



HAL
open science

Victimes d'atteintes psychiques : en finir avec la demi-mesure

Christophe Quézel-Ambrunaz

► **To cite this version:**

Christophe Quézel-Ambrunaz. Victimes d'atteintes psychiques : en finir avec la demi-mesure. *Gazette du Palais*, 2022, 32, p. 66, GPL440y8. halshs-03813691

HAL Id: halshs-03813691

<https://shs.hal.science/halshs-03813691v1>

Submitted on 13 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Victimes d'atteintes psychiques : en finir avec la demi-mesure

Christophe Quézel-Ambrunaz, Enseignant-chercheur à l'Université Savoie Mont Blanc, Centre de recherches en droit Antoine Favre, Institut Universitaire de France

Le dommage corporel peut s'entendre autant d'une atteinte physiologique que psychique, – les acteurs de la réparation des préjudices en conviennent tous. Au-delà de cet accord, il s'avère que les victimes d'atteintes psychiques ou psychologiques sont confrontées à une sorte de réduction de la mesure médico-légale de leurs dommages, ce qui va à l'encontre des principes juridiques qui régissent la matière.

Cet article est tiré d'une intervention intitulée « La question des barèmes d'évaluation médico-légale des atteintes à l'intégrité psychique » prononcée dans le cadre de la journée du Master Droit du dommage corporel de l'université Savoie Mont Blanc du 24 juin dernier consacrée à « la prise en charge des victimes atteintes dans leur intégrité psychique ».

La notion de « victime d'atteinte psychique ». Dans un arrêt du 7 juillet 2022¹, les hauts magistrats ont cassé un arrêt d'appel ayant déclaré prescrite l'action d'une victime d'attouchements sexuels, sans avoir recherché la date de consolidation de son dommage. Ils réaffirment ainsi nettement que les victimes d'atteintes psychiques subissent un dommage corporel qui est soumis aux règles de la matière, et qu'il n'y a pas lieu de distinguer leur situation de celle des victimes qui feraient état d'une atteinte physiologique.

Par victimes d'atteintes psychiques, il faut entendre celles dont le dommage est exclusivement (victime de harcèlement, personne présente sur une scène de violences ou d'attentat mais indemne physiquement), principalement (victime de viol : l'atteinte physiologique est souvent négligeable comparée à l'atteinte psychique) ou secondairement (dépression réactionnelle...) lié à une effraction traumatique. Cette notion d'effraction traumatique² permet de faire le départ entre la victime qui n'a qu'un choc émotionnel, une vexation, une contrariété à faire valoir – elle peut légitimement prétendre à l'indemnisation d'un préjudice moral – et celle qui souffre réellement d'un dommage corporel causé par une atteinte à l'intégrité de son psychisme.

Évidemment, il faut avoir égard aux atteintes psychiques des victimes touchées dans leur chair, à toutes les étapes du processus d'indemnisation, en respectant la singularité de la situation de chacune.

¹ Cass. 2^e civ., 7 juill. 2022, n° 20-19147, spéc. pt 12.

² Notion dégagée par Y. Quistebert, *Pour un statut fondateur de la victime psychologique en droit de la responsabilité civile*, thèse, 2018, Rennes.

Ceci n'est pas le sujet de cette étude mais il faut souligner que la méthode d'évaluation au point du déficit fonctionnel permanent (DFP), par exemple, semble assez peu propice à la prise en compte des souffrances endurées après la consolidation ou les troubles dans les conditions d'existence³.

L'éventail complet des postes de préjudice. Une victime d'atteinte psychique a le droit à l'indemnisation de chaque poste de préjudice, patrimonial comme extrapatrimonial. En particulier, la tierce personne psychiatrique doit être indemnisée⁴ ; il est également possible d'envisager un préjudice d'agrément pour le dépressif qui perd goût à son activité antérieure⁵ ou un préjudice esthétique pour celui qui ne parvient plus à sourire ou se néglige... Cela est cependant souvent oublié. Quant au préjudice sexuel, par exemple, certains médecins le présentent comme nécessairement d'origine physiologique (ou neuropsychologique)⁶, quand d'autres doutent de la possibilité de le réparer, lorsqu'il est d'origine psychotraumatique⁷.

Les souffrances endurées. La définition de la souffrance retenue par certains médecins experts se focalise sur les lésions tissulaires, et chasse donc hors du champ des souffrances endurées les souffrances psychologiques⁸. À titre d'exemple, le barème d'évaluation médico-légale, qui fournit des éléments d'orientation pour l'évaluation des souffrances endurées, n'aborde pas les souffrances psychiques.

Lorsque la doctrine des médecins aborde les souffrances endurées, c'est pour leur appliquer l'occulte et inique règle de la division par moitié : la cotation maximale de ces souffrances est de 3,5/7, et encore, pour une victime qui justifierait d'un traitement psychotrope alliant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique, ainsi que d'une psychothérapie hebdomadaire au-delà d'un an et jusqu'à la date de consolidation⁹. Pour donner une échelle de comparaison, en cas de souffrances d'origine physiologique, une hospitalisation de dix jours justifie déjà une cotation de 3/7 et, bien entendu, l'évaluation peut atteindre les 7/7. Que doit dès lors décider un médecin expert face à une personne dont les troubles psychiques consécutifs à un trauma sont tels qu'elle a été longuement hospitalisée ?

³ Pour une proposition de méthode alternative, C. Quézel-Ambrunaz, *Le droit du dommage corporel*, 2022, LGDJ, n° 240.

⁴ E. Schortgen et D. Yakouben, « Le besoin en tierce personne en matière psychiatrique », GPL 30 juin 2015, n° GPL231m5.

⁵ CA Aix-en-Provence, ch. 4-8, 2 juill. 2021, n° 20/12222.

⁶ AMEDOC, *Le préjudice sexuel*, 2001, Eska.

⁷ AMEDOC et Société de médecine légale et de criminologie de France, *Barème d'évaluation médico-légale*, 2011, Eska.

⁸ Comité médical de l'AREDOC, « De l'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) au déficit fonctionnel permanent (DFP) », RFDC 2020-3, p. 257 : « La définition de la douleur la plus souvent citée est celle proposée par l'International Association For The Study Of Pain (IASP). La douleur y est décrite comme une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion" ».

⁹ SFML et FFAMCE, « Grille indicative d'évaluation des souffrances endurées destinée aux médecins experts », RFDC 2009-3, p. 263-7 ; « Du *pretium doloris* aux souffrances endurées », Grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts, www.aredoc.com, 2007.

L'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP). Il est des définitions qui nous semblent familières ; il faut se méfier de cette impression. Une victime d'atteinte psychique peut *a priori* invoquer une AIPP – la dernière lettre dudit sigle est là pour cela. Pourtant, la définition de cette atteinte, souvent reprise, notamment dans le barème du *Concours médical*¹⁰, évoque « la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique » [nous soulignons]. Les victimes d'atteintes psychiques n'auraient donc pas, à suivre cette définition, d'AIPP...

Lorsque les barèmes acceptent de coter l'AIPP des victimes d'atteinte psychologique, pour les barèmes de droit commun usités en France, ce n'est que pour une fraction de ce qui serait alloué à une victime touchée dans sa chair pour un impact similaire sur sa vie – afin d'apprécier les cotations rappelées dans le tableau ci-dessous, rappelons que la perte des cinq orteils d'un pied correspond à une AIPP de 15 %.

Comparaison entre différents référentiels :

Concours médical	Barème d'évaluation médico-légale	Guide-barème européen ⁽¹⁾	Melenec ⁽²⁾	BOBI ⁽³⁾
Manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles : 0 à 3 %	Labilité émotionnelle, émotivité, réactions inadaptées à certains stimuli : jusqu'à 10 %	Reviviscences sporadiques : jusqu'à 3 %	Symptômes peu gênants : 0 à 5 %	syndrome anxieux mineur avec inhibition psychomotrice, sans grande influence sur la vie sociale : 0 à 20 %
Anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, conduites d'évitement étendues, syndrome de répétition diurne et nocturne : 10 à 15 %	Persistance de cauchemars, réminiscences, syndrome de répétition, syndromes névrotiques non spécifiques : 10 à 20 %	Symptômes récurrents et envahissants (plusieurs fois par semaine), conduites d'évitement systématiques, hypervigilance : 12 à 20 %	Symptômes névrotiques marqués et handicapants, sans troubles du cours de la pensée : 15 % à 30 %	Syndrome anxieux plus important, ayant une répercussion marquée sur la vie sociale : 20 à 50 %
Exceptionnellement : jusqu'à 20 %	Syndrome intense et persistant : jusqu'à 25 %		Symptômes majeurs : plus de 60 %	Syndrome d'angoisse grave, avec grand désordre psychomoteur et

¹⁰ Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun, Le Concours médical, p. 11.

				neurovégétatif : 50 à 80 %
État dépressif résistant : jusqu'à 20 %	Dépression chronique résistante : jusqu'à 30 %	Trouble dépressif majeur sévère (au moins 8 symptômes de la CIM-10) : 20 à 35 %		Dépression : jusqu'à 30 % Phobies et obsessions : jusqu'à 80 %

(1) P. Lucas, *Guide-barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique*, 2^e éd., 2010, LGDJ.

(2) L. Mélenec (dir.), *Évaluation du handicap et du dommage corporel : barème international des invalidités*, 2000, Masson.

(3) *Barème officiel belge des invalidités*, 12 mai 1976, Moniteur belge, p. 8270 à 8384.

La faible cotation des conséquences des atteintes psychiques est le résultat d'un choix politique de la part des rédacteurs des barèmes médico-légaux nationaux ou de la doctrine médicale française en général¹¹. En revanche, le barème officiel belge, par exemple, n'hésite pas à octroyer des taux d'incapacité jusqu'à 80 %, inimaginables en France, sauf en cas d'application des barèmes professionnels qui ont un objet particulier, qui octroient jusqu'à 100 % pour des délires paranoïaques ou des syndromes psychiatriques post-traumatiques¹². Ce choix politique conduit le barème d'évaluation médico-légale à une incohérence : sa grille de référence indique qu'en cas de limitation de l'activité quotidienne, qui est nettement perturbée, la cotation doit être comprise entre 30 % et 50 % ; pourtant, dans les atteintes psychiques décrites, la cotation n'excède jamais 30 %, alors qu'il n'est pas douteux que les répercussions sur l'activité quotidienne sont importantes. Autre illustration de ces choix politiques : le guide-barème européen, dirigé par le professeur Pierre Lucas, se limite, pour les atteintes psychiques, à un taux d'incapacité de 35 %, alors que dans une publication

¹¹ V., par ex., les cotations similaires pour F. Aubat et a., « Les incapacités en psychiatrie », RFDC 2022-1, p. 33, n'accordant en aucun cas une incapacité supérieure à 30 %.

¹² C. pens. mil., annexe II – CSS, art. R. 434-32, annexe I.

individuelle, ce même professeur préconise d'utiliser la totalité de l'échelle de 0 % à 100 %, selon la sévérité de l'atteinte¹³.

La question particulière des troubles de conversion ou troubles somatoformes. Une fois traitée la question de l'imputabilité d'un dommage à une cause particulière, afin d'en identifier le responsable et aborder éventuellement la question d'un état antérieur, le droit de la réparation n'a que faire de l'étiologie des troubles dont il doit indemniser les conséquences. Pour prendre un exemple, qu'une personne ne puisse marcher en raison d'une lésion médullaire, d'un problème cérébral ou d'une amputation ne change rien à l'indemnisation des conséquences de son incapacité (évidemment, la question d'un préjudice esthétique, par exemple, est autre) : c'est le sens de l'adjectif « fonctionnel » dans « déficit fonctionnel ». *Ubi lex non distinguit* : quand bien même l'incapacité serait purement d'origine psychique, sans atteinte physiologique objectivable, elle devrait être indemnisée sans égard à sa source. En d'autres termes, la victime d'un trouble somatoforme ou d'un trouble de conversion¹⁴ (qui n'est pas un trouble factice ou une simulation¹⁵) ne doit pas, en droit, être traitée différemment d'une victime qui aurait les mêmes préjudices mais provenant d'une atteinte physiologique. La chose est tellement évidente pour un juriste qu'il est à peine nécessaire de rappeler que décider autrement violerait notamment le principe de la réparation intégrale, l'interdiction de toute discrimination, et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Pourtant, en contradiction totale avec ces principes juridiques, la doctrine médicale estime que, face à un trouble de conversion, il convient de « prendre, au titre du DFP, une fraction de l'atteinte fonctionnelle telle que constatée »¹⁶. Se retrouve l'idée, déjà évoquée, d'une demi-mesure appliquée aux victimes d'atteintes psychiques, que rien, en droit, ne justifie.

Ainsi, lorsqu'elles sont d'origines psychiques, une cécité correspondrait à un taux de 10 à 20 %, et une paraplégie ou une tétraplégie à un taux de 20 à 30 % !¹⁷

L'une des justifications apportées à cette « demi-mesure » serait que le trouble somatoforme est susceptible d'évoluer spontanément et de manière imprévisible vers une guérison complète¹⁸, et que la victime pourrait revenir en aggravation si tel n'était pas le cas. Cette réouverture du dossier en aggravation est une vue de l'esprit : elle n'est pas possible juridiquement sans évolution des séquelles.

¹³ P. Lucas, « Référentiel indicatif de la hauteur des atteintes à l'intégrité physique et psychique », RBDC 2006, 33, 2, p. 87 à 92.

¹⁴ J. -Y. Gautier, « La conversion : définition clinique », RFDC 2013-2, p. 125-31.

¹⁵ Le médecin expert doit pouvoir les différencier, v. not. RFDC 2019-4, 337-47 spec. p. 344, note I. Bessières-Roques et T. Sulman.

¹⁶ F. Aubat, « Le trouble de conversion dans l'expertise : dernier refuge de l'hystérie ? », RFDC 2012-3, p. 225-8. L'auteur décrit cette méthode comme pratiquée, en alternative avec le refus d'imputabilité du trouble, mais propose une autre méthode, décrite ci-après.

¹⁷ F. Aubat et a., « Les incapacités en psychiatrie », RFDC 2022-1, p. 36.

¹⁸ F. Aubat, « Le trouble de conversion dans l'expertise : dernier refuge de l'hystérie ? », RFDC 2012-3, p. 225-8 : « En aucun cas l'évaluation chiffrée d'un trouble de conversion ne saurait rejoindre l'évaluation d'un véritable trouble neurologique. Il existe, pour soutenir cette attitude, deux arguments de poids : l'absence d'atteinte lésionnelle et la réversibilité toujours possible du trouble ».

Si elle l'était, la victime resterait sous-indemnisée pour la période entre la consolidation initiale et la prise en compte de l'aggravation. Qu'il soit rappelé ici, d'une part, que la seule position raisonnable face à un doute sur l'évolution d'une situation clinique est le refus de consolidation et, d'autre part, qu'il arrive que l'état séquellaire des victimes s'améliore de manière inattendue après consolidation et indemnisation – ce qui constitue, certes, une sorte d'aubaine pour les victimes, mais il n'y a pas de raison de considérer cela différemment pour les victimes d'atteintes psychiques et pour les autres.

La solution alternative consisterait à envisager le trouble de conversion en lui-même, et non pour ses répercussions sur la vie de la victime, afin de le borner sous un plafond de 40 %¹⁹. Le mépris –à l'égard des principes juridiques et des personnes dont la tâche est d'en assurer le respect – du médecin proposant cela est stupéfiant : « Cette attitude aurait l'intérêt de ne pas obligatoirement s'obnubiler de l'impotence fonctionnelle affichée par le blessé, d'autant que cette obnubilation porte inmanquablement (si l'on se laisse enivrer par les sirènes de la Cour de cassation) à retenir le même taux de DFP pour une paraplégie vraie que pour une paraplégie conversive »²⁰.

Plaidoyer pour le respect des principes juridiques. Une certaine doctrine médicale d'expertise forge ses règles, principes, outils et méthodes en vase clos, dans l'ignorance – réelle ou feinte – des principes juridiques gouvernant la réparation des conséquences du dommage corporel, dont elle ne peut être que la servante. Cette faute est certainement partagée avec les juristes qui se sont trop désintéressés des aspects médico-légaux de la matière. À de trop rares exceptions, les publications, séminaires et formations organisés dans ce domaine ne permettent pas aux médecins et aux juristes de dialoguer. Cela est regrettable : cet article a montré que les dommages des victimes d'atteintes psychiques sont structurellement sous-évalués par les barèmes médico-légaux et recommandations y afférentes. Dès lors, soit les experts savent s'en écarter – et ces outils sont alors inutiles –, soit le juge fait abstraction des chiffres experts – et la mission de l'expert est vaine –, soit encore juge et experts s'alignent sur ces outils – et l'indemnisation alors octroyée méconnaît les principes de la matière, et du droit en général.

Il semble urgent et nécessaire, à l'heure où l'immobilisme des barèmes médico-légaux tranche avec les évolutions juridiques de la matière, de revoir ces barèmes, en associant à la réflexion non seulement des médecins, mais aussi des juristes, et, d'une manière générale, de systématiser les lieux d'échanges entre professions.

¹⁹ F. Aubat, « Le trouble de conversion dans l'expertise : dernier refuge de l'hystérie ? », RFDC 2012-3, p. 225-8.

²⁰ F. Aubat, « Le trouble de conversion dans l'expertise : dernier refuge de l'hystérie ? », RFDC 2012-3, p. 225-8.