

L'examen psychiatrique en réparation des dommages corporels et de ses particularités

Dr Jérôme LEBAUD, Psychiatre Praticien Hospitalier

Expert inscrit sur la liste dressée par la Cour d'Appel de Grenoble

Service de Médecine Légale Clinique – CHU de Grenoble

Conditions de l'examen :

L'examen auquel le psychiatre procède va être différent selon s'il intervient en tant qu'expert ou en tant que soignant.

La particularité de l'expertise psychiatrique réside dans le fait que le patient accompagné de son entourage ou pas, n'a pas choisi et cherche la reconnaissance d'un dommage et d'une indemnisation.

La question du colloque singulier est problématique puisque du fait des procédures il y a nécessité des représentants des différentes parties. Effectivement, l'intéressé, le patient peut se présenter avec un ou plusieurs de ses proches en plus de son médecin conseil et en plus de son avocat.

Pour rappel, il y a le point fondamental du respect du caractère contradictoire qui donne à cet examen un côté un peu particulier et assez solennel.

En ce qui concerne les avocats, selon le style de l'expert, il peut y avoir une réunion au départ de l'ensemble des protagonistes afin de faire la présentation des différentes personnes et de donner le cadre de l'examen et dont la manière où les choses vont se dérouler. L'avocat est alors amené à sortir et ne resteront présents pour l'expertise que le médecin conseil, éventuellement le médecin de la partie adverse et l'expert psychiatre.

Il est important également de rappeler que l'expertise en général ne consiste qu'en un seul examen.

Une méthode peut être proposée : nous pouvons faire un rappel et demander au patient s'il y a de nouvelles pièces qui sont à verser au dossier afin d'en informer l'ensemble des parties et de procéder, j'allais dire au départ, à la question des doléances du patient afin qu'il nous explique les circonstances de son accident.

Ensuite, il s'agira de procéder à l'examen biographique et de procéder à une anamnèse synthétique. De reprendre les différents éléments cliniques puis il s'agit d'effectuer un examen classique de psychiatrie.

Venons-en maintenant au point particulier en ce qui concerne la réparation du dommage et des notions juridiques à connaître.

1/ La notion de causalité :

Cette notion repose sur un trépied associant la démonstration d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux.

Il n'est pas toujours facile d'objectiver ce lien de causalité.

Pour rappel sur un plan juridique, la causalité peut s'appuyer sur trois théories dont n'a aucune n'a totalement pris le pas sur l'autre.

- En premier, **la théorie de l'équivalence des conditions** : selon cette théorie tous les événements ayant concourus au dommage possèdent un rôle causal équivalent et chacun des éléments, en l'absence duquel, le dommage ne serait pas survenu est considéré comme la cause du dommage
- En deuxième, **la théorie de la causalité adéquate ou objective** : cette théorie est utilisée par les tribunaux au même titre que la précédente, au gré des espèces de manière assez souple. Elle découle de l'idée que tous les antécédents d'un dommage n'ont pas joué le même rôle et que l'enchaînement des causes et des effets, il peut y avoir des circonstances exceptionnelles à l'occasion desquelles un événement va provoquer un dommage sans être vraiment la cause mais seulement l'occasion. Il s'agit donc de distinguer les causes déterminantes et les causes secondaires. Seules les premières étant admises à ouvrir un droit à la réparation.
- Enfin, une dernière qui est parfois citée mais qui est moins logique, **le principe de la causalité proximale** : l'évènement retenu comme causal est celui qui le plus proche chronologiquement du dommage. Par exemple : un patient meurt sur une table d'intervention à la suite d'une faute du chirurgien après avoir été blessé par balles. C'est le chirurgien qui est responsable.

Donc, en ce qui concerne la causalité, **le médecin expert doit retenir que le lien doit être certain et direct.**

Ces qualificatifs prennent toute leur importance dans la question principale posée à l'expert dans une mission de réparation du dommage, à savoir la question de l'imputabilité.

2/ L'imputabilité médicale :

L'imputabilité est le fait de rattacher un état à un événement. L'état étant la conséquence et l'évènement la cause.

Donc, l'expert doit préciser l'existence d'un dommage, son importance et son lien avec un événement donné.

Classiquement, les critères d'imputabilité développés à propos des lésions somatiques et qui sont parfois difficiles à appliquer à trouble mental, sont au nombre de 7. Nous ne ferons que les rappeler.

- **La réalité du traumatisme** : celui-ci doit être réel et prouvé. La preuve est apportée par un certificat médical initial ou un certificat de constatation ou d'origine.

- **L'intensité** : pour engendrer un dommage, un traumatisme doit être suffisamment intense. En matière de psychiatrie, on sait que cette question est effectivement plus complexe mais ce point figure dans les critères DSM de l'état de stress post traumatique.
- **La concordance de siège.**
- **Un délai logique entre le traumatisme et le dommage** : ce critère est en fait difficile à uniformiser puisque parfois le délai d'apparition d'un trouble varie selon la nature de ce trouble.
- **La continuité des symptômes.**
- **Une pathogénie scientifiquement admise** : en général sur l'état de stress post traumatique, il n'y a pas de grosse difficulté. Il est parfois plus complexe en ce qui concerne la dépression voire sur l'apparition d'une psychose ou d'un trouble bi polaire.
- **L'absence d'état antérieur** : le principe juridique veut que tout le dommage soit réparé mais rien que le dommage. Evaluer celui-ci, suppose donc de différencier ce qui est en lien direct et certain avec le fait générateur et ce qui n'est que l'expression de troubles déjà existants. Encore peut il y avoir un impact de l'un sur l'autre et réciproquement. Il peut ainsi y avoir cumul causal.

En psychiatrie, l'état antérieur doit donc comme dans d'autres domaines, être prouvé par des éléments indiscutables (ordonnances, consultations, hospitalisations). Il faut bien évidemment les différencier de la découverte d'éléments de personnalité explicative de l'intensité d'une réaction mais qui ne constitue pas d'état antérieur s'ils n'ont pas donné lieu à une prise en charge. De même, la prise transitoire de somnifères ou d'anxiolytiques ne signe pas toujours l'existence d'un état antérieur.

Découvrir cet état ou l'exclure, est très important pour l'expert et témoigne de sa sagacité et de sa compétence.

Les hypothèses sont nombreuses : le traumatisme peut révéler un état antérieur. Il y avait donc un état pathologique pré existant inconnu et qui simplement découvert à la suite du traumatisme. A un degré de plus, il peut le décompenser et peut faire passer d'un état latent à un état patent. C'est parfois l'origine de ce qu'on peut dire d'un syndrome dépressif découvert après un traumatisme.

Le traumatisme peut aggraver un état antérieur. Dans ce cas, la personne avait un trouble antérieur occasionnant une certaine gêne fonctionnelle qui se trouve majorée du fait d'un traumatisme.

En psychiatrie, c'est souvent le cas d'une personne chez qui réapparaissent les signes d'une maladie quiescente mais qui était déjà connue.

Le dommage est donc l'épisode subséquent mais il est difficile de savoir si cela ne risque pas aussi d'augmenter la fréquence des rechutes ultérieures. Le traumatisme peut précipiter l'aggravation d'un état antérieur. Il s'agit là d'un état pathologique qui évolue à son propre compte dans le sens de l'aggravation. Le traumatisme surajouté vient accélérer la vitesse de cette aggravation.

Dans le champ psychiatrique, les certitudes sont compliquées et pas légion, les publications quasiment inexistantes.

Il peut être difficile de faire la part entre l'état antérieur et celle du traumatisme. Il s'agit donc d'être assez logique et assez simple.

Il est nécessaire de se poser 3 questions et en expliciter les réponses dans la discussion de ce rapport :

- ✓ Quelle aurait été la conséquence du traumatisme s'il n'y avait pas eu d'état antérieur ?
- ✓ Quelle aurait été l'évolution de l'état antérieur sans le traumatisme surajouté ?
- ✓ Quelle a été la conséquence du traumatisme en présence de l'état antérieur ?

Nous pouvons proposer un plan :

- ⇒ Les déclarations du patient, des proches et l'étude des documents,
- ⇒ Décrire les lésions, les modalités de traitement, les durées d'hospitalisation pour chaque période (le nom de l'établissement),
- ⇒ Décrire la nécessité d'un état antérieur,
- ⇒ Procéder à l'examen et à la rédaction dans un exposé assez précis comportant la réalité des lésions, la réalité de l'état séquellaire, l'imputabilité directe et certaine des séquelles.

Concernant les pertes de gains : il faut 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. En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée, préciser la durée des arrêts de travail retenue par l'organisme social au vu des justificatifs produits et dire si ces arrêts de travail sont liés au fait dommageable.

Concernant le déficit fonctionnel temporaire (DFT) : il s'agit d'indiquer les périodes durant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités. En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée.

Nous noterons la différence entre la perte de gain et le déficit fonctionnel, non pas par la comparaison entre actif et inactif mais parce que selon la profession exercée, les divergences peuvent être considérables (une hôtesse présentant des ecchymoses au visage, un violoniste blessé à un doigt).

La consolidation : il s'agit de fixer la date de consolidation et en l'absence de celle-ci, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime.

Dans le champ psychiatrique, il est parfois compliqué puisque nous rencontrons des personnes qui ont été victimes mais qui n'ont pas, pour des raisons qui leur sont propres, consulté un psychiatre et donc il est difficile de consolider ces personnes à ce moment-là. Nous préférons dans ces cas-là, revoir les gens à 6 mois voire 1 an avec la mise en place d'un traitement éventuel et d'un suivi psychothérapeutique.

La date de consolidation est importante puisqu'elle fixe le dommage. Donc, il n'est pas évident de la déterminer dans le champ de la psychiatrie. On admet généralement qu'un délai de 2 ans, si les soins ont été adaptés, est satisfaisant en matière d'état de stress post traumatique.

Le déficit fonctionnel permanent (DFP) : il s'agit d'indiquer après la date de consolidation si la victime subit un déficit fonctionnel permanent défini comme une altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielle ou mentale ainsi que des douleurs permanentes ou tout autre trouble de santé entraînant une limitation d'activité ou de restriction à la participation à la vie sociale. Il faut en évaluer l'importance et en chiffrer le taux. Dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur cet état antérieur et en décrire les conséquences. Afin de fixer le taux, nous avons différents barèmes à notre disposition notamment le barème du Concours Médical.

Ensuite, ce qui est rarement le cas en psychiatrie, **les dépenses de santé futures, les frais de logement...** ce qui suit la mission d'expertise.

Les souffrances endurées : il s'agit de décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales découlant des blessures subies pendant la maladie traumatique. Il s'agit de les évaluer sur une échelle de 1 à 7.

Une note sur le préjudice par ricochet...

Le préjudice par ricochet est assez complexe sur le plan psychiatrique. Cela peut être par exemple le proche d'une victime qui présente un syndrome dépressif majeur et il est difficile sur cette question de préciser les choses.