

Lettre d'information de l'AREDOC

L'ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

De l'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) au déficit fonctionnel permanent (DFP)

La définition **du déficit fonctionnel permanent** appliquée aujourd'hui est issue de la nomenclature Dintilhac. Cette nomenclature des postes de préjudice a été élaborée par un groupe de travail au sein du Ministère de la Justice, constitué de personnalités spécialistes du dommage corporel et dirigé par le président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, M. Jean-Pierre Dintilhac. Elle s'inspire largement de la jurisprudence antérieure mais reprend aussi certaines idées de groupes de travail européens comme celui de Trèves 2000 sur la définition de l'AIPP.

Dans la nomenclature Dintilhac, le déficit fonctionnel permanent se définit de la façon suivante :

« Ce poste de préjudice cherche à indemniser un préjudice extrapatrimonial découlant d'une incapacité constatée médicalement, qui établit que le dommage subi a une incidence sur les fonctions du corps humain de la victime. Il s'agit, ici, de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser à ce titre, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation ».

La définition même de l'AIPP qui résulte d'un consensus européen obtenu lors du Congrès de Trèves est la suivante :

« La réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié, à compléter par l'étude des examens complémentaires produits à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

On comprend donc que le taux d'AIPP, qui s'évalue par un pourcentage, tient compte non seulement de la limitation fonctionnelle mais également des douleurs post-consolidation et du retentissement des séquelles sur la vie de tous les jours, c'est-à-dire sur la notion de qualité de vie.



AREDOC

Association pour
l'étude de la Réparation
du Dommage Corporel

Juin 2020

Cette définition a présidé à l'élaboration par des spécialistes des domaines concernés du barème du Concours médical mis à jour en 2001, puis en 2002 qui est le plus utilisé actuellement. Ce barème a été repris dans l'annexe du décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du Code de la santé publique, devenant ainsi le barème officiel pour toutes ces évaluations.

Cette définition a servi de fondement à l'élaboration d'un barème européen pour les fonctionnaires de la communauté européenne : « *Le Guide Barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique* »¹.

La Cour de cassation, après avoir officialisé dès 2009 la nomenclature Dintilhac dans ses acronymes, s'est appropriée la définition du déficit fonctionnel permanent pour la première fois dans un arrêt du 28 mai 2009². Nous verrons que, depuis, la Cour de cassation maintient sa définition et veille à son application stricte.

Concrètement, il s'agit d'une indemnisation destinée à compenser un handicap fonctionnel que la victime va rencontrer dans sa vie future, ainsi que la persistance de douleurs et des gênes dans les activités de tous les jours. C'est pour cette raison qu'en fonction de l'âge, une valeur euro du point d'AIPP sera proposée lors du règlement.

Ainsi, l'ONIAM, dans son « Référentiel Indicatif d'Indemnisation » publié le 1^{er} janvier 2018, explique bien dans la délibération de son Conseil d'Administration en date du 12 décembre 2007, que le référentiel utilisé est celui de la nomenclature des préjudices corporels sous la direction de Jean-Pierre Dintilhac.

Dans une première partie, nous aborderons les éléments médico-légaux caractérisant l'atteinte à la qualité de vie et les souffrances endurées post-consolidation incluses dans l'AIPP. Dans une deuxième partie, nous verrons la résonance juridique de ces éléments, c'est-à-dire leur prise en compte au titre du déficit fonctionnel permanent.

● Partie I

Qualité de vie et douleurs post-consolidation dans l'évaluation du dommage corporel

1/ L'ATTEINTE À LA QUALITÉ DE VIE EST INCLUSE DANS L'AIPP

A) Définition de la qualité de vie selon l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini dès 1994 la qualité de vie comme :

« (...) la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Il s'agit d'un large champ conceptuel englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

La mesure de la qualité de vie ou de bien-être a fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques et statistiques en France³ :

« La qualité de vie recouvre plusieurs dimensions. Certaines sont qualifiées d'objectives, comme la situation matérielle, la santé physique ou l'équilibre émotionnel, l'isolement social. D'autres sont plus subjectives, telles que la satisfaction que l'on retire de son existence ».

1 . *Guide Barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique*, Editions Anthémis, LGDJ, 2010.

2 . Cass. 2^{ème} civ., 28 mai 2009, n° 08-16.829.

3 . « Satisfaction et qualité de vie », Pascal Godefroy et Stéphane Lollivier, « Economie et statistique » n° 469 – 470, 2014.

Il est évident que ce sont les individus eux-mêmes qui sont les plus aptes à juger de leur propre situation. Néanmoins, l'utilisation de variables subjectives pour mesurer la qualité de vie constitue le seul moyen statistique.

Une autre approche de mesure renvoie à la notion de capacité. Ainsi, plusieurs dimensions peuvent être retenues dans la notion de qualité de vie :

1. Les conditions de vie matérielle
2. La santé
3. L'éducation
4. Les activités personnelles
5. Le travail
6. La gouvernance et les droits des individus
7. Les liens et les rapports sociaux
8. L'environnement et le cadre de vie
9. La sécurité économique et physique à côté du bien-être ressenti

On comprend donc qu'il est difficile, du fait de la variabilité des différents paramètres, de mesurer le bien-être et la qualité de vie.

Ainsi, l'OCDE, ne retient que trois variables qui semblent contribuer le plus au bien-être :

1. La santé
2. L'emploi
3. Les contacts sociaux

Dans le cadre de l'enquête sur la qualité de vie réalisée par l'INSEE en mai 2011, sont utilisés les indicateurs de qualité de vie définis dans le rapport Stiglitz – Sen – Fitoussi, qui explore les différentes dimensions de la qualité de vie et leur corrélation, mêlant ainsi des aspects subjectifs et objectifs.

La mesure de la qualité de vie est également utilisée en médecine. La HAS⁴, dans un rapport sur l'évaluation des technologies de santé, indique que la mesure de la qualité de vie liée à la santé (health related quality of life – HRQoL) s'est imposée pour le patient comme une dimension légitime de l'évaluation du bénéfice des interventions de santé, en complément des mesures cliniques objectives permettant d'évaluer l'impact d'une pathologie ou d'une intervention.

Un instrument de mesure, évaluant la qualité de vie, repose donc sur une méthodologie scientifique rigoureuse. L'outil utilisé doit comporter fiabilité, validité et sensibilité aux changements ainsi qu'une reproductibilité permettant d'évaluer les performances de l'échelle par des praticiens différents.

Pour les outils étrangers, une validation transculturelle doit être utilisée et non une simple traduction.

On distinguera deux types d'outils :

- ▶ [Les outils avec mesure générique](#) : l'instrument est conçu pour être utilisé quelles que soient les pathologies ou la population.
- ▶ [Les outils spécifiques](#) : instruments conçus pour mesurer les dimensions spécifiques d'une pathologie particulière : asthme, patient pédiatrique, patient amputé, etc.

Ainsi, dans les essais cliniques mesurant l'efficacité des médicaments, des échelles de qualité de vie sont utilisées, mais elles ne sont qu'un aspect de la mesure. Elles sont complétées par l'étude de paramètres cliniques, biologiques ou radiologiques.

Pour conclure cette partie d'introduction, on peut donc dire que la qualité de vie a une définition bien précise selon l'OMS : la méthode de mesure en médecine peut s'effectuer avec des échelles génériques ou spécifiques.

Voyons maintenant comment la qualité de vie peut être évaluée au cours d'expertises en réparation du dommage corporel.

4 .Évaluation des technologies de santé à la HAS - place de la qualité de vie, HAS, 2018.

B) La qualité de vie dans le cadre de la réparation du dommage corporel

En 2006, l'adoption par les assureurs de la nomenclature Dintilhac a conduit l'AREDOC à élaborer une mission d'expertise intitulée « *Mission Droit Commun 2006* ». La nomenclature constituait un progrès pour le monde du dommage corporel, médecins et juristes, qui parlaient ainsi le même langage, faisant bien apparaître la notion binaire de dommage évalué par le médecin et de préjudice évalué et réglé par le juriste.

Cette mission amiable, régulièrement mise à jour en fonction de l'évolution de la jurisprudence⁵ et utilisée depuis 14 ans, a permis d'évaluer les conséquences de faits accidentels entrant dans le cadre de la Loi Badinter.

L'article 26 de la loi du 5 juillet 1985 dispose :

« Sous le contrôle de l'autorité publique, une publication périodique rend compte des indemnités fixées par les jugements et les transactions ».

En l'application de ces dispositions, les assureurs ont mis en place un traitement informatique permettant de recenser, d'une part, les transactions, et d'autre part, les décisions de justice concernant les victimes d'accidents de la circulation.

Or, les derniers chiffres publiés par l'AGIRA⁶ concernent les victimes indemnisées en 2017 et montrent un taux de transaction de :

- 98,1 % pour les blessés pour lesquels a été retenu un taux d'AIPP dont ;
 - ▶ 99 % pour les blessés pour lesquels a été retenu un taux d'AIPP entre 1 et 2 % ;
 - ▶ 82,1 % pour les blessés pour lesquels a été retenu un taux d'AIPP supérieur ou égal à 50%.

Ce qui démontre la qualité des transactions effectuées aujourd'hui.

Par ailleurs, à l'issue de la publication de la nomenclature Dintilhac, une réflexion sur la méthodologie d'évaluation du DFP a été publiée dans un article de la Gazette du Palais, intitulé « *Barèmes médicaux et Missions d'expertises, évolution* »⁷.

Le Docteur Christian Piedelievre, expert agréé près la Cour de Cassation, Directeur d'Enseignement de Médecine Légale à la Faculté de Médecine Paris V, y indiquait :

« Seule la description précise des troubles quotidiens du blessé, dressée à l'aide des indications données par celui-ci, est possible et leur explication par l'expert pourra justifier de leur réalité, eu égard à l'importance des séquelles constatées ».

La description du retentissement sur la qualité de vie fait partie, bien sûr, de la mission droit commun de l'AREDOC. Son appréciation nécessite de préciser les conditions de vie de la victime avant son accident, puis, après une écoute attentive et un examen clinique rigoureux de décrire celles après l'accident en analysant leur vraisemblance rapportée à l'événement. Elle est décrite par le médecin expert dans son rapport qui doit comporter un examen minutieux des plaintes et des doléances exprimées et de leur vraisemblance rapportée à l'accident.

L'expert devra déterminer dans quel poste de dommage ce retentissement doit figurer.

Compte tenu des postes de préjudice existants, on peut donc indiquer que :

- ▶ Le retentissement sur la qualité de vie dans la vie de tous les jours fait partie intégrante de la définition de l'AIPP elle-même constitutive d'un déficit fonctionnel permanent.
- ▶ Le retentissement de la qualité de vie sur les loisirs et les activités d'agrément entre dans le cadre du préjudice spécifique d'agrément.
- ▶ La répercussion de la qualité de vie sur la vie sexuelle et la vie intime relève du préjudice sexuel autonome.

5 . Actuellement, c'est la mission 2009 mise à jour 2014 qui est utilisée, en libre accès sur le site de l'AREDOC.

6 . Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance.

7 . Gazette du Palais, vendredi 9, samedi 10 novembre 2012.

- La répercussion sur la qualité de vie dans le cadre de l'activité professionnelle correspond à un des items qui est l'aggravation de la pénibilité au travail.
- La répercussion de la qualité de vie sur le fait de fonder une famille est bien précisée dans la définition du préjudice d'établissement.
- La répercussion sur les conditions d'existence ou la qualité de vie dans le cadre d'un préjudice scolaire ou universitaire est individualisée dans la nomenclature Dintilhac.
- La répercussion sur la qualité de vie dans des situations exceptionnelles peut être incluse dans les préjudices permanents exceptionnels. Dans l'esprit de la définition, la nomenclature Dintilhac indemnise, à titre exceptionnel, avec une résonance toute particulière en raison de la nature des victimes et en raison des circonstances de l'accident à l'origine du dommage. L'appréciation de ces circonstances ne relève pas du rôle du médecin expert. La Cour de Cassation a, plusieurs fois, rappelé sa définition : le poste des préjudices permanents exceptionnels concerne :

« (...) les préjudices extrapatrimoniaux atypiques directement liés au handicap permanent qui prend une résonance particulière pour certaines victimes soit en raison de leur personne soit des circonstances et du fait dommageable, notamment de son caractère collectif, pouvant exister lors de catastrophes naturelles ou industrielles, ou d'attentats ».

La description de l'atteinte à la qualité de vie fait partie intégrante de la mission de l'expert. Cependant, il ne s'agit pas d'un poste de dommage autonome. Il n'est d'ailleurs pas reconnu comme tel ni par le référentiel intercour, ni par le document généraliste de l'ONIAM. Toute tentative de vouloir l'isoler semble dangereuse, faisant alors intervenir des critères subjectifs allant à l'encontre d'une juste indemnisation. De plus ses composantes sont multiples et sont déjà prises en compte par les experts, à la lumière des doléances, lorsqu'ils décrivent la gêne dans les activités de tous les jours et les troubles dans les conditions d'existence, qu'ils rattachent à chaque poste de dommage reconnu par la nomenclature.

Le tableau ci-dessous (Tableau 1), précise d'ailleurs la correspondance entre retentissement sur la qualité de vie et nomenclature Dintilhac.

Correspondances entre les critères de la qualité de vie et les postes de préjudices dans la nomenclature Dintilhac (tableau 1)

	FVA FLA	AIPP	PA	PS	FF	ATP	Préjudice d'établissement	Professionnel et PSUF
Vie matérielle								
La santé								
L'éducation								
Activités personnelles								
Travail								
Droit des individus								
Rapports sociaux								
Environnement cadre de vie								
Sécurité écono- mique et physique bien être								

Tableau 1

Le regard du régleur sur la qualité de vie : principe de la réparation

Ce sujet a été largement développé dans un article de Monsieur Serge BOUVET, ancien président de l'AREDOC lors d'une journée de réflexion de la Société française de médecine d'expertise (SFME) intitulée « *Qualité de vie et expertise médicale* » au Cercle national des armées le 3 décembre 2011. Son intervention a été publiée dans la Revue Française du Dommage Corporel⁸.

Dans son analyse, Monsieur Serge Bouvet indique :

« La perte de qualité de vie n'est pas un poste de préjudice autonome c'est-à-dire un poste de préjudice indemnisable en tant que tel ».

Il précise ensuite :

« La qualité de vie perdue est un révélateur de préjudice, ce n'est pas un préjudice à part entière ».

La Cour de cassation assimile la perte de qualité de vie à celle **des joies usuelles de la vie courante**. Il s'agit donc là d'un élément subjectif par nature dans son expression et ses contours.

Ainsi, il précise que le calcul de l'indemnité représentative du DFP (déficit fonctionnel permanent), est effectué au moyen de la méthode dite : « calcul aux points », qui consiste à multiplier le taux d'AIPP (Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychologique) évalué par le médecin par une valeur donnée à chaque pourcent (ou point) d'AIPP. La valeur du point varie en raison directe du taux d'AIPP et en raison inverse de l'âge de la victime d'une part, et de la mesure de la jurisprudence de la Cour d'Appel compétente d'autre part.

Cette méthode objective permet ainsi d'éviter l'utilisation de critères subjectifs retrouvée dans des échelles purement symptomatiques. Et comme le conclut l'auteur, cela permet de :

- conserver une équité due à la collectivité des victimes ;
- préserver ainsi une homogénéité dans la réparation.

2/ ÉVALUATION DE LA DOULEUR POST-CONSOLIDATION EN DOMMAGE CORPOREL

A) Généralités

Dans toute mission droit commun dans laquelle l'expert doit évaluer un dommage, le taux d'AIPP tient compte de tous les paramètres physiques, psychiques et de leurs conséquences habituellement ressenties quotidiennement par la victime dans sa vie personnelle.

Ce taux tient également compte des phénomènes douloureux et des répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite.

Dans le corps du texte de la nomenclature, la « commission Dintilhac » a repris la définition de l'AIPP telle qu'elle avait été rédigée en 2000 à Trèves, sans la modifier.

L'AIPP est donc pour l'expert, l'outil d'évaluation du dommage. L'étude de la douleur en réparation d'un dommage corporel a été extrêmement bien développée et étudiée dans un mémoire entrant dans le cadre de l'obtention du CAPEDOC. Il s'agit du mémoire : « *Impact des nouvelles techniques en neurostimulations comme la stimulation transcrânienne et la neurostimulation médullaire* » rédigé par le Dr Sabine Duranton-Trevet⁹.

1. Généralités sur la douleur en 2020

Les blessures subies après un fait accidentel peuvent entraîner à la fois des modifications de qualité de vie mais également des douleurs aiguës initiales puis, parfois, des douleurs dites chroniques.

8 . Rev. franç. dom. corp., 2012-2, 111-7.

9 . Rev. franç. dom. corp., 2018-3, 257-306.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, de nombreuses dispositions ministérielles et de nombreux plans ont été mis en place par les pouvoirs publics.

Dans le cadre de la réparation du dommage corporel, il est indispensable de prendre en compte la douleur et ses conséquences avant et après la consolidation dès lors qu'elles sont liées aux conséquences du fait accidentel.

Or, selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), près de 30 % de la population se dit victime de douleurs chroniques. Cette proportion augmente avec l'âge.

De plus, depuis 1995, la prise en charge de la douleur a fait l'objet de nombreuses avancées alors qu'il est précisé dans le Code de déontologie médicale : « *Le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade* ».

En 1998, sont apparues les structures de prise en charge des douleurs chroniques.

Trois plans douleurs ont été mis en place par les pouvoirs publics, le dernier datant de 2006 – 2010. Et, en 2002, la loi « Kouchner » prévoit que :

« la douleur doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée et prise en compte ».

La définition de la douleur la plus souvent citée est celle proposée par « L'International Association For The Study Of Pain (IASP) » :

La douleur est une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ».

De par sa définition et ses mécanismes physiopathologiques, 4 composantes fondamentales coexistent : sensori-discriminative, affective, émotionnelle, cognitive et comportementale.

La douleur a donc un mécanisme multi-dimensionnel mais nous ne rentrerons pas dans ces différents mécanismes physio-pathologiques.

2. Analyse sémiologique de la douleur

Le médecin face à un patient douloureux doit établir un raisonnement clinique et ainsi différencier une douleur aiguë d'une douleur chronique, une douleur fonctionnelle d'une douleur organique, d'origine osseuse, radiculaire, articulaire ou viscérale.

Cette démarche lui permettra ensuite d'établir le diagnostic et la thérapeutique. Le but étant de traiter la cause de la douleur.

L'étape essentielle de la douleur est l'interrogatoire du patient sur l'historique de celle-ci et son vécu. La qualité de la relation qui s'installe entre le médecin et le patient est essentielle à la bonne compréhension du malade et de son entourage. Le médecin recherchera l'ancienneté de la douleur, les circonstances du début, son évolutivité, enfin la topographie de la douleur et sa systématisation.

Les pièges de la sémiologie sont bien connus et enseignés dans les 4^{èmes} et 5^{èmes} années de médecine, en particulier la notion de douleur projetée. À titre d'exemple on citera :

- Les douleurs du membre supérieur gauche d'origine cardiaque.
- Les douleurs de l'épaule droite en rapport avec une cholécystite.
- Les douleurs dorso-lombaires d'origine duodénale ou pancréatique.
- Les douleurs testiculaires qui sont le reflet d'une colique néphrétique.
- Les douleurs du genou qui sont la conséquence d'une pathologie de la hanche.
- ...

Une distinction s'effectue entre les douleurs inflammatoires avec réveil nocturne et dérouillage matinal et les douleurs mécaniques sans réveil nocturne mais avec douleurs à l'effort.

Parfois, certaines douleurs vont être étiquetées comme idiopathiques et psychogènes et sont souvent provoquées par une décompensation psychologique persistante.

Les douleurs appelées « *sine materia* » sont des entités sémiologiques relatives aux céphalées de tension, à la fibromyalgie ou à la glossodynie.

Il faut également souligner que chaque individu a un seuil de la douleur spécifique qui peut être influencé à la fois par des facteurs culturels ou psychologiques.

3. Les outils d'évaluation de la douleur

Un certain nombre d'échelles permettent d'évaluer l'intensité de la douleur. Elle peut être évaluée de façon qualitative ou quantitative. Nous citerons quelques exemples parmi les échelles qualitatives :

- Le DN- 4 : un déroulé de questions fermées qui permet au praticien de calculer une somme sur 10. Le test étant positif s'il est supérieur à 4/10.

Pour les échelles quantitatives, on citera l'échelle d'auto-évaluation :

- Echelle des visages : elle permet d'évaluer et d'authentifier la douleur chez les enfants dont l'âge est supérieur à 4 ans.
- Echelle verbale simple avec une évaluation de la douleur selon des qualificatifs.
- Échelle visuelle analogique qui donne un chiffrage entre 0 et 10.
- Échelle d'hétéro-évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées ou non communicantes qui permet d'éviter une sous-évaluation chez des patients ayant des difficultés d'expression.
- Echelle algo+ qui est également utilisée chez les personnes âgées non communicantes, de même que l'échelle dolo+.

De nombreuses autres échelles sont utilisées.

L'importance de l'intensité de la douleur peut également être analysée à la lecture des différentes ordonnances présentées et le type d'antalgique utilisé : palier 1, 2 ou 3.

B) Le taux d'AIPP et la douleur

Pour l'ensemble de la communauté médicale et médico-légale, les souffrances post-consolidation font partie intégrante du déficit fonctionnel permanent et donc des douleurs résiduelles entrant dans le cadre de la définition de l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP).

On rappellera la définition de l'AIPP :

- **La réduction définitive du potentiel physique ou psycho-sensoriel ou intellectuel, résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire ou décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.**

Comme nous l'avons indiqué au début de cet article, dans le cadre de sa mission, le médecin évalue le dommage qui est l'atteinte à l'intégrité physique et psychique et le juriste évalue le préjudice ou déficit fonctionnel permanent.

Dans l'hypothèse de l'existence de douleurs post-consolidation sans atteinte physique ou psychique, l'expert peut majorer le poste des souffrances endurées car ces douleurs n'ont pas un caractère pérenne et vont disparaître progressivement après la date de consolidation.

C) Les barèmes médicaux et la douleur

On rappellera que les barèmes médicaux sont indicatifs et donnent généralement pour chaque séquelle, une fourchette de taux minimum et maximum. Cela donne à l'expert, une certaine souplesse dans son évaluation médico-légale.

La douleur fait partie d'un tableau clinique qui associe plusieurs symptômes. Même si elle n'est pas indiquée spécifiquement, elle fait partie du tableau séquellaire.

L'évaluation globale ne dispense pas l'expert de décrire en détail la nature et l'importance des différents déficits.

Ainsi, il est évident que la paralysie complète d'un plexus brachial entraîne des douleurs neuropathiques bien connues et il n'est pas nécessaire d'ajouter qu'elles existent, car elles sont implicites.

Nous donnerons ci-dessous quelques exemples qui ne sont pas exhaustifs :

- ▶ En ophtalmologie, l'AIPP n'est pas le seul fait de la limitation de la fonction visuelle, la mydriase aréactive peut entraîner des photophobies. L'œil sec entraîne une gêne douloureuse.
- ▶ En stomatologie, les dysesthésies du territoire du nerf lingual sont des douleurs.
- ▶ En ORL, l'hyperacousie douloureuse tient compte de la douleur, de même que les paralysies faciales.
- ▶ Les amputations entraînent classiquement des douleurs fantômes.

Nous rappelons par ailleurs que les douleurs d'intensité les plus sévères qui sont les douleurs de déafférentation figurent dans le barème du Concours Médical.

Cette liste n'est pas exhaustive et chaque chapitre contient des éléments ayant trait à la notion de douleur.

Nous pouvons également citer ces exemples :

- ▶ En psychiatrie
 - Manifestations anxieuses : tension psychique jusqu'à 3 %
- ▶ En orthopédie :
 - Rachis cervical - douleurs intermittentes à fréquentes voire très fréquentes. De 0 à 15 %
 - Douleurs sacro-iliaques isolées. De 3 à 10 %
- ▶ En ophtalmologie :
 - Hypoesthésie ou anesthésie Avec dysesthésie. De 3 à 5 %

Quelquefois le barème ne fait pas référence à la douleur mais à la perte de flexion ou d'extension d'une articulation. Il est bien clair que, lors de leur évaluation, les médecins ne tiennent pas compte que de la limitation passive des mouvements, mais bien de la limitation active, la douleur venant limiter la fonction et étant implicitement prise en compte.

Cette inclusion de la douleur dans l'atteinte à l'intégrité physique et psychique constitutive du déficit fonctionnel permanent a également été commentée par le Dr Christian Piedelievre dans son article publié dans la Gazette du Palais le 10 novembre 2012¹⁰.

Dans ce texte, le Dr Piedelievre qui, rappelons-le, faisait partie du groupe de travail de M. Jean Pierre Dintilhac indique :

« S'agissant des douleurs postérieures à la consolidation, celles qui génèrent un déficit fonctionnel sont comprises le plus souvent dans l'évaluation faite par l'expert au titre du DFP.

En revanche ne sont pas inclus tous les soins douloureux qu'ont à subir, par exemple les paraplégiques, les tétraplégiques, après la consolidation ».

D) Le code Lésions – code Séquelles

A la suite du fichier AGIRA des victimes indemnisées, un fichier statistique national a été élaboré à l'initiative des assureurs, portant sur les lésions subies et les séquelles retenues à la suite des accidents de la circulation.

Les médecins effectuant des expertises dans ce cadre disposent d'un référentiel comportant un classement alphabétique et numérique, code lésions et code séquelles, et remplissent une fiche anonymisée destinée à alimenter un fichier statistique.

Exemple de codes :

► Pour la colonne lésion :

Le code 52 contient l'ensemble des lésions du rachis et de la moelle épinière.

On retient :

- Rachis cervical, contusion simple : lésion 5210
- Rachis cervical, entorse : lésion 5212
- Rachis cervical, fracture ou luxation : lésion 5211

► Pour la colonne séquelle :

Le code 52, rachis cervical :

- Raideur douloureuse : séquelle 5211
- Rachis cervical post-traumatique : séquelle 5212
- Rachis dorsal ; dorsalgie simple : séquelle 5220

À chaque code lésion le médecin fait correspondre un ou plusieurs codes séquelles.

Le médecin détaille ainsi avec un chiffrage codé anonyme, les séquelles douloureuses attribuées à une lésion traumatique initiale.

E) Dans le cadre des frais futurs

La mission droit commun de l'AREDOC prévoit, comme il est indiqué dans la nomenclature Dintilhac, la nécessité pour l'expert, d'évaluer les dépenses de santé futures rendues nécessaires par l'état pathologique permanent et chronique de la victime qu'elles soient occasionnelles ou viagères.

Nous ne rentrerons pas dans les détails des différents traitements post-consolidation nécessités par des douleurs chroniques ; on citera cependant :

- Les antalgiques de palier 1 : paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens et un traitement intermédiaire, le Néfopam.
- Les antalgiques de palier 2 : regroupant les opioïdes faibles associés souvent à du paracétamol ; les associations les plus fréquentes sont tramadol – paracétamol ; paracétamol – codéine ; paracétamol – opium.
- Les antalgiques de palier 3 sont les opioïdes, rarement utilisés dans le cadre des frais futurs puisque leurs prescriptions sont généralement limitées dans le temps.

¹⁰ . Gaz. Palais, vendredi 9 et samedi 10 novembre 2012 : Les outils de l'indemnisation – Barèmes Médicaux – Mission d'Expertises : Evolution.

- Les anti-dépresseurs peuvent être des appoints utiles dans le traitement de la douleur de même que certains neuromodulateurs comme les antiépileptiques.
- D'autres thérapeutiques complémentaires peuvent être envisagées : la neuro-stimulation, la stimulation transcrânienne, la neuro-stimulation médullaire.
- Les thérapeutiques psycho-comportementales ont également leur place, de même que la rééducation à l'effort, à l'exercice physique dirigé.

Il faut rappeler que la douleur chronique a une définition, elle est indiquée comme chronique si elle est supérieure à une durée de 3 à 6 mois. C'est un syndrome plurifactoriel complexe qui intègre à la fois un aspect physique, psychologique et social.

En conclusion, la modification de la qualité de vie après un accident ainsi que les phénomènes douloureux post-consolidation font partie intégrante de l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique constitutive d'un déficit fonctionnel permanent. Les composants de l'AIPP constituent un ensemble insécable.

Le médecin expert évalue le dommage et n'a pas fonction de créer de nouveau poste de préjudice.

Les risques de perturber cet édifice sont grands, la modification du contenu de l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique entraînerait de facto : un remaniement du protocole d'accord, Assurances – Organismes Sociaux, la refonte des critères d'intervention de l'ONIAM en matière d'accidents médicaux, une absence d'homogénéité dans le cadre de la réparation du dommage corporel.

C'est ainsi que les éléments du déficit fonctionnel permanent présentent également le même caractère indissociable, ce que rappelle constamment la jurisprudence qui opte pour une application stricte de la définition issue de la nomenclature Dintilhac.

● Partie II Une application stricte de la définition du déficit fonctionnel permanent

La définition du déficit fonctionnel permanent comporte donc, comme l'AIPP, trois composantes :

- ▶ le déficit physique ou psychique objectif,
- ▶ les souffrances ressenties après la consolidation,
- ▶ l'atteinte subjective à la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence.

En recherchant l'absence de cumul des postes de préjudices, la Cour de cassation a officialisé le déficit fonctionnel permanent dans ses trois composantes.

Certaines décisions des juridictions du fond méritent également toute notre attention en ce qu'elles sont les premières gardiennes du respect de la nomenclature¹¹.

Ainsi, en 2015¹², la Cour d'appel de Lyon par une jurisprudence qui est constante confirme la définition du déficit fonctionnel permanent et sa méthodologie d'indemnisation :
« Le déficit fonctionnel permanent est défini comme une altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles ou mentales, ainsi que des douleurs permanentes ou tout autre trouble de santé, entraînant une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie au quotidien par la victime dans son environnement... Il n'y a pas lieu de fixer une indemnité séparée au titre des troubles dans les conditions d'existence en procédant à une distinction totalement artificielle qui n'a pour objet que d'obtenir une majoration indirecte de la valeur du point, alors que ces troubles sont précisément l'objet même de la définition du déficit fonctionnel permanent ».

11 . CA Bastia, 11 janvier 2012, n° 09/00874 ; CA Bordeaux, 8 avril 2015, n° 13/03076 ; TGI Bayonne, 29 juin 2015, n° 13/01980 ; TGI Paris, 20 septembre 2016, n° 15/03463.

12 . CA Lyon, 18 avril 2013, n° 11/07499 ; CA Lyon, 21 mai 2015, n° 14/05061.

Sur l'atteinte à la qualité de vie, dès 2009, dans un arrêt du 28 mai¹³, la Cour de cassation a, quant à elle, ainsi jugé que le déficit fonctionnel permanent, pour la période postérieure à la consolidation, inclut « *les atteintes aux fonctions physiologiques, la perte de la qualité de vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales* ».

Dans trois arrêts du 25 avril 2013¹⁴, toujours dans l'exercice de son contrôle de l'absence de cumul des chefs de préjudices, la Cour de cassation retient que les troubles dans les conditions d'existence sont indemnisés dans le DFP : « *en statuant ainsi, sans caractériser de troubles qui ne soient pas déjà réparés au titre du déficit fonctionnel permanent et alors que l'indemnisation d'un préjudice d'agrément suppose que soit rapportée la preuve de l'impossibilité pour la victime de pratiquer une activité spécifique sportive ou de loisir antérieure à la maladie, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des textes susvisés* »¹⁵ ;

« *en statuant ainsi, alors que le préjudice d'agrément est celui qui résulte d'un trouble spécifique lié à l'impossibilité pour la victime de continuer à pratiquer régulièrement une activité sportive ou de loisirs, la cour d'appel a violé les textes susvisés* »¹⁶ .

Plus récemment, dans **un arrêt du 7 mars 2019 (n° 17-25.855)**, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation vient rappeler que le déficit fonctionnel permanent inclut la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence : « *Mais attendu qu'après avoir fixé par voie d'estimation la perte de gains professionnels futurs de M. G... R... liée à l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle, la cour d'appel a exactement relevé que la privation de toute activité professionnelle était prise en charge au titre du déficit fonctionnel permanent, lequel inclut la perte de qualité de vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales, pour en déduire à bon droit qu'il n'y avait pas lieu de retenir l'existence d'une incidence professionnelle distincte de la perte de revenus déjà indemnisée* ».

De plus, dans l'exercice de son contrôle de la mise en œuvre du principe de la réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime, la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser que les souffrances ressenties après la consolidation font partie du déficit fonctionnel permanent.

En 2010, dans un arrêt du 16 septembre¹⁷, la Cour de cassation rejette le pourvoi formé à l'encontre de l'arrêt de la Cour d'appel de Rennes et retient que « *le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées ou dans le poste du déficit fonctionnel permanent, il ne peut être indemnisé séparément* ».

En 2012, dans un arrêt du 8 mars¹⁸, la Cour de cassation casse au visa de l'article 706-3 du Code de procédure pénale et du principe de la réparation intégrale du préjudice, l'arrêt d'appel qui a indemnisé deux fois les souffrances : « *en statuant ainsi, sans préciser la nature du préjudice moral qu'elle indemnisait, tout en allouant des sommes au titre des postes de préjudice extrapatrimoniaux du prix des souffrances endurée comprises comme le retentissement psychique lié au décès d'un proche, et du déficit fonctionnel permanent compris comme la douleur permanente ressentie, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence à la suite du décès de son fils, la cour d'appel, qui a indemnisé deux fois le même préjudice moral et n'a pas mis la Cour de cassation en mesure d'exercer son contrôle, a violé le texte et le principe susvisés* ».

Dans deux arrêts du 28 février 2013¹⁹, la Cour de cassation, dans l'exercice de son contrôle de l'absence de cumul des chefs de préjudices, énonce : « *en statuant ainsi, sans rechercher si, au titre du préjudice d'agrément, la victime justifiait d'une activité spécifique sportive ou de loisir antérieure à la maladie et si les souffrances invoquées par elle n'étaient pas déjà réparées au titre du déficit fonctionnel permanent, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des textes susvisés* ».

13 . Cass. 2^{ème} civ., 28 mai 2009, n° 08-16.829.

14 . Cass. 2^{ème} civ., 25 avril 2013, n° 11-23.879, 12-11.889 et 12-12.083.

15 . Pourvoi n° 11-23.879.

16 . Pourvois n° 12-11.889 et 12-12.083.

17 . Cass. 2^{ème} civ., 16 septembre 2010, n° 09-69.433.

18 . Cass. 2^{ème} civ., 8 mars 2012, n° 10-20.100.

19 . Cass. 2^{ème} civ., 28 février 2013, n° 11-21.015 et 11-21.016.

En 2014, dans deux arrêts du 11 septembre²⁰, la Cour de cassation casse au visa de l'article 706-3 du Code de procédure pénale et du principe de la réparation intégrale du préjudice sans perte ni profit pour la victime, les arrêts d'appel qui réparent deux fois les souffrances endurées.

Elle énonce dans le premier arrêt : « en statuant ainsi, alors que le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés, étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées ou dans le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent, ne peut être indemnisé séparément, la cour d'appel a réparé deux fois le même préjudice et violé le principe susvisé ».

Dans le second, elle énonce : « en statuant ainsi, sans caractériser l'existence d'un poste de préjudice permanent exceptionnel distinct du préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés inclus dans le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent par ailleurs indemnisé, la cour d'appel a violé le texte et le principe susvisés ».

Il s'agit là d'une jurisprudence constante. Ainsi, en 2018, dans trois arrêts **du 25 janvier**²¹, **du 4 avril**²² **et du 20 décembre**²³, la Cour de cassation a réaffirmé que le déficit fonctionnel permanent comprenait les souffrances endurées par la victime après la consolidation.

Dans le premier arrêt du 25 janvier 2018, elle confirme sa position « Attendu que pour fixer à une certaine somme l'indemnisation des souffrances physiques subies par M. X..., l'arrêt relève, par motifs propres et adoptés, que l'intéressé a subi différents examens médicaux ainsi qu'une lobectomie supérieure avec curage complet ganglionnaire ; que les suites de l'opération se sont avérées simples avec cependant une prise d'antalgiques ; **Qu'en se déterminant ainsi, sans rechercher si les souffrances invoquées n'étaient pas déjà réparées au titre du déficit fonctionnel permanent, la cour d'appel a privé sa décision de base légale** ».

Dans le deuxième arrêt du 4 avril 2018, il s'agissait d'une altercation entre un automobiliste et un cycliste. Le premier a été déclaré entièrement responsable des dommages subis par la victime et condamné à l'indemniser de son préjudice. La cour d'appel avait alloué à la victime la somme de 4000 € en réparation de son préjudice né, notamment « des troubles nerveux qu'il présente quasi systématiquement lors de ses sorties à bicyclette dans Paris », tout en lui allouant la somme de 2200 € au titre du déficit fonctionnel permanent.

Sans surprise, les Magistrats du quai de l'Horloge cassent cette décision : « Attendu que, pour fixer à 4 000 euros la somme due à M. Z au titre des souffrances endurées par lui, l'arrêt retient, notamment, l'existence de troubles nerveux qu'il présente quasi-systématiquement lors de ses sorties à bicyclette dans Paris ;

Mais attendu qu'en allouant également à la partie civile une indemnité au titre du déficit fonctionnel permanent, lequel inclut l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence subis par la victime du dommage, la cour d'appel, qui a indemnisé deux fois le même préjudice, a méconnu le sens et la portée du texte susvisé et le principe ci-dessus rappelé ».

Enfin, dans le troisième arrêt du 20 décembre 2018, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation maintient sa position en la matière en rappelant que les souffrances post-consolidation sont incluses dans le déficit fonctionnel permanent et qu'ainsi, la rente d'accident du travail suffit à couvrir ce poste « Attendu que pour fixer l'indemnisation des souffrances physiques et morales du salarié victime, l'arrêt énonce, tant par motifs propres qu'adoptés, d'une part, qu'au vu des éléments produits, notamment des nombreux traitements médicaux lourds et pénibles, des séances de kinésithérapie, des différentes hospitalisations, du déficit ventilatoire, de la perte de capacité respiratoire, il convient de fixer, ainsi que l'ont fait les premiers juges, à un certain montant les dommages-intérêts en réparation du préjudice causé par les souffrances physiques, d'autre part, qu'il est constant que le pronostic vital est engagé et que les incertitudes concernant l'évolution de la maladie sont à l'origine de souffrances morales importantes et qu'il résulte des pièces produites par l'entourage familial et amical de M. X... que celui-ci est très affecté moralement par la maladie, ce qui a des conséquences sur sa vie sociale et familiale, justifiant d'allouer une certaine somme en réparation du préjudice causé par les souffrances morales résultant de sa maladie ;

20 . Cass. 2^{ème} civ., 11 septembre 2014, n° 13-21.506 ; Cass. 2^{ème} civ., 11 septembre 2014, n° 13-10.691.

21 . Cass. 2^{ème} civ., 25 janvier 2018, n° 17-10.299.

22 . Cass, Crim, 4 avril 2018, n° 17-80.297.

23 . Cass. 2^{ème} civ., 20 décembre 2018, n° 17-29.023.

Qu'en se déterminant ainsi, sans distinguer les souffrances subies pendant la période antérieure à la consolidation de l'état de la victime des souffrances permanentes indemnisées au titre du déficit fonctionnel permanent réparé par la rente d'accident du travail majorée, la cour d'appel a privé sa décision de base légale ».

Dans le même sens, citons un arrêt récent du 28 mars 2019²⁴, dans lequel il s'agissait d'une victime reconnue de faits de prostitution forcée et de traite d'êtres humains. La cour d'appel la déboute de sa demande d'indemnisation au titre d'un préjudice exceptionnel d'aviilissement. La Cour de cassation rejette le pourvoi « *Mais attendu que le préjudice moral lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés étant inclus dans le poste de préjudice temporaire des souffrances endurées ou dans le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent, il ne peut être indemnisé séparément, quelle que soit l'origine de ces souffrances ; qu'ayant, pour le réparer, inclus dans le poste des souffrances endurées et, après consolidation, dans celui du déficit fonctionnel permanent, le préjudice qualifié d'aviilissement par la victime de faits de prostitution forcée et de traite d'êtres humains, dont elle a relevé qu'il était lié aux souffrances psychiques et aux troubles qui y sont associés, c'est sans méconnaître le principe de la réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime que la cour d'appel a écarté la demande de Mme T... de le voir réparer séparément ; qu'elle a ainsi légalement justifié sa décision sans encourir le grief des deuxième et troisième branches du moyen* ».

Ces décisions montrent que la Cour de cassation a officialisé le DFP, dans toutes ses composantes, par sa jurisprudence et sa volonté de garantir l'application stricte de la nomenclature Dintilhac et par conséquent le respect du principe de réparation intégrale, malgré les critiques formulées par une partie de la doctrine qui préconise un éclatement du poste.

Enfin, un arrêt récent de la Cour d'appel de Paris en date du 8 juin 2020²⁵ illustre parfaitement notre propos et donc le souhait d'une application exacte de la définition du DFP.

En l'espèce, la Cour d'appel a retenu que : « *Les experts ont évalué au taux de 23 % le déficit fonctionnel permanent subi par la victime, en prenant en compte la raideur et les douleurs du rachis cervical ainsi que le syndrome déficitaire du membre supérieur droit dans le territoire de C6, à l'origine d'une diminution de force musculaire et d'une gêne dans tous les actes de la vie quotidienne, avec impossibilité du port de charges, mais en retenant également le retentissement psychologique important du fait des limitations fonctionnelles et du retentissement sur la vie personnelle, professionnelle et de loisirs, les troubles dépressifs ayant nécessité un traitement par antidépresseur.*

Il s'en déduit que leur évaluation a tenu compte non seulement de l'atteinte aux fonctions physiologiques mais également des souffrances tant physiques que morales endurées post-consolidation et des troubles dans les conditions d'existence subis par M. X, âgé de 49 ans au jour de sa consolidation ».

La jurisprudence est venue à maintes reprises confirmer sa position quant à l'appréciation du déficit fonctionnel permanent. Le respect de la définition du déficit fonctionnel permanent par la Cour de cassation atteste une nouvelle fois de sa volonté d'une application stricte de la nomenclature Dintilhac tout en étant attentive à la fois au principe de la réparation intégrale et à l'absence de double indemnisation d'un même préjudice. Les membres du groupe de travail Dintilhac soulignaient dans leur rapport « *que cette nomenclature, qui recense les différents postes de préjudices corporels, ne doit pas être appréhendée par les victimes et les praticiens comme un carcan rigide et intangible [...] il demeure indispensable de laisser une place importante à l'office du juge qui est seul habilité à reconnaître au cas par cas l'existence de tel ou tel poste de préjudice* ». La fidélité infaillible de la Cour de cassation à la lettre de la nomenclature traduit bien l'efficacité de cette dernière à garantir le principe de réparation intégrale.

En conclusion, il apparaît qu'au plan de l'évaluation médico-légale, le médecin expert prend en compte dans le taux d'AIPP toutes ses composantes dont la perte de la qualité de vie et les souffrances endurées post consolidation. De même, la Cour de cassation les intègre dans le déficit fonctionnel permanent, en application de la nomenclature Dintilhac.

24 . Cass. 2^{ème} civ., 28 mars 2019, n° 18-13.351.

25 . CA Paris, 8 juin 2020, n° 17/22349.



AREDOC

Association pour
l'étude de la Réparation
du Dommage Corporel

ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09

Tél. +33 (0)1 53 21 50 72 - Fax. +33(0)1 53 21 50 76 - E-mail : aredoc@aredoc.com

www.aredoc.com