

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

COUR D'APPEL DE NANCY

DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE

ARRÊT N° /22 DU 22 SEPTEMBRE 2022

Numéro d'inscription au répertoire général :

N° RG 21/01986 - N° Portalis DBVR-V-B7F-E2JW

Décision déferée à la Cour :

jugement du tribunal judiciaire d'EPINAL, R.G. n° 14/01683, en date du 31 mai 2021

APPELANTE :

Madame [R] [N]

née le [Date naissance 6] 1980 à [Localité 9], de nationalité française, sans emploi, domiciliée [Adresse 7], immatriculée à la CPAM des [Localité 11] sous le n° [XXXXXXXXXXXX04]

Représentée par Me Frédérique MOREL, avocat au barreau de NANCY et ayant pour avocat plaident Me Olivier MARTIN, avocat au barreau d'EPINAL

INTIMÉS :

Monsieur [Y] [L]

né le [Date naissance 5] 1949, de nationalité française, retraité, domicilié [Adresse 8]

Représenté par Me Nicole VILMIN de la SCP VILMIN CANONICA REMY ROLLET, avocat au barreau de NANCY

la société MMA IARD S.A., immatriculée au RCS de LE MANS sous le n° 440 048 882, dont le siège social est [Adresse 1], prise en la personne de son président directeur général M. [B] [O]

Représentée par Me Nicole VILMIN de la SCP VILMIN CANONICA REMY ROLLET, avocat au barreau de NANCY

la MACIF (Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France et des cadres et salariés de l'industrie et du commerce), société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est sis [Adresse 3], représentée par son représentant légal M. [K] [I], directeur général pour ce domicilié audit siège

Représentée par Me Samuel ADAM, avocat au barreau de NANCY

PARTIES INTERVENANTES :

la CPAM DES [Localité 11], organisme de sécurité sociale dont le siège est sis [Adresse 2], prise en la personne de ses représentants légaux domiciliés en cette qualité audit siège

Non représentée bien que régulièrement assignée en intervention forcée aux fins de déclaration d'arrêt commun par l'appelante

par acte de Maître [G] [W], huissier de justice à [Localité 9] en date du 22 décembre 2021

Société d'assurance mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles, immatriculée au RCS de LE MANS sous le n° 775652 126 dont le siège social est [Adresse 1], prise en la personne de son président directeur général M. [P] [A]

Intervenante volontaire,

Représentée par Me Nicole VILMIN de la SCP VILMIN CANONICA REMY ROLLET, avocat au barreau de NANCY

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 1er Septembre 2022, en audience publique devant la Cour composée de :

Monsieur Francis MARTIN, président de chambre, chargé du rapport,

Madame Nathalie ABEL, conseillère,

Madame Fabienne GIRARDOT, conseillère,

qui en ont délibéré ;

Greffier, lors des débats : Madame Christelle CLABAUX-DUWQUET ;

A l'issue des débats, le président a annoncé que la décision serait rendue par mise à disposition au greffe le 22 Septembre 2022, en application du deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile ;

ARRÊT : réputé contradictoire, rendu par mise à disposition publique au greffe le 22 Septembre 2022, par Mme Christelle CLABAUX-DUWQUET, greffier, conformément à l'article 450 alinéa 2 du Code de Procédure Civile ;

signé par Monsieur Francis MARTIN, président de chambre et par Madame Christelle CLABAUX-DUWQUET, greffier ;

Copie exécutoire délivrée le à

Copie délivrée le à

EXPOSE DU LITIGE

Le 12 mars 2010, alors que Mme [R] [N] traversait la route en empruntant le passage protégé, le véhicule de M. [Y] [L], assuré par la société MMA IARD, qui s'était arrêté pour la laisser passer a été heurté à l'arrière par le véhicule conduit par Mme [S] [U], assurée auprès de la société MACIF. Sous l'effet du choc, le véhicule de M. [Y] [L] a été propulsé en avant et il est venu heurter Mme [R] [N] au niveau de la jambe gauche.

Dans le cadre du règlement de cet accident, la société MMA IARD a versé à Mme [R] [N] la somme de 7 860 euros à titre de provision.

A la demande de son avocat, Mme [R] [N] s'est fait examiner par le docteur [D] [E], qui a rendu un premier rapport le 6 avril 2010 concluant à l'absence de consolidation, puis un second rapport daté du 5 novembre 2011 concluant à la

disparition de toute doléance sur le plan physique mais au développement, dans les suites de l'accident, d'un important syndrome anxio-dépressif.

Mme [R] [N] a alors saisi le juge des référés afin de voir ordonner une expertise judiciaire. Le docteur [H] [C], désigné par le juge des référés, a mené ses opérations en présence de M. [Y] [L] et de la société MMA IARD ; il a recouru à un

sapiteur, le docteur [Y] [V], médecin psychiatre, et il a déposé son rapport le 6 mai 2013.

Mme [R] [N] a fait réaliser, de façon non contradictoire, sa propre expertise psychiatrique par le docteur [J] [X] (rapport du 17 mai 2014).

Par acte d'huissier de justice en date du 2 juillet 2014, Mme [R] [N] a fait assigner devant le tribunal de grande instance d'Epinal la société MMA IARD afin de voir liquider son préjudice corporel.

Par jugement rendu le 15 septembre 2015, le tribunal a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique en la confiant au docteur [Z] [F], qui a rendu son rapport le 24 janvier 2017.

M. [Y] [L] est intervenu volontairement à l'instance par conclusions du 24 novembre 2017.

Par ordonnance du 23 mars 2018, le juge de la mise en état a condamné la société MMA IARD à payer à Mme [R] [N] une provision de 15 871,99 euros.

Par acte d'huissier de justice en date du 24 octobre 2018, Mme [R] [N] a appelé en la cause la CPAM des [Localité 11].

La société MACIF est intervenue volontairement à l'instance par conclusions du 29 mai 2019.

Par jugement rendu le 31 mai 2021, le tribunal judiciaire d'Epinal a :

- dit n'y avoir lieu de procéder au complément d'expertise que sollicitait Mme [R] [N],

- fixé les préjudices de Mme [R] [N] liés à l'accident à la somme de 23 185,96 euros,
- constaté que la société MMA IARD avait d'ores et déjà versé à titre de provision la somme de 23 731,99 euros,
- condamné en conséquence Mme [R] [N] à rembourser à la société MMA IARD le trop-perçu de 546,03 euros,
- débouté les parties du surplus de leurs demandes,
- ordonné l'exécution provisoire,
- dit n'y avoir lieu d'appliquer l'article 700 du code de procédure civile,
- dit que chaque partie conservera à sa charge ses propres dépens.

Le tribunal a ventilé comme suit le préjudice corporel de Mme [R] [N] :

- dépenses de santé actuelles : 600 euros (coût d'une expertise médicale),
- pertes de gains professionnels actuels : 1 679,61 euros,
- frais divers : 2 880 euros au titre de l'aide humaine (2heures à 15 euros pendant 96 jours),
- pertes de gains professionnels futurs : rejet,
- incidence professionnelle : rejet,
- déficit fonctionnel temporaire : 1 726,35 euros,
- souffrances endurées : 4 000 euros,
- déficit fonctionnel permanent : 12 300 euros.

Par déclaration enregistrée le 5 août 2021, Mme [R] [N] a interjeté appel des dispositions de ce jugement.

Par conclusions déposées le 7 juin 2022, Mme [R] [N] demande à la cour d'infirmier le jugement déféré et, statuant à nouveau, de :

- débouter la société MACIF de sa demande sur la déclaration d'appel;
- débouter la société MACIF, la société MMA IARD et MMA IARD Assurances Mutuelles de leurs demandes sur l'absence de saisine de la cour d'appel;

- déclarer irrecevables les conclusions de la société MACIF au visa des articles 960 et 961 du code de procédure civile en l'absence d'énonciation de la dénomination et de l'identité de l'organe représentatif de MACIF et MMA IARD;
- dire et juger que le dispositif des conclusions d'appel dont celles de l'intimé doit récapituler l'ensemble des prétentions et ne pas se borner à un renvoi au dispositif du jugement de 1ère instance notamment en cas de demande nouvelle au visa de l'article 954 du code de procédure civile et de son régime jurisprudentiel;
- déclarer ainsi irrecevable les conclusions de MACIF du fait de son dispositif renvoyant au jugement de 1ère instance et l'absence de prétention saisissant la cour de la caducité de la déclaration d'appel de Mme [N];

A titre principal,

Infirmier le jugement du 31/05/2021 en ce qu'il a débouté Mme [R] [N] de sa demande d'expertise, a fixé ses préjudices liés à l'accident à la somme de 23 185,96 € et l'a donc condamnée à verser 546,03 € la société MMA SA IARD, débouté Madame [N] de ses demandes, dit n'y avoir lieu à application de l'article 700 du CPC, dit que chaque partie conservera la charge de ses propres dépens et, statuant à nouveau, ordonner le retour du dossier à l'expert [F];

A titre subsidiaire,

- dire et juger que Mme [R] [N] ne subissait aucun effet néfaste de son état de santé antérieurement à l'accident du 12/03/2010 et ne peut donc endurer aucune limitation à son droit à réparation;
- dire et juger que Mme [R] [N] est consolidée le 01/12/2011,
- en conséquence de tout et de quoi, liquider les préjudices de Mme [R] [N] et condamner MMA SA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et la MACIF in solidum aux sommes suivantes :

- * 1 075,00 € au titre des frais d'expertise,
- * 10 497,60 € au titre des pertes de gains professionnels actuels,
- * 163 540,00 € au titre de l'aide humaine,
- * 673 794,02 € au titre des pertes de gains professionnels futurs à titre principal,
- * 295 235,28 € au titre des pertes de gains professionnels futurs à titre subsidiaire,
- * 184 303,75 € au titre de l'incidence professionnelle à titre principal,
- * 153 756,24€ au titre de l'incidence professionnelle à titre subsidiaire,
- * 6 262,50 € au titre du déficit fonctionnel temporaire,
- * 10 000,00 € au titre des souffrances endurées,
- * 2 000,00 € au titre du préjudice esthétique temporaire,
- * 82 449,00 € au titre du déficit fonctionnel permanent,

Sur les frais irrépétibles

- dire et juger que les frais et honoraires acquittés par Mme [R] [N] sont la conséquence de l'accident du 12/03/2010

puisque la victime, compte tenu de la complexité du dommage corporel, doit être assistée afin que sa personne et ses droits soient respectés et qu'ainsi, en vertu du principe de la réparation intégrale, doivent lui être remboursés en totalité dès lors qu'ils sont justifiés,

- condamner MMA SA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et MACIF in solidum à payer la somme de 17 523,22 € au titre des frais et honoraires de Mme [R] [N],

- condamner les mêmes au remboursement de la somme de 1 650 € au titre des consignations à expertise,

A titre subsidiaire au titre de l'article 700 du code de procédure civile, tant sur le principe de l'équité qu'en considération de la situation économique respective des parties, il est légitime de rembourser Mme [R] [N] desdites dépenses mises en mémoire dans l'attente de la production d'un relevé des prestations effectuées,

- condamner MMA SA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et MACIF in solidum à payer la somme de 17 523,22 € au titre des frais et honoraires de Mme [R] [N],

- condamner les mêmes au remboursement de la somme de 1 650 € au titre des consignations à expertise;

Sur la sanction de l'offre

- dire et juger qu'au 8ème mois de l'accident, il n'a pas été formulé d'offre conforme aux prescriptions de l'article L211-9 du Code des assurances et son régime jurisprudentiel nonobstant les éléments et termes des rapports d'expertise du Dr [E],

- dire et juger qu'il sera en conséquence fait application de la sanction posée à l'article L211-13 du Code des assurances sur la somme de de 16 924,88 € du 12/11/2010 au jour de l'arrêt à intervenir,

- dire et juger que l'offre d'indemnisation définitive au 5ème mois de la connaissance de la consolidation de la victime sur la base du rapport du Dr [C] et du Dr [V] devait être formulée le 06/10/2013 alors qu'elle n'a été formulée que le 17/10/2017 accusant en conséquence un retard de 4 ans et 8 jours, outre que celle-ci est incomplète,

- dire et juger qu'il sera en conséquence fait application de la sanction posée à l'article L211-13 du Code des assurances du 06/10/2013 au jour de l'arrêt à intervenir,

- condamner MMA SA IARD et MMA IARD Assurances Mutuelles in solidum à l'application de la sanction prévue à l'article L 211-13 du Code des assurances et celle de l'article L 211-14 du même code,

- dire et juger que l'offre d'indemnisation définitive au 5ème mois de la connaissance de la consolidation de la victime sur la base du rapport du Dr [X] devait être formulée le 02/12/2014 alors qu'elle n'a été formulée que le 17/10/2017 accusant en conséquence un retard de 2 ans et 11 mois, outre que celle-ci est incomplète,

- dire et juger qu'il sera en conséquence fait application de la sanction posée à l'article L211-13 du Code des assurances du 02/12/2014 au jour de l'arrêt à intervenir;

- dire et juger l'offre d'indemnisation définitive au 5ème mois de la connaissance de la consolidation de la victime sur la base du rapport du Dr [F] devait être formulée le 01/09/2017 alors qu'elle n'a été formulée que le 17/10/2017 accusant en conséquence un retard de 1 mois et 18 jours, outre que celle-ci est incomplète,

- en tous les cas, dire et juger chacune des offres définitives de MMA incomplète,

- dire et juger encore que si le montant de l'indemnisation des préjudices de Mme [R] [N] fixé par la cour de céans est supérieur de plus de 250 % à l'offre de la société MMA, celle-ci sera jugée comme manifestement insuffisante et donc

inexistante,

- en conséquence de tout et de quoi, condamner MMA SA IARD et MMA IARD Assurances Mutuelles in solidum à l'application de la sanction prévue à l'article L 211-13 du Code des assurances et celle de l'article L 211-14 du même code,

Sur l'anatocisme

- dire et juger que pour tous les préjudices endurés par Mme [R] [N], tels que les frais divers, les pertes de gains professionnels actuels, les pertes de gains professionnels futurs échus, les condamnations seront assorties de l'intérêt au taux légal avec anatocisme à compter de leur manifestation et ce jusqu'au paiement effectif;

- condamner MMA SA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et MACIF in solidum à l'application de l'anatocisme à compter de la manifestation de la créance soit :

* 600 € pour les frais d'expertise du Dr [X] majoré des intérêts au taux légal à compter du 04/06/2014,

* 250 € au titre des frais d'expertise du Dr [E] majoré des intérêts au taux légal à compter du 08/10/2012 et 225 € à compter du 02/07/2012,

* 10 497,60 € au titre des pertes de gains professionnels actuels majoré des intérêts au taux légal à compter du 30/11/2011,

* 76 277,69 € au titre des pertes de gains professionnels futurs échus majoré des intérêts au taux légal à compter du 30/06/2022,

A titre subsidiaire, condamner MMA SA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et MACIF in solidum à l'application de l'anatocisme à compter de la demande de Mme [N] à savoir le 05/11/2021 jusqu'au paiement effectif;

- condamner MMA SA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et MACIF in solidum aux entiers dépens.

Par conclusions déposées le 24 mai 2022, la société MMA IARD et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles demandent à la cour de :

- recevoir la société d'assurance mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles en son intervention volontaire, la dire bien fondée et y faisant droit,

- confirmer le jugement de première instance,

- rejeter l'appel de Mme [R] [N] en ce qu'il tend à > et n'exprime pas de prétentions et, subsidiairement, forme des demandes nouvelles pour la première fois à hauteur d'appel,

- condamner Mme [R] [N] aux dépens d'appel et au paiement d'une indemnité de 2 500 euros au visa de l'article 700 du code de procédure civile ;

Plus subsidiairement,

- valider l'offre des sociétés MMA concernant le remboursement des frais d'expertise après que celles-ci se sont ralliées aux écritures de la MACIF concernant le remboursement des frais d'expertise ;

Encore plus subsidiairement,

- rejeter les demandes de Mme [R] [N] relatives à l'absence d'offres provisionnelles dans le délai de 8 mois,

- valider pour le surplus les offres des sociétés MMA jugées complètes et suffisantes,

- limiter la condamnation au doublement des intérêts au vu de l'offre de MMA de 19 075,99 € à compter du 6 octobre 2013 (expiration du délai suite au dépôt du rapport de consolidation du Dr [C]) jusqu'au 19 octobre 2017 (date de l'offre selon conclusions),

- rejeter toutes demandes complémentaires de la partie appelante,

- condamner la partie appelante aux dépens.

Par conclusions déposées le 17 mai 2022, la société MACIF demande à la cour, 'en l'absence notamment d'énonciation de chefs de demandes portant, aux termes de la déclaration d'appel, saisine de la cour, sinon de l'emploi, par l'appelante, dans le dispositif de ses uniques conclusions développées dans le délai de l'article 908 du code de procédure civile, de la locution « dire et juger » ne s'analysant pas en une prétention ou encore de l'extériorisation, aux termes du même dispositif, de prétentions non chiffrées ou non imputées', confirmer, en toutes ses dispositions, le jugement entrepris, débouter Mme [R] [N] de chacune de ses demandes fins et prétentions, dire celles-ci irrecevables (incidents de procédure) et mal fondées, condamner Mme [R] [N] à payer à la MACIF une indemnité de 4 000 euros sur le fondement des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile et la condamner encore aux entiers dépens de la procédure d'appel.

Par acte d'huissier de justice en date du 22 décembre 2021, Mme [R] [N] a fait assigner en intervention forcée la CPAM des [Localité 11]. Cet acte a été signifié à personne morale, mais la CPAM des [Localité 11] n'a pas constitué avocat.

Pour un plus ample exposé des moyens et prétentions des parties, la cour renvoie expressément à leurs conclusions visées ci-dessus, conformément à l'article 455 du code de procédure civile.

MOTIFS DE LA DECISION

Il convient de constater l'intervention volontaire, à hauteur d'appel, de la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles, qui conclut avec la société MMA IARD.

Sur la validité de la saisine de la cour par Mme [R] [N]

L'article 901 du code de procédure civile, dans sa rédaction résultant du décret du 25 février 2022 (applicable aux instances en cours selon l'article 6 dudit décret), dispose que la déclaration d'appel est faite par acte comportant le cas échéant une annexe. A toutes fins utiles, il convient de rappeler que dans son avis rendu le 8 juillet 2022 (n° 22-70.005) la Cour de cassation a indiqué :

'Une déclaration d'appel, à laquelle est jointe une annexe comportant les chefs de dispositif du jugement critiqués, constitue l'acte d'appel conforme aux exigences de l'article 901 du code de procédure civile, dans sa nouvelle rédaction, même en l'absence d'empêchement technique'.

Dès lors, il ne peut être opposé à Mme [R] [N] l'absence de validité de son appel au motif qu'elle a précisé le périmètre de son appel par la rédaction d'une annexe à la déclaration d'appel proprement dite.

Les intimés reprochent également à Mme [R] [N] d'avoir usé de la formule 'dire et juger' dans le dispositif de ses conclusions. Si le recours à cette formule témoigne en effet d'une confusion entre motif et dispositif, entre moyens et prétentions, il apparaît néanmoins que dès ses premières conclusions, Mme [R] [N] ne s'est pas bornée à user de cette formule ambiguë, puisqu'elle a sollicité dans son dispositif que soit 'ordonné' le retour du dossier à l'expert, que les intimées soient 'condamnées' aux paiement de différentes indemnités, que la MMA soit 'condamnée' au remboursement de la somme de 1 650 euros et aux entiers dépens.

En revanche, les intimées sont fondées à relever que, concernant 'la sanction de l'offre' (sic) et l'anatocisme, dans ses premières conclusions, Mme [R] [N] n'a pas sollicité de condamnations mais a tenté d'exprimer ses demandes par voie de 'dire et juger'. L'ambiguïté ainsi créée a toutefois été levée dans les dernières conclusions de l'appelante, qui sollicite plus clairement la condamnation des sociétés MMA à la sanction des articles L211-13 et L211-14 du code des assurances ainsi qu'à l'anatocisme.

Par conséquent, il n'y a pas lieu de considérer que la cour n'aurait pas été valablement saisie des demandes de Mme [R] [N].

Sur la recevabilité des demandes de Mme [R] [N] concernant la tardiveté de l'offre d'indemnisation

Les sociétés MMA concluent au rejet des demandes de Mme [R] [N] concernant la majoration des intérêts dus sur les indemnités lui revenant, au motif que cette demande de majoration des intérêts n'avait pas été formée en première instance et constitue donc une demande nouvelle à hauteur d'appel.

L'article 564 du code de procédure civile dispose qu'à peine d'irrecevabilité, les parties ne peuvent soumettre à la cour de nouvelles prétentions si ce n'est pour opposer compensation, faire écarter les prétentions adverses ou faire juger les questions nées de l'intervention d'un tiers, ou de la survenance ou de la révélation d'un fait.

En l'espèce, il ne ressort pas de la procédure de première instance que Mme [R] [N] ait, sur le fondement des articles L211-13 et L211-14 du code des assurances, sollicité la condamnation des sociétés MMA au doublement du taux de l'intérêt légal courant sur les indemnités lui revenant, au motif que les offres d'indemnités qui lui avaient été faites étaient soit tardives, soit insuffisantes.

Cette demande de doublement des intérêts est donc une demande nouvelle, qui ne peut s'analyser ni comme l'accessoire, ni comme la conséquence ni comme le complément nécessaire des demandes initiales, car son fondement est autonome et son objet distinct des demandes initiales.

Par conséquent, les demandes de Mme [R] [N] en doublement du taux de l'intérêt légal seront déclarées irrecevables.

Sur la recevabilité des conclusions de la MACIF

Mme [R] [N] demande à la cour de déclarer irrecevables les conclusions de la MACIF au visa des articles 960 et 961 du code de procédure civile.

L'article 961 du code de procédure civile dispose que les conclusions des parties ne sont pas recevables tant que ne sont pas indiquées, s'il s'agit d'une personne morale, sa forme, sa dénomination, son siège social et l'organe qui la représente légalement.

Ledit article précise que cette fin de non-recevoir peut être régularisée jusqu'au jour du prononcé de la clôture.

En l'espèce, il est exact que les conclusions initiales de la société MACIF, déposées le 31 janvier 2022, ne précisait pas quel était l'organe qui la représentait légalement. Toutefois, cette omission a été réparée dans les dernières conclusions déposées par la société MACIF, lesquelles précisent qu'elle est représentée par son directeur général (dont le nom est même précisé).

Par ailleurs, Mme [R] [N] considère les conclusions de la société MACIF irrecevables au motif que leur dispositif se borne à renvoyer au jugement de première instance et n'articule aucune prétention saisissant la cour de la caducité de la déclaration d'appel. Ces critiques ne sont pas fondées. D'une part parce que la société MACIF sollicite la confirmation

pure et simple du jugement entrepris et n'a donc pas à formuler d'autres détails que cette demande de confirmation ; d'autre part, parce que la société MACIF ne sollicite pas la caducité de la déclaration d'appel (aucun moyen n'est développé à cette fin dans les motifs de ses conclusions, de sorte que c'est tout naturellement que le dispositif ne reprend pas cette demande, qui n'existe pas).

Par conséquent, les fins de non-recevoir soulevées par Mme [R] [N] seront rejetées.

Sur le complément d'expertise sollicité par Mme [R] [N]

Mme [R] [N] sollicite un complément d'expertise en 'ordonnant le retour du dossier à l'expert [F]'. Elle ne précise pas la mission qu'il conviendrait de donner au docteur [F] dans le cadre de ce complément d'expertise. Mais elle lui reproche de ne pas avoir répondu suffisamment aux demandes qu'elle lui avait faites dans le dire qu'elle lui avait adressé à réception de son pré-rapport. Ces questions étaient les suivantes :

'Dans l'éventualité où vous auriez considéré l'état dépressif et les troubles

anxieux de Mme [R] [N] comme totalement rapportables à l'accident du 12/03 /2010 :

-A quel niveau auriez-vous fixé l'atteinte fonctionnelle temporaire partielle '

-A quelle date auriez-vous fixé la fin de l'arrêt de travail imputable '

-A quelle date auriez-vous fixé la consolidation '

-A quel niveau auriez-vous fixé l'atteinte à l'intégrité psychique permanente '

-A quel niveau auriez-vous fixé le pretium doloris '

Concernant l'imputation partielle des troubles anxieux et de l'état dépressif,

quelle est la part dont l'accident est responsable '

Selon le docteur [M], psychiatre, Madame [N] est suivie depuis

2011. Ce suivi peut-il être considéré comme en lien avec l'accident et si oui dans

quelle proportion '

Enfin et pour terminer, la nécessité d'une tierce personne dont vous faites état

est-elle celle relative à la seule dimension psychologique ''.

L'expert [Z] [F] a intégré ce dire à son rapport définitif.

Il n'a pas répondu à la première question et il n'avait pas à le faire puisqu'il n'a pas considéré que l'état dépressif et les troubles anxieux de Mme [R] [N] puissent être totalement rapportables à l'accident du 12 mars 2010 (selon lui, une partie seulement des troubles psychologiques de Mme [R] [N] est directement imputable à l'accident). Il ne peut être reproché à un expert de refuser de se livrer à de la 'médecine fiction' en se plaçant dans le cadre d'une hypothèse qu'il considère comme fausse.

Concernant les questions suivantes, l'expert y a nécessairement répondu en définissant le quantum des préjudices imputables à l'accident. Ainsi, par exemple, lorsque l'expert chiffre à 6% l'atteinte à l'intégrité psychique, il considère que, si le déficit fonctionnel permanent dus aux troubles psychologique de Mme [R] [N] est supérieur à 6%, seule cette fraction de 6% est imputable à l'accident.

Enfin, concernant l'aide humaine dont le docteur [F] a reconnu la nécessité pendant l'arrêt de travail imputable, soit du 12 mars au 15 juin 2010, il rappelle que Mme [R] [N] habitait alors au 4ème étage sans ascenseur et que suite à l'accident, dont les suites somatiques ont nécessité la pose d'une attelle à la jambe et l'usage de béquilles, elle a dû être aidée par ses parents. Il n'évoque pas l'utilité d'une aide humaine causée par les troubles psychologiques.

Dès lors, l'expert [Z] [F] ayant répondu tant aux questions qui lui ont été posées par la décision du justice qui l'a désigné qu'aux questions utiles qui ont été posées par l'avocat de Mme [R] [N], il n'y a pas lieu de lui 'faire retour' de l'expertise. Mme [R] [N] sera déboutée de sa demande de complément d'expertise et le jugement déféré sera confirmé sur ce point.

Sur la liquidation des préjudices subis par Mme [R] [N]

Mme [R] [N] a bénéficié de deux expertises judiciaires effectuées par un psychiatre : celle du docteur [V] et celle du docteur [F]. Le docteur [V] a considéré qu'hormis des 'manifestations psychopathologiques brèves dans les suites immédiates' de l'accident, il n'y avait 'pas de séquelles psychiatriques à considérer comme imputable de façon directe et certaine' avec l'événement traumatique, en concluant qu'il n'y avait pas d'IPP à prévoir. A l'inverse, le docteur [F] a considéré que les troubles psychologiques dont souffre Mme [R] [N] depuis l'accident du 12 mars 2010 ne constituaient pas exclusivement le prolongement de l'état antérieur, mais étaient en partie imputables à l'accident.

Le raisonnement du docteur [F] est conforme à celui qu'avait exposé le docteur [J] [X], psychiatre des hôpitaux de [Localité 10], dans un rapport rédigé suite à une expertise amiable, non contradictoire, réalisée à la demande de Mme [R] [N]. Ce praticien avait estimé que l'état dépressif de Mme [R] [N] postérieur à l'accident n'était 'qu'en partie imputable à

l'accident, essentiellement en ce qu'il est venu s'inscrire comme une fracture existentielle indépassable et parce qu'il est également alimenté en partie par les troubles anxieux post-traumatiques invalidants'.

Considérer, comme le fait Mme [R] [N], que ses troubles psychologiques sont entièrement imputables à l'accident du seul fait qu'ils lui sont postérieurs, et donc forcément provoqués ou révélés intégralement par l'accident, ou considérer (comme le fait le docteur [V]) que la pré-existence de troubles psychologiques conduit nécessairement à imputer au seul état antérieur leur reviviscence postérieurement à l'accident relève dans les deux cas de raisonnements excessifs que la cour ne peut qu'écarter au profit des conclusions plus mesurées du docteur [F] (dont l'expertise présente en outre l'avantage d'avoir été rédigée en dernier, ce qui lui a permis de soupeser tous les raisonnements contradictoires exprimés par ses confrères avant le sien et de les confronter à ses propres constatations lorsqu'il a procédé à l'examen de Mme [R] [N] en janvier 2017).

Par conséquent, la cour prendra en compte les conclusions du docteur [F] pour liquider l'ensemble des préjudices de Mme [R] [N]. Il y a lieu, à cet égard, de retenir le 12 mars 2011 comme date de consolidation médico-légale, ainsi que le préconise le docteur [F].

1°/ Les frais d'expertise :

La nomenclature dite 'Dintilhac' expose les éléments suivants au sujet du poste de préjudice 'frais divers' :

'Il s'agit ici de prendre en compte tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe avant la date de consolidation de ses blessures. Ce poste de préjudice est donc par nature temporaire. Il concerne notamment les honoraires que la victime a été contrainte de déboursier auprès de médecins (spécialistes ou non) pour se faire conseiller et assister à l'occasion de l'expertise médicale la concernant'.

Au titre des frais divers, peuvent donc être indemnisés les frais engagés par la victime pour se faire assister par un médecin conseil au cours des opérations d'expertise, dès lors que cette dépense est en lien direct avec le fait dommageable.

En l'espèce, Mme [R] [N] a été examinée par le docteur [H] [C] le 27 septembre 2012, en étant assistée par le docteur [E]. Celui-ci lui a facturé cette prestation le 8 octobre 2012 à hauteur de 250 euros.

Mme [R] [N] est bien fondée à demander le remboursement de cette dépense qui est en lien direct avec le fait dommageable.

Le docteur [E] a également facturé, le 9 mai 2011, une somme de 225 euros correspondant à 'l'expertise demandée par l'avocat'. Il s'agit manifestement de l'expertise amiable, non contradictoire, réalisée en 2010/2011 par le docteur [E] à la demande de l'avocat de Mme [R] [N] afin de permettre à ce dernier de définir la stratégie de défense de sa cliente. Une telle dépense relève des frais de justice irrépétibles.

Enfin, les parties s'accordent, en sollicitant la confirmation du jugement sur ce point, sur le remboursement à Mme [R] [N] des honoraires du docteur [J] [X], à hauteur de 600 euros.

Par conséquent, Mme [R] [N] est bien fondée à solliciter au titre des frais d'expertise la somme de : $250 + 600 = 850$ euros.

2°/ Les pertes de gains professionnels actuels :

Il s'agit de compenser les pertes de gains professionnels subies par la victime directe jusqu'à la date de la consolidation dès lors qu'il est établi que ces pertes de gains sont causées par l'accident.

L'expert [F] a retenu une période d'arrêt de travail imputable du 12 mars au 15 juin 2010.

Les parties s'accordent pour retenir un salaire mensuel de 524,88 euros.

La perte ainsi occasionnée s'établit donc à : $96 \text{ jours} \times 524,88 \text{ euros} / 30 \text{ jours} = 1\,679,61 \text{ euros}$.

3°/ L'aide humaine :

L'expert [F] a retenu que Mme [R] [N] avait eu besoin d'une tierce personne pendant l'arrêt de travail (soit du 12 mars au 15 juin 2010) dont le rôle a été tenu par ses parents.

Mme [R] [N] vivait alors dans un appartement situé au 4ème étage et devait s'occuper seule de sa petite fille âgée de quatre ans. Elle estime l'aide humaine à 3 heures par jour pour les actes ménagers et à 10 heures pour l'accompagnement de sa fille, soit 13 heures en tout par jour.

Au vu des éléments produits, l'aide humaine pour les actes ménagers et les déplacements doit être évaluée à deux heures par jour, outre une heure pour les actes d'accompagnement de sa fille qu'elle ne pouvait accomplir elle-même, soit trois heures par jour en tout.

Cette aide humaine lui a été apportée par ses parents.

Dès lors, il convient de retenir un prix de 15 euros par heure d'aide humaine et de fixer comme suit ce chef de préjudice :
 $96 \text{ jours} \times 3 \text{ heures} \times 15 \text{ euros} = 4\,320 \text{ euros}$.

4°/ les pertes de gains professionnels futurs :

Le poste des pertes de gains professionnels futurs vise à indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus postérieurement à la date de la consolidation et consécutivement à l'incapacité permanente (partielle ou totale) à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage. Cette perte ou diminution des gains professionnels peut provenir soit de la perte de son emploi par la victime, soit de l'obligation pour celle-ci d'exercer un emploi à temps partiel à la suite du dommage consolidé.

En l'espèce, l'expert [F] n'a retenu aucune perte de gains professionnels futurs.

En outre, Mme [R] [N] ne rapporte pas la preuve que les troubles psychopathologiques qu'elle continue de subir depuis la consolidation du 12 mars 2011 et qui sont imputables à l'accident l'empêchent, à eux seuls, d'exercer toute activité rémunératrice, alors qu'elle-même rappelle que sa formation scolaire lui ouvre l'accès potentiel à des professions telles que secrétaire, vendeuse, assistante de direction.

Il convient en outre de rappeler que l'atteinte à l'intégrité psychique imputable retenue par l'expert [F] n'est que de 6%.

Manifestement, lorsqu'elle invoque son incapacité à travailler, Mme [R] [N] ne tient pas compte du fait que la totalité de ses troubles psychopathologiques ne sont pas imputables aux suites de l'accident (le caractère invalidant de la totalité de ses troubles n'est pas contestable et lui a d'ailleurs valu d'être admise au statut de travailleur handicapé).

Par conséquent, au vu de l'ensemble de ces éléments, Mme [R] [N] sera déboutée de sa demande d'indemnisation au titre des pertes de gains professionnels futurs.

5°/ L'incidence professionnelle :

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 sa nécessité 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.

L'expert [F] a retenu à ce titre que Mme [R] [N] subissait 'une perte de chance pour l'obtention du permis de conduire'.

Il apparaît en effet que lorsque l'accident s'est produit, elle avait passé les épreuves du code de la route et s'apprêtait à passer les épreuves de conduite afin d'obtenir son permis de conduire. L'accident et les troubles notamment phobiques qui en sont résultés ont stoppé son projet de passer le permis de conduire.

Cette perte de chance de posséder le permis de conduire a pour conséquence une indéniable dévalorisation sur le marché du travail (le permis de conduire pouvant se révéler indispensable pour exercer sa profession ou pour se rendre sur son lieu de travail s'il est sédentaire).

En outre, les troubles psychologiques subis par Mme [R] [N] et lui valant une atteinte à l'intégrité psychique imputable de 6% ont pour effet d'accroître la pénibilité du travail qu'elle effectuerait, quel qu'il soit.

L'ensemble de ces éléments caractérisent une incidence professionnelle imputable et justifient, compte-tenu de l'âge de Mme [R] [N] au jour de la consolidation (soit 30 ans), l'octroi d'une indemnité de 20 000 euros.

6°/ Le déficit fonctionnel temporaire :

Il s'agit d'indemniser l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que la victime a subie jusqu'à sa consolidation, ce qui correspond au préjudice résultant de la gêne dans les actes de la vie courante.

L'expert [F] a retenu un déficit fonctionnel temporaire total du 28 juillet au 2 août 2010, de 25% du 12 mars au 15 juin 2010, puis de 15% pour le reste de la période jusqu'à la consolidation du 12 mars 2011.

Les parties s'accordent pour donner une valeur de 25 euros à une journée de déficit fonctionnel temporaire total.

Ce chef de préjudice doit dès lors être liquidé comme suit :

- période du 12 mars au 15 juin 2010 : $96 \text{ jours} \times 25 \text{ euros} \times 0,25 = 600 \text{ euros}$,
- période du 16 juin au 27 juillet 2010 : $42 \text{ jours} \times 25 \text{ euros} \times 0,15 = 157,50 \text{ euros}$,
- période du 28 juillet au 2 août 2010 : $6 \text{ jours} \times 25 \text{ euros} = 150 \text{ euros}$,
- période du 3 août 2010 au 12 mars 2011 : $222 \text{ jours} \times 25 \text{ euros} \times 0,15 = 832,50 \text{ euros}$,

soit un total de 1 740 euros.

7°/ Les souffrances endurées :

Il s'agit d'indemniser toutes les souffrances tant physiques que morales subies par la victime pendant la maladie traumatique et jusqu'à la consolidation.

L'expert [F] a évalué à 3/7 les souffrances endurées par Mme [R] [N] 'eu égard à l'hospitalisation et les soins psychologiques, consultations et prises de traitement'.

Une telle évaluation justifie l'octroi d'une indemnité de 6 000 euros.

8°/ le préjudice esthétique temporaire :

La victime peut subir, pendant la maladie traumatique, et notamment pendant son hospitalisation, une altération de son apparence physique, même temporaire, justifiant une indemnisation.

Il n'est pas contesté que Mme [R] [N] a dû porter une attelle et marcher avec des cannes anglaises dans les suites de son accident. Cet appareillage a altéré, très temporairement, son apparence physique et justifie l'octroi d'une indemnité de 200 euros.

9°/ Le déficit fonctionnel permanent :

Le déficit fonctionnel permanent correspond à la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.

L'expert [F], faisant la partage entre les troubles psychopathologiques qui ressortent de l'état antérieur, et ceux qui ont été révélés ou provoqués par l'accident, a estimé ces derniers au taux de 6%.

Compte-tenu de l'âge de Mme [R] [N] au jour de la consolidation (30 ans) et compte-tenu du taux retenu (6%), l'indemnisation de ce chef de préjudice s'établit ainsi : $6 \times 2\,300 \text{ euros} = 13\,800 \text{ euros}$.

Au total, l'indemnisation des préjudices subis par Mme [R] [N], en lien direct et certain avec l'accident du 12 mars 2010, s'établit comme suit :

- frais d'expertise : 850 euros,
- pertes de gains professionnels actuels : 1 679,61 euros,
- aide humaine : 4 320 euros,
- incidence professionnelle : 20 000 euros,
- déficit fonctionnel temporaire : 1 740 euros,
- souffrances endurées : 6 000 euros,
- préjudice esthétique temporaire : 200 euros,
- déficit fonctionnel permanent : 13 800 euros,

TOTAL : 48 589,61 euros.

Par conséquent, le jugement déféré sera infirmé sur la liquidation du préjudice corporel de Mme [R] [N].

Il convient de condamner in solidum les trois sociétés intimées à payer à Mme [R] [N] les sommes précitées, sauf à déduire les provisions de 23 731,99 euros, le solde restant dû portant intérêt au taux légal à compter de ce jour. Conformément à la demande de Mme [R] [N], ces intérêts seront capitalisés et produiront eux-mêmes intérêts au bout d'une année, comme il est dit à l'article 1343-2 du code civil.

Sur les dépens et l'article 700 du code de procédure civile

Le contentieux de la réparation du préjudice corporel est un contentieux technique, voire complexe, qui justifie un travail important de la part de l'avocat de la victime pour assurer à cette dernière l'indemnisation intégrale de son préjudice.

En outre, l'appel interjeté par Mme [R] [N] s'avère justifié puisque l'indemnisation de son préjudice corporel est supérieure à ce qu'elle avait obtenu en première instance.

Dès lors, il apparaît équitable de condamner in solidum la société MMA IARD, la société MACIF et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles à payer à Mme [R] [N] la somme de 10 000 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

La société MMA IARD, la société MACIF et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles seront également condamnées à payer in solidum les dépens de première instance et d'appel, en ce compris le coût des expertises judiciaires, à savoir les expertises du docteur [H] [C], du docteur [V] et du docteur [F] (ce qui implique le remboursement par les intimées des consignations sur frais d'expertises réglées par Mme [R] [N]).

PAR CES MOTIFS :

LA COUR, statuant publiquement, par arrêt réputé contradictoire prononcé par mise à disposition au greffe, conformément aux dispositions de l'article 450 alinéa 2 du code de procédure civile,

CONSTATE l'intervention volontaire, à hauteur d'appel, de la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles,

DECLARE valable la déclaration d'appel de Mme [R] [N],

DECLARE irrecevables les demandes de Mme [R] [N] tendant à voir prononcer le doublement du taux de l'intérêt légal courant sur les indemnités qui lui sont dues,

DECLARE recevables les conclusions déposées par la société MACIF,

CONFIRME le jugement déféré en ce qu'il a rejeté la demande de Mme [R] [N] tendant à voir ordonner un complément d'expertise,

INFIRME le jugement déféré en toutes ses autres dispositions et, statuant à nouveau,

LIQUIDE comme suit les différents chefs du préjudice corporel de Mme [R] [N] :

- frais d'expertise : 850 euros,
- pertes de gains professionnels actuels : 1 679,61 euros,
- aide humaine : 4 320 euros,
- incidence professionnelle : 20 000 euros,
- déficit fonctionnel temporaire : 1 740 euros,
- souffrances endurées : 6 000 euros,
- préjudice esthétique temporaire : 200 euros,
- déficit fonctionnel permanent : 13 800 euros,

TOTAL : 48 589,61 euros,

CONDAMNE in solidum la société MMA IARD, la société MACIF et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles à payer à Mme [R] [N] cette somme de 48 589,61 € (quarante huit mille cinq cent quatre vingt neuf euros et soixante et un centimes), sauf à déduire la provision de 23 731,99 euros déjà payée, le solde portant intérêts au taux légal à compter de ce jour, avec anatocisme pour les intérêts échus au bout d'une année,

DEBOUTE la société MMA IARD, la société MACIF et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles de leurs demandes sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,

CONDAMNE in solidum la société MMA IARD, la société MACIF et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles à payer à Mme [R] [N] la somme de 10 000 € (dix mille euros) sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,

CONDAMNE in solidum la société MMA IARD, la société MACIF et la société mutuelle MMA IARD Assurances Mutuelles aux dépens, en ce compris le coût des expertises judiciaires, à savoir les expertises du docteur [H] [C], du docteur [V] et du docteur [F] (avec remboursement par les intimées des consignations sur frais d'expertises réglées par Mme [R] [N]).

Le présent arrêt a été signé par Monsieur Francis MARTIN, président de chambre à la Cour d'Appel de NANCY, et par Madame Christelle CLABAUX-DUWQUET, greffier auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

LE GREFFIER, LE PRÉSIDENT,

Minute en dix-neuf pages.