

SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical *Journal of Forensic Medicine*

2010 – VOL. 53 – N° 6

Editorial

Psychologie du meurtrier et moyen du crime :
utilité pour l'établissement d'un profil d'auteur inconnu, **p. 243**
M. Bénézech et le Département des Sciences du Comportement (DSC) de la Gendarmerie Nationale
*Psychology of the murderer and means used for crime:
usefulness for establishing a profile of the unknown perpetrator*

Articles originaux / Original Articles

- Contribution à l'estimation du délai post mortem chez le noyé en milieu tropical africain.
H. Yapo Etté, K. Botti, K. M. E. V. Ebouat, M. Djodjo, K.S. Ouffoue, N. Coulibaly, M. Soumah... **250**
Contribution in the estimation of postmortem period at the drowned person in African tropical middle
- Précisions conceptuelles et Validation discriminante de deux instruments d'évaluation du risque de récidive auprès d'agresseurs sexuels issus du système judiciaire Français.
C. Ducro, T. Pham, C. Reveillère **260**
Conceptual details and discriminating validation of two tools for evaluating the risk of second offences in sexual attackers in the French legal system

Dommage Corporel / Bodily Damage

- La classification des préjudices en droit commun suivant la nomenclature dite Dintilhac.
V. Dang Vu **273**
Classification of damage in common law according to the Dintilhac nomenclature

Bulletin d'abonnement 2011 / *Subscription form 2011*, 242

Recommandations aux auteurs / *Instructions to Authors*, **couv. 3**

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2011

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	Normal	Institution	Normal	Institution	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N ^{os}) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	253 €	314 €	304 €	367 €	157 €
Journal d'Économie Médicale (8 N ^{os})	197 €	243 €	235 €	285 €	121 €
Journal International de Bioéthique (4 N ^{os}) <i>International Journal of Bioethics</i>	142 €	177 €	171 €	208 €	—

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address.....

Code postal / Zip cod Ville / Town

Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue de / I wish to subscribe to

« **Journal de Médecine Légale Droit Médical** » (bilingue) ☐

« **Journal d'Économie Médicale** » ☐

« **Journal International de Bioéthique** » (bilingue) ☐

Nombre d'abonnements

Number of subscriptions

Ci-joint la somme de / Please find enclosed the sum of €

à l'ordre des Éditions ESKA / made payable to Éditions ESKA

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE

Psychologie du meurtrier et moyen du crime : utilité pour l'établissement d'un profil d'auteur inconnu¹

M. BÉNÉZECH^a ET LE DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU COMPORTEMENT (DSC)
DE LA GENDARMERIE NATIONALE^b

1. INTRODUCTION

Il n'est certes pas dans notre intention de prétendre que l'on peut établir le profil psycho-criminologique d'un agresseur non identifié à partir du seul ou des seuls moyens qu'il a utilisé pour perpétrer son acte. Bien entendu, l'établissement d'un profil d'auteur inconnu nécessite de prendre en considération l'ensemble des informations apportées par l'enquête judiciaire : scène de crime, expertises médico-légales et criminalistiques, investigations de voisinage, auditions des témoins, conditions spatio-temporelles de l'infraction, etc. Toutefois, il nous a paru intéressant de rechercher l'existence de relations entre le moyen du crime et les traits psychologiques du coupable.

Une réflexion de cette nature ne peut se faire sans tenir compte d'autres caractéristiques de la scène de crime : contexte général (lieux, heure, environnement social et géographique) et risque victimologique, degré de préparation de l'infraction, modalités de l'attaque, niveau d'organisation du passage à l'acte, position du cadavre, nature et localisations des blessures, découverte du moyen de donner la mort et/ou de ses traces (empreintes de pneus, moyens d'asphyxie mécanique, arme, orifice de pénétration spécifique, type de projectile, étuis, substance toxique, dispositif d'incendie ou d'explosion), identification et situation des taches et traces biologiques, existence d'une mise en scène,

acharnement éventuel sur la victime, risques pris et temps passé par le meurtrier pour commettre son forfait. Dans chaque cas de figure, nous passerons rapidement en revue les principaux instruments ou dispositifs utilisés pour l'infraction violente, en limitant notre propos à la catégorie des homicides volontaires, empoisonnements compris.

La rédaction de cet essai est basée sur l'expérience professionnelle de ses signataires et sur la consultation de nombreux travaux en criminologie et criminalistique, dont le célèbre Crime Classification Manual de RK Ressler, JE Douglas, AW Burgess et AG Burgess (1992). Nous insisterons surtout sur les homicides « ordinaires, communs », ceux rencontrés dans la pratique quotidienne des enquêteurs judiciaires.

2. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

2.1. Crime planifié et crime spontané

En pratique policière, tout est toujours plus compliqué sur le terrain que dans les ouvrages et les publications scientifiques relatifs aux modes opératoires criminels et à leur degré de planification. Il nous paraît toutefois indispensable de faire ici un bref rappel des principales données classiques concernant le niveau d'organisation des violences meurtrières à partir des critères relevés sur la scène de crime :

1. Conférence inaugurale au Troisième Congrès de Balistique Lésionnelle (EuroBallistics), Ecully, Institut National de Police Scientifique de Lyon, 29-30 novembre 2010.

a. 266 rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France

b. P. Chaignon, M-L Brunel-Dupin, M. Mazert, E. Vuidard, S. Le Maoût, D. Roussette, A. Renard. DSC, Centre Technique de la Gendarmerie Nationale Française, 93111 Rosny-sous-bois cedex, France

- ✓ **Homicide de type organisé (crime prémédité) :** préparation, bon contrôle de soi mais évolution possible dans le degré de violence (fureur), arme amenée et ramenée (fétichisation possible), maîtrise et personnalisation de la victime, emploi de moyens de contention, actes agressifs systématisés, scène reflétant la planification et un contrôle total, cadavre souvent dissimulé, transport de la victime, cherche à échapper à la justice. Le caractère organisé relève d'une grande préparation, d'une grande maîtrise ou d'une grande expérience en la matière. Bien entendu, le maquillage d'un crime est toujours possible pour égarer les enquêteurs mais il témoigne alors du comportement plutôt adapté et maîtrisé de son auteur. Le règlement de comptes contre une ou plusieurs cibles au sein du milieu criminel est un type particulier d'homicide organisé perpétré fréquemment à l'arme automatique et sur la voie publique par des individus à bord d'un ou deux véhicules. De même, l'explosion ou l'incendie qui vise une cible particulière (vengeance) ou des personnes au hasard (terrorisme aveugle) ont des caractères spéciaux qui les singularisent.
- ✓ **Homicide de type désorganisé (crime impulsif) :** absence de préparation, self-control faible ou absent, utilisation de l'arme ou du moyen selon les opportunités, arme trouvée sur place, victime dépersonnalisée, usage minimal de lien, violence spontanée non systématisée, blessures multiples d'hésitation ne visant pas spécifiquement les organes vitaux, acharnement, scène aléatoire et désordonnée d'ordre confrontationnel, cadavre laissé à la vue et abandonné sur place. Le caractère désorganisé d'un crime oriente les enquêteurs vers un auteur jeune, inexpérimenté, sous l'emprise d'alcool ou de drogues, gérant mal ses émotions ou porteur d'une pathologie mentale. La survenue d'un événement extérieur imprévu perturbant le meurtrier et le caractère collectif d'un homicide (meurtre par excitation de groupe) peuvent encore donner un aspect désorganisé au crime.
- ✓ **Homicide de type mixte :** présence à la fois de critères d'organisation et de désorganisation, avec plusieurs cas de figures possibles (organisation puis désorganisation secondaire, désorganisation puis organisation secondaire, fluctuations entre les deux, pluralité d'auteurs).

Notons que le crime purement organisé ou désorganisé est peu fréquent en France où nous sommes confronté à une grande majorité d'homicides mixtes comportant des éléments des deux types. Ainsi, une étude comparative entre la scène de crime et le profil psychologique de l'agresseur, dans 103 affaires d'homicides volontaires ayant fait l'objet d'une procédure dans la juridiction de la cour d'appel de Bordeaux, n'objectivait que 4% de meurtres bien organisés et 6% de meurtres nettement désorganisés.

2.2. Trouble mental et crime

Rappelons d'abord qu'il existe un rapport certain entre maladie mentale grave et criminalité violente, tout particulièrement en cas de co-morbidité psychiatrique, c'est-à-dire d'association chez une même personne de troubles mentaux différents. Le meurtre pathologique le plus caractéristique est celui de l'homme parricide dans la trentaine souffrant de schizophrénie délirante, associée à un état dépressif et à des conduites addictives, et qui tue sa mère ou son père au cours d'une colère pathologique (haineuse et persécutive) dans un passage à l'acte paroxystique.

Ces homicides « fous » des malades mentaux psychotiques comportent généralement les éléments suivants : crime individuel (agresseur unique), absence de mobile compréhensible, un seul lieu du crime, victime connue ou de proximité, scène désorganisée (nombreux indices), arme d'opportunité (naturelle ou qui tombe sous la main), meurtre réalisé de près et d'ordre confrontationnel (lésions de défense), blessures multiples de gravité diverse, acharnement excessif, dépersonnalisation de la victime, absence de mise en scène et de maquillage, tragédie classique (unité de temps, de lieu et d'action). Pour autant, les auteurs de ces homicides paraissant « fous », perpétrés souvent en milieu familial, ne sont pas forcément des malades mentaux avérés, la folie apparente et la désorganisation complète du crime n'étant pas synonyme de la folie du coupable. Un meurtre impulsif et irrationnel est loin de préjuger obligatoirement de l'insanité d'esprit de son auteur.

Dans la recherche précédemment citée, et sur l'ensemble de la population étudiée (103 homicides), il n'a pas été trouvé de corrélation statistique étroite entre la désorganisation de la scène de crime et l'état psychologique des agresseurs, avec cependant une tendance paradoxale à la désorganisation du mode opératoire associée à une bonne organisation mentale d'après les données anamnestiques et le profil psychologique des

auteurs. Par contre, chez les meurtriers présentant une pathologie psychiatrique sérieuse (psychose, trouble grave de la personnalité), il existait une relation statistique significative entre cette pathologie et la faible organisation de la scène de crime. Enfin, l'usage habituel d'alcool et/ou de stupéfiants ainsi que l'alcoolisation lors des faits étaient corrélés positivement avec une scène de crime de type désorganisé. On le voit, les relations entre la psychopathologie des coupables et la structuration du mode opératoire sont loin d'être simples et évidentes.

2.3. Moyen et outil du crime

Il existe mille et une façons de provoquer volontairement la mort d'autrui. On peut d'abord utiliser tout simplement le milieu environnant : eau (noyade), vide (précipitation), montagne (chute), éboulis (écrasement), silos (enfouissement), lieu hermétique (anoxie), réfrigérateur (congélation), véhicule (écrasement). On peut utiliser une arme naturelle (main, poing, pied, tête, poids du corps) ou l'agressivité de divers animaux sauvages ou de compagnie (morsures, piqûres). On peut utiliser des produits dangereux comme des objets et liquides inflammables (cocktail Molotov), des substances explosives, des agents microbiens, des dérivés des plantes ou des médicaments (empoisonnement). On peut utiliser de petits objets ordinaires et des vêtements : corde, fil électrique, ceinture, foulard, bas, oreiller (asphyxie mécanique).

On peut encore utiliser des objets contondants nullement destinés originellement à servir d'arme : bouteille, statue, vase, chaise, canne, marteau, pelle, clé à molette, batte de base-ball, tisonnier, parpaing, pierre... On peut utiliser un instrument piquant et/ou tranchant : couteau de cuisine ou de chasse, hachoir, sabre, baïonnette, tournevis, morceau de verre. On peut pour finir utiliser une arme à feu dont il existe deux grandes classes : armes de poing (pistolet, revolver) ou armes longues (chasse, tir, guerre). Dans les meurtres désorganisés, il n'est pas rare que plusieurs moyens du crime soient utilisés par le coupable : par exemple, coups de poing et de pied, puis traumatisme crânien par un objet contondant, enfin strangulation terminale au lien ou à la main.

3. HOMICIDE PAR ENTREPRISE CRIMINELLE

Dans cette catégorie de meurtre, commis pour un gain matériel quel qu'il soit, l'on peut souvent établir

quelques relations entre la nature et l'utilisation de l'arme et la psychologie élémentaire du meurtrier. Dans les exécutions en règle (meurtre à gage, lié à la drogue, au gang, à la compétition criminelle) l'usage d'armes à feu touchant prioritairement les organes vitaux révèle clairement la préméditation et la volonté de ne laisser aucune chance de survie à une victime bien identifiée par son ou ses agresseurs. Aller plus loin dans le profil renvoie à un type de personnalité antisociale ou limite (borderline) appartenant au crime organisé. Lorsque l'homicide est lié à la drogue, agresseur et victime sont habituellement des consommateurs abusifs d'alcool et/ou de stupéfiants.

Dans le meurtre par profit commercial (contrôle d'une entreprise) ou profit individuel (héritage, contrat d'assurance), dont l'auteur (non professionnel du crime) est lié à la victime (partenaire, associé, parent), les moyens utilisés sont variables (asphyxie, produit toxique, instrument contondant, arme) selon le degré de planification ou de spontanéité de l'homicide. Une mise en scène est fréquente pour simuler une mort naturelle, accidentelle, suicidaire, aléatoire au cours d'un vol ou d'un cambriolage. L'agresseur d'un meurtre désorganisé par profit individuel est généralement décrit comme impulsif, alcoolique, d'intelligence médiocre. L'homicide crapuleux, qu'il soit aléatoire (planifié pour permettre le vol) ou situationnel (spontané dans un contexte de panique, confusion, impulsion), à fréquemment un coupable abusant de substances psychotropes.

4. HOMICIDE PAR MOTIF PERSONNEL

Lorsque le meurtre résulte d'un conflit émotionnel poussant le coupable à tuer, et que cette agression interpersonnelle n'est pas motivée par un mobile matériel ou sexuel, il existe une grande variété de passages à l'acte (spontané, d'opportunité, planifié), mais le plus souvent il s'agit d'un crime commis de près et d'ordre confrontationnel (blessures de défense). Ainsi, la plupart des meurtres domestiques (intrafamiliaux) surviennent à domicile et sont de type peu ou prou désorganisé, sans aucune mise en scène. Bien que l'attaque soit « personnalisée » (victime bien connue) et caractérisée souvent par la présence de blessures d'hésitation, le cadavre est parfois « dépersonnalisé » (visage défiguré ou caché) mais peut faire l'objet d'une conduite post mortem de réparation : nettoyage de la face, arrangement des vêtements, couverture sur le corps, coussin sous la tête. Les moyens du crime les plus habi-

tuels sont la strangulation, un objet contondant, un couteau, une arme à feu, quoique la noyade et la suffocation ne soient pas rares chez la mère qui tue son très jeune enfant. En cas de planification de l'homicide, une mise en scène est fréquente pour tromper la justice et l'incendie volontaire ou le poison sont des moyens quelquefois employés. L'abus d'alcool et/ou l'usage de drogue est banal dans le contexte conflictuel agresseur-victime d'un homicide domestique.

Le drame passionnel de la rupture, résultant d'une séparation conjugale, de la jalousie amoureuse ou d'un processus érotomane, se traduit généralement par une période de maturation avec surveillance de la future victime (routine), l'utilisation d'une arme blanche ou à feu, l'atteinte des organes vitaux, l'absence de mise en scène. Le coupable d'un homicide érotomane souffre de délire paranoïaque (fréquent) ou schizophrénique (plus rare) avec fixation obsédante sur la victime, fantasme de fusion inter-personnelle, menace sur son identité. Il harcèle habituellement sa future victime. Tous ces éléments facilitent l'établissement d'un profil d'auteur orienté vers un parent proche, un conjoint, un concubin ou un ancien concubin, un partenaire extraconjugal, un harceleur pathologique.

Le meurtre par autorité se définit par l'existence d'un lien hiérarchique, symbolique ou réel, entre l'auteur et sa ou ses victimes. A la suite par exemple d'un licenciement professionnel abusif, ou vécu comme tel, le futur agresseur développe un comportement paranoïaque de revendication, persécution, préjudice. Il se venge du responsable supposé de cette conspiration (imaginaire en général) au cours d'une confrontation directe avec blessures sévères et multiples. Quelquefois, l'auteur d'un homicide par autorité devient un tueur de masse ou de bordée qui, à l'aide d'armes puissantes, provoque le décès de personnes innocentes, inconnues de lui. Le meurtre par vengeance, en représailles d'un tort réel ou imaginaire, est souvent d'ordre confrontationnel, réalisé de près, sans mise en scène avec parfois plusieurs lieux du crime. Son auteur présente une fantasmatisation importante avec rumination mentale de son désir vengeur et quelquefois une charge émotionnelle majeure source de désorganisation des actes.

L'homicide, qui fait suite à une dispute verbale à l'origine de la confrontation violente ou à un conflit personnel antérieur, se déroule souvent dans un lieu public avec une scène de crime étendue, aléatoire et désordonnée (signes de lutte, déplacements) et l'emploi d'une arme d'opportunité ou amené par l'agres-

seur. Ce dernier est généralement impulsif, instable, prédisposé à la violence. L'homicide euthanasique, pour abrégé les souffrances, par compassion mais aussi par sentiment de pouvoir et de contrôle issu du meurtre, concerne une victime en phase terminale ou gravement handicapée connue du coupable et placée en milieu hospitalier ou en foyer. Le moyen du crime est habituellement de nature professionnelle avec usage fréquent de produits toxiques.

5. HOMICIDE SEXUEL

Selon le FBI, l'élément sexuel d'un homicide se manifeste par un ou plusieurs des six indices suivants : désordre dans l'habillement de la victime ; exposition des organes sexuels de la victime ; positionnement sexuel du corps de la victime ; insertion d'objets étrangers dans les orifices corporels de la victime ; évidence d'un rapport sexuel (oral, anal, vaginal) avec la victime ; évidence d'une activité sexuelle de substitution, d'un intérêt sexuel ou de fantasmes sadiques sur le corps (mutilations et tortures caractéristiques), les vêtements et les lieux. On voit donc qu'il n'y a pas obligatoirement d'acte sexuel avec la victime dans les meurtres à connotation sexuelle.

Il est classique de distinguer quatre catégories de meurtre dont le mobile principal est d'ordre sexuel, qu'il y ait ou non viol de la victime : organisé, désorganisé, mixte et sadique. Dans l'homicide organisé, la victime, le plus souvent inconnue de l'agresseur, est sélectionnée selon certains critères apparents. L'arme est amenée et remportée par l'auteur. On observe plusieurs lieux du crime, l'utilisation de moyens de contention, parfois une mise en scène. A l'opposé de ce meurtre réalisé avec méthode et planification, l'homicide désorganisé se manifeste par une attaque soudaine (pas de blessures de défense), l'emploi d'une arme d'opportunité, des actes sexuels et agressifs post mortem (nécrophilie insertionnelle possible), un seul lieu en grand désordre, des signes de dépersonnalisation de la victime (acharnement, mutilations du visage). L'agresseur est considéré comme solitaire, bizarre, peu intelligent, inadapté social, mal dans sa peau, abusant d'alcool, possédant des fantasmes sexuels ritualisés.

L'homicide sexuel est dit mixte en cas de présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : pluralité de coupables, planification suivie de désordre, viol suivi d'homicide par émotion du coupable ou résistance de la victime, modifications du comportement de l'auteur

(jeunesse, alcool et drogue), stressseurs externes qui désorganisent un comportement planifié. L'homicide sadique est un crime bien organisé qui se caractérise par des moyens psychologiques et physiques de torture élaborée témoignant des fantasmes sexuels sadiques du coupable souvent utilisateur de drogue : domination, humiliation, dégradation, érotisation de la violence et de la mort. L'asphyxie mécanique de la victime est le procédé le plus utilisé pour donner la mort.

On décrit maintenant deux catégories de meurtriers sexuels de femmes, que nous résumons ci-après. La première est celle du meurtrier colérique (émotif). Il s'agit d'un homme jeune, d'intelligence moyenne, impulsif et égocentrique, souffrant de troubles mentaux et de problèmes sexuels, marié ou en concubinage de longue durée, utilisateur de substances psychoactives, aux antécédents agressifs envers les femmes. L'attaque se fait en milieu extérieur connu de l'agresseur avec une arme trouvée sur place. Elle est violente et brutale avec coups dirigés sur le visage, coït dans 80% des cas, sans asservissement (bondage) ni viol post mortem. Au Canada, la mort est donnée par strangulation (1/4 des cas), coups à la tête (1/4 des cas), couteau (1/4 des cas), étouffement (9% des cas), noyade (9% des cas) ou autres moyens. La scène reflète le désordre et le cadavre n'est pas dissimulé.

La seconde catégorie est celle du meurtrier sadique (non émotif). Il s'agit d'un homme d'intelligence élevée, instable, présentant des troubles de la personnalité avec paraphilies diverses, aux antécédents criminels et aux fantasmes sadiques élaborés. La victime est approchée, manipulée et entraînée dans un lieu isolé repéré à l'avance, l'agresseur étant muni d'instruments de torture ou d'un outillage préparatoire (kit de viol avec liens, bâillon, préservatif). Au Canada, la mort est donnée par strangulation (1/2 des cas), couteau (1/4 des cas), étouffement (12,5% des cas), coups à la tête (12,5% des cas). Le corps, presque toujours nu, est assez souvent mutilé sexuellement et se trouve dissimulé dans environ la moitié des cas.

6. HOMICIDE DE GROUPE EXTRÉMISTE

Les groupes extrémistes paramilitaires, politiques ou religieux peuvent commettre des meurtres individuels ou collectifs, le plus souvent prémédités et organisés, dont le degré de sophistication du moyen employé (incendiaire, explosif) est révélateur du niveau d'expertise technique de celui ou de ceux qui l'ont fabri-

qué. Ces homicides visent soit des personnes spécifiques (opposant, adversaire, fonctionnaire, force de sécurité) soit des lieux particuliers (espace dense en population, hôtel, centre commercial, transports en commun, lieu symbolique-emblématique).

7. ARME À FEU ET PSYCHOLOGIE DU TUEUR

Ancien parachutiste et criminologue, Philippe Ben-simon s'est beaucoup intéressé à l'imagerie que l'agresseur a de son arme à feu, les caractéristiques d'une arme pouvant révéler certains traits de personnalité chez le meurtrier qui a choisi tel modèle plutôt que tel autre. Nous lui empruntons diverses remarques suivantes. Il est de règle en balistique d'étudier la distance de tir, la façon dont la victime fut abattue, le calibre utilisé, le nombre d'impacts relevés, la nature, la signature balistique et la composition du projectile (d'arme de poing, de chasse), la présence d'étuis sur le sol, l'arme elle-même lorsqu'elle est retrouvée sur la scène ou à proximité, la latéralisation du tireur (droitier ou gaucher), la disponibilité et le prix du modèle sur le marché légal ou non. Il est par contre moins classique de s'intéresser aux liens émotionnels unissant l'agresseur à son arme.

Une constatation s'impose tout d'abord. Quels que soient le modèle employé, le calibre ou la marque de fabrication, la plupart des victimes abattues par balle le sont dans un rayon inférieur à cinq mètres et le plus souvent à l'intérieur d'une enceinte fermée. Cette distance de tir est liée aussi aux capacités du tireur, à la précision de l'arme et à la distance limite d'engagement qui est de l'ordre de quinze mètres pour une arme de poing. Ce n'est donc pas la connaissance par les agresseurs de leur arme ni de sa puissance réelle qui les distingue les uns des autres mais la représentation qu'ils s'en font. L'arme à feu, descendante directe de l'arme blanche, n'a pour seule finalité que de tuer à distance et sans effort musculaire, de surmonter le différentiel de capacité physique. Détenir un objet capable de donner immédiatement et facilement la mort n'est pas sans procurer à son possesseur une jouissance certaine et une assurance allant de pair avec un sentiment de puissance, un pouvoir de destruction.

En dehors de sa disponibilité sur le marché et si l'agresseur a le choix, il prendra une arme qui retiendra son attention sur plusieurs critères : esthétique (sensualité des formes et des courbures, froideur de ses

composants, couleurs, matériaux, odeur à froid ou chauffée lors du tir, bruit, recul, et accessoirement aux qualités de l'holster), poids, maniabilité, longueur et calibre du canon, mécanisme et performance, confort de la crosse qui peut aussi servir d'objet contondant, tir en simple ou double action, nature du projectile (précision, forme de l'ogive, coefficients de perforation et de pénétration, puissance de choc). Le prix entre moins en considération pour l'achat d'une arme, surtout lorsque interviennent la fascination, la force, la distinction, la supériorité face à l'autre, la domination. Aux USA, dans le cadre des homicides liés à des activités criminelles (stupéfiants), les armes employées sont en général « bas de gamme ».

Pour le tireur, trois agressions émotionnelles successives et presque extemporanées sont liées à l'utilisation initiale de l'arme. La première est l'agression « extéroceptive » qui est rattachée à la saisie et à la connaissance de l'arme, à sa tenue et à l'anticipation du tir en fonction de l'entraînement de l'utilisateur. Pour un meurtrier, selon la distance entre lui et la cible, l'intensité de cette agression, depuis l'assurance du tireur expérimenté jusqu'au manque de contrôle et à la panique du non initié, fait toute la différence entre toucher mortellement, blesser ou rater sa victime. La deuxième est l'agression « intéroceptive » qui intervient au moment même où le tireur vise la cible (augmentation du rythme cardiaque) et appuie sur la détente. En cas d'excitation mal contenue, l'œil se ferme imperceptiblement entraînant une perte de contrôle couverte par la détonation. Chez le meurtrier amateur, cette agression peut provoquer sa fuite immédiate sans qu'il ramasse les étuis et sans qu'il sache nécessairement s'il a tué ou non sa victime. La troisième est l'agression « proprioceptive » provoquée par le recul de l'arme qui varie selon le modèle et le type de munitions (stimulus tactile). C'est ce type d'agression qui, en grande partie, sera à l'origine du choix de l'arme et qui peut donner des indications quant à la morphologie de son utilisateur. L'emploi de certaines armes exige en effet non seulement un solide entraînement mais une robuste constitution physique pour réduire les effets de ces agressions. Remarquons cependant qu'en matière de contrôle de l'arme, l'entraînement prime sur le physique.

Le choix du modèle d'une arme à feu en fonction de la personnalité de l'agresseur connaît un certain nombre d'exceptions : disponibilité de l'arme employée sur le marché légal ou illégal (fusil d'assaut kalachnikov actuellement), homicide intrafamilial non prémédité et désorganisé avec utilisation du moyen dispo-

nible sur place (fusil de chasse, arme de collection ou de poing rangée dans un meuble), meurtre situationnel ou opportuniste de quelques criminels sexuels ou cambrioleurs armés qui tuent leur victime ou un témoin pour ne pas être reconnus, etc. Contrairement aux précédents, les meurtriers pouvant s'identifier à leur arme à feu peuvent être regroupés en quatre séries : membres du crime organisé, meurtriers en série, meurtriers de masse, personnes appartenant à des groupes extrémistes paramilitaires.

La façon dont un membre opérationnel du crime organisé utilise son arme dénote souvent sa détermination, sa volonté calculée d'abattre sa victime : arme de gros calibre qui donne l'assurance de tuer et qui déchiquettera spectaculairement la partie touchée (phénomène rare en arme de poing hors les cas de tirs intracrâniens en bout touchant appuyé), tir de près à la tête ou en plein visage pour défigurer la victime et servir d'avertissement ou d'exemple. Ce mode opératoire a la préférence de beaucoup de ces criminels professionnels car la majorité ignore le fonctionnement des calibres à haute vitesse et est peu expérimentée au tir à distance. Pour sa part, le tueur à gage optera pour une arme légère et esthétique, munie d'un silencieux. Il préfère les petits calibres 22 LR dont le pouvoir de pénétration est aussi important à faible distance et dont les ogives, qui pourraient être prélevées à l'autopsie, sont de toute façon inexploitable (écrasées). S'il est banal d'affirmer que le tueur en série préfère l'usage de la force par contact direct avec sa victime (couteau, strangulation), les statistiques montrent qu'environ la moitié d'entre eux se sert aussi d'une arme à feu de poing, à qui elle donne souvent une connotation sexuelle fétichiste permettant de regrouper les victimes au même individu.

En ce qui concerne le meurtrier de masse qui n'est pas lié à un conflit d'autorité, on a souvent affaire en Amérique du Nord à un ancien militaire dépressif et persécuté inapte à la vie civile et fasciné par les armes, symbole de la puissance destructive. L'action est longuement préméditée et exécutée avec des modèles militaires ou paramilitaires, la tuerie correspondant à un acte de guerre commis en état de transe. Ce sont ces tueurs de masse qui s'identifient le plus avec les armes à feu et qui possèdent les meilleures connaissances pour s'en servir efficacement. En France, le meurtrier de masse est généralement un malade mental psychotique qui tue au couteau ou à la carabine automatique. Enfin, essentiellement aux USA, l'homme de main appartenant à l'un des dizaines de groupes extrémistes paramilitaires est placé sous l'autorité d'un chef et a

subi un endoctrinement primaire aux valeurs patriotiques et viriles d'extrême droite. Il présente fréquemment une intelligence médiocre, des troubles de la personnalité, une homosexualité latente et des traits paranoïaques. Utilisant une arme s'éloignant au maximum des modèles ayant une apparence civile, le passage à l'acte est moins précis que dans le cas du crime organisé et peut s'accompagner d'actes de vandalisme (barbouillage des murs, profanation du corps de la victime). Le choix de la cible peut être très révélateur de la motivation vengeresse et haineuse.

8. SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Dans ce bref essai, nous avons mentionné divers procédés et moyens utilisés dans les principales catégories d'homicides volontaires à partir des données de la littérature internationale. Etablir une relation pertinente entre le choix et l'utilisation du moyen du crime et la psychologie de l'agresseur qui s'en est servi relève en pratique d'une dangereuse acrobatie criminologique si l'on ne prend pas en compte l'ensemble des informations apportées par l'enquête criminelle. Essayons cependant de dégager quelques hypothèses générales.

Le caractère « confrontationnel » d'un acte meurtrier peut renseigner sur la détermination, l'impulsivité ou la signification du crime (homicide domestique par jalousie, crime sexuel ou vengeur). Il peut aussi témoigner d'un geste commis dans la précipitation (arrivée d'un client lors d'un hold-up). A l'opposé, le

caractère « distant » du geste criminel montre un certain professionnalisme (prise de risque minimale et efficacité maximale). Il renseigne parfois sur le côté indéterminé du mobile (cibles au hasard d'un sniper, d'un tueur de masse psychotique ou par autorité).

L'emploi d'une arme d'opportunité avec multiplication de blessures d'hésitation non létales (sauf une ou plusieurs) est en faveur d'un coupable « amateur » ayant agi sous l'effet d'un désordre émotionnel qui a entraîné la perte de son self-control. A l'opposé, l'utilisation par l'auteur d'une arme de poing lui appartenant et visant spécifiquement un ou plusieurs organes vitaux laisse supposer un meurtre planifié et froidement exécuté à but utilitaire (règlement de compte, vengeance). De même, l'usage d'une arme à feu de gros calibre évoque un membre du crime organisé (tir de près), un ancien militaire robuste et entraîné ou un tueur de masse (tir souvent plus à distance).

Le nombre et la dangerosité des armes utilisées offrent donc des renseignements quant à la détermination et au professionnalisme du meurtrier. Leur provenance et leur devenir sont capitales pour évaluer une éventuelle préméditation : arme amenée/trouvée sur place, arme emportée/laissée sur place. Certains tueurs à gage abandonnent ainsi l'arme du crime sur le corps de leur victime pour ne pas s'en resservir et risquer d'être repérés. Dans tous les cas, le moyen ou la méthode utilisé, le choix éventuel et l'identité de la victime ainsi que les circonstances permettent d'orienter les investigations policières et de préciser éventuellement quelques caractéristiques mentales de l'agresseur. ■

Contribution à l'estimation du délai post mortem chez le noyé en milieu tropical africain

H. YAPO ETTÉ¹, K. BOTTI¹, K. M. E. V. EBOUAT¹, M. DJODJO¹, K.S. OUFFOUE²,
N. COULIBALY³, M. SOUMAH⁴

RÉSUMÉ

La détermination du délai post mortem chez le noyé a intéressé de nombreux auteurs qui ont proposé des repères chronologiques permettant d'estimer la durée de séjour du corps dans l'eau notamment dans les pays aux climats tempérés.

Dans leur pratique quotidienne en Médecine Légale à Abidjan, les auteurs ont constaté des particularités dans l'apparition et l'évolution des phénomènes cadavériques observés chez les noyés repêchés à Abidjan.

Ces particularités suggérant un séjour plus long dans l'eau ont suscité une série d'interrogations qui ont motivé la réalisation de cette étude rétrospective portant sur 132 cadavres collectés sur une période de 8 ans (2000 à 2007). Le but de cette étude était d'apprécier les facteurs influençant l'évolution des noyés et de proposer des points de repères chronologiques approximatifs propres au milieu tropical africain en particulier ivoirien, pour l'estimation du délai post mortem chez les noyés en Afrique occidentale.

Mots-clés : Médecine Légale - noyade - délai post mortem - Côte d'Ivoire.

SUMMARY

Contribution in the estimation of postmortem period at the drowned person in African tropical middle

The determination of postmortem period at the drowned person interested numerous authors who proposed chronological marks allowing to estimate the duration of stay of the body in the water in particular in countries at the moderate climates.

In their daily forensic medicine practice in Abidjan, the authors noticed peculiarities in the appearance and the evolution of the deathly phenomena observed at the drowned persons fished up in Abidjan.

These peculiarities which suggested a longer stay in the water aroused a series of questioning which motivated the realization of this retrospective study over 8 years (on 2000 in 2007) in Abidjan (Côte d'Ivoire) and having concerned 132 bodies.

The target of this study was to appreciate factors influencing the evolution of the drowned persons and to propose appropriate approximate chronological landmarks in in ivoirien zone for the estimation of postmortem period at the drowned persons in western Africa.

Key-words: Forensic science - drowning – postmortem period - Ivory Coast.

1. Unité de Médecine Légale d'Abidjan-CHU de Treichville -Côte-d'Ivoire - UFR Sciences Médicales- Université d'Abidjan Cocody- Côte d'Ivoire

2. Centre Ivoirien Antipollution (CIAPOL)

3. Service d'Urologie- CHU de Treichville d'Abidjan

4. Service de Médecine Légale et Médecine du Travail-Université Cheikh Anta Diop de Dakar-Sénégal

INTRODUCTION

Les noyades constituent un problème mondial de santé publique selon le « Global Burden Diseases » avec environ 449.000 décès en 2000 soit 7,4/100.000 habitants dans le monde [17]. Elles représentent la 5^e cause des morts involontaires aux USA avec 27.514 décès entre 1999-2006 [13] et environ 27,38% des morts violentes accidentelles prises en charges à l'Unité de Médecine Légale d'Abidjan [18]. Outre la détermination des circonstances de survenue, la recherche de la cause exacte du décès et éventuellement l'identification de la victime, les noyades et notamment les corps repêchés posent le problème de la détermination du délai post mortem (DPM). Ce DPM se résume souvent à la question primordiale « *à quand remonte le décès ?* », question posée par les enquêteurs et les familles des défunts [12].

La réponse à cette question peut cependant se heurter aux modifications subies par le corps dans l'eau sous l'action conjuguée de la putréfaction et de l'immersion prolongée liées aux caractéristiques physico-chimiques de l'eau avec pour conséquences, des difficultés et des erreurs dans l'estimation du délai post mortem [3, 14].

Or au plan médico-légal, la datation de la mort bien que approximative est obligatoire et repose en pratique sur l'étude des phénomènes cadavériques puisque les méthodes les plus fines et précises sont des méthodes de laboratoires qu'il n'est pas possible de mettre en œuvre sur les lieux de découverte d'un cadavre lors de la levée de corps médico-légale [5].

L'estimation du délai post mortem chez les noyés à partir des phénomènes cadavériques a intéressé certains auteurs [3, 4, 9, 12, 16] qui ont proposé des repères ou critères chronologiques approximatifs permettant d'estimer la durée de l'immersion ou de déterminer le moment de la mort chez le noyé dans les pays aux climats tempérés. Ces repères sont difficilement applicables aux noyés repêchés en région tropicale africaine, particulièrement en Côte d'Ivoire dont les caractéristiques géographiques sont différentes de celles des pays tempérés.

En effet, les morts par noyade sont fréquemment rencontrées dans notre activité thanatologique et nous avons constaté des singularités dans l'apparition et dans l'évolution des signes de noyade et des phénomènes cadavériques chez les noyés, en fonction de la durée du séjour du corps dans l'eau. Ceux-ci évoluaient

en fonction de la durée du séjour dans l'eau et ne correspondaient pas à ceux rapportés dans la littérature pour la même période dans les pays aux climats tempérés.

C'est la raison pour laquelle nous avons mené cette étude dont l'objectif général était de décrire l'évolution des signes en rapport avec la noyade et des phénomènes cadavériques en rapport avec le séjour des corps dans l'eau. Et plus spécifiquement, il s'agissait d'une part d'apprécier l'influence des facteurs tels que l'âge, le sexe, le climat, le port ou non de vêtements et des caractéristiques physico-chimiques du milieu d'immersion sur l'évolution des phénomènes cadavériques et d'autre part de déterminer des périodes chronologiques approximatives en fonction de l'évolution des phénomènes cadavériques. Ceci, en vue de proposer une estimation du délai post mortem chez les noyés en milieu tropical africain.

I- RAPPEL DES CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES DU MILIEU D'ÉTUDE

La Côte d'Ivoire, pays de l'Afrique de l'Ouest est située en zone intertropicale subsaharienne. Elle donc a un climat subéquatorial de transition dans la partie sud forestière où se situe Abidjan la capitale qui présente 2 saisons humides alternées par 2 saisons sèches. Selon les relevées météorologiques réalisées de 1971 à 2000 par la SODEXAM (Société d'Exploitation et de Développement Aéroportuaire, Aéronautique et Météorologique), ce climat se caractérise par une température ambiante élevée dont la moyenne annuelle est de 27°C, une forte pluviométrie avec en moyenne 1700 mm de hauteur de pluie et une forte humidité atmosphérique sur l'ensemble du territoire supérieure à 80% (moyenne= 84%), plus marquée pendant les saisons de pluies (86% à 88%). En outre, la Côte d'Ivoire a une façade maritime baignée par l'Océan Atlantique et dispose aussi pour la région d'Abidjan d'une grande étendue d'eau formant le système lagunaire Ebrié qui fonctionne comme un estuaire. Un rapport sur la protection de l'environnement d'Abidjan dans le cadre du programme de suivi de la qualité des eaux lagunaires et marines réalisée par Arfi et coll en 1994 [1] a montré que les températures de ces eaux en surface et en profondeur sont constantes et reflètent le cycle thermique saison sèche-saison de pluie. Elles varient de 25°C (saison de pluie) à 34°C (saison sèche) avec de faibles amplitudes thermiques entre les saisons. Pen-

dant les saisons sèches (Janvier à Avril) la salinité de la lagune est élevée (20 ‰ - 30 ‰) se rapprochant de celle de la mer (> 30 ‰) en raison de l'influence océanique. Cette salinité diminue pendant la saison de pluie pour atteindre 5 à 10 ‰ alors que celle de la mer oscille entre 25 et 28 ‰. Une étude du CIAPOL (Centre Ivoirien Anti-Pollution) en 2005 a montré en plus, que la lagune présente un degré de pollution élevée par rapport à la mer et cette pollution se caractérise par la présence de bactéries (coliformes, *Clostridium perfringens* et streptocoques fécaux) [14].

II- ÉVOLUTION DES PHÉNOMÈNES CADAVERIQUES CHEZ LE NOYÉ ET DATATION DE LA MORT

D'une façon générale et en pratique médico-légale, l'estimation du délai post mortem reste fondée sur l'examen externe du corps par l'étude de l'évolution des phénomènes cadavériques lors de la levée de corps médico-légale. Ainsi à la phase post mortem précoce c'est-à-dire avant 48 heures où l'évolution de la rigidité et des lividités cadavériques, la décroissance thermique permettent d'estimer le délai post mortem grâce à des formules proposées par des auteurs tels que Knight et Henssge [2, 10, 11]. Pour Knight le délai post mortem est égal à $37 - \text{température rectale exprimée en degré Celsius (°C)}$. Pour Henssge le délai post mortem est calculé selon la formule suivante : $37 - T^{\circ} \text{ rectale (en } ^{\circ}\text{C)} \times Z$, Z étant un facteur variable dépendant de la température ambiante ou déterminé à l'aide d'un abaque ou nomogramme. En outre, le dosage du potassium de l'humeur vitrée de l'œil et la cytologie du liquide céphalorachidien peuvent être d'un apport utile pour la détermination du délai post mortem [6, 9]. En effet selon Durigon, la teneur en potassium augmente avec le temps après la mort selon la formule suivante : $t = K \times 3,23 - 8,2$ ($\delta = 9 \text{ h}$), t étant le délai post-mortem exprimé en heures et K la concentration de potassium dans l'humeur vitrée exprimée en millimole/litre (mmole/l) [9]. De même, la cellularité du liquide céphalorachidien augmente avec le délai post mortem à température ambiante notamment les lymphocytes, les cellules épendymaires desquamées et les macrophages avec possibilité de typage immunologique jusqu'à 12-24 heures [9].

Au delà des 24 premières heures considérées comme la période post-mortem moyenne et tardive, les techniques habituelles basées sur l'observation des lividi-

tés, de la rigidité et de la décroissance thermique ne sont plus efficace dans l'évaluation du délai post mortem. Pendant cette période, l'estimation du délai post mortem repose sur l'étude de la putréfaction bien qu'elle soit peu précise. Elle évolue selon Campana [4] en trois phases à savoir la *putréfaction débutante* (habituellement à la fosse iliaque droite et chez le noyé au niveau de la tête, du cou et de la région thoracique antéro-supérieure du fait de la prédominance de la contamination microbienne pulmonaire [4, 12]), la *putréfaction complète* et la *décomposition du corps* (elle varie considérablement selon qu'il s'agisse d'un corps à l'air libre, inhumé ou immergé). A l'état de putréfaction, l'apport de l'entomologie légale est indispensable puisqu'à ce stade le corps est envahi par les insectes colonisateurs [2]. En effet, des études réalisées par Tardieu (1850), puis de Mégnin et Brouardel (1894) citées par Beauthier [2] ont décrit huit escouades d'insectes dont l'arrivée par vagues successives et le développement sur les cadavres en décomposition donnaient des informations précieuses permettant de dater le moment de la ponte des œufs de ces insectes sur le cadavre et par conséquent d'apprécier le DPM.

Les cadavres immergés présentent une stabilité dans l'eau et la putréfaction est estimée 4 fois plus rapide qu'en terre et 2 fois moins qu'à l'air libre [8]. Cependant, elle ne diffère pas de la putréfaction à l'air libre même si elle reste soumise à l'influence de certains facteurs tels que les caractéristiques propres du cadavre (sexe, âge et corpulence), la durée entre la sortie du corps du milieu liquide et son examen par le médecin légiste, la saison, la température de l'eau, son degré de pollution et de salinité [7, 12]. En effet, la putréfaction est favorisée par une température élevée notamment en été, par la richesse de l'eau en bactéries dans les eaux stagnantes et polluées alors qu'elle est ralentie par le froid et le caractère d'eau douce et d'eau de mer.

L'estimation du délai post mortem et en particulier chez le noyé est une difficulté majeure en Médecine Légale du fait que les corps sont souvent repêchés longtemps après la noyade. Dans ces cas l'évolution des corps dans l'eau reste l'élément d'orientation de base pour dater la mort puisque la putréfaction va se développer de manière particulière en raison de la macération cutanée [2]. De nombreux auteurs ont défini et proposé des périodes de repères chronologiques approximatifs permettant d'estimer la durée de séjour d'un corps dans l'eau en hiver et en été [4, 5, 12, 16, 19]. Divergie notamment, cité par Vibert a montré que la putréfaction chez le noyé évoluait plus vite en été qu'en hiver [19]. (Tableau I)

Tableau I : Évolution comparée des noyés dans l'eau en milieu tempéré en hiver et en été

En hiver selon certains auteurs [4, 5, 12, 16, 19]	Signes observés sur les cadavres	En été selon Divergie
6 à 7 heures	Peau ansérine « chair-de-poule »	5 à 8 heures
à 24 heures	Aspect blanchâtre épiderme loges thénars et hypothénars	
2 à 4 jours	Phlyctènes et décollement progressif de l'épiderme	
4 à 12 jours	Blanchiment de l'épiderme palmaire et face dorsale des doigts avec début de décollement	24 à 48 heures
vers le 15 ^e jour	Blanchiment épiderme palmo-plantaire et plissement de la peau	4 jours
2 à 3 semaines	Détachement de l'épiderme en doigts de gant aux mains et en semelles aux pieds, perte des ongles, des cheveux et poils	
1 à 2 mois	Liquéfaction partielle de la graisse sous cutanée et des muscles exposant les os ;	
2 à 3 mois	Transformation en adipocire des graisses sous cutanées, détachement de l'épiderme et des ongles des mains, ongles encore adhérents au niveau des pieds;	
après le 3 ^e mois	Adipocire étendu aux muscles	
4 ^e mois	Apparition d'incrustation calcaire sous forme de petits tubercules arrondis sur les cuisses;	
4 à 5 mois	Décollement et destruction du cuir chevelu et mise à nu du crâne. Décollement total des ongles	
6 ^e mois	Disparition des réguments de la face et du cuir chevelu, aspect totalement adipocire du corps	
2 ans	Disparition totale des parties molles	

III- MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 08 ans (2000 - 2007) réalisée à l'Unité de Médecine Légale du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville à Abidjan (Côte d'Ivoire). Ont été inclus dans l'étude les noyés dont les dates de survenue de la noyade et de repêchage étaient connues. Nous avons ainsi recensé 132 corps pour la période étudiée.

Pour chaque corps les paramètres suivants étaient recueillis : âge, sexe, race, date et l'heure de la noyade et du repêchage du corps, port ou non de vêtements et le milieu de noyade. Étaient également notés les signes présents à l'examen externe des corps à savoir, le champignon de mousse bucco-narinaire, la peau ansérine, la turgescence des globes oculaires, les signes de macé-

ration de la peau (blanchiment et plissement de l'épiderme palmo-plantaire), les signes de putréfaction (tache verte, distension du corps, circulation posthume, phlyctènes putrides, décollement épidermique et palmo-plantaire en gants et semelles, fonte des parties molles, adipocire, incrustations calcaires et disparition du cuir chevelu).

Les examens de laboratoire (dosage biochimique de l'humeur vitrée et cytologie du liquide céphalorachidien) n'étant pas à notre portée, n'avaient pas été réalisés. La plupart des corps n'avaient pas fait l'objet d'une demande d'autopsie et par conséquent, l'étude ne tient pas compte des résultats de cet examen.

L'analyse statistique des données recueillies a utilisé la version 10 du logiciel Stata. Nous avons d'abord fait un tri à plat permettant d'établir les statistiques descriptives pour les différentes variables étudiées.

Puis nous avons recherché une association éventuelle entre les signes en rapport avec les phénomènes cadavériques et les covariables que sont l'âge, le sexe, le délai post mortem ($\leq 48h$, $> 48h$), le milieu (mer, lagune), la saison (sèche, pluvieuse) et le port ou non de vêtement, par l'application d'un modèle de régression logistique c'est-à-dire l'influence de l'action de plusieurs facteurs sur un signe.

Chaque fois qu'une association a été retrouvée, nous l'avons affinée par un calcul de l'Odds ratio correspondant. Le seuil alpha a été fixé à 0,05 et les résultats ont été jugés statistiquement significatifs pour une valeur de $p < 0,05$.

IV- RÉSULTATS ET ANALYSES

1/ Caractéristiques de la population d'étude

Les noyés examinés avaient été repêchés de l'eau pour la plupart dans les 24 heures (h) après la noyade

(53%) et entre 24h et 72h (*Tableau II*). Il s'agissait essentiellement de sujets de type mélanoderme (97,7%) avec une nette prédominance du sexe masculin (89,4%), soit un sex-ratio = 8,4. Concernant l'âge des noyés, l'on notait une prédominance de la tranche d'âge de 0-19 ans (34,1%) et de 20-39 ans (46,2%). Les corps avaient été repêchés de la lagune Ebrié (61,4%) et de la mer (25%), pendant les saisons de pluie (64,4%, de Mars à Juillet et Octobre- Novembre). Le reste ayant été repêché pendant la saison sèche (Décembre à Février et Août- Septembre). La plupart de ces des noyés portaient des vêtements (75,8%).

2/ Évolution générale des noyés en fonction du séjour dans l'eau

D'une façon générale, l'examen externe des corps montrait que la symptomatologie recueillie s'enrichissait au fur et à mesure que le séjour des corps dans l'eau se prolongeait (*Tableau III*).

Tableau II : Répartition des noyés selon la durée du séjour des corps dans l'eau

Délai du séjour dans l'eau	Avant 8h	8-24h	24-48h	48-72h	3j-4j	4-8j	8-15j	1 mois	Total
Effectif	48	22	30	22	6	2	1	1	132
Pourcentage (%)	36,4	16,6	22,7	16,7	4,5	1,5	0,8	0,8	100

h = heure

j = jour

Tableau III : Signes observés chez les noyés en fonction de la durée du séjour des corps dans l'eau

Délai de séjour des corps dans l'eau	Signes observés
Avant 8h (<i>Photo 1</i>)	Peau anserine, champignon de mousse bucco-narinaire et rigidité cadavérique.
8h - 24h (<i>Photo 2</i>)	Turgescence des globes oculaires, phlyctènes putrides, blanchiment et plissement de l'épiderme palmo-plantaire, distension modérée du corps et tache verte localisée (thoracique).
24h - 48h (<i>Photos 3 et 4</i>)	Distension importante du corps, décollement épidermique généralisé, perte des cheveux, début de décollement de l'épiderme palmo-plantaire, tache verte diffuse et circulation posthume localisée.
48h - 72h (<i>Photos 5 et 6</i>)	Décollement épidermique en doigts de gant (mains) et en semelles de chaussure (pieds), perte des ongles, circulation posthume généralisée et présence d'adipocire sous cutanée.
3j- 15j et jusqu'à 1 mois (<i>Photo 7</i>)	Fonte des parties molles des extrémités (entre 3j et 15j). Début de décollement avec disparition partielle du cuir chevelu y compris des parties molles du visage mettant à nu les os sous jacents (jusqu'à un mois).

Iconographie



Photo 1 : Champignon de mousse bucco-narinaire chez un noyé repêché avant 8 heures.



Photo 2 : Distension et phlyctènes putrides chez un noyé repêché avant 24 heures.



Photo 3 : Décollement épidermique en lambeaux observé entre 24-48 heures.



Photo 4 : Début de décollement en gants de la paume des mains observé entre 24-48 heures.



Photo 5 : Décollement en gants de la paume des mains entre 48 heures et 4 jours.



Photo 6 : Décollement en semelles de chaussure de l'épiderme de la plante des pieds entre 48 heures et 4 jours.



Photo 7 : Fonte parties molles et mise à nu des os des extrémités (crâne, avant bras et main) entre 15 jours et 1 mois.

3/ Rôle des facteurs épidémiologiques et physico-chimiques sur l'évolution du cadavre dans l'eau

Notre étude, au regard des résultats des tests statistiques a montré qu'il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'évolution des phénomènes cadavériques en milieu tropical et les facteurs épidémiologiques tels que l'âge et le sexe, le port ou non de vêtement et les conditions climatiques. Ce qui signifie que l'évolution des cadavres n'est pas influencée par ces facteurs pour les mêmes intervalles de temps étudiés (Odds ratio < 1 et $p > 0,05$).

Il n'en est pas de même pour le type de milieu dans lequel séjournait les corps notamment en lagune et en mer. Pour ceux-ci, les résultats des tests statistiques ont montré qu'il existait un lien statistiquement significatif entre les caractéristiques physico-chimiques du milieu de noyade et l'évolution des phénomènes cadavériques (Odds ratio > 1 et $p < 0,05$). L'évolution des phénomènes cadavériques était influencée par la qualité de l'eau. En effet, nos résultats ont montré que dans la lagune, les signes de putréfaction apparaissaient bien avant 24 heures contrairement à la mer où ces signes apparaissaient au-delà de ces 24 heures. De plus, la putréfaction était beaucoup plus avancée pour les corps repêchés de la lagune que pour ceux retrouvés en mer, ceci pour un même intervalle de temps passé dans l'eau. Cette évolution était la même pour ce qui concerne les signes de macération. Nous n'avons pas pu apprécier cette évolution au delà de 3 jours parce qu'aucun corps n'avait été repêché de la mer après 72 heures (Tableau IV).

V- DISCUSSION

De notre étude sur l'évolution des noyés en milieu tropical africain et notamment en Côte d'Ivoire, il ressort de façon globale que les signes tels que le champignon de mousse, la rigidité cadavérique, la peau anserine et la turgescence des globes sont des signes précoces de noyade tel que cela a été décrit dans la littérature pour les pays aux climats tempérés [4, 5, 16]. En effet ces signes apparaissent avant les 8 heures qui suivent la noyade. Il n'en est pas de même pour les signes de macération et de putréfaction qui s'installent rapidement selon notre étude en l'occurrence dans les 24 heures de séjour dans l'eau. Ces signes évoluaient d'un stade de début à un stade avancé selon que les corps étaient repêchés respectivement à 24 heures jusqu'à 48 heures et, au-delà des 48 heures jusqu'à un mois, date ultime du séjour des corps dans l'eau pour notre étude (Tableau V)

Cette différence observée entre les noyés repêchés en milieu tropical et ceux en milieu tempéré peut s'expliquer par les conditions climatiques de ces deux régions. En effet, comme l'ont déjà souligné plusieurs auteurs [1, 4, 5, 12, 16], l'élévation quasi constante de la température ambiante (moyenne annuelle = 27°C) et celle des eaux (25°C à 34°C) en milieu tropical favorise l'évolution rapide des phénomènes cadavériques alors qu'en milieu tempéré, les températures des eaux sont basses en raison du froid (4 à 25°C), ce qui ralentit l'apparition et l'évolution des signes de noyade et de putréfaction dans ces pays.

Tableau IV : Fréquence d'apparition des signes chez les noyés repêchés selon le milieu en fonction de la durée du séjour des corps dans l'eau

Signes de noyade et phénomènes cadavériques	Durée de séjour dans l'eau							
	Avant 8h	8-24h	24-48h	48-72h	3j-4j	4-8j	8-15j	1 mois
Signes précoces	Lagune Mer							
Macération et putréfaction débutantes	Lagune	Lagune	Lagune Mer	Mer				
Macération et putréfaction avancées		Lagune	Lagune Mer	Lagune Mer	Lagune	Lagune	Lagune	Lagune
Macération et putréfaction très avancées					Lagune	Lagune	Lagune	Lagune

Tableau V : Résultats comparatifs entre notre étude et la littérature montrant les signes observés chez le noyé en fonction de la durée de séjour dans l'eau

Notre étude	Signes observés	Etude de la littérature
avant 8 h	peau ansérine, champignon de mousse bucco-narinaire et rigidité cadavérique.	6 à 8 h
8h -24h	turgescence des globes oculaires, phlyctènes putrides, blanchiment et plissement de l'épiderme palmo-plantaire, distension modérée du corps et tache verte localisée (thoracique).	2 à 4 j
24h - 48h	distension importante du corps, décollement épidermique en lambeaux, perte des cheveux, début de décollement de l'épiderme palmo-plantaire, tache verte diffuse et circulation posthume localisée.	4 à 8 j
48h - 72h	décollement épidermique en doigts de gant (mains) et en semelles de chaussure (pieds), perte des ongles, circulation posthume généralisée et présence d'adipocire sous cutanée.	2 à 3 semaines
3j - 15j	fonte des parties molles des extrémités (entre 3 et 15 jours)	1 à 2 mois
1 Mois	début de décollement avec disparition partielle du cuir chevelu y compris des parties molles du visage mettant à nu les os sous jacents (jusqu'à un mois)	6 mois (hiver) 3 mois et demi (été)

Notre étude a permis de relever que la température élevée des eaux en milieu tropical explique l'évolution rapide des phénomènes cadavériques chez les noyés par rapport au climat dit tempéré. Cependant, localement l'évolution des phénomènes chez les noyés n'est pas influencée par les différentes saisons en raison des variations constantes des températures et des faibles amplitudes thermiques entre la saison humide et la saison sèche, ce qui limite leur influence sur l'évolution des noyés (Odds ratio < 1). De même, l'étude a montré que le sexe, l'âge et le port ou non de vêtement au moment de la noyade n'influencent pas l'évolution des phénomènes cadavériques (Odds ratio < 1).

Nos analyses statistiques ont montré aussi que localement, outre le rôle de la température que seules les caractéristiques physico-chimiques de l'eau de noyade avaient une influence réelle sur l'évolution des noyés en milieu tropical (Odds ratio > 1). En cela, nos résultats s'accordent avec ceux de Dérobert [7] qui a souligné en outre, que les caractéristiques physico-chimiques du milieu de noyade en l'occurrence le degré de salinité du milieu de noyade tel que l'eau de mer, ralentissait la putréfaction des corps par son action bactériostatique et antibactérienne neutralisant les microorganismes responsables de la dégradation des cadavres. Au contraire, le caractère stagnant d'une eau telle que la lagune et son degré de pollution caractérisée par la présence de bactéries favoriseraient la putréfaction rapide des corps séjournant dans ce milieu.

Au regard de nos résultats sur l'évolution des noyés en milieu tropical et en particulier en Côte d'Ivoire, nous distinguerons les signes précoces, puis la macération et la putréfaction au stade de début, aux stades avancé et très avancé comme suit :

- ✓ **signes précoces** : champignon de mousse bucco-narinaire, rigidité cadavérique, peau ansérine et turgescence des globes oculaire ;
- ✓ **macération et putréfaction débutantes** : blanchiment et plissement de l'épiderme palmo-plantaire, phlyctènes, distension modérée du corps, tache verte et circulation posthume localisées ;
- ✓ **macération et putréfaction avancées** : début de décollement de l'épiderme palmo-plantaire, décollement épidermique en lambeaux, en doigts de gant au niveau des mains et en semelles aux pieds, adipocire, distension importante du corps, tache verte et circulation posthume étendues à l'ensemble du corps.
- ✓ **macération et putréfaction très avancées** : fonte des parties molles, décollement et disparition du cuir chevelu et mise à nu des os des extrémités des membres.

Nous proposons par conséquent le tableau récapitulatif ci-après (Tableau VI) relatif aux repères chronologiques pour l'estimation approximative du délai post mortem des noyés en milieu tropical africain. Ces repères sont les suivants :

Tableau VI : Repères chronologiques pour l'estimation approximative du délai post mortem des noyés en milieu tropical africain

	Avant 8h	8-24h	24-48h	48-72h	3j-4j	4-8j	8-15j	1 mois
Signes précoces	+	+ -	-	-	-	-	-	-
Macération et putréfaction débutantes	+ -	+	+	+	-	-	-	-
Macération et putréfaction avancées	-	-	+	+	+	-	-	-
Macération et putréfaction très avancées	-	-	-	+	+	+	+	+

Présence (+)

Absence (-)

CONCLUSION

Les noyades sont des morts violentes dont les circonstances de survenue posent toujours des problèmes médico-légaux. La question fondamentale « à quand remonte le décès » mérite une réponse même si celle-ci est approximative.

Dans notre étude, nous avons considéré comme délai post mortem la durée du séjour des corps dans l'eau. Ainsi nous avons retenu que les signes de putréfaction et de macération sont précoces et plus accentués chez les noyés en milieu tropical africain notamment en Afrique occidentale contrairement à ce qui est rapporté dans les pays aux climats tempérés. Cette évolution est d'autant plus rapide que le milieu de noyade est stagnant et pollué tel que la lagune. Par ailleurs, d'autres caractéristiques physicochimiques interviennent dans l'évolution des phénomènes cadavériques chez ces noyés. Il s'agit notamment de la salinité du milieu aquatique tel que l'eau de mer dont la teneur en sel est un élément qui ralentit la putréfaction.

Nous proposons par conséquent des points de repère chronologiques approximatifs propres à notre milieu ouest africain ivoirien pour l'estimation du délai post mortem chez les noyés. Ceci exige que l'examen externe du cadavre soit bien conduit au cours de la levée de corps médico-légale.

Certes, il s'agit des conclusions d'un travail qui demande à être renforcé par des études à plus grande échelle, cependant, nos données pourraient être utiles à titre indicatif aux médecins légistes lors des levées

de corps médico-légaux dans nos régions. En outre, cette étude préliminaire pourrait servir de base pour l'étude des phénomènes cadavériques dans les autres milieux de découverte de cadavres notamment à l'air libre et chez les cadavres inhumés en milieu ouest africain. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ARFI R et coll. – Protection de l'environnement d'Abidjan- programme de suivi de la qualité des eaux lagunaires et marines- campagnes 1993. CRO Abidjan- rapport, Mai 1994.
- [2] BEAUTHIER. – Traité de Médecine Légale. Editions De Boeck, 2008: 837.
- [3] BYARD RW, GEHL A, ANDERS S, TSOKOS M. – Putrefaction and wound dehiscence: a potentially confusion post-mortem phenomenon. Am J Forensic Med Pathol, 2006; 27 (1): 61-3.
- [4] CAMPANA JP. – Principes de Médecine Légale. Arnette, 2003: 336.
- [5] CECCALDI PF, DURIGON M. – Médecine Légale à usage judiciaire. Paris : Editions Cujas, 1979 : 606.
- [6] DEBOUT M, DURIGON M. – Médecine Légale Clinique. Ellipses, 1994 : 208.
- [7] DEROBERT L. – Médecine Légale. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1974 : 1198.
- [8] DURIGON M. – Pathologie médico-légale. Masson, 1988 : 184.
- [9] DURIGON M. – Pratique médico-légale. Masson, 1999: 163.

- [10] HENSSGE C., ALTHAUS L., BOLT J., FREISLEDERER A., HAFNER HT., HENSSGE CA., HOPPE B., SCHNEIDER V. – Experiences with a compound method for estimation the time since death. II. Integration of non-temperature-based methods. *Int J Legal Med*, 2000; 113: 209-36.
- [11] HENSSGE C. – Death time estimation in case work. I. The rectal temperature time of death nomogram. *Forensic Sci Int*, 1988; 38 (3-4): 209-36.
- [12] MIRAS A, FANTON L, TILHET-COARTET S, MALICIER D. – La levée de corps médico-légale. Editions ESKA/ Editions LACASSAGNE, 1998: 269.
- [13] NASRULLAH M, MUZZAM S. – Drowning mortality in the United States, 1999-2006. *J Community Health*, 2010 June 8.
- [14] OUFFOUÉ KS et Col. – Pollution de la lagune Ebrié. *J Soc Ouest Afr Chim*, 2003; (015): 23-23.
- [15] PASHINIAN GA, TUCHIK ES. – An analysis of the errors in determining the time of death by cadaveric changes during the performance of the initial inquiry activities. *Sud Med Ekspert*, 1997; 40 (2): 28-32.
- [16] PEKKA SAUKKO, KNIGHT B. – Knight's Forensic Pathology, third edition; Arnold, 2004: 662.
- [17] SURESH KUMAR SHETTY B, SHETTY M. – Epidemiology of drowning in Mangalore, a coastal Taluk of South India. *J Forensic Leg Med*, 2007; 14 (7): 410-5.
- [18] TOURE FJN. – Bilan d'activité médico-légale du CHU de Treichville sur une période de 3 ans (1999- 2001). Thèse Med, Université d'Abidjan-Cocody 2003: 144.
- [19] VIBERT Ch. – Précis de Médecine Légale. JB. Baillière, Paris 1893 : 130-134.

Précisions conceptuelles et Validation discriminante de deux instruments d'évaluation du risque de récidive auprès d'agresseurs sexuels issus du système judiciaire Français

CLAIRE DUCRO^{1*}, THIERRY PHAM¹, CHRISTIAN REVEILLIÈRE^{*}

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article est d'abord d'introduire deux instruments statiques d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels, de développer leurs intérêts et limites. L'objectif est ensuite d'évaluer le niveau de risque des agresseurs sexuels issus du système judiciaire français ainsi que la validité discriminante des deux instruments selon le statut judiciaire ou les caractéristiques des victimes des agresseurs sexuels évalués. Les résultats montrent que les agresseurs sexuels détenus présentent des niveaux de risque statiques de récidive plus élevés. Par ailleurs, les agresseurs sexuels de victimes majeures se distinguent par des niveaux de risque statique plus élevés par rapport aux agresseurs sexuels de victimes mineures et aux agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures. L'ensemble des résultats sont discutés à la lueur de la littérature internationale.

Mots-clés : SORAG, STATIQUE-99, agresseurs sexuels, récidive.

1. Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be. Université de Mons, Be.

* Université François Rabelais de Tours, Fr.

Correspondance : Claire Ducro, 94 rue Despars, 7500 Tournai, claire.ducro@crds.be

Ce texte est issu du travail de doctorat de Claire Ducro. Cette thèse, financée par une bourse régionale de la région Centre (Fr), a été réalisée en co-tutelle entre l'Université François Rabelais de Tours (Fr) et l'UMons (Be). La rédaction de ce texte a été réalisée avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé, Affaire Sociale et Egalité des Chances (Be).

SUMMARY

Conceptual details and discriminating validation of two tools for evaluating the risk of second offences in sexual attackers in the French legal system

In the first part of the paper, we describe two static instruments of recidivism among sex offenders-the STATIC-99 and the SORAG. In the second part, we evaluate the static risk level of sex offenders from the French judiciary system. We also evaluate the discriminant validity of the two instruments. The results suggest that the level of static risk is higher among inmate sex offenders than non inmate sex offenders. The comparisons between types of sex offenders reveal that rapists present higher scores than child molesters or mixed sex offenders. The results are discussed in the light of the international literature.

Key-words: SORAG, STATIC-99, sex offenders, recidivism.

1. INTRODUCTION

De par l'imprécision de la prédiction clinique du risque de récidive mise en avant au sein de différents travaux (Monahan, 1981, Hanson & Bussière, 1998), des recherches scientifiques se sont attelées à identifier des marqueurs de risque de récidive chez les agresseurs sexuels (cf. Ducro, 2009). Suite à l'identification de ces marqueurs, de nombreuses recherches ont tenté de conceptualiser ces marqueurs et de les intégrer dans des instruments d'évaluation du risque. Certains de ces instruments évaluent le risque statique de récidive violente et ou sexuelle des agresseurs sexuels, et notamment la Sex Offenders Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey, Rice, & Harris, 1995) et la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003).

L'objectif de la présente étude est de présenter ces deux instruments en partie introductive puis d'évaluer une cohorte d'agresseurs sexuels issus du système judiciaire français. A notre connaissance, ce type d'évaluation n'a fait l'objet, à l'heure actuelle, d'aucune étude en France.

Les instruments statiques, aussi nommés actuariels, du risque de récidive ont été développés à partir de facteurs de risque statistiquement liés aux comportements délictueux (Quinsey et al., 1998). Ils comprennent des facteurs statiques, c'est-à-dire des facteurs non variables, et utilisent un algorithme pour combiner des items historiques et statiques afin de prédire la récidive. Ils ont l'avantage d'être simples et rapides à évaluer pour autant que l'évaluateur soit rigoureusement formé. Néanmoins, ils n'incluent pas de facteurs situa-

tionnels dynamiques et ne sont pas utilisables directement pour le traitement. L'aspect le plus important à garder à l'esprit est que ces mesures actuarielles sont plus performantes sur le plan prédictif que le jugement clinique non structuré (Grove et al., 2000 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2005 ; Harris et al., 2002). En effet, une méta-analyse de la validité prédictive d'instruments menée auprès de 577 agresseurs sexuels issus de 79 études soulignait que les instruments actuariels présentaient une validité prédictive supérieure aux mesures non actuarielles (Hanson & Morton-Bourgon, 2007).

2. DEUX INSTRUMENTS STATIQUES DE RISQUE DE RÉCIDIVE

2.1. La Sex Offenders Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey, Rice, & Harris, 1995)

La SORAG qui a pour objectif d'évaluer le risque de récidive violente y compris sexuelle auprès d'une population d'agresseurs sexuels adultes présente une bonne fidélité inter-juges (Ducro & Pham, 2006 ; Harris, Rice, Quinsey, Lalumière, Boer, & Lang, 2003 ; Pham & Ducro, 2009) et une validité prédictive variant en fonction du type de récidive considéré. Différentes études scientifiques internationales soulignent une validité prédictive « modérée »¹ de la récidive générale (Barbaree, Seto, Langton, & Peacock, 2001 ; Bartosch, Garby, Lewis, & Gray, 2003 ; Claix, et al., 2001). La validité prédictive de la récidive sexuelle de la SORAG est « moyenne » (Barbaree et al., 2001 ; Bartosch et al., 2003 ; Claix et al., 2001 ; Ducro & Pham, 2006 ; Firestone, Bradford, Greenberg, Nunes, & Broom, 2001 ; Harris et al., 2003 ; Nunes, Firestone, Bradford, Greenberg, & Broom, 2002 ; Pham & Ducro, 2009 ; Quinsey, Khanna, & Malcom, 1998). La SORAG présente une validité prédictive « modérée » (Barbaree et al., 2001 ; Claix et al., 2001 ; Ducro & Pham, 2006 ; Harris et al., 2003 ; Rice & Harris, 2002) ou « moyenne » (Bartosch et al., 2003 ; Nunes et al., 2002 ; Pham & Ducro, 2009) de la récidive violente.

Au vu de ces résultats, il semble nécessaire de rappeler que l'objectif premier de la SORAG n'est pas de

prédire la récidive sexuelle mais la récidive violente y compris sexuelle, d'où des résultats plus prédictifs pour la récidive violente.

A notre connaissance, peu d'études évaluent la validité discriminante de la SORAG. Or, cette validité permettrait d'examiner des catégories d'agresseurs sexuels présentant des scores différents, et de voir en quoi ces scores diffèreraient. La réalisation d'un projet de la Commission Européenne (Pham, Ducro, Menghini, Kints, & Pedersen, 2003) souligne : (a) qu'auprès d'une population écossaise, les agresseurs sexuels ayant des victimes majeures (N = 20) présentaient des scores à la SORAG significativement supérieurs aux agresseurs sexuels qui avaient uniquement abusés de victimes mineures (N = 25) ; (b) qu'auprès d'une population française, les agresseurs sexuels de victimes majeures (N = 8) présentaient des scores à la SORAG significativement supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures (N = 21) ; et (c) qu'auprès d'une population belge, les agresseurs sexuels de victimes majeures (N = 58) présentaient des scores à la SORAG plus élevés que les agresseurs sexuels de victimes mineures (N = 165) et de victimes mineures et majeures (N = 27).

Les résultats de cette étude vont dans le sens de ceux obtenus dans un bon nombre d'études relatives aux taux de récidive des agresseurs sexuels. En effet, ces études soulignent des taux de récidive supérieurs chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et parfois également chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures comparés aux agresseurs sexuels de victimes mineures (cf. les rapports de recherche relatifs aux taux de récidive réalisés par le CRDS, Pham & Ducro, 2008 ; Pham & Ducro, 2009).

2.2. La STATIQUE-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)

La Statique-99 quant à elle permet d'évaluer le risque de récidive sexuelle des agresseurs sexuels adultes de sexe masculin ayant été condamnés pour au moins un fait à caractère sexuel. Comme pour la SORAG, la fidélité inter-juges de la Statique-99 est élevée (Bengston, 2008 ; De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004 ; Ducro & Pham, 2006 ; Hanson,

1. Validité prédictive (Tape, 2006) excellente AUC = .90 à 1, modérée AUC = .70 à .80, moyenne AUC = .60 à .70, et validité non prédictive AUC = .50 à .60.

2005 ; Harris et al., 2003 ; McGrath, Cumming, Livingston, & Hoke, 2003 ; Olver, Wong, Nicholaichuk, & Gordon, 2007 ; Pham & Ducro, 2009).

De nombreuses études internationales soulignent la validité prédictive de la Statique-99. En ce qui concerne la récidive générale, la Statique-99 présente une validité « modérée »² (Bartosch et al., 2003 ; Craig et al., 2006 ; Ducro & Pham, 2006 ; Stadtland et al., 2005) ou « faible » (Craig et al., 2004 ; De Vogel et al., 2004 ; Hanson, 2005 ; Pham & Ducro, 2009 ; Witte et al., 2006). Néanmoins, notons que la Statique-99 ne fait pas systématiquement l'objet d'une validité prédictive de la récidive générale dans toutes les études, et ce par le fait qu'elle n'a pas été conçue à l'origine pour prédire la récidive générale. Par contre, en ce qui concerne la validité prédictive de la récidive sexuelle, la validité varie au travers des études. Néanmoins, notons que la Statique-99, en général prédit de manière « modérée » la récidive sexuelle (Barbaree et al., 2001 ; Bartosch et al., 2003 ; Beech, et al., 2000 ; De Vogel et al., 2004 ; Firestone, et al., 2001 ; Hanson, 2005 ; Hanson & Thornton, 1999 ; Langström, 2004 ; Nunes et al., 2002 ; Pham & Ducro, 2009 ; Sjöstedt & Langström, 2001 ; Stadland et al., 2005 ; Witte, 2006). Certaines études soulignent une validité prédictive « moyenne » de la récidive sexuelle, certes cette validité reste supérieure à la validité prédictive soulignée par le jugement clinique non structuré (Bengston & Langstrom, 2007 ; Bengston et al., 2008 ; Claix et al., 2001 ; Harris et al., 2003 ; McGrath et al., 2003 ; Olver et al., 2007 ; Rice & Harris, 2002 ; Sreenivasan et al., 2007). La validité prédictive de la récidive violente varie de « moyenne » (Bengston et al., 2008 ; Ducro & Pham, 2006 ; Firestone et al., 2001 ; Hanson & Thornton, 1999 ; Harris et al., 2003 ; Nunes et al., 2002) à « modérée » (Barbaree et al., 2001 ; Bengston & Langström, 2007 ; Hanson, 2005 ; Langström, 2004 ; Pham & Ducro, 2009 ; Sjöstedt & Langström, 2001).

En résumé, la validité prédictive de la Statique-99 au travers des études varie de .60 à .80, et se situe principalement aux alentours de .70 à .75. C'est-à-dire qu'il y a entre 70 et 75% de chances de sélectionner au hasard un agresseur sexuel récidiviste qui présentera un haut score à la Statique-99 qu'un non récidiviste. Il semble important de souligner que la validité prédictive du risque demeure supérieure aux jugements cliniques

non structurés et ce sur du long terme, c'est-à-dire pour une période de libération supérieure à deux ans. Avant deux ans, le jugement clinique ou les instruments actuels ont une validité prédictive proche du hasard. En effet, les taux de récidive durant cette période sont relativement faibles, statistiquement les intervalles de confiance sont donc larges (Bengston & Langström, 2007).

En ce qui concerne la validité discriminante de la Statique-99, notons que les agresseurs sexuels de victimes majeures et de victimes majeures et mineures présentent un niveau de risque supérieur aux agresseurs sexuels de victimes mineures (Van Nieuwenhuizen, 2004 ; Yates & Kingston, 2006 ; Pham et al., 2003 ; Pham & Ducro, 2009). Les agresseurs sexuels de victimes mineures présentent donc des niveaux de risque inférieurs et notamment les agresseurs sexuels de victimes mineures de sexe féminin ou les agresseurs sexuels de victimes mineures de type « incestueux » (présentant un lien biologique avec leur victime) (Yates & Kingston, 2006). Lorsque seule la population d'agresseurs sexuels de victimes mineures est considérée, les agresseurs sexuels de victimes extrafamiliales présentent des niveaux de risque supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales (Allan, Grace, Rutherford, & Hudson, 2007).

Les données empiriques relatives à la fidélité inter-juges et aux validités prédictive et discriminante soulignées précédemment montrent l'assise empirique de la Statique-99.

Pour conclure sur cette partie introductive relative aux instruments actuariels, il est important de souligner que ceux-ci sont recommandés pour déterminer un niveau de risque de récidive déterminé principalement au vu des antécédents délictueux. De plus, ils permettent de déterminer l'intensité des programmes de traitement ou de « surveillance », et ce en fonction du niveau de risque. Même si des limites telles que l'absence de facteurs dynamiques ou d'évaluation de la déviance sexuelle peuvent être soulignées, la validité prédictive des instruments actuariels demeure supérieure aux instruments structurés ou dynamiques (Hanson & Morton-Bourgon, 2008).

Cependant, la question du choix de l'instrument à utiliser en pratique se pose. Il existe un débat au sein

2. Validité prédictive (Tape, 2006) excellente AUC = .90 à 1, modérée AUC = .70 à .80, moyenne AUC = .60 à .70, et validité non prédictive AUC = .50 à .60.

de la littérature concernant l'efficacité de ces deux instruments d'évaluation du risque de récidive (Looman, 2006). Certains diront que les instruments ont une prédiction égale de la récidive sexuelle et de la récidive violente (Barbaree et al., 2001 ; Nunes et al., 2002), d'autres souligneront une meilleure performance de la SORAG (Harris et al., 2003). Cependant, la Statique-99 a été fondée sur de grands effets de taille pour la récidive sexuelle, elle est davantage utilisée internationalement, toutefois la SORAG prédirait mieux la récidive violente (Hanson, Morton, & Harris, 2003).

Afin d'orienter le choix entre l'utilisation de la SORAG ou de la Statique-99, certains points essentiels sont à considérer :

- (a) Le type de récidive à évaluer : la SORAG évalue le risque de récidive violente y compris sexuelle, et serait plus adéquate pour évaluer des agresseurs sexuels violents ou ayant commis, en plus des délits sexuels, d'autres faits de violence. La Statique-99 évalue plus spécifiquement le risque de récidive sexuelle.
- (b) La littérature relative aux instruments d'évaluation du risque : celle-ci permet de nous référer aux types de populations d'études de validation ainsi qu'aux types de récidive pour lesquels l'instrument est valide.
- (c) La qualité des dossiers judiciaires et psychologiques des personnes à évaluer. Une harmonie entre les informations à prendre en considération et l'accessibilité de celles-ci peut contraindre l'évaluateur à utiliser un instrument plutôt qu'un autre. Néanmoins, cette contrainte d'information nécessaire à la cotation ne doit pas inciter l'évaluateur à prendre en considération un instrument actuariel inadéquat.

De plus, il est nécessaire de mentionner que les instruments actuariels peuvent ne pas convenir dans toutes les situations d'évaluation. En effet, dans certaines circonstances le résultat évalué aux instruments actuariels pourrait être ajusté (Doren, 2002) : (a) quand le chercheur démontre que l'information supplémentaire augmente la prédiction de l'évaluation actuarielle, par exemple une mesure spécifique de la déviance sexuelle non mesurée dans l'instrument actuariel ; (b) lorsque l'information disponible est clairement hors du schéma actuariel, par exemple l'évaluation d'une femme aux instruments actuariels d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels non validés auprès d'une population féminine ; (c) lorsque des caractéristiques

rare, particulières et fortement associées au risque sont présentes, par exemple le cas d'un agresseur sexuel violent qui a induit de graves blessures physiques à sa victime, voir le décès de celle-ci.

Néanmoins, Hanson, Harris, Scott, et Helmus (2007) soulignent qu'élever le jugement du risque actuariel par des ajustements peut diminuer la validité prédictive de l'instrument. Ils suggèrent, dans des cas particuliers, tels que ceux mentionnés par Doren, d'utiliser des évaluations du risque de récidive cliniques structurées ou dynamiques. Étant donné que les instruments actuariels, malgré leurs limites, ont une validité prédictive supérieure aux autres instruments pris indépendamment ou au jugement clinique non structuré. Il est important de souligner que la combinaison d'un instrument actuariel et d'un instrument structuré permettrait d'avoir une approche globale du risque de récidive (Boer, 2004).

En dépit de la qualité prédictive des modèles actuariels et de l'accessibilité aux informations nécessaires, ces instruments actuariels présentent certaines limites. En effet, par exemple, ils sont entièrement basés sur des facteurs historiques et n'indiquent pas en quoi un traitement est efficace quant à la réduction du risque de récidive (Hanson, 2000; Hudson et al., 2002). De ce fait, les chercheurs ont commencé à se focaliser sur des facteurs de risque dynamiques, variables qui peuvent être la cible d'un traitement (déviance sexuelle, croyances qui supportent un délit). De plus, à l'heure actuelle, la conceptualisation des instruments se focalise uniquement sur des facteurs de « risque », les données disponibles n'informent pas que l'absence d'un facteur de risque est alors protecteur. En effet, nous ne savons pas si l'absence de ce facteur actuariel réduit le risque. Actuellement, l'équipe de Hanson tente de conceptualiser des facteurs protecteurs spécifiques aux agresseurs sexuels (communication personnelle). Afin de clore sur les limites des instruments actuariels, notons que le fait de focaliser sur des facteurs de risque statiques, actuariels tend à accentuer le négativisme des professionnels et à stigmatiser la population (Rogers, 2000). La prise en compte de facteurs dynamiques orienterait la vision des professionnels vers un optimisme dans le sens où une évolution positive de ces facteurs serait attendue au cours du temps.

Cependant, au vu du soutien empirique international quant à la validité prédictive de la SORAG et la Statique-99, les objectifs de la présente étude sont de mesurer et de comparer le niveau de risque des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire (en

maison d'arrêt, en détention ou obligation de soin après libération) puis en fonction des caractéristiques (âge, lien familial et biologique) de leur(s) victime(s).

3. MÉTHODE

3.1. Participants

La population d'étude est constituée de 84 personnes majeures de sexe masculin accusées, condamnées ou ayant été condamnées pour une ou plusieurs infraction(s) à caractère sexuel et ce dans le système judiciaire français. Cette population se répartit en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels : (a) les agresseurs sexuels sous « mandat de dépôt » en maison d'arrêt (N = 10); ces personnes sous « mandat de dépôt » en maison d'arrêt, non encore condamnées, reconnaissent tout au moins partiellement les faits à caractère sexuel ou présentaient des antécédents de délits sexuels; (b) les agresseurs sexuels condamnés en détention (N = 48); et (c) les agresseurs sexuels libérés en obligation de suivi socio-judiciaire (N = 26).

Notons que tous les agresseurs sexuels en maison d'arrêt ou en obligation de suivi socio-judiciaires et

87 % des agresseurs sexuels en détention présentaient un suivi psychologique.

Afin de mener les analyses statistiques relatives à la validité discriminante, les participants seront également catégorisés en fonction des caractéristiques des victimes des agresseurs sexuels (Figure 1).

Les agresseurs sexuels évalués dans la présente recherche ont en moyenne 43 ans, le plus jeune a 22 ans, le plus âgé a 77 ans. Différentes comparaisons quant à l'âge ont été menées et montrent, en résumé, que les agresseurs sexuels de victimes majeures sont plus jeunes que les agresseurs sexuels de victimes mineures ayant au moins une victime extrafamiliale et ceux ayant des victimes intrafamiliales avec un lien biologique, en d'autres termes les pères « incestueux ».

Différentes comparaisons de fréquence des délits commis (Tableau 2) ont été menées et soulignent en résumé que les agresseurs sexuels de victimes majeures commettent plus souvent des faits de viols que les agresseurs sexuels de victimes mineures. A l'inverse, ces derniers, et ce quelque soit le lien qu'ils entretiennent avec leur(s) victime(s), commettent plus souvent des faits d'attentats à la pudeur que les agresseurs sexuels de victimes majeures.

Après avoir décrit sommairement l'âge et les caractéristiques délictueuses des participants notons que ces

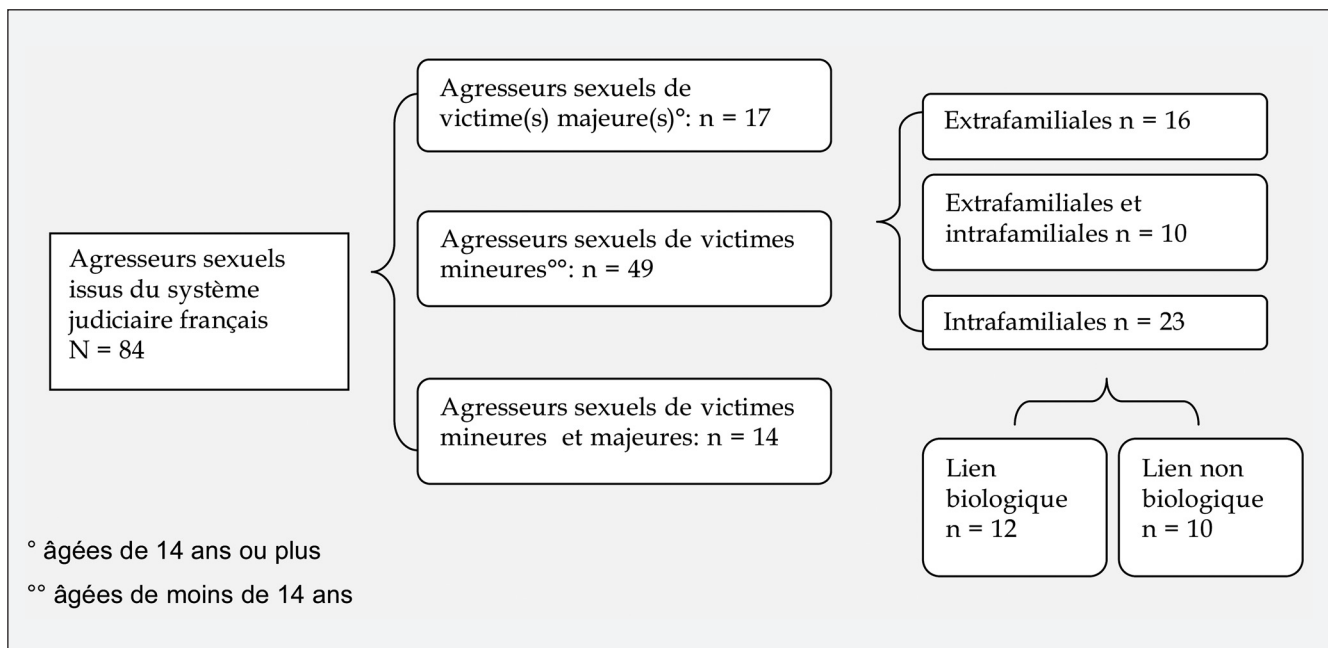


Figure 1 : Répartition des participants en fonction des caractéristiques des victimes des agresseurs sexuels.

		N	M	SD	Min.	Max.
		84	43.17	12.31	22.11	76.96
Statut judiciaire	Obligation de soin	26	46.64	13.71	27.85	76.96
	Détention	48	40.34	10.30	22.11	66.81
	Maison d'arrêt	10	47.68	14.84	24.90	60.61
Caractéristiques des victimes	Majeures et mineures	14	39.69	8.95	24.90	61.59
	Majeures	17	33.27	6.87	22.96	44.77
	Mineures extra ou extra et intra	26	49.81	14.35	22.11	76.96
	Mineures intra : biologiques	12	47.72	7.20	35.85	58.11
	Mineures intra : non bio.	10	43.19	10.52	26.92	59.07

Tableau I : Moyennes d'âge des participants.

	Attentat à la pudeur		Viol		Outrage public aux mœurs		Délit violent°		Délit non violent°	
	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Total	23	61	29	55	79	15	74	10	81	3
Obligation de soin	5	21	18	8	16	10	25	1	25	1
Détention	18	30	8	40	43	5	39	9	46	2
Maison d'arrêt	0	10	3	7	10	0	10	0	10	0
Majeures et mineures	1	13	5	9	11	3	13	1	14	0
Majeures	14	3	1	16	16	1	12	5	16	1
Mineures extra ou extra et intra	2	24	11	15	20	6	26	0	24	2
Mineures intra : biologiques	0	12	4	8	11	1	10	2	12	0
Mineures intra : non biologiques	2	8	3	7	10	0	8	2	10	0

Tableau II : Fréquence des délits commis.

variables sont intégrées au sein des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels au vu de leur qualité prédictive.

3.2. Instruments

3.2.1. *La Sex Offenders Risk Appraisal Guide (SORAG ; Quinsey et al., 1995)*

La SORAG évalue le risque de récidive violente y compris sexuelle parmi des agresseurs sexuels ayant été accusés ou condamnés pour au moins un fait à caractère sexuel. Cet instrument est constitué de 14 items. La cotation de la SORAG varie d'un item à l'autre, selon la présence et/ou l'intensité de l'item, et ce à partir de la lecture du dossier judiciaire et psychologique du justiciable. Les scores varient de - 26 à 51 et permettent de catégoriser les agresseurs sexuels en 9 catégories de risque, d'identifier des probabilités de récidiver ou de situer l'évalué en fonction de percentiles.

3.2.2. *La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)*

La Statique-99 est un instrument actuariel d'évaluation du risque de récidive sexuelle d'adultes de sexe masculin ayant été accusés ou condamnés pour au moins un fait à caractère sexuel. La Statique-99 est composée de 10 items s'évaluant à partir de la lecture du dossier judiciaire et psychologique de l'agresseur

sexuel. Les scores obtenus varient de 0 à 12 et permettent de catégoriser l'individu au sein de 4 catégories (faible ; faible-moyen ; moyen-élevé ; élevé) et d'identifier des probabilités de récidiver.

3.2.3. Analyses

L'évaluation de la validité discriminante des instruments se fera à travers la comparaison des scores totaux des instruments en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels et des types d'agresseurs sexuels catégorisés selon les caractéristiques de leur(s) victime(s). Etant donné que les conditions de normalité de la distribution et d'homogénéité des variances ne sont pas respectées, les analyses de comparaisons de moyennes seront menées selon une procédure non paramétrique (Test de Kruskal Wallis et U de Mann-Whitney).

4. RÉSULTATS

Le niveau de risque statique (Tableau 3) évalué à la SORAG varie selon le statut judiciaire de l'agresseur sexuel ($\chi^2 = 15.70, p = .000$). Les agresseurs sexuels détenus présentent des scores de risque de récidive à la SORAG supérieurs aux agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt ($U = 126.500, p = .019$) et aux agresseurs sexuels en obligation de suivi socio-judiciaire ($U = 300.00, p = .000$). Pour ce qui est du niveau de risque évalué à la Statique-99, ce

	Agresseurs sexuels en :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Obligation de soin	26	-4.23	9.83	-18	14
	Détention	48	7.81	13.32	-15	41
	Maison d'arrêt	10	-2.80	11.31	-17	22
	Total	84	2.82	13.32	-18	41
Statique-99	Obligation de soin	26	2.62	2.35	0	8
	Détention	48	2.96	2.10	0	8
	Maison d'arrêt	10	2.00	1.89	0	6
	Total	84	2.74	2.16	0	8

Tableau III : Niveau de risque statique des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire.

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Majeures et mineures	14	6.00	12.29	-10	36
	Majeures	17	14.35	11.32	-6	33
	Mineures	49	-1.80	11.83	-18	41
	Total	80	3.00	13.39	-18	41
Statique-99	Majeures et mineures	14	3.50	2.65	0	8
	Majeures	17	3.71	2.02	0	8
	Mineures	49	1.94	1.61	0	7
	Total	80	2.59	2.06	0	8

Tableau IV : Niveau de risque statique des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s).

niveau ne varie pas en fonction du statut judiciaire de l'agresseur sexuel ($\chi^2 = 2.37$, $p = .306$).

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) (Tableau 4), le niveau de risque statique diffère entre les groupes (SORAG : $\chi^2 = 19.43$, $p = .000$; Statique-99 : $\chi^2 = 11.53$, $p = .003$). Les agresseurs sexuels de victimes mineures présentent des niveaux de risque statique significativement inférieurs: (a) aux agresseurs sexuels de victimes majeures (SORAG : $U = 133.50$, $p = .000$; Statique-99 : $U = 199.50$, $p = .001$) ; et (b) aux agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures (SORAG : $U = 210.50$, $p = .028$; Statique-99 : $U = 227.50$, $p = .052$).

Lorsque nous approfondissons l'analyse de données en fonction de l'âge des victimes et du lien familial des victimes mineures avec les agresseurs sexuels (Tableau 5), le niveau de risque statique de récurrence varie significativement entre les groupes (SORAG : $\chi^2 = 25.70$, $p = .000$; Statique-99 : $\chi^2 = 27.92$, $p = .000$). Les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales présentent des niveaux de risque significativement inférieurs: (a) aux agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures (SORAG : $U = 62.50$, $p = .002$; Statique-99 : $U = 63.00$, $p = .002$) ; (b) aux agresseurs sexuels de victimes majeures (SORAG : $U = 34.00$, $p = .000$; Statique-99 : $U = 37.00$, $p = .000$) ; (c) aux agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales (SORAG : $U = 109.00$, $p = .032$; Statique-99 : $U = 48.50$, $p = .000$) ; et (d) aux agresseurs sexuels

de victimes mineures extra et intrafamiliales (SORAG : $U = 53.50$, $p = .016$; Statique-99 : $U = 26.50$, $p = .000$).

De plus, à la SORAG, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des niveaux de risque supérieurs: (a) aux agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ($U = 61.50$, $p = .007$) ; et (b) aux agresseurs sexuels de victimes mineures extra et intrafamiliales ($U = 38.00$, $p = .018$).

De manière plus précise, l'analyse du tableau 6 montre que les agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales ayant un lien biologique avec leur(s) victime(s), c'est-à-dire les pères incestueux, et ceux n'ayant pas de lien biologique avec leur(s) victime(s) (souvent nommées pseudo-incestueux) présentent des niveaux de risque significativement inférieurs: (a) aux agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures (SORAG : $U = 26.50$, $p = .003$; $U = 33.00$, $p = .030$; Statique-99 : $U = 32.00$, $p = .006$, $U = 26.00$, $p = .009$) ; et (b) aux agresseurs sexuels de victimes majeures (SORAG : $U = 15.00$, $p = .000$; $U = 18.00$, $p = .000$; Statique-99 : $U = 18.00$, $p = .000$, $U = 16.00$, $p = .000$).

De plus, à la SORAG, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des scores supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ou extra et intrafamiliales ($U = 99.50$, $p = .003$) qui eux même présentent un niveau de risque supérieur aux agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales ayant un lien biologique ($U = 74.50$, $p = .010$).

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.00	12.29	-10	36
	Majeures	17	14.35	11.32	-6	33
	Mineures extrafamiliales	16	2.50	14.10	-16	41
	Mineures intrafamiliales	23	-6.65	9.28	-18	14
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	2.50	9.51	-14	21
	Total	80	3.00	13.39	-18	41
Statique-99	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.50	2.65	0	8
	Majeures	17	3.71	2.02	0	8
	Mineures extrafamiliales	16	2.94	1.65	1	7
	Mineures intrafamiliales	23	.87	.97	0	3
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	2.80	1.23	1	5
	Total	80	2.59	2.06	0	8

Tableau V : Niveau de risque statique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures.

Score total :	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.00	12.29	-10	36
	Majeures	17	14.35	11.32	-6	33
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.50	12.32	-16	41
	Mineures intra : biologiques	12	-8.25	10.09	-18	14
	Mineures intra : non biologiques	10	-4.90	8.89	-17	7
	Total	79	3.10	13.45	-18	41
Statique-99	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.50	2.65	0	8
	Majeures	17	3.71	2.02	0	8
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.88	1.48	1	7
	Mineures intra : biologiques	12	.83	.94	0	2
	Mineures intra : non biologiques	10	.80	1.03	0	3
	Total	79	2.59	2.07	0	8

Tableau VI : Niveau de risque statique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures.

A la Statique-99, les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ou extra et intrafamiliales présentent un niveau de risque supérieur aux agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales ayant un lien biologique ($U = 37.00$, $p = .000$) et ceux n'ayant pas de lien biologique ($U = 30.00$, $p = .000$).

5. DISCUSSION ET CONCLUSION

L'objectif de la présente étude était de présenter, en partie introductive, deux instruments statiques d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels et de développer leurs intérêts, leur pertinence et leurs limites. Puis en partie méthodologique, l'objectif était d'évaluer le niveau de risque des agresseurs sexuels issus du système judiciaire français et d'évaluer la validité discriminante des deux instruments selon le statut judiciaire ou les caractéristiques des victimes des agresseurs sexuels évalués.

En ce qui concerne le niveau de risque selon le statut judiciaire des agresseurs sexuels, aucun support empirique ne nous permettait d'avancer une hypothèse spécifique. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a analysé le niveau de risque des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire.

Par défaut, nous nous attendions à ce que le *niveau de risque statique* ne diffère pas entre les agresseurs sexuels catégorisés selon leur statut judiciaire. Ce niveau étant statique, que l'agresseur sexuel soit sous « mandat de dépôt » en maison d'arrêt, en détention ou en suivi socio-judiciaire dans la société, il ne devait pas varier significativement.

Les comparaisons selon le statut judiciaire des agresseurs sexuels montrent que le *niveau de risque statique* évalué à la SORAG est plus élevé chez les agresseurs sexuels détenus que chez les agresseurs sexuels sous mandat de dépôt ou en obligation de suivi socio-judiciaire.

Dans un second temps, nous avons analysé le niveau de risque des agresseurs sexuels en fonction des caractéristiques de leur(s) victime(s). Au vu de la littérature empirique, nous pouvions poser l'hypothèse que les agresseurs sexuels de victimes majeures ou de victimes mineures et majeures présenteront des scores significativement supérieurs aux agresseurs de victimes mineures (SORAG : Pham et al., 2003 ; Statique-99 : Van Nieuwenhuizen, 2004 ; Pham & Ducro, 2009 ; RSVP : Van Nieuwenhuizen, 2004). Parmi ceux-ci, les

agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales présenteraient des scores significativement supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales (Statique-99 : Allan et al., 2007 ; Yates & Kingston, 2006). Les pères incestueux (agresseurs sexuels de victimes mineures ayant un lien biologique) présenteraient des niveaux de risque inférieurs aux agresseurs sexuels pseudo-incestueux (agresseurs sexuels de victimes mineures ayant un lien familial mais non biologique) (Statique-99 : Allan et al., 2007).

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), les résultats montrent que les agresseurs sexuels de victimes majeures et les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures présentent *des niveaux de risque statique* significativement supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures. Notamment, cette différence s'observe auprès des victimes mineures intrafamiliales, qu'elles présentent ou non un lien biologique avec leur agresseur. A la SORAG, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des niveaux de risque significativement supérieurs aux agresseurs de victimes extrafamiliales ou de victimes extra *et* intrafamiliales. Ces derniers présentent des niveaux de risque supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales avec ou sans lien biologique. Les résultats obtenus vont dans le sens de la littérature internationale (SORAG : Pham et al., 2003 ; Statique-99 : Van Nieuwenhuizen, 2004 ; Pham & Ducro, 2009). Toutefois, une différence s'observe, les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales biologiques ne diffèrent pas significativement des agresseurs de victimes intrafamiliales non biologiques comme le suggéraient Allan et collaborateurs (2007).

Pour conclure sur la validité discriminante des instruments d'évaluation du risque de récidive, nous remarquons que les agresseurs sexuels détenus présentent des niveaux de risque statiques plus élevés. Ces détenus, présentant un parcours judiciaire plus dense (au vu de leur niveau de risque statique plus élevé), ils seraient peut être davantage en demande d'un suivi psychologique. Cette demande est peut être émise dans le but de bénéficier d'un assouplissement de leurs conditions de détention ou pour une amélioration de celles-ci sur le plan psychologique. Nous ne pouvons, toutefois à ce stade, souligner que les agresseurs sexuels détenus considérés dans la présente étude sont représentatifs de la population carcérale d'agresseurs sexuels, concernant leur niveau de risque de récidive. Lorsque la validité discriminante est évaluée en fonction des caractéristiques des victimes, le principal résultat est

que les agresseurs sexuels de victimes majeures se distinguent par des niveaux de risque statique plus élevés. Ce niveau de risque plus élevé est à considérer non seulement dans la cadre de l'expertise au vu de la pertinence des instruments d'évaluation du risque mais également lors de la prise en charge des agresseurs sexuels. En effet, cette étude souligne la spécificité de ces types d'agresseurs sexuels en fonction des caractéristiques de leur(s) victime(s) quant au niveau du risque de récidive statique. ■

RÉFÉRENCES

- ALLAN M., GRACE R.C., RUTHERFORD B., & HUDSON S.M. (2007). – Psychometric Assessment of Dynamic Risk Factors for Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 347-367.
- BARBAREE H. E., SETO M. C., LANGTON C. M., & Peacock E. J. (2001). – Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*; 28(4), 490-521.
- BARTOSCH D.L., GARBY T., LEWIS D., & GRAY S. (2003). – Differences in predictive validity of actuarial risk assessment in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 422-438.
- BEECH A., BECKETT R., & FISHER D. (2000). – Outcome data of representative UK sex offender treatment programs: Short-term effectiveness and some preliminary re-conviction data. Unpublished manuscript.
- BENGSTON S. (2008). – Is new Better? A cross validation of the Static-2002 and the Risk Matrix 2000 in a Danish sample of sexual offenders. *Psychology, Crime and Law*, 14(2), 85-106.
- BENGSTON S. & LANGSTRÖM N. (2007). – Unguided Clinical and Actuarial Assessment of Re-Offending: A direct comparison with Sex Offender in Denmark. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 135-153.
- BOER D.P. (2004). – *Risicotaxatie bij seksuele delinquenten*: Een dag met Douglas P. Boer, 11 Oktober 2004, Edegem.
- CLAIX A., PHAM T. H., & DUCRO C. (2001). – Évaluation de la Statique-99 et de la SORAG auprès d'une population de délinquants sexuels belges internés en Défense Sociale [Evaluation of the Static-99 and the SORAG on Belgian sex offenders committed to a forensic facility]. Unpublished manuscript.
- CRAIG L.A., BEECH A., & BROWNE K.D. (2006). – Cross-Validation of the Risk Matrix 2000 Sexual and Violent Scales. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 612-633.
- DE VOGEL V., DE RUITER C., VAN BEEK D., & MEAD G. (2004). – Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28(3), 235-251.
- DOREN D.M. (2002). – *Evaluating Sex Offenders: A Manual for Civil commitments and beyond*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DUCRO C. (2009). – Évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels au sein du système judiciaire Français. Précisions conceptuelles et validations discriminantes et convergente d'instruments d'évaluation du risque de récidive. Travail de Doctorat, Universités François Rabelais de Tours et Université de Mons Hainaut, UMH.
- DUCRO C. & PHAM T.H. (2006). – Évaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian Sex Offenders Committed to a Forensic Facility. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(1), 15-26.
- FIRESTONE P., BRADFORD J.M., GREENBERG D.M., NUNES K.L., & BROOM, I. (2001). A comparison of the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG). Manuscript submitted for publication.
- GROVE W.M., ZALD D.H., LEBOW B.S., SNITZ B.E., & NELSON C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 1, 19-30.
- HANSON R.K. (2000). *Risk Assessment*. Beaverton, OR: Association for Treatment of sexual Abusers.
- HANSON R.K. (June 2005). – *The assessment of criminogenic needs of sexual offenders by community supervision officers : Reliability and validity*. Presentation at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association.
- HANSON R.K. & BUSSIÈRE M.T. (1998). – Predicting relapse: A Meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 123-142.
- HANSON R.K., HARRIS A.J.R., SCOTT T.L., & HELMUS L. (2007). – *Évaluation du risqué chez les délinquants sexuels soumis à une surveillance dans la collectivité : Le projet de surveillance dynamique*. Documents internet.
- HANSON R.K., MORTON K.E., & HARRIS A.J. (2003). – Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 154-166.
- HANSON R.K. & MORTON-BOURGON K. (2005). – *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis* (Corrections Research, Public Safety and Emergency Preparedness Canada, Ottawa, Canada). Retrieved April 6, 2005, http://www.psepc-sppcc.gc.ca/publications/corrections/pdf/200402_e.pdf.
- HANSON R.K. & MORTON-BOURGON K. (2007). – *The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis* (Report No. 2007-01). Ottawa, ON; Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- HANSON R.K. & MORTON-BOURGON K. (2008). – The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis. *Psychological assessment*.

- HANSON R.K. & THORNTON D. (1999). – Statique-99 : *Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Rapport pour spécialistes n° 1999-02. Ottawa : Ministère du Solliciteur général du Canada.
- HANSON R.K. & THORNTON D. (2003). – Statique-99 : *Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Ottawa : Ministère Solliciteur Général du Canada.
- HARRIS G.T., RICE M.E., & CORMIER C.A. (2002). – Prospective replication of the violence risk appraisal guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior*, 26, 377-394.
- HARRIS G.T., RICE M.E., QUINSEY V. L., LALUMIÈRE M. L., BOERD., & Lang, C. (2003). – A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological Assessment*, 15(3), 413-425.
- HUDSON M.S., WALES D.S., BAKKER L., & WARD T. (2002). – Dynamic risk factors: The Kia Marama evaluation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 323-339.
- LANGSTRÖM N. (2004). – Accuracy of Actuarial Procédures for Assessment of Sexual Offender Recidivism: Risk may vary across ethnicity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 107-120.
- LOOMAN J. (2006). – Comparison of Two Risk Assessments Instruments for sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(2), 193-204.
- MCGRATH R.J., CUMMING G., LIVINGSTON J.A., & HOKE S.E. (2003). – Outcome of a treatment Program for Adult Sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(1), 3-17.
- MONAHAN J. (1981). – The clinical prediction of violent behavior. Washington, DC: Government Printing Office.
- NUNES K.L., FIRESTONE P., BRADFORD J.M., GREENBERG D.M., & BROOM I. (2002). – A comparison of modified versions of the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 14(3), 253-267.
- OLVER M.E., WONG S.C.P., NICHOLAICHUK T., & GORDON A. (2007). – The Validity and Reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender Version: Assessing Offender Risk and Evaluating Therapeutic Change. *Psychological Assessment*, 19(3), 318-329.
- PHAM H.T. & DUCRO C. (2008). – *Étude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région Wallonne : Partie I*. Ministère de la Région Wallonne, Santé, Affaires Sociales et Egalité des chances.
- PHAM H.T. & DUCRO C. (2009). – *Étude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région Wallonne : Partie II. Evaluation des taux de récidive et mise en place d'un instrument d'évaluation...* Ministère de la Région Wallonne, Santé, Affaires Sociales et Egalité des chances.
- PHAM H.T. & DUCRO C., KINTS M., MENGHINI M., & PEDERSEN C. (2003). – *Projet Stop 125 de la Commission Européenne "Evaluation de la Récidive Sexuelle en Europe"*. Rapport de Recherche, Centre de Recherche en Défense Sociale.
- QUINSEY V.L., HARRIS G.T., RICE M.E., & CORMIER C.A. (1998). – *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- QUINSEY V.L., KHANNA A., & MALCOLM P.B. (1998). – A retrospective evaluation of the Regional Treatment Centre sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 621-644.
- QUINSEY V.L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). – Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-105.
- RICE M.E. & HARRIS G.T. (2002). – *Actuarial assessment of risk among sex offenders*. Presented at the New York Academy of Sciences, Washington, D.C.
- ROGERS R. (2000). – The Uncritical Acceptance of Risk Assessment in Forensic Practice. *Law and Human Behavior*, 25(4), 595-605.
- SREENIVASAN S., GARRICK T., NORRIS R., CUSWORTH-WALLER S., et al. (2007). – Predicting the likelihood of future sexual recidivism: Pilot study findings from a California sex offender risk project and cross validation of the Static-99. *The Journal of The American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 454-468.
- STADTLAND C., HOLLWEG M., KLEINDIENST N., DIETL J., REICH U., & NEDOPIL N. (2005). – Risk assessment and prediction of violent and sexual recidivism in sex offenders: Long-term predictive validity of four risk assessment instruments. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 16(1), 92-108.
- TAPE T.G. (2006). Interpreting diagnostic tests. From <http://gim.unmc.edu/dxtests/roc3.htm>.
- VAN NIEUWENHUIZEN C. (2004). – A treatment program for sexually violent forensic psychiatric patients: development and first results. *Psychology, Crime and Law*, 11(4), 467-477.
- WITTE T.D., DI PLACIDO C., GU D., & WONG S.C.P. (2006). – An investigation of the validity and reliability of the Criminal Sentiments Scale in a sample of treated sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 249-258.
- YATES P.M. & KINGSTON D.A. (2006). – The Self-Regulation Model of Sexual Offending: The Relationship between Offence Pathway and Static and Dynamic Sexual Offence Risk. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 259-270.

La classification des préjudices en droit commun suivant la nomenclature dite Dintilhac

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

La nomenclature Dintilhac est la nomenclature actuellement reconnue et utilisée pour l'indemnisation du dommage corporel. Elle distingue les préjudices corporels de la victime directe des préjudices corporels des victimes indirectes. Les préjudices corporels de la victime directe comportent les préjudices patrimoniaux et les préjudices extrapatrimoniaux. Les préjudices patrimoniaux comportent les préjudices patrimoniaux temporaires avant consolidation, les préjudices patrimoniaux permanents après consolidation. Les préjudices extrapatrimoniaux comportent les préjudices extrapatrimoniaux temporaires avant consolidation, les préjudices extrapatrimoniaux permanents après consolidation ainsi que les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs dits hors consolidation.

Les préjudices patrimoniaux temporaires avant consolidation sont constitués par les dépenses de santé actuelles, les frais divers, les pertes de gains professionnels actuels.

Les préjudices patrimoniaux permanents après consolidation sont constitués par les dépenses de santé futures, les frais de logement adapté, les frais de véhicule adapté, l'assistance par tierce personne, la perte de gains professionnels futurs, l'incidence professionnelle, le préjudice scolaire universitaire ou de formation.

Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires avant consolidation sont constitués par le déficit fonctionnel temporaire, les souffrances endurées, le préjudice esthétique temporaire.

Les préjudices extrapatrimoniaux permanents après consolidation sont constitués par le déficit fonctionnel permanent, le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique permanent, le préjudice sexuel, le préjudice d'établissement, le préjudice permanent exceptionnel.

Les préjudices corporels des victimes indirectes comprennent les préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe et les préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe.

Mots-clés : préjudice corporel de la victime directe, préjudice corporel des victimes indirectes, préjudices patrimoniaux de la victime directe, préjudices extrapatrimoniaux de la victime directe, préjudices patrimoniaux temporaires, préjudices patrimoniaux permanents, préjudices patrimoniaux temporaires de la victime directe, préjudices patrimoniaux permanents de la victime directe, dépenses de santé actuelles, perte de gains professionnels actuels, dépenses de santé futures, frais de logement adapté, frais de véhicule adapté, assistance par tierce personne, perte de gains professionnels futurs, incidence professionnelle, préjudice scolaire universitaire ou de formation, préjudices extrapatrimoniaux temporaires de la victime directe, préjudices extrapatrimoniaux permanents de la victime directe, préjudices extrapatrimoniaux évolutifs de la victime directe, déficit fonctionnel temporaire, souffrances endurées, préjudice esthétique temporaire, déficit fonctionnel permanent, préjudice d'agrément, préjudice permanent, préjudice sexuel, préjudice d'établissement, préjudice permanent exceptionnel, préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe, préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe, préjudice d'accompagnement, préjudice d'affection.

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

SUMMARY

Classification of damage in common law according to the Dintilhac nomenclature

The Dintilhac nomenclature is the nomenclature currently recognised and used for the indemnification of bodily damage. It distinguishes the bodily damage of the direct victim from the bodily damage of the indirect victims. The bodily damage of the direct victim comprises patrimonial damage and extrapatrimonial damage. Patrimonial damage comprises temporary patrimonial damage before consolidation, permanent patrimonial damage after consolidation. Extrapatrimonial damage comprises temporary extrapatrimonial damage before consolidation, permanent extrapatrimonial damage after consolidation as well as evolving extrapatrimonial damage considered without consolidation.

Temporary patrimonial damage before consolidation is made up of current health care expenses, miscellaneous costs, loss of current professional earnings.

Permanent patrimonial damage after consolidation is made up of future health care expenses, the cost of adapted housing, the cost of an adapted vehicle, assistance by a third party, loss of future professional earnings, professional incidence, loss in terms of school, university or training.

Temporary extrapatrimonial damage before consolidation is made up of the temporary loss of function, the suffering endured, temporary aesthetic damage. Permanent extrapatrimonial damage after consolidation is made up of permanent loss of function, loss of pleasure, permanent aesthetic damage, sexual damage, loss concerning the hospital, exceptional permanent damage.

The bodily damage of the indirect victims includes loss to the indirect victims if the direct victim dies and loss to the indirect victims if the direct victim survives.

Key-words: *bodily damage of the direct victim, bodily damage of the indirect victims, patrimonial damage of the direct victim, extrapatrimonial damage of the direct victim, temporary patrimonial damage, permanent patrimonial damage, temporary patrimonial damage of the direct victim, permanent patrimonial damage of the direct victim, current health care expenses, loss of current professional earnings, future health care expenses, cost of adapted housing, cost of an adapted vehicle, assistance by a third party, loss of future professional earnings, professional incidence, loss in terms of school, university or training, temporary extrapatrimonial damage of the direct victim, permanent extrapatrimonial damage of the direct victim, evolving extrapatrimonial damage of the direct victim, temporary loss of function, suffering endured, temporary aesthetic damage, permanent loss of function, loss of pleasure, permanent loss, sexual damage, loss concerning the hospital, exceptional permanent damage, loss to indirect victims if the direct victim dies, loss to indirect victims if direct victim survives, loss of care, loss of affection.*

Le terme exact est celui de classification des préjudices suivant la nomenclature des préjudices corporels remise au premier président de la Cour de cassation par Jean-Pierre Dintilhac alors président de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation.

Ce rapport a été remis au Garde des sceaux le 28 octobre 2005.

Avant d'adopter son projet actuel de nomenclature, le groupe de travail a réfléchi sur la possibilité d'établir une nomenclature fondée sur une distinction entre les « préjudices donnant lieu à prestations » et « ceux ne donnant pas lieu à prestations », cette proposition intéressante a finalement été écartée dans son principe, car elle allait à l'encontre de la plupart des systèmes européens de nomenclature des chefs de préjudice corporel qui opèrent une distinction nette entre les préjudices économiques et les préjudices non économiques.

Le groupe a préféré, à dessein, utiliser les termes de préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux plutôt que ceux de préjudices économiques et personnels les estimant moins appropriés surtout si l'on veut bien admettre qu'avant d'être économique ou pas, tout préjudice corporel a, pour la victime, un retentissement de type personnel, au-delà de la qualification formelle de « préjudice économique » que l'on a adopté par convention.

Ce groupe de travail a choisi de reprendre la structure générale des différentes classifications des postes de préjudice alors en vigueur en droit interne, soit une triple distinction entre les préjudices de la victime directe et ceux des victimes indirectes, entre les préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux, enfin entre les préjudices temporaires et permanents.

L'ancienne pratique, qui distinguait les préjudices soumis au recours des organismes sociaux des recours non soumis, a donné lieu à une créativité impressionnante des parties et de leurs conseils, sans cesse à la recherche de postes de préjudices échappant audit recours.

La présence des organismes sociaux dans la procédure était souvent mal vécue par les parties, qui avaient l'impression, à juste titre, d'aller chercher à leur place les sommes pour lesquelles lesdits organismes leur étaient subrogés.

Ainsi ont pu, par exemple, être dissociés le préjudice d'agrément du préjudice sexuel, ensemble et rapidement dissociés de l'IPP.

De nos jours, et sous l'empire du recours subrogatoire poste par poste, les parties n'auront plus à tenter de compenser le recours global des organismes sociaux en multipliant les postes de préjudices.

Pourtant, et par suite de « l'entrée en vigueur » de la nouvelle nomenclature, les postes de préjudices distincts n'ont jamais été si nombreux.

Il est donc à souhaiter, pour que la procédure reste compréhensible, que l'inflation des postes de préjudices se stabilise, et que les parties s'en tiennent désormais à l'outil qui leur est fourni avec la nomenclature du rapport « Dintilhac ».

a. Les éléments essentiels du rapport « Dintilhac »

aa. La notion de consolidation

Le rapport « Dintilhac » confère à la notion de la consolidation une place centrale dans le dispositif de l'indemnisation du préjudice corporel.

La consolidation caractérise donc la fin de la période des soins destinés à améliorer l'état de la personne.

En effet, la consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est-à-dire, fixée par l'expert médical, de stabilisation des conséquences des lésions organiques et physiologiques. Pour les membres du groupe Dintilhac, la date de consolidation de la victime s'entend de la date de stabilisation de ses blessures constatée médicalement. Cette date est généralement définie comme « le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif ».

Pour le groupe de travail, cette date marque la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif.

Ainsi et alors que l'ancienne pratique distinguait principalement les préjudices soumis à recours des préjudices non soumis, le groupe de travail « Dintilhac » a affirmé que la nomenclature se devait de reprendre la subdivision entre les « préjudices temporaires » (avant la consolidation de la victime) et les « préjudices permanents (après la consolidation de la victime).

Une place particulière a tout de même été faite aux préjudices sans consolidation résultant de maladies

évolutives « Préjudices extra patrimoniaux évolutifs » et dont le risque d'évolution constitue en soi un préjudice.

Le groupe de travail « Dintilhac » a ainsi admis que même si la quasi-unanimité des postes de préjudices rentre dans cette *summa divisio*, il demeure certains préjudices récurrents permanents qui échappent à toute idée de consolidation de la victime. Il s'agit notamment des préjudices liés à une contamination par un virus de type hépatite C ou V.I.H., ainsi que de ceux dont sont atteintes les victimes de l'amiante ou de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

bb. Les modifications du calcul du recours subrogatoire des tiers payeurs

C'est l'article 31 de la Loi « Badinter » (n°85-677 du 5 juillet 1985) qui, excluant les préjudices personnels du recours subrogatoire des tiers payeurs, a provoqué la composition de deux « masses » de préjudices, l'une soumise audit recours, l'autre y échappant.

Parmi ces sommes, on pouvait trouver, certes les chefs de préjudices ayant effectivement donné lieu au versement de prestations sociales et dès lors justement recouvrées par les organismes payeurs, mais aussi d'autres postes de préjudices (IPP, autres frais), non totalement pris en charge, et pourtant intégralement soumis au recours des tiers payeurs.

Dès lors, l'exercice du recours spoliait partiellement les victimes de leur indemnisation.

Il fallait donc, d'une part ajuster la nomenclature des postes de préjudices afin qu'elle corresponde le mieux possible à la réalité, et d'autre part organiser le recours subrogatoire des tiers payeurs afin qu'il préserve leur équilibre financier, sans pour autant spolier les victimes.

La Loi de finances pour 2007 du 21 décembre 2006 modifiant l'article L.376-1 du Code de la Sécurité Sociale) a ainsi précisé le calcul du recours subrogatoire des tiers payeurs.

La Cour de cassation énonce, conformément aux textes qui fixent sa mission, que la détermination et l'évaluation des préjudices est une question de fait qui relève de l'appréciation des juges du fond.

Cependant, la décision judiciaire peut fixer le montant de l'indemnisation pour « le préjudice total » ou « le préjudice global », la Cour de cassation jugeant

que « dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation, le juge du fond n'est pas tenu de réparer distinctement le préjudice physiologique et le préjudice économique » (Civ 2°, 20 novembre 1996, n° 95-11, 430 et 26 septembre 2002, n°00-18.856).

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006, il est indispensable, pour permettre l'exercice de l'action récursoire, d'adopter une nomenclature claire et précise des préjudices indemnisables et qu'une méthodologie analytique de l'indemnisation confère transparence et cohérence à la réparation du dommage corporel. L'adoption de cette nomenclature, qu'induit l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006, impose notamment et impérativement de renoncer à l'emploi de la notion d'incapacité permanente partielle, qui s'est imposée depuis le début du XX^e siècle, ainsi qu'à celle d'incapacité temporaire totale. C'est évidemment avec la réparation du déficit fonctionnel permanent (le DFP) que devrait se marquer une meilleure cohérence entre préjudices et réparation.

cc. La suppression des notions d'ITT et d'IPP

En premier lieu, ayant constaté les divergences entre les juridictions concernant « l'incapacité temporaire de travail » (ITT) et l'ambiguïté de cette notion qui répare à la fois la perte de gains actuels et le déficit fonctionnel personnel subis par la victime durant sa période de consolidation, le rapport propose de supprimer cette notion au profit d'un poste intitulé « pertes de gains professionnels actuels » (PGPA), classé dans les postes patrimoniaux temporaires, et d'un poste « déficit fonctionnel temporaire » (DFT) au titre des préjudices extra patrimoniaux temporaires.

Par exemple, les notions d'IPP et d'ITT, qui appartiennent à l'ancienne pratique, ne pouvaient donner lieu qu'à une indemnisation globale ou semi-globale.

Ainsi, l'indemnisation de la période d'ITT ou d'IPP incluait l'invalidité avant consolidation, tous chefs de préjudices confondus, à l'exception des frais de santé.

Ce n'est que dans ses dernières évolutions que la jurisprudence avait admis d'en dissocier la gêne dans les actes de la vie courante.

Traditionnellement donc, les notions d'ITT et d'IPP contenaient des préjudices tant économiques que personnels.

De même, le rapport recommande d'abandonner la notion « d'incapacité permanente partielle » (IPP), qui répare à la fois la perte de gains futurs et le déficit fonctionnel personnel subis par la victime après sa consolidation, au profit d'un poste « pertes de gains professionnels futurs » (PGPF), classé dans les postes patrimoniaux permanents et d'un poste « déficit fonctionnel permanent » (DFP) relevant des préjudices extra patrimoniaux permanents ».

Si l'incapacité permanente partielle a pu constituer un progrès pour la réparation des préjudices subis par ces victimes, cette notion est devenue un carcan car elle n'était plus adaptée à la nécessité de prendre en compte la diversité des préjudices dont souffrent fréquemment les victimes de préjudices corporels.

Selon la définition qu'en donne depuis 1993, le Concours médical, l'incapacité permanente partielle correspond à la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel dont reste atteinte la victime après consolidation.

Son évaluation se traduit par un pourcentage qui permet d'évaluer les séquelles qui subsisteront définitivement et qui amputent d'autant la capacité de la personne par rapport à son état avant l'accident.

Il s'agit de la réduction du potentiel physique, psychologique, sensoriel, ou intellectuel dont reste atteinte la victime.

L'atteinte à l'intégrité physiologique de la personne est donc évaluée en dehors de tout retentissement sur l'activité professionnelle.

Les tribunaux attribuent ensuite une valeur au point.

Le calcul de la valeur de ce point d'IPP ou point de déficit séquellaire est fixé selon une courbe qui permet en relation le taux de l'IPP et l'âge de la personne.

Ce système repose sur le postulat selon lequel une même lésion traumatique aurait des conséquences semblables pour toutes les victimes, et que le préjudice économique professionnel serait comme le préjudice physiologique personnel, proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle.

Or, les incidences professionnelles d'une même lésion traumatique peuvent être totalement différentes selon les activités : la perte d'un doigt met fin à la carrière d'un pianiste, pas à celle d'un joueur de piston et l'amputation d'une jambe qui est incompatible avec la poursuite d'un métier manuel, ne fait pas obstacle à l'exercice d'un emploi de bureau.

A l'inverse une atteinte corporelle peut n'avoir que peu d'impact sur la vie professionnelle et une faible incidence patrimoniale, mais avoir un fort retentissement que la vie personnelle ou affective.

Il est donc indispensable de distinguer l'incidence du dommage sur l'exercice de la vie professionnelle, quant à ses conséquences patrimoniales, et les conséquences qui portent sur les conditions de vie de la victime en tant que personne.

Par exemple, les notions d'IPP et d'ITT, qui appartiennent à l'ancienne pratique, ne pouvaient donner lieu qu'à une indemnisation globale ou semi-globale.

A ce titre, il convient d'observer que, longtemps, l'IPP incluait la prise en compte du déficit physiologique séquellaire, mais aussi, par exemple chez l'enfant la perte de revenus professionnels futurs.

En outre, et quoi que la doctrine s'y fut opposée, la président Dintilhac expliquait lui-même en avant-propos à la présentation du rapport éponyme :

« (...) la notion d'incapacité permanente partielle, (...) répare à la fois la perte de gains futurs et le déficit fonctionnel personnel subis par la victime après sa consolidation ».

Enfin l'IPP conçue comme préjudice physiologique permanent recouvrait souvent le préjudice d'agrément, préjudice personnel non soumis à recours, et dont les victimes ne parvenaient pas toujours à obtenir dissociation (du moins jusqu'au célèbre arrêt rendu par l'assemblée plénière de la Cour de cassation, le 19 décembre 2003, bull.n°8).

dd. Les remaniements de postes de préjudices classiques

D'autres éléments, non moins importants de l'ancienne pratique d'indemnisation du dommage corporel ont été, avec la nouvelle nomenclature, profondément transformés.

Tel est le cas de l'ancien *pretium doloris* déjà depuis quelques temps changé en « souffrances endurées ».

La réparation des souffrances endurées ne correspond plus au *pretium doloris* de l'ancienne nomenclature.

Il s'agissait des souffrances résultant de la maladie traumatique, éprouvées de l'accident à la consolidation.

En effet, après la consolidation, les souffrances chroniques deviennent une composante de l'incapacité fonctionnelle permanente, qu'elles alourdissent.

Sous l'appellation « souffrances endurées », le groupe de travail « Dintilhac » a adopté cette césure temporelle claire, qui tendait à devenir celle de la pratique.

Il faut donc insister sur ce que l'ancien poste *pre-tium doloris* qui appartenait à la catégorie des préjudices personnels sans distinguer au regard de la date de consolidation sa cantonne désormais, sous l'appellation « souffrances endurées » aux préjudices soufferts avant cette date.

Dès lors que l'incapacité fonctionnelle permanente inclut les douleurs devenues chroniques auprès consolidation, une appréciation spécifique devra en être sollicitée lors de la rédaction des missions d'expertise.

Il sera nécessaire, tant à la quête de juste réparation qu'à l'élaboration des « barèmes » informels d'indemnisation utilisés par la pratique, que le juge dissocie formellement dans sa décision la part de souffrance qu'il indemnise au titre du poste DFP.

Il est en effet, curieux que le rapport « Dintilhac », qui affirme une volonté de clarifier en les dissociant autant que possible les postes de préjudices ait conçu une indemnisation commune et confondue du DFP et de la souffrance, fut elle chronique.

Le rapport « Dintilhac » dissocie d'autre part avec fermeté le déficit fonctionnel permanent du préjudice d'agrément, désormais confirmé comme poste à part entière de préjudice personnel réparable.

Tel est encore le cas du préjudice d'établissement.

Le préjudice d'établissement résulte de l'impossibilité ou de la difficulté pour la victime d'instaurer une relation sentimentale durable, d'envisager de fonder un foyer et d'avoir des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial.

Souvent ce poste incluait le préjudice sexuel dont il pouvait passer pour une formulation pudique.

Pourtant et relativement tôt la jurisprudence a admis que ces deux postes de préjudices devaient être distingués (Civ. 2^e, 6 janvier 1993, RTD Civ. 1993, p.587).

La nomenclature « Dintilhac » la formalise en dissociant le préjudice sexuel, qui peut d'ailleurs être seu-

lement temporaire, au contraire du préjudice d'établissement qui grève l'avenir.

ee. La création de postes de préjudices nouveaux

Le rapport suggère encore de créer un poste « préjudice permanents exceptionnels » (PPE), à insérer dans les postes de préjudices extra patrimoniaux, qui favoriserait une meilleure indemnisation des traumatismes durables atteignant certaines victimes en raison de la nature particulière de l'évènement qui est à l'origine de leur dommage tel qu'un attentat ou une catastrophe collective.

Enfin, le rapport recommande de créer un poste « préjudice liés à des pathologies évolutives » (PPE), qui serait à classer dans les postes de préjudices extra patrimoniaux évolutifs c'est-à-dire hors consolidation.

Il s'agit là d'un poste de préjudice concernant toutes les pathologies incurables dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel. Ainsi en est-il du préjudice lié à contamination par le virus de l'hépatite C, par le VIH, par l'amiante ou à la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Ce préjudice est défini dans le rapport comme « le préjudice résultant, pour une victime, de la connaissance de sa contamination par un agent exogène, quelle que soit sa nature (biologique, physique ou chimique), qui comporte le risque d'apparition, à plus ou moins brève échéance, d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ».

Il a été également préconisé de créer un poste « préjudice esthétique temporaire » (PET), à inclure dans les postes de préjudices extra patrimoniaux. Ce poste est destinée à permettre, par exemple, d'améliorer l'indemnisation des grands brûlés et des traumatisés de la face durant leur période de consolidation qui peut durer plusieurs années.

ff. Les raisons justifiant la substitution de la nomenclature dite « Dintilhac » à la nomenclature classique

En énonçant que « les recours subrogatoires des Caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel », le législateur a répondu à l'at-

tente de tous ceux qui estimaient, d'une part, indispensable d'abandonner l'indemnisation globale des postes économiques et personnels et, d'autre part, que l'indemnisation des victimes se fasse « poste par poste », ce qui impliquait, pour l'exercice de l'action subrogatoire, de modifier la rédaction des articles 31 de la loi du 5 juillet 1985 et L.376-1 al 3 du Code de la sécurité sociale.

Dès lors, la confusion en un seul poste de ces diverses catégories, entre autres IPP et ITT de préjudices est devenue incompatible avec les nouvelles règles d'indemnisation et surtout de présentation des recours subrogatoires : poste par poste et à l'exclusion des préjudices personnels.

L'application immédiate des dispositions de la loi du 21 décembre 2006 n'est donc possible qu'à la condition d'abandonner les anciennes techniques de réparation de dommage corporel.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant de voir des juridictions du fond, comme par exemple le Tribunal de Grande Instance de Tarascon, renvoyer à mieux se pourvoir les parties qui encore présenteraient leurs recours selon les techniques anciennes.

En effet, de telles demandes sont désormais purement et simplement incompatibles avec l'indemnisation poste par poste qui est, elle, d'application immédiate.

Une application forcée des rubriques de la « nomenclature Dintilhac » résulte en quel que sorte de l'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2006.

Ce constat s'impose en forme de syllogisme ; la loi du 21 décembre 2006 met en place le recours subrogatoire poste par poste ; elle suppose en conséquence une indemnisation préalable poste par poste ; le rapport « Dintilhac » offre à l'heure actuelle un détail des postes, seul compatible avec la loi nouvelle.

Il en résulte que les demandes nouvelles d'expertises ou de réparation doivent être rédigées conformément à la nouvelle nomenclature, à peine d'irrecevabilité.

Maintenant que ces textes ont été modifiés, c'est aux magistrats et aux assureurs qu'il revient de recourir à l'individualisation des préjudices réparables. Il faut donc souhaiter qu'ils se réfèrent tous à la nomenclature proposée par le groupe de travail dont le rapport a été remis au garde des sceaux le 28 octobre 2005.

La loi du 21 Décembre 2006 est le support légal couramment mis en avant pour justifier la substitution de la nomenclature dite « Dintilhac » à l'ancienne nomenclature, bien plus empirique.

Il n'existe cependant pas, dans le texte de cette loi, de disposition contraignante requérant une telle substitution.

L'avis du Conseil d'Etat du 4 juin 2007 (n°303422 et n°304214) sur l'application dans le temps des nouvelles dispositions de l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et leur interprétation précise que les dispositions de la loi du 21 décembre 2006 sont d'application immédiate.

La Cour de cassation a rendu trois avis en ce sens, le 29 octobre 2007 (avis n°0070015P, n°0070016P et n°0070017P).

Une telle lecture de la loi nouvelle n'est pas à proprement parler novatrice et se conforme aux principes généraux d'application de la loi dans le temps.

Or, rien dans le texte soumis à l'avis ne concerne le choix proprement dit de la nomenclature à appliquer dans la réparation des postes de préjudices.

Pourtant, nombre de juridictions du fond ont, sur la fois de ces avis, exigé que les parties mettent immédiatement leurs écritures en conformité avec ces « nouvelles dispositions ».

Notamment, certaines juridictions du fond ont commencé à juger irrecevables les demandes de réparation de préjudices exposées selon l'ancienne nomenclature, exigeant une reprise des postes tels que décrits par la nomenclature « Dintilhac ».

D'autres ont adopté la césure proposée par ce texte, qui distingue les préjudices patrimoniaux des préjudices extra patrimoniaux (voir sur ce point, Cour de Cass, avis du 29 oct. 2007).

D'autres enfin, comme le tribunal correctionnel d'Avignon statuant sur intérêts civils le 20 décembre 2007, ont fait le choix de transposer d'eux-mêmes dans la nouvelle nomenclature les doléances présentées selon les termes de l'ancienne pratique.

Ainsi, et contre les arguments de l'assurance de l'auteur du dommage, qui invoquait l'irrecevabilité des doléances non-conformes à la nomenclature « Dintilhac », le tribunal a non seulement accueilli la demande, mais également « disloqué » la somme sollicitée au titre de l'ITT pour la répartir entre souffrances endurées et gêne dans les actes de la vie courante.

Dès lors, et en présence de telles difficultés, il n'est pas inutile de rappeler que les dispositions de la loi du 21 décembre 2006 n'ont pas directement, ou du moins expressément pour objet de promouvoir ou imposer l'adoption de la nomenclature figurant au rapport « Dintilhac ».

Le dispositif légal nouveau n'a en effet d'autre objet que d'organiser le recours subrogatoire des organismes sociaux et son agencement avec la préservation des droits des victimes.

Au demeurant, la Cour de Cassation, sans se mettre en devoir de se prononcer de manière générale sur la question des postes de préjudice a, dans son avis précité affirmé : « (...) il n'apparaît pas que l'entrée en vigueur de la loi soit liée à la publication d'une telle table de concordance ».

Dans le même avis, la Cour de cassation rappelle que la terminologie utilisée dans le rapport « Dintilhac » et dans la loi du 21 décembre 2006, diffère sur un point fondamental, qui est la référence à la notion de préjudice personnel, rejetée par le premier et retenu par la seconde.

Ainsi, l'exception faite au profit des préjudices personnels, qui échappent au recours subrogatoire des organismes payeurs, évoque l'ancienne nomenclature.

A cet égard, il n'est que de rappeler l'introduction du rapport « Dintilhac » : « le groupe a préféré, a dessein, utiliser les termes de préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux plutôt que ceux de préjudices économiques et personnels, les estimant moins appropriés (...) ».

La notion de « préjudice personnel » n'appartient donc pas à la nomenclature « Dintilhac ».

Il faut donc, dans un premier temps, admettre que, si la loi du 21 décembre induit l'application de la nouvelle nomenclature, rien ne permet d'affirmer qu'elle l'impose expressément.

Dès lors, les refus ou irrecevabilité opposés par les juridictions du fond mises en présence de recours libellés selon les canons de l'ancienne nomenclature n'ont en réalité aucune base légale.

N'en ont pas davantage les initiatives prises par les mêmes juridictions de transposer les demandes dans les termes de la nouvelle nomenclature, encourageant au surplus le grief d'avoir statué *ultra petita*.

Or de simples, mais impératives raisons pratiques imposent l'application de la nouvelle nomenclature.

En matière d'indemnisation du préjudice corporel, l'apport principal de la loi du 21 décembre 2006 réside dans son article 25 ainsi libellé : « les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel ».

Ce dispositif modifie les articles L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et 31 de la loi « Badinter » sur les accidents de la circulation.

Le visa d'une indemnisation « poste par poste » provoque à lui seul, quoi que de manière induite, un abandon de l'ancienne nomenclature d'indemnisation du préjudice corporel, qui distinguait selon deux grandes catégories les préjudices soumis au recours des préjudices non soumis.

Pourtant là réside, le seul lien entre la loi nouvelle et la nomenclature nouvelle, en l'absence de tout dispositif prévoyant expressément sa substitution à l'ancienne.

Dans ces conditions, il peut paraître surprenant de constater que l'entrée en vigueur de la loi du 21 décembre 2006 ait été perçue, en jurisprudence, comme imposant l'application de la nomenclature « Dintilhac ».

En réalité, la mise en œuvre concrète de l'indemnisation poste par poste ne peut se comprendre qu'en application de la nomenclature nouvelle.

gg. Les relations de concordance entre les nouveaux postes de préjudice de la nomenclature « Dintilhac » et des termes clé de la nomenclature classique

La nouvelle nomenclature, pour le moins foisonnante résulte du travail de spécialistes de la réparation du dommage corporel et, au profane, apparaîtra hermétique.

Des éléments clés de l'ancienne pratique d'indemnisation du dommage corporel ont purement et simplement disparu de la nouvelle nomenclature.

Tel est le cas, notamment des notions d'ITT, ITP et IPP, sciemment évacués avec les autres sigles par les auteurs du rapport « Dintilhac ». Ce dernier rapport signale que « il a également été décidé de supprimer de la nomenclature proposée l'emploi de sigles lesquels sont source de confusion dans l'esprit des prati-

ciens comme des victimes qui ne retiennent pas tous une interprétation identique et univoque du sigle en question (par exemple le sigle I.T.T. signifie « incapacité temporaire de travail » pour certains et « incapacité totale de travail » pour d'autres). »

Ces préjudices doivent néanmoins recevoir réparation. Se pose dès lors la question des concordances.

Au demeurant, les rapports d'expertise déposés encore de nos jours devant les tribunaux continuent d'être rédigés selon les termes des anciennes missions, et identifient notamment des périodes d'ITT, ITP et d'IPP en tant que telles désormais inexploitable.

Certes, et compte tenu de ce qui sera observé à propos de la consolidation, il reste concevable de rattacher l'ITT et l'ITP aux nouvelles catégories de préjudices temporaires et l'IPP au préjudice permanent.

La question persiste de savoir si lesdits préjudices (temporaires et permanents) doivent encore se concevoir comme patrimoniaux ou extra patrimoniaux.

Sur cette question, le groupe de travail « Dintilhac » observe : « sous le vocable d'incapacité temporaire de travail (ITT) la pratique juridique regroupait à la fois l'incapacité professionnelle économique subie par la victime directe et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique ».

La rubrique « pertes de gains professionnels actuels » de la nouvelle nomenclature semble créée pour accueillir les préjudices anciennement désignés par les signes ITT et ITP.

Toutefois, cette nouvelle appellation ne désigne que les préjudices résultant de pertes de gains liées à l'incapacité provisoire (totale ou partielle) de travail c'est-à-dire aux « pertes actuelles de revenus éprouvés par cette victime du fait de son dommage ».

La part d'incapacité fonctionnelle non économique et personnelle contenue jadis dans les notions d'ITT et d'ITP n'est donc pas indemnisée au titre de cette rubrique.

Elle est à rechercher dans le poste nouveau « déficit fonctionnel temporaire », préjudice extra-patrimonial, et en tant que tel soustrait au recours, traduit par l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que subit la victime.

Ce poste de préjudice correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, ainsi qu'à la « perte de qualité de vie et à celle de joies usuelles de la vie cou-

rante » qu'elle rencontre depuis le début de la maladie traumatique.

Il semble donc que cette rubrique incluse le préjudice d'agrément subi pendant la période de consolidation.

Une même problématique affecte la ventilation des préjudices jadis indemnisés sous l'unique appellation d'IPP.

Globalement, il est concevable d'affirmer que la rubrique nouvelle « déficit fonctionnel permanent » se substitue à peu près parfaitement à l'ancienne IPP, aussi appelée « déficit fonctionnel séquellaire ».

Dans ses dernières acceptions, en effet, l'IPP était indemnisée distinctement des préjudices professionnels, quoi que restant soumise au recours subrogatoire des organismes sociaux (AP 19 octobre 2003, bull. n°8).

Sous l'empire de la pratique ancienne, la doctrine avait déjà précisé que la notion devait se cantonner à la réduction du potentiel physique, psychologique, sensoriel ou intellectuel dont reste atteinte la victime, en dehors de tout retentissement sur l'activité professionnelle, indemnisé au titre spécifique du préjudice professionnel.

La nomenclature « Dintilhac » reprend ces distinctions, en précisant à propos du déficit fonctionnel permanent : « il s'agit ici de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime ».

La réparation des préjudices professionnels est donc dissociée du déficit fonctionnel permanent et rejoint les préjudices patrimoniaux sous les rubriques « pertes de gains professionnels futurs » et « incidence professionnelle ».

Le déficit fonctionnel permanent rejoint en revanche le rang des préjudices extra patrimoniaux.

Cette mutation n'est pas sans conséquence au regard du recours subrogatoire des organismes payeurs.

En effet, si les préjudices extra-patrimoniaux sont, globalement assimilés à des préjudices personnels, ils échappent alors au recours subrogatoire des organismes payeurs.

Dans son avis rendu le 29 octobre 2007, la Cour de cassation semble défavorable à une indemnisation du déficit physiologique au titre des préjudices personnels et demeure ainsi en accord avec sa jurisprudence initiée par l'arrêt d'assemblée plénière du 29 octobre 2003.

Là réside la principale difficulté dans l'assimilation de l'IPP ancienne (expurgée des préjudices professionnels), au nouveau « DFP ».

L'obstacle n'est pas insurmontable.

La solution de conciliation figure même au texte de loi nouveau. Préjudice personnel au sens de la loi du 21 décembre 2006, le déficit fonctionnel permanent n'est pas à l'abri du recours subrogatoire des organismes sociaux, désormais autorisé par l'article L.376-1 al. 5 du Code de la Sécurité sociale, qui dispose : « cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice ».

Une simple présomption est instaurée en faveur des victimes. Il n'existe donc pas d'obstacle majeur à ce que l'ancienne notion d'IPP laisse la place au déficit fonctionnel permanent du support « Dintilhac » y compris du point de vue des recours.

En outre, et confortant l'ancienne pratique, le rapport « Dintilhac » distingue expressément le déficit fonctionnel permanent des préjudices d'agrément et d'établissement.

Dès lors, et quoi que les auteurs du rapport aient eu le souci salvateur de vouloir éradiquer les sigles, ce nouveau « DFP » se confond largement avec l'ancienne « IPP », du moins dans ses ultimes acceptions doctrinales et jurisprudentielles.

L'ancien « point d'IPP » est ainsi appelé à devenir « point de DFP ».

b. Préjudices corporels de la victime directe

aa. Préjudices patrimoniaux

Le groupe de travail a retenu dix préjudices relevant de la catégorie des « préjudices patrimoniaux ». Qu'ils soient temporaires ou permanents, ils ont tous en commun de présenter un caractère patrimonial (ou pécuniaire) qui correspond tantôt à des pertes subies par la victime, tantôt à des gains manqués par celle-ci.

α. Préjudice patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

α.1. Dépenses de santé actuelles (DSA)

Il s'agit d'indemniser la victime directe du dommage corporel de l'ensemble des frais hospitaliers,

médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmières, kinésithérapeute, orthoptie, orthophonie, etc.), le paiement de la plupart de ces dépenses étant habituellement pris en charge par les organismes sociaux.

Cependant, il arrive fréquemment qu'à côté de la part payée par l'organisme sociale, un reliquat demeure à la charge de la victime, ce qui nécessite, afin de déterminer le coût exact de ses dépenses, de les additionner pour en établir le coût réel.

Ces dépenses sont toutes réalisées durant la phase temporaire d'évolution de la pathologie traumatique, c'est-à-dire qu'elles ne pourront être évaluées qu'au jour de la consolidation ou de la guérison de la victime directe.

α.2. Frais divers

Il s'agit ici de prendre en compte tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe avant la date de consolidation de ses blessures. Ce poste de préjudice est donc par nature temporaire.

Il concerne notamment les reliquats demeurant à la charge de la victime (dépassements d'honoraire, supplément pour chambre individuelle...), les honoraires que la victime a été contrainte de déboursier auprès des médecins (spécialistes ou non) pour se faire conseiller et assister à l'occasion de l'expertise médicale la concernant.

Egalement au titre des frais divers sont inclus les frais de transports survenus durant la maladie traumatique, dont le coût est imputable à l'accident.

Enfin, toujours au titre de ce poste « frais divers », les dépenses destinées à compenser des activités non professionnelles particulières qui ne peuvent être assumées par la victime directe durant sa maladie traumatique (frais de garde des enfants, soins ménagers, assistance temporaire d'une tierce personne à domicile y compris s'il s'agit d'un proche de la victime pour les besoins de la vie courante, frais d'adaptation temporaire d'un véhicule ou d'un logement, etc.). Le mode d'indemnisation est alors identique que celui pour l'assistance par une tierce personne permanente étudiée dans le poste des préjudices permanents.

En outre, ce poste de préjudice devrait inclure les frais temporaires ou ponctuels exceptionnels (notamment les frais exposés par les artisans ou les commerçants lorsqu'ils sont contraints de recourir à du personnel de remplacement durant la période de

convalescence où ils sont immobilisés sans pouvoir diriger leur affaire).

A ce stade, il convient de rappeler que la liste de ces frais divers n'est pas exhaustive et qu'il conviendra ainsi d'y ajouter tous les frais temporaires, dont la preuve et le montant sont établis et qui sont imputables à l'accident à l'origine du dommage corporel subi par la victime.

α.3. Pertes de gains professionnels actuels

Sous le vocable d'incapacité temporaire de travail (ITT), la pratique juridique regroupe à la fois l'incapacité professionnelle économique subie par la victime directe et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique.

Cette confusion juridique doit aujourd'hui – dans un souci de sécurité juridique – cesser, car elle est source d'injustice dans l'indemnisation des victimes : certaines juridictions indemnisent le préjudice exclusivement économique de la victime, alors que d'autres indemnisent à ce titre, la globalité de son préjudice tant dans sa dimension patrimoniale qu'extra patrimoniale.

Le rapport propose en conséquence de cantonner les pertes de gains liées à l'incapacité provisoire de travail à la répartition exclusive du préjudice patrimonial temporaire subi par la victime du fait de l'accident, c'est-à-dire aux pertes actuelles de revenus éprouvés par cette victime du fait de son dommage. Il s'agit là de compenser une invalidité temporaire spécifique qui concerne uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation.

Les pertes de gains professionnels actuels sont calculées comme la différence de perte réelle de ressources et les indemnités déjà versées à ce titre par les organismes sociaux et éventuellement par l'employeur et son assurance complémentaire.

Bien sûr, ces pertes de gains peuvent être totales, c'est-à-dire priver la victime de la totalité des revenus qu'elle aurait normalement perçus pendant la maladie traumatique en l'absence de survenance du dommage, ou être partielles, c'est-à-dire la priver d'une partie de ses revenus sur cette période.

L'évaluation judiciaire ou amiable de ces pertes de gains doit être effectuée in concreto au regard de la preuve d'une perte de revenus établie par la victime jusqu'au jour de sa consolidation.

β. *Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)*

β.1. Dépenses de santé futures

Les dépenses de santé futures sont les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation.

Ils sont postérieurs à la consolidation de la victime, dès lors qu'ils sont médicalement prévisibles, répétitifs et rendus nécessaires par l'état pathologique permanent et chronique de la victime après sa consolidation définitive (frais liés à des hospitalisations périodiques dans un établissement de santé, à un suivi médical assorti d'analyses, à des examens et des actes périodiques, des soins infirmiers, ou autres frais occasionnels, etc.).

Ces frais futurs ne se limitent pas aux frais médicaux au sens strict : ils incluent en outre, les frais liés soit à l'installation de prothèses pour les membres, les dents, les oreilles ou les yeux, soit à la pose d'appareillages spécifiques qui sont nécessaires afin de suppléer le handicap physiologique permanent qui demeure après la consolidation.

β.2. Frais de logement adapté

Ces dépenses concernent les frais que doit déboursar la victime directe à la suite du dommage pour adapter son logement à son handicap et bénéficier ainsi d'un habitat en adéquation avec ce handicap.

Les frais de logement adaptés peuvent comprendre en particulier les travaux d'élargissement de portes, l'installation de rampes d'accès ou de barres d'appui...

Ce poste d'indemnisation concerne le remboursement des frais que doit exposer la victime à la suite de sa consolidation, dans la mesure où les frais d'adaptation du logement exposés, à titre temporaire, sont déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste de préjudice « frais divers ».

Cette indemnisation intervient sur la base de factures, de devis ou même des conclusions du rapport de l'expert sur la consistance et le montant des travaux nécessaires à la victime pour vivre dans son logement.

Ces frais doivent être engagés pendant la maladie traumatique afin de permettre à la victime handicapée

de pouvoir immédiatement retourner vivre à son domicile dès sa consolidation acquise.

Ce poste de préjudice inclut non seulement l'aménagement du domicile préexistant, mais éventuellement celui découlant de l'acquisition d'un domicile mieux adapté prenant en compte le surcoût financier engendré par cette acquisition.

En outre il est possible d'inclure au titre de l'indemnisation de ce poste de préjudice les frais de déménagement et d'emménagement, ainsi que ceux liés à un surcoût de loyer pour un logement plus grand découlant des difficultés de mobilité de la victime devenue handicapée.

Enfin, ce poste intègre également les frais de structure nécessaires pour que la victime handicapée puisse disposer d'un autre lieu de vie extérieur à son logement habituel de type foyer ou maison médicalisée.

β.3. Frais de véhicule adapté

Ce poste comprend les dépenses nécessaires pour procéder à l'adaptation d'un ou de plusieurs véhicules aux besoins de la victime atteinte d'un handicap permanent. Il convient d'inclure dans ce poste de préjudice le ou les surcoût(s) lié(s) au renouvellement du véhicule et à son entretien.

Les frais de véhicules adaptés peuvent comprendre l'installation d'un siège pivotant.

En revanche, les frais liés à l'adaptation, à titre temporaire, du véhicule avant la consolidation de la victime ne sont pas à intégrer, car ils sont provisoires et déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste « frais divers ».

En outre, ce poste doit inclure non seulement les dépenses liées à l'adaptation d'un véhicule, mais aussi le surcoût d'achat d'un véhicule susceptible d'être adapté.

Enfin, il est également possible d'assimiler à ces frais d'adaptation du véhicule les surcoûts en frais de transport rendus nécessaires à la victime en raison de ses difficultés d'accessibilité aux transports en commun survenues depuis le dommage.

β.4. Assistance par tierce personne

Ces dépenses liées à l'assistance permanente d'une tierce personne pour aider la victime handicapée à

effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne. Elles visent à indemniser le coût pour la victime de la présence nécessaire de manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie.

Elles constituent des dépenses permanentes qui ne se confondent pas avec les frais temporaires que la victime peut être amenée à déboursier durant la maladie traumatique, lesquels sont déjà susceptibles d'être indemnisés au titre du poste « frais divers ».

β.5. Perte de gains professionnels futurs

Il s'agit ici d'indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage.

Il s'agit d'indemniser une invalidité spécifique partielle ou totale qui entraîne une perte ou une diminution directe de ses revenus professionnels futurs à compter de la date de consolidation. Cette perte ou diminution des gains professionnels peut provenir soit de la perte de son emploi par la victime, soit de l'obligation pour celle-ci d'exercer un emploi à temps partiel à la suite du dommage consolidé. Ce poste n'englobe pas les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste qui ne sont que des conséquences indirectes du dommage.

En outre, concernant les jeunes victimes ne percevant pas à la date du dommage de gains professionnels il conviendra de prendre en compte pour l'avenir la privation de ressources professionnelles engendrée par le dommage en se référant à une indemnisation par estimation.

De ce poste de préjudice, devront être déduites, les prestations servies à la victime par les organismes de Sécurité sociale (pensions d'invalidité et rentes accidents du travail), les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs (prestations longue durée d'invalidité et d'accidents du travail), de même que par les employeurs publics (allocations temporaires d'invalidité, pensions et rentes viagères d'invalidité), qui tendent à indemniser, le plus souvent de manière forfaitaire, partant de manière partielle, l'incapacité invalidante permanente subie par la victime afin d'éviter, soit que celle-ci ne bénéficie d'une double indem-

nisation de son préjudice sur ce point, soit que le recours exercé par l'organisme tiers payeur ne réduise les sommes dues à la victime.

Ainsi afin d'éviter une double indemnisation de la victime entre ce poste « perte de gains professionnels futurs » et une rente, notamment comme cela est le cas en matière de victime d'accident du travail, le groupe de travail recommande que les tiers payeurs soient désormais contraints de présenter à l'organe d'indemnisation un état de leur créance relative à la rente versée à la victime qui contienne une ventilation entre la part de cette créance destinée à indemniser la partie patrimoniale du préjudice corporel et celle visant à en indemniser la partie extra patrimoniale.

A défaut si le tiers payeurs n'effectue aucune diligence pour procéder à cette « clé » de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniale et extra patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente.

β.6. Incidence professionnelle

Ce poste d'indemnisation vient compléter celle déjà obtenue par la victime au titre du poste « pertes de gains professionnels futurs » susmentionné sans pour autant aboutir à une double indemnisation du même préjudice.

Cette incidence professionnelle à caractère définitif a pour objet d'indemniser non la perte de revenus liée à l'invalidité permanente de la victime, mais les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle, ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à sa nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a du choisir en raison de la survenance de son handicap.

Il convient en outre, de ranger dans ce poste de préjudice les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste assumés par la Sécurité sociale et/ou par la victime elle-même qui sont souvent oubliés, alors qu'ils concernent des sommes importantes. Il s'agit des frais déboursés par l'organisme social et/ou par la victime elle-même immédia-

tement après que la consolidation de la victime soit acquise afin qu'elle puisse retrouver une activité professionnelle adaptée une fois sa consolidation achevée : elle peut prendre la forme d'un stage de reconversion ou d'une formation.

Là encore, le pragmatisme doit conduire à ne pas retenir une liste limitative de ses frais spécifiques, mais à l'inverse à inclure dans ce poste de préjudice patrimonial tous les frais imputables au dommage nécessaires à un retour de la victime dans la sphère professionnelle.

Ce poste de préjudice cherche également à indemniser la perte de retraite que la victime va devoir supporter en raison de son handicap, c'est-à-dire le déficit de revenus futurs, estimé imputable à l'accident, qui va avoir une incidence sur le montant de la pension auquel pourra prétendre la victime au moment de sa prise de retraite.

Comme pour l'indemnisation du poste précédent, il convient de noter que si les pertes de gains professionnels peuvent être évaluées pour des victimes en cours d'activité professionnelles elles ne peuvent cependant qu'être estimées pour les enfants ou les adolescents qui ne sont pas encore entrés dans la vie active.

Une fois encore, la liste des préjudices à intégrer dans ce poste est indicative. Ainsi, il peut, par exemple, être prévu une indemnisation, au titre de ce poste, de la mère de famille sans emploi pour la perte de la possibilité, dont elle jouissait avant l'accident, de revenir sur le marché du travail.

β.7. Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSU)

Ce poste de préjudice à caractère patrimonial a pour objet de réparer la perte d'année(s) d'études que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre consécutive à la survenance du dommage subi par la victime directe.

Ce poste intègre, en outre, non seulement le retard scolaire ou de formation subi, mais aussi une possible modification d'orientation, voire une renonciation à toute formation qui obère ainsi gravement l'intégration de cette victime dans le monde du travail.

bb. Préjudices extra patrimoniaux

Les préjudices extra patrimoniaux – temporaires ou permanents – retenus par le groupe de travail sont au

nombre de dix : ils sont dépourvus de toute incidence patrimoniale ce qui exclut qu'ils soient pris en compte dans l'assiette du recours subrogatoire exercé par les tiers payeurs subrogés dans les droits de la victime directe.

α. Préjudices extra patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

α. 1. Déficit fonctionnel temporaire

Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation.

Cette invalidité par nature temporaire est dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste « pertes de gains professionnels actuels ».

A l'inverse, elle va traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, mais aussi à la « perte de qualité de vie et à celle de joies usuelles de la vie courante » que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.).

La durée de l'incapacité fonctionnelle totale ou gêne temporaire totale ou déficit temporaire fonctionnel total s'étend en général à la durée de l'hospitalisation. Elle se prolonge parfois au-delà quand le patient continue à être gêné de façon très importante, par exemple si après l'hospitalisation, il continue à être porteur d'un plâtre au niveau des deux membres supérieurs, ce qui nécessite l'aide d'une tierce personne.

L'incapacité fonctionnelle, le déficit temporaire fonctionnel partiel correspondent en général à la période d'arrêt de travail.

Cette gêne temporaire partielle dans le cadre de la loi Badinter n'est pas quantifiée. Ainsi, on ne la fixe pas à 20%, à 40% ou à 70%. On signale uniquement son existence dans le cadre de la loi Badinter.

Les tribunaux allouent en général une indemnisation comprise entre 500 et 800€ par mois jusqu'à la date de consolidation.

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire de 20 jours a été évalué à 100 € par la MATMUT pour une femme de 30 ans le 27.03.08, soit 5 € par jour.

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire avec gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 1 mois pour un adulte a été estimé par la MATMUT en 2008 à 150 €, soit 5 € par jour.

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire avec gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 20 jours pour un adulte a été estimé par la MACIF en 2008 à 284 €, soit 14 € par jour.

A titre d'exemple, un déficit fonctionnel temporaire avec gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 108 jours pour un adulte de 24 ans a été estimé par le Fonds de Garantie Automobile en 2009 à 900 €, soit 8,3 € par jour.

A titre d'exemple, une gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles d'une durée de 1 an pour une adulte de 45 ans a été estimée par le Fonds de Garantie Automobile le 03-06-2009 à 3.000 €, soit 8 € 20 par jour.

α. 2. Souffrances endurées (SE)

Les souffrances endurées sont définies par le rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels remis au premier président de la Cour de cassation par Jean-Pierre Dintilhac alors président de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation, comme « 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 sa consolidation. A compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront indemnisées à ce titre ».

Il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques ainsi que les troubles associés, que doit endurer la victime durant la maladie traumatique c'est-à-dire du jour de l'accident à celui de sa consolidation. En effet, à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre.

α. 3. Préjudice esthétique temporaire (PET)

Il a été observé que, durant la maladie traumatique, la victime subissait bien souvent des atteintes phy-

siques, voire une altération de son apparence physique, certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers.

Or ce type de préjudice est souvent pris en compte au stade des préjudices extra- patrimoniaux permanents, mais curieusement omis de toute indemnisation au titre de la maladie traumatique où il est pourtant présent, notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face.

Aussi, le groupe de travail a décidé d'admettre, à titre de poste distinct, ce chef de préjudice esthétique temporaire.

β. Préjudices extra patrimoniaux permanents (après consolidation)

β. 1. Déficit fonctionnel permanent (DFP)

Ce poste de préjudice cherche à indemniser un préjudice extra patrimonial 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, les troubles dans les conditions d'existence de la victime, la perte de la qualité de vie, les pertes des joies de la vie courante et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation.

Ce poste peut être défini, selon la Commission européenne à la suite des travaux de Trêves de Juin 2000, comme correspondant à « la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel, ou intellectuel résultant de l'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 liées à l'atteinte séquel-laire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

En outre ce poste de préjudice doit réparer la perte d'autonomie personnelle que vit la victime dans ses activités journalières, ainsi que tous les déficits fonctionnels spécifiques qui demeurent même après la consolidation.

En raison de son caractère général, ce déficit fonctionnel permanent ne se confond pas avec le préjudice d'agrément, lequel a pour sa part un objet spécifique en ce qu'il porte sur la privation d'une activité déterminée de loisirs.

Afin d'éviter une double indemnisation de la victime entre ce poste « déficit fonctionnel permanent » et une rente, notamment comme cela est le cas en matière de victime d'accident du travail, le groupe de travail recommande que les tiers payeurs soient désormais contraints de présenter à l'organe d'indemnisation un état de leur créance relative à la rente versée à la victime qui contienne une ventilation entre la part de cette créance destinée à indemniser la partie patrimoniale du préjudice corporel et celle visant à en indemniser la partie extra patrimoniale.

A défaut, si le tiers payeur n'effectue aucune diligence pour procéder à cette « clé » de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniale et extra patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente.

β. 2. Préjudice d'agrément (PA)

Ce poste de préjudice vise exclusivement à réparer le préjudice d'agrément spécifique lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs.

Ce poste de préjudice doit être apprécié in concreto en tenant compte de tous les paramètres individuels de la victime (âge, niveau, etc.).

β. 3. Préjudice esthétique permanent (PEP)

Ce poste cherche à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage.

β. 4. Préjudice sexuel (PS)

Ce poste concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle. Il convient de distinguer trois types de préjudice de nature sexuelle :

- ✓ le préjudice morphologique qui est lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi ;
- ✓ le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir) ;
- ✓ le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical, accouchement impossible sans césarienne, etc.).

Là encore, ce préjudice doit être apprécié *in concreto* en prenant en considération les paramètres personnels de chaque victime.

β.5. Préjudice d'établissement (PE) en particulier pour les victimes jeunes souffrant de traumatismes crâniens graves

Ce poste de préjudice cherche à indemniser la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale « normale » en raison de la gravité du handicap permanent, dont reste atteint la victime après sa consolidation : il s'agit de la perte d'une chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renoncations sur le plan familial.

Il convient ici de le définir par référence à la définition retenue par le Conseil nationale de l'aide aux victimes comme la « perte d'espoir et de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale (se marier, fonder une famille, élever des enfants, etc.) en raison de la gravité du handicap ».

Ce type de préjudice doit être apprécié *in concreto* pour chaque individu en tant compte notamment de son âge.

β.6. Préjudices permanents exceptionnels (PPE)

Lors de ses travaux, le groupe de travail a pu constater combien il était nécessaire de ne pas retenir une nomenclature trop rigide de la liste des postes de préjudice corporel.

Ainsi il existe des préjudices atypiques qui sont directement liés aux handicaps permanents, dont reste atteinte la victime après sa consolidation et dont elle peut légitimement souhaiter obtenir une réparation.

A cette fin, dans un souci de pragmatisme, – qui a animé le groupe de travail durant ses travaux –, il semble important de prévoir un poste « préjudices permanents exceptionnels » qui permettra, le cas échéant, d'indemniser, à titre exceptionnel, tel ou tel préjudice extra patrimonial permanent particulier non indemnisable par un autre biais.

Ainsi il existe des préjudices extra patrimoniaux permanents qui prennent une résonance toute particulière, soit en raison de la nature des victimes, soit en raison des circonstances ou de la nature de l'accident à l'origine du dommage (il s'agit ici des préjudices spécifiques liés à des événements exceptionnels comme des attentats, des catastrophes collectives naturelles ou industrielles de type « AZF »).

γ. *Préjudices extra patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)*

Ils correspondent aux préjudices liés à des pathologies évolutives.

Il s'agit d'un poste de préjudice relativement récent qui concerne toutes les pathologies évolutives. Il s'agit notamment de maladies incurables susceptibles d'évoluer et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel.

C'est un chef de préjudice qui existe en dehors de toute consolidation des blessures, puisqu'il se présente pendant et après la maladie traumatique. Tel est le cas du préjudice lié à la contamination d'une personne par le virus de l'hépatite C, celui du VIH, la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou l'amiante, etc.

Il s'agit ici d'indemniser « le préjudice résultant pour une victime de la connaissance de sa contamination par un agent exogène, quelle que soit sa nature (biologique, physique ou chimique), qui comporte le

risque d'apparition à plus ou moins brève échéance d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ».

c. Nomenclature des préjudices corporels des victimes indirectes (victimes par ricochet)

Il s'agit de l'élaboration d'une nomenclature des postes de préjudice subi par les victimes par ricochet c'est-à-dire par les proches de la victime directe.

On peut ainsi distinguer les préjudices patrimoniaux subis par ces victimes des préjudices extra patrimoniaux.

aa. Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

α. Préjudices patrimoniaux

α.1. Frais d'obsèques (FO)

Ce poste de préjudice concerne les frais d'obsèques et de sépulture que vont devoir assumer les proches de la victime directe à la suite de son décès consécutif à la survenance du dommage.

Ces frais font l'objet d'une évaluation concrète fondée sur une facture établie en bonne et due forme.

α.2. Pertes de revenus des proches (PR)

Le décès de la victime directe va engendrer des pertes ou des diminutions de revenus pour son conjoint (ou son concubin) et ses enfants à charge, c'est-à-dire pour l'ensemble de la famille proche du défunt. Ces pertes ou diminutions de revenus s'entendent de ce qui est exclusivement liée au décès et non des pertes de revenus des proches conséquences indirectes du décès.

Pour déterminer la perte ou la diminution de revenus affectant ses proches, il y a lieu de prendre comme élément de référence, le revenu annuel du foyer avant le dommage ayant entraîné le décès de la victime directe en tenant compte de la part d'autoconsommation de celle-ci et du salaire qui continue à être perçu par son conjoint (ou concubin) survivant.

En outre, il convient de réparer, au titre de ce poste, la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe, lorsqu'ils sont obligés d'assurer jusqu'au décès de celle-ci une présence constante et d'abandonner temporairement leur emploi.

En tout état de cause, la réparation de ce chef de préjudice ne saurait conduire le proche de la victime directe à bénéficier d'une double indemnisation à la fois au titre de l'indemnisation de ce poste et de celle qu'il pourrait également percevoir au titre de l'assistance par une tierce personne, s'il décidait de remplir cette fonction auprès de la victime. Dans ce cas, il conviendra de déduire cette dernière indemnité de celle à laquelle il pourra prétendre au titre de l'indemnisation du présent poste.

α.3. Frais divers des proches (FD)

Ce poste de préjudice vise à indemniser les proches de la victime directe des frais divers que ceux-ci ont pu engager à l'occasion de son décès ; ce sont principalement des frais de transports, d'hébergement et de restauration. L'évaluation se fait in concreto sur base de justificatifs.

β. Préjudices extra patrimoniaux

β.1. Le préjudice d'accompagnement (PAc)

Il s'agit ici de réparer un préjudice moral, dont sont victimes les proches de la victime directe pendant la maladie traumatique de celle-ci jusqu'à son décès.

Ce poste de préjudice a pour objet d'indemniser les bouleversements de la vie quotidienne de ceux qui partagent la survie douloureuse de la victime pendant la maladie traumatique jusqu'au décès, les bouleversements que le décès de la victime directe entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien.

Le préjudice d'accompagnement traduit les troubles dans les conditions d'existence d'un proche, qui partageait habituellement une communauté de vie effective avec la personne décédée à la suite du dommage.

Les proches doivent avoir partagé une communauté de vie effective et affective avec la victime directe, laquelle ne doit pas être exclusivement définie par référence au degré de parenté.

L'évaluation de ce poste de préjudice doit être très personnalisée, car il ne s'agit pas ici d'indemniser systématiquement les personnes ayant une proximité juridique avec la victime directe, mais plutôt celles bénéficiant d'une réelle proximité affective avec celle-ci.

β.2. Préjudice d'affection (Paf)

Il s'agit d'une poste de préjudice qui répare le préjudice d'affection que subissent certains proches à la suite du décès de la victime directe. Il convient d'inclure, à ce titre, le retentissement pathologique avéré que le décès a pu entraîner chez certains proches.

En pratique, il y a lieu d'indemniser quasi-automatiquement les préjudices d'affection des parents les plus proches de la victime directe (père et mère, etc.).

Cependant, il convient également d'indemniser, à ce titre, des personnes dépourvues de lien de parenté, dès lors qu'elles établissent par tout moyen avoir entretenu un lien affectif réel avec le défunt.

bb. Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

α. Préjudices patrimoniaux

α.1. Pertes de revenus des proches (PR)

Le handicap dont reste atteinte la victime directe à la suite du dommage corporel va engendrer une perte ou une diminution de revenus pour son conjoint (ou son concubin) et ses enfants à charge. Dans ce cas, il y a lieu de prendre comme élément de référence, le préjudice annuel du foyer avant le dommage ayant entraîné son handicap en tenant compte de la part d'autoconsommation de la victime directe et du salaire qui continue à être perçu par son conjoint (ou son concubin).

En outre, il convient de réparer au titre de ce poste, la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe lorsqu'ils sont obligés pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi.

En tout état de cause, la réparation de ce chef de préjudice ne saurait conduire le proche de la victime directe à bénéficier d'une double indemnisation à la fois au titre de l'indemnisation de ce poste et de celle qu'il pourrait également percevoir au titre de l'assistance par une tierce personne, s'il décidait de remplir cette fonction auprès de la victime. Dans ce cas, il conviendra de déduire cette dernière indemnité de celle à laquelle il pourra prétendre au titre de l'indemnisation du présent poste.

α.2. Frais divers des proches (FD).

Ce poste de préjudice vise à indemniser les proches de la victime directe des frais divers que ceux-ci ont pu engager pendant ou après la maladie traumatique de la victime survivante atteinte d'un handicap, ce sont principalement des frais de transports, d'hébergement et de restauration.

Ces frais peuvent être conséquents dans le domaine des transports, notamment si la victime directe séjourne dans un établissement éloigné de la résidence de sa famille qui vient la voir régulièrement. Les proches doivent, dans ce cas, exposer non seulement des frais de transports mais également des frais de repas – ou même de courts séjours – à l'extérieur de la résidence habituelle de la victime.

β. Préjudices extra patrimoniaux

β.1. Préjudice d'affection (Paf)

Il s'agit d'un poste de préjudice qui répare le préjudice d'affection que subissent certains proches à suite de la survie handicapée de la victime directe. Il s'agit du préjudice moral subi par certains proches à la vue de la douleur de la déchéance et de la souffrance de la victime directe. Il convient d'inclure à ce titre le retentissement pathologique avéré que la perception du handicap de la victime survivante a pu entraîner chez certains proches.

En pratique, il y a lieu d'indemniser quasi-automatiquement le préjudice d'affection des parents les plus proches de la victime directe (père, mère, etc.).

Cependant, il convient également d'indemniser, à ce titre, des personnes dépourvues de lien de parenté, dès lors qu'elles établissent par tout moyen avoir entretenu un lien affectif réel avec le défunt.

β.2. Préjudices extra patrimoniaux exceptionnels (PEx)

Il s'agit ici notamment de réparer les préjudices de changement dans les conditions de l'existence, dont sont victimes les proches de la victime directe pendant sa survie handicapée.

Ce poste de préjudice a pour objet d'indemniser les bouleversements que la survie douloureuse de la vic-

time directe entraîne sur le mode de vie de ses proches au quotidien.

Ce préjudice de changement dans les conditions d'existence indemniser les troubles ressentis par un proche de la victime directe qui partage habituellement une communauté de vie effective avec la personne handicapée à la suite du dommage, que ce soit au domicile ou par de fréquentes visites en milieu hospitalier en apportant le réconfort moral d'une présence affectueuse.

Les proches doivent avoir partagé une communauté de vie effective et affective avec la victime directe, laquelle ne doit pas être exclusivement définie par référence au degré de parenté.

L'évaluation de ce poste de préjudice doit être très personnalisée, car il ne s'agit pas ici d'indemniser systématiquement les personnes ayant une proximité juri-

dique avec la victime directe, mais plutôt celles bénéficiant d'une réelle proximité affective avec celle-ci.

Il convient d'inclure au titre de ce poste de préjudice le retentissement sexuel vécu par le conjoint ou le concubin à la suite du handicap subi par la victime directe pendant la maladie traumatique et après sa consolidation.

d. Tableau récapitulatif des correspondances entre la nomenclature Dintilhac, la nomenclature classique et les prestations de la Sécurité sociale

Le tableau suivant permet de faire la synthèse entre les termes utilisés par la nomenclature Dintilhac, la nomenclature classique et les prestations de la Sécurité sociale.

NOMENCLATURE ACTUELLE Dite Dintilhac	ANCIENNE CLASSIFICATION	PRESTATIONS CORESPONDANTES de Sécurité Sociale
I. PREJUDICES DES VICTIMES DIRECTES		
A. PREJUDICES PATRIMONIAUX (ECONOMIQUES)		
1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)		
• Dépenses de santé actuelles (DSA)	Frais restés à charge	Prestations en nature
• Frais divers (FD)		
• Pertes de gains professionnels actuels (PGPA)	Pertes de Salaires	Indemnités journalières
2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)		
• Dépenses de santé futures (DSF)	Allocation tierce personne	
• Frais de logement adapté (FLA)		
• Frais de véhicule adapté (FVA)		
• Assistance par tierce personne (ATP)		
• Perte de gains professionnels futurs (PGPF)	Pertes de revenus futurs	
• Incidence professionnelle (IP)	Préjudice professionnel	
• Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSU)	Préjudice scolaire, universitaire ou de formation	
B. PREJUDICES EXTRA-PATRIMONIAUX		
1. Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation)		
• Déficit fonctionnel temporaire (DFT)	Gêne de la vie courante pendant I.T.T.	
• Souffrance endurées (SE)	Pretium doloris	
• Préjudice esthétique temporaire (PET)		
2. Préjudice extra-patrimoniaux permanents (après consolidation)		
• Déficit fonctionnel permanent (DFP)	I.P.P.	Rente
• Préjudice d'agrément (PA)	Préjudice d'agrément	
• Préjudice esthétique permanent (PEP)	Préjudice esthétique permanent	
• Préjudice sexuel (PS)	Préjudice sexuel	
• Préjudice d'établissement (PE)	Préjudice d'établissement	
• Préjudices permanents exceptionnels (PPE)		

NOMENCLATURE ACTUELLE Dite Dintilhac	ANCIENNE CLASSIFICATION	PRESTATIONS CORRESPONDANTES de Sécurité Sociale
3. Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation)		
• Préjudices liés à des pathologies évolutives (PEV)		
II. PRÉJUDICES DES VICTIMES INDIRECTES		
A. PRÉJUDICES DES VICTIMES INDIRECTES EN CAS DE DÉCÈS DE LA VICTIME DIRECTE		
1. Préjudices patrimoniaux		
• Frais d'obsèques (FO)		
• Pertes de revenus des proches (PR)		
• Frais divers des proches (FD)		
2. Préjudices extra-patrimoniaux		
• Préjudice d'accompagnement (PAC)		
• Préjudice d'affection (PAF)		
B. PRÉJUDICES DES VICTIMES INDIRECTES EN CAS DE SURVIE DE LA VICTIME DIRECTE		
1. Préjudices patrimoniaux		
• Pertes de revenus des proches (PR)		
• Frais divers des proches (FD)		
2. Préjudices extra-patrimoniaux		
• Préjudice d'affection (PAF)		
• Préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels (PEX)		

e. La classification classique des préjudices suivant la mission dite droit commun rédigée par l'AREDOC 2006

Jusqu'à un passé fort récent, la mission dite droit commun rédigée par l'AREDOC proposée aux experts, utilisée en expertise amiable et en expertise judiciaire par l'ensemble de la profession adoptée par les assureurs en assurance dommages et dans les garanties individuelles type accident de la vie destinés aux petits et moyens dossiers datait de 1994. Cette mission concerne les petits et moyens dossiers, c'est-à-dire ceux traitant de séquelles corporelles « modestes », soit à peu près 95 % des dossiers corporels. Cette mission est la mission de référence des conventions corporelles et du protocole d'accord organismes sociaux / entreprises d'assurances. On insistera plus particulièrement sur la façon d'appréhender certains dommages par l'expert.

Cette mission était en particulier proposée pour le règlement de l'indemnisation des préjudices occasionnés par les accidents de la voie publique au titre de la loi Badinter de 1985.

Depuis cette date, on a constaté tout d'abord une évolution de la jurisprudence qui consacrait le préjudice sexuel comme un poste autonome et qui a consa-

cré deux nouveaux concepts : les troubles dans les conditions de l'existence et les gênes dans les actes de la vie courante pendant la période temporaire avant consolidation. D'autre part, le secrétariat d'Etat au droit des victimes a créé en 2004 une commission de travail animée par le Président de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation de l'époque, Monsieur Jean-Pierre Dintilhac.

Le rapport de cette commission rendu en juillet 2005 au 1^{er} président de la Cour de cassation de l'époque, Monsieur Canivet, proposait une nouvelle nomenclature de poste de préjudices indemnitaires et confirmait la distinction d'une part entre postes économiques et non économiques et d'autre part les postes à caractère temporaire et les postes à caractère définitif. Le but de cette nomenclature était d'harmoniser les méthodes d'indemnisation et d'instaurer une forme de sécurité juridique. La nomenclature dite Dintilhac propose ainsi une liste de postes indemnitaires au nombre de 27 dont 20 concernant la victime directe et 7 concernant la victime indirecte. Certains postes ne justifient pas l'intervention du médecin comme le préjudice d'affection, le préjudice d'accompagnement ou les frais d'obsèques par exemple. Les assureurs ont donc décidé d'élaborer une nouvelle mission d'expertise prenant

en considération les propositions de la « commission Dintilhac » relatives aux postes de préjudices. Il a donc été créé une nouvelle mission d'expertise médicale droit commun par les assureurs en 2006 dont on détaillera ci-dessus la partie portant sur l'analyse et l'évaluation de postes de préjudices. Cette nouvelle mission type dite en droit commun 2006 reste une mission type proposée par les assureurs en assurance dommage, assurance dommages, dans les accidents de la voie publique et dans les accidents de la vie.

Il est à noter que les tribunaux modifient progressivement également leurs missions d'expertise judiciaire pour tenir compte des propositions de cette commission Dintilhac. La nomenclature Dintilhac a été ainsi rapidement utilisée par quelques Cours d'appel comme nomenclature de référence. La nomenclature a également été adoptée par l'ONIAM pour indemniser les victimes des accidents médicaux non fautifs à la suite du dispositif issu de la loi du 04.03.02.

La loi du 21.12.06 portant sur le financement de la Sécurité sociale pour 2007 (article 25) énonce entre autre que le recours des organismes sociaux doit se faire poste par poste. Cette loi a donc nécessité une adaptation des missions tant amiables que judiciaires tant dans le cadre des accidents de la circulation que dans le cadre de la responsabilité médicale pour permettre un recours facilité des tiers payeurs.

La mission 2006 énumère des postes de préjudices temporaires et des postes de préjudices permanents. Elle représente un condensé de la nomenclature Dintilhac, adapté aux situations les plus usuelles et les moins complexes.

Comme on le voit, on assiste à un partage des rôles entre le médecin et le régleur. L'expert médical fixe la date de consolidation, les périodes d'incapacité temporaire totale, d'incapacité permanente partielle, les souffrances endurées, le préjudice esthétique in abstracto.

Il se contente donc de décrire le dommage esthétique, les doléances de la victime décrivant les impossibilités définitives d'exercer une activité spécifique de loisir, les doléances de la victime concernant les conséquences professionnelles de son accident, les troubles de la fonction sexuelle déclarés par la victime. Tous ces derniers postes (appréciation du préjudice esthétique in concreto, reconnaissance et quantification du préjudice d'agrément, du préjudice professionnel, du préjudice sexuel) appartiennent au domaine du régleur. En effet, nous le rappelons, la mission du

type droit commun 2.006 énumère de façon limitative les postes de préjudice appréciés par l'expert : incapacité permanente partielle, souffrances endurées, préjudice esthétique in abstracto.

Ce raisonnement se base sur le fait que les souffrances endurées, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément ne sont pas compris dans l'assiette du recours des Caisses de Sécurité Sociale.

a. Les postes de préjudices temporaires

aa. Le déficit fonctionnel temporaire

Parmi les postes de préjudices temporaires, le premier à décrire est le déficit fonctionnel temporaire.

Il se définit comme les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident. Ce déficit ne concerne que les gênes dans la vie quotidienne à titre personnel et non pas les gênes dans la sphère professionnelle. Cette dernière gêne dans la sphère professionnelle est décrite dans un autre poste de préjudice. Ce poste de préjudice de déficit fonctionnel temporaire remplace l'ancienne incapacité temporaire dans sa composante personnelle. Il englobe ce que la jurisprudence qualifiait avant 2006 de troubles dans les conditions d'existence (TCE), des gênes dans les actes de la vie courante (GADC), du préjudice d'agrément temporaire (PAT). Il convient d'y rajouter également le préjudice sexuel temporaire. Le préjudice fonctionnel temporaire est donc représenté par toutes les gênes subies par la victime de la date de l'événement traumatique à la consolidation et subies exclusivement sur le plan personnel. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime mais aussi à la perte de la qualité de la vie et celle des joies usuelles de la vie courante que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant l'hospitalisation, privation temporaire des activités privées ou d'agrément, préjudice sexuel...).

L'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle est par nature temporaire. Durant cette période on observe une dégressivité des gênes subies par la victime. On peut donc déterminer trois périodes relatives à l'intensité des gênes subies par la victime. Chaque période est exclusive de l'autre sans cependant être systématiquement existante. Par exemple, il n'y a pas systématiquement une immobilisation totale de la victime à la suite d'un événement traumatique.

Ces périodes peuvent se succéder voire alterner dans le temps. Ces trois périodes sont :

- ✓ Gêne temporaire totale dans toutes les activités personnelles y compris ludiques et sportives, constituées des gênes relatives à l'immobilisation totale à domicile ou dans un secteur hospitalier.
- ✓ Gêne temporaire partielle dans toutes les activités personnelles dont ludiques et sportives. Cette période ne fait nécessairement suite à une période de gêne temporaire totale, elle peut débuter immédiatement après l'accident. Elle est assez fréquente et concerne en général les victimes d'un traumatisme mineur ou ne touchant qu'une seule région corporelle. Deux situations sont possibles :
 - soit la victime est gênée partiellement dans toutes ses activités sans pour autant qu'elles soient rendues impossibles ;
 - soit elle est gênée totalement dans une de ses activités alors qu'elle peut en réaliser d'autres.

Les questions posées par le médecin porteront sur la date de début de la verticalisation, la durée d'utilisation d'une aide technique (cannes anglaises, déambulateur, collier cervical...), la date de la 1^{re} sortie hors du domicile, celle de la reprise de la conduite automobile, celle de l'utilisation des transports en commun, celle de la reprise d'activité domestique...

Le médecin précisera les moyens apportés par la victime pour remédier à cette gêne : aide ménagère, aide du conjoint, aide d'un membre de sa famille ou d'un voisin.

L'expert établira la durée de l'aide rendue nécessaire par le déficit fonctionnel temporaire, que cette aide soit rémunérée ou bénévole. Par rapport à l'ancienne nomenclature, l'incapacité temporaire totale correspond à la période d'arrêt de travail, ou à la gêne temporaire totale personnelle (ITT). L'incapacité temporaire partielle (ITP) correspond à la période d'arrêt de travail partielle et à la gêne temporaire partielle personnelle.

Concernant les collégiens et les lycéens ou les étudiants, l'expert décrira qu'elles étaient les conséquences de l'accident sur l'interruption des études, l'impossibilité ou la difficulté à fréquenter le lieu habituel de l'enseignement et pendant la période des vacances, l'arrêt total ou partiel des activités physiques de loisirs.

Pour les retraités, l'expert décrira les conséquences de l'accident sur leurs activités qui sont souvent plus variées et plus multiples que chez les personnes actives et pour les personnes au foyer, précisera la nature des aides qui ont été rendues nécessaire pour effectuer les tâches domestiques courantes.

bb. L'arrêt temporaire des activités professionnelles

L'arrêt temporaire des activités professionnelles encore appelé perte de gains actuels constitue la deuxième partie des préjudices touchant la période temporaire précédant la consolidation plus communément appelé arrêt de travail, elle est appelée selon la nomenclature Dintilhac perte de gains professionnels actuels (PGPA) et correspond au versant professionnel et économique de l'ancienne incapacité temporaire totale, de l'ancienne incapacité temporaire partielle de la mission en 1994.

Il s'agira de décrire l'arrêt d'activités professionnelles de la victime pour laquelle il y a déjà eu un descriptif de ses gênes temporaires sur sa vie personnelle. Il s'agit donc de la répercussion du dommage sur la sphère professionnelle de la victime pour laquelle le médecin devra se prononcer quant à la durée.

L'expert précisera en quoi les lésions ont empêché la victime d'exercer d'une manière totale ou partielle son activité professionnelle.

L'activité professionnelle doit être considérée dans un sens large : salaires, honoraires, revenus commerciaux ou agricoles...

Pour le demandeur d'emploi il s'agit de la période correspondant à la durée pendant laquelle la victime n'a pu exercer, s'il en aurait eu l'opportunité un emploi correspondant à sa qualification.

Si la victime avait perdu, peu de temps avant l'accident, un emploi régulièrement exercé et nécessitant cette qualification précise, la période considérée comme d'interruption des activités professionnelles pourra être déterminée en s'interrogeant sur la possibilité qu'aurait eu la victime d'accepter ou non un emploi dans sa qualification et en la confrontant aux lésions subies.

Si la victime ne possède pas de qualification précise et recherchait depuis longtemps un emploi, il est alors plus difficile de déterminer une période précise.

cc. Les souffrances endurées (SE)

Les souffrances endurées (SE) présentent le même terme de souffrances endurées pour la nomenclature Dintilhac et l'ancienne mission droit commun de 1994.

Par définition les souffrances endurées appartiennent au poste de préjudices temporaires et concernent donc les algies subies entre l'accident et la consolidation.

Cependant certaines douleurs peuvent persister après consolidation. Lorsqu'elles ne donnent pas lieu à un pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, elles peuvent alors être prises en compte dans le cadre des souffrances endurées.

Les souffrances endurées sont définies comme « la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisation, 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 ». Elles s'évaluent suivant l'échelle habituelle par demi degré croissante de 0.5 à 7.

dd. Le préjudice esthétique temporaire (PET)

Le préjudice esthétique temporaire (PET) n'est pas nommément cité dans la mission droit commun 2006 mais il existe, même si cela est peu fréquent. Il conviendra donc de le décrire.

Ce préjudice esthétique temporaire (PET) est indiqué comme tel dans la nomenclature Dintilhac.

Il peut concerner des cas très particuliers de blessures très graves au niveau de la face par exemple ou dans le cas de grands brûlés qui justifient de longs et douloureux traitements pendant une durée prolongée. Il peut s'agir aussi par exemple du port d'appareil d'immobilisation tel qu'un plâtre qui par définition n'est que temporaire.

L'expert décrira alors la gêne esthétique ressentie pendant la période avant consolidation.

Ce préjudice esthétique temporaire se définit pour le rapport Dintilhac comme une altération de l'apparence physique certes temporaire mais aux consé-

quences personnelles très préjudiciables liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers.

b. Les postes de préjudices permanents

aa. L'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)

L'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) se définit comme « la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomophysiologique médicalement constatable à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.

Dans la nomenclature Dintilhac cette AIPP est appelée déficit fonctionnel permanent (DFP).

Cette AIPP porte le nom de l'ancienne nomenclature de la mission en 1994 de droits commun d'IPP (incapacité permanente partielle). Mais cette IPP entraînait une confusion entre l'aspect physiologique non économique et l'aspect professionnel qui a un caractère économique.

L'IPP présentait donc un caractère hybride englobant souvent un aspect non économique et un aspect économique qui entraînait par exemple, en cas de conséquences professionnelles, sans abandon de profession, une indemnisation avec une majoration de la valeur du point d'IPP.

Cette AIPP se caractérise par l'absence de toute connotation professionnelle ou économique. Que la victime exerce ou non une activité professionnelle, la fixation du taux par référence à un barème sera réalisée de la même manière : à séquelles égales, évaluation égale, et donc taux d'AIPP identique. Cette AIPP correspond donc à la réduction de la capacité fonctionnelle d'un individu.

On rappellera que trois termes sont régulièrement utilisés en matière de dommage corporel. Tout d'abord l'infirmité qui est notion anatomique, support d'une atteinte fonctionnelle, ensuite l'incapacité, notion physiologique, correspondant à une atteinte fonctionnelle mesurable, enfin l'incapacité qui sous entend une réper-

cussion sur la vie professionnelle avec donc une traduction économique.

Cette AIPP s'inscrit donc dans le cadre de l'incapacité.

Un dossier ne peut jamais être rouvert en amélioration aux dépens de la victime et au profit de l'assureur qui a versé l'indemnisation.

Avant de fixer un taux d'AIPP l'expert doit donc s'assurer de la stabilité de l'état séquellaire et de l'absence d'amélioration possible.

Inversement, l'expert ne doit jamais majorer le taux pour tenir compte d'un éventuel risque d'aggravation puisque la victime peut toujours obtenir la réouverture de son dossier en cas d'aggravation de ses séquelles.

Les atteintes de différents membres ou organes nécessitent parfois de tenir compte d'une possible synergie (par exemple atteinte de deux membres inférieurs avec au final une incapacité supérieure à l'addition de l'incapacité de chaque membre.

Le taux d'AIPP traduira alors le pourcentage de réduction de la fonction, ici en l'occurrence la fonction de locomotion se référant au pourcentage du taux indiqué sur le barème pour sa perte totale. Il peut s'agir ainsi de l'enraidissement d'une hanche droite et d'une cheville gauche.

A contrario, l'incapacité globale peut être inférieure à la somme arithmétique des incapacités lorsque l'on tient compte de la règle dite de l'incapacité restante dite de Balthazard.

Si les souffrances séquellaires endurées par exemple articulaires sont quasi quotidiennes assez vives pour inciter le patient à modifier certaines façons de vivre (tâches ménagères, marche à pied prolongée, long trajet en voiture...) et nécessitant un traitement régulier, on peut estimer qu'il existe un léger déficit justifiant un petit taux d'AIPP dans ce cas, on ne tient pas compte de ces douleurs pour l'estimation du *pretium doloris*. Si au contraire les douleurs sont plus épisodiques, n'obligeant pas le patient à modifier ses habitudes, on pourra proposer une majoration des souffrances endurées.

L'AIPP doit être évaluée sans tenir compte de la profession : une raideur de l'index droit sera source d'un même taux d'AIPP chez un violoniste et chez un comptable. En revanche, le violoniste bénéficiera d'une incidence professionnelle qui fera l'objet d'une évaluation et pas le comptable.

bb. Le dommage esthétique

Le dommage esthétique, préjudice permanent, se définit comme l'ensemble des disgrâces physiques cicatrices ou déformations majeures imputables à l'accident et dont reste porteur la victime après consolidation.

Dans la mission en 1994 de droit commun, il était appelé préjudice esthétique. Il est encore appelé préjudice esthétique permanent (PEP) par la commission Dintilhac.

L'appréciation du dommage esthétique se fait pour l'expert in abstracto, c'est-à-dire sans tenir compte des éléments d'appréciation liés au sexe à l'âge ou à la profession. Ces derniers éléments relèvent du domaine du responsable de l'indemnisation. En particulier l'expert ne devra pas majorer l'importance du dommage esthétique constaté du fait des conséquences professionnelles signalées par la victime (acteurs, modèles de mode, mannequins ...). L'expert se contentera donc d'évaluer l'atteinte esthétique proprement dite.

Néanmoins lorsqu'une intervention est prévue et qu'un devis est présenté par la victime, l'avis du médecin expert sur sa nature et son coût est nécessaire pour le régleur.

cc. La répercussion des séquelles sur les activités professionnelles

La répercussion des séquelles sur les activités professionnelles correspond aux pertes de gains professionnels futures (PGPF) et à l'incidence professionnelle (IP notamment, augmentation de la pénibilité, dévalorisation) de la nomenclature Dintilhac et correspond à l'ancien qualificatif de préjudice professionnel de la mission droit commun de 1994.

Le taux d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) ne tient pas compte de l'incidence professionnelle de l'accident. Cette incidence doit donc être décrite, si elle est importante, différant alors de la simple gêne engendrée par les séquelles présentées.

Dans le cadre de cette mission en droit commun 2006 rédigée par l'AREDOC, le médecin expert ne doit pas se prononcer sur l'existence d'un préjudice professionnel ou économique. Il doit uniquement développer les arguments médicaux d'imputabilité qui expliquent l'impossibilité ou la difficulté de reprendre la

profession exercée avant l'évènement à l'origine de l'expertise.

Le rôle du médecin expert résidera uniquement donc à apporter les éléments médicaux susceptibles d'éclairer le raisonnement du régleur sur l'existence d'un retentissement professionnel, son lien de cause à effet avec l'accident, et son importance. Ainsi, c'est le régleur qui se prononcera sur l'imputabilité d'un éventuel licenciement après l'accident et non pas le médecin expert. En effet, la prise de position est assumée par le régleur et non pas par le médecin.

Le médecin expert pourra par contre se prononcer sur l'imputabilité de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

L'expert précisera ensuite si un reclassement professionnel est compatible avec les séquelles ou s'il y a impossibilité de toute activité professionnelle y compris dans un emploi en milieu protégé.

Le rôle de l'expert est donc essentiellement descriptif et ne saurait être à l'origine d'une conclusion médico-légale exprimée par une simple affirmation ou une simple négation. A ce titre, l'expert interrogera la victime sur les modalités exactes d'exercice de sa profession. Le médecin expert se contentera de recueillir les doléances émises par la victime, de les confronter avec les données de son examen clinique.

dd. La répercussion des séquelles sur les activités d'agrément

La répercussion des séquelles sur les activités d'agrément est encore appelé préjudice d'agrément (PA) selon la nomenclature Dintilhac et garde ce même nom de préjudice d'agrément dans l'ancienne nomenclature droit commun de 1994.

L'expert n'affirmera pas si l'activité spécifique d'agrément était réellement pratiquée. Cette décision est du domaine du régleur.

L'expert se contentera de recueillir les doléances de la victime sur des activités d'agrément que la victime déclarait pratiquer avant l'accident, il donnera également son avis médical sur l'impossibilité de s'adonner à cette activité d'agrément et son caractère définitif.

L'expert distinguera la privation d'une activité de loisirs banale faisant partie de la vie courante de l'abandon d'une activité bien spécifique distincte de l'At-

teinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP).

En effet on considère que l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) concerne non seulement les actes et gestes assurant la survie mais également les activités courantes de distraction sociologiquement communes à tous les individus.

Il doit seulement expliquer pourquoi les séquelles imputables à l'accident rendent impossible provisoirement ou définitivement l'exercice des activités d'agrément signalées par la victime (activité sportive, artistique, culturelle, associative...).

Il n'aura donc pas à se prononcer sur l'existence ou non d'un préjudice d'agrément résultant de l'impossibilité de cette activité spécifique d'agrément.

Il n'appartient pas au médecin expert de reconnaître ou de quantifier un préjudice d'agrément.

Le régleur décidera si l'activité exercée antérieurement à l'accident par la victime constitue bien un agrément indemnisable et fixera le montant indemnitaire pour le compenser. Seul le régleur jugera de la spécificité des activités d'agrément signalées par la victime et qu'elle ne peut plus exercer par rapport à des activités de « distraction » banales d'un individu du même âge, du même niveau socioéconomique et culturel.

ee. La répercussion des séquelles sur la vie sexuelle

La répercussion des séquelles sur la vie sexuelle est appelée préjudice sexuel (PS) selon la nomenclature Dintilhac et garde la même dénomination de préjudice sexuel dans l'ancienne nomenclature en droit commun de 1994.

Le préjudice sexuel est souvent évalué au titre de la mission droit commun 2006 rédigée par l'AREDOC de la façon suivante :

Dans le cas de séquelles consistant en une atteinte des organes uro-génitaux avec bien sûr une implication sur la réalisation de l'acte sexuel comme dans le cas de l'ablation d'un organe, d'une atteinte neurologique, un fracas du bassin, les blessés médullaires ou les blessés polytraumatisés graves, cette atteinte devra être authentifiée par des arguments cliniques et para-cliniques (bilans biologiques, échographies, bilans urodynamiques ou vasculaires...). Cette atteinte uro-géni-

tales avec une répercussion sexuelle sera évaluée alors par un taux d'AIPP spécifique accompagné d'un descriptif des conséquences sur la réalisation de l'acte sexuel et sur la fonction de reproduction.

Un deuxième cas de figure consiste en l'absence d'atteinte des organes uro-génitaux et uniquement des doléances relatives à la réalisation de l'acte sexuel. Il peut s'agir par exemple d'une difficulté à la réalisation de l'acte sexuel lors d'une limitation d'une amplitude articulaire. L'expert après s'être prononcé sur la réalité de cette atteinte inclura son indemnisation dans le taux d'AIPP proposé au titre des « conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

On ne peut bien sûr que très difficilement exprimer un taux d'IPP pour les troubles dans la réalisation de l'acte sexuel. L'expert décrira alors les troubles, donnera son avis sur l'existence d'un dommage mais ne pourra se prononcer sur l'éventuel préjudice qui peut en résulter.

En effet, la reconnaissance d'un tel préjudice sexuel reste du domaine du régulateur ou du juge.

ff. Les soins médicaux après consolidation

Les soins médicaux après consolidation sont encore appelés dépenses de santé futures (DSF) selon la nomenclature Dintilhac et correspondent aux frais après consolidation, frais occasionnels et frais futurs de l'ancienne nomenclature en droit commun de 1994.

Les frais futurs, par définition, ne peuvent être déterminés qu'après fixation et acceptation par les parties concernées d'une date de consolidation. La classification des frais futurs selon la mission droit commun 2006 rédigée par l'AREDOC se rapproche de celle donnée par le protocole d'accord assureurs/organismes sociaux. Elle distingue ainsi deux catégories de frais :

- ✓ les frais occasionnels : frais médicaux dispensés après la stabilisation de l'état séquentiel et qui n'ont pas pour but d'éviter des complications, une aggravation de cet état. Ils sont limités dans le temps. Ils consistent en :
 - la poursuite d'un état en cours alors que la consolidation est pratiquement acquise ou la guérison est sur le point d'être obtenue. L'expert doit préciser la durée exacte de ce traitement et l'absence de justification de toute prescription ultérieure imputable à l'accident ;

- un traitement médical ou chirurgical futur destiné à améliorer un dommage esthétique alors que tous les autres éléments du dommage corporel peuvent être définitivement appréciés. L'expert précisera alors la nature, la justification de ces soins, leur durée, l'époque à laquelle ils pourront être pratiqués, le dommage esthétique qui subsistera malgré tout, les conséquences directes et indirectes (frais médicaux, incapacité temporaire totale, souffrances endurées), l'intention de la victime de les subir (ou l'intention des parents s'il s'agit d'un enfant). Les organismes sociaux peuvent exiger par avance le remboursement de la part qui leur restera à charge si la réalisation de ces soins est certaine ou probable. Le problème se pose en fait de la réalisation lorsque la réalisation est hypothétique, lorsque le dommage esthétique n'est pas très important et que l'intervention doit être différée de plusieurs années, compte tenu de l'âge du patient, en particulier pour les enfants. L'expert doit alors mentionner cette intervention ultérieure dans le rapport et en souligner le caractère hypothétique ;

- l'ablation du matériel d'ostéosynthèse : la programmation ou la possibilité de l'ablation d'un matériel d'ostéosynthèse n'empêche pas l'expert d'évaluer le dommage corporel de façon définitive s'il pense que l'ablation du matériel bien que probable à court ou moyen terme ne modifiera pas les séquelles. Cette ablation du matériel, pour être cataloguée dans le cadre de ces frais futurs occasionnels, doit être considérée comme certaine ou très probable dans le rapport de l'expert. On sait en effet que certains matériels sont presque systématiquement ôtés (clou centromédullaire par exemple) alors que d'autres compte tenu de leur localisation, de l'âge du patient ne le seront qu'en cas d'intolérance, la plupart du temps improbable. Les souffrances endurées engendrées par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse seront incluses dans la quantification globale à 7 degrés des souffrances endurées proposée avec les autres conclusions ;

- le renouvellement des prothèses dentaires. L'expert doit indiquer la périodicité médicalement vraisemblable ;

- ✓ les frais futurs viagers sont les frais futurs engagés pendant toute la vie de la victime soit en permanence soit par période. Elles correspondent :

- aux hospitalisations définitives ou intermittentes mais régulièrement répétées ;
- aux prescriptions pharmaceutiques et aux soins paramédicaux qui devront être poursuivis pour éviter une aggravation ;
- aux prothèses et au matériel destinés à palier certains handicaps ;
- à la rémunération des tierces personnes dont l'aide est nécessaire pour compenser la perte définitive, totale ou partielle d'autonomie ;
- des frais futurs voyageurs peuvent être également être justifiés par des séquelles sensorielles nécessitant un appareillage, par des séquelles articulaires ou vasculaires nécessitant des endoprothèses.

gg. Préjudices permanents exceptionnels

Certains préjudices permanents exceptionnels n'apparaissent pas dans la mission en droit commun 2006.

Il s'agit de séquelles au retentissement très particuliers : le rapport Dintilhac parle ainsi de ressortissants japonais qui, victimes d'une atteinte de la colonne vertébrale entraînant une raideur de celle-ci, ne peuvent plus s'incliner pour saluer comme il est de coutume de le faire pour dire bonjour dans leur pays. ■

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – L'indemnisation du préjudice corporel, Paris Editions L'harmattan, troisième édition, 2010.

LAMBERT-FAIVRE Y., PORCHY-SIMON STÉPHANIE – Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation. Paris : Editions Dalloz, 6^e édition, 2009.

LE ROY M. – L'évaluation du préjudice corporel. Paris : Editions Litec, 18^e édition, 2007.

VARICHON P. – L'évaluation du dommage corporel par un médecin-conseil de compagnie d'assurance. Paris : éditions ESKA, 2008.

*Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction
par tous procédés réservés pour tous pays.*

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2010 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1789-7

Printed in Spain