence professionnelle à caractère définitif a pour objet d'indemniser les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle. Exemples : le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle, ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe, de la perte de ses droits à la retraite, de la nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant l'accident au profit d'une autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance de son handicap.

Il convient, en outre, de ranger dans ce poste de préjudice les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste assumés par la sécurité sociale et / ou par la victime elle-même qui sont souvent oubliés, alors qu'ils concernent des sommes importantes (stage de reconversion ou formation). Il ne s'agit pas d'une liste limitative.

Il convient de noter que si les pertes de gains professionnels peuvent être évaluées pour des victimes en cours d'activité professionnelle, elles ne peuvent cependant qu'être estimées pour les enfants ou les adolescents qui ne sont pas encore entrés dans la vie active, ou par les mères de famille sans emploi pour la perte de la possibilité, qu'elle avait avant l'accident, de revenir sur le marché du travail.

- **Préjudice scolaire, universitaire ou de formation**

Ce poste de préjudice a pour objet de réparer la perte d'année(s) d'étude que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre consécutive à la survenance du dommage subi par la victime. Ce poste intègre, en outre, une possible modification d'orientation, voire une renonciation à toute formation qui empêche l'intégration de la victime dans le monde du travail.

2. Préjudices extra-patrimoniaux

Les "préjudices extra-patrimoniaux" retenus par le groupe de travail sont au nombre de dix : ils sont dépourvus de toute incidence patrimoniale ce qui exclut, en principe, qu'ils soient pris en compte dans l'assiette du recours subrogatoire exercé par les tiers payeurs subrogés dans les droits de la victime, sauf si ceux-ci établissent qu'ils ont effectivement et préalablement versé une prestation indemnisant de manière incontestable un tel poste¹⁸.

2.1. Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

- **Déficit fonctionnel temporaire**

Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle jusqu'à sa consolidation, dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime.

A l'inverse, il s'agit de traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime,

¹⁸ Article 25 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, du 21 décembre 2006.

mais aussi à la “*perte de qualité de vie et à celle des joies usuelles de la vie courante*” que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.).

- **Souffrances endurées**

Il s’agit de toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que des troubles associés, que doit endurer la victime du jour de l’accident à celui de sa consolidation. En effet, à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre.

- **Préjudice esthétique temporaire**

Il a été observé que, durant la maladie traumatique, la victime subissait bien souvent des atteintes physiques, voire une altération de son apparence physique, certes temporaire, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers, notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face.

2.2. Préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation)

- **Déficit fonctionnel permanent**

Ce poste de préjudice cherche à indemniser une incapacité constatée médicalement qui établit que le dommage subi a une incidence sur les fonctions du corps humain de la victime : non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu’elle ressent, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d’existence qu’elle rencontre au quotidien après sa consolidation.

Ce poste peut être défini comme la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l’atteinte à l’intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable, à laquelle s’ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l’atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.

Ce poste de préjudice doit également réparer la perte d’autonomie personnelle que vit la victime dans ses activités journalières, ainsi que tous les déficits fonctionnels spécifiques qui demeurent même après la consolidation.

En raison de son caractère général, le DFP ne se confond pas avec le préjudice d’agrément.

- **Préjudice d’agrément**

Ce poste de préjudice vise exclusivement à réparer le préjudice lié à l’impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs, spécifique.

Ce poste de préjudice doit être apprécié *in concreto* en tenant compte de tous les paramètres individuels de la victime (âge, type d’activité exercée avant l’accident, niveau, etc.).

- **Préjudice esthétique permanent**

Ce poste cherche à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l’apparence physique de la victime notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage, ou en fauteuil roulant.

Ce préjudice a un caractère strictement personnel et il est en principe évalué par les experts selon une échelle de 1 à 7 (de “très léger” à “très important”).

- **Préjudice sexuel**

Ce poste concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle. Il convient de distinguer trois types de préjudice de nature sexuelle :

- le préjudice morphologique qui est lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi ;
- le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir) ;
- le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical, etc.).

Là encore, ce préjudice doit être apprécié *in concreto* en prenant en considération les paramètres personnels de chaque victime (situation familiale, âge, etc...).

- **Préjudice d'établissement**

Ce poste de préjudice cherche à indemniser la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale "normale" : il s'agit de la perte d'une chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial.

Ce type de préjudice doit être apprécié *in concreto* pour chaque individu en tenant compte notamment de son âge.

- **Préjudices permanents exceptionnels**

Pour ne pas retenir une nomenclature trop rigide de la liste des postes de préjudice corporel, il a été prévu un poste "préjudices permanents exceptionnels" qui permettra, d'indemniser, à titre exceptionnel, tel ou tel préjudice extra-patrimonial permanent particulier non indemnisable par un autre biais et qui prennent une résonance toute particulière soit en raison de la nature des victimes¹⁹, soit en raison des circonstances ou de la nature de l'accident à l'origine du dommage²⁰.

2.3. Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)

- **Préjudices liés à des pathologies évolutives**

Il s'agit d'un poste de préjudice relativement récent qui concerne toutes les pathologies évolutives. Il s'agit notamment de maladies incurables susceptibles d'évoluer et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel. Il 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 Creutzfeld-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*"²¹.

¹⁹ C'est notamment le cas pour la personne d'origine japonaise victime d'un dommage à la colonne vertébrale en France, qui est alors dépourvue de la faculté de s'incliner pour saluer, signe d'une grande impolitesse dans son pays d'origine.

²⁰ Il s'agit ici des préjudices spécifiques liés à des événements exceptionnels comme des attentats, des catastrophes collectives naturelles ou industrielles de type "A.Z.F."

²¹ Définition de Mme Lambert-Faivre citée par J. Mazars, *Evaluer et réparer, Les Annonces de la Seine*, 23 juin 2005, n°43, p. 4.

III. LES REGLES DE CALCUL

Un accident corporel entraîne le versement de prestations à la victime notamment par les organismes sociaux, appelés « **tiers payeurs** ». Par exemple, la Sécurité Sociale prend en charge la majeure partie des frais médicaux et hospitaliers (ce sont des prestations en nature) et verse en outre des indemnités journalières en compensation des revenus du travail perdus (ce sont des prestations en espèces).

Toutes ces prestations ont un caractère indemnitaire et ne peuvent donc être cumulées avec d'autres indemnités réparant le même préjudice, afin d'éviter un enrichissement sans cause. Par ailleurs, le responsable de l'accident (ou du dommage) est tenu de réparer tout le préjudice et ne peut se décharger derrière l'intervention d'organismes sociaux. Ceux-ci peuvent donc se retourner contre le tiers responsable afin de se faire rembourser le montant des prestations versées.

Ce sont les règles de calcul de cette ventilation entre la victime et les organismes sociaux que nous examinerons avant de rappeler les règles d'une bonne évaluation.

1. Le recours des tiers payeurs

Les organismes qui assurent et gèrent les régimes de protection sociale de base²² disposent pour les prestations, à caractère indemnitaire, désignées par la loi, d'une action subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur, à l'exclusion de toute autre action.

Les tiers payeurs, sont limitativement énumérés par la loi. Il s'agit des organismes de sécurité sociale, des mutuelles, des employeurs publics ou privés de la victime et des sociétés d'assurances. Ils ont tous la possibilité de **recupérer auprès du tiers responsable les indemnités versées à la victime à la suite de l'accident et en lien avec le dommage.**

L'article 25 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, adoptée le 21 décembre 2006²³, est venu réformer les modalités de recours des organismes sociaux :

- en instituant un recours « poste par poste » des tiers payeurs contre le responsable,
- en instaurant un droit de préférence pour la victime dans le cadre de la subrogation,
- en autorisant l'exercice du recours sur des postes à caractère personnel.

Cette réforme représente une avancée considérable en faveur de l'indemnisation des victimes de dommages corporels. Les principales modifications concernent l'article L 376-1 alinéa 3 du code de la Sécurité Sociale et l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985²⁴. Ces deux articles sont de rédaction identique.

1.1. Le recours de la caisse s'exerce « poste par poste »

Avant la loi du 21 décembre 2006, le recours de l'organisme social s'effectuait globalement. Il fallait d'abord reconstituer « l'assiette du recours », c'est-à-dire déterminer l'ensemble des préjudices subis, avant d'imputer les prestations versées par la caisse dans leur ensemble.

²² Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, articles 29 et suivants

²³ Loi n°2006-1640 publiée au JO n° 296 du 22/12/2006

²⁴ Loi n°85-677 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation

Le recours s'exerçait en conséquence sur des postes de préjudices qui n'avaient pas nécessairement fait l'objet d'une indemnisation du tiers payeur.

Lorsque le responsable d'un accident assumait les conséquences de l'atteinte à l'intégrité physique d'une victime lourdement handicapée et payait, outre l'appareillage de la victime, pour l'équipement de son logement ou de son véhicule, ces sommes, n'ayant pas un caractère personnel, entraient dans l'assiette du recours de la CPAM et étaient parfois absorbées par elle, interdisant ainsi à la victime de réaliser les aménagements dont elle avait pourtant besoin.

La jurisprudence autorisait le tiers payeur, à invoquer le coût de l'aménagement d'un logement adapté à l'infirmité de la victime alors même qu'il n'avait pas financé un tel investissement²⁵.

La réforme législative, tant attendue, a été réalisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Reprenant, presque mot pour mot, la proposition de réforme émise par la Cour de cassation et par la doctrine, l'article 25 de cette loi remplace l'alinéa 3 de l'article L. 376-1 du Code de la sécurité sociale par trois alinéas, dont le premier dispose que :

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

Dorénavant, le recours s'effectuera non plus de manière globale mais poste par poste, et le tiers payeur ne pourra plus « spolier », la victime de l'indemnisation d'un chef de préjudice à laquelle elle peut légitimement prétendre et dont la charge est honorée par le responsable et son assureur. Il sera donc nécessaire de remodeler la présentation des demandes d'indemnisation (et des offres), afin de pouvoir déduire les sommes versées par les organismes sociaux de chaque poste de préjudice y afférent (frais, perte de gains, préjudice professionnel).

La mise en œuvre de ce principe suppose d'une part, une nomenclature des préjudices réparables, et d'autre part, que le type de préjudice réparé par les prestations sociales soit clairement identifié. C'est la raison pour laquelle la doctrine réclamait une table de concordance entre les préjudices et les prestations. Mais cette table n'est pas contenue dans la réforme.

Il faudra attendre une clarification réglementaire ou jurisprudentielle.

D'ores et déjà, la **nomenclature DINTILHAC** est utilisée par les praticiens (avocats, magistrats et assureurs), et recommandée par le Garde des Sceaux²⁶, dans une circulaire adressée aux magistrats en février 2007 (voir encadré plus haut). Il préconise également l'utilisation de la table de concordance contenue dans le rapport déposé par Mme LAMBERT-FAIVRE en juin 2003²⁷.

1.2. La subrogation ne peut nuire à la victime

Sur la base du principe *Nemo contra se subrogasse censetur* (Nul n'est censé subroger contre soi), la victime devait bénéficier d'un droit de préférence à l'égard des tiers payeurs²⁸, mais la jurisprudence et la loi²⁹ s'y opposaient. En cela, ils se heurtaient à la rédaction de l'article 30 de la loi du 5 juillet 1985, postérieur. C'est la raison pour laquelle le groupe de travail présidé par

²⁵ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 22 juin 1994

²⁶ Voir note 19.

²⁷ Voir table de concordance en annexe

²⁸ Comme le prévoit d'ailleurs l'article 1252 du code civil.

²⁹ L'article L 376-1 du code de la Sécurité Sociale dans son ancienne rédaction.

Mme LAMBERT-FAIVRE³⁰ avait préconisé un revirement de jurisprudence et/ou une modification législative, restés jusqu'en décembre 2006, lettre morte...

Reprenant presque mot pour mot les termes du rapport de Mme LAMBERT-FAIVRE, l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006 dispose :

« 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 ».

Ce texte vise à donner à la victime une priorité sur les tiers payeurs lorsque leurs prestations ne l'ont pas intégralement indemnisée pour tel ou tel poste de préjudice. Il présente un intérêt majeur dans l'hypothèse d'un partage de responsabilité (ou d'un droit à indemnisation partiel, comme la perte de chance en matière de responsabilité médicale).

Jusqu'ici, une victime qui conservait une part de responsabilité dans son accident, se voyait imputer l'intégralité de la créance des organismes sociaux, sur la dette du responsable, et ne conservait que le reste (s'il y en avait un).

Désormais, en application des mécanismes de la subrogation, la loi autorise la victime à réclamer au responsable de l'accident, le complément d'indemnisation de son préjudice dans la seule limite de ses droits : l'organisme social ne récupère que la différence entre la dette du responsable et ce qu'il a payé à la victime.

1.3. Le recours peut s'exercer sur un poste de préjudice à caractère personnel

Le législateur remet également en cause la règle selon laquelle la part d'indemnité de caractère personnel est écartée du recours des tiers payeurs.

En effet, exceptionnellement, les tiers payeurs auront la possibilité de recourir sur des postes de préjudices personnels, mais à la condition qu'ils aient versé une prestation « *indemnisant de manière incontestable* » un tel poste.

Cela signifie également que les préjudices personnels ne sont plus limités aux quatre postes habituellement retenus par la jurisprudence : pretium doloris, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel.

Précisions importantes quant aux modalités d'application de la réforme

Cette réforme, adoptée rapidement, n'avait donné lieu à aucun décret d'application, laissant les magistrats et professionnels du droit dans l'attente sur les modalités d'application.

Le Garde des Sceaux adressait donc une circulaire³¹ aux magistrats en février 2007, rappelant en préambule : « *Il est à noter que la réforme issue de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006 n'a pas modifié les articles 5 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques et L. 454-1 du code de la*

³⁰ Commission présidée par le Garde des Sceaux, mise en place par le Conseil National d'Aide aux Victimes, composée de spécialistes du dommage corporel : médecins, magistrats, avocats, hauts fonctionnaires, assureurs, professeurs d'université...

³¹ Circulaire du Ministère de la Justice n° CIV/05/07, de février 2007, relative à l'amélioration des conditions d'exercice du recours subrogatoire des tiers payeurs en cas d'indemnisation du dommage corporel, qui sera publiée au bulletin officiel.

sécurité sociale, applicable aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Ces articles prévoient que le recours subrogatoire, de l'Etat ou des caisses de sécurité sociale, reste globalisé sur l'ensemble des chefs de préjudices économiques, sans droit préférentiel au paiement de la victime. Ils demeurent ainsi en opposition avec l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation. »

Concrètement, cela signifie que le ministère de la justice considérait que la réforme du recours des organismes sociaux n'était pas applicable aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Cette position était en contradiction avec l'ensemble de la doctrine³² qui s'était déclarée en faveur d'une large application, malgré le silence des textes.

Depuis, la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat sont venus clarifier certains points.

D'abord, le Conseil d'Etat par avis du 4 juin 2007³³, a précisé lui aussi les conditions de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions. Il a estimé qu'elles étaient applicables immédiatement, même en l'absence de mesures réglementaires d'application, tout en rappelant que le Premier ministre conservait la possibilité d'user de son pouvoir réglementaire d'application des lois pour établir par décret une nomenclature des postes de préjudice et une table de concordance de ces derniers avec les prestations versées par les caisses de sécurité sociale.

Il a en outre jugé que la nouvelle rédaction de l'article L. 376-1 était applicable aux procès en cours, relatifs à des dommages survenus avant l'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2006, dès lors qu'ils n'avaient pas donné lieu à une décision de justice passée en force de chose jugée.

Le Conseil d'Etat a également livré, pour les tribunaux administratifs et les cours administratives d'appel, un mode d'emploi des nouvelles dispositions de l'article L. 376-1 du Code de la Sécurité Sociale :

- le juge doit d'abord évaluer le montant du préjudice total subi par l'assuré social selon les règles du droit commun de la responsabilité administrative ;
- il doit ensuite, poste de préjudice par poste de préjudice, fixer la part du montant de ce poste demeurée à la charge de l'assuré, faute pour le préjudice d'avoir été entièrement réparé par les prestations de sécurité sociale correspondantes. L'avis indique qu'en l'absence, à l'heure actuelle, de dispositions réglementaires définissant ces postes de préjudice, il convient de distinguer les postes suivants : dépenses de santé, frais liés au handicap, pertes de revenus, incidence professionnelle et scolaire du dommage corporel, autres dépenses liées au dommage corporel, et préjudices personnels (ne consistant ni dans l'obligation d'exposer une dépense, ni dans la perte d'un revenu, et sur lesquels, sauf exception, le recours des caisses ne peut pas s'exercer) ;
- pour chaque poste, le juge détermine ensuite le montant de l'indemnité mise à la charge du tiers responsable : ce montant est égal à celui du poste si la responsabilité du tiers est entière, mais à une partie seulement de ce poste si elle n'est que partielle ;
- enfin, le juge accorde à la victime, pour chaque poste, dans la limite de l'indemnité mise à la charge du tiers responsable, une somme correspondant à la part du montant de ce poste demeurée à sa charge, le solde de l'indemnité étant, s'il n'est pas nul, accordé à la caisse.

La Cour de cassation a été amenée elle aussi à se prononcer, par avis, sur demande de juridictions qui se trouvaient confrontées à une question de droit nouvelle. C'est ainsi que les Tribunaux de Grande Instance de PARIS et de MEAUX ont interrogé la plus haute juridiction judiciaire sur l'application de la loi du 21 décembre 2006.

³² Notamment Claude LIENHARD, « Recours des tiers payeurs : une avancée significative », Recueil Dalloz 2007, n° 7 p 452

³³ Conseil d'Etat, section du contentieux, avis du 4 juin 2007, n° 303422, 304214

Par trois avis du 29 octobre 2007³⁴, la Cour de Cassation a donc été amenée à préciser les modalités d'application de cette réforme :

- la loi est d'application immédiate à toutes les instances en cours dès lors que le montant dû à la victime n'a pas été définitivement fixé,
- les nouvelles dispositions sont applicables aux accidents de travail/trajet,
- la rente versée en application de l'article L 434.2 du code de la Sécurité Sociale (rente AT) et la rente viagère d'invalidité (articles L27 et L28 des pensions civiles et militaires) indemnisent notamment les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité et doit donc s'imputer prioritairement sur les postes de préjudice « pertes de gains professionnels » temporaires et permanents.

Statuant après pourvoi d'une victime de chute, la Cour de cassation a eu l'occasion par un arrêt du 21 février 2008³⁵ d'ajouter : « *Les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 et de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, modifiées par la loi du 21 décembre 2006, s'appliquent aux événements ayant occasionné ce dommage survenus antérieurement à la date d'entrée en vigueur de cette loi, dès lors que le montant de l'indemnité due à la victime n'a pas été fixé par une décision passée en force de chose jugée ; que l'arrêt attaqué, rendu avant l'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2006, étant insusceptible d'un recours suspensif d'exécution, ces dispositions ne sont pas, en l'espèce, applicables pour la première fois devant la Cour de cassation.* ».

Enfin, le Conseil d'Etat, par un arrêt du 5 mars 2008³⁶, prend position dans le sens d'une partie de la doctrine et de la Cour d'Appel de PARIS, en estimant que la loi Badinter constitue le droit commun du recours subrogatoire et qu'elle pose des règles générales, applicables à d'autres accidents que les seuls accidents de la route.

A l'occasion d'un recours sur la responsabilité d'un centre hospitalier, la Haute juridiction administrative considère que les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, relatif à l'exercice du recours des tiers payeurs, telles qu'elles ont été modifiées par la loi du 21 décembre 2006, s'appliquent au recours exercés par les caisses de Sécurité Sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement de l'article L 454-1 du code de la Sécurité Sociale.

2. Les règles d'une bonne évaluation

Il ne suffit pas de connaître les règles de droit applicables à l'évaluation du dommage corporel, encore faut-il disposer des bonnes « armes » pour mettre toutes les chances de son côté pour être bien indemnisé.

Ces règles sont au nombre de trois : se faire assister d'un avocat spécialisé, utiliser le bon barème de capitalisation, réunir le maximum de justificatifs.

2.1. L'assistance d'un avocat spécialisé

L'avocat est un auxiliaire de justice qui défend, assiste ou représente devant un tribunal, les particuliers engagés dans un procès.

³⁴ Avis de la cour de cassation du 29 octobre 2007, n°0070015P, 0070016P, 0070017P.

³⁵ Arrêt de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de Cassation, 21 février 2008, n° 07-11.712

³⁶ Arrêt du Conseil d'Etat du 5 mars 2008, CPAM de Seine Saint Denis, n° 272447

L'avocat informe son client sur ses droits et ses devoirs, et donne des conseils ou des consultations juridiques. Il le renseigne sur les voies de procédures susceptibles de résoudre le litige, aide à régler le conflit à l'amiable (par exemple, dans le cadre d'une transaction avec l'adversaire) ou à l'occasion d'un procès et renseigne sur les chances de succès d'une procédure judiciaire.

L'avocat prête serment : « Je jure, comme avocat, d'exercer mes fonctions avec dignité, conscience, indépendance, probité et humanité »

L'avocat spécialisé en dommage corporel entreprendra toutes les démarches nécessaires pour assurer à la victime l'indemnisation de son préjudice et contrôler les offres d'indemnités éventuellement faites par les assureurs pour vérifier qu'elles soient bien conformes à son préjudice, à ses droits et à la jurisprudence.

Ce n'est pas toujours nécessaire de prendre un avocat : par exemple, lorsque les enjeux financiers sont peu importants ou lorsqu'il n'existe pas de conflit avec l'assureur. Malgré tout, ces situations sont rares. Le plus souvent, pour être sûr qu'il existe un réel contreponds face à l'assureur ou à l'organisme indemnisateur, il est préférable de se faire assister d'un avocat.

Il est conseillé de se renseigner sur le domaine d'intervention de l'avocat et notamment de lui demander s'il est spécialisé en dommage corporel (il peut d'ailleurs avoir obtenu le certificat de spécialisation « Réparation du préjudice corporel », après avoir passé un examen de connaissances et justifié de 4 années de pratique dans le domaine).

Attention !!

Le juge ne peut pas statuer *ultra petita*...

Un principe général du droit interdit au juge de se prononcer **sur des choses non demandées**, ou d'accorder plus qu'il n'a été demandé (article 464 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Donc, si un avocat réclame l'application d'une règle défavorable à son client ou omet de solliciter un poste de préjudice, le juge ne peut pas, de lui-même, appliquer une autre règle d'évaluation ou condamner l'assureur à indemniser un poste de préjudice non réclamé. Il est tenu par les demandes de la victime et les offres de la compagnie : il doit statuer entre les deux.

L'avocat est tenu de respecter un ensemble de règles professionnelles et de devoirs (la **déontologie**), sous peine de radiation par l'ordre des avocats. Tenu au secret professionnel, il est le confident de toutes les difficultés à propos desquelles, il a un devoir de **confidentialité** et doit être capable de s'adapter à toute situation. Organisé et rigoureux, il a un **devoir d'information** vis-à-vis de son client. L'avocat a également un **devoir de compétence**³⁷.

- **Les honoraires**

Il est souvent bien difficile de savoir au tout début d'une affaire, quel en sera le coût, tout simplement parce que beaucoup d'éléments ne sont pas connus. Il est néanmoins très important d'aborder la question des honoraires dès le premier rendez-vous avec l'Avocat et, en pratique, abstraction faite du cas particulier de l'Aide Juridictionnelle, les avocats spécialisés en dommage corporel réclament deux types d'honoraires :

³⁷ Article 1-3 du Règlement Intérieur National de la profession d'avocat

- L'honoraire forfaitaire : une somme globale et intangible fixée dès le début et quelle que soit l'issue de l'affaire.
- L'honoraire de résultat : quelque soit le résultat obtenu l'Avocat percevra un honoraire "minimum" (qui est généralement fixé de manière forfaitaire), mais s'il parvient à tel ou tel résultat il percevra en outre un honoraire "complémentaire" qui peut-être soit forfaitaire soit fonction du résultat obtenu (en général un pourcentage des sommes allouées).

Par prudence, avant toute action, le client discutera des honoraires avec son Avocat et lui demandera de signer une « **convention d'honoraires** » qui détaillera les honoraires qui seront dus et leurs modalités de règlement.

La relation Avocat/Client doit être basée sur **la confiance mutuelle et la transparence**. La qualité de cette relation est un atout essentiel pour la réussite de la procédure d'indemnisation et sa préservation est, pour une large part, affaire de communication. Il ne faut donc jamais hésiter à poser à son avocat toutes les questions qui viennent à l'esprit et à lui demander toutes les précisions qui éviteront les malentendus ultérieurs.

Encore deux choses à savoir concernant l'avocat :

- son choix est libre, une personne peut donc changer d'avocat à tout moment, par simple lettre, sans devoir exposer de raison particulière, sous réserve de lui régler ses honoraires.
- en cas de désaccord avec un avocat ou pour régler tout litige qui pourrait survenir, notamment sur le montant des honoraires, il faut saisir le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats, en lui adressant une lettre expliquant le différend.

- **L'Ordre des Avocats**

Les avocats font nécessairement partie d'un Barreau établi auprès d'un Tribunal de Grande Instance ou éventuellement, de plusieurs de ses Tribunaux. Il existe un Barreau par T.G.I. et nul ne peut exercer la profession d'avocat s'il n'est inscrit auprès d'un Barreau.

Chaque Barreau est administré par un Conseil de l'Ordre élu au scrutin secret par les avocats inscrits et les avocats honoraires du Barreau. Le bâtonnier le préside, il est à la fois un représentant statutaire de la profession et un chef d'entreprise.

Le Bâtonnier est le représentant de l'ensemble des avocats auprès des autorités judiciaires - administratives et pouvoirs publics et de toutes instances officielles. Il a pour fonction de prévenir et de trancher les conflits :

- entre avocats,
- entre avocats et magistrats,
- entre avocats et clients.

Il est le garant de la déontologie professionnelle et de la discipline de ses pairs. Il a une fonction de **conseil** et d'**arbitrage** essentielle qui fait de lui un véritable tuteur pour ses pairs. Il doit :

- administrer les services fonctionnels de l'ordre.
- assurer un service permanent auprès des avocats en organisant la communication entre les avocats et le Ministère de la Justice ; et entre avocats pour lesquels le Barreau est avant tout un lieu d'échanges ; auprès des justiciables.
- coordonner et faire fructifier le travail des Commissions.

Le Barreau doit tout mettre en œuvre pour remplir la mission d'intérêt général qui lui est confiée par la loi, qui consiste à concourir au service public de la Justice. Le Bâtonnier est donc le maître d'œuvre des services offerts par l'Ordre, aux justiciables.

2.2. Les barèmes de capitalisation

Le barème de capitalisation est un tableau permettant de convertir sous forme de capital des sommes qui lui sont allouées en rente (et vice-versa). Ce tableau comprend *en vertical* : l'âge de la personne, *en horizontal* : l'échéance de la rente (60 ans, 65 ans ou viagère), et donne un nombre appelé « euro de rente ».

Les barèmes de capitalisation sont établis à partir de deux données principales :

- l'espérance de vie de la personne, par âge et par sexe, utilisant les tables de mortalités publiées par l'INSEE,
- un taux d'intérêt, correspondant au « loyer de l'argent » (au regard des possibilités de placement de fonds sur le marché financier)

Grâce à un logiciel complexe combinant ces données, on obtient l'établissement d'une table appelée Barème de Capitalisation.

• L'influence des tables de mortalité

Il est connu de tous que l'espérance de vie d'une personne à un moment donné, est supérieure à celle du jour de sa naissance. En effet, l'espérance de vie tient compte non seulement de l'année de naissance, mais aussi, des conditions sanitaires et sociales dans lesquelles on vit. C'est la raison pour laquelle les tables de mortalité ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre.

Donc, plus on utilise des tables récentes, plus on tient compte des progrès de la médecine, de l'alimentation, des habitudes de vie, etc...

Cette donnée est très importante, surtout pour les personnes en situation de handicap : il y a encore 20 ans, on ne possédait que peu de statistiques sur l'espérance de vie des personnes handicapées qui était considérée comme très inférieure à celle d'une personne valide. Aujourd'hui, on sait soigner et préserver des fonctions vitales, prendre en charge le handicap au quotidien et l'espérance de vie est la même pour tous, que l'on soit en situation de handicap ou non.

Il paraît important de maintenir une différence entre les hommes et les femmes, puisqu'il y a encore, des différences d'espérance de vie entre les sexes (même si ces différences tendent à s'estomper).

Il est donc primordial de tenir compte de tables mortalités aussi récentes que possible dans le barème de capitalisation.

• L'influence du taux d'intérêt

Le taux d'intérêt est choisi en fonction des possibilités qui sont ouvertes à une personne de faire rémunérer son capital sur les marchés financiers. Lorsqu'en 1986, le législateur retenait un taux d'intérêt de 6,5%, en raison du fait, qu'à cette époque les banques proposaient des placements à moyen terme à ce niveau de rémunération.

Ce n'est évidemment plus le cas aujourd'hui. Précisons néanmoins que certains assureurs, prétendent trouver des contrats d'assurance vie rémunérés à plus de 5% (alors qu'en réalité, il s'agit d'argent bloqué et non disponible).

Il est donc très important de choisir un barème se basant sur un taux d'intérêt le plus bas possible (tenant compte des offres actuelles des marchés financiers en matière de placement). En effet, plus le taux d'intérêt est bas, plus le barème est favorable à la victime.

En dommage corporel, et plus particulièrement en procédure d'indemnisation, le barème de capitalisation sert donc à convertir une rente, sous forme de capital.

Donc, plus le coefficient de capitalisation est élevé, plus le capital indemnitaire est important. Ces barèmes sont utilisés pour le calcul du préjudice professionnel, de l'assistance par une tierce personne, des aides techniques, des frais pharmaceutiques futurs, du véhicule... toutes les indemnités qui peuvent être allouées soit sous forme de capital, soit sous forme de rente.

- **Les différents barèmes**

Il existe actuellement plusieurs barèmes de capitalisation, qui sont utilisés par les compagnies d'assurance, les avocats de victimes, et les tribunaux pour convertir les rentes sous forme de capital.

Voici les principaux barèmes (présentés du moins favorable au plus favorable pour les victimes) :

- le barème issu du décret du 8 août 1986 : le plus ancien barème en vigueur, il a été publié en annexe de la loi du 5 juillet 1985 sur les accidents de la route et se base sur des tables de mortalité des années 1960-1964, avec un taux d'intérêt à 6,50%. Il tient compte d'une différenciation par sexe. Il est aujourd'hui considéré par les spécialistes comme obsolète, de sorte qu'il est régulièrement écarté. Néanmoins, il reste appliqué par certains tribunaux ou avocats, ne connaissant pas le dommage corporel, ce qui est préjudiciable aux victimes.
- le barème fiscal : établi par la Direction Générale des Impôts pour le calcul de l'ISF, il date de 1993, utilise les tables de mortalités des années 1988-1990 (dites TD 88-90) et un taux de 4,5%.
- le barème BCIV (Barème de Capitalisation pour l'Indemnisation des Victimes) : il est édité par les compagnies d'assurances, est basé sur les tables de mortalité TD 88-90 aux taux de 4,06% en 2003, 4,20% en 2004, 3,26% en 2006. Il est régulièrement mis à jour. Il n'opère pas de distinction selon le sexe.
- le barème de l'article A 331-10 du code des assurances : il en existe plusieurs versions : il s'agit d'un barème créé par les sociétés d'assurances pour provisionner les dossiers d'indemnisation. Il se base sur les tables de mortalité TD 88-90 et de taux d'intérêts à 3%, 3,11% pour les versions datant de 1999, beaucoup plus pour les versions récentes. Il ne fait pas de distinction par sexe.
- le barème de la Gazette du Palais : publié dans la Gazette du Palais des 7 et 9 novembre 2004, il a été proposé par un Groupe de Travail présidée par Mme Yvonne LAMBERT-FAIVRE. Il est établi sur la base des tables de mortalité des années 2000-2001 et d'un taux d'intérêts de 3,20%. Il tient compte d'une différenciation par sexe.

- **Le choix du barème**

Depuis longtemps la cour de cassation a décidé que le juge était libre d'appliquer le barème de son choix.

En effet, le seul barème « légal » était celui du décret de 1986, puisqu'il était pris en application d'une loi et avait une valeur officielle. Il apparaissait sous l'article 44 de la loi du 5 juillet 1985, rédigé ainsi : « *Dans tous les cas où une rente a été allouée, soit conventionnellement, soit judiciairement, en réparation d'un préjudice causé par un accident, le créancier peut demander au juge, lorsque sa situation personnelle le justifie, que les arrérages à échoir soient remplacés en tout ou partie par un capital, suivant une table de conversion fixée par décret.* ».

Donc, le barème de 1986 permettait la conversion secondaire d'une rente en capital, mais n'était pas précisément destiné à être utilisé pour le calcul de l'indemnité devant revenir à la victime. La pratique l'utilisait en réalité toujours à mauvais escient.

La cour de cassation, a été amenée à se prononcer sur le sujet dès 1995, dans une espèce où il était reproché à la Cour d'Appel de Metz, d'avoir multiplié le salaire annuel de la victime par le nombre d'années restant à courir jusqu'à l'âge de la retraite, pour calculer le préjudice économique, alors que l'assureur estimait que la cour aurait dû utiliser le décret de 1986 pour « capitaliser » les revenus de la victime.

La cour de cassation rejette le pourvoi, en indiquant : « *Le décret (du 8 août 1986) est inapplicable en l'espèce, en ce qu'il fixe les modalités de conversion en capital d'une rente consécutive à un accident et la cour d'appel, en évaluant souverainement le préjudice économique, n'a pas opéré une telle conversion* »³⁸.

Plus tard, la cour de cassation a continué de soutenir que le juge était « *libre de se référer au barème qu'il estime le plus adéquat* »³⁹, puis que « *s'agissant de la conversion d'un capital en rente, les juges du fond sont souverains pour choisir le prix du franc de rente* »⁴⁰.

Néanmoins, le juge ne pouvant pas statuer *ultra petita*, il est essentiel de ne pas se tromper dans le choix du barème.

Il était préconisé⁴¹ la publication annuelle d'un barème de capitalisation, sur la base d'un taux d'intérêt officiel actualisé et des dernières évaluations statistiques de l'espérance de vie publiées par l'INSEE. A l'heure actuelle, cette proposition n'a pas été officiellement, suivie d'effet (dans la pratique, les assureurs éditent quand même un barème différent chaque année).

- **Une seule exception...**

Il existe un seul cas dans lequel il est plus favorable d'avoir recours au barème du décret du 8 août 1986 (en tout cas un barème habituellement peu favorable), c'est l'hypothèse du calcul des indemnités prorata temporis.

Lorsque la victime d'un accident décède des suites de ses séquelles, quelques mois ou années après, sans avoir été indemnisée, les juges procèdent à son indemnisation *prorata temporis*, c'est-à-dire **tenant compte du temps écoulé entre l'accident et le décès**. Dans ce cas, on divise par le taux de l'euro de rente, certaines indemnités. Dès lors, il est préférable que ce taux soit le plus bas possible.

Si la victime n'était pas consolidée au jour de son décès, l'indemnisation ne concernera que les postes temporaires, ainsi que le remboursement des frais exposés, sur justificatifs de frais

³⁸ Cour de Cassation 2^{ème} Chambre Civile, 18 octobre 1995

³⁹ Cour de Cassation Chambre Criminelle 19 septembre 2000

⁴⁰ Cour de Cassation 2^{ème} Chambre Civile, 7 juin 2001

⁴¹ Par Mme Yvonne LAMBERT-FAIVRE et son groupe de travail

engagés (sur factures : aides techniques acquises, frais pharmaceutiques, éventuel véhicule, frais de transport, frais d'obsèques).

Si la victime était consolidée au jour de son décès, tous les postes de préjudice sont indemnisables et on opère donc simplement un calcul en fonction du nombre de jour de survie.

Exemple

Une personne atteinte d'une I.P.P. de 90%, décédée 18 mois après la consolidation, intervenue à l'âge de 23 ans. Le calcul de l'indemnité devant lui revenir au titre des séquelles conservées sera présenté de la façon suivante :

Somme que la personne aurait pu obtenir si elle avait survécu :

90% x 4.500 € (valeur du point) = 405.000 €

Somme allouée prorata temporis :

405.000 € : 14,529 (taux de l'euro de rente viager pour une femme de 23 ans, barème du 8 août 1986) = 27.875,28 € par an, soit 27.875,28 € x 1 an et demi = 41.812,92 €

La victime décédée percevra donc 41.812,92 €.

Si l'on fait le même calcul avec un barème a priori très favorable comme celui de la gazette du Palais, le calcul devient le suivant :

405.000 € : 27,040 (taux de l'euro de rente viager pour une femme de 23 ans, barème de la Gazette du Palais) = 14.977,81 € par an, soit 14.977,81€ x 1 an et demi = 22.466,71 €. C'est presque deux fois moins qu'avec le barème de 1986 !

2.3. La réunion de justificatifs

L'une des plus grandes difficultés d'évaluation en dommage corporel réside dans la **réunion des preuves** : le plus souvent, c'est en effet à la victime de prouver l'ampleur de son préjudice.

Il faut donc à chaque stade de la procédure d'indemnisation, conserver les justificatifs de tout élément en lien avec le dommage : cela commence avant l'expertise, pour laquelle il est nécessaire de **rassembler un maximum de pièces médicales**⁴² susceptibles d'éclairer le(s) expert(s), ce, afin d'établir la preuve des séquelles que l'on impute à l'accident, des soins subis, des interventions chirurgicales, du suivi en rééducation, etc....

Ensuite, pour chaque dépense engagée, en lien avec l'accident ou le fait dommageable, il est conseillé de conserver toute facture, ticket, et ne pas hésiter à établir un relevé de dépenses à transmettre ensuite à son avocat.

Les magistrats sont sensibles aux éléments de preuve apportés par la victime. Par exemple, une personne qui voyageait beaucoup à l'étranger et qui ne le peut plus, en raison de son handicap, gardera quelques photos des précédents voyages, un récapitulatif de factures de l'agence de voyage, des témoignages d'amis ayant participé aux excursions, etc... Quoiqu'il en soit, il est préférable de proposer à son avocat de lui fournir ces documents, afin que lui-même ait une idée précise de l'ensemble des répercussions de l'accident sur la vie de la victime.

⁴² Dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, toute personne peut désormais avoir accès à son dossier médical : article L 1111-7 du code de la santé publique

IV.L'AGGRAVATION

Au jour de l'évaluation des préjudices, toutes les conséquences de l'accident ont normalement été prises en compte, l'état de la victime étant stabilisé. Malgré tout, l'avenir étant incertain, il se peut que l'état de santé s'aggrave ou s'améliore.

En cas d'**amélioration** de l'état de la victime, aucune révision même partielle du capital alloué n'est possible. Plusieurs principes s'y opposent : l'autorité de la chose jugée, le caractère forfaitaire exclusif d'une réparation en capital et l'équité (ces principes s'appliquent à l'encontre de l'assureur du tiers responsable mais à l'encontre de la Sécurité Sociale qui peut réviser le montant de la pension d'invalidité par exemple).

En revanche, si un nouveau préjudice apparaît, il faut tenter de le faire indemniser.

1. La demande nouvelle pour un préjudice préexistant non indemnisé

L'hypothèse visée est celle d'un état médical de la victime non modifié, mais certains postes de préjudice ont été oubliés de la demande initiale ou n'ont pas encore fait l'objet de règlement. En principe, le rôle de l'avocat s'oppose à ce que cette situation se produise.

La jurisprudence considère que tout chef de préjudice qui n'est pas expressément visé par le dispositif d'une décision est présumé ne pas être réparé. La cour de cassation admet comme recevable l'action tendant à la réparation d'un chef de préjudice qui n'a pas été inclus dans la demande initiale⁴³.

Il est donc très important de présenter clairement les demandes et les indemnités octroyées, afin de permettre, ultérieurement, une telle action⁴⁴.

2. La demande nouvelle pour aggravation médicale

Toute victime dispose d'une nouvelle action en réparation contre le responsable en cas d'aggravation de son dommage. A cette occasion, il peut être statué sur la réparation d'un élément de préjudice inconnu au moment de la demande initiale et sur lequel il n'a donc pu être statué. Cette action doit être engagée dans les dix ans qui suivent l'aggravation.

La première étape est donc de contacter un médecin conseil indépendant des compagnies d'assurances, qui étudiera l'ensemble de son dossier médical, et se prononcera sur l'imputabilité des nouvelles séquelles, au premier accident. Ce médecin rédigera un rapport d'expertise pouvant servir de base à l'engagement d'une nouvelle action en justice, contre la compagnie d'assurance qui l'avait indemnisé, en aggravation.

Le règlement de l'aggravation ne doit pas se faire par référence au règlement initial : la cour de cassation sanctionne les magistrats qui, pour calculer l'indemnisation complémentaire devant revenir à la victime au titre de l'aggravation, évaluent l'indemnisation relative à l'état actuel

⁴³ Cour de Cassation, Assemblée Plénière, 9 juin 1978.

⁴⁴ En matière d'accidents de la circulation, c'est une obligation de l'assureur lorsqu'il présente une offre : article R 211-40 du code des assurances

aggravé et en déduisent le montant réglé lors de la première indemnisation (puisque ce différentiel ne tient pas compte de l'inflation, notamment). L'indemnité complémentaire doit donc être calculée directement par **référence à la seule aggravation**.

3. La demande nouvelle pour aggravation consécutive à un second accident

L'hypothèse du second accident imputable à l'état fragilisé de la victime est classique.

La jurisprudence est abondante : le lien de causalité entre les deux accidents n'est pas retenu en cas de faute de la victime, qui n'a pas utilisé un moyen de prévention pour lequel elle avait reçu une indemnisation (par exemple lorsque la personne chute en l'absence de sa tierce personne, pour laquelle elle avait reçu une indemnisation).

Lorsque le lien de causalité n'est pas retenu, il faut voir le second accident comme un fait dommageable à part entière, réalisé sur une personne porteuse d'un état antérieur.

L'accident médical survenant à la suite d'un accident de la route, est un cas particulier : la jurisprudence considère que le responsable de l'accident de la route doit supporter les conséquences de l'accident médical vis-à-vis de la victime en l'indemnisant, charge à lui, par ailleurs, s'il l'estime utile de se retourner contre le coauteur. La jurisprudence estime en effet, que sans l'accident de la route, la victime n'aurait pas dû être hospitalisée et subir une transfusion et que c'est donc l'accident de la route qui est la « cause » de la contamination, par exemple⁴⁵.

⁴⁵ Cour de cassation, 1^{ère} Chambre Civile, 17 février 1993.

ARTICLE 25 DE LA LOI DU 21 DECEMBRE 2006

« I. – La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou réciproquement ».

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 455-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« A défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt. »

III. – Le troisième alinéa de l'article L. 376-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

IV. – L'article 31 de la loi no 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi rédigé :

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

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

V. – L'article 475-1 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont également applicables aux organismes tiers payeurs intervenant à l'instance. »

VI. – Dans le quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural, après les mots : « en déclaration de jugement commun », sont insérés les mots : « ou réciproquement ».

NOMENCLATURE DINTILHAC

Petit rappel historique :

Madame Nicole GUEDJ, Secrétaire d'Etat aux droits des victimes, avait souhaité, au mois de novembre 2004, confier à un groupe de travail le soin d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. Elle insistait sur la nécessité de pouvoir disposer d'« *une nomenclature incontestable des différents chefs de préjudice* » en respectant, d'une part, le principe d'une indemnisation complète et équitable, et, d'autre part, celui d'une égalité de traitement entre toutes les victimes.

A cette fin, le président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, **Jean-Pierre DINTILHAC**, a été chargé, au début de l'année 2005, de constituer et de diriger un groupe de travail dans le but précis de procéder à « *l'établissement d'une nomenclature des chefs de préjudice corporel cohérente, reposant sur une distinction claire entre les préjudices économiques et non économiques, notamment en ce qui concerne l'incapacité permanente partielle* ».

Il était donc tout à fait indispensable de mettre de l'ordre dans l'ordonnement des chefs de préjudices indemnissables par les divers organes d'indemnisation.

La définition d'une nomenclature commune des préjudices corporels a pour objet exclusif l'énonciation, par catégories et sous-catégories, des éléments qui doivent être retenus pour caractériser le préjudice subi par la victime (directe ou indirecte) afin de déterminer le montant des sommes qui lui sont dues ainsi que, le cas échéant, le montant des sommes dues aux organismes tiers payeurs.

Le groupe de travail DINTILHAC a préféré utiliser les termes de **préjudices patrimoniaux** et **préjudices extrapatrimoniaux**, plutôt que ceux de préjudices économiques et personnels les estimant moins appropriés.

1 - Préjudices patrimoniaux

a) Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Dépenses de santé actuelles (D.S.A.)
- Frais divers (F.D.)
- Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

b) Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Dépenses de santé futures (D.S.F.)
- Frais de logement adapté (F.L.A.)
- Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
- Assistance par tierce personne (A.T.P.)
- Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
- Incidence professionnelle (I.P.)
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

2 - Préjudices extra-patrimoniaux

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

- Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
- Souffrances endurées (S.E.)
- Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

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

- Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
- Préjudice d'agrément (P.A.)
- Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
- Préjudice sexuel (P.S.)
- Préjudice d'établissement (P.E.)
- Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

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

- Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.)

TABLE DE CONCORDANCE
ENTRE LES PRESTATIONS DES TIERS PAYEURS ET LES POSTES DE PREJUDICE

Proposée par le groupe de travail, présidé par Mme Yvonne LAMBERT-FAIVRE, dans son rapport remis au Garde des Sceaux en juin 2003.

Préjudices économiques temporaires

	Chefs de préjudices (réparation en droit commun)	Prestations organismes sociaux
DS	Dépenses de santé (frais médicaux, paramédicaux, hospitalisations, pharmacie, appareillage)	Remboursement partiel ou total
IPT	Incidence professionnelle temporaire	Indemnités journalières (avant consolidation)
RP	Reclassement professionnel et frais de formation	Frais de séjour, IJ
FD	Frais divers	Néant

Préjudices économiques permanents

	Chefs de préjudices (réparation en droit commun)	Prestations organismes sociaux
FF	Frais futurs (frais médicaux, paramédicaux, hospitalisations, pharmacie, appareillage)	Frais futurs
T.P	Tierce personne	Majoration tierce personne
IPD	Incidence professionnelle définitive	IJ après consolidation, Pension d'invalidité
FLA	Frais de logement adapté	Néant
FVA	Frais de véhicule adapté	Néant

Préjudices non-économiques temporaires

	Chefs de préjudices (réparation en droit commun)	Prestations organismes sociaux
PFT	Préjudice fonctionnel temporaire (troubles dans les conditions d'existence)	Néant
SE	Souffrances endurées	Néant

Préjudices non-économiques permanents

PFP	Préjudice fonctionnel permanent	Néant
PA	Préjudice d'agrément	Néant
PE	Préjudice esthétique	Néant
PS	Préjudice sexuel	Néant
PET	Préjudice d'établissement	Néant

ANCIENNE NOMENCLATURE
(ENCORE UTILISEE PAR CERTAINS EXPERTS MEDICAUX)

1- Préjudices soumis au recours des organismes sociaux :

- Pertes de revenus durant la période d'I.T.T
- I.P.P. (incapacité permanente partielle) : séquelles physiologiques
- Préjudice professionnel futur (après consolidation) ou incidence professionnelle
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation
- Frais d'assistance par tierce(s) personne(s)
- Frais de logement adapté
- Frais de véhicule adapté
- Dépenses de santé futures et actuelles (non pris en charge par l'organisme social)
- Frais de matériel médical (aides techniques)

2- Préjudices personnels :

- Troubles dans les conditions d'existence durant la période d'I.T.T. (incapacité temporaire totale) : perte des joies usuelles de la vie courante
- Pretium doloris (souffrances endurées)
- Préjudice esthétique
- Préjudice d'agrément (loisirs, sports)
- Préjudice sexuel et d'établissement en mariage, éventuel préjudice de procréation

TABLEAUX COMPARATIFS
DES DIFFERENTS BAREMES DE CAPITALISATION

Sur le préjudice professionnel :

Imaginons un homme âgé de **26 ans** à la date de consolidation, qui percevait un revenu annuel de 18.000 € avant l'accident.

Soit le tribunal lui alloue une rente limitée à 65 ans de 18.000 € par an qu'il touche tous les mois ou tous les trimestres, soit on convertit cette rente sous forme de capital, qu'il touche en une seule fois au prononcé du jugement. Combien va-t-il recevoir, selon qu'on applique tel ou tel barème de capitalisation ?

	Décret 8/08/1986 (6.5%)	Barème fiscal (4.5%)	BCIV 2003 (4.06%)	A 331-10 (3%)	A 331-10 (3.11 %)	Barème Gazette du Palais (3.20%)
Taux de l'euro de rente limité à 65 ans	13,440	*	18,508	*	21,255	21,944
Capital alloué	241.920,00 €		333.144,00 €		382.590,00 €	394.992,00€

* ces deux barèmes ne prévoient pas de calcul de rentes temporaires...

Soit 153.072,00 € de différence, entre le barème le moins favorable et le plus favorable, pour le même préjudice !

Sur l'appareillage :

Imaginons un fauteuil roulant partiellement remboursé par la sécurité sociale, dont la part restant à la charge de l'assuré est de 6.000 €. Il devra être renouvelé tous les 5 ans. Au lieu d'allouer une rente de 1.200 € par an (qui obligerait la personne à attendre l'échéance pour racheter un fauteuil), on peut lui allouer un capital, calculé de cette manière :

6.000 € (part restant à charge) : 5 ans (renouvellement) x taux de l'euro de rente viager (puisque la personne aura besoin d'un fauteuil jusqu'à la fin de sa vie.

Ce qui donne en comparatif, selon les différents barèmes :

	Décret 8/08/1986 (6.5%)	Barème fiscal (4.5%)	BCIV 2003 (4.06%)	A 331-10 (3%)	A 331-10 (3.11 %)	Barème Gazett du Palais (3.20%)
Taux de l'euro de rente viager	13,887	19,092	20,183	25,342	23,847	24,989
Capital alloué	16.664,40 €	22.910,40 €	24.219,60 €	30.410,40 €	28.616,40 €	29.986,80 €