



ÉTATS GÉNÉRAUX DU **DOMMAGE CORPOREL**

13^e
EDITION

25 NOVEMBRE
2021

L'EXPERTISE DANS TOUS SES ETATS

Gazette du Palais

un savoir-faire de
Lextenso

CONSEIL NATIONAL
DES BARREAUX
LES AVOCATS

#EGDC2021

www.cnb.avocat.fr

L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DE LA VICTIME

Sous la direction de
Patrick CHARLOT & Michel DEBOUT

**TRAITÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
ET DE
DROIT DE LA SANTÉ**

À L'USAGE DES PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ ET DE LA JUSTICE

VUIBERT

16 | L'expertise psychiatrique et psychologique de la victime

Liliane Daligand

Messages clés

- L'expertise psychiatrique de la victime est une expertise réalisée par un expert psychiatre, l'expertise psychologique par un expert psychologue. Psychiatre et psychologue sont des cliniciens qui apportent leur technique et leur savoir à ceux qui leur confient la mission d'expertise.
- Ce savoir devrait porter non seulement sur la psychopathologie mais aussi sur le trauma psychique, ce qui implique une formation en victimologie.
- Les expertises d'enfants ne devraient être confiées qu'à des spécialistes de l'enfance, praticiens ayant un exercice régulier de leur spécialité.
- Pénale ou civile, précoce ou tardive, l'expertise doit être un élément favorisant une thérapie existante ou permettant d'ouvrir à une thérapie si elle s'avère nécessaire.

1 Définition

L'expertise psychiatrique ou psychologique de la victime est une expertise réalisée par un psychiatre ou un psychologue clinicien chargé de donner un avis technique concernant une personne ayant été victime, quel que soit l'événement causal : accident, agression, attentat, hold-up, séquestration, catastrophe (naturelle, technologique, sociologique) ou toute violence, qu'elle s'accompagne de blessures physiques ou psychiques.

2 Cadre légal et réglementaire

Nous n'aborderons ici que les expertises judiciaires pénales ou civiles, sans oublier que des expertises psychiatriques de victimes peuvent être demandées par des compagnies d'assurances ou par différents fonds de garantie.

2.1 Expertises pénales

Ces expertises sont réalisées dans le cadre d'une instance pénale, à la suite de la plainte d'une victime, et obéissent aux règles de la procédure pénale. Jusqu'à la loi du 5 mars 2007, ces expertises n'étaient pas contradictoires, contrairement aux expertises civiles. L'expert rencontrait donc seul la victime sans

présence de tiers, en particulier de médecin assistant l'expertisé ou la partie adverse. Désormais, afin de donner un caractère contradictoire et de rendre les conclusions des expertises les plus objectives et les moins contestables possibles, il peut être demandé au juge soit de modifier ou de compléter les questions posées à l'expert, soit d'adjoindre à l'expert déjà désigné un expert choisi par le ministère public ou les avocats des parties.

Ces expertises sont le plus souvent demandées :

- Sur réquisition d'un officier de police judiciaire ou d'un procureur de la République dans le cadre d'une enquête préliminaire (à la suite d'une plainte de la victime ou d'un signalement auprès du procureur de la République).
- Sur ordonnance d'un juge d'instruction ou d'un juge des enfants ou encore d'un tribunal correctionnel.

Les faits en cause peuvent être récents ou anciens. Les questions de la mission d'expertise sont alors souvent celles-ci :

- Procéder à l'examen psychiatrique de la victime.
- Relever les aspects de sa personnalité et dire si elle présente des troubles ou anomalies susceptibles d'affecter son équilibre psychique ou ses capacités intellectuelles.

- Dire s'il existe des conséquences traumatiques consécutives aux faits poursuivis, s'il y a eu modification de son comportement ou de sa personnalité.
- Le cas échéant, formuler un pronostic à court et à long terme sur les conséquences des faits.

Pendant longtemps, cette expertise a porté surtout sur la crédibilité de la victime en raison de la défiance persistante à son égard. Seule la victime était soumise à l'expertise dite de crédibilité et jamais l'auteur qui niait les faits. Par ailleurs, il était surprenant que la question de la crédibilité figure dans la mission concernant la victime alors que l'auteur avait reconnu les faits.

Certains magistrats, dont Serge Portelli¹, lorsqu'il était juge d'instruction à Créteil, contestent ce type d'investigation, allant jusqu'à affirmer qu'il faut « tordre le cou à l'expertise de crédibilité », qu'il n'y a pas d'expert en ce domaine, qu'il soit psychiatre ou psychologue. Seul le juge peut trancher entre des versions divergentes, ne pouvant déléguer à autrui cette tâche.

Le rapport du groupe de travail « post-Outreau » présidé par J.-O. Viout, procureur général à Lyon, publié en février 2005, préconise de supprimer de toute expertise le terme crédibilité « sujet à un dévoiement sémantique trop fréquent pour être maintenu ». Une circulaire du 2 mai 2005 émanant du ministère de la Justice revient sur ce concept de crédibilité pour le proscrire de la mission.

Ce sont surtout les conséquences psychiques du traumatisme qui sont à évaluer, comme dans les expertises civiles.

2.2 Expertises civiles

Ces expertises sont diligentées pour évaluer les préjudices subis par les victimes à la suite des dommages créés par l'événement traumatique. Le dommage peut être uniquement psychique lorsque la blessure psychique est isolée, non associée à des blessures physiques. L'expert psychiatre peut être seul pour effectuer la mission d'expertise. Il sera le plus souvent co-expert en cas de blessures physiques associées. Par ailleurs, il peut être sapiteur lorsqu'un avis spécialisé psychiatrique lui est demandé par un expert d'une autre discipline.

L'expert peut être mandaté par :

- décision du tribunal correctionnel dans le cadre

de l'action civile ;

- arrêt civil de la cour d'assises ;
- décision du tribunal pour enfants ;
- ordonnance de la commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) ;
- toute juridiction civile chargée de l'indemnisation des préjudices d'une victime.

La mission adressée depuis janvier 2007 par les tribunaux à tout expert, dont les psychiatres, est dite mission Dintilhac, qui a modernisé la nomenclature des postes de préjudices. Elle demande :

- d'examiner et de décrire les blessures et lésions imputées par la victime à l'accident ou à l'agression ;
- d'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 ;
- de préciser si ces lésions sont en relation directe avec les faits ;
- de décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et en citant les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles. Dans cette hypothèse :
 - au cas où il aurait entraîné un déficit fonctionnel antérieur, fixer la part imputable à l'état antérieur et la part imputable au fait dommageable ;
 - au cas où il n'y aurait pas de déficit fonctionnel antérieur, dire si le traumatisme a été la cause déclenchante du déficit fonctionnel actuel ou si celui-ci se serait de toute façon manifesté spontanément dans l'avenir.
- d'analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées en se prononçant sur :
 - la réalité de lésions initiales ;
 - la réalité de l'état séquellaire ;
 - l'imputabilité directe de certaines des séquelles aux lésions initiales. Et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur.
- de déterminer la durée du déficit fonctionnel temporaire, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine, directe et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités professionnelles ou ses activités habituelles ;

¹ Actuellement magistrat à la cour d'appel de Paris et maître de conférences à l'Institut d'études politiques de Paris.

- si le déficit fonctionnel n'a été que partiel, en préciser le taux ;
 - de préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux en vue des justificatifs produits ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ;
 - de fixer la date de consolidation, qui est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation ;
 - de chiffrer, par référence au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun, le taux éventuel de déficit fonctionnel permanent (incapacité permanente) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ;
 - lorsque la victime allègue une répercussion dans l'exercice de ses activités professionnelles, de recueillir les doléances, les analyser, les confronter avec les séquelles retenues, en précisant les gestes professionnels rendus plus difficiles ou impossibles ; dire si un changement de poste ou d'emploi apparaît lié aux séquelles ;
 - de décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées pendant la maladie traumatique (avant consolidation), du fait des blessures subies ; les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;
 - de donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique, en précisant s'il est temporaire (avant consolidation) ou définitif. L'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;
 - lorsque la victime allègue l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport ou de loisir, de donner un avis médical sur cette impossibilité et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;
 - de dire s'il existe un préjudice sexuel, le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la libido, l'acte sexuel proprement dit (impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;
 - d'indiquer le cas échéant :
 - si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle est ou a été nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ;
 - si des appareillages, des fournitures complémentaires et si des soins postérieurs à la consolidation sont à prévoir.
- Cette expertise ne peut être réalisée par un psychologue car elle demande un savoir psychiatrique et médico-légal permettant de faire un diagnostic nosographique, d'établir une imputabilité entre les séquelles et le fait initial, et surtout d'évaluer les postes de préjudices.

3 Conduites pratiques

3.1 Technique de l'expertise

Toute expertise débute par un accueil de la victime, une présentation de chacune des personnes présentes et de leur rôle, la lecture de la mission, l'information de l'expertisé qui doit savoir qu'un rapport écrit sera rédigé et adressé au magistrat (et aux parties en cas d'expertise civile).

L'entretien débute par la biographie, l'état antérieur (les antécédents médicaux et psychiatriques), avant d'aborder les faits. Le récit de l'événement traumatique doit être laissé à la victime, de même que ses suites, les soins, l'évolution symptomatique, la reprise des activités, les séquelles.

L'étude des pièces et des documents médicaux permet de conforter ou non les déclarations de l'expertisé.

L'examen psychiatrique et les tests psychologiques peuvent alors être réalisés, en dehors de la présence de tiers si la victime le demande, à charge pour l'expert de redonner les éléments cliniques de son colloque singulier pour respecter le caractère contradictoire de l'expertise.

Des examens spécialisés peuvent être demandés, en particulier un bilan neuropsychologique. Ce bilan porte en particulier sur les processus intellectuels avec passation de tests verbaux, de tests de performance avec étude des processus intentionnels, des

processus mnésiques, du raisonnement, des capacités d'élaboration perceptive.

L'ensemble de l'examen permet de mettre en évidence la présence ou l'absence de trauma psychique chez la victime.

3.2 Le trauma psychique ou syndrome psychotraumatique

Le traumatisme est particulièrement *pénétrant* (c'est le sens étymologique en grec de trauma) du fait de sa soudaineté. Il est d'autant plus dangereux que l'issue de destruction de l'être est inéluctable c'est-à-dire vécue dans cette fatalité par la victime. L'expérience traumatique qui ne laisse aucune espérance, qui prend l'être offert à ses coups en sa totalité, est au maximum de son efficacité. La brièveté temporelle du surgissement de l'événement est comme l'extrême pointe de la lance. L'impréparation de la victime au danger, son insouciance, son attention détournée facilitent la pénétration.

En clinique, chacun de ces éléments peut se repérer dans le dire de la victime, mais parfois cet ensemble caractéristique du traumatisme se condense sous un ressenti brutal. C'est l'éclair fixé dans la rétine d'un reflet de pare-brise, le bruit sourd ou déchirant du choc qui vrille le tympan, le crépitemment hallucinant du brasier qui ajoute à la brûlure et met la chair sur des charbons ardents. C'est cerner ainsi la porte d'entrée de l'énergie traumatisante.

L'action traumatique est d'autant plus importante que la victime ne peut mettre en place, ou insuffisamment, les systèmes habituels de protection sensoriels dits de pare-excitations.

3.3 L'effet de mort chez les victimes de traumatismes

Tous les auteurs décrivant l'expérience des victimes de traumatisme reflètent la place prépondérante d'un phénomène de mort initiateur de l'événement.

Ce pré-sentiment de mort est maintenant cerné comme qualificateur du « traumatisme ». On ne peut plus appeler trauma un ensemble de réactions d'où serait absente la mort. Les vécus d'angoisse, de peur, de souffrance, de vide sont classés dans la catégorie imprécise du « stress ».

Cet effet, cette prise enserme la victime quelle qu'elle soit, quels que soient son sexe, son âge, son expérience de la vie, ses défenses psychiques, sa position sociale, etc. Ce phénomène se retrouve quelle que soit la cause du traumatisme : accident de trafic,

attentat, *hold-up*, agression, viol, etc.

Il est indépendant de l'importance des blessures somatiques. Il reste un phénomène personnel et n'a pas besoin d'être conforté par l'expérience traumatique d'autrui lors d'une agression collective.

Cette expérience de mort ne peut pas se dire en termes de perception visuelle ou autres. Les mots sont alors comme disqualifiés, ou il ne s'agit a posteriori que de la mise en scène imagée de ce qui est sur l'heure indescriptible. Le terme qui qualifie cette expérience est appelé « effroi ». Effrayer vient du latin vulgaire *ex-fridare*, faire sortir de la paix, de la tranquillité. Il faut retenir de cette étymologie le « faire sortir de » : l'effroi met « hors de ». Pour nous, dès maintenant, il est possible de dire : l'effroi met « hors de la vie », ce qui pointe là la dissociation du rapport vie/mort.

L'effroyable de cette mort dissociée absorbe l'être dans le néant dont on pourra voir qu'il n'est pas « rien ». C'est l'effondrement par l'atteinte traumatique de la recreation du monde du sujet, c'est la mise hors langage et l'immersion dans le silence crépusculaire.

3.4 La réaction de stress

La réaction qui accompagne le traumatisme psychique et le choc émotif est aspécifique. Elle est biologique, physiologique, psychologique, d'alarme, de mobilisation et de défense. Elle a pour but de mobiliser les défenses de l'organisme pour lui permettre d'obtenir une réaction adaptée et positive (réaction de stress de Selye). Elle s'accompagne de signes neuro-végétatifs désagréables : tachycardie, sueurs, mains moites, spasmes viscéraux, etc. Les tremblements sont fréquents. Une excitation motrice peut se produire, de même qu'une marée émotionnelle ou qu'une sidération motrice empêchant la victime de bouger, de parler. Le stress est dit « dépassé ».

3.5 La période de latence

À cette phase aiguë peut faire suite une période de latence pouvant aller de quelques jours à quelques années, après laquelle peut apparaître une névrose post-traumatique. Souvent, a posteriori, cette période de latence a pu être déjà troublée par des modifications de la personnalité, un sentiment d'être différent, un repli sur soi, un moral moins bon, des troubles des conduites alimentaires, une consommation inhabituelle d'alcool ou de médicaments, des troubles psychosomatiques

migraines, ulcère gastro-duodéal, hypertension artérielle).

3.2 La névrose post-traumatique

Elle peut apparaître après cette phase de latence qui fait suite au trauma psychique. Elle est marquée par un syndrome de répétition traumatique et des troubles associés.

Le syndrome de répétition traumatique est caractéristique. Il associe :

- des cauchemars : la victime se réveille en sursaut, apeurée, hébétée, en sueur. Ces cauchemars reproduisent l'événement traumatique ;
- des reviviscences diurnes de l'événement : la victime n'arrive pas à ne pas penser au traumatisme. Cela peut engendrer une véritable fatigue ;
- des phénomènes de peur avec conduite d'évitement, des sursauts provoqués par des bruits brefs comme la sonnerie du téléphone, un coup de frein, etc.

Les signes associés sont souvent le motif de la consultation médicale. Il peut s'agir :

- de syndromes dépressifs ;
- de troubles anxieux ;
- de troubles du sommeil : soit difficultés d'endormissement, soit hypersomnie ;
- de troubles du caractère : irritabilité, nervosité, ou apathie ;
- de troubles des conduites alimentaires : anorexie ou, le plus souvent, boulimie, consommation inhabituelle d'alcool, de drogues ou de psychotropes ;
- de troubles de la personnalité.

3.3 Le pronostic

L'évolution du traumatisme psychique est difficile à prévoir. Elle dépend des facteurs extérieurs au sujet (l'événement lui-même), mais également des facteurs liés à l'individu. En particulier, il est important de pouvoir connaître à quel moment de la vie de la personne a eu lieu le traumatisme, quels sont ses idéaux et quelle est l'intensité de son sentiment de culpabilité dont la prise en compte est importante dans la prise en charge.

Il existe une grande diversité d'évolution clinique, depuis les cas éphémères ou transitoires s'estompant en quelques mois aux cas chronicisés parfois interminables. En principe, les syndromes psycho-traumatiques avec ou sans traitement s'atténuent souvent avec le temps, les symptômes diminuant

d'intensité et de fréquence. Ceci a un impact sur la fixation de la *date de consolidation* qui survient en moyenne au bout de 18 mois à 2 ans. Mais certains cas rebelles peuvent n'être considérés comme stabilisés et donc consolidés qu'après 4 ou 5 ans.

4 Situation particulière : l'expertise de l'enfant victime

L'enfant peut être expertisé, comme l'adulte, dans le cadre d'une expertise pénale ou d'une expertise civile. Cette expertise devrait être réalisée par un pédopsychiatre ou un psychologue spécialisé en clinique infanto-juvénile.

Au pénal, la mission actuelle est souvent proche de celle-ci :

1. Procéder à l'examen psychiatrique de l'intéressé.
2. Relever les aspects de sa personnalité et dire s'il présente des troubles ou anomalies susceptibles d'affecter son équilibre psychique ou ses capacités intellectuelles.
3. Existe-t-il des signes cliniques susceptibles de permettre la mise en doute des propos de l'intéressé ?
4. Dire s'il existe des conséquences traumatiques consécutives aux faits poursuivis, s'il y a eu modification de son comportement ou de sa personnalité.
5. Le cas échéant, formuler un pronostic à court et à long terme sur les conséquences des faits.
6. Donner un avis le cas échéant sur l'opportunité et les conséquences d'une confrontation de l'intéressé et de l'auteur présumé.
7. Faire toutes observations utiles.

Au civil, il s'agit d'évaluer les séquelles du traumatisme subi par l'enfant.

4.1 Le traumatisme infantile

Ce qui spécifie l'atteinte traumatique chez l'enfant, ce n'est pas l'organe lésé ni même forcément l'étendue de la lésion anatomique, c'est l'agression d'un être en devenir. Toute agression de la personne d'un enfant ne peut être vue que dans une perspective dynamique. Autrement dit, l'enfant traumatisé peut perdre ce qu'il a acquis, ne pas acquérir ce qu'il est logiquement en attente de faire au moment de l'agression. Mais il a aussi la possibilité de récupérer ce qu'il a momentanément perdu, d'acquérir plus

tard et plus rapidement ce qu'il n'a pas appris dans l'immédiat.

Il est nécessaire de considérer trois points essentiels :

- l'enfant a un vécu traumatique qui peut avoir à lui seul des conséquences sur son élaboration et son avenir ;
- son corps n'est pas seulement une organisation anatomo-physiologique, mais un lieu de parole et de repérage et d'organisation du monde extérieur ;
- le développement de l'enfant se fait grâce aux relations qu'il noue avec l'entourage et en particulier le couple parental et les éducateurs. Ce qui oblige à rencontrer les personnages de son entourage.

Alors que l'examen somatique est souvent fait de façon minutieuse, il est fréquent de constater que, même lorsque l'âge de l'enfant l'a permis, sa parole n'a pas été sollicitée concernant l'événement traumatisant vécu, par la crainte de réactiver le traumatisme, la crainte, comme le dit De Ajuriaguerra, en des expertises successives, de fabriquer un enfant expertisé qui ne se verra plus que sous ces images d'enfant ne suscitant l'intérêt qu'en tant que victime d'un traumatisme.

L'expert peut avoir recours à l'expression graphique du dessin, aux modelages de la pâte, de la terre, aux jeux, à l'utilisation de tests projectifs simples. Il faut savoir que l'enfant peut avoir très tôt des idées de mort, ou des représentations de destruction, d'anéantissement (ce qui se repère plus volontiers au niveau des dessins). Il a aussi la figuration de la disparition de ses protecteurs tutélaires.

La non-recherche du vécu traumatique est souvent justifié par l'oubli dont serait coutumier l'enfant. Il est important de toujours rechercher les éléments du trauma (même chez le jeune enfant, dès qu'il peut parler ou qu'il peut produire des éléments significatifs) et permettre l'évacuation des charges émotionnelles par les techniques habituelles propres aux psychothérapies d'enfant.

Les manifestations traumatiques, qu'elles soient à expression somatique ou uniquement psychique, témoignent toujours d'une effraction. Les symptômes de la perte du corps fermé sont la diminution ou la disparition du langage, et des perturbations aux différents lieux des trous du corps. Ces manifestations ont pu être taxées de « régression ».

Dans un processus défensif, des enfants se réfugient dans des satisfactions pulsionnelles bien connues d'eux-mêmes tel le plaisir oral. Ce mode

de défense, s'il reste temporaire, peut être bénéfique pour l'enfant.

Ceci entraîne des lenteurs à la compréhension, des refus également qui lassent à la fois l'enfant et l'entourage.

Pour l'expert, plutôt que de penser à une destruction mal cernée des capacités intellectuelles, il est nécessaire de repérer les processus de défense, les inhibitions et de faire l'épreuve d'un traitement.

4.2 Les attitudes parentales

Dans leur déception, les parents risquent d'enfermer leur enfant dans une représentation univoque de malade, d'infirme, de diminué, d'incapable.

À l'inverse, des parents voulant lutter contre des images destructrices vont magnifier l'infirmité, nier même les atteintes corporelles au profit d'une construction sans rapport avec la réalité. Dans tous ces cas, ce qui est nuisible à l'enfant c'est la rigidification des représentations. Il risque l'enfermement dans les qualifications de son entourage qui le dépasse de sa liberté d'être ou de n'être pas, ou d'être autre que la figure proposée ; car s'il veut garder lien avec l'entourage, il ne peut être que celui qu'on se représente.

Parfois, dans une forme d'égale gravité, l'entourage n'accepte pas les représentations du traumatisme et se réfugie dans une revendication de retour à un état antérieur idéalisé. Ceci aboutit à ce que l'enfant traumatisé n'est pas ce qu'il devrait être, ou qu'il devrait être toujours autre que ce qu'il est. Ceci entraîne des sentiments de non être, de dépossession de soi qui créent des troubles graves.

Les charges anxieuses du groupe familial retentissent de façon défavorable sur l'évolution de l'enfant traumatisé, car dans ces peurs, il voit pour lui la prédiction de l'impossibilité d'accéder un jour à un statut d'adulte.

4.3 Appréciation du dommage chez l'enfant

En période de développement, l'être a des fonctions d'observation, d'adaptation à la réalité, d'utilisation de ses capacités corporelles tout à fait exceptionnelles, s'il est en bonnes conditions psychosociales antérieurement et postérieurement au traumatisme. L'expert ne doit pas prendre les phénomènes de défense de l'enfant contre le bouleversement apporté par le traumatisme, comme des signes de déficit irréversible.

Il est nécessaire de repérer les troubles de l'enfant dans ces grandes fonctions – telles que le somati-

l'appétit, l'humeur, le jeu et ses modalités, les capacités d'attention, de mémorisation dans les activités scolaires – et de savoir les interpréter.

Pour ce faire, il y a deux modes d'approche :

- les observateurs privilégiés : les parents mais aussi la fratrie, les camarades, les éducateurs ;
- l'observation directe par le médecin :
 - au niveau du dialogue qui peut, dès que l'enfant manie normalement le langage, être plus riche qu'on ne le suppose ordinairement ;
 - au niveau du graphisme, de l'écriture, des dessins, des reproductions de constructions géométriques, etc.
 - au niveau du modelage et du discours sur des figures simples de tests projectifs.

Cet examen apporte déjà à une réponse de type défense ou, au contraire, atteinte en lésion du fonctionnement de l'appareil psychique. Il permet de voir l'évolution en fonction du temps écoulé depuis le traumatisme. Il permet de faire des comparaisons avec des documents antérieurs : écriture, éléments rédactionnels, dessins, apportés par les documents scolaires.

S'il s'agit de phénomènes de défense qui vont en s'atténuant, il est tout à fait bénéfique de prévoir rapidement des conclusions définitives. Ceci évite de placer la victime dans un statut figé d'enfant pathologique et permet à l'entourage de liquider l'ensemble des événements traumatiques dans lequel est inclus le processus d'expertise. Ce qui nous apparaît important, ce n'est pas que par là on favorise un processus d'oubli – qui comme nous l'avons vu est, en fait, une sorte d'enfouissement d'un élément traumatique qui continue à être sourdement préjudiciable. Bien au contraire, cela permet d'intégrer dans la vie psychique cet élément traumatique pour qu'il y joue un rôle dans une dynamique qu'une situation en suspens n'est pas venue bloquer.

La date de consolidation pourra donc être fixée après deux ou trois examens à quelques mois de distance qui permettront de vérifier qu'il n'y a pas un développement pathologique à retardement et que les prévisions d'évolution favorable par atténuation progressive des troubles réactionnels immédiats et des mécanismes de défense se font bien. Même dans ces cas favorables qui sont les plus nombreux, il est prudent de faire des réserves d'avenir en soulignant si possible les points qui apparaissent les plus fragiles, telles les difficultés à la communication, les représentations graphiques mal élaborées, l'autonomisation lente.

Dans les cas difficiles où les séquelles décrites apparaissent, il n'est pas nécessaire de fixer rapidement une date de consolidation, il est préférable de fixer un taux d'incapacité temporaire partielle jusqu'à un nouvel examen, situé en général plusieurs années après. Il nous paraît indispensable alors d'indiquer un schéma thérapeutique, psychothérapie, assistance éducative ou rééducative, éventuellement même une prescription de changement de milieu de vie, etc. Il peut même être conseillé à des parents anxieux de suivre eux-mêmes un traitement.

Ces indications sont importantes d'une part parce que le traitement d'un enfant atteint n'est pas simple du fait de tous les facteurs qui jouent sur sa dynamique, d'autre part pour bien signifier que le regard de l'observateur n'est pas fixé sur une situation figée et que l'élaboration de l'enfant demande un travail dès le présent de l'examen et que son avenir est déjà là.

Ce schéma thérapeutique, qui entraînerait donc l'enfant et son entourage dans un processus dynamique, va ultérieurement pouvoir être vérifié dans son application. Il sera possible de tester les possibilités traitantes de l'enfant et de son milieu de soutien. Si rien n'a été entrepris, alors que la symptomatologie s'est aggravée, il sera nécessaire de ne plus attendre et de conclure l'expertise. Dans le cas contraire, il pourra être intéressant, si les résultats sont encore insuffisants, de poursuivre l'action entreprise et de revoir la victime dans un délai établi en fonction du pronostic après contact avec les différents intervenants traitants.

5 Difficultés rencontrées

L'expertise peut être vécue comme un supplément d'agression par avidité de savoir au prix de l'impudeur, par traitement de l'expertisé comme un objet, le sujet étant exclu du processus, par transformation du processus d'expertise en appréciation de la vérité du discours de la victime ou par évaluation des préjudices considérés comme « subjectifs », donc non-objectifs et, par là, non repérables scientifiquement et non évaluable.

5.1 L'état antérieur

La question de l'état antérieur est régulièrement posée à l'expert. Existait-il une vulnérabilité personnelle au patient au trauma ou une prédisposition à développer une névrose traumatique ?

L'expérience clinique montre qu'il existe plusieurs sortes de vulnérabilités : une vulnérabilité

de conjoncture (un événement qui ne sera pas traumatique pour tel sujet, le sera dans un autre environnement et dans un autre contexte, en particulier de fatigue ou de défaut de soutien social); une vulnérabilité de résonance existentielle (la victime traverse une période difficile faite de rupture, de deuil...) et une vulnérabilité de prédisposition (certains sujets présentent déjà une structure névrotique et peuvent être plus sensibles que d'autres aux événements, leur névrose traumatique sera colorée de leur névrose antérieure). Une telle prédisposition doit être établie par des faits objectifs attestant du passé psychopathologique de la victime.

Il appartient à l'expert d'établir l'imputabilité entre l'aggravation éventuelle de cet état antérieur avec l'événement ou l'aggravation du syndrome psychotraumatique du fait de la présence de l'état antérieur.

5.2 L'évaluation des préjudices

Comme pour toute pathologie post-traumatique, l'expert doit évaluer tous les postes de préjudices. Dans le domaine psychiatrique, la période de *déficit fonctionnel temporaire* peut être plus ou moins longue selon la gravité des symptômes qui sont parfois invalidants. L'évaluation du *déficit fonctionnel permanent* séquellaire doit tenir compte du déficit des fonctions cognitives, affectives, volitionnelles et psychomotrices ou comportementales d'une personne dans son environnement physique et social.

Il existe un large éventail de cas, des plus légers au plus invalidants privant le sujet d'initiatives et d'autonomie. Les différents barèmes (droit commun, accidents du travail, pensions militaires, etc.) sur lesquels doivent s'appuyer les experts donnent des taux variés de déficit fonctionnel permanent pour une même symptomatologie. Le barème utilisé en droit commun donne les indications suivantes :

- manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles, tension psychique : jusqu'à 3 % ;
- manifestations anxieuses phobiques spécifiques

Références

Contrairement à la présentation de la plupart des chapitres de l'ouvrage, les références ne sont pas appelées directement dans le texte, qui en est une synthèse transversale.

- Crocq L. Évaluation de l'incapacité dans les syndromes psychotraumatiques. *Med Leg Soc* 2002 ; 5 : 87-92.
- Daligand L. *L'enfant et le diable, accueillir et soigner les victimes de violences*. Paris : L'Archipel, 2004.
- De Clercq M, Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson, 2001.
- Dintilhac JP. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. Ministère de la Justice, juillet 2005.

avec conduites d'évitement et syndrome de répétition : 3 à 10 % ;

- anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, conduites d'évitement étendues, syndrome de répétition diurne et nocturne : 10 à 15 % ;
- exceptionnellement : jusqu'à 20 %.

Les *souffrances endurées* psychiques sont également à évaluer, comme dans tout dommage, souffrances subies pendant la période des préjudices temporaires. Elles s'évaluent sur une échelle allant de 1 à 7. Elles sont trop souvent sous-évaluées par les experts qui méconnaissent leur intensité, leur durée, leur nature quasi-existentielle en particulier dans les agressions, les viols, les accidents collectifs, etc.

5.3 La rédaction du rapport

Elle doit être claire afin d'être comprise par des non spécialistes du dommage psychique auxquels ce rapport est destiné. Ce rapport doit être respectueux de l'expertisé qui le lira également.

5.4 La transmission du rapport

En expertise civile, l'expert doit adresser un rapport à toutes les parties ; or, parfois, l'auteur de l'événement traumatique n'est pas représenté par un avocat. C'est donc directement à cet auteur que devrait être adressé une copie du rapport. Or, ce document met en quelque sorte à nu la victime, révélant son histoire jusqu'à l'intime et pouvant donner ainsi des éléments d'emprise supplémentaires à l'agresseur. La prévention d'un tel risque pourrait consister en l'envoi à l'auteur des seules conclusions de l'expertise.

6 Perspectives

La formation des experts psychiatres – devenue obligatoire – à la reconnaissance du trauma psychique, à la victimologie et à l'évaluation des préjudices psychiques devrait améliorer les conditions d'expertise et favoriser son aspect thérapeutique.

Expertise psychiatrique et psychologique de la victime

275

- Fédération française de psychiatrie, Haute autorité de Santé. Expertise psychiatrique pénale. Audition publique, 25 et 26 janvier 2007. Rapport de la commission d'audition. Recommandations de la commission d'audition. Les deux documents sont accessibles sur www.has-sante.fr
- Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod, 2005.

EXPERTISE ET RÉPARATION DES VICTIMES

Expertise et réparation des victimes

Liliane DALIGAND



L'expertise peut ouvrir à la réparation, elle est une épreuve pour toute victime, quel que soit l'événement traumatique à l'origine de son dommage physique et/ou psychique. L'expertise est un moment essentiel au cours duquel sont évalués les préjudices consécutifs au dommage. Cette expertise médicale obéit à des règles précises techniques et déontologiques. Depuis 2007, une nouvelle mission est adressée aux experts, mission très détaillée, suivant la nouvelle nomenclature et pouvant comprendre plus de vingt questions dont les réponses permettront l'évaluation financière de l'indemnisation par le magistrat ou l'assureur.

Liliane DALIGAND

Professeur de médecine légale, Université Lyon 1, expert près la cour d'appel de Lyon, membre du Conseil scientifique de l'INAVEM.

105

Réparer, étymologiquement, ouvre sur partager, donner sa part, et se connote avec mettre au monde (de *parere, partus* : enfantement, partition, parturiente). C'est permettre à un enfant de participer, prendre part à la création du monde des hommes.

Ré-parer, c'est permettre à nouveau à l'être de prendre part à la vie communautaire humaine. C'est ré-affirmer cet être, comme membre à part entière de l'espèce, appartenant à une culture, à un groupe, parlant une langue.

C'est le ré-conforter, comme être humain, dans son droit à la parole, à laquelle il est ouvert dès l'origine, qu'il peut prendre sans avoir à la tenir d'un autre. Il a sa place dans le langage où il se trouve porté par sa parole qui lui donne sens¹.

L'expertise peut ouvrir à la réparation, elle est une épreuve pour toute victime, quel que soit l'événement traumatique à l'origine de son dommage physique et/ou psychique. L'expertise est un moment essentiel au cours duquel vont être évalués les préjudices consécutifs au dommage.

Cette expertise réalisée par un médecin expert judiciaire ou un médecin-conseil de compagnie d'assurances obéit à des règles précises techniques et déontologiques. Il est d'ailleurs à souligner que l'expert de justice est un technicien choisi en raison de ses connaissances médicales pour répondre à des questions techniques qui relèvent de sa spécialité. Il ne peut être désigné comme expert s'il a été le médecin traitant de la victime. Il peut se recuser s'il estime que les questions posées sont étrangères à la technique proprement dite médicale, à ses connaissances.

Afin d'améliorer la qualité des expertises, des commissions ont travaillé au cours des années 2000, en particulier celle présidée par Jean-Pierre Dintilhac, magistrat de la Cour de cassation. Désormais, avec la nomenclature dite « Dintilhac », tous les dommages subis par une victime sont officiellement reconnus dans leurs réalités les plus complexes et les plus subtiles². Depuis 2007, une nouvelle mission est maintenant adressée aux experts, mission très détaillée, suivant scrupuleusement la nouvelle nomenclature et pouvant comprendre plus de vingt questions dont les réponses permettront l'évaluation financière de l'indemnisation par le magistrat ou l'assureur.

...

(1) Daligand (L.), 1989, « De l'indissociable rapport indemnisation-réparation ». Journée d'étude sur la réparation des accidents de circulation, Grenoble, 12 décembre, Actes de la Journée, 14-18.

(2) Hivert (P.), Arcadio (D.), 2007, « Regards croisés pour une nouvelle expertise médicale issue de la nomenclature Dintilhac », *Gazette du Palais*, 17 au 19 juin.

La mission-type

Après avoir recueilli les renseignements nécessaires sur l'identité de la victime et sa situation, les conditions de son activité professionnelle, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, son mode de vie antérieur à l'accident et sa situation actuelle :

1. à partir des déclarations de la victime, au besoin de ses proches et de tout sachant, et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités de traitement, en précisant le cas échéant, les durées exactes d'hospitalisation, et pour chaque période d'hospitalisation, le nom de l'établissement, les services concernés et la nature des soins ;
2. recueillir les doléances de la victime et au besoin de ses proches ; l'interroger sur les conditions d'apparition des lésions, l'importance des douleurs, la gêne fonctionnelle subie et leurs conséquences ;
3. décrire au besoin un état antérieur en ne retenant que les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles ;
4. procéder, en présence des médecins mandatés par les parties avec l'assentiment de la victime, à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime ;
5. à l'issue de cet examen, analyser dans un exposé précis et synthétique, la réalité des lésions initiales, la réalité de l'état séquellaire et l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales en précisant au besoin l'incidence d'un état antérieur ;
6. pertes de gains professionnels actuels : indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité d'exercer totalement ou partiellement son activité professionnelle, et en cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée, préciser la durée des arrêts de travail retenus par l'organisme social au vu des justificatifs produits (exemple, décomptes de l'organisme de sécurité sociale) et dire si ces arrêts de travail sont liés au fait dommageable ;
7. déficit fonctionnel temporaire : indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son

déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités personnelles habituelles et en cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ;

8. fixer la date de la consolidation et, en l'absence de consolidation, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime ; préciser, lorsque cela est possible, les dommages prévisibles pour l'évaluation d'une éventuelle provision ;
9. déficit fonctionnel permanent : indiquer si, après la consolidation, la victime subit un déficit fonctionnel imputable à l'accident ou l'agression, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi les douleurs physiques et psychiques. En évaluer l'importance et en chiffrer le taux (en principe selon un barème de droit commun). Dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur cet état antérieur et décrire les conséquences ;
10. assistance par tierce personne : indiquer le cas échéant si l'assistance constante ou occasionnelle d'une tierce personne (étrangère ou non à la famille) est ou a été nécessaire pour effectuer les démarches et plus généralement pour accomplir les actes de la vie quotidienne, et préciser la nature de l'aide à prodiguer et sa durée quotidienne ;
11. dépenses de santé futures : décrire les soins futurs et les aides techniques compensatoires au handicap de la victime (prothèses, appareillages spécifiques, véhicule) en précisant la fréquence de leur renouvellement ;
12. frais de logement et/ou de véhicules adaptés : donner son avis sur d'éventuels aménagements nécessaires pour permettre, le cas échéant, à la victime d'adapter son logement et/ou son véhicule à son handicap ;
13. pertes de gains professionnels futurs : indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne l'obligation pour la victime de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle ou de changer d'activité professionnelle ;
14. incidence professionnelle : indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel

permanent entraîne d'autres répercussions sur son activité professionnelle actuelle ou future (obligation de formation pour un reclassement professionnel, pénibilité accrue dans son activité, « dévalorisation » sur le marché du travail, etc.) ;

15. préjudice scolaire, universitaire ou de formation : si la victime est scolarisée ou en cours d'études, dire si en raison des lésions consécutives au fait traumatique, elle a subi une perte d'année scolaire, universitaire ou de formation, l'obligeant, le cas échéant, à se réorienter ou à renoncer à certaines formations ;
16. souffrances endurées : décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales découlant des blessures subies pendant la maladie traumatique (avant consolidation) et les évaluer distinctement sur une échelle de 1 à 7 ;
17. préjudice esthétique temporaire et/ou définitif : donner un avis sur l'existence, la nature ou l'importance du préjudice esthétique, en distinguant éventuellement le préjudice temporaire (avant consolidation) et le préjudice définitif. Évaluer distinctement les préjudices temporaire et définitif sur une échelle de 1 à 7, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;
18. préjudice sexuel : dire s'il existe un préjudice sexuel, le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la libido, l'acte sexuel proprement dit (impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;
19. préjudice d'établissement : dire si la victime subit une perte d'espoir ou de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale ;
20. préjudice d'agrément : lorsque la victime allègue l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, donner un avis médical sur cette impossibilité et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;
21. préjudices permanents exceptionnels : dire si la victime subit des préjudices permanents exceptionnels correspondant à des préjudices atypiques directement liés aux handicaps permanents ;
22. dire si l'état de la victime est susceptible de modification en aggravation.

déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités personnelles habituelles et en cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ;

8. fixer la date de la consolidation et, en l'absence de consolidation, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime ; préciser, lorsque cela est possible, les dommages prévisibles pour l'évaluation d'une éventuelle provision ;
9. déficit fonctionnel permanent : indiquer si, après la consolidation, la victime subit un déficit fonctionnel imputable à l'accident ou l'agression, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi les douleurs physiques et psychiques. En évaluer l'importance et en chiffrer le taux (en principe selon un barème de droit commun). Dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur cet état antérieur et décrire les conséquences ;
10. assistance par tierce personne : indiquer le cas échéant si l'assistance constante ou occasionnelle d'une tierce personne (étrangère ou non à la famille) est ou a été nécessaire pour effectuer les démarches et plus généralement pour accomplir les actes de la vie quotidienne, et préciser la nature de l'aide à prodiguer et sa durée quotidienne ;
11. dépenses de santé futures : décrire les soins futurs et les aides techniques compensatoires au handicap de la victime (prothèses, appareillages spécifiques, véhicule) en précisant la fréquence de leur renouvellement ;
12. frais de logement et/ou de véhicules adaptés : donner son avis sur d'éventuels aménagements nécessaires pour permettre, le cas échéant, à la victime d'adapter son logement et/ou son véhicule à son handicap ;
13. pertes de gains professionnels futurs : indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne l'obligation pour la victime de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle ou de changer d'activité professionnelle ;
14. incidence professionnelle : indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel

permanent entraîne d'autres répercussions sur son activité professionnelle actuelle ou future (obligation de formation pour un reclassement professionnel, pénibilité accrue dans son activité, « dévalorisation » sur le marché du travail, etc.) ;

15. préjudice scolaire, universitaire ou de formation : si la victime est scolarisée ou en cours d'études, dire si en raison des lésions consécutives au fait traumatique, elle a subi une perte d'année scolaire, universitaire ou de formation, l'obligeant, le cas échéant, à se réorienter ou à renoncer à certaines formations ;
16. souffrances endurées : décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales découlant des blessures subies pendant la maladie traumatique (avant consolidation) et les évaluer distinctement sur une échelle de 1 à 7 ;
17. préjudice esthétique temporaire et/ou définitif : donner un avis sur l'existence, la nature ou l'importance du préjudice esthétique, en distinguant éventuellement le préjudice temporaire (avant consolidation) et le préjudice définitif. Évaluer distinctement les préjudices temporaire et définitif sur une échelle de 1 à 7, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;
18. préjudice sexuel : dire s'il existe un préjudice sexuel, le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la libido, l'acte sexuel proprement dit (impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;
19. préjudice d'établissement : dire si la victime subit une perte d'espoir ou de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale ;
20. préjudice d'agrément : lorsque la victime allègue l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, donner un avis médical sur cette impossibilité et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ;
21. préjudices permanents exceptionnels : dire si la victime subit des préjudices permanents exceptionnels correspondant à des préjudices atypiques directement liés aux handicaps permanents ;
22. dire si l'état de la victime est susceptible de modification en aggravation.

La réalisation de l'expertise

La convocation de la victime

Le courrier adressé pour fixer la date d'expertise doit refléter les qualités de l'accueil qui « ne peut pas être ressenti comme une contrainte mais comme une demande d'examen médical suite à une mission se situant dans un cadre précis³ ».

Cette lettre de proposition de rendez-vous doit préciser l'origine de la demande d'expertise, la nécessité d'apporter tous les documents nécessaires, en particulier le dossier médical, et indiquer que l'expertisé peut se faire accompagner du médecin de son choix.

La rencontre expertale

Le parcours de la victime est jalonné de rencontres multiples dans le domaine des soins, dans le domaine juridico-administratif, rencontres pouvant accroître les souffrances alors que la victime est en quête de soulagement, de reconnaissance, de réparation.

La rencontre avec un ou plusieurs experts est une épreuve souvent difficile, mais qui devrait constituer un moment fort dans l'histoire du sujet, et non pas être un rendez-vous manqué⁴. Ce qui peut arriver si le sujet est dans une attente impossible à satisfaire, si l'expert méconnaît la réalité et la gravité des troubles présentés par la victime, si les documents médicaux sont incomplets, voire absents, si les conditions du respect du caractère contradictoire de l'expertise ne sont pas réunies, en particulier si la victime n'est pas assistée d'un médecin de recours ou de son avocat.

L'expert se doit de rester un clinicien auquel il appartient de signifier clairement qu'il est indépendant des parties.

L'accueil permet à l'expert de se présenter, de présenter les personnes, médecins ou avocats, qui assistent à l'expertise, de donner les éléments essentiels de sa mission et d'annoncer qu'un rapport écrit sera rédigé et adressé à toutes les parties. Comme l'indique le décret du 10 janvier 1992 concernant l'évaluation des troubles psychiques de guerre : « L'accueil du postulant, les conditions matérielles de l'examen doivent faire l'objet d'une grande attention, permettant au sujet d'être considéré avec le respect dû à tout citoyen et non comme

...

(3) La lettre de l'AREDOC, octobre 2009.

(4) Vedinne (J.), « L'expert et le travail de l'expertise », in De Clercq (M.) et Lebigot (F.) (ed.), 2001, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 343-350.

(5) Vedinne (J.), Daligand (L.), 1992, « L'évaluation des troubles psychiques traumatiques », *Les cahiers de l'expertise judiciaire*, vol. 4, n° 3 ét.d/l.

un être anonyme, objet d'une procédure de routine. L'attitude de l'expert doit être bienveillante, empreinte d'une certaine neutralité, et dépourvue de suspicion a priori⁵ ».

L'entretien bien conduit, sans être inquisitorial, permet de reconstituer la biographie de la victime (date de naissance, études, diplômes, vie professionnelle, vie conjugale, antécédents pathologiques, activités personnelles et de loisirs jusqu'à l'événement motivant l'expertise).

Après cet exposé qui permet de mieux connaître la victime, l'entretien aborde le rappel des faits ayant conduit au processus de victimisation. Il s'agit là de permettre à la victime de faire le récit de l'accident ou de l'agression avec ses propres mots, ses sensations, ses émotions, ses pensées, ses réactions. Il importe pour l'expert d'être dans une position d'écoute la plus proche possible de celle de la relation de soins. Il est d'ailleurs à souligner que le décret du 10 janvier 1992 affirme que « l'expert accomplit une tâche qui comporte indirectement une dimension thérapeutique ». Écouter la parole de la victime, c'est le reconnaître comme sujet malgré ses blessures et ses déficits, c'est lui signifier la permanence de son appartenance au groupe.

La rencontre expertale peut être facteur de reconnaissance, voire de reconstruction de l'identité du sujet en favorisant l'intégration des images et des représentations concernant le trauma et le corps, les soins plus ou moins prolongés et pénibles. La victime pourra ainsi aborder ses lésions initiales, les suites données avec ou sans hospitalisation, interventions, rééducation, arrêt d'activité personnelle et/ou professionnelle.

Seront évoquées ensuite les doléances de la victime concernant les séquelles de l'événement : douleurs, gêne fonctionnelle, handicap. Il est important que l'expert consacre du temps à ce passage de l'expertise qui peut s'appuyer sur des listes de manifestations pathologiques parfois apportées par les victimes et qui peuvent être annexées au rapport d'expertise.

L'expert doit s'appuyer sur des éléments probants représentés par les documents médicaux fournis par la victime : certificat médical initial, compte rendu d'hospitalisation, dossier hospitalier, examens spécialisés, ordonnances, certificats. Ces documents doivent être repris de façon chronologique dans le rapport d'expertise.

L'examen clinique est essentiel pour en déduire l'existence de séquelles. Il doit être minutieux, complet, respecter l'intimité de la victime. Certains examens, gynécologique ou psychiatrique, demandent un colloque singulier particulier.

Le respect du contradictoire est assuré par la relation que fait ensuite l'expert aux personnes présentes, et dans son rapport, de ses constatations⁶.

Les avis spécialisés

L'expert peut recourir à un sappeur, spécialiste d'une autre discipline que la sienne en cas de difficulté d'imputabilité, de diagnostic de l'état séquellaire ou de l'état initial ou lorsqu'il est nécessaire de faire appel à un spécialiste lorsque l'examen nécessite des compétences et matériels particuliers (ORL, ophtalmologie...).

La rédaction et la transmission du rapport

Elle doit être claire afin d'être comprise par des non-spécialistes auxquels ce rapport est destiné. Elle doit être précise, argumentée, et répondre précisément et uniquement aux questions de la mission. Ce rapport doit être respectueux de l'expertisé qui le lira également.

Le rapport reprend les éléments médicaux de l'entretien, de l'examen et se termine par une partie médico-légale avec une discussion et une conclusion répondant à toutes les questions de la mission.

En expertise civile, l'expert doit adresser un rapport à toutes les parties ; or, parfois, l'auteur de l'événement traumatique n'est pas représenté par un avocat. C'est donc directement à cet auteur que devrait être adressée une copie du rapport. Or, ce document met en quelque sorte à nu la victime, révélant son histoire jusqu'à l'intime et pouvant donner ainsi des éléments d'emprise supplémentaires à l'agresseur. La prévention d'un tel risque pourrait consister en l'envoi à l'auteur des seules conclusions de l'expertise.

Les difficultés de l'expertise

L'expertise peut être vécue comme un supplément d'agression par avidité de savoir au prix de l'impudeur,

• • •

(6) Loriferne (D.), « Expertise médicale en matière civile », in Moussa (T.) (dir.) *Droit de l'expertise*, Dalloz, 2009/2010, p. 394-400.

par traitement de l'expertisé comme un objet, le sujet étant exclu du processus, par transformation du processus d'expertise en appréciation de la vérité du discours de la victime ou par évaluation des préjudices considérés comme « subjectifs », donc non objectifs et, par là, non repérables scientifiquement et non évaluables.

La question de l'état antérieur est régulièrement posée à l'expert. Existait-il une vulnérabilité personnelle du patient au trauma ou une prédisposition à développer une pathologie, en particulier dans le domaine psychiatrique ?

L'expérience clinique montre qu'il existe plusieurs sortes de vulnérabilité : une vulnérabilité de conjoncture (un événement qui ne sera pas traumatique pour tel sujet, le sera dans un autre environnement et dans un autre contexte, en particulier de fatigue ou de défaut de soutien social) ; une vulnérabilité de résonance existentielle (la victime traverse une période difficile faite de rupture, de deuil...) et une vulnérabilité de prédisposition. Une telle prédisposition doit être établie par des faits objectifs attestant du passé pathologique de la victime.

Il appartient à l'expert d'établir l'imputabilité entre l'aggravation éventuelle de cet état antérieur avec l'événement ou l'aggravation des séquelles du fait de la présence de l'état antérieur.

Autre difficulté pour l'expert, l'évaluation du déficit fonctionnel permanent (DFP). Il s'agit d'évaluer la perte des capacités de la victime en raison des atteintes aux fonctions physiologiques, à la douleur permanente ressentie, à la perte de la qualité de la vie et aux troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation.

L'expert peut se baser sur un barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Le barème donne des taux indicatifs et d'ailleurs exprimés le plus souvent sous forme de fourchettes ou de taux maxima afin de conférer aux experts une certaine souplesse dans l'évaluation médico-légale des incapacités. L'expert peut moduler sa proposition de taux en fonction de ses observations cliniques.

De nombreuses victimes sont insatisfaites des taux proposés, en particulier dans le domaine psychique, car le barème de droit commun propose des taux très faibles pour des manifestations qui retentissent de manière permanente sur la vie quotidienne et sont souvent considérées comme invalidantes par les victimes ; le barème ne proposant au maximum que 20 % de DFP.

Or, l'évaluation du déficit fonctionnel permanent doit tenir compte du déficit des fonctions cognitives, affectives, volitionnelles et psychomotrices ou comportementales d'une personne dans son environnement physique et social⁷.

Autre poste de préjudice souvent sous-évalué, les souffrances endurées, surtout en ce qui concerne les souffrances psychiques, car les experts méconnaissent leur intensité, leur durée, leur nature existentielle, en particulier dans les agressions, les viols, les accidents collectifs. D'ailleurs, un nouveau poste de préjudice apparaît, le préjudice d'angoisse à la suite d'événements collectifs ou de catastrophes qui s'accompagnent d'angoisses majeures de néantisation. C'est ainsi qu'est apparu le préjudice spécifique des victimes d'actes de terrorisme et, pour les victimes de l'explosion d'AZF, un préjudice spécifique est venu majorer le poste des souffrances endurées⁸.

L'expert judiciaire doit être indépendant, impartial, compétent dans son domaine de spécialité, avoir une parfaite connaissance des règles de l'évaluation médico-légale et en particulier des critères d'imputabilité. Il doit respecter le principe du contradictoire, avoir une organisation qui permet des conditions d'accueil et de réalisation d'expertise optimales qui donneront à la victime la certitude d'avoir été entendue et comprise, quelles que soient les conclusions⁹.

Il doit être ponctuel pour rendre ses rapports dans les délais impartis ou, en cas d'impossibilité, il doit en référer au magistrat qui l'a nommé.

Évaluation et indemnisation

La question est souvent posée : à quoi correspondent les chiffres déterminés par l'expert, à quel montant financier ? Pour répondre à cette question, il semble judicieux de mettre les équivalences pour certains postes de préjudices, souffrances endurées, préjudice esthétique et déficit fonctionnel permanent. Les données suivantes sont extraites du référentiel indicatif régional d'indemnisation du dommage corporel de janvier 2010 utilisé par plusieurs cours d'appel¹⁰. Ces chiffres sont donnés à titre indicatif, mais constituent des valeurs de référence supérieures à la moyenne nationale.

...

(7) Daligand (L.), 2010, « L'expertise psychiatrique et psychologique de la victime » in Chariot (P.) et Debout (M.) (dir.), *Traité de médecine légale et de droit de la santé*, Paris, Vuibert, p. 267-275

(8) Daligand (L.), 2011, *Syndrome post-traumatique d'angoisse, RISEO, Risques Études et Observations*, n° 3, p. 132-142.

(9) *Les experts médicaux et les médecins qui évaluent le dommage corporel*, Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins du 21 octobre 2011.

(10) Barème indicatif d'indemnisation des préjudices personnels des cours d'appel d'Agen, Angers, Bordeaux, Limoges, Pau, Poitiers et Toulouse.

Souffrances endurées et préjudice esthétique

- ▷ Très léger soit 1 sur 7 jusqu'à 1 500 €
- ▷ Léger soit 2 sur 7 1 500 € à 3 000 €
- ▷ Modéré soit 3 sur 7 3 000 € à 6 000 €
- ▷ Moyen soit 4 sur 7 6 000 € à 10 000 €
- ▷ Assez important soit 5 sur 7 10 000 € à 25 000 €
- ▷ Important soit 6 sur 7 20 000 € à 30 000 €
- ▷ Très important soit 7 sur 7 30 000 € et plus

Déficit fonctionnel permanent (DFP)

La valeur du point est déterminée, d'une part, en fonction du pourcentage du déficit fonctionnel permanent et, d'autre part, en fonction de l'âge de la victime. Plus le taux d'incapacité est élevé, plus le point augmente. Plus la victime vieillit plus la valeur du point diminue. Le montant de l'indemnisation correspond à la multiplication du taux de DFP et de la valeur du point.

Taux de DFP	0-10 ans	11-20 ans	21-30 ans	41-50 ans	61-70 ans	> 80 ans
1 à 5 %	1 200	1 100	1 000	900	800	700
16 à 20 %	1 800	1 670	1 540	1 350	1 100	820
46 à 50 %	3 000	2 810	2 620	2 250	1 700	1 060
66 à 70 %	3 800	3 570	3 340	2 850	2 100	1 220
91 à 95 %	4 800	4 520	4 240	3 600	2 700	1 460

Conclusion

Toute réparation exige un objet d'indemnisation. L'important est de trouver le bon objet. Si c'est un objet médiateur, il doit être reconnu par la victime dans un au-delà du seul objet de satisfaction. L'objet comblant, rarement trouvé, n'ouvre de toute façon que sur l'imaginaire de la réparation. Les qualités obligatoires du bon objet doivent permettre à la victime de retrouver l'altérité dans le rapport à l'autre.

Liliane DALIGAND

RENCONTRE EXPERTALE ET NOUVEAUX CHEFS DE PRÉJUDICE

RENCONTRE EXPERTALE ET NOUVEAUX CHEFS DE PRÉJUDICE

JACQUES VÉDRINNE*, LILIANE DALIGAND*, ANNE GAUD**

RÉSUMÉ

Les cadres juridiques servant de fil conducteur à l'expert pour évaluer les préjudices personnels d'une victime à la suite de traumatismes divers (accidents de circulation, agressions, etc.) sont relativement bien codifiés, au prix d'une élaboration jurisprudentielle et parfois législative ayant progressivement pris forme au cours des dernières décennies. La meilleure reconnaissance du trauma psychique par tous les acteurs intervenant dans le processus de la réparation du dommage et l'indemnisation illustre bien cette évolution. C'est ainsi qu'est apparu récemment un préjudice spécifique d'acte de terrorisme pris en charge de façon systématique. Il existe cependant un domaine, celui des accidents collectifs ou des catastrophes naturelles ou non, où les rubriques habituelles (IPP, souffrances endurées, préjudice d'agrément) paraissent insuffisantes pour rendre compte de certaines particularités de l'action intime du traumatisme. La jurisprudence commence d'ailleurs à reconnaître un préjudice d'angoisse au sein d'un préjudice moral aux contours assez flous, et cela en dehors de toute évaluation expertale. La rencontre avec des victimes directes et des proches de victimes décédées permet l'émergence d'une clinique assez précise susceptible de justifier une prise en considération de ses caractéristiques propres dans un cadre à définir, mais qui ne saurait se réduire simplement à la psychopathologie classique ou à un élément du préjudice moral.

MOTS-CLÉS

expertise, préjudice, catastrophe collective.

Les cadres juridiques servant de fil conducteur à l'expert pour évaluer les préjudices personnels d'une victime à la suite de traumatismes divers (accident

SUMMARY: MEETING THE EXPERT AND NEW DAMAGES CATEGORIES

The legal frameworks which serve as guidelines allowing the expert to evaluate the harm caused to the victim by a variety of traumas (road traffic accidents, attacks, etc.) have been relatively well codified thanks to the gradual development, over recent decades, of legal precedents and sometimes the enactment of new laws. These developments are particularly well illustrated by the increased awareness of psychic trauma by all the agents involved in the assessment of damages and compensation. This is why damages specifically related to the act of terrorism are now systematically taken into consideration. However, the usual classifications (partial permanent invalidity, sustained distress and the loss of the amenities of life) seem unable to account for certain intimate aspects of trauma with regard to the area of mass accidents and disasters, natural or man-made. Despite this, jurisprudence has begun to recognise the concept of "emotional damage" within the broader context of psychic damage although their mutual boundaries still remain somewhat vague and without expert evaluation. Certain (quite) clearly defined symptoms which emerge during the encounter with the victims themselves and the kith and kin of the deceased need to be taken into consideration for their own sake within a yet to be decided framework. These symptoms should neither be simplified to conform to a classic psychopathology nor be reduced to just one aspect of psychic damage.

KEY WORDS

expert, damage, mass disaster.

de circulation, agression etc.) sont relativement bien codifiés, au prix d'une élaboration jurisprudentielle et parfois législative ayant progressivement pris forme au cours des dernières décennies. Sans entrer dans le détail des différents chefs de préjudices classiques, il convient de rappeler les principaux d'entre eux. C'est ainsi que l'expert médical a à définir l'incapacité temporaire totale, la date de consolidation, l'incapacité permanente partielle, mais aussi les préjudices extrapatrimoniaux tels que les souffrances

* Professeur, Laboratoire de médecine légale, 8, avenue Rockefeller, F-69373 Lyon Cedex 08, mlegale@rockefeller.univ-lyon1.fr

** Psychologue, Service du Pr Elchardus, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

endurées, le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique. Quant au Juge, il a à apprécier le préjudice moral des proches, soit lorsqu'il s'agit d'une victime décédée, soit en cas de victime survivante (préjudice d'accompagnement).

À la suite d'une enquête épidémiologique ⁽¹⁾ effectuée auprès de 254 personnes blessées lors de l'un des attentats commis en France après le 1^{er} janvier 1982 et qui a mis en évidence la fréquence du stress post-traumatique, le Conseil d'administration du Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme a décidé en 1990 de créer un préjudice spécifique d'acte de terrorisme qui serait pris en charge de manière systématique, sur la base d'une indemnisation fixée forfaitairement à 40 % du capital représentant l'évaluation de l'incapacité permanente partielle, avec un montant minimum. Cette indemnisation doit être versée à toute victime d'attentat même si elle n'a pas subi d'autre séquelle indemnisable. Une telle décision visait à atténuer les aléas de la reconnaissance du syndrome psychotraumatique par les experts. Il s'agit d'une étape importante dans une reconnaissance plus satisfaisante du traumatisme psychique par tous les acteurs intervenant dans le processus de la réparation du dommage.

ÉMERGENCE ET ÉVALUATION DE NOUVEAUX PRÉJUDICES LIÉS AUX CATASTROPHES

Il existe en effet un domaine, celui des accidents collectifs ou des catastrophes naturelles ou non, où les rubriques habituelles paraissent insuffisantes pour rendre compte de certaines particularités de l'action intime du traumatisme. Hormis le cas des attentats terroristes, il n'existe pas en effet de chef de préjudice spécifique ou trouble psychologique consécutif à ces accidents collectifs. C'est donc jusqu'à présent au sein des différents cadres existants que commence à être incluse la prise en compte des éléments constitutifs d'un préjudice, que l'on peut qualifier d'angoisse ⁽²⁾ ou existentiel ⁽³⁾, lié aux particularités de l'impact de l'événement catastrophique. Il convient d'envisager deux situations : celle des victimes directes et les souffrances des proches d'une victime.

VICTIMES DIRECTES

Les jugements concernant des catastrophes récentes tendent ainsi à valoriser le préjudice "souffrance endurée" du fait des caractéristiques particulières de la souffrance psychique survenant à la faveur de situations brutales et destructurantes (cf. les exemples des catastrophes de Furiani, Habsheim, le Drac...). Dans tous ces cas, il s'agit d'un traumatisme psychiquement pénétrant du fait de sa soudaineté avec un sentiment d'inévitabilité de l'issue, de destruction de l'être, ne laissant aucune espérance, avec exacerbation des empreintes sensorielles. Classiquement, les souffrances endu-

rées sont les souffrances physiques, psychiques et morales liées à l'accident et le médecin expert en apprécie l'importance, la nature et la durée du fait des lésions initiales, de leur traitement et de leur évolution. Il devra être descriptif avec une évaluation selon une échelle de 0 à 7. L'angoisse majeure, angoisse de néantisation, culmine en cette période et constitue l'essentiel de ce poste de préjudice. Tous les travaux actuels montrent que la douleur, même inscrite dans la chair, se noue aux autres souffrances dans la conscience psychique. On peut estimer qu'en cas de catastrophe, ces souffrances pourront parfois atteindre le niveau de 4 ou 5, ou plus encore.

Plus récemment, a été mise sur pied une indemnisation du préjudice spécifique des victimes d'AZF à Toulouse. Il s'agit d'une souffrance supplémentaire durable, conséquence du retentissement sur la personne concernée de l'aspect collectif du sinistre. Ce préjudice prend pour assise les souffrances endurées qui ont été évaluées médicalement à au moins 1/7. L'expert doit évaluer ou réévaluer les souffrances, en prenant en compte les conséquences directes qu'a pu avoir sur la personne concernée une pluralité de troubles majeurs, entre autres, dans des conditions d'existence liées au caractère collectif du sinistre. Cet examen complémentaire peut conduire dans certains cas à la fixation d'un niveau de souffrances endurées supérieur au niveau initialement constaté.

En ce qui concerne les préjudices permanents, les troubles psychiques limitant les capacités fonctionnelles physiques et psychiques de la victime s'évaluent en pourcentage d'incapacité permanente. Le taux d'incapacité peut être élevé s'il existe une névrose traumatique séquellaire. Il est à noter que si certains tableaux cliniques sont particulièrement bruyants dans les suites immédiates d'une catastrophe, ils peuvent ne laisser que des séquelles minimes. Les troubles psychiques peuvent également avoir des répercussions sur l'activité professionnelle et entraîner un préjudice professionnel, en particulier si la catastrophe est survenue à l'occasion ou sur les lieux du travail.

Enfin, il peut exister un préjudice d'agrément en fonction du retentissement des séquelles psychiques sur les activités de loisir, les capacités relationnelles, la qualité de la vie ou les joies de l'existence.

SOUFFRANCE DES PROCHES D'UNE VICTIME

Il appartient en effet au Juge d'évaluer cette souffrance mais selon deux registres :

- soit tel ou tel membre de la famille proche peut présenter un état psychopathologique dûment repérable et évalué par un médecin expert faisant intervenir les différentes rubriques classiques des préjudices. On parle alors de préjudice par ricochet ou collatéral ;
- par contre, il appartient au Juge d'évaluer le préjudice

moral ou d'affection faisant intervenir la notion de "troubles dans les conditions d'existence" pour les proches qui partageaient l'intimité de la victime (bouleversement profond de la vie quotidienne du fait du décès entraînant un vide, une absence). Ce préjudice a fait l'objet de critiques en matière doctrinale, mais il reste maintenu dans le cadre de la jurisprudence. Il s'agit certes d'une appréciation difficile pour le magistrat chargé d'en établir le montant et le ou les destinataires. Lorsque des circonstances exceptionnelles sont réunies, il peut y avoir une tendance à la majoration des sommes versées, ce qui amène Lambert-Faivre⁽⁴⁾ à écrire : "la douleur de perdre un être cher dans le fracas médiatique des grandes catastrophes ou dans la discrétion d'une crise cardiaque ne paraît pas être très différente". Les magistrats dans certaines décisions tiennent compte du temps écoulé entre la survenue d'une catastrophe et l'annonce du décès. Ainsi en est-il dans le cadre de la catastrophe du Mont Sainte-Odile où la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions a indiqué que "les circonstances de l'accident tenant à sa dimension collective, l'angoisse de l'attente de l'annonce des décès et le délai de restitution des corps justifient une majoration de l'évaluation du préjudice moral normalement admise pour les accidents de circulation".

En effet, une véritable clinique de ce préjudice peut être décrite, ainsi que nous avons pu en faire l'expérience à la faveur d'une mission expertale concernant les proches de personnes disparues dans la catastrophe du tunnel du Mont-Blanc. Rappelons la survenue, le 24 mars 1999, de cette catastrophe qui endeuillait des dizaines de familles en provoquant le décès de 39 personnes originaires de plusieurs pays européens. En septembre 2000, le magistrat instructeur désigna plusieurs équipes d'experts afin : d'inviter les parents des personnes décédées à convenir d'un rendez-vous ; de procéder à l'examen médico-psychologique en tout lieu ou cela sera possible ; de décrire la personnalité de chacun des membres de la famille dans son aspect individuel et relationnel au sein de la cellule familiale ; de décrire les conséquences psychologiques et de se prononcer sur le lien direct entre le décès de leur parent et les séquelles ainsi constatées (en tenant compte le cas échéant d'antécédents médicaux ou d'ordre psychologique) ; de dire si des soins particuliers sont nécessaires et, dans l'affirmative, de les décrire et d'en préciser la durée probable ; de préciser dans la mesure du possible les répercussions sur la vie familiale et sociale ; d'apprécier si l'état psychologique déborde sur les caractères de deuil normal compte tenu des circonstances particulières du décès du parent, des difficultés d'identification et des circonstances de restitution des corps.

À chaque rencontre, remarque fut faite par les familles sur le temps écoulé entre la catastrophe et ce rendez-vous, et les experts durent préciser le cadre de leur mission. De façon

Il devrait être possible d'envisager un "préjudice existentiel"

récurrente, les particularités de la prise de connaissance de la disparition de leur parent se sont énoncées. Le plus souvent, c'est l'annonce par les médias qui initia le temps de l'attente et partant de l'angoisse. Le retentissement d'informations, comme celles données dans les premières heures qu'il n'y avait aucune victime, s'est télescopé avec d'autres nouvelles confrontant à la mort, provoquant un brouillage, une véritable déstructuration des repères spatiaux et temporels. "Où sont-ils ? Sont-ils encore... ?" Certains diront que "le pire" a été les informations contradictoires données par les médias ; "c'est dur à vivre". Les familles se sont trouvées dans l'obligation de chercher activement des lieux d'information, initiant un véritable frayage téléphonique, quête éfrénée dans un contre-la-montre, contre la mort. L'attente s'est prolongée pour certains pendant des mois pour qu'une identification puisse s'établir alors que les familles étaient contactées pour obtenir quelques indices pouvant faire avancer celle-ci. Pour une famille, c'est la presse qui en a fait l'annonce avant même que les autorités ne le fassent officiellement. Cette attente était chargée de représentations violentes de fin du monde, une famille dit avoir "tout compris" lorsqu'on leur a dit "c'est Pompéi". Lors de la restitution d'objets appartenant au défunt (portefeuille, lunettes, montre, chaîne, vêtement, sac...) dans les suites et encore au moment des entretiens, les familles sont restées dans une incertitude qui maintenait leur douleur. Pourquoi ces objets n'ont-ils pas été endommagés, alors qu'on leur avait dit que les défunts étaient méconnaissables. Les conditions de la mort restent encore inconnues, mais les représentations sont chargées : "ils ont été brûlés, brûlés vifs, on pense à la fumée et ils sont brûlés...". Les demandes de résultat d'autopsie n'ont pas été honorées, l'interrogation quant à la souffrance du défunt reste lancinante. Le manque d'explicitation rationnelle, l'impossibilité d'avoir accès au corps motivée par le souhait des autorités d'épargner aux familles la vision d'horreur, mêlés à la confrontation d'objets restés intacts, ont provoqué des mouvements de suspicion, voire de tromperie. Ces incompréhensions n'ont fait qu'accroître les reproches auprès des autorités et ont renforcé les plaintes concernant les fautes commises. De n'avoir pas pu voir les corps laisse des familles en difficulté pour affronter la perte, certaines préfèrent penser aux disparus comme "toujours présents dans leur maison", d'autres considèrent que la tombe n'a pas d'existence en tant que telle : "pour moi, il n'est pas là, il n'y a personne, c'est le tunnel qui est son cercueil". D'autres encore posent la question de "ce qu'il y a dans le cercueil".

La mission des experts ne relevait pas de l'évaluation habituelle d'un dommage, elle était axée sur la problématique du deuil et nécessitait donc une vigilance certaine. Le cadre restait ainsi ouvert, non limité par les balises habituelles de la question de la réparation du dommage. On peut parler

d'un certain flou qui a eu l'intérêt, par cet aspect malléable, d'approcher plus la catégorie de questions existentielles que psychiatriques. On peut penser que ce registre correspondait à une attente des familles puisque, malgré des réticences exprimées, chacune est entrée de façon authentique dans la rencontre et avec émotion, exprimant ainsi le besoin de faire reconnaître leur souffrance par l'intermédiaire de l'appareil judiciaire. Expression qui n'avait pu en amont se déployer et qui permettait alors de reprendre place dans la communauté des hommes. C'est ainsi que l'on peut parler d'une fonction thérapeutique indirecte de l'expertise⁽⁵⁾. Des catastrophes de cette envergure confrontent de façon inéluctable à devoir supporter une attente pour procéder au rituel d'inhumation, ou à la déclaration de disparition. Les éléments caractéristiques de tels événements concernent la notion de désordre massif, de contradictions dans les informations livrées à tout vent et partant dans l'anonymat. À l'égalité d'autres situations, la présence d'un référent hiérarchiquement désigné était attendu dans sa fonction de reconnaissance de la souffrance. Cette quête d'une fonction d'accompagnateur s'est exprimée dans toutes les rencontres expertales, elle était attendue dans les contacts avec le préfet, le procureur, la police, les soignants..., et se trouvait donc diffractée en négativité chez tous ces interlocuteurs, laissant les familles dans une désespérance redoublée, car marquée du sceau de l'anonymat.

La période de deux ans écoulée entre l'événement et la rencontre expertale a permis de mieux apprécier le chemin parcouru et le début d'une certaine cicatrisation, bien que les réticences exprimées par les familles concernaient la crainte précisément que la douleur s'ouvre à nouveau. Certaines personnes ne sont pas venues au rendez-vous à ce motif. Ces entretiens ont permis de reprendre la dynamique du processus de deuil et de ses aléas, et ainsi d'apprécier si la souffrance exprimée relevait ou non d'un registre pathologique.

Pour revenir au protocole d'indemnisation du préjudice spécifique des victimes d'AZF à Toulouse, il convient de mentionner que pour les familles endeuillées, le montant de l'indemnisation sera égal à 100 % du montant de l'indemnisation du préjudice moral retenu.

COMMENTAIRES

En ce qui concerne les victimes directes ou les endeuillés, la nécessité d'une analyse minutieuse de la sémiologie post-traumatique est indispensable, de manière, le cas échéant, à différencier ce qui relève de l'incapacité permanente partielle, en cas d'existence d'un syndrome psychotraumatique cliniquement bien repérable, d'un préjudice spécifique, de sorte à éviter des redondances, voire une double indemnisation.

Le problème se pose de savoir dans quel cadre inclure ce préjudice spécifique, ou s'il convient de l'autonomiser. Schneider⁽⁶⁾ a bien posé le problème dans un article intitulé "*Chronique d'une naissance : le préjudice d'anxiété*" : "tous ces événements sont des situations catastrophiques mises en image par les médias. Quittant l'intimité de la souffrance vécue par la victime, la souffrance, surtout quand elle s'habille des couleurs de l'angoisse, est partageable à l'échelle collective. Ce grossissement de l'événement a certainement permis de mieux comprendre que les victimes dans certaines circonstances sont soumises à des états d'anxiété qui devaient être réparés, puisque le principe de la réparation est que celle-ci doit être intégrale. Mais où se trouvent les limites qui permettent de définir juridiquement ce préjudice ?".

Il est donc possible d'utiliser les cadres existants : la rubrique souffrances endurées peut être utilisée pour ce qui concerne les victimes directes, d'autant plus qu'il est admis que dans certains cas, les souffrances endurées après la date de consolidation peuvent être incluses dans cette rubrique. En ce qui concerne les endeuillés, soit c'est une assimilation comme nous l'avons vu aux victimes directes en cas de syndrome psychotraumatique, soit c'est l'inclusion dans le préjudice moral avec tout ce que cela peut supposer d'une prise en compte aléatoire, d'autant plus que ce préjudice moral n'est pas reconnu dans tous les pays de la Communauté européenne.

Peut-on individualiser ce préjudice existentiel ? La lecture des textes relatifs à l'évaluation du préjudice post-traumatique montre qu'il n'existe pas de préjudice spécifique, existentiel, comme en produisent les catastrophes. La règle est que tout expert doit s'appuyer pour conduire son expertise et aboutir à des conclusions médico-légales solides et fiables, sur des textes de lois ou de procédures. Pourtant, selon notre expérience, il apparaît que l'expert doit suivre les textes applicables mais lus à la lumière des conditions particulières de la catastrophe et orienter l'indemnisation selon ce mode de décryptage particulier. L'évaluation habituelle des traumatismes psychiques ne permet qu'une indemnisation parcellaire du préjudice des catastrophes, et il devrait être possible d'envisager un "préjudice existentiel" qui tiendrait ainsi compte de la particularité du dommage subi au moment d'un événement catastrophique.

Dans tous les cas, la rencontre de l'expert avec la victime, qu'elle soit directe ou endeuillée, doit être le moment d'un retour de l'être, mis pour un temps hors langage par le traumatisme, au sein de la communauté parlante des hommes. Ce faisant, cette rencontre permet aussi l'émergence d'une clinique assez précise susceptible de justifier une prise en considération de ses caractéristiques propres dans un cadre restant à définir, mais qui ne saurait se réduire simplement à la psychopathologie classique ou à un élément du préjudice moral. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - DAB W, ABENHAIM L, SALMI R, AUCLAIR J. État de santé physique et mental des victimes d'attentat. L'enquête épidémiologique française : premiers résultats. *Annales de psychiatrie* 1988 ; (3) : 3.
- 2 - STEINLE-FEUEBACH MF. Victimes de violences et d'accidents collectifs. Situations exceptionnelles, préjudices exceptionnels : réflexions et interrogations. *Médecine et Droit* 2000 ; 45 : 1-8.
- 3 - DALIGAND L. Évaluation des nouveaux préjudices liés aux catastrophes. *Journal des Accidents et des Catastrophes*, n° 1. <http://www.colmar.uha.fr/cerdacc>.
- 4 - LAMBERT-FAIVRE Y. Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation. Paris : Dalloz, 2000 : 297.
- 5 - VEDRINNE J. Intérêt thérapeutique de la rencontre expertale. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2003 ; 3 (1) : 51-54.
- 6 - SCHNEIDER A. Chronique d'une naissance : le préjudice d'anxiété. *Journal des Accidents et des Catastrophes*, n° 24. <http://www.colmar.uha.fr/cerdacc>.



L'EXPERTISE DANS TOUS SES ETATS

