



# **DU PRETIUM DOLORIS AUX SOUFFRANCES ENDUREES**

Grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts

2007

## Préambule

Définie comme étant « *une sensation déplaisante, désagréable, localisée, une émotion opposée à l'excitation du plaisir* » par les philosophes Platon et Aristote, la douleur a toujours fait partie de la vie. Autrefois plus acceptée lorsque la pharmacopée se révélait incapable, au taux d'action inefficace, « *il fallait alors prendre son mal en patience* », elle est maintenant jugée inacceptable pour tout malade qui attend du praticien la prescription d'un traitement à effet immédiat.

Pour le Professeur Jean Cambier, célèbre neurologue, la douleur « *n'est pas une grandeur physique mesurable .... en réalité, nous ne connaissons la douleur des autres que de ce qu'ils en disent* ». On voit ainsi l'extrême difficulté qu'il y a, pour un médecin chargé d'évaluer et quantifier les souffrances endurées, à cerner de la façon la plus objective possible, d'abord, la douleur physique ressentie, ensuite les conséquences de ce ressenti à savoir, les souffrances psychologiques. Ces deux dimensions de la douleur, d'une part les caractéristiques sensorielles discriminatives et, d'autre part les souffrances physiques et morales

représentées par les troubles et les phénomènes émotionnels découlant de la situation, justifient pour son évaluation en matière d'expertise, une bonne connaissance à la fois des lésions initiales mais également de leur évolution et des thérapeutiques qui ont été appliquées, ajoutées au contexte dans lequel survient l'évènement causal à l'origine de l'expertise.

Le principal problème posé aux médecins, outre leur objectivité, est la reproductibilité de l'évaluation.

Le rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels remis en 2005 au premier président de la Cour de cassation par Jean-Pierre Dintilhac, alors président de la 2<sup>ème</sup> chambre civile, fait bien sûr référence aux souffrances endurées. Il en donne la définition suivante : « *il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques ainsi que les troubles associés que doit endurer la victime durant sa maladie traumatique c'est-à-dire, du jour de l'accident à celui de la consolidation. A compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront indemnisées à ce titre* ».

L'élaboration de la mission « *droit commun 2006* » par l'AREDOC<sup>1</sup> s'est appuyée également sur cette définition, en apportant des précisions d'ordre plus médical : « *les souffrances endurées sont représentées par la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisations, à l'intensité et au caractère astreignant des soins, auxquels s'ajoutent les souffrances psychiques et morales représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait être habituellement liées à la nature des lésions et à leur évolution* ».

Pour compléter l'évaluation des dommages avant consolidation, il est aussi demandé au médecin de préciser la durée et la nature des gênes temporaires, totales ou partielles, subies depuis l'évènement causal jusqu'à la consolidation.

En effet, la question 12 de la « mission droit commun 2006 » porte sur les gênes temporaires et permet de décrire de façon précise et écologique les suites et l'évolution des blessures initiales et les gênes physiques et / ou psychique qui en ont

résulté pour le patient dans sa vie personnelle. Par exemple, sur le plan physique, le médecin précisera la date de reprise progressive des activités de déambulation, alors que sur un plan psychique, cela peut correspondre, par exemple, à une « réclusion » à domicile en raison d'une terreur du dehors ou des craintes de la foule, voire les évitements d'une certaine situation.

Ainsi, les deux postes de préjudice gênes temporaires et souffrances endurées, bien que concernant la même période, ne se confondent pas :

Concernant les souffrances endurées, l'évaluation porte sur la souffrance et les phénomènes émotionnels ressentis alors que les gênes temporaires font l'objet d'une description et de précision si des aides ont été éventuellement nécessaires pour pallier le handicap temporaire.

<sup>1</sup> Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel

## Elaboration de la grille

La grille d'évaluation ainsi proposée dans ce fascicule est composée d'éléments d'orientation permettant d'aider le médecin dans son évaluation.

Pour son élaboration, il a été tenu compte d'une part des publications en la matière comme l'article des docteurs Vincent Sahuc et Claude Carbonnié publié en 2000 dans la revue française du dommage corporel,<sup>2</sup> l'édition 2000 du « *Barème de la société de Médecine Légale* »<sup>3</sup> dans lequel une cotation avait été proposée et aussi celles du « *Concours Médical* » 1982<sup>4</sup> et 1993<sup>5</sup>.

Par ailleurs, la réflexion s'est appuyée sur des réalités déjà décrites dans les ouvrages cités ci-dessus, avec, d'une part, l'évaluation des douleurs physiques en fonction d'éléments objectifs et d'autre part, les éléments plus subjectifs retrouvés en expertise, fonction de chaque victime qui intègrent l'environnement du souffrant tout au long de la maladie traumatique, la nature des thérapeutiques (ainsi que leurs effets) prescrites tout au long de cette période qui s'étend de l'évènement causal à la date de consolidation.

Tous les cas n'étaient pas descriptibles mais la grille propose, dans la colonne « exemples », des situations objectivement rencontrées par les victimes et auxquelles les médecins experts sont confrontés quotidiennement dans leur évaluation.

Cette grille de cotation ne se veut pas exclusivement réservée à l'évaluation des souffrances endurées dans le cadre d'un accident de la route, mais dans le cadre de tout évènement à l'origine d'une réparation intégrale. Ainsi, sont aussi concernées certaines situations particulières représentées par les agressions physiques ou sexuelles et, bien qu'il n'y ait pas ce type d'exemple dans cette grille, il est indéniable que, pour évaluer ces souffrances, le médecin devra envisager la nature de l'agression : il va de soi qu'il existe une différence notable entre une insulte et un viol en réunion avec acte de barbarie et entre une contusion et une situation de séquestration prolongée avec torture. Ces cas, heureusement peu fréquents ne sont pas toujours générateurs de séquelles définitives, c'est-à-dire à l'origine d'un taux d'AIPP. Il n'est en effet pas illégitime, ni inconvenant, de l'évoquer et le médecin devra tenir compte de cet aspect également dans l'appréciation des souffrances endurées avec une explication nécessaire lors de son

<sup>2</sup> Cotation des souffrances endurées : nécessité et justification d'un barème opposable (RFDC 2000, 26-1)

<sup>3</sup> Barème d'évaluation médico-légal, société de médecine légale et de criminologie de France, (Paris 2000, ESKA Ed.)

<sup>4</sup> Barème fonctionnel indicatif des incapacités en Droit commun, le Concours Médical (supplément au N° 25 du 19 juin 1982)

<sup>5</sup> Barème indicatif des déficits fonctionnels en droit commun, Le concours Médical

évaluation dans le rapport d'expertise. L'échelle peut alors être utilisée dans sa totalité et non limitée à 3,5/7 « limite » proposée pour ce qui est des contraintes liées aux traitements d'ordre psychiatrique.

## Utilisation de cette grille

Les facteurs déterminant de l'importance des douleurs utilisées pour l'évaluation sont les suivants :

- la nature du fait accidentel ou offensif,
- la durée, la contrainte, la sévérité et la brutalité du fait, le degré de mépris ou réification exercé sur la victime,
- le nombre de blessures,
- le contexte de l'accident, ses circonstances et les suites immédiates,
- le nombre d'interventions chirurgicales et la durée des hospitalisations,
- le nombre de séances de rééducation ou de soins infirmiers,

Les troubles dans les conditions d'existence pendant la période qui précède la consolidation ne sont plus inclus dans les souffrances endurées, la « nomenclature Dintilhac » faisant passer ce poste de préjudice dans le chapitre « gênes temporaires ».

Le poste de préjudice « souffrances endurées » est donc maintenant bien limité à la partie médicale et thérapeutique des suites de l'accident. Il y a lieu de tenir compte, aujourd'hui, de la meilleure prise en charge de la douleur dès l'intervention des secours, à l'hôpital, en pré et post-opératoire et après l'hospitalisation, par l'utilisation de nouvelles techniques et de molécules plus spécifiques pour traiter la douleur.

Constituant un élément d'orientation, cette grille de cotation des souffrances endurées s'appuie, bien entendu, sur la meilleure prise en charge de la douleur dès l'intervention des secours, mais aussi à l'hôpital, en pré et post-opératoire et après l'hospitalisation par l'utilisation de nouvelles techniques et de molécules plus spécifiques pour traiter la douleur.

D'autres critères d'appréciation objectifs peuvent être recherchés par l'expert grâce à l'interrogatoire et l'analyse des pièces médicales. La consommation d'antalgiques (niveau 1, niveau 2, niveau 3 (morphinique ou non morphinique), l'étude des échelles visuelles analogiques sont également des éléments dont l'expert doit tenir compte pour argumenter son évaluation.

## Guide de cotation des souffrances endurées

Cotation	Paramètres d'évaluation	Exemples
0,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Courte hospitalisation pour surveillance ou petit geste chirurgical en ambulatoire</li> <li>● Traitement antalgique, surveillance médicale d'une dizaine de jours, pas de séance de rééducation</li> </ul>	Plaies suturées, lésions dentaires traitées.
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation de 0 à 1 jour avec petit geste chirurgical sous anesthésie générale ou ambulatoire</li> <li>● Traitement antalgique ou anxiolytique durant plusieurs semaines, quelques séances de rééducation, immobilisation courte</li> </ul>	Traumatisme cervical, traumatisme crânien bénin, entorse des membres.
1,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation de 1 à 2 jours</li> <li>● Immobilisation d'un membre ou du cou durant 2 à 3 semaines</li> <li>● Séances de rééducation de 5 à 10</li> </ul>	Traumatisme cervical documenté sur le plan radiologique, fracture du sternum non déplacée, fracture de phalanges, suture tendineuse.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation de 1 à 2 jours</li> <li>● Immobilisation d'un membre durant 2 à 6 semaines</li> <li>● Séances de rééducation de 10 à 15</li> <li>● Traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique <b>ou</b> psychothérapie hebdomadaire durant 6 mois</li> </ul>	Fracture de côte, fracture du sternum déplacée, suture tendineuse et fracture de la fibula.
2,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation de 2 à 5 jours</li> <li>● Immobilisation de 3 semaines à 1 mois, geste chirurgical sous anesthésie locale ou générale</li> <li>● Rééducation 15 à 20 séances</li> <li>● Traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique <b>et</b> psychothérapie hebdomadaire durant 6 mois</li> <li>● Traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique <b>ou</b> psychothérapie hebdomadaire durant 1 an</li> </ul>	Fractures de côtes, fracture du poignet, fracture peu déplacée de jambe. Fracture tassement rachis dorsal ou lombaire

3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation 5 à dix jours</li> <li>● Immobilisation 1 à 2 mois</li> <li>● Intervention(s) sous anesthésie générale ou locorégionale</li> <li>● Rééducation de l'ordre de 30 séances</li> <li>● Traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique et psychothérapie hebdomadaire durant 1 an</li> <li>● Traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique ou psychothérapie hebdomadaire au delà d'un an et jusqu'à la date de consolidation médico-légale (dans l'hypothèse où le traitement psychotrope associant antidépresseur, anxiolytique et hypnotique et psychothérapie hebdomadaire s'effectue au delà d'un an et jusqu'à la date de consolidation, les souffrances endurées pourraient être évaluées jusqu'à 3.5/7).</li> </ul>	<p>Fracture de jambe, du fémur, fracture de l'humérus traitée par réduction ostéosynthèse.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation 1 à 2 mois</li> <li>● Plusieurs interventions chirurgicales, sous anesthésie générale ou locorégionale</li> <li>● Immobilisation traînante sur plusieurs mois</li> <li>● Rééducation pendant plusieurs mois en centre et en ambulatoire</li> </ul>	<p>Fracture complexe des membres inférieurs ayant nécessité plusieurs interventions, mise en traction, complication évolutive type algodystrophie, pseudarthrose, traumatisme crânien ayant nécessité une intervention neurochirurgicale.</p> <p>Fracture maxillaire après ostéosynthèse et ou blocage. Psycho traumatisme grave suite à agression.</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation itérative de 2 à 6 mois</li> <li>● Plusieurs interventions chirurgicales sur une période de 6 à 9 mois</li> <li>● Rééducation de plus de 6 mois</li> </ul>	<p>Paraplégie par fracture rachidienne, traumatisme crânio cérébral, polytraumatisme associant plusieurs lésions traumatiques orthopédiques des membres, volet thoracique, lésion vasculo-nerveuse ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales</p> <p>- atteinte du plexus brachial</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitalisation de l'ordre de 1 an</li> <li>● Rééducation très prolongée</li> <li>● Interventions chirurgicales multiples</li> </ul>	<p>Plusieurs lésions traumatiques orthopédiques ou viscérales graves ayant nécessité une intervention itérative. Tétraplégie avec syndrome déficitaire, traumatisme crânien avec hémiplégié et syndrome déficitaire, brûlures étendues.</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pour les situations qui dépassent les qualificatifs précédents exceptionnellement en fonction de l'intensité, et de la durée des souffrances</li> </ul>	<p>Hospitalisations itératives sur plusieurs années pour brûlures ou interventions chirurgicales orthopédiques en grand nombre pour des complications à type d'ostéite, de retard de consolidation d'amputation.</p>

Les paramètres d'évaluation et les exemples choisis sont indicatifs et l'expert justifie dans son rapport la cotation retenue.

Directeur de la Publication : Dr Hélène Béjui-Hugues  
1, rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09 Téléphone : 01 53 21 50 72 Télécopie : 01 53 21 50 76  
Email : [aredoc@aredoc.com](mailto:aredoc@aredoc.com) – Internet : [http:// www.aredoc.com](http://www.aredoc.com)