

# Discussion de rapports d'expertise en santé

Soirée - Débat - Formation

Mardi 8 mars 2016 17 - 20 heures Cour d'Appel 201 rue des Capucins REIMS

# **COMPAGNIE DES EXPERTS** près la COUR d'APPEL de REIMS

 $N^{\circ}$  de déclaration d'activité de formation : 21 51 01554 51

Maison de la Vie Associative 122 Bis rue du Barbâtre 51100 Reims E-mail: experts-reims@laposte.net Site INTERNET: http://www.cejpcar.org/

### Organisation et animation :

Marc AMEIL, Chirurgien orthopédiste, Expert près la Cour d'appel de Reims Mary-Hélène BERNARD, Expert honoraire près la Cour d'appel de Reims Gérard DURAND, Odontologiste, Expert près la Cour d'appel de Reims

### Programme et documents pédagogiques de travail

- Ques	stions introductives p	1
- Le ra	pport d'expertise pour la Commission de Conciliation et d'Indemnisation	
	Monsieur Axel BARLERIN, Magistrat, Président des CCI du Nord-Est, axel.barlerin@commissions-crci.fr	
	Discussion à partir d'un rapport d'expertise anonymisép	4
- Le ra	pport d'expertise pour le Tribunal Administratif	
	Monsieur Jean-Jacques LOUIS, Président du TA de Chalons en Champagne, jean-jacques.louis@juradm.fr	
	Références du Code de Justice Administrativep	13
	Discussion à partir d'un rapport d'expertise anonymisé p 2	20
- Le ra <sub>l</sub>	pport d'expertise pour le Tribunal de Grande Instance	
	Monsieur Xavier DOUXAMI, Président du TGI de Chalons en Champagne, xavier.douxami@justice.fr	
	Références de base en matière civile et exemplesp	30
- Exen	mples d'arrêts anonymisés proposés à la discussionp 4	14
	Par Mesdames Nathalie LAUER et Christine SIMON-ROSSENTHAL, Conseillers à la Cour d'appel de Reims	
	nathalie.lauer@wanadoo.fr, rossenthalchristine@gmail.com,	
	Avec Mesdames Claudine MAILLARD et Sylvie MENOTTI, Présidentes de Chambre.	
- Hond	oraires : Références	
	Décret du 30 décembre 2015p 1	105
	Eléments de calcul des frais d'expertise judiciaire en matière civilep 1	10
	Honoraires 2016 expertises civiles Cour d'appel d'Aix en Provencep 1	12

\*\*\*\*\*\*\*\*\*

### Le rapport d'expertise : **Questions introductives**

Docteur Mary-Hélène BERNARD Professeur Emérite à la Faculté de Médecine de Reims Présidente d'honneur et Trésorière de la Compagnie des experts près la Cour d'appel de Reims Expert honoraire près la Cour d'appel de Reims Membre de la CCI de Champagne-Ardenne



Formation « Santé » de la compagnie des experts de Reims Cour d'appel le mardi 8 mars 2016

# Objectifs du rapport d'expertise

- Contribuer à l'œuvre de Justice
  - Répondre aux questions de la mission
  - Aider le magistrat à prendre la bonne décision
  - Fournir une explication cohérente et compréhensible aux parties
  - Participer à son acceptation par les justiciables
- Développer ses arguments en les motivant
- Moyen de communication de l'expert avec ...
  - Magistrat
  - **Parties**
  - Avocats
  - Autres experts éventuellement
  - Journalistes parfois malgré la vigilance de l'expert ...
  - Membres de commissions
- Justifier la demande de rémunération
  - Expliquer les moyens mis en œuvre, la complexité de l'affaire
  - Prouver le respect du contradictoire
  - Détailler les diligences accomplies en cohérence avec le montant des honoraires

Être compris

# Le plan

- -Avoir un plan clair,
- •Rappeler la mission,
- •Préciser les convocations, (respect du contradictoire), les personnes présentes,
- ·Les documents transmis, (respect du contradictoire),
- ·Les faits selon les récits et documents,
- •Les constatations faites par l'expert (examen clinique pour les professionnels de santé)
- •L'état antérieur éventuel susceptible d'interférer avec les faits
- •La discussion +++
- •Les dires éventuels des parties et les réponses apportées par l'expert
- •Les conclusions avec réponses « strictes » à la mission
- -Les annexes
- •Pour ne pas trop alourdir le rapport
- •Les avis sapiteurs
- •Les documents importants (dires ou autres)
- •Les éléments bibliographiques éventuels
- -Relire +++, attendre qqs jours avant envoi
- -Pré-rapport, note de synthèse, ... ?

Mary-Hélène Bernard Formation « Santé »

# La rédaction

- -Donner un avis technique
- -Parler français en évitant les termes trop spécifiques
- •Lexique et sommaire éventuels
- -Dater: Préciser les jours
- •de convocation,
- •du ou des RV,
- •de rédaction,
- •de dépôt du rapport
- -Signer seul ou avec le co-expert
- •En cas d'opinions divergentes, l'indiquer
- •Le rapport du sapiteur est joint en annexe
- –Ne pas se contredire
- -Ne reconnaître que les éventuelles erreurs indiscutables
- -Se référer à une opinion « communément admise »
- •non pas à ses seules opinions personnelles ...

Mary-Hélène Bernard Formation « Santé » our d'appel le 8 mars 2016

2

# Quelques pièges ou difficultés

- Les conflits d'intérêts ?
- Le cadre de la mission ?
  - Parfois poussé par les parties
  - Parfois mission mal adaptée au cas
  - Possibilité d'en référer au magistrat
  - Solliciter une extension de mission
- Le « non-dit » ?
- Le contradictoire ou la contradiction ?
- Les dates
- La surenchère des demandes de sapiteurs ?
- Les dires de dernière minute ?
- Etc. ...

Mary-Hélène Bernard Formation « Santé »

## Envoi et suites possibles ...

- Le dépôt du rapport clôt l'expertise
  - •Comment « déposer » le rapport ?
  - •Combien d'exemplaires ?
  - •A qui?
- •La note d'honoraires ?
- •Rapport de carence ?
- •Rapport sur constat de conciliation ?
- •Rapport en l'état ?
- •Questions complémentaires à expert ?
- •Nullité du rapport ? (risque de non paiement!)
- •Les conclusions de l'expert non suivies par le magistrat ?

Mary-Hélène Bernard Formation « Santé »

3

2 février 2013

**CRCI NANCY** Réf.: 12-054-C Victime:.

# RAPPORT D'EXPERTISE STOMATOLOGIQUE

Je soussigné.

déclare avoir été mandaté par la CRCI de Nancy pour proceder a une expertise stomatologique de M.

### I. Circonstances de survenue du dommage:

avec mission de :

- · décrire les circonstances dans lesquelles M. a été pris en charge au centre hospitalier universitaire de Nancy à compter du 21 décembre 20 il ;
- · préciser les antécédents médicaux et chirurgicaux;
- •décrire tous les soins dispensés, investigations et actes annexes qui ont été réalisés, et préciser dans quelles structures et, dans la mesure du possible, par qui ils ont été pratiqués;
- en cas d'infection, préciser à quelle(s) datees) ont été constatés les premiers signes, a été porté le diagnostic, a été mise en œuvre la thérapeutique, dire quels ont été les moyens cliniques, paracliniques et biologiques retenus, permettant d'établir le diagnostic, dire, le cas échéant, quel acte médical ou paramédical a été rapporté comme étant à l'origine de cette infection, quel type de germe a été identifié, quelle est son origine, son caractère exogène ou endogène, si l'infection a pour origine une cause extérieure et étrangère au(x) lieu(x) où a (ont) été dispensées) le(s) soin(s), quelles sont les origines possibles de cette infection et s'il s'agit de l'aggravation d'une infection en cours ou avant existé.

### 2. Analyse médico-légale:

- · dire si les soins, investigations et actes annexes ont été conduits conformément aux règles de l'art et aux données acquises de la science médicale à l'époque où ils ont été pratiqués, en particulier et
- dans l'établissement du diagnostic, dans le choix, la réalisation et la surveillance des investigations et du traitement,
- dans la forme et le contenu de l'information donnée au patient sur les risques courus, en précisant, en cas de survenue de tels risques, quelles auraient été les possibilités et les conséquences pour le patient de se soustraire à l'acte effectué,
- dans l'organisation du service et de son fonctionnement, · en cas d'infection, préciser:
- si toutes les précautions ont été prises en ce qui concerne les mesures d'hygiène prescrites par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales ; dans la négative, dire quelle norme n'a pas été appliquée,
- si les moyens en personnel et en matériel mis en œuvre au moment de la réalisation de(s) (l')acte(s) en cause correspondaient aux obligations prescrites en matière de sécurité,

- si le patient présentait des facteurs de vulnérabilité susceptibles de contribuer à la survenue et au développement de cette infection,
  - si cette infection présentait un caractère inévitable et expliquer en quoi,
- si le diagnostic et le traitement de cette infection ont été conduits conformément aux règles de l'art et aux données acquises de la science médicale à l'époque où ils ont été dispensés. En cas de réponse négative, faire la part entre les conséquences de l'infection stricto sensu et les conséquences du retard de diagnostic et de traitement,
- les raisons qui font retenir le caractère nosocomial de l'infection présentée, ou au contraire, celles qui font plutôt retenir une cause étrangère.
- 3. Les causes et l'évaluation du dommage:
- · décrire l'état de santé actuel du patient,
- \*dire si cet état est la conséquence de l'évolution prévisible de la pathologie initiale, en prenant en considération les données relatives à l'état de santé antérieur présenté avant les actes de prévention, diagnostic ou soins litigieux, ou s'il s'agit d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale,
- dans ce dernier cas, indiquer s'il (elle) est la conséquence d'un non respect des règles de l'art en précisant le caractère total ou partiel de l'imputabilité, ou s'il s'agit d'un aléa; préciser alors en quoi cet accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale a eu des conséquences anormales au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale, • interroger le patient sur ses antécédents médicaux et (ou) chirurgicaux, afin de déterminer dans quelle mesure il représente un état de vulnérabilité susceptible d'avoir une incidence sur le dommage,
- procéder, en cas de présence du patient, à un examen clinique détaillé et en retranscrire les constatations dans le rapport d'expertise,
- procéder à l'évaluation des dommages suivants, en <u>faisant à chaque fois la part des choses</u> entre ce qui revient à l'état antérieur, à l'évolution de la pathologie initiale et aux conséquences anormales décrites:
  - Gêne temporaire, totale ou partielle, constitutive d'un déficit fonctionnel temporaire: que le patient exerce ou non une activité professionnelle, prendre en considération toutes les gênes temporaires, totales ou partielles, subies dans la réalisation de ses activités habituelles; en préciser la nature et la durée, depuis l'évènement causal jusqu'à la consolidation;
  - Arrêt temporaire des activités professionnelles : donner des précisions sur les éventuels arrêts de travail prescrits, sur leur durée et en discuter l'imputabilité à l'évènement causal, puis indiquer les conditions de reprise;
  - Souffrances endurées: décrire, puis évaluer, sur l'échelle de 7 degrés, les souffrances physiques, psychiques ou morales liées à l'évènement causal s'étendant de la date de cet évènement jusqu'à la consolidation;
  - 4. Dornmage esthétique temporaire: décrire, en cas de besoin, le dommage esthétique avant consolidation, représenté par l'altération de l'apparence physique du patient, en cas de conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré; tenir compte de l'importance du dommage dans sa localisation, son étendue et sa durée;
  - Frais divers : préciser si une aide humaine ou matérielle a été nécessaire et pendant quelle durée ; en discuter l'imputabilité à l'évènement causal; décrire les conditions éventuelles de reprise de l'autonomie avant consolidation;
  - 6. Soins médicaux avant consolidation: préciser quels sont les soins médicaux et paramédicaux consécutifs à l'acte dommageable, indépendamment de ceux liés à la pathologie initiale, mis en œuvre jusqu'à la consolidation;
  - 7. Fixer, le cas échéant, la date de consolidation;
  - 8. Atteinte à l'intégrité physique et / ou psychique (A.I.P.P.) constitutive d'un déficit fonctionnel permanent: chiffrer le taux d'atteinte permanente par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales publié à l'annexe 11-2 du code de la santé publique (décret nO 2003-314 du 4 avril 2003), sachant que cette atteinte comprend la douleur permanente ressentie par la victime; au cas où le barème ne comporte pas de référence, informer par avis motivé la commission des références à l'aide desquelles l'évaluation a été réalisée (article D. 1142-3 du code de la santé publique);
  - 9. Répercussion des séquelles sur l'activité professionnelle: donner un avis médical sur l'éventuelle répercussion des séquelles imputables à l'évènement causal sur les activités professionnelles antérieurement exercées, préciser la nature du retentissement (reprise au même poste, reclassement ou changement de poste, abandon de tout ou partie de l'activité); s'il s'agit d'un écolier, d'un étudiant ou d'un élève en cours de formation professionnelle, donner un avis médical sur l'éventuelle répercussion des séquelles imputables à l'évènement causal sur la formation prévue;

- 10. Dommage esthétique permanent: donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du dommage esthétique imputable et l'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés;
- 11. Répercussions sur la vie sexuelle: dire si les séquelles sont susceptibles d'être à l'origine d'un retentissement sur la vie sexuelle du patient;
- 12. Répercussions sur les activités d'agrément: donner un avis médical sur les difficultés éventuelles de se livrer, pour la victime, à des activités de loisir effectivement pratiquées antérieurement en discutant l'imputabilité à l'évènement causal;
- 13. Soins médicaux après consolidation : se prononcer sur la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'appareillage ou de prothèse, après consolidation, pour éviter une aggravation de l'état séquellaire ; justifier l'imputabilité des soins à l'acte dommageable, indépendamment de ceux liés à la pathologie initiale, en précisant s'il s'agit de frais occasionnels ou viagers;
- 14.En cas de perte d'autonomie: aide à la personne et aide matérielle:

dresser un bilan situationnel en décrivant avec précision le déroulement d'une journée;

préciser les besoins et les modalités de l'aide à la personne nécessaires pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes et gestes de la vie courante, que cette aide soit apportée par l'entourage ou par du personnel extérieur ;

indiquer la fréquence et la durée d'intervention de la personne affectée à cette aide, en précisant, pour ce qui concerne la personne extérieure, la qualification professionnelle éventuelle;

dire quels sont les moyens et techniques palliatifs nécessaires au patient (appareillage, aide technique, véhicule aménagé ... );

décrire les gênes engendrées par l'inadaptation du logement, étant entendu qu'il convient de se limiter à une description de l'environnement en question et aux difficultés qui en découlent;

- 15. En cas de séquelles neuropsychologiques graves:
  - analyser en détail l'incidence éventuelle des séquelles sur les facultés de gestion de la vie, notamment sur la vie familiale, et d'insertion ou de réinsertion socio-économique ; si besoin est, compléter cet examen par tout avis technique nécessaire; préciser leurs conséquences quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative ou de

troubles du comportement;

16. En cas de pathologie évolutive: décrire la pathologie, son mécanisme, ses risques éventuels en fonction des données actuelles de la science en la matière, et analyser, le cas échéant, ses 17. En cas de décès:

dire si le décès est la conséquence de l'évolution prévisible de la pathologie initiale, en prenant en considération les données relatives à l'état de santé antérieur présenté avant les actes de prévention, de diagnostic ou de soins pratiqués, ou, s'il s'agit d'un accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale, si le décès constitue une conséquence anormale au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale;

dans ce dernier cas, dire s'il est la conséquence d'un non respect des règles de l'art, en précisant le caractère total ou partiel de l'imputabilité ou s'il s'agit d'un aléa ; préciser alors en quoi cet accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale a eu des conséquences anormales au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale et en préciser le caractère de gravité.

L'expert mentionnera la présence ou l'absence des parties (cf. copies des mises en cause ci- jointes), dûment convoquées par lettre recommandée avec accusé de réception au moins quinze jours à l'avance, en leur précisant qu'elles peuvent se faire assister par toute personne de leur choix, et notamment par un médecin. Il demandera par écrit aux professionnels ou établissements mis en cause (et/ou à leurs représentants) de se présenter à l'expertise munis de la copie de l'entier dossier médical et infirmier du patient. Il devra s'assurer du caractère contradictoire des opérations, conformément aux points figurant au livret de l'expert joint. Il synthétisera également ses conclusions en [m du rapport qu'il rendra en un seul exemplaire à la CRCI de LORRAINE au plus tard 5 octobre 2012.

J'ai examiné le jeudi 27/9/12 à 17h 7. agricole, marié, 3 enfants, victime d'une agression

ouvrier saisonnier

Les parties ont été convoquées par lettre du 26 juillet 2012.

#### PIECES FOURNIES:

- Lettres et certificats : Attestation de droits à l'assurance maladie du 5/12/11 au 4/6/12 Dossier médical du Pôle Urgences Réanimations du ), en date du 21/12/11 Certificat médical du Dr ", en date du 22/12/11 Lettre du DrDossier patient i, en date du 6/1/12 - Consentement éclairé mutuel (Chirurgie maxillo-faciale ), en date du 11/1/12 - Compte-rendu de consultation d'anesthésie (Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale. ), en date du 11/1/12 - Attestation d'information (Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale en date du 11/1/12 Questionnaire pré-anesthésique (Service d'Anesthésie-Réanimation) Chirurgicale en date du 11/1/12 Demande de consultation d'anesthésie, en date du 11/1/12 Convocation pour hospitalisation , en date du 12/1/12
   Suivi du patient en salle d'opération ), en date du 13/1/12 Compte-rendu opératoire (Chirurgie maxillo-faciale, en date du 13/1/12 Dossier anesthésie-réanimation (Département d'Anesthésie-Réanimation. en date du 13/1/12 - Lettre du en date du 14/1/12 (Chirurgie maxillo-faciale, ) au Dr - Lettre du Dr n date du 17/1/12 - Attestation du Dr en date du 14/2/12 - Formulaire de demande d'indemnisation, en date du 15/2/12, - Certificat du Dr \_\_\_\_ date du 21/2/12 - Lettre de la CRCI, en date du 29/2/12 Lettre du Dr
   Chef du Service des Urgences, au Dr
   en date du 28/11/12 Radiographies:
- Clichés numérisés et mémorisés (radiographie du crâne et du massif facial; échographie faciale gauche) du Cabinet de Radiologie et d'Imagerie Médicale, du 6/1/12
- Scanner du massif facial (Imagerie Médicale, \_\_\_\_,), en date du 9/1/12
- 2 CD Rom (Imagerie Médicale, en date du 9/1/12

#### RAPPEL DES FAITS:

M. été victime d'une agression le 21/12/11 vers 22h30 (coup de poing sur l'hémi-face G). Il a été conduit aux Urgences

où l'examen clinique et les radiographies pratiqués OTP, Blondeau, Massif facial) n'ont rien révélé (voir certificat du Dr Ten date du 22/12/11).

Le patient est donc rentré chez lui avec une simple ordonnance 5 Dafalgan, Biprofénid, Inexium). Il déclare qu'il avait des difficultés d'ouverture buccale (1 doigt environ et avait du mal à entrer une cuillère en bouche).

Il a consulté son médecin traitant le 5/1/12 et celui-ci a demandé des radiographies complémentaires (voir courriers des 14 et 21/2/12).

Deux jours après, il a été rappelé par pour effectuer un scanner. Une fracture de l'arcade zygomatique G (fracture enforcement venant du processus coronoïde G) a été mise en évidence et l'intervention a eu lieu le 13/1/12 mais s'est soldée par un échec de la réduction et M. est ressorti le lendemain de l'hôpital. Il a été revu 10 jours après et une réintervention lui a été proposée mais il l'a refusée (abord latéral et risque de lésion du nerf facial).

Deux jours d'ITT lui ont été octroyés mais il n'y a pas eu d'arrêt de travail car le patient n'était pas en activité à l'époque. Cette ITT a été portée à 30 jours, le 5/1/12 (évaluation au sens pénal du terme pour dépôt de plainte).

M. déclare n'avoir pu travailler qu'en août 2012.

#### **DOLEANCES ACTUELLES:**

Selon les dires de l'intéressé, ce dernier présente des oedèmes épisodiques de la région malaire G surtout par temps chaud. Il déclare ne plus pouvoir mastiquer que du côté D car autrement un œdème apparaît.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité superficielle, mais des douleurs de la région temporo-mandibulaire à type de tiraillements vers l'oreille G apparaissent si l'ouverture est supérieure à 2 doigts. Il déclare en outre éprouver des aigies frontales au lever 2 à 3 fois par semaine, calmées par Doliprane.

M. aurait passé une expertise médico-légale au environ un mois après (son avocat devait demander le rapport établi à l'époque et le transmettre à l'expert et aux parties : ce document n'a pas été reçu au jour de la rédaction du présent rapport).

L'étude du dossier médical transmis à l'expert ne révèle aucune anomalie. Il n'y a pas d'antécédents médicaux ni de traitement au long cours à signaler. Seul un tabagisme modéré est noté. La fiche patient a été remplie le 9/1/12 par le D

#### **EXAMEN CLINIQUE:**

L'ouverture buccale est à 32 mm.

Les mouvements de propulsion de la mandibule entraînent des douleurs au niveau de l'ATM G et la diduction G est aussi douloureuse. Les autres mouvements de l'ATM sont s.p.

On note une parodontose assez marquée et des dépôts tartriques.

Les dents des secteurs latéraux D et G ont été ôtées par le chirurgien-dentiste traitant en 2010 : il en est résulté une édentation partielle non encore compensée

(une prothèse était prévue mais sa réalisation a été repoussée par le patient en raison de difficultés financières) en outre des soins dentaires sont nécessaires au maxillaire inférieur.

### **DISCUSSION ET CONCLUSIONS:**

L'agression dont a été victime M. a entraîné une fracture de l'arcade zygomatique G passée inaperçue aux Urgences et diagnostiquée 15 jours après ; l'intervention a été réalisée le 13/1/12, mais la réduction n'a pas été possible compte tenu du délai de prise en charge, et une réintervention ultérieure a été refusée par le patient.

Il est à noter que ce diagnostic est souvent difficile en raison de l'œdème local et peut échapner à un premier examen radiographique. C'est ce qui a été le cas aux . Certes, on ne peut que regretter que le bilan d'imagerie Urgences pratiqué à l'époque n'ait pas inclus la TDM (scanner), recommandé dans l'imagerie d'urgence des traumatisés faciaux par la Société Française de Radiologie depuis quelques années. Mais on ne peut pas parler de faute dans un contexte où l'Assurance Maladie demande de réduire les examens complémentaires pour diminuer les dépenses de santé et que ce sont les urgentistes qui décident de l'ordre de priorité des examens radiologiques qu'ils demandent. On peut aussi relever que le mentionne que « Les radiographies pratiquées (sous certificat du Dr 🚣 réserve d'une interprétation spécialisée) n'ont pas révélé de lésion osseuse ». Mais dans ce cas précis, ni l'examen clinique ni le bilan radiologique de base qui ont été effectués ne permettaient le diagnostic immédiat de la fracture en question. Peut-être également qu'un contrôle à 7 jours aurait permis de raccourcir le délai de réintervention et facilité cette dernière : la période des fêtes de fin d'année et ses probèmes d'effectifs n'y est sans doute pas étrangère.

Quoiqu'il en soit en l'absence de faute avérée a il n'y a pas de postes de préjudice à retenir.

Il n'est pas exclu que l'état actuel de la victime puisse être sensiblement amélioré par des séances de kinésithérapie dento-maxillaire.

#### CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE

#### DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXPERTISE

livre V: LE REFERE

TITRE III : Le juge des référés ordonnant un constat ou une mesure d'instruction

#### **CHAPITRE 1er: LE CONSTAT**

**R.** 531-1 — S'il n'est rien demandé de plus que la constatation de faits, le juge des référés peut, sur simple requête qui peut être présentée sans ministère d'avocat et même en l'absence d'une décision administrative préalable, désigner un expert pour constater sans délai les faits qui seraient susceptibles de donner lieu à un litige devant la juridiction.

Avis en est donné immédiatement aux défendeurs éventuels.

Par dérogation aux dispositions des articles R.832-2 et R.832-3, le délai pour former tierce opposition et de quinze jours.

**R. 531-2** – Les dispositions des articles R.621-3 à R.621-11, à l'exception du second alinéa de l'article R.621-9, ainsi que des articles R.621-13 et R.621-14 sont applicables aux constats mentionnés à l'article R.531-1.

#### **CHAPITRE II: LE REFERE INSTRUCTION**

R. 532-1 – Le juge des référés peut, sur simple requête et même en l'absence de décision administrative préalable, prescrire toute mesure utile d'expertise ou d'instruction.

Il peut notamment charger un expert de procéder, lors de l'exécution de travaux publics, à toutes constatations relatives à l'état des immeubles susceptibles d'être affecté par des dommages ainsi qu'aux causes et à l'étendue des dommages qui surviendraient effectivement pendant la durée de sa mission.

Les demandes présentées en application du présent chapitre sont dispensées du ministère d'avocat si elles se rattachent à des litiges dispensés de ce ministère.

- R. 532-2 Notification de la requête présentée au juge des référés est immédiatement faite au défendeur éventuel, avec fixation d'un délai de réponse.
- **R. 532-3 -** Le juge des référés peut, à la demande de l'une des parties formée dans le délai de deux mois qui suit la première réunion d'expertise, ou à la demande de l'expert formée à tout moment, étendre l'expertise à des personnes autres que les parties initialement désignées par l'ordonnance, ou mettre hors de cause une ou plusieurs des parties ainsi désignées.

Il peut, dans les mêmes conditions, étendre la mission de l'expertise à l'examen de questions techniques qui se révéleraient indispensables à la bonne exécution de cette mission, ou, à l'inverse, réduire l'étendue de la mission si certaines des recherches envisagées apparaissent inutiles.

**R.** 532-4 - le juges des référés ne peut faire droit à la demande prévue au premier alinéa de l'article R.532-3 qu'après avoir mis les parties et le cas échéant les personnes auxquelles l'expertise doit être étendue en mesure de présenter leurs observations sur l'utilité de l'extension ou de la réduction demandée.

Il peut, s'il l'estime opportun, débattre des questions soulevées par cette demande lors de la séance prévue à l'article R.621-8-1.

#### livre VI: l'instruction

#### TITRE II: Les différents movens d'investigation

#### **CHAPITRE 1er: L'EXPERTISE**

**R. 621-1** – La juridiction peut, soit d'office, soit sur la demande des parties ou de l'une d'elles, ordonner, avant dire droit, qu'il sera procédé à une expertise sur les points déterminés par sa décision.

La mission confiée à l'expert peut viser à concilier les parties.

R. 621-1-1 – Le président de la juridiction peut désigner au sein de sa juridiction un magistrat chargé des questions d'expertise et du suivi des opérations d'expertise.

L'acte qui désigne le magistrat chargé des expertises peut lui déléguer tout ou partie des attributions mentionnées aux articles R.621-2, R.621-4, R.621-5, R.621-6, R.621-7-1, R.621-8-1, R.621-11, R.621-12, R.621-12-1 et R.621-13.

Ce magistrat peut assister aux opérations d'expertise.

#### Section I – Nombre et désignation des experts

R. 621-2 - Il n'est commis qu'un seul expert à moins que la juridiction n'estime nécessaire d'en désigner plusieurs. Le président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel, selon le cas, ou, au Conseil d'Etat, le président de la section du contentieux choisit les experts et fixe le délai dans lequel ils seront tenus de déposer leur rapport au greffe.

Lorsqu'il apparaît à un expert qu'il est nécessaire de faire appel au concours d'un ou plusieurs sapiteurs pour l'éclairer sur un point particulier, il doit préalablement solliciter l'autorisation du président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel ou, au Conseil d'Etat, du président de la section du contentieux. La décision est insusceptible de recours.

**R. 621-3** - Le greffier en chef ou, au Conseil d'Etat, le secrétaire du contentieux, notifie dans les dix jours à l'expert ou aux experts la décision qui les commet et fixe l'objet de leur mission. Il annexe à celle-ci la formule du serment que le ou les experts prêteront par écrit et déposeront au greffe dans les trois jours pour être joint au dossier de l'affaire.

Par le serment, l'expert s'engage à accomplir sa mission avec conscience, objectivité, impartialité et diligence.

R. 621-4 - Dans le cas où un expert n'accepte pas la mission qui lui a été confiée, il en est désigné un autre à sa place.

L'expert qui, après avoir accepté sa mission, ne la remplit pas ou celui qui ne dépose pas son rapport dans le délai fixé par la décision peut, après avoir été invité par le président de la juridiction à présenter ses observations, être remplacé par une décision de

ce dernier. Il peut, en outre, être condamné par la juridiction, sur demande d'une partie, et au terme d'une procédure contradictoire, à tous les frais frustratoires à des dommages intérêts.

**R.** 621-5 - Les personnes qui ont eu à connaître de l'affaire à un titre quelconque sont tenues, avant d'accepter d'être désignées comme expert ou comme sapiteur, de le faire connaître au président de la juridiction, ou, au Conseil d'Etat, au président de la section du contentieux, qui apprécie s'il y a empêchement.

**R. 621-6** - Les experts ou sapiteurs mentionnés à l'article R. 621-2 peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges. S'il s'agit d'une personne morale, la récusation peut viser tant la personne morale elle-même que la ou les personnes physiques qui assurent en son nom l'exécution de la mesure. La partie qui entend récuser l'expert doit le faire avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation. Si l'expert s'estime récusable, il doit immédiatement le déclarer au président de la juridiction, ou, au Conseil d'Etat, au président de la section du contentieux.

R. 621-6-1 — La demande de récusation formée par une partie est présentée à la juridiction qui a ordonné l'expertise. Si elle est présentée par un mandataire, ce dernier doit être muni d'un pouvoir spécial.

Elle doit à peine d'irrecevabilité indiquer les motifs qui la soutiennent et être accompagnée des pièces propres à la justifier.

R. 621-6-2 — Le greffier en chef, ou, au Conseil d'État, le secrétaire du contentieux, communique à l'expert copie de la demande de récusation dont il est l'objet.

Dès qu'il a communication de cette demande, l'expert doit s'abstenir de toute opération jusqu'à ce qu'il ait été statué.

**R.** 621-6-3 — Dans les huit jours de cette communication, l'expert fait connaître par écrit soit son acquiescement à la récusation, soit les motifs pour lesquels il s'y oppose.

**R.** 621-6-4 — Si l'expert acquiesce à la demande de récusation, il est aussitôt remplacé.

Dans le cas contraire, la juridiction, par une décision motivée, se prononce sur la demande, après audience publique dont l'expert et des parties sont avertis.

Sauf si l'expertise a été à ordonnée sur le fondement du titre III du livre V, cette décision ne peut être contestée devant le juge d'appel ou de cassation qu'avec le jugement ou l'arrêt rendu ultérieurement.

L'expert n'est pas admis à contester la décision qui le récuse.

#### Section 2 – Opérations d'expertise

R 621-7 - Les parties sont averties par le ou les experts des jours et heures auxquels il sera procédé à l'expertise ; cet avis leur est adressé quatre jours au moins à l'avance, par lettre recommandée.

Les observations faites par les parties, dans le cours des opérations, sont consignées dans le rapport.

Devant les tribunaux administratifs de Mamoudzou, de la Polynésie française, de Mata-Utu et de Nouvelle-Calédonie, le président du tribunal fixe par ordonnance les délais dans lesquels les parties doivent être averties ainsi que les moyens par lesquels cet avis est porté à leur connaissance.

R 621-7-1 - Les parties doivent remettre sans délai à l'expert tous documents que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

En cas de carence des parties, l'expert en informe le président de la juridiction qui, après avoir provoqué les observations écrites de la partie récalcitrante, peut ordonner la production des documents, s'il y a lieu sous astreinte, autoriser l'expert à passer outre, ou à déposer son rapport à l'état.

Le président peut en outre examiner les problèmes posés par cette carence lors de la séance prévue à l'article R.621-8-1.

La juridiction tire les conséquences du défaut de communication des documents à l'expert.

R 621-7-2 - Si les parties viennent à se concilier, l'expert constate que sa mission est devenue sans objet, et en fait immédiatement rapport au magistrat qui l'a commis.

Son rapport, accompagné de sa note de frais et honoraires, doit être accompagné d'une copie du procès-verbal de conciliation signé des parties, faisant apparaître l'attribution de la charge des frais d'expertise.

Faute pour les parties de régler la question de la charge des frais d'expertise, il y est procédé, après la taxation mentionnée à l'article R.621-11, par application des articles R.621-13 ou R.761-1 selon les cas.

**R. 621-8** - S'il y a plusieurs experts, ils procèdent ensemble aux opérations d'expertise et dressent un seul rapport. S'ils ne peuvent parvenir à la rédaction de conclusions communes, le rapport comporte l'avis motivé de chacun d'eux.

**R.** 621-8-1 - Pendant le déroulement des opérations d'expertise, le président de la juridiction peut organiser une ou plusieurs séances en vue de veiller au bon déroulement de ces opérations. À cette séance, peuvent notamment être examinées, à l'exclusion de tout point touchant au fond de l'expertise, les questions liées aux délais d'exécution, aux communications de pièces, au versement d'allocations provisionnelles ou, en matière de référés, à l'étendue de l'expertise.

Les parties et l'expert sont convoqués à la séance mentionnée à l'alinéa précédent, dans les conditions fixées à l'article R,711-2.

Il est dressé un relevé des conclusions auxquelles ont conduit les débats. Ce relevé est communiqué aux parties et à l'expert, et versé au dossier.

La décision d'organiser une telle séance, ou de refus de l'organiser, n'est pas susceptible de recours.

#### Section 3 – Rapport d'expertise

R. 621-9 - Le rapport est déposé au greffe en deux exemplaires. Des copies sont notifiées par l'expert aux parties intéressées. Avec leur accord, cette notification peut s'opérer sous forme électronique.

Les parties sont invitées par le greffe de la juridiction à fournir leurs observations dans le délai d'un mois ; une prorogation de délai peut être accordée.

**R.** 621-10 – La juridiction peut décider que le ou les experts se présenteront devant la formation de jugement ou l'un de ses membres, les parties dûment convoquées, pour fournir toutes explications complémentaires utiles et notamment se prononcer sur les observations recueillies en application de l'article R.621-9.

#### Section 4 – Frais de l'expertise

R. 621-11 - Les experts et sapiteurs mentionnés à l'article R.621-2 ont droit à des honoraires, sans préjudice du remboursement des frais et débours.

Chacun d'eux joint à son rapport un état de ses vacations, frais et débours.

Dans les honoraires sont comprises toutes sommes allouées pour étude du dossier, frais de mise au net du rapport, dépôt du rapport et, d'une manière générale, tout travail personnellement fourni par l'expert ou le sapiteur et toute démarche faite par lui en vue de l'accomplissement de sa mission.

Le président de la juridiction, après consultation du président de la formation de jugement, ou, au Conseil d'Etat, le président de la section du contentieux fixe par ordonnance, conformément aux dispositions de l'article R. 761-4, les honoraires en tenant compte des difficultés des opérations, de l'importance, de l'utilité et de la nature du travail fourni par l'expert ou le sapiteur et les diligences mises en œuvre pour respecter le délai mentionné à l'article R.621-2. Il arrête sur justificatifs le montant des frais et débours qui seront remboursés à l'expert.

S'il y a plusieurs experts, ou si un sapiteur a été désigné, à l'ordonnance mentionnée à l'alinéa précédent fait apparaître distinctement le montant des frais et honoraires fixés pour chacun.

Lorsque le président de la juridiction envisage de fixer la rémunération de l'expert à un montant inférieur au montant demandé, il doit au préalable l'aviser des éléments qu'il se propose de réduire, et des motifs qu'il retient à cet effet, et l'inviter à formuler ses observations.

**R.** 621-12 - Le président de la juridiction, après consultation du président de la formation de jugement, ou, au Conseil d'Etat, le président de la section du contentieux peut, soit au début de l'expertise, si la durée ou l'importance des opérations paraît le comporter, soit au cours de l'expertise ou après le dépôt du rapport et jusqu'à l'intervention du jugement sur le fond, accorder aux experts et aux sapiteurs, sur leur demande, une allocation provisionnelle à valoir sur le montant de leurs honoraires et débours.

Il précise la ou les parties qui devront verser ces allocations. Sa décision ne peut faire l'objet d'aucun recours.

**R.** 621-12-1 - L'absence de versement, par la partie qui en a la charge, de l'allocation provisionnelle, dans le mois qui suit la notification de la décision mentionnée à l'article R.621-12, peut donner lieu, à la demande de l'expert, à une mise en demeure signée du président de la juridiction.

Si le délai fixé par cette dernière n'est pas respecté, et si le rapport d'expertise n'a pas été déposé à cette date, l'expert est appelé par le président à déposer, avec sa note de frais et honoraires, un rapport se limitant au constat des diligences effectuées et de cette carence, dont la juridiction tire les conséquences, notamment pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article R.761-1.

Le président peut toutefois, avant d'inviter l'expert a produire un rapport de carence, soumettre l'incident à la séance prévue à l'article R.621-8-1.

R. 621-13 — Lorsque l'expertise a été ordonnée sur le fondement du titre III du livre V, le président du tribunal ou de la cour, après consultation, le cas échéant, du magistrat délégué, ou, au Conseil d'État, le président de la section du contentieux en fixe les frais et honoraires par une ordonnance prise conformément aux dispositions des articles R.621-11 et R.761-4. Cette ordonnance désigne là où les parties qui assumeront la charge de ces frais et honoraires. Elle est exécutoire dès son prononcé, et peut-être recouvrée contre les personnes privées ou publiques par les voies de droit commun. Elle peut faire l'objet, dans le délai d'un mois à compter de sa notification, du recours prévu à l'article R.761-5.

14

Dans les cas mentionnés au premier alinéa, il peut être fait application des dispositions de l'article R.621-12 et R.621-12-1.

**R.** 621-14 - L'expert ou le sapiteur ne peut, en aucun cas, et sous quelque prétexte que ce soit, réclamer aux parties ou à l'une d'entre elles une somme quelconque en sus des allocations provisionnelles prévues à l'article R. 621-12, des honoraires, frais et débours liquidés par le président du tribunal ou de la cour ou, au Conseil d'Etat, le président de la section du contentieux.

#### CHAPITRE 4 – LES VERIFICATIONS D'ECRITURE

R. 624-1 — La juridiction peut décider une vérification d'écritures par un ou plusieurs experts, en présence, le cas échéant, d'un de ses membres.

R. 624-2 - L'expert a droit à des honoraires et, le cas échéant, au remboursement de ses frais et débours dans les conditions fixées à l'article R. 621-11.

#### **CHAPITRE 5 – LES AUTRES MESURES D'INSTRUCTION**

**R.** 625-2 — Lorsqu'une question technique ne requiert pas d'investigations complexes, la formation de jugement peut charger la personne qu'elle commet de lui fournir un avis sur es points qu'elle détermine. Le consultant, à qui le dossier de l'instance n'est pas remis, n'a pas à opérer en respectant une procédure contradictoire à l'égard des parties.

L'avis est consigné par écrit. Il est communiqué aux parties par la juridiction.

Les dispositions des articles R.621-3 à R.621-6, R.621-10 à R.621-12-1 et R.621-14 sont applicables aux avis techniques.

**R.** 625-3 — La formation chargée de l'instruction peut inviter toute personne, dont la compétence et où les connaissances seraient de nature à l'éclairer utilement sur la solution à donner à un litige, à produire des observations d'ordre général sur les points qu'elle détermine.

La vie est consignée par écrit. Il est communiqué aux parties.

Dans les mêmes conditions, toute personne peut être invitée à présenter des observations orales devant la formation chargée de l'instruction ou la formation de jugement les parties dûment convoquées.

#### **LIVRE VII: LE JUGEMENT**

### TITRE VI : Les frais et dépens

**R.** 761-1 - Les dépens comprennent les frais d'expertise, d'enquête et de toute autre mesure d'instruction dont les frais ne sont pas à la charge de l'Etat.

Sous réserve de dispositions particulières, ils sont mis à la charge de toute partie perdante sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient mis à la charge d'une autre partie ou partagés entre les parties.

L'Etat peut être condamné aux dépens.

**R.** 761-2 — En cas de désistement, les dépens sont mis à la charge du requérant sauf si le désistement est motivé par le retrait total ou partiel de l'acte attaqué, opéré après l'enregistrement de la requête, ou, en plein contentieux, par le fait que, postérieurement à cet enregistrement, satisfaction totale ou partielle a été donnée au requérant.

**R.** 761-3 — Dans tous les cas où une partie fait signifier une décision par acte d'huissier de justice, l'huissier de justice a droit aux émoluments qui lui sont attribués par le tarif en vigueur devant les tribunaux de grande instance

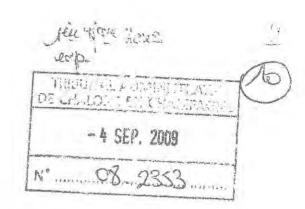
**R.** 761-4 - La liquidation des dépens, y compris celle des frais et honoraires d'expertise définis à l'article R. 621-11, est faite par ordonnance du président de la juridiction, après consultation du président de la formation de jugement ou, en cas de référé ou de constat, du magistrat délégué.

Au Conseil d'Etat, la liquidation est faite par ordonnance du président de la section du contentieux.

**R. 761-5** - Les parties, ainsi que, le cas échéant, l'expert, peuvent contester l'ordonnance mentionnée à l'article R.761-4 devant la juridiction à laquelle appartient l'auteur de l'ordonnance.

Sauf lorsque l'ordonnance émane du président de la section du contentieux du Conseil d'État, la requête est transmise sans délai par le président de la juridiction à tribunal administratif le conformément à un tableau d'attribution arrêté par le président de la section du contentieux.

Le président de la juridiction à laquelle appartient l'auteur de l'ordonnance, ou, au Conseil d'État, le président de la section du contentieux est appelé à présenter des observations écrites sur les mérites du recours.



CHIRURGIEN DES HOPITAUX D'ORTHOPEDIE EXPERT PRES LA COUR D'APPEL EXPERT PRES LA COUR D'APPEL ADMINISTRATIVE EXPERT AGREE PAR LA COUR DE CASSATION

### TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE CHALONS EN CHAMPAGNE

Ordonnance du : 05 décembre 2008

Mise en état : 0802353

AFFAIRE:

B

C/

CHU

Je soussigné, Docteur Professeur des Universités de chirurgien des hôpitaux d'orthopédie, expert près la cour d'appel expert pres la cour administrative d'appel de expert agréé par la Cour de Cassation, désigné par l'Ordonnance du 05 décembre 2008, rendue par Monsieur Juge des référés.

Certifie avoir personnellement accompli la mission qui m'a été confiée le vendredi 10 juillet 2009 à Les parties intéressées à l'action civile étant régulièrement convoquées à savoir

- Monsieur B
- Le Docteur K

Médecin conseil de la SHAM

- Maître B
- Maître C

Conseil de Monsieur B

- Le Médecin conseil de la CPAM de
- Et Monsieur le Directeur du CHU

Assistaient aux opérations d'expertise :

Monsieur

B

- Le docteur I

### **MISSION**

La mission est reprise dans les réponses aux questions posées.

# **COMMEMORATIFS**

Le 11 mars 2008, Monsieur:

une plaie du gros orteil droit, déchiqueté par une tronçonneuse. Il présente une section complète de l'extenseur de l'hallux droit. L'intervention est réalisée le jour même au Centre Hospitalier Universitaire de avec parage, suture, protégée par une broche d'arthrorise et antibiothérapie pendant quarante huit heures. La durée d'immobilisation est de vingt et un jours. L'ablation des broches est prévue vingt et un jours après l'intervention. Monsieur P sort le 13 mars 2008. L'ablation de la broche a lieu le 23 avril 2008 en externe.

Le 29 mai 2008, Monsieur est revu en consultation pour des douleurs persistantes. Il est évoqué la présence d'un possible abcès. Il lui est donc prescrit une échographie et des anti-inflammatoires ainsi qu'une consultation, dès les résultats de l'échographie. Monsieur effectue le jour même dans une clinique privée une radiographie du pied droit qui met en évidence la présence d'une broche restante dans la totalité du premier métatarsien, d'environ 5 cm. L'ablation de la broche restante a lieu le 02 juin 2008 en ambulatoire au CHU de Il a repris un travail le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

# **DECLARATION DE L'INTERESSE**

Monsieur ans et 4 mois.

est né le 06/04/1977. Il est donc âgé actuellement de 32

Il habite

Monsieur était au chômage au moment des faits. Il a travaillé à la mairie de FISMES, du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 octobre 2008. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008, il travaille dans le traitement des bois.

# ANTECEDENTS

L'interrogatoire et l'étude des documents médicaux présentés mettent en évidence que Monsieur a effectué en 2000 une arthroscopie du genou droit pour gonalgie récidivante. Il a présenté en 2001, après une aggression, une luxation de la gléno-humérale droite. On note aussi une hernie inquinale gauche opérée.

# **DOLEANCES**

Monsieur d'une échelle. Monsieur périmètre de marche. Monsieur orteil droit. se plaint d'une douleur lorsqu'il monte les barreaux ne boite pas. Il n'existe pas de limitation du se plaint d'un déficit d'extension du gros

## **DOCUMENTS COMMUNIQUES**

- Photocopie du dossier infirmier du 04 février 2000 au 05 février 2000.
- Compte rendu opératoire du 04 février 2000.
- Courrier du Docteur

au Docteur

du

18 octobre 2006, du 1er décembre 2006.

- Photocopie du dossier infirmier, concernant l'intervention de la plaie du gros orteil, du 11 mars 2008 au 13 mars 2008.
  - Compte rendu opératoire du 11 mars 2008.
  - Courrier du Docteur (

u Docteur

du 13 mars 2008.

- Photocopie du dossier infirmier du 29 mai 2008.
- Courrier du Docteur Laurent

au Docteur Robert

, du

29 mai 2008.

- Photocopie du dossier infirmier de l'hospitalisation du 02 juin 2008 ;
- Photocopie de la radiographie du 02 juin 2008.
- Compte rendu opératoire du 02 juin 2008.
- Courrier du Docteur

. Ju Docteur Robert J

le 04 juin 2008.

- Dossier de requête introductive d'instance référé du 26 septembre 2008.
- Radiographie du 11 mars 2008, montrant une broche immobilisant le métatarsien, la première et la deuxième phalange du gros orteil droit, d'environ 15 cm.
- Radiographie du 29 mai 2008, montrant une broche dans la totalité du premier métatarsien, de 5 cm environ.

### EXAMEN

- Poids: 77 kg

- Taille: 1,76 m

Gaucher

### Examen des membres inférieurs :

Il existe une cicatrice en regard des interphalangiennes dorsales. Cette cicatrice est transversale, de 2 cm. Elle est en rapport avec la plaie de la tronçonneuse, du 11 mars 2008.

Il existe une cicatrice plantaire, en regard de la base du premier métatarsien, de 1 cm, en rapport avec l'ablation de la broche. Cette étratrice plantaire est en dehors de la zone d'appui.

Il n'existe pas de boiterie. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est possible. Il n'y a pas de désaxation des membres inférieurs. La distance fesses-sol, lors de l'accroupissement, est de 21 cm.

### Les mensurations des membres inférieurs sont :

	DROIT	GAUCHE
Gros du mollet	37	37
Bi-malléolaire	22	22
Etrier	25	25

La mobilité des hanches et des genoux est normale et symétrique.

### La mobilité des chevilles est:

	DROFT	A	GAUCHE
Flexion dorsale	10		10
Flexion plantaire	. 35		35

Monsieur plantaire normale.

présente des pieds égyptiens, avec une voûte

Les mobilités au niveau de la métatarso-phalangienne du gros orteil sont

Flexion dorsale : 85° à droite, 90° à gauche
 Flexion plantaire : 10° des deux côtés.

La mobilité interphalangienne est de 0° à droite et de 45° à gauche en flexion.

# RÉPONSES AUX QUESTIONS DE LA MISSION

1. Prendre connaissance de tous dossiers et documents concernant M. L et détenus par le CHU

Ce qui a été fait.

2. Examiner M. B.

Voir examen.

3. Décrire l'état de M. F lors de sa sortie du CHU notamment les soins et actes médicaux dont il a fait l'objet

et

Monsieur a été victime d'une plaie déchiquetée de l'extenseur du gros orteil droit par tronçonneuse. De façon à permettre la cicatrisation, il a été mis en place une broche inter osseuse, pontant des articulations interphalangiennes et métatarso-phalangiennes. C'est une technique validée. L'hospitalisation a duré 48 heures avec une antibiothérapie préventive.

4. Préciser si l'état actuel de M. E \_\_\_\_ résulterait d'un acte médical ou chirurgical pratiqué sur sa personne

L'ablation de la broche doit avoir lieu dans les six semaines, ce qui correspond au délai de cicatrisation de l'extenseur, l'ablation ayant eu lieu le 23 avril 2008 était nécessaire.

5. Rechercher les causes des dommages subis par M. le lors de son passage au CHU et rechercher d'éventuels manquements aux règles de l'art médical, qui pourraient avoir été commis au sein du CHU et qui pourraient être à l'origine des préjudices subis par M. . et des séquelles éventuellement conservées

A la suite de l'ablation de la broche en consultation, il a persisté en proximal un morceau de 5 cm dans le premier métatarsien du gros orteil droit. Cette ablation a eu lieu en consultation, comme cela se fait habituellement. Il est impossible lors de l'ablation de savoir s'il existe un morceau restant. Devant des douleurs persistantes, Monsieur econsulte le 29 mai 2008. Aucune radiographie n'est demandée, mais il est suspecté un abcès justifiant une échographie surtout dans ce contexte de plaie initialement souillée. Une ablation de broche se fait habituellement en consultation externe, sans radiographie de contrôle. Le 29 mai 2008, la clinique est orientée vers un aspect inflammatoire de type abcès. Il n'a pas été suspecté la présence d'un morceau de broche restante.

Il n'existe donc pas de manquement aux règles de l'art médical commis au sein du CHU

6. Rechercher toutes informations en vue de déterminer si les traitements de toutes natures prodigués à M. B par le CHU révèlent un mauvais fonctionnement ou une mauvaise organisation du service, une administration défectueuse des soins non médicaux ou une mauvaise exécution des soins médicaux et donner son avis sur ces points

La broche pontait l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Il est vraisemblable qu'elle se soit cassée en regard de l'articulation avant son ablation et que le médecin ait cru avoir tout enlevé. Le geste d'ablation de la broche n'a pas entraîné la rupture de la broche. Il n'y a passite mauvais fonctionnement ni de mauvaise organisation du service, ni une administration défectueuse des soins non médicaux ou une mauvaise exécution des soins médicaux.

- 7. Déterminer, pour le cas où l'expert relèverait des manquements, la part des préjudices et séquelles et des débours et frais médicaux dus à ces manquements, en les distinguant d'avec ceux provoqués tant par l'accident initial subi par M. B et ses suites normales que par d'éventuels autres pathologies ou traumatismes dont il pourrait avoir été victime et, de manière générale, de toute cause étrangère possible, dont d'éventuelles autres interventions médicales que celles du CHU
- ITT professionnelle complémentaire du fait du complément chirurgical, du 29 mai 2008 au 15 juin 2008 date d'ablation des fils
  - Gêne temporaire totale du 29 mai 2008 au 02 juin 2008
  - Gêne temporaire partielle du 03 juin 2008 au 15 juin 2008
  - Souffrances endurées 1/7 pour l'ablation du morceau de broche
  - Dommage esthétique temporaire : pansements
  - Dommage esthétique définitif : 0,5/7
- IPP à 0 par rapport à la broche restante, car la cicatrice plantaire n'est pas en zone d'appui habituelle.
- les débours et frais médicaux engendrés par la rupture de broche sont l'intervention du 02 juin 2008, avec hospitalisation et les soins infirmiers postérieurs au 02 juin 2008
  - 8. Décrire la nature et l'étendue des séquelles en précisant si elles sont consolidées ou encore susceptibles d'évolution, évaluer les séquelles de M. conformément à la Nomenclature DINTHILAC
  - Consolidation au 15 juin 2008
  - Souffrances endurées : 1/7
  - Dommage esthétique définitif: 0,5/7
  - IPP: 0

# CONCLUSION

- Accident le mardi 11 mars 2008,
- Préjudices entraîné par la rupture de broche :
  - o ITT professionnelle : du 29 mai 2008 au 15 juin 2008
  - O Déficit fonctionnel temporaire total pour les activités (personnelles, familiales et d'agrément) : du 29 mai 2008 au 02 juin 2008
  - O Déficit fonctionnel temporaire partiel : du 03 juin 2008 au 15 juin 2008
- Consolidation le : 15 juin 2008
- Souffrances endurées : 1/7
- Dommage esthétique temporaire : pansements
- Dommage esthétique définitif: 0,5/7
- Préjudice sexuel : sans objet
- IPP à 0

Les observations des parties ayant été prises en compte, il n'en est pas formulé de nouvelles.

\*\*\* \*\*\*\*

Fait à Le ventredi 15 juillet 2009

Copie adressée à :

# Formules générales pour une expertise ordonnée en référé sur le fondement de l'article 145 du code de procédure civile

Désignons en qualité d'expert:

M(...)

avec pour mission, les parties régulièrement convoquées, après avoir pris connaissance du dossier, s'être fait remettre tous documents utiles et avoir entendu les parties ainsi que tout sachant, de:

(...)

Disons que l'expert sera saisi et effectuera sa mission conformément aux dispositions des articles 263 et suivants du code de procédure civile et qu'il déposera son rapport en un exemplaire original (EVENTUELLEMENT: sous format papier et en copie sous la forme d'un ficher PDF enregistré sur un CD-ROM) au greffe du tribunal de (...), service du contrôle des expertises, (...), dans le délai de (X mois) à compter de l'avis de consignation, sauf prorogation de ce délai dûment sollicité en temps utile auprès du juge du contrôle (en fonction d'un nouveau calendrier prévisionnel préalablement présenté aux parties),

Disons que l'expert devra, dès réception de l'avis de versement de la provision à valoir sur sa rémunération, convoquer les parties à une première réunion qui devra se tenir avant l'expiration d'un délai de deux mois, au cours de laquelle il procédera a une lecture contradictoire de sa mission, présentera la méthodologie envisagée, interrogera les parties sur d'éventuelles mises en cause, établira contradictoirement un calendrier de ses opérations et évaluera le coût prévisible de la mission, et qu'à l'issue de cette première réunion il adressera un compte-rendu aux parties et au juge chargé du contrôle,

Disons que, sauf accord contraire des parties, l'expert devra adresser à celles-ci une note de synthèse dans laquelle il rappellera l'ensemble de ses constatations matérielles, présentera ses analyses et proposera une réponse à chacune des questions posées par la juridiction,

Disons que l'expert devra fixer aux parties un délai pour formuler leurs dernières observations ou réclamations en application de l'article 276 du code de procédure civile et rappelons qu'il ne sera pas tenu de prendre en compte les transmissions tardives ;

Désignons le magistrat chargé du contrôle des expertises pour suivre la mesure d'instruction et statuer sur tous incidents ;

Disons que l'expert devra rendre compte à ce magistrat de l'avancement de ses travaux d'expertise et des diligences accomplies et qu'il devra l'informer de la carence éventuelle des parties dans la communication des pièces nécessaires à l'exécution de sa mission conformément aux dispositions des articles 273 et 275 du code de procédure civile ;

Fixons à la somme de (...) euros la provision à valoir sur la rémunération de l'expert, qui

devra être consignée par la partie demanderesse entre les mains du régisseur d'avances et de recettes de ce tribunal, (...), dans le délai maximum de six semaines à compter de la présente ordonnance, sans autre avis ;

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

OU

Disons que les frais d'expertise seront avancés par l'Etat, comme il est dit à l'article 119 du décret du 19 décembre 1991 sur l'aide juridique,

Disons qu'en déposant son rapport, l'expert adressera aux parties et à leurs conseils une copie de sa demande de rémunération,

Laissons à chaque parties la charge des dépens qu'elle a exposés.

OU

Laissons les dépens à la charge de la partie demanderesse.

1

Il convient de relever que ce dépôt n'a pas été précédé d'un pré-rapport sur lequel les parties auroient pu formuler des dires, la mission d'expertise confiée ne l'ayant pas expressément stipulé.

Par ailleurs, si certains de ces griefs peuvent être tranchés par le Tribunal, comme la discussion sur la date de consolidation ou la question de l'incidence professionnelle par exemple, a autres reposent sur une appréciation médicale, tel le taux du déficit fonctionnel permanent

Au regard de ces éléments, il convient de fa re droit à la demande de nouvelle expertise, selon les modalités prévues au dispositif du présent jugement, étant précisé que l'avance des frais sera effectuée par et que la question de leur charge finale fera l'objet d'une appréciation par le Tribunal.

Dans l'attente du dépôt du rapport d'expe tise, il convient de renvoyer l'examen de l'affaire à l'audience sur intérêts civils du 9 : eptembre 2015 à 9 heures.

Le présent jugement sera déclaré com nun à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse primaire d'Assurance Maladie de la Marne et opposable à la caisse primaire d'Assurance Maladie de la caisse primaire d'Assurance de la caisse de la caisse de

L'exécution provisoire sera enfin ordoni. ée au regard de la teneur de la présente décision.

### PAR CES MOTIFS

Le Tribunal, statuant publiquement et avant dire-troit,

Par jugement contradictoire à l'égard de .

agissant tant en leur nom personne l'u'en qualité d'administrateurs légaux de leur enfant mineur de Monsieur de Monsieur de Monsieur et de la .

Par jugement contradictoire à signifier à l'égard de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie cut de la compagnie d'assurances .

Ordonne une nouvelle expertise médicale de Monsieur . et à cet effet commet le Docteur . demeurant PARIS, expert assermenté inscrit sur la liste de la Cour d'Appel de PARIS, avec mission de :

1) Examiner la victime, décrire les lésions qu'elle impute à l'accident dont elle a été atteinte, indiquer après s'être fait communiquer tous documents relatifs aux examens, soins et interventions dont la victime a été l'objet, leur évolution et les traitements appliqués ; préciser si ces lésions sont bien en relation directe et certaine avec l'accident;

l'expert, sans en aviser les parties ni permettre une discussion contradictoire, a décidé que la solution de confortement ne répondait pas aux objectifs esthétiques des demandeurs ; qu'en outre, cette solution n'engendrera aucun préjudice de jouissance ; que le Tribunal retiendra le chiffrage du cabinet ; qu'enfin, les époux ont toujours pu occuper l'immeuble de sorte qu'aucun préjudice ne saurait naître de ce chef.

n'a pas constitué avocat. Il sera statué par jugement réputé contradictoire en application de l'article 474 du Code de procédure civile.

L'ordonnance de clôture a été rendue le 15 février 2012 et la date d'audience fixée au 21 mars 2012. A cette date, le jugement a été mis en délibéré au 23 mai 2012.

### MOTIFS DE LA DÉCISION

L'article 16 du Code de procédure civile énonce que le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction.

Ce principe de contradiction s'applique aux investigations menées par l'expert désigné par le juge.

En l'espèce, Monsieur a été désigné par ordonnance de référé en date du 4 avril 2006.

Une réunion d'expertise a eu lieu en présence des parties le 3 juillet 2006. Le sapiteur, le bureau d'études , s'est rendu sur les lieux le 3 octobre 2006 et a déposé son rapport d'analyse le 16 avril 2007.

La visite du bureau d'études a eu lieu en l'absence de l'expert, qui n'a donc pas assisté aux investigations menées, alors même qu'elles avaient pour objet d'étayer son analyse.

Le pré-rapport a été adressé aux parties le 20 décembre 2008, soit plus d'un an et demi après le dépôt du rapport d'analyse du sapiteur.

Entre ces deux dates, l'expert n'a mené aucune investigation et est demeuré taisant. De nombreux courriers des parties témoignent de son inertie dans le cadre de la présente procédure, tant et si bien que le magistrat chargé du contrôle des expertises a annoncé un dessaisissement sans rémunération à défaut du dépôt du pré-rapport.

Le pré-rapport retient une solution de confortement de la charpente, appuyée sur le rapport du sapiteur, et chiffre les travaux de reprise à la somme de 32.758,44 euros.

Il convient de relever le caractère approximatif et incomplet de ce pré-rapport au regard de la mission confiée à l'expert, puisqu'il n'y indiquait pas la cause des désordres et leur imputabilité aux différents intervenants.

Des dires lui ont été adressés par les parties au mois de février 2009.

Des réponses ont eu lieu dans le rapport définitif en date du 29 décembre 2009.

L'expert y retient une solution de reprise des désordres foncièrement différente de celle qui figurait au pré-rapport, consistant en une destruction de l'étage, moyennant un coût de 111.330,45 euros.

S'il est évident que les dires des parties peuvent faire évoluer la position de l'expert, il lui appartient toutefois de faire observer la contradiction lorsque les modifications de son rapport sont telles que la solution de reprise des désordres est radicalement modifiée.

En l'espèce, le rapport définitif ne contient pas seulement des ajustements, mais une solution différente du pré-rapport, qui méritait que les parties puissent s'exprimer contradictoirement devant l'expert.

3

En outre, alors même que l'expert a disposé d'un temps conséquent, son rapport d'expertise ne permet pas à la juridiction de statuer au fond, au regard des demandes.

En effet, sur les causes du désordres, l'expert indique seulement : "résultent d'une erreur de conception des ouvrages de charpente".

Interrogé sur les responsabilités encourues qui faisaient parties de sa mission, il relate : "l'expert propose au tribunal de reconnaître pour seul responsable le constructeur. Libre à ce dernier d'engager ultérieurement dans une action indépendante, un recours en responsabilité vis-à-vis des entreprises et bureau d'étude intervenants dans l'affaire."

Force est de constater que l'expert n'a pas accompli sa mission sur ce point, alors même que l'instance concerne l'ensemble des parties en cause, que les époux formulent des demandes de condamnation in solidum et que des appels en garantie sont exercés. Il lui appartenait précisément de déterminer la responsabilité éventuelle de chacun.

Au regard de l'ensemble des éléments qui précèdent, et notamment de l'atteinte au principe de la contradiction et du défaut d'accomplissement total de sa mission par l'expert, il convient de prononcer l'annulation du rapport d'expertise de Monsieur

Le Tribunal étant dans l'impossibilité de trancher sans expertise les demandes formulées par les parties à la présente instance, il convient d'ordonner une nouvelle mesure d'expertise, aux frais avancés des demandeurs, selon les modalités prévues au dispositif du présent jugement.

A ce titre, au regard de l'annulation prononcée et de l'urgence à faire diligenter les nouvelles opérations d'expertise, il convient d'ordonner une consignation dans un délai bref, afin de ne pas retarder davantage l'issue de la procédure.

L'ancienneté du litige et la teneur de la présente décision commandent que soit ordonnée l'exécution provisoire.

Dans l'attente du dépôt du rapport d'expertise, il convient de réserver l'examen de l'ensemble des demandes et des dépens et de renvoyer l'examen de l'affaire à la mise en état du 5 décembre 2012.

#### PAR CES MOTIFS

Le Tribunal, statuant publiquement par mise à disposition au greffe, par jugement réputé contradictoire et rendu en premier ressort,

**Prononce** l'annulation du rapport d'expertise déposé par Monsieur en date du 29 décembre 2009 :

Ordonne une nouvelle mesure d'expertise confiée à Monsieur expert inscrit sur la liste de la Cour d'appel de REIMS, demeurant , avec la mission de :

- prendre connaissance des dossiers des parties ainsi que de tous les documents utiles
  - se rendre sur les lieux sis
  - indiquer la date de réception des travaux litigieux
  - prendre connaissance du contrat de construction signé entre les époux et le constructeur, la société

4

Attendu que l'exception d'irrecevabilité étant rejetée, la doit être déboutée de sa demande indemnitaire, aucun abus du droit d'agir en justice ne pouvant être reproché à

### II - Sur la nullité du rapport d'expertise

### Vu les articles 233 et 278 du code de procédure civile

Attendu que les consorts concluent à juste titre à 'a nullité de l'expertise ordonnée par le président du tribunal de céans statuant en référé s lon ordonnance du 9 novembre 2010 dès lors que l'expert géomètre-expert désigne se borne à renvoyer les parties, pour la partie de sa mission relative à la conformité de l'ouvrage de soutènement et à la nature et au coût des travaux de remise en état et la partie à laquelle ils incombent, à la lecture du rapport établi par ingénieur ETP dont 1 sollicité l'avis technique en qualité de sapiteur (civ.II, 11 janvier 1995, bull. Civ. II; n° 11);

Que l'expert s'est également contenté de répondre aux dire. des parties singulièrement des consorts portant sur le rapport du sapiteur par la mei tion « voir dans l'annexe 6, réponse de Monsieur sapiteur »;

Que la circonstance qu'il conclut sur le point soumis à l'analyse du sapiteur sinsi qu'il suit : « le mur n'est pas conforme à sa destination. Il doit être repris entièrement [...]. Le coût estimé de remise en état est de 43 000 euros HT hors perte d'exploitation s'il y en a » ne suffit pas à considérer que l'expert procédé à l'exploitation du travail du sapiteur;

Attendu par ces motifs que l'expert n'ayant pas rempli personnellement la mission qui lui était confiée au sens de l'article 233 du code civil, les opérations d'expertise et le rapport pafférent doivent être annulés;

Attendu dès lors qu'il doit être fait droit à la demande formée par les consorts tendant à voir ordonner une nouvelle expertise confiée, eu égard à la spécificité de l'espèce à deux experts, l'un géomètre expert et l'autre ingénieur ETP en matière viticole en la personne respectivement de et de ; leur mission et les modalités de l'expertise étant définies au présent dispositif:

Que la consignation des frais afférents-à celle-ci sera à la charge des consorts la nullité ayant été prononcée à leur demande et

Attendu dès lors que les autres demandes principale, subsidiaire ou reconventionnelle des parties doivent être réservées, dans l'attente du dépôt du nouveau rapport d'expertise;

III - Sur l'exécution provisoire

Vu l'article 515 du code de procédure civile

pénale:

Attendu qu'il convient dès lors de liquider les préjudices subis par . dont la consolidation de l'état de santé a été fixée au 28 mai 2010 soit trois années après l'accident de circulation;

Attendu que MAAF ès qualités d'assureur responsabilité civile de conteste nullement le droit à réparation intégrale de et des victimes par ricochet que sont les parents et frères de celle-ci du fait dudit sinistre :

Attendu s'agissant des préjudices subis, qu'il convient de procéder pour chacune des victimes, poste par poste ainsi qu'il suit :

1.

Attendu que le tribunal entend reprendre les conclusions du rapport définitif d'expertise amiable et contradictoire établi le 5 octobre 2010 par les docteurs mandaté par incluant l'avis du sapiteur neurologue; lesquels observent une parfaite concordance entre les circonstances de l'accident de circulation, les doléances exprimées, et les lésions et séquelles fonctionnelles, psychologiques, cognitives et comportementales constatées médicalement;

I - Préjudices extra-patrimoniaux avant consolidation fixée au 28 mai 2010;

Attendu que celui-ci 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 et éventuellement le préjudice sexuel temporaire;

Que l'évaluation des troubles dans les conditions d'existence tient compte de la durée et du taux de l'incapacité temporaire, des conditions plus ou moins pénibles de celle-ci;

Attendu en l'espèce que la consolidation de l'état de santé de a été constatée 3 années après l'accident;

### \* DFT total

Attendu que la victime sollicite la somme de 15 000 euros en se fondant sur une base mensuelle de 1 000 euros (calculée sur 30 jours);

offre, quant à elle, 3 840 euros sur une base journalière de 20 euros soit 600 euros Ouel mensuels (calculés sur 30 jours);

Attendu qu'il ressort du rapport d'expertise que a subi un DFT total correspondant à une gêne totale pour la période du 28 mai 2007 au 26 novembre 2007, date d'abandon du fauteuil roulant puis du 21 au 23 février 2008 et enfin du 27 octobre au 1er novembre 2008 et auxquelles doit être ajoutée l'hospitalisation du 20 au 21 août 2009 au centre hospitalier retirer les broches;

Que dès lors, l'indemnisation du préjudice subi du fait des hospitalisation, soins et interventions entraînant une immobilisation complète ou partielle de , alors âgée de 15 et 16 ans doit être fixée à la somme mensuelle de 900 euros (30 jours a 30 euros/j) calculée sur 194 jours soit 5 820 euros:

Qu'à ce titre, cette dernière ne peut soutenir l'existence d'un déficit fonctionnel temporaire total sur l'intégralité des périodes d'hospitalisations soit 450 jours sans distinguer, comme le fait l'expert, l'autonomie dont celle-ci pouvait disposer alors, autonomie permettant précisément de caractériser le degré de perte de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante durant la maladie traumatique, le préjudice temporaire d'agrément;

\* DFT partiel

Attendu que selon l'expert,

a subi un DFT partiel entre les périodes susvisées et

ce. jusqu'au 25 avril 2009 dont il quantifie le pourcentage d'impotence à 25%;

Que conteste le taux ainsi retenu qu'elle estime devoir atteindre 60% pour les premiers 241 jours intermédiaires allant du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 15 avril 2009 puis 40 % pour les 407 derniers jours s'étant écoulés entre le 15 avril 2009 et le 28 mai 2010; proposant, quant à elle, de retenir le taux expertal sans distinction;

Attendu que la méthode retenue par la victime apparaît conforme aux constatations des experts et lequel relève notamment que :

- la victime avait progressivement regagné son autonomie dans la vie quotidienne pendant son long séjour au centre de rééducation pour enfants de du 2 juillet 2007 au 30 avril 2008 où elle a bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire avec évaluation neuropsychologique mettant en évidence des troubles cognitifs attentionnels, mnésiques, dysexécutifs dont la sévérité s'est amendée avec le temps;
- un bilan de contrôle au 17 avril 2009 montrant la persistance de troubles mnésiques et attentionnels modérés associés à un léger syndrome dysexécutif et un ralentissement;
- la reprise de la scolarité à partir du mois de septembre 2008 a été difficile avec abandon du cursus général;

Que l'expert fixe le taux du déficit fonctionnel définitif au taux de 38 % au 28 mai 2010

et en déduit un préjudice d'agrément certain;

Qu'ainsi la perte de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante durant la maladie traumatique pour la période antérieure à la consolidation, vie qui s'est déroulée, hormis les permissions de sortie de fin de semaine, dans des conditions pénibles du fait de l'éloignement du domicile familial eu égard à l'âge de , alors adolescente, est nécessairement supérieur au seuil fixé pour le déficit fonctionnel définitif;

Que dès lors et eu égard aux troubles décrits jusqu'à sa consolidation, il n'est pas concevable que le DFT partiel cesse, comme le retient pourtant l'expert repris en cela par , une année avant consolidation;

Attendu qu'il en résulte que le DFT persistait donc à affecter une part importante des activités personnelles de à ses retours d'hospitalisation au sens de la nomenclature DINTILHAC;

Qu'en conséquence, le DFT partiel, calculé sur une base mensuelle de 900 euros (30 jours à 30 euros/j), doit être justement indemnisé à la somme globale de 13 830 euros ainsi qu'il suit :

- du 27 novembre 2007 au 15 avril 2009 : 60 % sur 497 jours soit 8 946 euros

- du 16 avril 2009 au 28 mai 2010 : 40 % sur 407 jours soit 4 884 euros;

TOTAL: 19 650 euros

#### 2 - Souffrances endurées :

Attendu que l'expert évalue à 5 sur une échelle de 7 le préjudice tiré des souffrances endurées eu égard à l'importance des lésions initiales (traumatisme crânien avec perte connaissance et score de glasgow à 7, lésions multiples, contusion hémorragique au niveau des noyaux gris à droite, pétéchies hémorragiques au niveau de la capsule droite, fracture orbitaire droite, plaies des joue, menton et paupière droite, fracture des apophyses transverses L2, L3 et L4, fracture ouverte du 1/3 moyen des tibias gauche et droite, fracture iliaque droite) ayant nécessité une intervention immédiate à visée orthopédique et de leur évolution nécessitant 3 semaines en service de réanimation avec ventilation, soins en chirurgie pédiatrique (greffe et ostéotomie du péroné, retrait des broches un an plus tard) et un séjour long (10 mois) dans un centre de rééducation infantile avec prise en charge éducative et enfin aux souffrances physiques et psychologiques qu'elles ont nécessairement engendré avant consolidation chez âgée alors de 15 et 17 ans, laquelle a dû se déplacer en fauteuil roulant jusqu'au 26 novembre 2007 pour l'utilisation de cannes jusqu'au 15 avril 2009;

Que celles-ci doivent être justement indemnisées à proportion de 22 000 euros, l'offre de la étant insuffisante sur ce chef;

**TOTAL** : 22 000 euros

7

- préjudice esthétique 0,5/7 : 1 000 euros

\* débouter tant en son nom personnelle qu'es qualités de ses demandes indemnitaires comme résultant de la maladie de Charcot, laquelle n'est pas imputable à la

Vu l'audience des débats à laquelle ont comparu Madame assistée de Maître représentée par Maître compagnie représentée par Maître et la Caisse primaire d'assurance maladie dez : représentée par Mademoiselle dûment mandatée, lesquels s'en réfère expressément à leurs écritures précitées précédemment déposées pour l'exposé des moyens sous réserve des points suivants : \_ d'une part, soulève l'irrecevabilité, au visa des dispositions de - la compagnie l'article 76 du Code de procédure civile, de l'exception de nullité de l'expertise soulevée dans ses écritures par la Caisse primaire d'assurance maladie dc. laquelle n'a pas lors des débats développé celle-ci in limine litis, et d'autre part, déclare abandonner sa demande tendant à écarter des débats les dernières écritures et pièces communiquées tardivement par l'organisme de sécurité sociale ;

Vu la date de délibéré de l'affaire fixée au 12 juillet 2011, prorogée au 27 septembre suivant puis au 13 décembre 2011 ;

### MOTIFS DE LA DECISION

Attendu à titre liminaire qu'il convient de donner acte à la compagnie de ce qu'elle abandonne sa demande tendant à voir écarter des débats les dernières écritures et pièces communiquées dans l'intérêt de la Caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes pour tardiveté;

Attendu ensuite qu'il est constant que la Caisse primaire d'assurance maladie a pris en charge au titre de la législation professionnelle l'accident du travail dont Monsieur ,a été victime le 22 avril 2003 ;

Qu'elle a également pris en charge, au titre de la rechute dudit accident, la pathologie de sclérose latérale amyotrophique déclarée par Monsieur

Que l'employeur notamment conteste l'imputabilité à l'accident du travail de la maladie dite de

Que cette contestation influe inévitablement sur les demandes indemnitaires pouvant être formées par les ayants droit sur le fondement de l'article L 452-1 du Code de la sécurité sociale tant au titre de l'action successorale qu'à titre personnel mais également sur les conséquences financières y afférentes s'agissant des rapports entre la Caisse primaire d'assurance maladie et l'employeur, garantie par son assureur;

Attendu que la solution du présent litige suppose donc, avant tout autre débat opposant les parties dans leur rapport entre elles, que soit déterminée l'existence ou l'inexistence d'un lien de causalité direct et certain entre la sclérose latérale amyotrophique dont Monsieur

est décédé avec l'accident du travail précité, à l'origine duquel la faute inexcusable de l'employeur, la a été reconnue;

Qu'à cette fin, le Tribunal des affaires de sécurité sociale de céans avait ordonné une expertise médicale judiciaire confiée au professeur neurologue, lequel a rendu son rapport le 30 juillet 2010 ;

Attendu cependant que la Caisse primaire d'assurance maladie oppose la nullité dudit rapport motif pris du non-respect par l'expert des dispositions de l'article 160 du Code de procédure civile ;

Attendu d'une part, que la compagnie soulève l'irrecevabilité de cette exception motif pris de ce que lors des débats, elle n'aurait pas été développée *in limine litis*;

Attendu cependant que l'exception de nullité de l'expertise pour non-respect du principe du contradictoire n'est pas une exception de procédure au sens des dispositions de l'article 73 du Code de procédure civile ; Qu'elle ne tend pas à faire déclarer la procédure irrégulière ou éteinte ou à en suspendre le cours de sorte qu'elle n'est pas soumise aux dispositions de l'article 74 du même code ;

Qu'elle peut donc être soulevée en tout état de cause conformément aux dispositions de l'article 72 du Code de procédure civile relatif aux défenses au fond;

Attendu d'autre part, que la compagnie réplique à l'exception de nullité de l'expertise médicale judiciaire que :

- les pièces du dossier démontrent que la Caisse primaire d'assurance maladie était avisée, ne serait-ce que par les conseils des autres parties, des dates d'expertise et que l'expert lui-même, sur interrogation par courriel de la caisse, que toutes les parties ont été convoquées par lettre simple ;
- la formalité d'une convocation de toutes les parties par lettre recommandée avec avis postal de réception n'est pas prescrite à peine de nullité,
- l'absence de la Caisse primaire d'assurance maladie aux opérations d'expertise relève d'une volonté délibérée de s'y soustraire de sorte qu'elle ne peut se prévaloir de sa propre turpitude pour demander l'annulation desdites opérations ;

Attendu qu'aux termes de l'article 160 du Code de procédure civile, « les parties et les tiers qui doivent apporter leur concours aux mesures d'instruction sont convoqués, selon le cas, par le secrétaire du juge qui y procède ou par le technicien commis. La convocation est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Les parties peuvent également être convoquées par remise à leur défenseur d'un simple bulletin. Les parties et les tiers peuvent aussi être convoquées verbalement s'ils sont présents lors de la fixation de la date d'exécution de la mesure. Les défenseurs des parties sont avisées par lettre simple s'ils ne l'ont été verbalement ou par bulletin. Les parties défaillantes sont avisées par lettre simple ».

Qu'il résulte de ces dispositions relatives aux modalités de convocation des parties à toutes les mesures d'instruction que, dès lors que l'expert médical n'appelle pas la partie adverse lors de la mission qui lui est confiée, les actes accomplis en méconnaissance de cette obligation doivent être déclarés nuls ; Qu'à ce titre, l'avis d'expertise par lettre simple n'a pas valeur de convocation d'une partie ;

Attendu en l'espèce que le dispositif du jugement rendu par le Tribunal des affaires de sécurité sociale de céans le 23 février 2010 rappelle expressément que l'expert doit mener sa mission « contradictoirement et après avoir régulièrement convoqué les parties et avisé leurs conseils » ; Que les parties y sont nommément désignées à savoir Monsieur

la la Caisse primaire d'assurance maladie et la compagnie

Que cependant le rapport d'expertise déposé le 30 juillet 2010 ne contient aucune indication établissant que la Caisse primaire d'assurance maladie a été mise en mesure de présenter ses observations au cours d'une discussion contradictoire; Qu'il n'est d'ailleurs pas mentionné la présence de celle-ci, ni les modalités de convocation des parties à l'expertise qui s'est tenue le 20 mai 2010 dans les locaux du centre hospitalier

Qu'il n'y est pas même indiqué que la Caisse primaire d'assurance maladie est partie défaillante à l'expertise de sorte qu'il n'est pas certain que l'expert l'ait considéré comme « partie » à la mesure d'instruction ;

Qu'interrogé par la caisse, le professeur 3'est contenté de répondre « qu'une convocation avait été adressée à toutes les parties et en recommandé à l'intéressé. Je n'adresse un recommandé qu'à l'intéressé lui-même » ; Qu'il ne saurait en être déduit une convocation de la Caisse primaire d'assurance maladie, à supposer qu'elle soit incluse par l'expert dans la mention « parties », ce qui n'est pas démontré, et de surcroît conforme aux exigences de l'article 160 précité ;

Que pas plus, les courriers échangés entre les conseils de Monsieur et de la et de la compagnie n'ont valeur de convocation de la Caisse primaire d'assurance maladie; Qu'ils ne sauraient être utilisés par cet assureur pour en déduire que la Caisse primaire d'assurance maladie s'est volontairement dérobée aux opérations d'expertise dont elle avait connaissance et ce, à supposer que ce fait soit démontré ce qui n'est nullement le cas en l'espèce; Que dès lors, ce dernier ne peut reprocher à la caisse de se prévaloir de sa propre turpitude pour solliciter l'invalidation de la mesure d'instruction litigieuse;

Qu'il en résulte que l'absence de la Caisse primaire d'assurance maladie à l'intégralité des opérations d'expertise fait obstacle à ce que le tribunal rouvre les débats et demande à l'expert, au visa des dispositions de l'article 177 du Code de procédure civile, de reprendre la partie des opérations qui n'ont pas été effectuées contradictoirement;

Qu'il y a donc lieu d'annuler celles-ci comme le sollicite la caisse et d'ordonner une nouvelle expertise médicale judiciaire selon les modalités fixées au dispositif ;

Attendu que la compagnie conclut qu'au cas d'annulation dudit rapport, il y a lieu de statuer néanmoins en puisant dans celui-ci les éléments qui sont corroborés par d'autres pièces du dossier;

Attendu cependant que la nullité dudit rapport présentement prononcée interdit au tribunal de statuer, s'agissant de surcroît d'un litige d'ordre médical, en s'appuyant sur d'autres éléments du dossier et notamment le précédent rapport d'expertise établi le 15 juin 2005 par le docteur dans le cadre de l'instruction du dossier de déclaration de rechute de l'accident conformément aux dispositions de l'article L 141-1 du Code de la sécurité sociale, lequel rapport dont les conclusions sont contraires à celles du professeur n'est précisément pas opposable à l'employeur;

Qu'il convient de même de rappeler que la nullité affectant le second rapport, celui-ci ne pourra plus être utilisé par les parties qui ne pourront s'en prévaloir devant aucune instance quelle qu'elle soit ;

# Formation du 8 mars 2016 - plan de l'intervention de Christine Simon-Rossenthal et de Nathalie Lauer, conseillers

### I responsabilité médicale : Christine Simon-Rossenthal

A/distinction aléa thérapeutique /geste chirurgical fautif

B/chirurgie esthétique : document n° 10

### Il évaluation des dommages : Nathalie Lauer

1/incidence professionnelle : document n° 1 et 2

2//assistance tierce personne : document n° 1, document n° 2, document n° 3

3/« souffrances endurées post consolidation » document n° 1

4/ préjudice esthétique temporaire et "préjudice d'agrément temporaire" : document n° 2, document n° 3

5/ préjudice scolaire : document n° 3

6/ expertise complémentaire ? Document n° 4, document n° 5

#### III rémunération des experts : Nathalie Lauer

1/ le recours devant le délégué du Premier président : éléments de procédure : document  $n^\circ\,6$ 

2/ cas concrets : document  $n^\circ$  7, document  $n^\circ$  8, document  $n^\circ$  9

#### IV échanges avec la salle

Le 26 juin 2010, M. X a été victime de violences en réunion. Deux personnes soupçonnées d'être les auteurs des faits ont été relaxées par le tribunal correctionnel de Charleville-Mézières le 31 octobre 2013.

Saisi par une requête de M. X du 2 décembre 2013, le président de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction près le tribunal de grande instance de Charleville-Mézières, par décision du 23 janvier 2014, a ordonné une expertise médicale et alloué à la victime une provision de 15 000 €, outre 500 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

M. X a sollicité son indemnisation en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise déposé le 14 mars 2014.

Le fonds de garantie s'est opposé à l'indemnisation des pertes de gains professionnels futurs, du préjudice esthétique temporaire, du préjudice d'agrément et des souffrances endurées après consolidation. Il a fait valoir que M. X ne démontrait pas subir une perte de revenus ; que le préjudice esthétique temporaire n'avait pas été retenu par l'expert ; que M. X ne justifiait pas avoir pratiqué les activités qu'il ne peut plus exercer et que les souffrances endurées après consolidation étaient déjà indemnisées au titre du déficit fonctionnel permanent. Il a également conclu à la réduction de certaines demandes à de plus justes proportions.

Par jugement du 15 janvier 2015, la commission d'indemnisation des victimes d'infraction près le tribunal de grande instance de Charleville-Mézières a fixé les préjudices de M. X après déduction de la provision de 15 000 € versée aux sommes de 384 905,38 € en réparation de son préjudice patrimonial et 43 877,75 € en réparation de son préjudice extra patrimonial.

Elle a retenu qu'à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, M. X justifiait subir une perte de revenus consécutive à son agression du 26 juin 2010 puisqu'il allait perdre ses primes à compter de cette date ; que si M. X ne justifiait pas exercer de façon régulière certaines activités sportives, le préjudice avait cependant été retenu par l'expert. S'agissant des souffrances endurées après consolidation, elle a rejeté la demande, celles-ci étant déjà indemnisées au titre du déficit fonctionnel permanent.

Le fonds de garantie des victimes d'infraction a interjeté appel.

Par dernières conclusions du 7 septembre 2015, il sollicite l'infirmation partielle du jugement déféré et demande à la cour de :

- fixer les pertes de gains professionnels actuels à la somme de 9 890,90 €,
- fixer les pertes de gains professionnels futurs à la somme de 23 963,90 €,
- fixer l'incidence professionnelle à la somme de 10 000 €,
- fixer le préjudice d'agrément à la somme de 5 000 € au regard des attestations récemment produites aux débats,
- fixer l'indemnité pour assistance tierce personne post consolidation à la somme de 13 764,40 €,
- débouter M. X de sa demande concernant la perte de droits à la retraite post consolidation,
- confirmer la décision rendue par la commission d'indemnisation des victimes d'infraction le 15 janvier 2015 pour le surplus,
- laisser les dépens à la charge du Trésor public.

En premier lieu, le fonds de garantie conteste l'application du taux de 1,20 % issus= du barème de capitalisation publié par la gazette du palais en 2013 dont M. X revendique l'application. Il souligne que celui-ci repose sur une inflation anticipée pour les années à venir dont l'évaluation résulte d'une projection de l'inflation observée sur la seule année 2012.

S'agissant des pertes de gains professionnels futurs, le fonds de garantie reproche à la commission d'indemnisation des victimes d'infraction d'avoir utilisé l'euro de rente viagère alors qu'il existe

manifestement un aléa quant à l'espérance de vie de la victime. Il reprend le calcul des pertes de primes en observant toutefois que celles-ci ont été remplacées par d'autres primes et que son salaire de base démontre une progression constante même pendant la période d'indisponibilité. Il admet cependant que, du fait de l'agression, M. X subit une perte annuelle de 1 410 € et propose en conséquence une indemnité de 19 076,78 € et donc l'infirmation de la décision déférée en ce sens.

Il estime que les revendications indemnitaires de M. X au titre de l'incidence professionnelle sont excessives, fondées sur un raisonnement inexact. Il observe que le reclassement de M. X au sein de la SNCF n'a pas entraîné de dévalorisation pour ce dernier sur le marché du travail ni de perspectives de carrière amoindries. Il relève encore que M. X ne démontre pas d'incidence sur ses droits à retraite et propose de réformer la décision déférée sur le mode de calcul qu'il juge illogique si toutefois la cour devait considérer l'incidence professionnelle établie. Par ailleurs, il critique le calcul des pertes de gains actuels effectué par M. X qui intègre des périodes postérieures à la consolidation et qu'il convient donc d'écarter. Il propose dès lors à ce titre une somme de 9 890,97 € et l'infirmation de la décision de la CIVI en ce sens.

M. X a formé appel incident.

Par dernières conclusions du 4 septembre 2015, il prie la cour de :

- confirmer la décision entreprise en ce qu'elle a statué sur les dépenses de santé actuelles, location de télévision, frais de déplacement, souffrances endurées avant consolidation, préjudice esthétique permanent, déficit fonctionnel permanent, et préjudice sexuel,
- infirmer le jugement dans la mesure utile et, statuant de nouveau, lui allouer les sommes suivantes :

686 € au titre de l'assistance tierce personne temporaire

22 703,40 € au titre de l'assistance tierce personne permanente

12 284 € au titre des pertes de gains professionnels actuels

93 690 € au titre des pertes de gains professionnels futurs

246 451 € au titre de l'incidence professionnelle

4 106 € au titre du déficit fonctionnel temporaire

3 000 € au titre du préjudice esthétique temporaire

8 000 € au titre des souffrances endurées après consolidation

5 000 € au titre du préjudice d'agrément

- fixer à la somme de 3 000 € l'indemnité lui revenant au titre de l'article 700 du code de procédure civile,
- laisser les dépens à la charge du Trésor public

En premier lieu, M. X expose qu'il convient de retenir le barème de capitalisation publié à la gazette du palais 2013, plusieurs cours d'appel l'ayant d'ores et déjà officiellement utilisé.

Sur ses demandes indemnitaires, il observe que la CIVI a sous-évalué le taux horaire de l'assistance tierce personne qui représente plutôt une somme de 14 €, incluant 10 % de congés payés et les charges patronales. Il rappelle que la SNCF a calculé la perte de gains actuels effective sur chaque période d'indisponibilité, soit une somme de 18 055,77 € bruts correspondant aux primes perdues, la perte nette de 2010 à juin 2014 s'élevant à 12 284 €. Il reproche également à la CIVI d'avoir sous-évalué la perte de salaire mensuel qu'il subira au titre des pertes de gains professionnels futurs, soit selon lui 554 € nets et non pas 480 € nets comme le retient la décision déférée. Il reconnaît cependant que ses demandes de première instance étaient surévaluées et ramène ses prétentions à ce titre à la somme de 93 690 €, la décision devant être infirmée en ce sens. Il revendique une indemnisation au titre de l'incidence professionnelle en relevant que celle-ci doit être indemnisée même en cas de reconversion professionnelle, ce qui, selon lui, nécessite de comparer les droits à retraite dont il bénéficiera à ceux qui auraient été les siens s'il avait travaillé de façon normale et continue dans le poste occupé avant l'agression. Il estime qu'il a perdu la chance de bénéficier d'une

carrière professionnelle évolutive au titre du poste occupé précédemment qui était plus rémunérateur. Il observe enfin que l'indemnité doit tenir compte de la pénibilité du poste aujourd'hui occupé, même s'il est de nature administrative, en raison de l'importante gêne et des douleurs subies au niveau de son membre droit alors qu'il est droitier. Il précise à cet égard que ces séquelles au niveau du coude droit ont été confirmées par le médecin du travail et encore en août 2015 par son médecin traitant. Il considère en tout état de cause que la somme de 10 000 € proposée par le fonds de garantie n'est clairement pas justifiée et n'apparaît pas conforme aux règles d'indemnisation habituellement retenues en regard d'un taux de déficit fonctionnel permanent de 15 % avec retentissement professionnel évident sur le long terme. Il maintient par ailleurs sa demande au titre du préjudice esthétique temporaire en indiquant que si l'expert a retenu un préjudice esthétique permanent, ce préjudice existait a fortiori d'autant plus à titre temporaire. Enfin, il maintient également sa demande au titre des souffrances endurées après consolidation et celle au titre du préjudice d'agrément qu'il dit justifier par des attestations de ses proches.

### SUR CE

Sur les demandes indemnitaires

Il résulte du rapport d'expertise médicale (pièce n° 2 du fonds de garantie) que suite à l'agression dont il a été victime le 26 juin 2010, M. X a subi :

- une contusion faciale gauche avec contusion malaire et fracture de la dent n° 28 qui a été supprimée,
- une fracture de la tête radiale avec luxation du coude droit traitée par intervention chirurgicale et ostéosynthèse puis immobilisation dans un plâtre pendant une durée de deux mois, puis kinésithérapie jusqu'au 9 décembre 2010.

Il a présenté ensuite une algo-neurodystrophie traitée par injections quotidiennes pendant un mois puis une ostéoporose séquellaire nécessitant la prolongation de la kinésithérapie du 26 janvier 2011 au 15 novembre 2011.

Il a dû subir alors une seconde intervention chirurgicale le 2 septembre 2011 avec ablation de la plaque d'ostéosynthèse, arthrolyse, résection de la tête radiale, capsulectomie antérieure et ablation de fragments osseux antérieurs. Un implant de Swanson pour la tête radiale a été mis en place. Il a dû porter alors une attelle électrique et a subi de nouvelles séances de kinésithérapie.

Compte tenu de l'évolution médicale et des doléances encore manifestées, les conclusions médicolégales sont les suivantes :

- déficit fonctionnel temporaire total durant les périodes d'hospitalisation, soit du 26 juin 2010 au 30 juin 2010 et du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 8 septembre 2011,
- déficit fonctionnel temporaire partiel de niveau 3 : du 1er juillet 2010 au 22 juillet 2010
- déficit fonctionnel temporaire partiel de niveau 2 : du 23 juillet 2010 au 31 août 2011
- déficit fonctionnel temporaire partiel de niveau 3 : du 9 septembre 2011 au 5 octobre 2011
- déficit fonctionnel temporaire partiel de niveau 2 : du 6 octobre 2011 au 15 janvier 2012
- date de consolidation : 16 janvier 2012
- déficit fonctionnel permanent : 15 %
- frais futurs : antalgiques et anti-inflammatoires
- appareillage : location attelle électrique
- aggravation possible par arthrose et réintervention chirurgicale
- souffrances endurées : 3,5/7préjudice esthétique : 1,5/7

- préjudice sexuel : gêne positionnelle sexuelle, pas de trouble de libido
- retentissement sur l'activité professionnelle : modification du type d'activité SNCF
- retentissement sur les activités de loisirs : arrêt de la natation, du vélo, de la moto et du quad, limitation de la pratique du bricolage et du jardinage
- tierce personne : familiale pour les deux périodes de niveau 3 d'immobilisation pour toilette et alimentation à raison d'une heure par jour ; ultérieurement : une heure par semaine pour les travaux domestiques et personnels corporels.

Sur la base de ces conclusions médico-légales, le préjudice sera indemnisé comme suit :

Sur les préjudices patrimoniaux

Sur les pertes de gains professionnels actuels

La commission d'indemnisation des victimes d'infraction a fixé ce préjudice à 4 807,68 € en se fondant sur le cumul imposable de 2009 à 2011.

Se fondant sur le calcul des pertes résultant du tableau élaboré par la SNCF et communiqué en pièce n° 50, M. X sollicite l'infirmation de la décision déférée sur ce point et revendique une indemnité de 12 284 € qu'il calcule jusqu'à fin mai 2014.

Le fonds de garantie lui objecte à juste raison que les pertes subies depuis le 12 janvier 2012, date de consolidation et de reprise du travail, au 31 mai 2014, veille du reclassement entrent dans les pertes de gains professionnels futurs.

Il propose en se basant également sur le tableau élaboré par la SNCF une somme globale de 9 890,80 € représentant la perte des primes de traction, de l'EVS et de l'allocation de déplacement.

Cette proposition, conforme aux pertes réelles et à l'intérêt de la victime, sera entérinée et le jugement déféré réformé en ce sens.

Sur les pertes de gains professionnels futurs

La CIVI a pris en compte une perte mensuelle de 480 € et alloué une indemnité de 156 556,80 € après avoir capitalisé cette perte selon la table de capitalisation parue à la Gazette du palais en 2011.

M. X admet que ce préjudice a été surévalué en première instance. Il sollicite à ce titre une indemnité de 93 690 € représentant la capitalisation des primes qu'il a perdues suite à son reclassement.

Le fonds de garantie propose une indemnité de 23 963,90 € Il observe que, suite au reclassement, seule a été perdue la prime de traction et que le salaire de M. X n'a cessé d'augmenter même durant la période d'indisponibilité.

Cette méthodologie n'est pas acceptable dans la mesure où elle revient à minorer le préjudice par l'évolution de la carrière dont bénéficie tout agent de statut de droit public.

L'évaluation du préjudice nécessite au contraire de comparer l'évolution de carrière à laquelle M. X aurait pu prétendre si l'agression ne s'était pas produite et celle qui sera la sienne suite au reclassement en date du 1er juin 2014 consécutif aux suites des faits dont il a été victime.

Le tableau élaboré par la SNCF et communiqué par M. X en pièce n° 50 illustre précisément cette évolution. Il n'est d'ailleurs pas contesté par le fonds de garantie puisque celui-ci l'utilise pour former sa proposition au titre des pertes de gains professionnels actuels.

Avant l'indisponibilité, l'intéressé percevait une prime de traction d'un montant mensuel brut de 759,15 €, l'EVS d'un montant mensuel brut de 137,12 € et une allocation de déplacement d'un montant brut mensuel de 226,60 €. Il n'y a pas lieu de prendre en considération ce dernier élément qui représente un remboursement de frais et non une prime à proprement parler.

À compter du reclassement, il perçoit une prime de travail d'un montant brut mensuel de 402,19 €.

Il subit donc une perte brute mensuelle de 759,15 € +137,12 € - 402,19 € = 494,08 €, soit 380,90 € net après application d'un taux non contesté de 23 % de cotisations sociales. La perte annuelle est donc de 4 570,84 €.

M. X revendique la capitalisation des sommes allouées selon la table parue à La Gazette du Palais le 27 mars 2013 au taux de 1,20 %.

Le fonds de garantie s'oppose à l'application de ce taux au motif qu'il résulte d'une projection de l'inflation observée sur la seule année 2012, ce qui comporte selon lui un degré d'incertitude majeure pour les années suivantes et perd de vue le fait que la victime placera le capital alloué en considération du taux réel de l'inflation au cours des années à venir.

La cour rappelle que le tableau publié à la Gazette du palais de 2013 tient compte des dernières tables de mortalité publiées par l'INSEE et d'un loyer de l'argent actualisé.

Il ne peut être spéculé sur l'évolution du loyer de l'argent. Le principe de la réparation intégrale du préjudice impose d'apprécier le préjudice au plus juste. C'est précisément la raison pour laquelle doit être prise en compte le taux de 1,2 % qui représente, pour la victime, l'évolution la moins favorable du loyer de l'argent afin d'éviter de lui allouer une indemnisation inférieure à la réalité de son préjudice en surestimant l'évolution du loyer de l'argent.

C'est pourquoi, la cour, infirmant la décision déférée sur ce point, adoptera le taux de capitalisation de 1,2 % conformément à la table parue à la Gazette du palais du 27 mars 2013.

Le préjudice est temporaire puisque M. X a vocation à prendre sa retraite à l'âge de 55 ans. Le 16 janvier 2012, date de consolidation, il avait 34 ans. Le point de l'euro de rente temporaire est donc de 18,024.

Il lui sera donc alloué à compter du reclassement en date du 1er juin 2014 un capital de 4 570,84 € X 18,024 = 82 384,82 €.

Il convient également d'intégrer aux pertes de gains professionnels futurs les sommes effectivement perdues depuis le 16 janvier 2012 jusqu'à la date du reclassement.

Toujours selon le tableau communiqué en pièce n° 50, M. X a perdu du 16 janvier 2012 au 31 mai 2014 une perte de 6 294,96 € bruts, soit 4 847,11 € net.

Le montant total des pertes de gains professionnels futurs s'élève donc à 82 384,82 € + 4 847,11 € = 87 231,93 €.

### Sur l'incidence professionnelle

La CIVI a alloué à M. X la somme de 221 313,54 € en estimant ce préjudice à 20 %. En se basant sur le salaire moyen perçu avant l'agression, elle a calculé les arrérages échus entre la consolidation au mois de janvier 2012 et la liquidation au mois de mai 2014 puis capitalisé l'estimation mensuelle à compter de la liquidation. Elle a ajouté également l'incidence de la retraite qu'elle a estimée à 480 € par mois puis capitalisé cette somme.

A hauteur d'appel, M. X sollicite une somme de 246 451 € Il estime l'incidence professionnelle à 30 % du salaire mensuel de 2 529 € qu'il percevait avant l'agression et non pas 20 % comme l'a retenu le premier juge. Il revendique une indemnité comprenant des arrérages échus depuis la consolidation en janvier 2012 à la liquidation au 1<sup>er</sup> mai 2014 puis, à compter de cette date, la capitalisation de cette perte estimée. Il ajoute ensuite une incidence sur ses droits à la retraite qu'il chiffre à 25 % de la perte mensuelle en la capitalisant.

Le fonds de garantie observe que la CIVI a indemnisé la perte au titre des droits à la retraite à plusieurs reprises, une première fois en retenant une évaluation viagère des pertes de gains futurs et une seconde fois dans le cadre de l'incidence professionnelle. Il considère au contraire que M. X ne subit pas d'incidence professionnelle et conteste, subsidiairement, le mode de calcul adopté en première instance qui, se basant sur un pourcentage de salaires, revient à considérer que la pénibilité du travail est d'autant plus grande que le salaire est élevé.

La cour rappelle que selon le rapport Dintilhac, l'incidence professionnelle a pour objet d'indemniser non la perte de revenus liée à l'invalidité permanente de la victime mais les incidences périphériques

du dommage touchant à la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à la nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'un autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance de son handicap.

Selon le rapport d'expertise médicale, sur le plan professionnel, les séquelles du coude droit chez un droitier ont entraîné, par confirmation du médecin du travail, une modification du type d'activité SNCF, soit une activité administrative au lieu de la conduite de train exercée antérieurement.

Les constatations médicales établissent donc la réalité de ce préjudice.

En revanche, le calcul effectué en première instance, comme celui proposé par M. X, sont incompréhensibles.

En effet, cette méthodologie consiste à réutiliser la perte mensuelle pour chiffrer des arrérages supposés échus de janvier 2012 jusqu'à la date du présent arrêt puis à recapitaliser cette perte pour le futur. Or, la perte de salaire mensuelle a déjà été indemnisée au titre des pertes de gains professionnels futurs. En outre, si M. X indique que son reclassement professionnel aura des incidences sur ses droits à retraite, il n'en communique aucun justificatif. Le seul document qu'il produit en pièce n° 54 indique que suite à son reclassement, il pourra prétendre à la retraite à 55 ans alors que dans son poste d'origine, il pouvait y prétendre à 50 ans.

À supposer que cette ouverture repoussée des droits à retraite puisse constituer un préjudice, faute d'aucun justificatif en ce sens, il ne s'agit pas d'un préjudice de nature patrimoniale puisque de 50 à 55 ans, M. X percevra son salaire. Or, la répercussion du dommage sur le salaire a déjà été indemnisée au titre des pertes de gains professionnels futurs.

Au vu des éléments médicaux, à savoir les séquelles au niveau du coude droit, et de la nécessité du reclassement professionnel, la cour dispose d'éléments suffisants pour fixer ce préjudice à 22 000 €. Le jugement déféré sera réformé en ce sens.

Sur l'assistance tierce personne

La CIVI a alloué au titre de ce préjudice temporaire une indemnité de 490 € représentant une heure d'assistance durant 49 jours au tarif unitaire de 10 €. En réparation du préjudice permanent, elle a fixé l'indemnité à 14 106,56 € après application de la table de capitalisation parue à la Gazette du palais de 2011.

- M. X souhaite voir porter cette indemnité à 22 703,40 € tandis que le fonds de garantie, acceptant le taux horaire retenu en première instance, propose 13 764,40 € en réparation du préjudice global.
- M. X estime que le taux horaire doit cependant être fixé à 14 € de sorte qu'il conviendra de lui allouer la somme de 686 € en réparation du préjudice temporaire et celle de 22 703,40 € en réparation du préjudice permanent.

La cour rappelle que selon le rapport Dintilhac, 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.

Ceci étant rappelé, les prétentions de la victime doivent être ramenées à de plus justes proportions. En effet, l'expert a conclu à la nécessité d'une aide familiale d'une heure par jour pour la toilette et l'alimentation durant la période de déficit fonctionnel temporaire et à la nécessité permanente d'une heure d'aide par semaine pour les travaux domestiques et personnels corporels.

Ainsi, le taux horaire retenu par les premiers juges constitue une juste évaluation de ce dommage. L'indemnité allouée à titre temporaire en première instance sera confirmée. Cependant, en réparation du préjudice permanent, la cour fait application du point de l'euro de rente viagère pour un homme de 34 ans à la date de consolidation. L'assistance tierce personne permanente sera donc fixée à 10 € X 52 = 520 X 33,448 = 17 392,96 €. Le jugement déféré sera réformé en ce sens.

Sur les préjudices extra-patrimoniaux

Sur les préjudices extra-patrimoniaux temporaires

sur le déficit fonctionnel temporaire

La CIVI, sur la base d'une indemnité journalière de 23 €, a alloué une indemnité de 3 777,75 € pour 13 jours de déficit fonctionnel total, 49 jours de déficit fonctionnel de niveau III, et 507 jours de déficit fonctionnel de niveau II.

Le fonds de garantie sollicite la confirmation du jugement déféré sur ce point tandis que M. X prie la cour de porter cette indemnité à 4 106 € sur la base d'une indemnité journalière de 25 €

La cour estime que cette demande est justifiée. L'indemnité au titre du déficit fonctionnel temporaire sera donc portée à 4 106 € et le jugement déféré réformé en ce sens.

Sur le préjudice esthétique temporaire

Estimant que M. X ne rapportait pas la preuve de ce préjudice qui au demeurant n'avait pas été retenu par l'expert judiciaire, la CIVI a rejeté cette demande.

M. X sollicite donc l'infirmation de la décision déférée sur ce point et demande à la cour de lui allouer une indemnité de 3 000 €. Au soutien de cette demande, il fait valoir qu'il justifie à hauteur d'appel qu'il aurait eu une dent cassée qui a finalement été enlevée et qu'il a dû porter un plâtre puis une attelle. Il invoque encore l'absence de mobilité de son bras et des cicatrices qui étaient présentes avant consolidation. Il souligne que si l'expert a retenu un préjudice esthétique permanent, ce préjudice existait a fortiori d'autant plus à titre temporaire.

Le fonds de garantie conclut à confirmation du jugement déféré sur ce point.

La cour rappelle que selon le rapport Dintilhac, l'indemnisation distincte de ce préjudice du préjudice esthétique permanent a pour vocation de réparer le dommage résultant des atteintes physiques, voire de l'altération de son apparence physique que subit la victime, certes à titre temporaire, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers. Il s'agit notamment des altérations temporaires de leur apparence que subissent les grands brûlés ou les traumatisés de la face.

Les séquelles temporaires décrites par M. X, qui a déjà formulé des demandes au titre du préjudice esthétique permanent, n'entrent pas dans les séquelles temporaires particulièrement graves qui méritent une indemnisation distincte du préjudice esthétique permanent. Le jugement déféré sera confirmé sur ce point.

Sur la demande au titre des souffrances endurées post consolidation

La CIVI a rejeté cette demande au motif que ce préjudice entrait dans le déficit fonctionnel permanent.

M. X demande à la cour d'infirmer le jugement sur ce point et de lui allouer la somme de  $8\,000 \in$  Le fonds de garantie conclut à confirmation du jugement.

La cour rappelle que le déficit fonctionnel permanent cherche à indemniser un préjudice extrapatrimonial découlant d'une incapacité constatée médicalement qui établit que le dommage subi a une incidence sur les fonctions du corps humain de la victime.

Il s'agit ici de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser, à ce titre, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation. Dès lors, contrairement à ce que prétend M. X, les souffrances endurées post consolidation ont bien déjà été indemnisées du chef du déficit fonctionnel permanent. Le jugement sera donc confirmé sur ce point.

### Sur le préjudice d'agrément

La CIVI a alloué à ce titre une indemnité de 1 000 € tenant compte du fait que l'expert avait retenu ce préjudice quand bien même aucun justificatif ne lui avait été communiqué.

M. X sollicite l'infirmation et demande à la cour de lui allouer une indemnité de 5 000 €, son entourage amical et familial justifiant à hauteur de cour de ce qu'il pratiquait la natation à haut niveau ainsi que le cyclisme, le quad et la moto. Le fonds de garantie accepte cette demande. Le jugement déféré sera donc infirmé sur ce point.

Sur les demandes accessoires

Le jugement déféré sera confirmé sur l'article 700 du code de procédure civile ainsi que sur les dépens.

M. X se verra allouer une indemnité complémentaire de 1 500 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile. Les dépens d'appel seront laissés à la charge du Trésor public.

PAR CES MOTIFS,

Statuant publiquement et contradictoirement,

Infirme partiellement le jugement rendu le 15 janvier 2015 par la commission d'indemnisation des victimes d'infractions du tribunal de grande instance de Charleville-Mézières,

Et, statuant à nouveau,

Fixe l'indemnité au titre des pertes de gains professionnels actuels à 9 890,80 €

Fixe l'indemnité au titre des pertes de gains professionnels futurs à 87 231,93 €

Fixe l'indemnité au titre de l'incidence professionnelle à 22 000 €

Fixe l'indemnité au titre du préjudice d'agrément à 5 000 €

Fixe l'indemnité pour tierce personne permanente à 17 392,96 €

Fixe l'indemnité au titre du déficit fonctionnel temporaire à 4 106 €,

Rappelle qu'il convient de déduire de ces sommes la provision de 15 000 € déjà versés par le fonds de garantie,

Confirme pour le surplus le jugement rendu le 15 janvier 2015 par la commission d'indemnisation des victimes d'infraction du tribunal de grande instance de Charleville-Mézières,

Et, y ajoutant,

Fixe l'indemnité au titre de l'article 700 du code de procédure civile à 1 500 €

Laisse les dépens d'appel à la charge du Trésor public.

Le 3 mai 2006, M. X a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il circulait à motocyclette. En effectuant une manœuvre d'évitement d'un tracteur agricole conduit par M. ..., employé de l'EARL Y, il a quitté la route et a heurté un talus bordant la chaussée.

Par actes des 24 et 25 novembre 2009, il a fait assigner M. ... et la caisse primaire d'assurance-maladie de la Marne devant le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne afin d'obtenir la réparation de son préjudice et voir organiser préalablement une mesure d'expertise médicale.

La société Z est intervenue volontairement à l'instance et par acte du 13 septembre 2010, M. X a fait assigner en intervention forcée l'EARL Y, employeur de M. ... et propriétaire de l'ensemble agricole. Les deux procédures ont été jointes

Par jugement du 2 mars 2011, le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne a mis hors de cause M. ..., déclaré l'EARL Y entièrement responsable du préjudice, dit que la société Z sera tenue d'indemniser M. X des conséquences dommageables de l'accident, ordonné une expertise médicale et condamné in solidum l'EARL Y et la société Z à payer à M. X une indemnité provisionnelle de 5 000 €

Le rapport d'expertise a été déposé le 22 mai 2012.

Par jugement du 10 juillet 2013, le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne a fixé le préjudice patrimonial de M. X à la somme totale de 52 459,30 €, fixé la créance de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Marne à la somme de 35 387,99 €, condamné in solidum l'EARL Y la société Z à payer à M. X la somme de 51 436,25 € en réparation de son préjudice extra patrimonial, compte tenu de la provision de 5 000 € versée, dit que les sommes dues par la société Z porteront intérêt au double du taux légal à compter du 3 janvier 2007 jusqu'au présent jugement, débouté les parties du surplus de leurs demandes, condamné in solidum l'EARL Y et la société Z à payer à M. X la somme de 2 500 € par application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile, ordonné l'exécution provisoire des précédentes dispositions, condamné in solidum l'EARL Y et la société Z aux dépens, en ce compris les frais d'expertise judiciaire avec application des modalités de l'article 699 du code de procédure civile.

### M. X a interjeté appel.

Selon ses dernières conclusions notifiées le 31 mars 2014, il sollicite l'infirmation partielle du jugement déféré et demande à la cour de condamner in solidum l'EARL Y et la société Z à lui verser une somme de 294 014,82 € en réparation de son préjudice, outre 3 000 € complémentaires sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile et de les condamner in solidum en tous les dépens incluant les frais d'expertise et avec application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

L'EARL Y et la société Z ont interjeté appel incident et selon leurs dernières conclusions notifiées le 25 avril 2014, ils sollicitent la réformation partielle du jugement déféré et demandent à la cour de diminuer les indemnités allouées à une somme totale de 52 062,34 € avant déduction de l'indemnité provisionnelle de 5 000 €. Ils demandent également à la cour de rejeter la demande de M. X au titre des frais irrépétibles et de statuer ce que de droit quant aux dépens.

Bien que régulièrement assignée à personne par acte d'huissier du 5 décembre 2013, la caisse primaire d'assurance-maladie de ... n'a pas constitué avocat.

SUR CE,

Selon le rapport d'expertise judiciaire, suite à l'accident dont il a été victime, M. X a souffert d'un traumatisme crânien sévère avec impact orbitaire droit suivi d'un coma agité et score de Glasgow à 6. À la suite de la sédation et de la ventilation artificielle, un tableau d'hémiparésie droite, un ptosis avec atteinte de l'oeil droit, des troubles mnésiques et du comportement avec un ralentissement idéatoire et un syndrome confusionnel sont apparus.

Des suites de cet accident, M. X a conservé des séquelles essentiellement neurologiques et de discrets troubles cognitifs.

Compte tenu de l'évolution médicale et des doléances encore manifestées, les conclusions médico-légales sont les suivantes :

- déficit fonctionnel temporaire total : du 3 mai 2006 au 31 mai 2006 ainsi que du 2 janvier 2007 au 16 janvier 2007,
- déficit fonctionnel temporaire partiel de 50 % du 1er juin 2006 au 30 juin 2006,
- déficit fonctionnel temporaire partiel de 25 % du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 2 mai 2009 hors hospitalisation du 2 au 16 janvier 2007,
- arrêt de l'activité professionnelle : du 3 mai 2006 au 16 mai 2007,
- souffrances endurées : 4/7
- absence de préjudice esthétique temporaire
- date de consolidation : 3 mai 2009
- déficit fonctionnel permanent : 16 %
- absence de préjudice esthétique définitif
- préjudice d'agrément suite à l'arrêt du squash de la batterie, l'usage de la motocyclette restant possible sans stage de vitesse
- doléance de préjudice sexuel avec perte de libido évoquant un préjudice d'établissement non définitif
- assistance tierce personne nécessaire pendant un mois après la sortie d'hospitalisation

sur les demandes indemnitaires

sur les préjudices extra-patrimoniaux temporaires

déficit fonctionnel temporaire

M. X fait valoir que le déficit fonctionnel temporaire partiel de 50 % doit être retenu, de manière plus réaliste, jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2007, et non jusqu'au 30 juin 2006 comme l'a retenu l'expert judiciaire, et doit être calculé sur la base d'un déficit fonctionnel temporaire total de 800 € par mois.

Il demande donc de lui allouer en tout au titre du déficit fonctionnel temporaire 9 000 € au lieu de 7 856,25 € alloués en première instance.

Il précise qu'il a été en arrêt de travail jusqu'au 16 mai 2007 et qu'il a souffert d'un certain nombre de troubles cognitifs qui ont régressé progressivement, une nette amélioration ayant été constatée

selon les experts en octobre 2007, date à laquelle il a repris certaines activités ainsi que la conduite automobile.

La société Z et l'EARL Y estiment de leur côté que le déficit fonctionnel temporaire doit être évalué sur la base d'une indemnité mensuelle de 600 €.

La cour rappelle que M. X a sollicité en première instance une mesure d'expertise judiciaire destinée à définir l'étendue de ses préjudices au moyen de conclusions médico-légales.

Aucun élément objectif ne justifie de remettre en cause ces conclusions, la fixation de l'indemnité ayant justement été appréciée par le premier juge. Le jugement sera confirmé sur ce point.

### Préjudice esthétique temporaire

M. X fait valoir que le préjudice esthétique temporaire, contrairement à ce qu'a retenu l'expert, est réel et doit être indemnisé de manière autonome des souffrances endurées.

Il demande la confirmation du jugement qui lui a alloué 1 000 € à ce titre.

La société Z et l'EARL Y sollicitent l'infirmation du jugement, ce poste de préjudice n'ayant pas été retenu par l'expert. Subsidiairement, ils proposent 1 000 € au plus.

Le premier juge a exactement retenu que M. X avait été intubé pendant deux semaines, que des contusions avaient été observées sur son corps, qu'il avait souffert d'une hémiparésie droite avec paralysie des mouvements de verticalité du globe oculaire, d'une boiterie à la reprise de la marche et qu'il avait dû porter une attelle pendant 15 jours. Le préjudice esthétique temporaire a donc bien été réel de sorte que le jugement sera confirmé.

#### Souffrances endurées

M. X rappelle que les souffrances endurées ont été cotées 4/7, ce qui selon lui justifie une indemnité d'au moins 10 000 € conformément à la jurisprudence actuelle. Il demande donc la confirmation des 12 000 € alloués en première instance, la somme de 7 000 € proposée par les intimés étant à ses yeux inacceptable.

La société Z et l'EARL Y jugent l'indemnité allouée en première instance excessive et proposent 7 000 €.

La cour n'observe aucun élément objectif de nature à remettre en cause l'évaluation du premier juge qui est conforme aux souffrances temporaires physiques et morales relevées par l'expert judiciaire. Le jugement sera confirmé.

Sur les préjudices extra-patrimoniaux permanents

### Déficit fonctionnel permanent :

M. X rappelle que l'expert judiciaire a fixé à 16 % le taux de déficit fonctionnel permanent sans erreur matérielle contrairement à ce que soutiennent les intimés, l'expert judiciaire ayant retenu un taux de 15 % pour les séquelles neurologiques tout en constatant d'autres séquelles. Il estime que la valeur du point doit être fixée à 2 000 € le point, soit 32 000 €, somme à laquelle il convient

d'ajouter la somme de 8 000 € au titre des souffrances permanentes endurées et de la perte de qualité de vie définitive subie suite à l'accident. Il revendique donc une indemnité totale de 40 000 € au lieu des 37 280 € alloués en première instance.

La société Z et l'EARL Y estiment en revanche que la valeur du point doit être fixée à 1 650 € le point. Ils rappellent que le taux a été fixé à 15 % par le sapiteur neurologique et que le taux fixé à 16 % dans le rapport d'expertise judiciaire procède d'une simple erreur matérielle de transcription.

La cour remarque que l'expert judiciaire (page 41 du rapport) fixe le taux de déficit fonctionnel permanent à 16 % après avoir relevé des séquelles sur le plan crânio-encéphalique, des légères séquelles au poignet droit et des séquelles au plan général et psychologique. La fixation du taux à 16 % ne procède pas d'une erreur matérielle, l'expert judiciaire étant fondé à avoir sa propre appréciation des séquelles non neurologiques.

Il est justifié de fixer la valeur du point à 2 000 € pour un homme âgé de 33 ans à la date de consolidation. En revanche, l'évaluation du déficit fonctionnel permanent intègre les souffrances permanentes et la perte de qualité de vie engendrées par les séquelles définitives de sorte qu'il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité complémentaire à ce titre.

L'indemnité allouée au titre du déficit fonctionnel permanent sera donc fixée à 32 000 € et le jugement infirmé sur ce point.

### Préjudice d'agrément :

M. X sollicite à ce titre 10 000 € au lieu des 5 000 € alloués en première instance tandis que la société Z et l'EARL Y considèrent que l'indemnité doit être fixée à 3 500 €.

Aucun élément ne justifie de réévaluer l'indemnité allouée en première instance, le premier juge ayant justement noté la privation des activités sportives mentionnée dans le rapport d'expertise judiciaire. Le jugement sera confirmé.

### préjudice esthétique permanent :

M. X sollicite de ce chef 500 € au lieu des 300 € alloués en première instance. Il soutient qu'il ne peut être admis que ce préjudice soit nul alors qu'il se plaint d'une légère boiterie à l'effort et d'un ptosis à l'œil droit.

La société Z et l'EARL Y concluent à l'infirmation du jugement et donc au rejet de ce chef de demande, ce poste de préjudice n'ayant pas été retenu par l'expert.

La cour note que ni en première instance ni à hauteur d'appel, alors qu'il lui était loisible de produire des photographies, M. X ne prouve la réalité de ce préjudice qui n'a pas été retenu par l'expert judiciaire et qui ne peut être justifié par les seules doléances de la victime.

Le jugement sera infirmé de ce chef et M. X débouté de cette demande.

### préjudice sexuel et d'établissement

M. X invoque une baisse de la libido et des troubles de l'érection. Il soutient qu'il a subi une rupture sentimentale en raison de ses moindres performances sexuelles et fait état d'un sentiment de

dévalorisation qui rend plus difficile la recherche du partenaire, ce qui établit selon lui le préjudice d'établissement. Il sollicite à ce titre 20 000 € conformément à la jurisprudence pour des préjudices similaires au lieu de 5 00 € alloués en première instance.

La société Z et l'EARL Y observent que l'expert a simplement rappelé les doléances sans constater objectivement le préjudice. Ils concluent donc à l'infirmation du jugement déféré et proposent une indemnité de 3 000 € au lieu de 5 000 €, somme qu'ils ne proposent qu'à titre à titre infiniment subsidiaire.

La cour rappelle que selon le rapport Dintilhac, le préjudice d'établissement signifie la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale normale en raison de la gravité du handicap permanent dont reste atteinte la victime après consolidation.

L'expert judiciaire n'a retrouvé aucun support organique aux plaintes sexuelles de M. X qui renvoient plutôt, selon lui, à un syndrome subjectif post-traumatique. Sans minimiser ces doléances, au terme de la présente instance M. X ne justifie heureusement d'aucune perte acquise de la possibilité de réaliser un projet de vie familiale normale, le syndrome subjectif post-traumatique relevé par l'expert judiciaire étant nécessairement susceptible de s'atténuer, voire de disparaître, avec le temps. La cour rappelle à cet égard qu'à la date du dépôt du rapport d'expertise aucune consultation spécialisée n'avait été jugée utile par M. X.

Il s'ensuit que ce poste de préjudice a été surévalué en première instance. Il sera donc ramené à 3 000 € pour tenir compte de ces plaintes sexuelles relevant d'un syndrome subjectif post-traumatique.

Sur les préjudices patrimoniaux

Sur les préjudices patrimoniaux temporaires

dépenses de santé actuelles et pertes de gains professionnels actuels

M. X demande de liquider la créance de la caisse primaire d'assurance-maladie à la somme de 35 387,96 € conformément au relevé de la caisse du 4 décembre 2009.

La société Z et l'EARL Y demandent à la cour de statuer ce que de droit au vu des justificatifs.

La confirmation du jugement sur ce point s'impose, la pièce n° 5 de l'appelant justifiant parfaitement la créance de la caisse primaire d'assurance-maladie à ce titre.

#### frais divers

M. X demande une indemnité de 800 € au titre des vêtements et de 6 000 € pour la moto au lieu de 4 305,30 € alloués en première instance. Il soutient que les frais de déplacement sont à réévaluer au jour de la décision qui les liquide quand bien même la créance naît au jour du dommage et revendique en conséquence une somme de 2 279,61 € au lieu de 2 118,10 € alloués en première instance.

La société Z et l'EARL Y sollicitent la confirmation du jugement quant à l'indemnité allouée pour les vêtements et le casque. En revanche, pour la moto ils ne proposent que 424,80 € au lieu de 4

305,30 alloués en première instance en soutenant que la décote, compte tenu de la date d'achat du véhicule, doit être d'au moins 25 à 30 %.

Pour les frais de déplacement, ils soulignent que conformément à ce qu'a retenu le tribunal, seuls peuvent être retenus les frais kilométriques applicables aux années concernées sauf à engendrer un enrichissement sans cause. Ils concluent donc au rejet de la demande si M. X ne présente pas une réclamation conforme aux tarifs applicables à ces années.

Aucun élément objectif ne justifie de remettre en cause l'appréciation du tribunal au titre des frais divers.

La société Z et l'EARL Y ne communiquent aucun justificatif de nature à remettre en cause la décote opérée par le tribunal sur la valeur d'achat du véhicule. En revanche, comme ils l'observent très justement, sauf à constituer un enrichissement sans cause, l'indemnisation des frais de déplacement engendrés par les soins est fonction des débours et comme l'a tout aussi justement rappelé le tribunal, il s'agit d'un dommage passé n'ayant pas vocation à engager pour la victime des frais de remplacement. C'est donc à juste titre que le tribunal a retenu le barème kilométrique de l'année de déplacement et alloué à ce titre une indemnité de 2 118,10 €, les kilométrages propres à chaque déplacement étant justifiés. Le jugement sera confirmé.

#### assistance tierce personne

M. X sollicite à ce titre 16 € de l'heure pour 31 heures, soit 496 € au lieu de 372 € alloués par le tribunal en faisant valoir que ce préjudice a vocation à être indemnisé quand bien même l'aide est apportée par la famille.

La société Z et l'EARL Y s'opposent à la demande en l'absence de justificatif de dépenses. Subsidiairement, ils concluent à confirmation du jugement sur ce point.

La cour rappelle que si l'assistance tierce personne est fournie par un membre de la famille, comme ce fut le cas du père de M. X pendant un mois suite à sa sortie d'hospitalisation à raison d'une heure par jour, la solidarité familiale n'en a pas moins vocation à être indemnisée.

Le premier juge a correctement évalué l'indemnité à allouer à ce titre, le jugement sera confirmé.

pertes de gains professionnels actuels jusqu'au 3 mai 2009

M. X souligne qu'il a fait l'objet d'un licenciement pour désorganisation de l'entreprise compte tenu de son absence et qu'il a subi 9 653, 93 € de pertes nettes, déduction faite des indemnités journalières. Il conteste que, comme le soutiennent les intimés, l'incidence professionnelle ne puisse aller au-delà du 16 mai 2007, date de fin de l'arrêt de travail en insistant sur le fait que le licenciement est en lien avec l'accident.

Comme l'a justement retenu le tribunal, quand bien même la période d'incapacité fixée par l'expert a pris fin le 16 mai 2007, M. X n'en justifie pas moins de pertes de gains professionnels postérieures à cette date. Le jugement sera donc confirmé.

### dépenses de santé futures

Il n'y a pas lieu de réserver ce poste de préjudice comme le demande M. X car celui-ci pourra ultérieurement saisir à nouveau la juridiction compétente en tant que de besoin. M. X sera débouté de cette demande.

pertes de gains professionnels futurs et incidence professionnelle

M. X affirme qu'il lui est nécessaire d'effectuer des heures supplémentaires pour percevoir une rémunération équivalente à celle qu'il percevait avant l'accident en précisant que le médecin du travail préconise une diminution de ces heures supplémentaires. Il rappelle également qu'il a été licencié de son emploi précédent à cause de cet accident. Ainsi, au titre des pertes de gains professionnels futurs, il sollicite une indemnité de 85 850,88 €.

S'agissant de incidence professionnelle, sa demande indemnitaire est de 150 € par mois, soit 47 504,80 € après capitalisation.

La société Z et l'EARL Y demandent la confirmation du jugement en relevant qu'à hauteur de cour M. X a diminué de moitié ses prétentions de première instance. Ils considèrent que le préjudice est hypothétique. S'agissant de l'incidence professionnelle, ils rappellent que les experts n'ont relevé aucune incidence professionnelle significative. Ils proposent à titre subsidiaire une indemnité de 20 000 € de laquelle devront être déduites les indemnités perçues au titre de la créance des organismes sociaux.

La cour rappelle que les pertes de gains professionnels futurs indemnisent 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.

M. X motive essentiellement sa demande par le fait qu'il lui serait nécessaire d'accomplir des heures supplémentaires pour maintenir une rémunération équivalente à celle perçue avant l'accident et observe que le médecin du travail préconise une diminution de ces heures supplémentaires.

Pour autant, comme l'a exactement relevé le tribunal, les pièces produites aux débats ne montrent aucune diminution des revenus depuis l'accident. Ceux-ci doivent être appréhendés sur l'année entière de sorte que, contrairement à ce que tente de démontrer M. X, une baisse de salaire des mois de septembre à décembre ne saurait justifier une indemnité au titre des pertes de gains professionnels futurs dès lors que les revenus perçus sur l'année entière restent supérieurs aux revenus annuels qui étaient perçus avant l'accident.

De plus, pour l'année 2013, c'est à tort que M. X présente ses calculs à partir du salaire mensuel de base brut puisque l'indemnisation ne peut être qu'égale au coût économique du dommage pour la victime et doit donc se calculer en « net » et non en « brut ».

Or, selon sa pièce n° 33, M. X a perçu une rémunération annuelle nette de 21 136,79 €, cette même rémunération étant de 20 421,63 € au 31 décembre 2005, soit avant l'accident, comme le montre sa pièce n° 12.

M. X ne justifiant d'aucune perte professionnelle en lien avec les séquelles de l'accident, le jugement déféré qui l'a débouté de sa demande au titre des pertes de gains professionnels futurs sera confirmé.

S'agissant de l'incidence professionnelle, la cour rappelle que ce poste de préjudice indemnise non pas la perte de revenus liés à l'invalidité permanente de la victime mais les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte de chance professionnelle ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à la nécessité médicale 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.

Or, selon le rapport d'expertise médicale judiciaire (page 16 du rapport), les séquelles cognitives observées chez M. X n'ont pas d'impact perceptible sur la vie quotidienne de la victime qui est parfaitement autonome et l'expert indique que la légèreté des troubles cognitifs ainsi que le faible niveau culturel et la nature de sa qualification professionnelle font penser qu'il n'existe pas non

plus de retentissement de nature professionnelle, M. X ayant d'ailleurs retrouvé un emploi stable tout à fait cohérent avec son niveau antérieur.

En résumé, cette demande ne revêt aucune réalité médico légale, M. X ne subissant aucune dévalorisation sur le marché du travail consécutive à l'accident. Le jugement entrepris sera confirmé en ce qu'il a débouté M. X de cette demande.

Sur les autres demandes

Par motifs adoptés, le jugement déféré, faisant application des articles L211-9 et L211-13 du code des assurances sera confirmé en ce qu'il a condamné la société Z Nord est au double des intérêts légaux à compter du 3 janvier 2007.

Par ailleurs, dans les conditions précisées au dispositif ci-après, l'erreur matérielle affectant le total des indemnités allouées au titre des préjudices extra-patrimoniaux sera rectifiée.

Sur les demandes accessoires

Le jugement sera confirmé en ce qu'il a statué sur l'article 700 du code de procédure civile ainsi que sur les dépens.

Il n'y a pas lieu de faire application des dispositions de l'article 700 à hauteur d'appel de sorte que M. X sera débouté de cette demande.

Chaque partie conservera la charge de ses dépens d'appel.

PAR CES MOTIFS,

Statuant publiquement et par arrêt réputé contradictoire,

Infirme partiellement le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne le 10 juillet 2013,

Et, statuant à nouveau,

Fixe à 32 000 € l'indemnité allouée à M. X au titre du déficit fonctionnel permanent,

Déboute M. X de sa demande au titre du préjudice esthétique permanent,

Fixe à 3 000 € l'indemnité allouée à M. X au titre du préjudice sexuel,

Confirme pour le surplus le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Chalon en Champagne le 10 juillet 2013 sauf à rectifier l'erreur de calcul sur le total des préjudices extrapatrimoniaux,

En Conséquence,

Condamne in solidum la société Z et l'EARL Y à payer à M. X la somme de 55 856,25 € après déduction de la provision de 5 000 € déjà versée,

Et, y ajoutant,

Déboute M. X de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Laisse à chaque partie la charge de ses dépens d'appel.

M. Dewi X a été victime d'un accident de la circulation le 23 septembre 2001 impliquant le véhicule de M. ..., assuré auprès de la société Y. Celui-ci a percuté la motocyclette conduite par M. Alain X et à l'arrière de laquelle se trouvait M. Dewi X, son neveu alors âgé de 13 ans. M. ... est décédé des suites de cet accident et M. Dewi X a dû être hospitalisé en raison de ses blessures.

Par acte d'huissier du 22 janvier 2002, M. Alain X et Mme Irène X, en sa qualité d'administratrice légale de la personne et des biens de son fils, Dewi X, ont assigné la société Y et la caisse primaire d'assurance-maladie des Ardennes aux fins notamment de voir ordonner une expertise médicale.

Par ordonnance du 20 février 2002, le juge des référés du tribunal de grande instance de Charleville-Mézières a désigné le Docteur Z en qualité d'expert pour procéder à l'examen médical de M. Alain X et de Dewi X.

Celui-ci a déposé son rapport concernant Dewi X le 29 mai 2002 aux termes duquel il a conclu à l'absence de consolidation et à la nécessité de procéder à un nouvel examen médical après l'ablation de la plaque radiale en début d'année 2003.

Par ordonnance du juge des référés du 30 septembre 2004, le docteur Z a de nouveau été désigné pour procéder à un nouvel examen médical de M. Dewi X.

L'expert a déposé son rapport le 19 octobre 2005.

Par actes d'huissier séparés du 18 septembre 2012 et 26 septembre 2012, M. Dewi X, devenu majeur, a respectivement fait assigner la société Y ainsi que la caisse primaire d'assurance-maladie devant le présent tribunal aux fins de voir notamment fixer son préjudice à la somme de 37 720,60 € et la compagnie d'assurances condamnée aux intérêts au double du taux légal à compter du 19 mars 2006.

La société Y a conclu au rejet de la seconde demande et à la réduction des indemnités à de plus justes proportions.

Par jugement du 23 novembre 2013, le tribunal de grande instance de Charleville-Mézières a fixé le montant total du préjudice subi par M. Dewi X à la suite de l'accident survenu le 21 septembre 2001 à 26 000 € et condamné en conséquence la société Y à lui payer cette somme en ce compris les provisions versées outre intérêts au taux légal à compter du présent jugement.

La société Y a interjeté appel.

Par dernières conclusions du 20 mars 2015, elle sollicite l'infirmation du jugement déféré et demande à la cour de :

- réduire les demandes de M. Dewi X à de plus justes proportions,
- dire et juger satisfactoire son offre d'indemniser la victime à hauteur de 10 975,50 €, déduction faite de la provision de 1 524,50 €,
- rejeter les demandes de M. Dewi X plus amples ou contraires, et notamment sa demande de doublement de l'intérêt légal à compter du 19 mars 2006,
- dire n'y avoir lieu à aucune condamnation sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,
- statuer ce que de droit concernant les dépens.

Au soutien de son appel, elle fait valoir que le tribunal a surévalué les préjudices de M. Dewi X.

M. Dewi X a formé appel incident.

Par dernières conclusions du 20 mai 2015, il sollicite l'infirmation du jugement déféré dans la mesure utile.

Il prie la cour de fixer son préjudice à la somme de 37 720,60 € et en conséquence de condamner la société Y, après déduction des provisions versées pour un montant de 1 524,50 € de condamner la société Y à lui verser la somme de 36 196,10 € ; de confirmer le jugement rendu en ce qu'il a condamné la société Y à lui payer les intérêts au double du taux de l'intérêt légal à compter du 19 mars 2006 et ce jusqu'au jour du jugement devenu définitif ; de condamner la société Y à lui payer les

<u>52</u>

intérêts au double du taux de l'intérêt légal à compter du 19 mars 2006 et ce jusqu'au jour où l'arrêt de la cour d'appel de Reims à intervenir deviendra définitif ; de débouter la société Y de l'ensemble de ses demandes et de la condamner à lui payer la somme de 3 000 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile en complément des dépens qui seront recouvrés dans les conditions de l'article 699 du code de procédure civile.

Au soutien de son appel incident, M. Dewi X fait valoir que le tribunal a sous-évalués certains postes de préjudice et nié la réalité de certain préjudice.

Bien que régulièrement assignée à personne dont les conditions de l'article 902 du code de procédure civile, la caisse primaire d'assurance-maladie des Ardennes n'a pas constitué avocat. Il sera donc statué par arrêt réputé contradictoire.

### SUR CE.

sur l'évaluation des préjudices de M. Dewi X consécutif à l'accident de la circulation du 23 septembre 2001

Il résulte du rapport d'expertise judiciaire que suite à l'accident dont il a été victime M. Dewi X a souffert d'une fracture diaphysaire comminutive du radius gauche, d'une fracture du col des deuxième et troisième métacarpiens de la main gauche, d'un syndrome des loges de la main gauche, d'une plaie au niveau de la jambe gauche ainsi que d'une fracture de la base des quatrième et cinquième métacarpiens gauches. Ces lésions ont nécessité une hospitalisation du 23 septembre au 3 octobre 2001 et ont fait l'objet d'un traitement orthopédique par embrochage, plaque radiale et immobilisation dans une manchette. L'ablation des broches a nécessité une journée d'hospitalisation supplémentaire le 24 octobre 2001. L'ablation de la plaque radiale a nécessité quatre journées d'hospitalisation supplémentaires du 17 février 2004 au 20 février 2004.

Compte tenu de l'évolution médicale et des doléances encore manifestées, les conclusions médicolégales sont les suivantes :

- ITT : du 24 septembre 2001 au 14 octobre 2001, le 24 octobre 2001, du 17 février 2004 au 29 février 2004

- date de consolidation : le 20 août 2004

- IPP:5%

souffrances endurées : 3/7préjudice esthétique : 3/7

- pas d'argument pour un préjudice d'agrément

Sur les préjudices extra-patrimoniaux temporaires

sur le déficit fonctionnel temporaire :

Le tribunal a alloué à M. Dewi X la somme de 1 500 € en retenant les différentes périodes d'ITT et les troubles dans les conditions d'existence subis jusqu'à la consolidation.

La société Y sollicite l'infirmation de la décision déférée et offre de verser la somme de 500 € au motif que la durée totale de l'ITT est de 36 jours.

M. Dewi X sollicite également l'infirmation et demande que lui soient allouées les sommes de 500 € au titre du déficit fonctionnel temporaire total durant les périodes d'hospitalisation, 400 € au titre du déficit fonctionnel temporaire partiel et 1 000 € au titre de la période d'observation jusqu'à la date de consolidation.

La cour note que l'expert judiciaire n'a retenu aucune ITT partielle. Dès lors, étant rappelé que pour être indemnisable un préjudice doit être certain, ne sauraient donc ouvrir droit à indemnisation des troubles dans les conditions d'existence jusqu'à la date de consolidation qui n'ont pas été constatés médicalement.

La société Y rappelle à juste titre que le déficit fonctionnel temporaire a duré 36 jours de sorte que la décision sera infirmée en ce sens que M. Dewi X se verra allouer à ce titre une indemnité de 750 €.

#### Sur les souffrances endurées

Le tribunal a alloué de ce chef la somme de 6 000 € que la société Y souhaite voir diminuée à 3 500 € qu'elle dit plus conforme à la jurisprudence habituelle de la cour. M. Dewi X quant à lui revendique une indemnité de 7 500 €.

La cour estime que l'indemnité allouée en première instance correspond à la nature et à l'ampleur des souffrances subies du fait de cet accident par un jeune homme de 16 ans et telles qu'elles ont été constatées par l'expert judiciaire. La décision sera confirmée sur ce point.

## Sur le préjudice esthétique temporaire

Le tribunal a alloué à ce titre une somme de 2 000 € en retenant que M. Dewi X avait dû subir le port d'un appareil médical pendant 45 jours.

La société Y sollicite l'infirmation de la décision et le rejet de cette demande indemnitaire, la victime, selon elle n'ayant pas subi d'altération grave de son apparence.

M. Dewi X sollicite également l'infirmation et demande que lui soit octroyée une indemnité de 5 000 €. À l'appui de cette demande, il invoque le rapport d'expertise judiciaire qui décrit la nature de l'appareillage qu'il a dû porter.

La cour rappelle que ce poste de préjudice a vocation à indemniser l'altération grave temporaire que subit la victime et l'obligation qu'elle subit de se présenter ainsi au regard des autres. Néanmoins, quand bien même ce poste de préjudice n'a pas été mentionné par l'expert judiciaire, il convient de tenir compte du fait que M. Dewi X a dû subir l'embrochage des deuxièmes et troisièmes métacarpiens et la mise en place d'une plaque radiale avec six vis, le bras devant être immobilisé dans une manchette. Cet appareillage peut légitimement être ressenti comme invalidant par un adolescent de 16 ans. Pour autant, l'indemnité accordée en première instance a été surévaluée, ce préjudice ayant été subi sur une durée limitée de 45 jours. La décision déférée sera infirmée en ce sens qu'il sera alloué à M. Dewi X une indemnité de 500 € à ce titre.

### Sur le préjudice d'agrément temporaire

Le jugement a rejeté cette demande, l'expert judiciaire n'ayant pas retenu ce préjudice.

La société Y sollicite donc la confirmation du jugement tandis que M. Dewi X maintient sa demande de se voir allouer la somme de 1 000 € au motif que le déficit fonctionnel temporaire indemnise la gêne temporaire qui ne comprend pas l'exercice des activités de loisirs.

Selon la cour, cette affirmation est erronée, le déficit fonctionnel temporaire ayant vocation à indemniser non seulement la gêne temporaire mais encore l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence subis avant consolidation parmi lesquels figure la privation temporaire des activités sportives et de loisirs. Il n'y a donc pas lieu de fixer une indemnité distincte au titre d'un préjudice d'agrément temporaire. Le jugement déféré sera confirmé.

# Sur les préjudices extra-patrimoniaux permanents

### sur le déficit fonctionnel permanent

Tenant compte de ce que l'expert avait retenu un taux de 5 % de déficit fonctionnel permanent et de ce que la victime était âgée de 16 ans à la date de consolidation, le tribunal a fixé la valeur du point à 1 500 € et fixé ce poste de préjudice à 7 500 €.

La société Y sollicite l'infirmation de la décision sur ce point et demande à la cour de ramener ce poste de préjudice à 4 500 € M. Dewi X sollicite également l'infirmation et la fixation de ce préjudice à 10 000 €.

Étant rappelé que le préjudice s'apprécie à la date où le juge statue, la cour estime que l'indemnité allouée en première instance est sous-évaluée. Pour indemniser un déficit fonctionnel permanent d'un jeune homme âgé de 16 ans à la date de consolidation, il convient

de fixer la valeur du point à 1 800 € de sorte qu'il sera alloué une indemnité de 9 000 €. Le jugement déféré sera réformé en ce sens.

### Sur le préjudice esthétique permanent

Le jugement a accordé une indemnité de 6 000 € que la société Y souhaite voir ramener à 4 000 € et M. Dewi X voir porter à 8 000 €.

La cour considère que l'indemnité accordée en première instance correspond à la juste indemnisation des séquelles cicatricielles et de la voussure de la face dorsale de la main constatées par l'expert judiciaire. Le jugement sera confirmé.

Sur les préjudices patrimoniaux temporaires

#### Sur les frais divers

Le jugement déféré a rejeté la demande d'indemnisation des frais vestimentaires en l'absence de justificatifs communiqués aux débats. La société Y sollicite la confirmation de la décision sur ce point. Présentant une facture à hauteur d'appel, M. Dewi X sollicite l'infirmation et demande à la cour de lui allouer la somme de 220,60 € en réparation.

Il sera fait droit à cette demande, justifiée désormais en son montant et qui du fait de l'accident subi n'est pas sérieusement contestable en son principe. Le jugement sera réformé en ce sens.

### Sur le préjudice scolaire

Le tribunal a rejeté cette demande au motif que M. Dewi X ne justifiait pas d'incidence particulière sur sa scolarité du fait de ses périodes d'hospitalisation.

La société Y sollicite la confirmation du jugement déféré sur ce point tandis que M. Dewi X revendique à ce titre une indemnité de 1 000 €. À l'appui de cette demande, il fait valoir qu'il a été contraint d'interrompre ses activités scolaires à deux reprises et sur une période cumulée d'un mois, les périodes d'hospitalisation subies ayant nécessairement eu une incidence sur sa scolarité puisqu'il n'a pu assister aux cours prodigués pendant cette période.

Comme rappelé ci-dessus, pour être indemnisé un préjudice doit être certain. Le préjudice scolaire vise à indemniser la perte d'années d'études, un retard scolaire ou de formation, une modification de l'orientation professionnelle ou encore la renonciation à une formation. Force est de constater que M. Dewi X n'invoque aucun préjudice de cette nature en dépit des périodes d'hospitalisation qu'il a subies pour une période totale de 18 jours. Le jugement déféré sera confirmé en ce qu'il l'a débouté de cette demande.

## Sur l'assistance tierce personne à titre temporaire

Le tribunal a alloué une somme de 3 000 € au motif qu'il convenait d'admettre, notamment du fait de son jeune âge, que M. Dewi X avait dû solliciter l'assistance de ses proches durant la période d'immobilisation de son bras gauche, le fait qu'il soit droitier ne suffisant pas à démontrer l'absence de nécessité d'être assisté dans les actes de la vie courante.

La société Y sollicite l'infirmation de la décision de ce chef en observant que l'expert n'a pas retenu ce préjudice, que M. Dewi X est droitier et n'a pas fait état de cette doléance devant l'expert.

M. Dewi X sollicite la confirmation du jugement déféré en exposant qu'au regard des lésions constatées, il devait nécessairement solliciter l'aide de ses proches, peu important qu'il soit droitier et que les lésions aient affecté son bras gauche.

Ce poste de préjudice concerne les dépenses nécessitées par l'assistance dont a besoin la victime handicapée pour effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie courante. Il concerne donc les gros handicaps et ne saurait être représenté par les gestes d'aide ponctuels par les membres de la famille qu'a nécessitée l'immobilisation temporaire du bras gauche de M. Dewi X. En d'autres termes, Cette aide temporaire, expression de la solidarité familiale vis-à-vis d'un enfant de 16 ans blessé, ne peut être assimilée à un préjudice

d'assistance par tierce personne ouvrant droit à indemnisation. Le jugement déféré sera donc infirmé et M. Dewi X sera débouté de cette demande.

Sur la récapitulation des préjudices et les sommes dues par la société Y

Compte tenu de ce qui précède le préjudice de M. Dewi X sera fixé comme suit :

- déficit fonctionnel temporaire : 750 €

- souffrances endurées : 6 000 €

- préjudice esthétique temporaire : 500 €

- déficit fonctionnel permanent : 9 000 €

- préjudice esthétique permanent : 6 000 €

- frais divers : 220,60 €

TOTAL: 22 470,60 €

Compte tenu de l'indemnité provisionnelle versée d'un montant de 1 524,50 €, la société Y sera condamnée à verser à M. Dewi X une somme complémentaire de 20 946,10 € avec intérêts au taux légal à compter du jugement du 20 novembre 2013.

Sur le doublement du taux de l'intérêt légal

Le jugement déféré a fait application des dispositions des articles L211-9 et L211-13 du code des assurances à compter du 19 mars 2006.

Si M. Dewi X sollicite la confirmation du jugement déféré sur ce point, la société Y en sollicite l'infirmation en faisant valoir d'une part qu'elle a proposé une indemnisation le 5 avril 2006 sans obtenir de réponse et d'autre part qu'elle a respecté les délais légaux, son offre définitive au représentant légal de M. Dewi X ayant eu lieu dans le mois qui a suivi le dépôt du rapport d'expertise, ce que conteste l'intimé.

En application de l'article L211-9 du code des assurances dans sa rédaction applicable à la date de l'accident, l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur est tenu de présenter dans un délai maximal de huit mois à compter de l'accident une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne. En cas de décès de la victime, l'offre est faite à ses héritiers et, s'il y a lieu, à son conjoint.

Une offre doit aussi être faite aux autres victimes dans un délai de huit mois à compter de leur demande d'indemnisation.

L'offre comprend tous les éléments indemnisables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages aux biens lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable.

Elle 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 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.

En application de l'article L211-13 du code des assurances, lorsque l'offre n'a pas été faite dans les délais impartis à l'article L211-9, le montant de l'indemnité offerte par l'assureur ou allouée par le juge à la victime produit intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal à compter de l'expiration du délai et jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenu définitif. Cette pénalité peut être réduite par le juge en raison de circonstances non imputables à l'assureur.

M. Dewi X a été victime d'un accident de la route survenu le 23 septembre 2001 du fait d'un véhicule assuré par la société Y.

La société Y devait donc formuler une offre d'indemnisation au plus tard le 23 mai 2002. Si l'expert n'a déposé son rapport que le 19 octobre 2005, c'est à titre provisionnel que la société Y pouvait formuler son offre afin de respecter le délai imposé par l'article L211-9 du code des assurances. Or il résulte de ses propres écritures qu'elle n'a proposé une indemnisation que le 5 avril 2006, soit bien après l'expiration du délai légal.

Peu importe donc que la société Y ait ou non formulé son offre définitive dans le délai de cinq mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la consolidation de la victime par le dépôt du rapport d'expertise.

C'est donc à bon droit que le premier juge a fait application des dispositions de l'article L211-13 du code des assurances. Cependant, il y aura lieu de limiter le doublement du taux de l'intérêt légal à la période du 23 mai 2002 au 5 avril 2006, date de la première offre de la société Y. Le jugement sera réformé en ce sens.

Sur les demandes accessoires

Le jugement déféré sera confirmé en ce qu'il a statué sur l'article 700 du code de procédure civile.

M. Dewi X sera débouté de sa demande au titre des frais irrépétibles d'appel. Chaque partie conservera la charge de ses dépens d'appel.

PAR CES MOTIFS.

Statuant publiquement et par arrêt réputé contradictoire,

Infirme partiellement le jugement rendu le 20 novembre 2013 par le tribunal de grande instance de Charleville-Mézières,

Et, statuant à nouveau,

Fixe le montant du préjudice total subi par M. Dewi X à la suite de l'accident survenu le 21 septembre 2001 à 22 470,60 €,

Condamne la société Y à payer à M. Dewi X la somme de 20 946,10 € après déduction de l'indemnité provisionnelle de 1 524,50 € et avec intérêt au taux légal à compter du jugement du 20 novembre 2013.

Confirme le jugement rendu le 20 novembre 2013 par le tribunal de grande instance de Charleville-Mézières pour le surplus,

Et, y ajoutant,

Déclare le présent arrêt commun à la caisse primaire d'assurance-maladie des Ardennes,

Déboute M. Dewi X de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Dit que chaque partie conservera la charge de ses dépens d'appel.

Mme X a été victime d'un accident de la circulation le 10 octobre 1980 et par arrêt des 11 décembre 1981 et 8 décembre 1983, la chambre correctionnelle de la cour d'appel de Reims a déclaré M.Y, assuré auprès de la compagnie UAP, aux droits de laquelle vient la société Z, entièrement responsable des conséquences de cet accident et l'a condamnée à réparer le préjudice subi.

Mme X a invoqué diverses aggravations de son préjudice. Une transaction de 1992 a déterminé les modalités de l'indemnisation des premières aggravations. Et, se plaignant de nouvelles aggravations, par acte du 21 janvier 2005, elle a fait assigner la caisse primaire d'assurance-maladie de la Marne ainsi que l'assureur devant le tribunal de grande instance de Châlons en Champagne pour solliciter l'indemnisation de l'aggravation du préjudice.

Plusieurs mesures d'expertise ont eu lieu et ont mis en évidence un syndrome algo- dysfonctionnel de l'appareil manducteur (SADAM).

Par arrêt du 23 mars 2009, la cour d'appel de Reims a confirmé le droit à indemnisation de Mme X et laissé au tribunal le soin de déterminer si une aggravation existe en l'espèce.

Au dernier état de ses écritures, Mme X demandait au tribunal de :

- constater la nécessité d'indemniser les postes de préjudice de dépenses de santé futures, pertes de gains professionnelles futures et incidence professionnelle,
- constater la nécessité d'indemniser les postes de préjudice d'agrément et de préjudice d'établissement,
- condamner la société Z à lui verser la somme de 42 675 €au titre des dépenses de santé futures, outre les 36 922 €de frais de déplacement et les frais de santé demeurant à venir,
- condamner la société Z à lui verser la somme de 15 400 €au titre des pertes de gains professionnels futurs et 84 000 €au titre de l'incidence professionnelle,
- condamner la société Z à lui verser la somme de 1500 €au titre du préjudice d'agrément et 1500 €au titre du préjudice d'établissement,
- condamner la société Z aux dépens dont les frais d'expertise,
- condamner la société Z à la somme de 3000 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Par jugement du 28 novembre 2012, le tribunal de grande instance de Châlons en Champagne a débouté Mme X de ses demandes, le dernier expert commis ayant conclu certes à l'aggravation de ce syndrome mais non à l'imputabilité de cette aggravation à l'accident de la circulation du 10 octobre 1980.

Mme X a interjeté appel.

Selon ses dernières conclusions notifiées le 2 mai 2013, elle sollicite l'infirmation du jugement entrepris et demande à la cour, statuant à nouveau, d'ordonner principalement une mesure de contre-expertise et de lui allouer une indemnité provisionnelle de 100 000 € À titre infiniment subsidiaire, elle demande l'indemnisation en l'état des préjudices subis soit 89 375 €au titre des dépenses de santé futures, 39 922 € de frais de déplacement, 15 400 €de pertes de gains professionnels futurs , 84 000 €au titre de l'incidence professionnelle, 3500 €au titre du préjudice d'agrément et 1500 €au titre du préjudice d'établissement. Enfin, elle sollicite une somme de 15 000 €sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Selon ses dernières conclusions notifiées le 16 septembre 2014, la société Z conclut à la confirmation du jugement entrepris et demande principalement à la cour de condamner Mme X à lui verser 3000 € en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile et de la condamner aux dépens. À titre subsidiaire, elle demande à la cour de réduire les demandes de Mme X à de plus justes proportions.

SUR CE,

Sur la demande de contre expertise

Pour solliciter une nouvelle mesure d'expertise judiciaire, Mme X fait valoir que les deux experts successivement nommés dans le cadre de la présente instance ont dépassé le champ de leur mission et violé l'autorité de la chose jugée, cette prise de position erronée les ayant conduits à ne pas évaluer les différents postes de préjudice et à considérer la consolidation acquise en 1989.

Cependant, elle observe que le docteur ... ayant pourtant conclu à l'aggravation du syndrome, une nouvelle expertise objective de nature à évaluer les préjudices est nécessaire.

La société Z n'a pas pris position sur cette demande mais conclut au rejet de la demande d'indemnisation complémentaire en l'absence d'aggravation du syndrome médicalement constatée depuis la transaction de mars 1992.

Comme le rappelle à juste titre Mme X, l'arrêt de la cour du 23 mars 2009 a confirmé le jugement du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne du 8 août 2007 en ce qu'il a considéré que l'intéressée pouvait prétendre à l'indemnisation d'une éventuelle aggravation de son état tenant au syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur qui serait intervenue depuis la transaction de mars 1992. Dans cet arrêt, la cour, qui n'a pas évoqué le fond du litige faute de demande claire de Mme X en ce sens, a cependant précisément circonscrit les débats à la nécessité pour le tribunal de statuer sur les contestations relatives au rapport du Docteur ... ainsi que sur l'existence ou non de l'aggravation du syndrome depuis la transaction du 13 mars 1992.

C'est ainsi que par ordonnance du 17 mars 2010, le juge de la mise en état du tribunal de grande instance de Chalon en Champagne a ordonné une nouvelle mesure d'expertise qu'il a confiée au professeur ... qui a déposé son rapport le 21 juin 2011.

À la question qui restait à trancher par le tribunal, le jugement déféré a répondu que l'aggravation du SADAM ne présentait pas de lien de causalité avec l'accident initial ayant entraîné la mise en œuvre des garanties du contrat d'assurance souscrit auprès de la société Z. Ainsi, contrairement à ce que soutient Mme X, cette décision ne remet pas en cause l'imputabilité de ce syndrome reconnue par la transaction de 1992, le jugement du 8 août 2007 et l'arrêt du 23 mars 2009. Seule l'aggravation de ce syndrome est jugée non imputable par le tribunal.

De plus, une nouvelle mesure d'expertise médicale judiciaire ne saurait être ordonnée sous prétexte que l'expert ... aurait méconnu cette autorité de la chose jugée puisque, précisément par ordonnance du 17 mars 2010, la mesure d'expertise confiée au professeur ... a été ordonnée pour répondre aux critiques de Mme X du premier rapport.

S'agissant de ce second rapport d'expertise, si, au-delà de sa mission, il observe qu'il n'est pas établi que les symptômes puissent être imputés à l'événement accidentel survenu le 10 octobre 1980, il n'en conclut pas moins que l'état actuel de Mme X répond à un tableau algo dysfonctionnel consécutif à un déficit d'équilibration intermaxillaire non résolu à ce jour par l'ensemble des thérapeutiques mises en œuvre, même si celles-ci ont transitoirement permis de constater certaines améliorations. De plus, selon ce rapport, le déficit occluso articulaire est principalement lié à des phénomènes de sénescence induits et à des manifestations de nature arthrosique des articulations temporo-mandibulaires.

Dès lors, seules la sénescence et l'arthrose sont à l'origine de l'aggravation du SADAM, dans ses manifestations dynamiques et dans ses conséquences algiques. Il s'en suit que cette aggravation n'est en rien imputable à l'accident du 10 octobre 1980 pour lequel la société Z a dû sa garantie.

Mme X ne justifie d'aucun élément médical de nature à contredire utilement cette conclusion claire et précise.

D'ailleurs, le propre conseil médical de Mme X l'ayant assistée lors des opérations d'expertise n'a insisté que sur l'implication du stress entraîné par cette situation post-traumatique en précisant que les symptômes, ayant tendance à s'exacerber, avaient pour conséquence d'induire des conséquences dépressives. Il n'a pas pour autant relié ces symptômes à l'accident initial

C'est donc à bon droit que le jugement déféré, qui sera donc confirmé de ce chef, a retenu l'absence d'imputabilité de cette aggravation à l'accident initial.

En l'absence d'imputabilité de l'aggravation du syndrome, il n'y a pas lieu d'examiner la demande subsidiaire d'indemnisation complémentaire. Le jugement déféré sera donc confirmé sur ce point.

- Sur la demande au titre des préjudices qui n'auraient pas été indemnisés par la transaction du 13 mars 1992

Selon l'article 2044 du Code civil, la transaction est un contrat par lequel les parties terminent une contestation née ou préviennent une contestation à naître.

Mme X a accepté, par transaction du 13 mars 1992, une indemnisation complémentaire au titre de l'incapacité permanente partielle de 19 000 francs. Elle ne saurait dès lors, en sollicitant des indemnisations complémentaires, revenir sur la contestation à laquelle elle a décidé de mettre fin par cet accord ayant autorité de chose jugée.

La cour observe, au surplus, que les demandes ne sont pas justifiées.

Ainsi, l'absence d'imputabilité de l'aggravation à l'accident initial ne permet pas d'indemniser les dépenses de santé futures, les frais de déplacement occasionnés par les soins, les pertes de gains professionnels futurs, l'incidence professionnelle, le préjudice d'agrément et le préjudice d'établissement.

S'agissant des quatre derniers postes de préjudice, Mme X n'en fournit d'ailleurs aucun justificatif.

Bien au contraire, si elle rapporte qu'elle est obligée de prendre des jours de congés pour effectuer ses soins, il s'en déduit nécessairement qu'elle ne subit aucune perte de revenus.

Aucune augmentation de la pénibilité de l'emploi ou dévalorisation sur le marché du travail n'est avérée ni même alléguée qui justifierait une indemnisation au titre de l'incidence professionnelle.

Aucun élément médical ne vient établir une impossibilité de pratiquer des activités de sport ou de loisirs qui pourrait justifier une indemnisation au titre du préjudice d'agrément.

Enfin, la cour rappelle que le préjudice d'établissement a pour vocation d'indemniser la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale « normale » en raison de la gravité du handicap permanent dont reste atteinte la victime après consolidation. Ce préjudice a donc pour vocation d'indemniser les handicaps lourds. Telle n'est pas la situation de Mme X.

Le jugement sera donc également confirmé sur ce point.

Sur les demandes accessoires

Le jugement entrepris sera confirmé en ce qu'il a statué sur les dépens et l'article 700 du code de procédure civile.

Mme X sera déboutée de sa demande au titre des frais irrépétibles exposés en cause d'appel.

Elle sera condamnée à régler à la société Z une somme de 1500 € au titre des frais irrépétibles de cette dernière et condamnée aux dépens qui seront recouvrés conformément à l'article 699 du code de procédure civile.

### PAR CES MOTIFS,

Statuant publiquement et contradictoirement,

Confirme en toutes ses dispositions le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne le 28 novembre 2012,

Et, y ajoutant,

Déboute Mme X de sa demande de contre expertise judiciaire et de sa demande d'indemnité provisionnelle,

Déboute Mme X de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Condamne Mme X à payer à la société Z une somme de 1500 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Condamne Mme X aux dépens qui seront recouvrés conformément à l'article 699 du code de procédure civile.

Mme Y, chirurgien-dentiste, a réalisé des soins et posé plusieurs prothèses dentaires sur la personne de Mme X.

Par jugement définitif du 17 février 1994, le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne a déclaré Mme Y tenue à réparation des préjudices subis par Mme X du fait de son intervention non conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science, sursis à statuer sur le droit à indemnisation intégrale desdites sommes, ordonné un complément d'expertise sur l'aggravation de l'état du patient du fait des carences du traitement dentoprothétique initial et condamné le chirurgien-dentiste au paiement d'une indemnité provisionnelle de 54 570 Fr.

Par un second jugement définitif du 9 juillet 2003, le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne a notamment :

- déclaré Mme Y entièrement responsable du préjudice subi par Mme X du fait de l'aggravation de son état de santé.
- condamné celle-ci à verser à celle-là :

15 549,80 € et 9 909,15 € au titre des travaux de reprise de certaines dents,

33 843,68 € au titre des travaux de reconstitution de la dentition avec intérêts au taux légal à compter du jugement,

à titre provisionnel, 7 500 € au titre des souffrances endurées, 15 000 € au titre du préjudice esthétique et 7 500 € au titre du préjudice moral,

- donné acte à Mme X de ce qu'elle saisira ultérieurement la juridiction pour l'intégralité des frais restés à sa charge.

Par ordonnance de référé du 13 mai 2008, le président du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne a ordonné une mesure d'expertise médicale aux fins de liquidation des préjudices dont le rapport a été déposé le 14 novembre 2008.

Par acte d'huissier des 31 mai et 1<sup>er</sup> juin 2012, Mme X a fait assigner Mme Y et la caisse primaire d'assurance-maladie du Var devant le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne pour solliciter la liquidation de ses préjudices dans les conditions suivantes :

- préjudices patrimoniaux temporaires : 147 591,90 €
- préjudices patrimoniaux permanents : 105 000 €
- préjudices extra-patrimoniaux temporaires : 210 000 €
- préjudices extra-patrimoniaux permanents : 68 000 €.

La société Z, assureur de Mme Y est intervenue volontairement à l'instance et la caisse primaire d'assurance-maladie du Var, qui n'a pas constitué avocat, a communiqué le montant de ses débours définitifs s'élevant à la somme de 3 570,93 €.

Par jugement du 9 octobre 2013, le tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne a liquidé les préjudices de Mme X de la manière suivante :

- déficit fonctionnel temporaire partiel : 13 550 €
- souffrances endurées : 15 000 €
- préjudice esthétique temporaire : 7 000 €
- déficit fonctionnel permanent de 8 % : 14 400 €
- préjudice esthétique permanent : 1 000 €
- préjudice sexuel : 5 000 €

- dépenses de santé actuelles : 3 570,93 € au titre de la créance de la caisse primaire d'assurance-maladie et 25 576,17 € au titre des dépenses de santé restées à charge de Mme X,
- frais divers avant consolidation : 3 450,96 €

Mme Y et la société Z ont été condamnées in solidum à verser ces sommes à Mme X sauf à y déduire les provisions déjà versées et avec intérêts au taux légal à compter de la décision.

Mme X a été déboutée de sa demande d'indemnisation au titre des préjudices d'agrément, des préjudices tirés de la perte de points retraite, de l'incidence professionnelle et de la perte de gains professionnels actuels.

Mme Y et la société Z ont été condamnées in solidum à verser à Mme X la somme de 1 500 € en application de l'article 700 du code de procédure civile en complément des dépens incluant les frais d'expertise postérieurs au jugement du 9 juillet 2003, le tribunal faisant application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

L'exécution provisoire a été ordonnée.

Le tribunal a notamment retenu que l'intéressée avait travaillé pendant toute l'année 1999, soit postérieurement à l'intervention chirurgicale du 2 décembre 1998 ; qu'elle avait démissionné une première fois pour occuper un nouvel emploi en qualité de stagiaire prothésiste à compter de septembre 1999, ce qui contredisait l'absence d'emploi et de vie sociale de Mme X à compter de décembre 1998, celle-ci ne justifiant pas au demeurant de son inscription à l'agence nationale pour l'emploi ou de sa situation professionnelle postérieure à l'année 1999. De même, au vu de ces éléments, le tribunal a estimé que Mme X ne justifiait pas d'une incidence périphérique du dommage en termes professionnels quand bien même l'expert avait retenu l'existence d'un préjudice professionnel. Par ailleurs, il a rejeté la demande au titre de la perte des points de retraite en l'absence de démonstration de la réalité des difficultés alléguées pour retrouver un emploi et de justification son inscription à pôle emploi.

Mme X a interjeté appel.

Par dernières conclusions du 12 juin 2014, elle sollicite l'infirmation du jugement déféré et reprend ses demandes de première instance en actualisant celles relatives aux préjudices patrimoniaux temporaires.

Elle conteste les motifs retenus par le tribunal en observant notamment que l'absence de justificatif de sa situation professionnelle à compter de l'année 1998 établit justement son préjudice professionnel tant temporaire que permanent.

Mme Y et la société Z ont relevé appel incident. Par dernières conclusions du 18 avril 2014, ils demandent à la cour de minorer les sommes allouées au titre du déficit fonctionnel temporaire et permanent, du préjudice esthétique et des souffrances endurées qu'ils jugent excessives au regard du taux fixé par l'expert et de la jurisprudence. Ils demandent également à la cour de débouter Mme X de sa demande au titre du préjudice sexuel et de la débouter de sa demande fondée sur les dispositions de l'article 700 du code de procédure civile en la condamnant aux dépens qui seront recouvrés conformément à l'article 699 du code de procédure civile.

Bien que régulièrement assignée à personne, la caisse primaire d'assurance-maladie du Var n'a pas constitué avocat. Il sera donc statué par arrêt réputé contradictoire.

### SUR CE,

Le rapport d'expertise médicale, daté du 14 novembre 2008, rapporte les constatations du médecin traitant de Mme X, laquelle a subi des soins dentaires depuis 1992 et une intervention chirurgicale importante à visée dentaire en 1998. Ce médecin constate que les soins se sont mal déroulés, entraînant défiguration, préjudice esthétique, patrimonial et moral important, l'intéressé ayant sombré dans une dépression importante avec dévalorisation d'elle-même. Il ajoute que depuis cette date, Mme X est toujours dépressive, sans emploi, sans vie sociale et affective et prend régulièrement antidépresseurs, anxiolytiques et fortifiants.

L'experte estime que l'incapacité temporaire reste totale sans qu'il puisse en revanche en déterminer la durée. Cependant, il considère qu'à la date du rapport d'expertise, l'état bucco-dentaire est consolidé.

Les conclusions sont les suivantes :

- déficit fonctionnel permanent : 8 %

- souffrances psychiques endurées : préjudice moyen

- douleurs bucco-dentaires : 3/7

- préjudice esthétique permanent : 2/7, l'expert note en effet que l'ensemble de la reconstitution prothétique est de bonne qualité mais que subsiste un aspect « défiguration » lié aux phénomènes de proprioception qui induisent au niveau des lèvres notamment une sorte « d'inexpression »

- préjudice professionnel : 2/7

Par ailleurs, Mme X a été examinée le 12 novembre 2004 par le Docteur ... (pièce n° 2). Celui-ci a noté que l'intéressée avait été frappée de plein fouet alors qu'elle était une très jeune femme, élégante, sensible et spontanée par un agent stressant, imprévisible et lourd de conséquences au plan médical et dans le domaine précis des préjudices non patrimoniaux. Il a observé une dysthymie caractérisée se manifestant par un état dépressif larvé, particulièrement invalidant parce que récidivant et difficilement accessible aux thérapies actuelles.

Ce médecin a examiné Mme X une seconde fois le 31 mai 2010 et il a observé que la dysthymie déjà notée « continuait son œuvre destructrice ; (...) et que le potentiel de l'intéressé était profondément ébranlé, difficilement accessible aux meilleures thérapeutiques (...). »

La cour considère que ces constatations médicales établissent à suffisance que l'état de Mme X, à tout le moins au plan psychologique, n'est pas consolidé et elle rappelle que son état n'a été jugé consolidé que sur le plan bucco-dentaire.

Or, les enjeux du litige, pour chacune de ses parties, rendent indispensable d'élucider, en particulier, la question de savoir si Mme X est apte, au plan médical, à exercer une activité professionnelle et, si inaptitude il y a, de déterminer si celle-ci est imputable aux conséquences dommageables des soins pratiqués par Mme Y.

Par ailleurs, la cour note qu'aucune conclusion médico-légale n'a été fournie concernant les différentes périodes d'incapacité temporaire de travail et de déficit fonctionnel temporaire. Or, l'indemnisation des préjudices en découlant suppose que ces périodes soient définies de manière précise, l'expert ne pouvant se contenter de conclure que l'incapacité est totale.

Afin de déterminer si l'état de Mme X est désormais consolidé au plan psychologique et de préciser les périodes d'incapacité temporaire de travail et de déficit fonctionnel temporaire, une nouvelle mesure d'expertise médicale doit donc être ordonnée.

Dans l'attente du dépôt du rapport, la cour réserve les demandes et les dépens.

PAR CES MOTIFS,

Statuant publiquement par arrêt réputé contradictoire avant dire droit,

Sursoit à statuer sur les demandes

Ordonne une mesure d'expertise médicale,

Commet pour y procéder le Docteur ..., centre hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins, service de psychiatrie secteur IV, 107, avenue de Nice, 06606 Antibes

avec pour mission:

- prendre connaissance du dossier et de tous documents médicaux utiles recueillis tant auprès de la victime que de tous tiers détenteurs,
- examiner Mme X, décrire les lésions causées par les soins de Mme Y, indiquer les traitements appliqués, leur évolution, leur état actuel et un éventuel état antérieur en précisant son incidence,
- indiquer la date de consolidation au plan psychologique,
- pour la phase avant consolidation <u>y compris au plan bucco-dentaire</u>
- \* décrire les éléments de préjudice fonctionnel temporaire en précisant si la victime a subi une ou des périodes d'incapacité temporaire totale ou partielle,
  - \* décrire les souffrances endurées et les évaluer dans une échelle de 1 à 7,
- 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 en quoi les séquelles diminuent l'agrément de la vie
- donner son avis sur tous les autres chefs de préjudice qui seraient invoqués par la victime,
- prendre en compte les observations des parties,

### **DIT** que :

- l'expert devra faire connaître sans délai son acceptation au magistrat chargé du contrôle de l'expertise et devra commencer ses opérations dès l'avis de consignation,
- en cas d'empêchement ou de refus de l'expert, il sera procédé à son remplacement par ordonnance du magistrat chargé du contrôle de l'expertise sur simple requête,
- l'expert devra accomplir sa mission conformément aux articles 232 et suivants du Code de Procédure Civile, notamment en ce qui concerne le caractère contradictoire des opérations,
- l'expert devra tenir le magistrat chargé du contrôle de l'expertise informé du déroulement de ses opérations et des difficultés rencontrées dans l'accomplissement de sa mission,
- l'expert est autorisé à s'adjoindre tout spécialiste de son choix, dans un secteur de compétence différent du sien, sous réserve d'en informer le magistrat chargé du contrôle de l'expertise et les parties, et à charge de joindre son avis au rapport d'expertise,
- l'expert devra remettre un pré-rapport aux parties et répondra à leurs observations (dires) formulées par écrit dans le délai préalablement fixé par l'expert,
- l'expert devra déposer son rapport définitif et sa demande de rémunération au greffe de la cour dans le délai de **quatre mois** à compter de la date de l'avis de consignation (sauf prorogation dûment autorisée par le magistrat chargé du contrôle de l'expertise), et communiquer ces deux documents aux parties,
- les frais d'expertise seront provisoirement avancés par moitié par Mme X et Mme Y, qui devront consigner chacun la somme de **750** € à valoir sur la rémunération de l'expert, auprès du régisseur d'avances et de recettes de la cour, **avant le 15 octobre 2015**, étant précisé qu'à défaut de consignation dans le délai imparti, la désignation de l'expert sera caduque (sauf décision contraire du magistrat chargé du contrôle de l'expertise en cas de motif légitime), l'affaire pourra être rappelée à l'audience de mise en état et l'instance poursuivie sans que l'expertise ait été réalisée, et il sera tiré toutes conséquences de l'abstention ou du refus de consigner,

Renvoie l'affaire à une audience de mise en état ultérieure à fixer après le dépôt du rapport d'expertise.

Se plaignant d'un dégât des eaux survenu dans l'appartement qu'elle avait occupé à bail au ... jusqu'au 19 février 2012, Mme X a fait assigner la SCI ...devant le juge des référés du tribunal d'instance de Reims par acte du huissier du 26 décembre 2012 aux fins de solliciter une mesure d'expertise judiciaire.

Par ordonnance du 4 octobre 2013, le juge des référés du tribunal d'instance de Reims a ordonné une mesure d'expertise judiciaire qu'il a confiée à Mme Y, demeurant ... avec la mission suivante :

- Se rendre dans l'appartement propriété de la SCI ..., les parties et leurs conseils préalablement convoqués,
- se faire communiquer tous documents et pièces utiles dans l'accomplissement de sa mission,
- visiter les lieux,
- décrire et caractériser le désordre en lien avec le dégât des eaux,
- rechercher sa cause technique et en préciser l'origine,
- fournir les éléments de fait permettant de se prononcer sur les responsabilités et de chiffrer tous les préjudices subis.

En outre, les frais d'expertise devaient être avancés par le trésor public et Mme X était condamnée aux dépens de l'instance principale.

Le rapport d'expertise a été déposé le 30 janvier 2014 accompagné de la demande de rémunération de l'expert s'établissant à la somme de 3026,68 euros taxes incluses.

Envisageant de réduire le nombre d'heures de rédaction du rapport, et donc de la rémunération de l'expert, et, faisant application des dispositions de l'article 284 alinéa 3 du code de procédure civile, le juge taxateur du tribunal d'instance de Reims a, par courrier du 11 mars 2014, invité Mme Y à formuler ses observations sur ce point.

Par bordereau d'envoi daté du 18 mars 2014, l'expert a répondu qu'elle avait parfaitement rempli sa mission et qu'elle entendait ne pas voir diminuer sa rémunération.

Par ordonnance du 31 mars 2014, faisant application des dispositions de l'article 284 du code de procédure civile, le juge taxateur du tribunal d'instance de Reims a ramené la rémunération de l'expert à la somme de 1826,68 euros.

Par note reçue au greffe de la cour d'appel de Reims le 23 avril 2014 et au visa de l'article 714 du code de procédure civile, Mme Y a formé recours à l'encontre de cette décision dont elle sollicite l'infirmation pour voir sa rémunération portée à sa demande initiale, soit la somme de 3026,68 euros taxes incluses.

Mme X sollicite la confirmation de l'ordonnance entreprise.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Aux termes de l'article 784 alinéa 3 du code de procédure civile, le recours doit à peine d'irrecevabilité, être

dirigé contre toutes les parties et contre le technicien s'il n'est pas formé par celui-ci.

La fin de non-recevoir prise de l'absence d'envoi simultané aux parties intéressées d'une note exposant les motifs du recours contre l'ordonnance fixant les honoraires de l'expert est d'ordre public. Le juge doit donc la

relever d'office.

Cependant, aux termes de l'article 16 du code de procédure civile, le juge doit en toutes circonstances faire

respecter et observer lui-même le principe de la contradiction.

En l'espèce, aucun justificatif d'envoi simultané à toutes les parties de la note exposant les motifs du recours

n'est joint au dossier de Mme Y.

Par ordonnance du 10 octobre 2014, le conseiller délégué du premier président a ordonné la réouverture des

débats qui ont été renvoyés à l'audience du 12 novembre 2014 dans le but de solliciter les explications de

Mme Y.

Celle-ci ne s'est pas présentée à cette audience et ne s'y est pas fait représenter.

Dès lors, comme rappelé ci-dessus, aucun justificatif d'envoi simultané à toutes les parties de la note exposant

les motifs du recours n'étant joint au dossier de Mme Y, son recours doit être jugé irrecevable par application

de l'article 784 alinéa 3 du code de procédure civile.

Mme Y sera condamnée aux dépens.

PAR CES MOTIFS

- Déclarons le recours de Mme Y irrecevable ;

- Condamnons Mme Y aux dépens ;

LE Greffier

LE CONSEILLER

67

Par ordonnance de référé du 4 juillet 2012, le président du tribunal de grande instance de Reims a ordonné une mesure d'expertise judiciaire aux fins d'examiner X se disant atteint de myélémie. Il a désigné M. ... pour y procéder.

Par ordonnance du 26 septembre 2012, les opérations d'expertise judiciaire ont été déclarées communes et opposables à l'organisme social auquel X est affilié.

Par ordonnance du 6 novembre 2012, M. Y a été nommé en remplacement de M. ... empêché.

Par ordonnance du 19 janvier 2015, le magistrat chargé du contrôle des expertises près le tribunal de grande instance de Reims a fixé la rémunération de l'expert à 1 460,50 €.

Le 25 novembre 2015, X a formé recours à l'encontre de cette décision.

L'affaire a été appelée à l'audience du 17 novembre 2015.

Bien que régulièrement convoqués par lettre recommandée avec accusé de réception, M.... n'étaient ni présents ni représentés.

À l'appui de son recours, X fait valoir que l'expert, contrairement aux dispositions de l'article 704 du code de procédure civile n'a jamais remis aux parties le compte détaillé avec sa demande adressée à la juridiction ; que le compte vérifié ne lui a jamais été adressé dans le délai d'un mois pour contestation éventuelle conformément à l'article 706 du code de procédure civile et qu'en contradiction avec l'article 709 du même code, le président de la juridiction a statué sans avoir recueilli ses observations. Dans ces conditions, il conclut à la nullité de l'ordonnance dont recours pour violation du principe de la contradiction.

Il conteste également le décompte des frais en observant que les frais postaux ont été réglés par son employeur de même que les frais de secrétariat. Il conteste également le temps de rédaction du rapport compte tenu de son caractère succinct. Il relève de même que l'expert n'a apporté aucune réponse aux nombreux dires des parties qui n'ont d'ailleurs pas été mentionnés dans le rapport.

M. Y conclut au rejet de l'exception de nullité et à la confirmation de l'ordonnance dont recours. Sans contester l'absence d'envoi de la demande de rémunération aux parties, il expose néanmoins que les articles 704 et suivants du code de procédure civile ne s'appliquent pas à la rémunération des techniciens.

Sur le fond, il souligne que M. X est malade depuis plusieurs années, ce qui a nécessité de reprendre l'intégralité de son dossier médical ; que la longueur du rapport, qui a été voulu synthétique dans un souci d'efficacité, ne doit pas faire sous-estimer l'importance du travail d'étude. Il ajoute que si les dires des parties n'ont pas été repris dans le rapport, ils n'en ont pas moins été pris en compte.

Sur les frais, il avance que son employeur est peut-être susceptible de les lui refacturer.

Enfin, il sollicite la condamnation de M. X à lui verser la somme de 2 500 € par application de l'article 700 du code de procédure civile.

# SUR CE,

S'il résulte de l'article 282 du code de procédure civile, dans sa rédaction issue du décret n° 2012-1451 du 24 décembre 2012, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2013, que le dépôt du rapport par l'expert est accompagné de sa demande de rémunération dont il adresse un exemplaire aux parties, aucune disposition textuelle ne sanctionne de nullité de l'ordonnance de taxe, le non-respect de cette obligation. Ce moyen de nullité sera donc rejeté.

En application de l'article 284 alinéa 1 du code de procédure civile, le juge fixe la rémunération de l'expert en fonction notamment des diligences accomplies, du respect des délais impartis et de la qualité du travail fourni.

L'ordonnance du 4 juillet 2012, entre autres chefs de mission, a confié à l'expert judicaire le soin de répondre aux dires des parties dans un rapport définitif faisant suite à un prérapport établi en vue de recueillir leurs observations.

Le conseil de X a adressé à M. Y un premier dire le 17 avril 2014 et un second le 27 juin 2014. Entre autres points soulevés dans ces dires, l'expert était en particulier interrogé sur le fait de ne pas avoir relaté les points de vue exposés lors de la réunion contradictoire d'expertise et de ne pas avoir abordé les problèmes neurologiques exposés par M. X dans le cadre de sa pathologie.

Effectivement, l'expert se contente de mentionner que la réunion contradictoire s'est déroulée dans un bon climat, ce qui ne sera d'aucune utilité pour trancher le litige alors que les points qui y ont été discutés n'ont pas été relatés.

En outre, si M. Y réplique qu'il a été tenu compte de ces dires, le rapport d'expertise n'en comporte aucun élément de discussion critique. Il n'existe en particulier aucune conclusion médico-légale sur les problèmes neurologiques soulevés ni dans un sens ni dans un autre.

Ce qui conduit à conclure que ce point de mission n'a pas été exécuté par l'expert judiciaire et implique une réduction de sa rémunération.

Par ailleurs, les documents d'expertise ayant été adressés sous enveloppe affranchie au nom de ..., M. Y ne justifie pas avoir réellement exposé tous les frais dont il sollicite remboursement.

Dans ces conditions, sa rémunération globale subira une réduction de 20 % et l'ordonnance déférée sera réformée en ce sens.

La rémunération de l'expert judiciaire sera donc fixée à 1 168,40 €.

M. Y subira les dépens du présent recours et, comme tel, sera débouté de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

### PAR CES MOTIFS,

Rejetons l'exception de nullité de l'ordonnance rendue le 19 janvier 2015,

Infirmons l'ordonnance rendue le 19 janvier 2015 par le président du tribunal de grande instance de Reims,

Fixons la rémunération de l'expert judiciaire à 1 168,40 €,

Déboutons M. Y de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Condamnons M. Y aux dépens.

## FAITS ET PROCÉDURE

La X a passé commande à la société ... d'une installation de production d'eau glacée pour tunnel process de travail pour légumes, cette installation ayant été facturée le 19 février 2009 pour 164 444,14 euros. Plusieurs compléments de facture sont ensuite intervenus portant le montant total à la somme de 311 864,30 euros.

La X ayant constaté de nombreux dysfonctionnements, a assigné en référé la société ... devant le juge des référés du tribunal de commerce de Troyes aux fins de voir ordonner une mesure d'expertise judiciaire.

Cette mesure a été ordonnée par ordonnance de référé du 8 février 2010 qui a désigné Monsieur Y en qualité d'expert, demeurant ..., avec la mission suivante :

- Se rendre sur place à ..., les parties dûment convoquées,
- se procurer l'ensemble des documents de la cause,
- dire si cette installation est conforme à la réglementation et aux règles de l'art,
- indiquer les défauts qui l'affectent
- fournir au tribunal qui sera éventuellement saisi ultérieurement tous éléments relatifs au préjudice de la X, tant en ce qui concerne le remplacement des pièces litigieuses mais également en ce qui concerne la remise en état de l'installation,
- donner tous éléments quant au préjudice commercial subi par la X,
- s'adjoindre un sapiteur si besoin en est,
- du tout déposer un rapport.

En outre, l'expert se voyait imposer un délai de trois mois à compter de sa saisine pour déposer son rapport au greffe, la provision mise à la charge de la X étant fixée à la somme de 3000 €

Par ordonnance du 14 avril 2010, le juge des référés du tribunal de commerce de Troyes a imposé à la SARL ... de produire tous les dossiers techniques, plans, études, schémas de principe relatifs aux différentes installations qu'elle avait fournies à la X en 2008/2009.

Par ordonnance du 13 septembre 2010, le juge des référés du tribunal de commerce de Troyes a complété la mission de l'expert judiciaire dans les conditions suivantes :

- se faire remettre les devis et factures afférentes aux travaux initiaux de raccordement du tunnel à éplucher des céleris-rave et création d'une station de production d'eau glacée, de raccordement du second tunnel de la ligne à éplucher des céleris-rave et l'adaptation de la production d'eau glacée pour alimentation des process,
- indiquer si les travaux ayant fait l'objet des factures émises en 2009 ont consisté en la remise en état initial conformément à la conception et la réalisation des installations précédemment par la X, le cas échéant indiquer les différences techniques,

  70

- préciser si les éventuels désordres relevés ou retenus se rattachent à la conception et à la réalisation des installations initiales ou aux seuls travaux de remise en état de cette installation après le sinistre de mars 2008.

Par ailleurs, les opérations d'expertise ont été déclarées communes et opposables à l'assureur garantissant les travaux d'origine, la ....

Suite au défaut de versement par la société ... d'une provision complémentaire mise à sa charge par ordonnance du 19 novembre 2010 en réponse à la demande de l'expert, par ordonnance du 11 mars 2011, le juge chargé du contrôle des mesures d'expertise du tribunal de commerce de Troyes a ordonné à l'expert de déposer un rapport en l'état.

Quatre ordonnances du juge chargé du contrôle des mesures d'expertise du tribunal de commerce de Troyes, datées respectivement du 9 octobre 2012, du 29 janvier 2013, du 20 juin 2013 et du 7 mars 2014, rendues à la demande de l'expert, ont prolongé le délai de dépôt du rapport, la dernière fixant finalement la date de dépôt au 31 mars 2014.

Le rapport d'expertise a été déposé le 17 avril 2014 accompagné de la demande de rémunération de l'expert.

Par ordonnance du 23 mai 2014, le président du tribunal de commerce de Troyes a fixé la rémunération de l'expert à la somme de 32 507,22 euros, taxes incluses et, compte tenu des provisions déjà versées, la X s'est vu ordonner de verser à Monsieur Y une somme complémentaire de 19 930,22 euros.

Par note reçue au greffe de la cour d'appel de Reims le 11 juin 2014 et régulièrement notifiée à toutes les parties au litige principal, en application de l'article 724 du code de procédure civile, la X a formé recours à l'encontre de cette ordonnance.

La cause a été appelée à l'audience du 2 septembre 2014, Monsieur Y, bien que régulièrement convoqué par le greffe par lettre recommandée dont il a signé l'accusé de réception le 16 juin 2014 ne s'étant pas présenté.

La X sollicite l'infirmation de l'ordonnance entreprise, de voir ramener les honoraires de l'expert à de plus justes proportions et de ne pas avoir, à tout le moins, la charge exclusive du versement complémentaire qui été mis à sa charge par le juge taxateur.

À l'appui de ses prétentions, elle fait valoir que l'expert n'a pas déposé son rapport dans les délais impartis à l'origine, rien ne justifiant que ses conclusions ne soit intervenues que quatre années plus tard. Elle ajoute qu'en dépit de la demande de déposer son rapport en l'état, l'expert a poursuivi ses opérations tout en déposant malgré tout un rapport en l'état puisqu'il constate qu'il est contraint de surseoir à donner son avis sur les responsabilités. Elle conclut que les prestations réalisées ne justifient absolument pas les honoraires arrêtés par l'ordonnance du 23 mai 2014.

S'agissant du versement complémentaire, elle relève que cette disposition de l'ordonnance est incompréhensible, la provision complémentaire ordonnée par décision du 19 novembre 2010 ayant été mise à la charge de la SARL ....

La ... s'associe au recours et sollicite de voir ramener le montant des honoraires de l'expert à la somme de 12 517 €taxes incluses qui correspond au montant des provisions déjà versées.

Le représentant de la SARL ... s'associe au recours en observant que le rapport d'expertise est dépourvu de tout contenu et ne mérite donc aucune rémunération.

### MOTIFS DE LA DECISION

Aux termes de l'article 284 du code de procédure civile, le juge fixe la rémunération de l'expert en fonction notamment des diligences accomplies, du respect des délais impartis et de la qualité du travail fourni.

En l'espèce, il y a lieu de relever que la décision ordonnant la mesure d'expertise est intervenue le 8 février 2010 mais que le rapport n'a été déposé que le 17 avril 2014, soit au-delà du délai fixé par la dernière ordonnance de prolongation.

Il s'ensuit que, bien qu'ayant poursuivi ses opérations alors qu'il lui avait été enjoint de déposer un rapport en l'état en l'absence de versement des provisions complémentaires ordonnées, le rapport remis est bien un rapport en l'état qui ne peut justifier, nonobstant les difficultés qui auraient été rencontrées par l'expert, un tel délai d'exécution.

Sur plus de 160 pages de rapport, l'avis de l'expert ne représente qu'un paragraphe figurant dans la note numéro 10 adressée aux parties qui mentionne que « l'avis de l'expert en l'état est que la rupture des canalisations vient d'un fonctionnement anormal de l'installation en température trop basse ayant entraîné le gel du fluide par déduction de l'observation clinique de la morphologie rectiligne des ruptures ce qui suppose même pression ». Cependant, Monsieur Y ajoute en même temps qu'il conviendra de vérifier cette hypothèse, ce qui ne peut être réalisé puisqu'il se voit contraint de déposer un rapport en l'état. La mission d'expertise n'a donc pas été menée à son terme.

Il y a lieu également de relever que le rapport est alourdi de nombreuses considérations théoriques sur le rôle de l'expert et documents techniques ,sans utilité dès lors que l'expert ne les a nullement analysés, et qui ne peuvent justifier en aucun cas le nombre de pages facturées.

En outre, sur les quatre ans d'expertise, seulement deux réunions sont intervenues.

S'agissant du décompte de la rémunération, il y a lieu de rappeler que l'expert doit joindre à sa demande tous les justificatifs de ses débours.

En outre, il convient de relever que les frais de secrétariat sont facturés 35 € hors taxes de l'heure, sans commune mesure avec les prix usuellement admis en matière d'expertise judiciaire. De plus, au titre de ses honoraires, l'expert revendique un total de 183,5 heures de travail, facturées au tarif unitaire de 120 € situé dans la fourchette haute des tarifs pratiqués en matière d'expertise judiciaire. Cette facturation est sujette à critique dans la mesure où la mission comme nous l'avons souligné plus haut n'a pas été menée à son terme.

Enfin, sur un total de 183 heures et demi de travail, il n'est pas acceptable que les heures consacrées à la relecture représentent une facturation de 80 heures de travail.

Il apparaît donc que les honoraires réclamés, comme les débours, sont manifestement excessifs. Il y a donc lieu d'infirmer l'ordonnance entreprise et de ramener à la somme de 1183 €hors taxes les frais de secrétariat et à la somme de 14 070 €hors taxes les honoraires, les autres postes ne justifiant pas une réévaluation.

Dans ces conditions, la rémunération de l'expert sera fixée à la somme de 18 987,35 euros hors taxes, soit 22 784,82 euros TVA à 20 % incluse.

De plus, la X ayant déjà versé la consignation initiale et le complément d'expertise ayant été ordonné à la demande de là SARL ..., le solde sera mis à la charge de cette dernière dans les conditions précisées au dispositif.

Monsieur Y se verra donc autorisé à se faire remettre par le greffier du tribunal de commerce de Troyes la somme de 4088,87 euros correspondant au solde des sommes préalablement consignées s'élevant à 12 577 € et sous réserve de la somme de 9488,13 euros qui lui a été préalablement versée.

La SARL ... sera donc tenue de verser à Monsieur Y une somme complémentaire de 10 207,82 euros.

### PAR CES MOTIFS

Infirmons l'ordonnance déférée,

fixons à la somme de  $22\,784,82$  euros TTC le montant des honoraires de l'expert Monsieur Y dans le litige opposant la X, la SARL ... et la SA ... ;

Autorisons Monsieur Y à se faire remettre par le greffier du tribunal de commerce de Troyes la somme de 4088,87 euros correspondant au solde des sommes préalablement consignées s'élevant à 12 577 € et sous réserve de la somme de 9488,13 euros qui lui a été préalablement versée ;

Ordonnons le versement par la SARL ... d'une somme complémentaire de 10 207,82 euros (dix mille deux cent sept euros et quatre vingt deux centimes)

LE GREFFIER LE CONSEILLER

73

La X a sollicité en référé une mesure d'expertise judiciaire aux fins d'examiner l'extension de la Zac ... et de solliciter l'avis technique de l'expert judiciaire sur les rapports et avis émis antérieurement à sa saisine au regard de l'étude micro-gravimétrique proposée par le Z.

Il a été fait droit à sa demande par ordonnance de référé du 27 mars 2012 qui a désigné M. Y aux fins de procéder.

Par ordonnance du 22 mai 2015, le magistrat chargé du contrôle de l'expertise près le tribunal de grande instance de Chalon en Champagne a fixé la rémunération de l'expert judiciaire à 12 200 € TVA comprise.

Le 16 juillet 2015, la X a formé un recours à l'encontre de cette décision.

L'affaire a été appelée à l'audience du 17 novembre 2015.

Bien que régulièrement convoquées les sociétés ... n'étaient ni présentes ni représentées

À l'appui de son recours, la X fait valoir que le rapport rendu par l'expert ne résulte pas de l'exécution personnelle de sa mission, qu'il n'est pas ou peu exploitable et qu'il a été rendu dans un délai excessif. Elle conteste donc le nombre d'heures de travail que l'expert dit avoir accompli et l'estime à environ 10 heures de travail. En conséquence, elle demande de voir ramener à 6 000 € la rémunération de l'expert.

M. Y sollicite la confirmation de l'ordonnance de taxe. Il réplique que devant la contradiction des deux premiers rapports, il a, au contradictoire des parties, demandé à la X de commander un troisième rapport ; que celui-ci a été déposé et que le Z l'a jugé cohérent par rapport à ses propres analyses ; que pour autant aucune des parties ne l'a commenté. Il ajoute qu'il s'est prononcé sur ce rapport et qu'il a rempli sa mission en précisant qu'il fallait le confirmer par des sondages du sol qu'il ne pouvait ordonner à la place de la X qui de plus, contrairement à ce qu'il lui avait demandé ne lui a pas fait part de ses préjudices. Quant aux délais qui lui sont reprochés, il observe qu'il a attendu le dire de la X suite à la seconde communication, à la demande de celle-ci, de sa dernière note aux parties durant 18 mois avant de demander au magistrat chargé du contrôle des expertises la marche à suivre. Il souligne enfin que les études micro-gravimétriques de la société ... nécessitaient une étude au jour le jour.

### SUR CE,

En application de l'article 284 alinéa 1 du code de procédure civile, le juge fixe la rémunération de l'expert en fonction notamment des diligences accomplies, du respect des délais impartis et de la qualité du travail fourni.

Par ordonnance du 27 mars 2012, le président du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne, statuant en référé, a confié à M.Y la mission de :

- « donner son avis technique sur les rapports et avis émis antérieurement à sa saisine par la société ..., la société ..., le Z et la société CGC Veritas services au regard de l'étude micro-gravimétrique proposée par le Z et du cahier des charges qu'il a alors établies,
- indiquer si ces rapports et avis présentent des erreurs ou des anomalies,
- et pour le cas où il y aurait des erreurs, dire s'il y a matière à reprendre en intégralité l'étude microgravimétrique confiée à l'origine à la société ... (devenue ...) ou dire s'il y a matière à procéder à une simple reprise partielle de cette étude,
- chiffrer le coût de l'ensemble de ces préjudices. »

L'expert a organisé une première réunion d'expertise le 15 juin 2012 au terme de laquelle il a adressé, en date du 18 juin 2012, une première note aux parties concluant qu'il n'était pas possible, en l'état des pièces communiquées, de se prononcer sur le rapport pertinent et que, dans ces conditions, les parties étaient convenues de lancer une nouvelle campagne complète de mesures, la X étant chargée de commander cette étude. Cette dernière se trouve donc mal fondée à critiquer, dans le cadre de son recours, la méthodologie communément admise en réunion d'expertise.

La société ... a alors déposé le rapport de ses mesures le 26 décembre 2012.

L'expert a ensuite diffusé une note aux parties le 25 mars 2013 invitant les parties à formuler, pour le 30 mars 2013, leurs observations en l'absence de sondages de contrôle qui étaient préconisés en page 12

du rapport Fugro. M. Y ajoute qu'à réception de ces éléments, il ne manquera pas de faire part de son avis.

Dans un dire du 28 juin 2013, le Z a validé le rapport ... sous réserve de deux précisions qui ont été communiquées par la société ... le 11 septembre 2013.

Le 6 novembre 2013, M. Y a adressé une dernière note aux parties rappelant que le Z avait validé le rapport ... et demandant aux parties de lui faire part des erreurs ou anomalies que les rapports précédents recèleraient et d'autre part de chiffrer les préjudices qu'elles estiment avoir subis dans un délai de six semaines.

Le 17 janvier 2014, la X a redemandé la communication de la note du 6 novembre 2013.

Le 13 octobre 2014, l'expert a demandé au président du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne la consignation d'une provision complémentaire de 9 700 € en rappelant que le dépôt de son rapport avait été prorogé au 15 novembre 2014 et que, alors que les opérations techniques étaient achevées depuis plus d'un an, aucune réclamation chiffrée ne lui était parvenue. Il demande donc l'autorisation de déposer son rapport pour le 15 janvier 2015 au vu des pièces en sa possession.

En réponse aux différents points de la mission qui lui a été confiée, M. Y indique que les rapports émis antérieurement à sa saisine ont été analysés par le Z dans son rapport final de mars 2010. Indiquant qu'il ne peut que partager l'analyse factuelle de celui-ci, l'expert s'approprie ainsi l'avis du Z concluant que la pratique des sondages est impossible en raison du caractère contradictoire des deux rapports déposés antérieurement à sa saisine.

Le premier chef de la mission a donc été rempli.

Le troisième rapport, diffusé par la société ... le 26 décembre 2012, a constitué un commencement d'exécution du second chef de la mission confiée à l'expert judiciaire. M. Y indique que ce rapport peut être validé mais il observe que les sondages de contrôle préconisés n'ont pas été exécutés à ce jour à sa connaissance ou, s'ils l'ont été, les résultats ne lui sont pas connus. Il en déduit que cette situation ne permet donc pas de confirmer le niveau de qualité et de conformité à l'état réel du site de l'étude microgravimétrique de ... réalisée en 2012.

Enfin, le dernier chef de la mission concernant le chiffrage des préjudices n'a pu être réalisé en l'absence de tout élément communiqué par les parties.

Le rapport déposé est donc un rapport dépourvu de conclusions de sorte que la rémunération taxée suivant ordonnance du 22 mai 2015 apparaît excessive.

L'expert doit prendre toutes les initiatives qu'il juge utiles à l'exercice de sa mission sans pouvoir se retrancher sur l'absence de réaction des parties à ces diverses demandes.

Or, aucune diligence complémentaire n'a été accomplie depuis le 17 janvier 2014, date à laquelle une seconde communication de la dernière note aux parties a été demandée et le rapport, dépourvu de conclusions, n'a été déposé qu'en janvier 2015.

Un délai d'un an d'attente passive entre le dépôt du rapport et la dernière diligence est excessif et justifie également une diminution de la rémunération de l'expert judiciaire.

Il doit toutefois être tenu compte, dans l'évaluation de celle-ci, de l'étude de nombreux documents techniques.

Au vu des diligences accomplies, le nombre de vacations horaires au titre de l'étude du dossier, des recherches, de la rédaction des correspondances et du rapport sera ramené de 50 à 40 heures de sorte que la rémunération sera fixée à 10 548 € TTC.

### PAR CES MOTIFS.

Infirmons l'ordonnance rendue le 22 mai 2015 par le président du tribunal de grande instance de Châlonsen-Champagne,

Fixons à la somme de 10 548 € TTC le montant de la rémunération de l'expert, M. Pierre Y, dans le litige opposant la X, la société ..., la société ..., la société ....

Laissons à chaque partie la charge de ses propres dépens.

Le Greffier Le Conseiller

## RAPPEL DES FAITS ET DE LA PROCÉDURE

Madame X a consulté le docteur X le 28 novembre 2003 pour un avis concernant la correction d'une hypertrophie mammaire associée à une ptose (chute des seins associée à un volume trop important).

Le Docteur X a expliqué les modalités de l'intervention, pris des clichés photographiques et indiqué qu'une réduction d'environ 300 grammes par sein pouvait être effectuée. Madame X a consulté de nouveau le docteur X le 13 mai 2004, souhaitant une «réduction maximum» tel que noté par le praticien sur sa fiche de consultation. Madame X a repris rendez-vous le 25 octobre 2004 pour indiquer qu'elle était enceinte et souhaitait reporter l'intervention. Elle a accouché le 22 avril 2005 d'une fille qu'elle a allaitée pendant huit mois.

Elle est revenue consulter le 25 avril 2006. Elle avait retrouvé un poids de 54 kilos et son volume mammaire avait diminué comme l'a constaté le docteur X. Madame X a interrogé ce dernier sur la possibilité de remonter les seins sans diminuer le volume.

Le docteur X lui a répondu que la cure de la ptose sans diminution du volume conduirait immédiatement à la récidive. Après une discussion sur le volume de réduction, le docteur X a noté sur sa fiche de consultation : «réduire, veut des petits» (seins).

Au cours d'une nouvelle consultation en date du 5 septembre 2007, le docteur X a donné des informations sur les risques encourus. Un rendez-vous opératoire a été pris et les documents administratifs ont été régularisés dont le document de consentement éclairé signé plus tard par Madame X reconnaissant qu'elle avait été informée de la taille et de la position des cicatrices ainsi que des possibilités de complications inhérentes à tout acte chirurgical et plus particulièrement les complications spécifiques à l'anesthésie générale, hématome, nécrose tissulaire localisée, infection nosocomiale, phénomène thromboembolique et évolution des cicatrices sur une période de 18 à 24 mois.

Le docteur X a précisé de nouveau que l'intervention serait prise en charge par la sécurité sociale. Madame X a pris un deuxième avis auprès du Docteur X, chirurgien plasticien à Reims qui, au vu de l'examen clinique du 26 septembre 2007, a posé une indication de mammoplastie bilatérale avec réduction. A cette occasion, des photos ont été prises par le docteur X et un devis a été établi pour un acte à visée esthétique en indiquant qu'il ne serait pas pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie.

Madame X a pris la décision de se faire opérer par le Docteur X et l'intervention a été prévue pour le 5 octobre 2007 à X.

L'intervention a consisté en une mammoplastie de réduction selon la technique de la voûte dermique effectuée en position demi-assise. Lors de cette intervention, 200 grammes ont été retirés par sein.

Après l'intervention, Madame X a trouvé que le volume de sa nouvelle poitrine ne correspondait pas à ses attentes, ce qui a généré chez elle un état d'angoisse et de tristesse qui s'est manifesté la nuit par des pleurs et des appels répétés à l'infirmière. Madame X a consulté le docteur X, médecin généraliste qui a prescrit un anxiolytique. Elle a ensuite régulièrement consulté son médecin traitant, le docteur X, pour un état d'angoisse justifiant un traitement basé sur des anxiolytiques, un sédatif pour le soir et par la suite un antidépresseur.

Le 7 novembre 2007, Madame X a revu le docteur X qui lui a indiqué qu'il fallait attendre un an avant de juger du résultat et lui a conseillé des massages pour la correction d'un pli sous-mammaire gauche et a de nouveau évoqué une possible reprise chirurgicale.

Madame X s'est rapprochée de l'assurance de responsabilité civile du docteur X par courrier du 16 avril 2008, se plaignant d'une profonde détresse morale suite à l'intervention chirurgicale qu'elle considérait comme un échec, ses seins étant trop petits et asymétriques selon elle, et reprochant un manque d'informations préopératoires.

Une expertise amiable a été organisée. Le docteur X a été désigné par la ... et le docteur X a été désigné par Madame X.

Dans leur compte rendu d'expertise conjointe du 14 octobre 2008, le docteur X et le docteur X ont repris l'ensemble des événements ainsi que leurs constatations et ont demandé l'avis du Docteur X, psychiatre et du docteur X, chirurgien plasticien.

Dans son rapport d'expertise déposé le 14 avril 2009, le docteur X a noté une perte de poids de 7 kilos par rapport au poids du jour de l'intervention ainsi que deux seins de volume à peu près semblable avec une asymétrie au niveau de la position des mamelons, l'aréole droite est plus basse que l'aréole gauche et pourrait être corrigée facilement par une petite intervention sous anesthésie locale.

Il a précisé que l'épaule droite était aussi plus basse que l'épaule gauche. Il a noté que les cicatrices étaient de bonne et d'excellente qualité et qu'il existait un petit bourrelet, conséquence d'un excédent de peau au niveau de la cicatrice horizontale gauche. Il a estimé que l'indication opératoire était valable et, interprétant les clichés du mois de novembre 2007, indiqué que les seins étaient d'un volume à peu près correct. En revanche, il a précisé qu'après l'amaigrissement de 10 kilos de la patiente, il existait une fonte très importante de volume mammaire.

Il a estimé que l'information avait été correcte et suffisante, ; que l'information sur les conséquences psychologiques d'un échec de ce type d'intervention n'était pas justifiée. Il a considéré que la prise en charge post-opératoire du docteur X avait été satisfaisante et que le préjudice esthétique était de 2/7 au jour de l'expertise. Le docteur X n'a retenu aucun pretium doloris.

Dans son rapport du 2 février 2009, le Docteur X, psychiatre, a conclu que l'état anxio-dépressif de Madame X était directement et totalement imputable à l'intervention et que la consolidation médico-légale sur le plan psychiatrique n'était pas acquise.

Par courrier du 10 juin 2009, le ... a indiqué à Madame X qu'au vu du rapport, aucune faute n'était retenue à l'encontre du Docteur X et qu'il ne pouvait être donné une suite favorable à sa demande d'indemnisation.

En novembre 2009, Madame X a diligenté une procédure auprès de la ... qui a ordonné une expertise médicale confiée au Professeur X, expert à X.

Dans son rapport d'expertise daté du 26 mars 2010, le Professeur X a repris l'historique, noté que l'information sur une réduction mammaire avait bien été donnée et indiqué que la ptose sans diminuer le volume aurait d'une part amené à un résultat inesthétique comme le montrait la photographie fournie par la patiente et d'autre part n'aurait pas eu la pérennité dans le temps, un

tel geste n'aurait pas répondu aux règles de l'art.

Il a ajouté que le risque d'asymétrie mammaire postopératoire faisait partie des risques de ce type d'intervention d'autant plus qu'existait avant l'intervention une asymétrie ; qu'on pouvait reprocher au Docteur X de ne pas avoir souligné ce risque compte tenu de l'asymétrie existante en préopératoire mais qu'il était peu probable que Madame X, prévenue de ce risque, ait renoncé à l'intervention, d'autant que ces asymétries postopératoires étaient améliorables par un geste chirurgical secondaire.

Il a noté que pour une intervention de type plastie mammaire, le risque de réaction psychologique grave ne faisait pas partie des risques dont étaient prévenues les patientes et que le retentissement psychologique des résultats de cette intervention était un aléa thérapeutique.

Le 20 mai 2010, la CRCI de Champagne Ardennes a informé Mme X du rejet de sa demande, estimant être incompétente pour en connaître.

Par exploits d'huissiers respectivement délivrés les 8 et 9 septembre 2010, elle a fait assigner le docteur X et la MACSF en référé aux fins d'expertise médicale.

<u>Par ordonnance du 27 octobre 2010</u>, le président du tribunal de grande instance a ordonné une mesure d'expertise et désigné à cet effet le docteur X. Celui-ci a déposé son rapport d'expertise en date du 25 avril 2011.

Par exploit d'huissier délivré le 10 octobre 2011, Mme X a fait assigner le docteur X et la ... en ouverture de rapport devant le tribunal de grande instance de Reims et sollicité leur condamnation à lui payer les sommes suivantes :

- 7 000 euros au titre du déficit fonctionnel permanent
- 6 000 euros au titre des souffrances endurées
- 6 000 euros au titre du préjudice esthétique
- 3 000 euros au titre du préjudice d'agrément
- 6 000 euros au titre du préjudice sexuel
- 171 euros + 000 euros + 4 500 euros au titre des préjudices patrimoniaux permanents
- 3000 euros en réparation de son préjudice moral
- 2 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile
- les dépens et les frais d'expertise

Elle a soutenu que le docteur X avait commis une erreur de diagnostic puis avait utilisé une technique qui n'était pas adaptée à l'hypertrophie mammaire qu'elle présentait ce qui a entraîné un résultat inesthétique. Elle a également reproché au docteur X de ne pas lui avoir dispensé une information complète sur les conséquences de l'intervention.

Elle a invoqué la décision rendue par la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins de ... en date du X ayant prononcé un avertissement suite à sa plainte contre le docteur X sur le plan déontologique

En défense, le Docteur X et son assureur la ... ont conclu au rejet des demandes de Mme X et offert, à titre subsidiaire, la somme de  $6\,000$  \_ au titre du déficit fonctionnel,  $3\,000$  \_ au titre des souffrances endurées et 171 \_ au titre de la perte des gains professionnels actuels.

La CPAM n'a pas constitué avocat.

Par jugement rendu le 26 avril 2013, le tribunal de grande instance de Reims a :

- jugé que le docteur X avait commis une faute lors de l'intervention chirurgicale réalisée le 5 octobre 2007 sur la personne de Madame X, engageant sa seule responsabilité,
- condamné le docteur X à payer à Mme X les sommes de :
  - . 171 euros au titre de la perte de gains professionnels actuels,
  - . 7 000 euros au titre de l'indemnisation du déficit fonctionnel,
  - . 6 000 euros au titre de l'indemnisation des souffrances endurées,
  - . 6 000 euros au titre de l'indemnisation du préjudice esthétiques,
  - . 3 000 euros au titre de l'indemnisation du préjudice d'agrément,
  - . 6 000 euros au titre de l'indemnisation du préjudice sexuel,
- débouté Mme X de ses demandes en paiement au titre d'un préjudice moral spécifique ainsi que des dépenses de santé futures hypothétiques,
- condamné le Docteur X à payer à Mme X une indemnité de procédure de 2 500 euros ainsi qu'aux dépens,
- ordonné l'exécution provisoire.

Le docteur X et la ... ont relevé appel de ce jugement le 17 juin 2013.

Par conclusions en date du 17 janvier 2014, le docteur X et la ... demandent à la cour d'infirmer la décision entreprise en ce qu'elle a jugé que le docteur X avait commis une faute lors de l'intervention chirurgicale réalisée le 5 octobre 2007 sur la personne de Madame X, engagé sa responsabilité et en ce qu'elle l'a condamné à l'indemniser des préjudices subis.

Ils prient la cour de juger que la cypho-scolisose présentée par Mme X n'était ni visible ni détectable avant la réalisation de l'intervention et qu'en conséquence, le geste technique a été réalisé conformément aux règles de l'art ; qu'aucune faute ne peut donc être reprochée au Docteur X tant en ce qui concerne le diagnostic qu'en ce qui concerne l'intervention chirurgicale ou l'information donnée et qu'en tout état de cause, Mme X n'a subi aucune perte de chance de refuser l'intervention, dans le contexte des examens et de son dossier médical avant l'intervention.

Ils prient la cour également de constater que les graves conséquences psychologiques souffertes par Mme X ne font pas partie des risques connus et habituels liés à ce type d'intervention et constituent un aléa thérapeutique.

Ils sollicitent, en tout état de cause, la réduction des sommes réclamées par Mme X à hauteur des sommes suivantes :

- 5 000 euros au titre du déficit fonctionnel,
- 3 000 euros au titre des souffrances endurées,
- 3 000 euros au titre du préjudice esthétique,

le rejet de la demande d'indemnisation du préjudice d'agrément non justifié, du préjudice sexuel ou sa réduction à la somme de 3 000 euros.

Ils soutiennent que le Docteur X n'a commis aucune faute. Ils rappellent que le médecin est contractuellement tenu d'une obligation de moyens et non pas de résultat et que sa responsabilité ne peut être engagée que par une faute démontrée ; que l'erreur de diagnostic n'est pas en soi constitutive d'une faute pour les juges civils ; qu'il faut que cette erreur soit fautive ; qu'en

matière de chirurgie esthétique, le médecin n'est tenu qu'à une obligation de moyens renforcée et non à une obligation de résultat.

Ils soutiennent que la chambre disciplinaire ne statue que sur l'aspect déontologique du dossier et ne porte aucune appréciation sur les actes techniques ni sur les responsabilités encourues ;que l'intervention n'était pas purement esthétique mais à visée thérapeutique pour remédier à la ptose due à l'hypertrophie mammaire ce qui occasionnait des dorsalgies.

### Ils font valoir que:

- le docteur X a indiqué dans son rapport d'expertise du 14 avril 2009 que l'hypertrophie était légèrement moins importante mais la ptose plus accentuée et que l'indication opératoire était toujours valable ; que le praticien a effectué une intervention qui techniquement ne soulève aucun commentaire en pratiquant une exérèse de 200 grammes de glande de chaque côté ; que sur le plan technique, le volume des seins peut être considéré comme normal ; que l'examen de la patiente met en évidence une légère asymétrie de la position des mamelons de l'ordre d'un centimètre qui pourrait être corrigée très facilement par une petite intervention sous anesthésie locale ; qu'en revanche, la qualité des cicatrices est excellente et le positionnement de la cicatrice sous-mammaire est très légèrement au-dessus du sillon entre dans le cadre des petites retouches esthétiques éventuelles mais aussi dans celui des petits défauts habituels au détours de telles interventions ; que les suites opératoires n'ont été émaillées d'aucune complication et que la conduite technique de ses suites par le praticien peut être considérée comme satisfaisante.
- le Professeur X a indiqué dans son rapport du 26 que Madame X présentait une hypertrophie-ptose mammaire ; qu'elle se plaignait de dorsalgies depuis l'âge de 21 ans ; que les soins d'investigations et actes annexes ont été conduits conformément aux règles de l'art et aux données acquises de la science ; que l'indication de plastie de réduction mammaire avec correction de la ptose était correcte. La technique opératoire choisie (technique de la voûte dermique) correspond à une technique classique, adaptée au but recherché ; que la réalisation ne soulève pas de commentaires particuliers ; que les suites chirurgicales ont été sans complications ; que le docteur X a assuré le suivi postopératoire jusqu'à ce que la patiente coupe ses relations avec lui.
- le docteur X dans son rapport du 25 avril 2011 a estimé que l'intervention avait été effectuée selon les règles de l'art; que la nécessité de réduire légèrement la poitrine pour assurer la pérennité du résultat sur la correction de la ptose était parfaitement légitime ; que si le diagnostic de cypho-scoliose avait été fait lors des consultations préopératoires, cela aurait sans doute permis d'adapter le positionnement du sein gauche par rapport au sein droit pour un résultat plus symétrique, il considère cependant qu'en réalité, le diagnostic n'était pas si simple, même pour un chirurgien entraîné car Mme X présentait un panicule graisseux à l'époque des consultations préopératoires qui masquait en partie la gibbosité thoracique ; que l'hypertrophie et la ptose mammaire recouvrant l'auvent costal pouvait cacher la différence de hauteur au niveau du thorax ; que l'asymétrie des épaules est souvent compensée par une bascule de bassin en position debout, ce qui peut rendre le diagnostic plus difficile; qu'on ne peut blâmer le docteur X, alors même que les différentes consultations pré et post-opératoires effectuées par des chirurgiens spécialisés et par des experts n'ont pas révélé cette anomalie en dehors du Professeur X qui en a fait une brève allusion ; que le Docteur X a utilisé une technique bien connue sur une patiente endormie, recouverte par les champs opératoires, dont l'asymétrie thoracique était probablement masquée ; que la technique utilisée n'était pas adaptée en raison d'un déficit de diagnostic initial d'asymétrie thoracique; que s'il n'a pas fait le diagnostic préopératoire de cypho-scoliose avec gibbosité thoracique, cette erreur peut difficilement lui être reprochée.

Ils soulignent qu'à la suite de la dépression postopératoire, Madame X a perdu une dizaine de kilos, ce qui s'est traduit par une fonte mammaire qui ne pouvait être prévue et qui a sans aucun

doute aggravé l'importance de ses doléances.

Sur l'appel incident relevée par Mme X au titre de l'obligation d'information, ils invoquent l'article L 6322-2 du code de la santé publique qui impose, dans le domaine de la chirurgie esthétique, une information portant sur les conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications et l'article L6322-30 du même code qui précise que l'acte chirurgical ne peut être pratiqué qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quinze jours.

Ils font valoir que Mme X a bénéficié d'informations orales de la part du docteur X lors des diverses consultations pré-opératoires ainsi que de la part du docteur X dont le devis mentionne que le patient a été informé de la nature des suites immédiates ou à distance, des complications éventuelles prévisibles ou imprévisibles ainsi que de l'absence de garantie de résultat ; qu'une information écrite a été remise lors de la consultation le 5 septembre 2007 ; que la déclaration de consentement éclairé a été signée par Madame X après un délai de réflexion suffisant pour prendre en toute connaissance de cause la décision de subir l'opération de réduction mammaire. Ce document informe la patiente de la taille et de la position des cicatrices ainsi que des complications inhérentes à tout acte chirurgical et plus particulièrement les complications spécifiques à l'anesthésie générale, hématome, nécrose tissulaire localisée, infection nosocomiale, phénomènes thromboemboliques et évolution des cicatrices sur une période de 18 à 24 mois.

<u>Par conclusions notifiées le 18 novembre 2013</u>, Mme X demande à la cour de confirmer le jugement entrepris et de condamner le docteur X à lui payer la somme de 3 000 \_ en réparation du préjudice moral subi, une indemnité de procédure de 3 000 euros, de mettre à la charge du docteur X les honoraires d'expertise et de le condamner aux dépens dont distraction au profit de Maître X.

Elle indique que le docteur X a refusé de faire des photos ; que la seule photo qui a été prise a été de son ressort ; qu'aucune information ne lui a été donnée par le docteur X sur les risques de cette intervention notamment sur l'asymétrie ou des problèmes de cicatrices mal positionnées ; qu'à son réveil, elle a découvert deux petits seins qui ne correspondaient pas du tout à ce qu'elle attendait ; qu'elle est entrée dans une dépression très rapide, avec amaigrissement et mauvaise tolérance des traitements prescrits.

Elle invoque les conclusions du rapport du docteur X qui indique qu'elle a subi un préjudice évident, que ses doléances portent d'une part sur une réduction trop importante du volume des deux seins et d'autre part, sur le résultat qui n'est évidemment pas satisfaisant avec une asymétrie mammaire et une réduction beaucoup plus importante à gauche qu'à droite ; que le préjudice est à la fois esthétique et moral.

Elle invoque également le rapport du docteur X qui a reconnu la responsabilité du docteur X tout en minimisant les préjudices qu'elle subis.

Elle invoque la décision prise par la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins de Champagne Ardennes qui a retenu les fautes commises par le Docteur X.

Elle indique que le lundi 21 septembre 2009 le Docteur X qui l'a reçue en consultation a conclu que l'intervention avait été réalisée au mépris des considérations et constatations médicales ; qu'après la grossesse de 2005, l'étui cutané s'était distendu et avait perdu une partie du volume mammaire. Elle indique que le docteur X n'a pas pris en considération sa nouvelle situation après sa grossesse ; que le sein gauche est décalé par rapport au sein droit en ce sens que l'aréole est plus haute ; qu'elle a eu la confirmation que les 300 grammes par sein sont

obligatoires pour une éventuelle prise en charge; que c'est la raison pour laquelle, le praticien a retiré 300 grammes par sein pour pouvoir faire marcher la prise en charge.

Elle soutient qu'elle a eu une information inappropriée et peu pertinente en raison de l'absence de diagnostic de gibbosité thoracique et que le manquement imputable au docteur X doit s'apprécier sur le terrain de la faute et non du respect de l'obligation d'information ; que le chirurgien esthétique doit également informer le patient des risques exceptionnels ; que l'obligation d'information du chirurgien esthétique est prolongée par un devoir de conseil.

Elle soutient que le docteur X a conclu à une erreur de diagnostic conduisant à l'exécution d'une intervention non adaptée ayant pour conséquence une asymétrie mammaire disgracieuse alors que le volume lui-même était tout à fait satisfaisant ; que le diagnostic plus précis de l'asymétrie aurait permis de prévenir la patiente du risque de la difficulté de corriger totalement cette dernière.

Elle fait valoir que le chirurgien n'a en premier lieu pas donné un devis détaillé comme l'exigent les dispositions précitées ce qui lui aurait permis de mesurer toute l'étendue de l'intervention éventuelle; que le diagnostic réalisé n'était pas sérieux et était manifestement incomplet; qu'un diagnostic sérieux et adapté aurait permis de mieux informer sa patiente sur les risques de l'asymétrie constatée; qu'il aurait même pu refuser son intervention compte tenu de ce risque, car l'expert conclut que la technique utilisée n'était pas adaptée en raison de cette asymétrie thoracique; que la faute du médecin vient d'un mauvais diagnostic qui a été mis en évidence par l'ensemble des éléments du dossier.

La clôture de l'instruction est intervenue par ordonnance du 13 janvier 2015.

### SUR CE,

### Sur la demande d'homologation du rapport d'expertise

Il convient de rappeler que l'article 232 du code de procédure civile dispose que le juge peut commettre toute personne de son choix pour l'éclairer sur une question de fait et qu'en application de l'article 246 du même code il n'est pas lié par les constatations et conclusions du technicien. Il ne saurait dès lors homologuer le rapport d'expertise.

### Sur la responsabilité

Aux termes des dispositions de l'article 35 du code de déontologie médicale reprise à l'article 4127-35 du code de la santé publique, le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose tout au long de la maladie. Il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Il résulte des dispositions combinées des articles 1147 du code civil et des articles 1111-2 et L 1 142 du code de la santé publique que le médecin est tenu à une obligation de moyens. Le contrat liant le médecin au patient comprend l'engagement du praticien à donner à son client des soins consciencieux dévoués et fondés sur les données acquises de la science, d'élaborer un diagnostic avec soin en y consacrant le temps nécessaire pour ce faire et en ayant recours, dans la mesure du possible, aux méthodes scientifiques les plus adaptées.

Il résulte des pièces produites par les parties que le Docteur X a suivi Mme X à compter de 2003 dans la perspective d'une réduction d'une hypertrophie mammaire associée à une ptose. L'intervention a été reportée à plusieurs reprises à l'initiative de la patiente. A l'époque, le Docteur X avait préconisé une réduction mammaire de 300 grammes par sein et indiqué qu'elle pourrait bénéficié d'une prise en charge par la sécurité sociales. Le praticien a pris des photos de la patiente.

82

Cette dernière a repris contact avec la praticien le 13 mai 2014. Le Docteur X a noté sur sa fiche de consultation "réduction maximum". Elle a repris contact le 25 avril 2006 en vue de cette intervention suite à une grossesse ayant conduit à une accentuation de la ptose mammaire accompagnée d'une réduction du volume de ses seins. Le Docteur X a noté sur sa fiche. "réduire, veut des petits".

Mme X a consulté le Docteur X, autre chirurgien, qui , au vu de l'examen clinique effectué le 26 septembre 2007, a posé une indication de mammoplastie bilatérale avec réduction et pris des photos. Il a indiqué que l'acte opératoire ne serait pas pris en charge par la sécurité sociale.

L'expert judiciaire indique, aux termes de son rapport, que l'intervention effectuée par le Docteur X a consisté en une réduction mammaire selon la technique de la voûte dermique, effectuée en position demi-assise et que 200 grammes par sein ont été retirés. Il constate que, postérieurement à l'intervention chirurgicale, les seins sont de petit volume, la peau distendue, les quadrants supérieurs vidés, la distance clavicule aréole de 18cm des deux côtés. Les aréoles mesurent 4 cm de diamètre. La distance aréole sillon sous-mammaire est de 5cm à droite à 4 cm à gauche. Les deux sillons sont asymétriques ; le sillon gauche étant 2,5 cm au-dessus du sillon droit. Les cicatrices sont, peu marquées, en dehors d'un pli sous-mammaire inférieur gauche, et souples.

Il souligné que Mme X présentait une cyphose-scoliose avec une gibbosité thoracique (rotation et asymétrie du thorax) bien visible au niveau de l'auvent costal (dernières côtes) et des épaules, la droite étant 3 cm en dessous de l'épaule gauche ; que si l'intervention chirurgicale a été effectuée selon les règles de l'art, la cyphose scoliose avec gibbosité du thorax et asymétrie des épaules sont souffrait Mme X a eu pour effet d'étirer le sein gauche vers le haut et de surélever ainsi le sillon et l'aréole. Il s'étonne du fait que le praticien ne s'en soit pas rendu compte lors des consultations préopératoires, ce qui aurait permis d'adapter le positionnement du sein gauche par rapport au sein droit pour un résultat plus symétrique et en même temps, souligne la difficulté du diagnotic en raison du fait que Mme X présentait un panicule graisseux à l'époque qui masquait en partie la gibbosité thoracique, du fait que l'hypertrophie et la ptose mammaire recouvrait l'auvent costal pouvant cacher la différence de hauteur au niveau du thorax et le fait que la symétrie des épaules est souvent compensée par une bascule de bassin en position debout.

Il conclut, en tout état de cause, que l'absence de diagnostic de la scoliose-cyphose a entraîné :

- une information inadaptée qui, si le diagnostic avait été établi, aurait averti la patiente de la difficulté de correction de l'asymétrie.
- une technique opératoire inadaptée puisque le praticien n'a pas tenu compte de cette déformation. Il précise qu'une technique avec dessin préétabli préopératoire en position debout aurait permis une résection symétrique pour compenser la déformation initiale.

Ainsi, malgré l'évolution de l'apparence physique de Mme X (diminution du volume mammaire suite à sa grossesse) et malgré ses demandes répétées visant à cerner l'importance de l'opération envisagée, le Docteur X a maintenu l'ampleur de la réduction mammaire initialement envisagée sans procéder au surplus à de nouveaux clichés préopératoires et cela en dépit des hésitations de la patiente pour subir cette opération et sa volonté de remonter ses seins sans en diminuer le volume qui est intervenue le 5 octobre 2007.

Si l'erreur de diagnostic n'est pas en elle-même fautive, l'absence de détection de la cyphose scoliose avec gibbosité du thorax et asymétrie des épaules sont souffrait Mme X et qui était en tout état de cause visible, constitue une faute, d'autant plus que l'intervention chirurgicale étant à visée esthétique. Cette faute a entraîné à la fois une information inadaptée et lacunaire en ce qui concerne la difficulté de correction de l'asymétrie et le choix d'une technique opératoire inadaptée puisque le praticien n'a pas

tenu compte de cette déformation.

Si le défaut d'information a fait perdre à Mme X une chance de refuser l'intervention chirurgicale, il a également entraîné une asymétrie mammaire et une réduction plus importante à gauche qu'à droite parfaitement visibles sur les photographies produites par la patiente dont elle est bien fondée à solliciter l'indemnisation.

Ainsi, le Docteur X a commis une faute susceptible qui a entraîné pour la patiente un préjudice direct et certain. Il a donc engagé sa responsabilité contractuelle et sera condamné à indemniser Mme X des préjudices subis. Le jugement entrepris sera confirmé sur ce point.

### Sur le préjudice

Mme X sollicite la confirmation du jugement entrepris sur l'évaluation de son préjudice sauf à solliciter l'indemnisation de son préjudice moral à hauteur de 3 000 euros.

Les appelants soutiennent que prient la cour de réduire les indemnités allouées à l'intimée en ce qui concerne les souffrances subies, les préjudices esthétique et sexuel, de rejeter l'indemnisation du préjudice d'agrément et de confirmer les dispositions du jugement entrepris sur les autres chefs d'indemnisation.

L'expert judiciaire conclut que le résultat de l'intervention chirurgicale était décevant pour avoir étirer le sein gauche vers le haut et surélever le sillon et l'aréole, même si le volume des seins restait acceptable. Il a estimé que l'état anxio-dépressif consécutive était très rarement observé dans ce type de chirurgie, même en cas de complication, et constituait un aléa thérapeutique.

La rareté, selon l'expert, de l'apparition d'un état anxio-dépressif ne justifie pas d'écarter ce chef de préjudice puisqu'en l'espèce, il est la conséquence directe de l'intervention chirurgicale fautive. Il ne constitue pas un aléa thérapeutique mais bien un chef de préjudice dont elle est bien fondé à solliciter l'indemnisation.

Le pièces produites aux débats par l'intimée justifient de l'existence d'un préjudice d'agrément subi par Mme X dont elle est bien fondée à solliciter l'indemnisation.

Les premiers juges ont, par des motifs appropriés que la cour adopte, justement évalué les chefs de préjudice aux sommes suivantes :

- . 171 euros au titre de la perte de gains professionnels actuels,
- . 7 000 euros au titre de l'indemnisation du déficit fonctionnel,
- . 6 000 euros au titre de l'indemnisation des souffrances endurées,
- . 6 000 euros au titre de l'indemnisation du préjudice esthétiques,
- . 3 000 euros au titre de l'indemnisation du préjudice d'agrément,
- . 6 000 euros au titre de l'indemnisation du préjudice sexuel.

La demande d'indemnisation du préjudice moral sera rejetée comme indemnisée dans le cadre des souffrances endurées.

Le jugement entrepris sera dès lors confirmé sur les condamnations prononcées à la charge du Docteur X.

Il le sera également en ses dispositions relatives aux dépens et à l'article 700 du code de procédure civile.

Il est souligné qu'aucune demande de condamnation n'est sollicitée à l'encontre de l'assureur du Docteur X, pourtant partie en première instance et appelante du jugement rendu.

La CPAM de ..., assignée par exploit d'huissier en date du 25 septembre 2013 délivré à personne habilitée, n'a pas constitué avocat.

### PAR CES MOTIFS,

La cour, statuant publiquement et contradictoirement,

CONFIRME le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Reims le 26 avril 2013 en toutes ses dispositions ;

Y ajoutant,

REJETTE la demande d'homologation du rapport d'expertise du Docteur X ;

DÉCLARE le présent arrêt commun à la CPAM de ...;

CONDAMNE Monsieur X aux dépens d'appel avec faculté de recouvrement direct au profit de Maître X, conformément aux dispositions de l'article 699 du code de procédure civile ;

DEBOUTE Monsieur X de sa demande d'indemnité de procédure ;

CONDAMNE Monsieur X à payer à Madame X la somme de 3 000 euros par application de l'article 700 du code de procédure civile.

Mme X a subi le 7 juillet 2006 une chirurgie de plastie abdominale avec liposuccion effectuée par le docteur Y, chirurgien plasticien. Une formation anéchogène liquidienne étalée sur l'ensemble de la paroi abdominale ayant été constatée, une seconde intervention a été réalisée par le docteur Y le 6 juillet 2007.

S'estimant insatisfaite du résultat et considérant les suites opératoires mal gérées, Mme X a sollicité le Docteur Z qui lui a proposé une reprise chirurgicale programmée pour 2010. Cette dernière intervention l'a pleinement satisfaite.

Auparavant, Mme X avait été examinée le 25 novembre 2008 par le Docteur ... dont l'expertise amiable avait été diligentée par sa protection juridique. Celui-ci a estimé que le résultat était insuffisant de même que le suivi post-opératoire.

Mme X a alors sollicité une mesure d'expertise judiciaire en référé qui a été ordonnée le 9 novembre 2010, le docteur ... étant commis pour y procéder. L'expert a déposé son rapport le 26 juillet 2010. Ce rapport conclut à des soins conformes aux règles de l'art et aux données acquises de la science ainsi qu'à l'absence de lésions inhabituelles imputables aux interventions litigieuses.

Par acte du 13 septembre 2011, Mme X, sur le fondement de l'article 1147 du Code civil et contestant les conclusions du rapport d'expertise judiciaire, a fait assigner le docteur Y ainsi que la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube devant le tribunal de grande instance de Troyes aux fins de voir condamner le docteur Y au paiement des sommes de 23 546,03 € en réparation de son préjudice et de 3 000 € par application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

Le docteur Y, se prévalant des conclusions du rapport d'expertise judiciaire, a conclu principalement au rejet des demandes et, subsidiairement, à la réduction de celle-ci à de plus justes proportions.

La caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube, estimant la responsabilité du docteur Y engagée, a sollicité le remboursement de ses débours provisoires ainsi que la condamnation du docteur Y au paiement de l'indemnité forfaitaire de frais de gestion s'élevant à 997 € ainsi qu'au paiement d'une somme de 1 500 € par application de l'article 700 du code de procédure civile.

Par jugement du 31 mai 2013, le tribunal de grande instance de Troyes a :

- condamné le docteur Y à payer à Mme X à titre de dommages et intérêts la somme de 8 946,03 € en réparation de son préjudice corporel et la somme de 2 000 € en réparation de son préjudice moral,
- condamné le docteur Y à payer à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube les somme de 3 279,16 € au titre de ses prestations provisoires et sous réserve des prestations à venir avec intérêts au taux légal à compter des premières conclusions du 2 novembre 2011 et de 997 € au titre des frais de gestion,
- condamné le docteur Y à payer à Mme X la somme de 1 500 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,
- ordonné l'exécution provisoire du jugement,
- condamné le docteur Y aux dépens avec application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

Le tribunal, rappelant qu'en matière de chirurgie esthétique le chirurgien est tenu à une obligation de moyen renforcée, a estimé qu'il était patent que la réduction quasi complète de la paroi abdominale de Mme X, sans aucune séquelle ou complication n'était ni irréaliste ni irréalisable contrairement à ce qu'avait conclu l'expert judiciaire. L'intervention du Docteur Z n'ayant eu lieu qu'un peu plus de quatre mois seulement après la réunion d'expertise, le tribunal en a déduit qu'il existait donc une marge de progression très sensible sur le plan esthétique qui avait été totalement déniée par l'expert.

Le docteur Y a interjeté appel.

Selon ses dernières conclusions notifiées le 16 décembre 2013 et au visa de l'article L 1142-1 du code de la santé publique, il sollicite l'infirmation de la décision entreprise et demande à la cour de:

- principalement, débouter Mme X et la caisse primaire d'assurance-maladie de l'intégralité de leurs demandes,
- condamner Mme X à lui payer la somme de 2 000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile,
- condamner Mme X aux entiers dépens avec application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile,
- subsidiairement réduire les sommes allouées à Mme X à de plus justes proportions et débouter la caisse primaire d'assurance-maladie de ses demandes.

Selon ses dernières conclusions notifiées le 24 octobre 2013, Mme X conclut principalement à la confirmation intégrale du jugement déféré et, subsidiairement, demande à la cour d'ordonner une nouvelle mesure d'expertise judiciaire aux frais avancés de l'appelant. En tout état de cause, elle demande la condamnation du docteur Y à lui verser une somme de 2500 € par application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

Selon ses dernières conclusions notifiées décembre 2013, la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube conclut à la confirmation du jugement entrepris en ce qu'il a statué sur la responsabilité du docteur Y et demande à la cour de :

- condamner celui-ci à lui verser la somme de 4 015,54 € correspondant à ses débours définitifs et ce à compter de ses premières conclusions du 2 novembre 2011,
- condamner le docteur Y à lui verser la somme de 1 015 € au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion,
- condamner le docteur Y à lui verser la somme de 1 500 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,
- condamner le docteur Y aux entiers dépens avec application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

### SUR CE

### Sur la responsabilité

Au soutien de son appel, le docteur Y invoque les conclusions du rapport d'expertise judiciaire qui relèvent des soins conformes aux règles de l'art et aux données acquises de la science. Il ajoute que les complications d'œdème constituent des aléas thérapeutiques et qu'il n'a commis aucune faute en soulignant qu'aucun dire n'a été adressé par Mme X à l'expert judiciaire. Il soutient que le rapport d'expertise amiable ne lui est pas opposable car non contradictoire et qu'il a respecté scrupuleusement son devoir d'information du patient. Il rappelle que le médecin n'est astreint qu'à une obligation de moyen et ne peut donc voir sa responsabilité engagée du seul fait que le résultat atteint ne correspond pas au résultat escompté. Il précise qu'il a accompli un acte de chirurgie à visée reconstructive et plastique selon la nomenclature de l'assurance-maladie qui a pris l'intervention en charge et qui n'avait donc pas le même but que l'intervention pratiquée par le Docteur Henyon, référencée par l'assurance-maladie comme un acte à visée esthétique. Il conteste en particulier l'indemnisation distincte du préjudice moral alors que celui-ci est déjà inclus dans les souffrances endurées. S'agissant des débours de la caisse primaire d'assurance-maladie, il observe que celle-ci aurait exposé les mêmes débours si Mme X avait été satisfaite du résultat de sorte qu'elle ne peut en solliciter le remboursement par le docteur Y.

Mme X réplique que l'expertise amiable a été versée au débat et donc a pu être discutée de manière contradictoire en soulignant de plus qu'elle a été sollicitée dans le but de voir ordonner en référé une mesure d'expertise judiciaire. Elle rappelle qu'elle a clairement sollicité le docteur Y dans un but esthétique de sorte que si l'intervention pratiquée devait être effectivement différente de celle pratiquée par le Docteur Z, le docteur Y aurait gravement manqué à son devoir d'information. Elle précise que le contrat portait bien sur une intervention de nature esthétique pour supprimer son ventre « en besace ». Elle invoque l'absence totale de résultat des deux opérations en remarquant que l'expertise judiciaire a été réalisée avant l'intervention du Docteur Z de sorte que l'expert judiciaire n'en a pas connu les résultats. Elle considère que l'appréciation de l'expert judiciaire est basée uniquement sur le fait que le docteur Y avait codifié son acte comme un acte thérapeutique reconstructif sans se préoccuper de rechercher la véritable nature du contrat passé, ce qui lui a évité évidemment de conclure au ratage complet des interventions sur le plan esthétique. Elle ajoute que les conclusions de l'expertise judiciaire aux termes desquelles l'état actuel de Mme X n'était pas susceptible d'être amélioré par une reprise chirurgicale sont clairement démenties par les résultats parfaits de la dernière intervention ayant eu lieu cinq mois après. Elle insiste également sur la réalité de son préjudice moral pour avoir dû exposer son corps à tous les intervenants.

En application de l'article 1147 du Code civil, le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part.

En application de l'article L 1142-1 I du code de la santé publique, hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Mme X a été adressée au Docteur Y par sa diététicienne informant le chirurgien que la patiente était en demande d'une prise en charge esthétique suite notamment à un régime et trois grossesses (pièce n° 2 de Mme X). Un devis non daté a ensuite été signé par Mme X pour une plastie abdominale (QBFA 012), l'intervention devant être réalisée à la clinique du pays de Seine à Romilly sur Seine le 7 juillet 2006 (pièce n° 3 de Mme X).

Selon la nomenclature des actes médicaux publiée au journal officiel du 30 mars 2006 suite à la décision du 11 mars 2015 de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie, l'acte QBFA 012 concerne une « dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic, lipoaspiration de l'abdomen et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen ».

Le compte rendu opératoire (page 9 du rapport d'expertise judiciaire) est rédigé de la manière suivante : « plastie abdominale pour abdomen en besace (entente préalable). Patiente en décubitus dorsal. Port de bas anti thrombose, jambes repliées. Désinfection à la Bétadine jaune. Incision sur le dessin établi au-dessus du pubis après repère en position debout. Lipoaspiration à l'étage sus-ombilical technique d'Illouz à canule n° 5. Décollement cutanéo-graisseux selon les limites fixées. Hémostase soigneuse. L'ombilic est isolé. Exérèse de l'excès cutanéo-graisseux, aucun geste nécessaire au niveau des grands droits. Décollement cutanéo-graisseux au-dessus de l'ombilic. On vérifie que le lambeau supérieur vient bien et sans aucune tension. Plastie des grands droits au monocryl 3/0. Pose de deux redons aspiratifs au niveau du pubis. Fermeture en deux plans au monocryl 4/0 et surjet ID. Extériorisation de l'ombilic sur la ligne médiane, à hauteur des crêtes iliaques. Suture au monocryl 4/0. Stéristrips américains, Hypafix, gaine abdominale. Port d'une ceinture de contention abdominale + Lovenox 0,2 ml/jour + antibiotiques »

Selon le rapport d'expertise médicale judiciaire, l'aspect du ventre de Mme X correspond typiquement à celui d'une plastie abdominale, avec les cicatrices correspondantes. Il s'agit d'une cicatrice horizontale, mesurant 39 cm de long d'une épine iliaque à l'autre, relativement fine (moins de 2 mm dans sa plus grande largeur) sauf à son extrémité externe gauche, où la désunion localisée a laissé une cicatrice déprimée longue de 2,5 cm et large de 1,5 cm. L'expert constate que chaque extrémité de cette cicatrice est le siège d'une « oreille » (ou bourrelet en relief) d'environ 5

cm de long. L'expert constate également suite à l'abdominoplastie une cicatrice circulaire autour de l'ombilic, très fine, et également blanche et souple, l'ombilic se situant à 16 cm de l'appendice xiphoïde et à 8 cm de la cicatrice horizontale précédente.

Selon l'expert judiciaire, il n'existe pas de préjudice esthétique, la comparaison des photographies pré opératoires avec les photos actuelles montrant en effet que la peau du ventre a été indiscutablement retendue puisque de face comme de profil l'aspect de besace sus-pubienne a disparu. L'expert relève en outre que la cicatrice sous costale droite initiale se retrouve actuellement en position para-ombilicale, ce qui témoigne clairement de l'étendue de la pièce de résection. L'expert rappelle que la plastie abdominale n'est pas une méthode d'amaigrissement et qu'elle ne peut prétendre qu'à remettre en tension les téguments distendus, au prix d'inévitables cicatrices. Il considère que c'est bien ce qui a été fait à Mme X et que c'est aussi pour cela qu'elle a été adressée au Docteur Y par sa diététicienne. Il concède cependant que subsiste encore de petites imperfections, qui correspondent aux « oreilles » cicatricielles et à l'élargissement très localisé de la cicatrice à sa partie gauche. Il souligne que la bénignité et la fréquence de ces imperfections, facile à corriger sous anesthésie locale, ne doit pas faire oublier l'amélioration obtenue sur l'ensemble de la paroi abdominale retendue de façon incontestable mais moins spectaculaire que Mme X imaginait.

Cependant, en se focalisant sur l'aspect retendu de l'abdomen de Mme X et si certes l'abdominoplastie n'est pas une méthode d'amaigrissement, l'expert omet de se prononcer sur la qualité de la liposuccion pratiquée par le Docteur Y alors que cet acte est bien inclus dans l'acte QBFA 012 de la nomenclature de l'assurance-maladie pour lequel il a sollicité une prise en charge de la caisse.

En outre, si le Docteur Y indique que selon la fiche de la société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique relative à la plastie abdominale, le but d'une telle intervention est d'enlever la peau la plus abîmée et de retendre la peau saine périphérique, cette fiche ajoute que l'on peut y associer dans le même temps un traitement de la surcharge graisseuse localisée par lipoaspiration.

De plus, il est faux d'affirmer que Mme X a été adressée au Docteur Y dans le seul objectif de retendre son abdomen puisque, ainsi que le montre le courrier de la diététicienne évoqué ci-dessus, Mme X était en demande d'une prise en charge esthétique globale suite à un amaigrissement et trois grossesses.

Il est d'autant plus dommageable que l'expert judiciaire ne se soit pas prononcé sur la qualité de la liposuccion pratiquée par le Docteur Y alors que lors de l'intervention pratiquée le 22 novembre 2010, le Docteur Z a encore pu retirer 800 CC de lipides abdominaux, ce qui a contribué au résultat escompté par Mme X.

En outre, selon la même fiche de la SOFCPRE au nombre des imperfections de résultat de cette intervention figurent les petits excès cutanés locaux accessibles à une retouche chirurgicale sous anesthésie locale ou anesthésie locale approfondie à partir du 12° mois postopératoire en ambulatoire. Or, l'expert judiciaire a bien constaté des « oreilles » cicatricielles accessibles, selon ses termes, à une retouche.

Si les photographies figurant dans l'exemplaire du rapport d'expertise judiciaire communiqué par le Docteur Y sont illisibles, l'exemplaire qui en est communiqué par Mme X en montre clairement l'aspect boursouflé et disgracieux, cf en particulier page 16 du rapport d'expertise, nettement atténué suite au geste pratiqué par le Docteur Z (pièces n°19 de Mme X).

Or, ayant dû réintervenir le 6 juillet 2007 pour évacuation d'une collection lymphatique enkystée, il est incompréhensible que le Docteur Y n'ait pas proposé à Mme X ce geste de reprise simple de ces cicatrices.

Les moyens mis en œuvre par le Docteur Y pour parvenir au résultat escompté par sa patiente ont donc été insuffisants.

Enfin, si l'expert judiciaire conclut à l'impossibilité d'améliorer l'état de Mme X car il n'existe plus d'excédent cutanéo-graisseux suffisant pour proposer raisonnablement une nouvelle résection, une fois de plus cette conclusion passe sous silence la possibilité de réaliser un complément de lipoaspiration, geste couramment associé à l'abdominoplastie tant il est vrai qu'il n'y aurait pas de sens à retendre les tissus sans retirer l'excédent cutanéo- graisseux, raison pour laquelle cet acte est bien pris en charge par l'assurance-maladie dans le cadre de l'acte QBFA 012.

Dès lors, si aux termes du rapport d'expertise judiciaire les soins prodigués par le Docteur Y à Mme X ont été prudents, diligents et conformes aux données acquises de la science, le respect de ces obligations, qui incombent à tout chirurgien, ne saurait exonérer le chirurgien esthétique de l'insuffisance des moyens mis en œuvre qui est constitutive d'une faute de nature à engager sa responsabilité.

Par ailleurs, si le Docteur Y soutient que l'acte qu'il a accompli n'aurait eu qu'une visée reconstructrice et que celui accompli ultérieurement par le Docteur Z serait lui de nature plastique et esthétique, outre qu'il ne s'explique pas sur la spécificité technique de chacun des deux gestes, cette affirmation relève d'une évidence puisque le Docteur Z n'a été amené qu'à terminer le travail laissé inachevé par le Docteur Y.

La cour relève au demeurant que Mme X a sollicité le Docteur Y pour un acte à visée esthétique. Si celui-ci prétend que l'intervention proposée n'avait qu'une visée reconstructrice, il lui appartient de justifier qu'il a dispensé à sa patiente une information adéquate notamment quant au résultat qu'elle était en droit d'attendre de cette intervention, dans le but d'éclairer parfaitement le consentement de sa patiente à cet acte de chirurgie importante.

En effet, en application de l'article L1111-2 du code de la santé publique, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

En outre, selon l'article L6322-2 du même code, pour toute prestation de chirurgie esthétique, la personne concernée, et, s'il y a lieu, son représentant légal, doivent être informés par le praticien responsable des conditions de l'intervention, des risques et des éventuelles conséquences et complications. Cette information est accompagnée de la remise d'un devis détaillé.

Selon la pièce n° 3 communiquée par l'appelant, Mme X a accepté un devis concernant un acte chirurgical à visée plastique pour une plastie abdominale (QBFA 012). Outre que ce document contredit l'affirmation du Docteur Y selon laquelle l'intervention n'aurait eu qu'une visée reconstructrice, ce devis, réduit à sa plus simple expression, ne peut en aucun cas constituer le devis détaillé exigé par les dispositions légales.

En outre le 9 juin 2006 (pièce n° 4 de Mme X), la patiente a signé un formulaire de consentement éclairé mutuel rédigé de la manière suivante :

« je soussignée, Mme X certifie donner mon accord au Docteur Y pour l'intervention chirurgicale suivante : plastie abdominale sous anesthésie générale prévue le 7 juillet 2006 à la clinique du pays de Seine (10100 Romilly sur Seine). Arrêt de travail prévisible de 15 jours pouvant faire l'objet d'un remboursement de prestations journalières par l'assurance-maladie. J'affirme avoir bien compris la taille et la position des cicatrices : oui. Je confirme que les complications inhérentes à tout acte chirurgical ont été expliquées (parmi les plus courantes et sans exhaustivité) : complications spécifiques à l'anesthésie générale (allergie possible, coma, décès... Tout cela sera discuté lors de la consultation d'anesthésie obligatoire quelques jours avant l'intervention, hématome, nécrose

tissulaire localisée, infection (locale de la plaie opératoire, générale: exceptionnelle (septicémie), phénomènes thrombo-emboliques (phlébite ou embolie pulmonaire); les cicatrices évoluent sur une période de 18 à 24 mois. Elles sont souvent rouges et épaisses dans les trois à neuf mois qui suivent l'opération; des massages sont parfois nécessaires. Elles ne doivent pas être exposées au soleil pendant une période de 12 à 18 mois. J'atteste que le Docteur Y a répondu à toutes mes questions, m'a remis une fiche détaillée concernant l'intervention et j'estime avoir compris le déroulement et les risques de cet acte chirurgical. Fait à Romilly le 9 juin 2006. »

Il ne résulte nullement de ce document que Mme X ait été informée du résultat qu'elle était en droit d'attendre de l'intervention, limité aux dires du Docteur Y.

En conséquence, par application des dispositions légales ci-dessus rappelées, en méconnaissant son devoir d'information de sa patiente, le Docteur Y a également commis une faute de nature à engager sa responsabilité.

Le jugement déféré sera donc confirmé en ce qu'il a retenu la responsabilité du Docteur Y.

Sur le préjudice

sur le préjudice de Mme X

Le Docteur Y prétend qu'il n'a pas à indemniser Mme X au titre du déficit fonctionnel temporaire, les deux interventions subséquentes étant liées à des accidents thérapeutiques. Pour autant, comme l'a exactement relevé le premier juge, Mme X a dû subir trois interventions supplémentaires sur une période de quatre ans pour obtenir un résultat qui, en dépit des aléas thérapeutiques ,pouvait logiquement être atteint après une seule intervention en l'absence de preuve contraire.

Pour la même raison, il est justifié d'indemniser Mme X de sa perte de revenus occasionnés par la troisième intervention pratiquée par le Docteur Z, dont les honoraires sont justifiés par la pièce n° 12 de Mme X, qui n'aurait pas dû avoir lieu si le Docteur Y avait respecté ses obligations.

Quant au préjudice esthétique, au vu des pièces communiquées montrant des cicatrices disgracieuses en « oreilles », et quand bien même il est à ce jour effacé par l'intervention du Docteur Z, il ne saurait être nié.

Aucun élément du dossier ne justifie de remettre en cause l'évaluation du premier juge sur les différents postes de préjudice.

Le préjudice moral subi par la patiente dans la sphère de l'intime exposé à tous les intervenants d'une procédure judiciaire justifie une indemnisation distincte de celle des souffrances endurées.

Le jugement déféré sera confirmé.

Sur les demandes de la caisse primaire d'assurance-maladie

Comme l'a exactement relevé le premier juge, il doit être fait droit à la demande de la caisse primaire d'assurance-maladie qui a accepté de prendre en charge l'intervention dès lors que la responsabilité du Docteur Y, dont les interventions ont été inefficaces, est retenue.

La caisse primaire d'assurance-maladie communiquant à hauteur de cour le relevé définitif de ses débours arrêtés à la date du 26 novembre 2013 (sa pièce n° 2), le jugement sera cependant infirmé sur le montant des prestations que le Docteur Y sera condamné à rembourser à l'organisme social.

Le Docteur Y sera donc condamné à payer à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube la somme de 4 015,54 € outre une somme de 1 015 € au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion de l'article L376-1 du code de la santé publique de sorte qu'elle doit être déboutée de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

### Sur les demandes accessoires

Le jugement déféré sera confirmé en ce qu'il a statué sur l'article 700 du code de procédure civile ainsi que sur les dépens.

Le Docteur Y sera débouté de sa demande au titre des frais irrépétibles exposés à hauteur d'appel puisque tenu des dépens de l'instance d'appel qui donneront lieu à application des dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

Il sera également condamné à verser à Mme X la somme de 1 500 € au titre de ses frais irrépétibles d'appel.

PAR CES MOTIFS,

Statuant publiquement et contradictoirement,

Infirme partiellement le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Troyes le 31 mai 2013, Et, statuant à nouveau,

Condamne le Docteur Y à verser à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube la somme de 4 015,54 € en remboursement de ses débours définitifs,

Condamne le Docteur Y à verser à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube la somme de 1 15 € au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion,

Confirme le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Troyes le 31 mai 2013 pour le surplus,

Et, y ajoutant,

Déboute le Docteur Y de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Déboute la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Aube de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Condamne le Docteur Y à verser à Mme X la somme de 1 500 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Condamne le Docteur Y aux dépens de l'instance d'appel qui seront recouvrés conformément à l'article 699 du code de procédure civile.

# Décrets, arrêtés, circulaires

# TEXTES GÉNÉRAUX

# MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public

NOR: AFSS1528192D

**Publics concernés :** personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée.

**Objet :** affiliation au régime général les personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Notice: le décret précise la liste des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public en application de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Il permet d'affilier ces personnes au régime général de la sécurité sociale ou, sur option, de rattacher les rémunérations de l'activité occasionnelle de service public à celles tirées d'une activité effectuée en qualité de travailleurs indépendants. Il prévoit la possibilité pour l'employeur des personnes salariées participant occasionnellement à des missions de service public, de verser à l'employeur « habituel » de celles-ci la somme correspondant à la rémunération et aux cotisations salariales et patronales dues lorsque la mission de service public constitue le prolongement de leur activité salariée et que l'employeur « habituel » maintient en tout ou partie la rémunération, sous réserve de l'accord de celui-ci ainsi que du salarié. Il précise les modalités déclaratives et de paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de la mission de service public.

**Références**: le décret est pris pour l'application de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Le décret ainsi que les dispositions des textes qu'il modifie peuvent être consultés sur Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr/).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 134-7, L. 232-20;

Vu le code du cinéma et de l'image animée, notamment ses articles 211-157, 212-55, 312-60 et 411-70;

Vu le code civil :

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles R. 632-16 à R. 632-20;

Vu le code de l'environnement, notamment ses articles L. 123-4, L. 214-1 à L. 214-6, R. 123-25 à R. 123-27, R. 214-1 et R. 211-23 ;

Vu le code de l'expropriation pour cause d'utilité publique, notamment son article R. 111-6;

Vu le code général des impôts;

Vu le code pénal, notamment son article 131-36-4;

Vu le code de procédure civile ;

Vu le code de procédure pénale, notamment son article R. 92;

Vu le code de la route, notamment ses articles R. 221-11 ou R. 226-2;

Vu le code rural et de la pêche maritime ;

Vu le code de la santé publique;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment le 21° de l'article L. 311-3;

Vu le code du sport, notamment ses articles L. 241-4 et R. 232-10;

Vu le code du travail;

Vu la loi nº 95-125 du 8 février 1995 modifiée relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative ;

Vu la loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 74-930 du 6 novembre 1974 modifié portant organisation de la tutelle d'Etat et de la curatelle d'Etat ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 15 décembre 2015 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales en date du 16 décembre 2015 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 16 décembre 2015;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 17 décembre 2015 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du17 décembre 2015 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 18 décembre 2015 :

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 2 décembre 2015,

#### Décrète :

- **Art.** 1<sup>er</sup>. Au chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre troisième du code de la sécurité sociale, il est inséré cinq articles ainsi rédigés :
- « Art. D. 311-1. Les personnes qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif au sens des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 sont :
- « 1° Les personnes contribuant au contrôle judiciaire ou au sursis avec mise à l'épreuve, médiateurs du procureur de la République, délégués du procureur de la République, interprètes, traducteurs énumérés au 3° de l'article R. 92 du code de procédure pénale, au titre des indemnités versées par le service centralisateur ou le service d'administration régionale du ministère de la justice en application de l'article R. 91 du même code ;
- « 2° Les enquêteurs sociaux en matière pénale pour les activités rémunérées en application du 1° de l'article R. 121-1 du code de procédure pénale ;
- « 3° Les médecins experts, les rapporteurs et les médecins qualifiés mentionnés aux articles R. 141-1, R. 143-27 et R. 143-28 du code de la sécurité sociale au titre des honoraires versés par les caisses d'assurance maladie et de retraite et la caisse du régime social des indépendants en application du troisième alinéa de l'article R. 141- 7 et R. 144-14 du même code ;
- « 4º Les médecins experts de la commission centrale ou des commissions départementales d'aide sociale désignés par le préfet ou le président du conseil général en application de l'article L. 134-7 du code de l'action sociale et des familles, et les médecins consultés par les commissions départementales d'aide sociale en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 232-20 du même code, au titre des rémunérations versées par l'Etat en application de l'article R. 134-12 du même code;
- « 5° Les médecins agréés par le préfet ou les médecins membres des commissions médicales départementales ou interdépartementales du permis de conduire mentionnés aux articles R. 226-1, R. 226-2 et R. 221-11 du code de la route au titre des frais médicaux pris en charge par les usagers en application des articles L. 223-5 et L. 224-14 du même code ;
- « 6° Les médecins et les vétérinaires mentionnés aux articles L. 232-12 et L. 241-4 du code du sport exerçant des contrôles dans le cadre de la lutte contre le dopage, au titre des rémunérations versées par l'Agence française de lutte contre le dopage en application de l'article R. 232-10 du même code ;
- « 7° Les commissaires enquêteurs mentionnés à l'article L. 123-4 du code de l'environnement, à l'article R. 1322-18 du code de la santé publique et à l'article R. 111-4 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique, au titre des indemnités versées par le maître d'ouvrage, en application des articles R. 111-6, R. 111-7, R. 111-8 et R. 111-9 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ;
- « 8° Les hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique mentionnés à l'article R. 1321-14 du code de la santé publique, pour les avis qui leur sont demandés en application du 5° de l'article R. 1321-6, du 5° de l'article R. 1322-5, des articles R. 1322-12, R. 1322-13, R. 1322-17, R. 1322-24 et R. 1322-25 du code de la santé publique et de l'article R. 2213-32 du code général des collectivités territoriales ainsi que pour les missions réalisées au titre des articles L. 1331-1 à L. 1331-7 et L. 1331-10 du code de santé publique, des articles L.214-1 à L.214-6, de l'article R.214-1 et de l'article R.211-23 du code de l'environnement et L. 2224-8 du code général des collectivités territoriales, au titre des indemnités qui leur sont versées par le demandeur d'autorisation ;
- « 9° Les membres des commissions et des comités de lecture du centre national du cinéma et de l'image animée mentionnés aux articles 211-157, 212-55, 312-60 et 411-70 du code du cinéma et de l'image animée au titre des rémunérations ou indemnités qui leur sont versées par le centre national de la cinématographie ;
- « 10° Les médecins coordonnateurs mentionnés à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique et intervenant dans le cadre d'une injonction de soins mentionnée à l'article 131-36-4 du code pénal et aux articles 723-30 et 731-1 du code de procédure pénale, au titre de la prise en charge par les agences régionales de santé des dépenses afférentes à leur intervention en application des dispositions de l'article L. 3711-4 du code de la santé publique ;
- « 11° Les praticiens agréés-maîtres de stage des universités mentionnés aux articles R. 632-16 à R. 632-20 du code de l'éducation et à l'article R. 6153-46 du code de la santé publique au titre des honoraires ou des indemnités forfaitaires pédagogiques et pour perte de gain versées par les unités de formation et de recherche des universités concernées en application de l'arrêté du 18 juin 2009 modifié pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 et de l'arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine ;

- « 12° Les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires mise en œuvre par les agence régionales de santé en application de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique au titre des rémunérations à l'acte ou forfaitaire déterminées par les agences régionales de santé et versées par les caisses primaires d'assurance maladie en application de l'article R. 6315-6 du même code et de l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- « 13° Les administrateurs des associations de gestion agréée et des centres de gestion agréée mentionnés aux articles 371 A et 371 M de l'annexe II, et 1649 *quater* C et F du code général des impôts, au titre de leurs fonctions électives et des indemnités forfaitaires versées par ces organismes selon les règles posées par les différentes réglementations professionnelles et le bulletin officiel des finances publiques ;
- « 14° Les professionnels de santé salariés et non salariés en leur qualité de membre de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu mentionné aux articles L. 4021-1, R. 4021-4 du code de la santé publique, des commissions scientifiques indépendantes mentionnées aux articles L. 4133-2, L. 4143-2, L. 4153-2 et L. 4236-2 du même code et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales mentionnée à l'article R. 4021-24 du même code, au titre des indemnités forfaitaires versées par ces instances en application des dispositions de l'article R. 4021-5 du même code ;
- « 15° Les médecins agréés pour siéger au sein des comités médicaux, désignés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et mentionnés à l'article R. 3132-5 du code de la santé publique, chargés par l'administration ou par les comités médicaux et les commissions de réforme d'effectuer des contre-visites et expertises, au titre des honoraires ou indemnités versées par les administrations intéressées en application de l'article 53 du décret précité;
- « 16° Les membres des organismes de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 231-12 et L. 611-17, au titre des indemnités pour perte de gains versées par les organismes ou du maintien de leur salaire ;
- « 17° Les administrateurs des institutions de retraite complémentaire et de prévoyance mentionnées aux articles L. 922-1 et L. 931-1, au titre des indemnités pour pertes de gain versées par les institutions ou du maintien de leur salaire en application des articles R. 922-26 et R. 922-26 ;
- « 18° Les administrateurs de l'école nationale supérieure de sécurité sociale mentionnée à l'article R. 123-8, au titre des indemnités pour perte de gains versées par l'école ou du maintien de leur salaire, en application de l'article R. 123-13 ;
- « 19° Les membres élus de la Caisse nationale et des sections professionnelles d'assurance vieillesse des professions libérales mentionnées aux articles L. 641-2 et L. 641-5 au titre des indemnités pour perte de gains versées par la caisse en application des articles L. 623-1 et D. 623-26;
- « 20° Les membres élus de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1, au titre des indemnités versées par la caisse en application de l'article R. 723-7;
- « 21° Les membres élus des chambres consulaires mentionnées à l'article 5-1 du code de l'artisanat et à l'article L. 710-1 du code de commerce, au titre des indemnités qui leur sont versées par les chambres en application de l'article 18 du code de l'artisanat et R. 712-1 du code de commerce ;
- « 22° Les membres ainsi que les experts de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux mentionné aux articles L. 1142-22 et L. 1142-24-4 du code de la santé publique, au titre des indemnités de fonctions ou forfaitaires versées par l'office en application des articles R. 1142-44 et R. 1142-63-4 du même code ;
- $\ll 23^\circ$  Les membres élus des conseils de prud'hommes représentants les employeurs mentionnés aux articles L. 1411-1, L. 1423-2 et R. 1423-1 du code du travail, au titre des allocations et vacations horaires versées par le conseil en application de l'article D. 1423-57 du même code ;
- « 24° Les personnes recrutées à titre temporaire en vue de procéder aux opérations de recensement de la population en application du décret n° 2003-485 du 5 juin 2003, aux enquêtes de recensement agricole en application des décrets n° 69-600 du 13 juin 1969 et n° 2000-60 du 24 janvier 2000 ou aux opérations de recensement destinées à permettre de procéder à l'établissement du cadastre viticole prévues par le décret n° 53-977 du 30 septembre 1953, au titre de la rémunération versée par questionnaire ou de la rémunération à la journée.
- « Art. D. 311-2. Les cotisations dues au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1 et à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, et le versement mentionné aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales sont calculés sur les rémunérations versées aux personnes mentionnées à l'article D. 311-1 mensuellement ou pour chaque acte ou mission ou, le cas échéant, par nombre de personnes suivies annuellement. Le taux des accidents du travail et maladies professionnelles est celui applicable aux services extérieurs des administrations, aux collectivités territoriales, et à l'administration hospitalière, y compris leurs établissements publics et établissements publics médico-sociaux. Ce taux est également applicable lorsque la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée dans le cas de l'accord mentionné à l'article D. 311-3.
- « Art. D. 311-3. L'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public est chargé du versement des cotisations et contributions sociales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sous réserve des dispositions de l'article D. 311-4.
- « Toutefois, pour les personnes mentionnées aux 3° et 4°, aux 10° à 12°, aux 14° et 15° ainsi qu'au 22° de l'article D. 311-1, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée cette activité salariée peut, sous réserve d'un accord écrit et préalable passé avec le salarié et l'organisme mentionné au premier alinéa, verser la rémunération et les cotisations et contributions de sécurité sociale afférentes. L'employeur habituel assure le précompte des

cotisations et contributions mentionnées à l'article D. 311-2 aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

- « L'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public verse à l'employeur habituel les sommes et les cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre de cette mission, selon les modalités prévues dans l'accord écrit. Celui-ci doit notamment comprendre les éléments relatifs aux modalités de remboursement, aux échéanciers de paiement et à la mise en cause de la responsabilité en cas de retard ou de non paiement. L'accord écrit et un état récapitulatif comprenant le décompte des sommes et des cotisations et contributions dues doivent être tenus à la disposition des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
- « Les cotisations et contributions mentionnées aux premier et deuxième alinéas sont recouvrées et contrôlées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.
- « Art. D. 311-4. A l'exception de celles mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 311-1, les personnes relevant de l'article L. 621-3 peuvent demander le rattachement des sommes tirées de la mission de service public à leurs revenus tirés d'activité non salariée. Dans ce cas, elles fournissent à l'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public une attestation de rattachement au régime dont elles relèvent au titre de leur activité non salariée. Cette demande de rattachement prend effet à la date de la présentation de cette attestation à l'organisme auprès duquel elles sont intervenues et vaut jusqu'au 30 juin de l'année suivante. Sauf dénonciation par le travailleur indépendant avant le 30 juin, elle est tacitement reconduite. La dénonciation prend effet au 30 juin suivant sa réception.
- « Les personnes qui ont fait la demande de rattachement versent les cotisations et contributions sociales dont elles sont redevables sur l'ensemble des revenus et rémunérations perçus au titre de leur activité non salariée et de l'activité mentionnée à l'article D. 311-1 aux régimes auxquels elles sont affiliées.
- « Les montants perçus au titre de la participation à la mission de service public doivent figurer dans la déclaration de revenus mentionnée à l'article R. 115-5.
- « L'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public transmet aux organismes de sécurité sociale des régimes des personnes relevant de l'article L. 621-3 concernés les montants bruts des sommes versées au titre de cette mission, une fois par an, et au plus tard le 5 ou le 15 janvier de l'année civile suivant la période au cours de laquelle a été effectuée la mission de service public. »
- « Art. D. 311-5. Les articles D. 311-2 à D. 311-4 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article D. 741-99 742-3-2 du code rural et de la pêche maritime. »
  - Art. 2. Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

Il est rétabli un article D. 741-99 ainsi rédigé :

- « Art. D. 741-99. I. Les articles D. 311-2 à D. 311-4 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes relevant des régimes de protection sociale agricole qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution de missions de service public à caractère administratif sous les réserves suivantes :
- « La référence aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux caisses de mutualité sociale agricole ;
- « La référence à l'article R. 115-5 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article D. 731-37 du présent code.
  - « II. Les personnes mentionnées au I sont les suivantes :
- « 1° Les membres élus des chambres d'agriculture mentionnés à l'article R. 511-6, au titre des indemnités forfaitaires versées par les chambres en application de l'article D. 511-85 ;
- $^{\circ}$  Les membres élus des organismes de mutualité sociale agricoles mentionnés à l'article L. 723-1, au titre des indemnités forfaitaires versées par les organismes en application de l'article L. 723-37. »
- **Art. 3.** Le décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 modifié portant rattachement de certaines activités au régime général est abrogé.
- **Art. 4.** Les dispositions du présent décret entrent en vigueur pour les cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.
- **Art. 5.** Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 décembre 2015.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine

Le ministre des finances et des comptes publics, Michel Sapin

Le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement, Stéphane Le Foll

> Le secrétaire d'Etat chargé du budget, Christian Eckert

## **COUR D'APPEL DE**

## ÉLÉMENTS DE CALCUL DES FRAIS D'EXPERTISE JUDICIAIRE EN MATIÈRE CIVILE (\*) 2014

## I - <u>VACATIONS HORAIRES</u> (hors taxe)

Spécialités	Consignation moyenne	vacation horaire	
		minimale	maximale
Agriculture - agro-alimentaire - animaux - forêts	1400	80	100
Architectes et ingénieurs du bâtiment et des travaux publics	2750	90	110
Autres professionnels du bâtiment et des travaux publics	1400	60	90
Bâtiment - référé préventif	3000	70	110
Armes - munitions	1100	80	100
Arts - communication - médias	1400	60	90
Automobiles - bateaux de plaisance - mécanique générale	1650	70	110
Ecriture	1100	80	100
Estimations immobilières	2200	80	100
Experts comptables	3000	100	115
Finances - gestion d'entreprise Diagnostics d'entreprises - fiscalité	2000	90	110
Géomètres	2750	80	100
Gestion sociale	1650	90	110
Industrie - électronique - informatique Energie - pollution Mécanique - métallurgie Produits industriels - transports	1650	90	110
Investigations techniques et scientifiques	1650	90	110
Santé vétérinaire	1650	100	120
traducteurs page 30 lignes)		50	70
Interprètes		60	80

<sup>\*</sup> les magistrats taxateurs apprécient souverainement le montant des honoraires des experts dans le respect des dispositions du Code de procédure civile (article 284), les indications portées sur ce tableau ne constituant pas un barème, même indicatif.

<sup>\*</sup> avec majoration éventuelle en tenant compte du nombre de parties

# II - EXPERTISES MÉDICALES

Etablissement du dommage corporel	700
Responsabilité médicale	1300
Expertise particulièrement complexe	vacation horaire 130,00
Expertise psychiatrique	600

## III - <u>DEPLACEMENTS</u>

Indemnité kilométrique	0,70 + péages et parkings sur justificatifs
SNCF	base 2 <sup>ème</sup> classe
Avion	classe économique
Temps consacré aux déplacements	50 % de la vacation horaire HT
Repas	20,00
Nuit d'hôtel	85,00

## IV - FRAIS ANNEXES

Ouverture du dossier	néant
Lettre simple	7,50 (Frais de secrétariat dactylographie et expédition compris)
Lettre recommandée	14,00 (Frais de secrétariat dactylographie et expédition compris)
Dactylographie	8,00 la page (30 lignes)
Secrétariat (poste non cumulable avec les précédents)	30,00 / heure
CDROM	8,00
Photocopies - moins de 500 pages - plus de 500 pages	0,20 0,16
Photocopie couleur (format A4)	0,40
Photocopie couleur	1,20
Télécopie	0,80

## COUR D'APPEL D'AIX-EN-PROVENCE Première Présidence

## HONORAIRES ET FRAIS DES EXPERTS EN MATIERE CIVILE

Eléments d'appréciation pour la fixation des honoraires applicables aux opérations d'expertise non tarifées réalisées après le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (établi en concertation avec l'U.C.E.C.A.A.P)

### I-OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

Ces éléments d'appréciation sont destinés primordialement à **permettre** l'évaluation du coût des mesures d'investigations ordonnées judiciairement, dont les parties au litige doivent être informées dès que possible par l'expert au cours du premier accedit ou au plus tard, au cours du deuxième accedit, comme le rappellent usuellement les missions.

Si la consignation initiale s'avère insuffisante au regard de ces prévisions ou au cours du déroulement de l'expertise, l'expert doit impérativement demander la **consignation de sommes complémentaires** afin que les parties puissent décider de la poursuite ou de l'abandon des opérations expertales en considération de leur coût (art.280 alinéa 2 du code de procédure civile).

Les demandes de taxe doivent être présentées sous forme de **notes détaillées** distinguant honoraires et frais en précisant clairement leur mode de calcul (coût appliqué, nombre d'unités).

Il est rappelé que les demandes de rémunération, accompagnant le dépôt des rapports, sont à communiquer aux parties qui peuvent adresser à l'expert et au juge leurs observations écrites dans un délai de 15 jours à compter de leur réception, l'ordonnance de taxe étant rendue après ce délai.

APPLICATION AU 1/01/2016

## **II-HONORAIRES**

## A-Pour toutes les spécialités

(y compris médicales) autres que l'interprétariat et la traduction, les honoraires sont déterminés à partir d'un prix de vacation horaire à fixer en considération du niveau de technicité et de complexité du travail à effectuer.

Entre 95 et 140 euros hors taxe (rappel 2014 : chiffres identiques)
☐ Celui-ci peut être <u>exceptionnellement dépassé</u> à l'occasion d'expertises particulièrement difficiles réalisées par des experts hautement qualifiés mais seulement si l'expert a avisé les parties et obtenu l'accord du juge.
Le nombre d'heures facturées doit être justifié par <u>un relevé chronologique</u> précis des différentes opérations et diligences avec leur durée.
Les temps de déplacement sont indemnisés sur la base de 50% du taux de vacation horaire (avec un maximum de 8 heures par jour).
La rémunération des collaborateurs dont l'assistance est désormais prévue par les articles 39 et 41 du décret n°2005-1678 du 28 décembre 2005, doit être facturée sur la note de frais et honoraires de l'expert de façon distincte des honoraires de celui-ci, en faisant apparaître le nombre de ces intervenants et de leur activité, leur temps de travail, le tarif appliqué pour chacun d'eux.
L'expert a la responsabilité du paiement de la rémunération du ou des sapiteurs - techniciens choisis par lui dans des spécialités distinctes de la sienne, qu'il a pris l'initiative de consulter - (article 278 du code de procédure civile).
☐ Il est recommandé, notamment si le coût prévisible est élevé, de recueillir les observations des parties, et de solliciter préalablement le versement

## **B-Experts interprètes**

d'une consignation complémentaire d'un montant correspondant.

Coût horaire forfaitaire

**80 euros** hors taxe (rappel 2014 : 80 euros)

## **C-Experts traducteurs**

Coût à la page

58 euros hors taxe (rappel 2014 : 55 euros)

APPLICATION AU 1/01/2016

## **III-DEMATERIALISATION**

Ouverture de l'expertise : 35 € HT
Participation forfaitaire de chaque partie : 10 € HT
Achat d'un certificat logiciel : 15 € HT

## **IV-FRAIS**

## **▶** Dactylographie

9 euros la page

(rappel 2014: 9 euros)

Quel que soit le nombre de lignes, qu'il s'agisse ou non de dactylographie sur support informatique, en tenant compte des pages pouvant être recopiées directement d'un document à l'autre.

Ce tarif est appliqué également pour les pages de reproduction de photographie avec ou sans texte.

## **▶** Photocopies :

0,50 euro pour toute photocopie manuelle, sans limitation de nombre
 0,20 euro pour les photocopies en nombre (rapport, pré-rapport)
 1,00 euro pour les photocopies couleur manuelles
 0,30 euro pour les photocopies couleur en nombre

Il est rappelé que les taux d'indemnisation des frais de dactylographie et de photocopie sont destinés à couvrir l'ensemble des frais de secrétariat et de gestion du dossier d'expertise, lesquels ne peuvent faire l'objet d'une facturation distincte complémentaire.

▶DVD rom **7euros** (documents fournis sur Cd rom ) ► Frais d'affranchissement selon tarif postaux **►** Courriel 0,30 euro **►** Numérisation 0,20 euro **►** Télécopie 0,60 euro ► Frais kilométriques 0,70 euro Repas 18 euros ►Hôtel 120 euros

## V-AUTRES FRAIS: sur justificatifs

\*\*\*\*\*

APPLICATION AU 1/01/2016