



SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical
Journal of Forensic Medicine

2011 – VOL. 54 – N° 3

Editorial

La maison de la terreur à Budapest, p. 107
 M. Bénézech

The house of terror in Budapest

Article original / Original Article

Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales P. Le Bihan, M. Bénézech	109
<i>Major affective disorders and violence: epidemiology, clinical and forensic considerations</i>	

Dommage Corporel / Bodily Damage

L'indemnisation des accidents de la voie publique. V. Dang Vu.....	134
<i>Indemnification for road accidents</i>	

Bulletin d'abonnement 2011 / *Subscription form 2011*, 106

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°s) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	253 €	314 €	304 €	367 €	157 €
Journal d'Économie Médicale (8 N°s)	197 €	243 €	235 €	285 €	121 €
Journal International de Bioéthique (4 N°s) <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>I wish to subscribe to</i>	
« Journal de Médecine Légale Droit Médical » (bilingue) <input type="checkbox"/>	
« Journal d'Économie Médicale » <input type="checkbox"/>	
« Journal International de Bioéthique » (bilingue) <input type="checkbox"/>	
Nombre d'abonnements <i>Number of subscriptions</i>	<input type="text"/> Ci-joint la somme de / <i>Please find enclosed the sum of</i> €
à l'ordre des Éditions ESKA / <i>made payable to Éditions ESKA</i>	
(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement). <i>(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).</i>	
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	





Editorial

La maison de la terreur à Budapest

M. BÉNÉZECH¹

« A múltat be kell vallani... »
 (Le passé doit être reconnu...)
 József Attila

Dans les grandes capitales de notre vieille Europe, Londres ou Paris par exemple, on peut visiter un musée de la police ou du crime. A Rome, il s'agit d'une exposition permanente organisée par l'administration pénitentiaire et consacrée à l'histoire des sanctions pénales, de la détention et de diverses affaires criminelles célèbres [1]. Cependant, à la triste exception des camps d'extermination nazis, l'un de ces lieux médico-légaux les plus émouvants et les plus originaux est le musée de la « Maison de la Terreur » (Terror Háza, en hongrois) situé 60, boulevard Andrassy à Budapest [2].

La Hongrie, dans ses limites actuelles, est un petit territoire d'un peu moins de 100 000 km² (un sixième de la France) pour une population d'un peu plus de 10 millions d'habitants composée à 97 % de Magyars dont la langue appartient au groupe finno-ougrien. Cette cohésion ethnique et l'unité physique du pays en font l'État le plus homogène d'Europe centrale. Comme d'autres nations, la Hongrie a connu bien des vicissitudes historiques jusqu'à l'époque de la Seconde Guerre mondiale. Alliée de l'Allemagne mais possédant un gouvernement et un parlement légitimes à la tête du pays, elle déclare la guerre à l'URSS en 1941. Lorsque, après Stalingrad, son gouvernement essaye de sortir

de l'alliance allemande, Hitler occupe le pays (19 mars 1944) et y établit un régime totalitaire et meurtrier qui s'appuie sur le parti fasciste des Croix-Fléchées (15 octobre 1944). Libérée par les Russes pendant l'hiver 1944-1945, la Hongrie devient en 1949 une République populaire socialiste aux méthodes stalinienques jusqu'à l'insurrection anticomuniste et antisoviétique d'octobre 1956. Malgré l'intervention des troupes soviétiques, le régime s'adoucira, mais le pays ne retrouvera sa pleine indépendance qu'en 1991 avec le départ des derniers soldats russes.

L'histoire dramatique de la Hongrie avant, pendant et après la dernière guerre mondiale, avec successivement les dictatures allemande (nazis allemands et hongrois) et soviétique, explique que cet État désormais membre de l'union européenne tienne à honorer la mémoire sacrée de toutes les victimes qui ont souffert et souvent donné leur vie pour la défense de la liberté. Un lieu cristallise ce combat contre la tyrannie, l'immeuble du 60, avenue Andrassy. C'est là, en effet, que le parti nazi des Croix-Fléchées avait son siège (sous le nom de « Maison de la Fidélité ») et que ses membres commencèrent à torturer au sous-sol des personnes, en majorité des juifs. Par la suite, les communistes utilisèrent les mêmes locaux comme quartier général qui

1. 266, rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.



fut alors surnommé par le peuple « Maison de l'Horreur » ou de la « Terreur ». L'édifice actuel, devenu musée en 2002, compte quatre niveaux qui se visitent. On commence en fait par le deuxième étage qui comprend principalement des locaux sur la double occupation (allemande puis soviétique), la période des nazis hongrois, les années cinquante (élimination des opposants au régime politique) et les Conseillers soviétiques, le Goulag, la Résistance au joug du parti communiste. La visite continue par le premier étage qui est consacré à la lutte contre la paysannerie, à la police politique hongroise (salle Péter Gábor), à la justice (au service de l'infamie), à la propagande, à la déportation et aux mouvements de populations, à la vie quotidienne sous la dictature communiste, aux Églises et à la communauté juive (persécutions religieuses), au cardinal Mindszenty (1892-1975) condamné à l'emprisonnement à vie en 1949, libéré par la Révolution de 1956 puis réfugié à l'ambassade américaine de Budapest jusqu'en 1971. Un ascenseur, dans lequel on visionne un film sur les témoignages des survivants, descend très lentement vers la prison du sous-sol. Là, on peut voir une reconstitution des cellules de détention, des salles de « représailles » illustrées de potences, une salle sur l'internement des suspects dans des camps de travail fermés, un hall sur la Révolution de 1956 et un autre (« Larmes ») planté de croix noires. On retourne enfin au rez-de-chaussée où se trouvent une librairie, un café, un tank russe de modèle T-54 ainsi que les innombrables portraits des victimes décédées qui passèrent en ces tristes lieux.

A l'époque (1945-1956), avant la reconstruction de l'immeuble pour en faire un musée, les différentes parties de la Maison de la Terreur étaient reliées par des couloirs et tout le pâté de maisons qui l'environnait participait à son fonctionnement. Les interrogatoires des accusés avaient lieu dans les bureaux des étages pendant la nuit. Les détenus devaient rester debout pendant des heures, les yeux fermés, sans boire ni manger, les bras levés ou le nez contre un mur. Tous les types de tortures physiques et psychologiques furent utilisés, ainsi que la privation de sommeil, de nourriture, de lumière, de soins médicaux, d'hygiène, de vêtements, de chauffage. Au moindre problème, les prisonniers étaient attachés, enchaînés, mis dans des cachots obscurs, dans les caves où existaient des cellules « spéciales » : cellule individuelle restrictive de 60 sur 50 cm de superficie et 180 cm de hauteur ; cellule humide, le détenu devant rester assis dans l'eau ; trou de renard où, dans le noir complet, il était impossible de se tenir debout. Certains se souviennent que

le sous-sol s'étendait sur plusieurs niveaux. Tout ceci fut détruit par la suite et aucune trace n'en fut retrouvée. Les condamnés à mort n'étaient pas exécutés au 60, boulevard Andrassy, mais dans d'autres lieux de détention.

Cette terrible période de l'histoire récente de la Hongrie fit d'innombrables victimes. L'occupation nazie, courte mais tragique, fit place à l'occupation soviétique qui influença pendant quarante ans la vie hongroise. A la fin de la guerre, 10 % de la population avaient été tués et le pays était en ruine. La dictature nazie déporta courant 1944 près de 450 000 juifs de province dans des camps de concentration et de travail. Ils furent presque tous anéantis. Plus d'un million de personnes s'envièrent vers l'ouest devant les troupes de l'Armée rouge et plus de 100 000 ne revinrent jamais. Le Goulag absorba au minimum 700 000 Hongrois dont à peu près la moitié a totalement disparu. La justice militaire soviétique condamna à mort où à la détention plusieurs centaines de citoyens. La police politique secrète (« Autorité de Sécurité de l'État »), dirigée en pratique par le parti communiste, exerça un régime de terreur, sans procès, ni enquête, ni preuve, contre les résistants hongrois. Entre 1945 et 1956, 1 500 personnes environ ont été jugées et condamnées pour conspiration contre l'État. Nombre de résistants furent tués et enterrés dans des fosses anonymes afin qu'on les oublie. La plupart d'entre eux sont restés inconnus. Les transferts forcés de population concernèrent 250 000 personnes, leurs biens étant volés par les dignitaires du régime ou devenant propriété de l'État. La paysannerie paya elle aussi un lourd tribu au parti : 400 000 paysans furent accusés de crime contre l'approvisionnement public et 300 000 quittèrent leur terre. On estime que le pouvoir totalitaire mis en place par les communistes frappa un membre d'une famille hongroise sur trois.

Bref, on comprend, dans ces circonstances historiques dramatiques, que la communauté hongroise actuelle veuille honorer ses victimes et ses héros, tous ceux qui souffrissent ou moururent pour leur religion, la Liberté de la personne humaine et celle de la patrie. Le remarquable musée du 60, boulevard Andrassy à Budapest est la manifestation éclatante du désir collectif de ne rien oublier de ce douloureux passé. ■

- [1] The Criminology Museum. Rome, Ministry of Justice, Department of Prison Administration, 2003, 95 pages.
- [2] Terror Háza. House of Terror. Catalogue du musée (English translation). Budapest, ADU PRINT Nyomda, 2008, 97 pages.



Article original / Original Article

Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales

P. LE BIHAN^{a,*}, M. BÉNÉZECH^b

RÉSUMÉ

La relation entre troubles affectifs majeurs et violence a fait l'objet de peu de recherches empiriques contemporaines. Cette revue de la littérature envisage les grandes formes cliniques des troubles de l'humeur, unipolaires (UP) et bipolaires (BP) dans leur relation avec les comportements de violence envers les personnes. Récemment, une Audition Publique de la Haute Autorité de Santé ainsi que plusieurs publications internationales ont apporté un éclairage nouveau sur cet aspect de la maladie en soulignant l'importance de la comorbidité avec l'abus de substances, des antécédents de violence et d'autres facteurs individuels ou liés au contexte. Une méta-analyse récente montre que 9,8% des sujets ayant un trouble bipolaire ont eu des comportements de violence, pour seulement 3% des sujets contrôles de la population générale, *l'odds ratio* pour le risque de violence étant de 4,1 (IC 95% : [2,90-5,83]), avec une grande hétérogénéité cependant selon les études.

Dans l'épisode maniaque du trouble bipolaire, les actes de violence sont relativement fréquents et souvent associés à une prise de substance. La manie est rarement associée à la criminalité grave mais conduit à des infractions mineures variées, la comorbidité étant importante avec l'abus d'alcool et de substances, et parfois la personnalité dyssociale.

Plusieurs auteurs évoquent une sous-estimation du potentiel criminogène de la dépression et des idées suicidaires. Dans les homicides suivis de suicide, une pathologie dépressive au moment des faits est l'affection la plus commune, allant de 36 à 75% des cas selon les études. Ces crimes rares sont essentiellement des libéricides commis par des parents déprimés et/ou des uxoricides.

Mots-clés : Troubles affectifs, troubles de l'humeur, trouble bipolaire, manie, dépression, violence, crime, homicide-suicide, filicide.

a. Praticien hospitalier, chargé d'enseignement de criminologie clinique, Université Bordeaux 4, avenue Léon Duguit, 33608 Pessac Cedex, France.

b. Chef de service honoraire en psychiatrie, expert judiciaire honoraire, 266 rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.

* Auteur correspondant :

Dr Patrick LE BIHAN

Tél. : 05.56.76.51.31

Fax : 05.56.76.51.05

E-mail : patrick.lebihan@ch-cadillac.fr





SUMMARY

Major affective disorders and violence: epidemiology, clinical and forensic considerations

Only few empirical contemporary studies consider the relation between major affective disorders and violence. This literature review envisage the main clinical forms of mood disorders, unipolar (UP) and bipolar (BP) in their relation with violent behavior against persons. The French National Authority for Health and several recent international publications provide a new perspective on this aspect of the illness albeit emphasizing importance of variables such as substance abuse, history of violence, individual and contextual factors. In a recent meta-analysis, 9,8% of subjects with a bipolar disorder had previous violent behavior, in comparison with only 3% of control subjects in general population, and the odds ratio for the violence risk was 4,1 (IC 95%: [2,90-5,83]), with a large heterogeneity however between studies.

Violent acts are relatively frequent in manic episodes of bipolar disorder and are often associated with substance abuse or dependence. Mania is rarely linked to serious criminality but led to various minor offences, often furthered by comorbidity with alcohol and substance abuse and sometimes antisocial personality disorder.

Several authors argue for a underestimation of criminal potential of depression and suicidal ideation. In homicide-suicides, a depressive illness seems the more common disease at the time of the offence, ranging from 36 to 75% of cases in studies. These crimes are rare and essentially filicides and/or spouse homicides.

Key-words: Affective disorders, mood disorders, bipolar disorder, mania, depression, violence, crime, homicide-suicide, filicide.

1. INTRODUCTION

De nombreuses études ont montré une association modérée mais significative entre troubles mentaux majeurs et comportement criminel ou violent, en particulier dans la schizophrénie, même si les patients atteints de ces pathologies ne représentent qu'une part peu importante des auteurs de violence en général [1-5]. Les recherches sur une association entre troubles de l'humeur et comportements violents sont rares en comparaison. Plusieurs ouvrages remarquables sur les troubles de l'humeur ne traitent pas de cette question, pas plus que nombre d'articles de fond ou de revues de la littérature [6]. Récemment, une Audition Publique

de la Haute Autorité de Santé ainsi que plusieurs publications internationales ont apporté un éclairage nouveau sur cet aspect des troubles affectifs majeurs [5, 7-13]. Plusieurs auteurs évoquent une sous-estimation du risque de violence dans la dépression, notamment lorsqu'elle s'accompagne d'idées suicidaires, et soulignent l'importance du rôle de la comorbidité dans les troubles bipolaires de l'humeur. Nous envisagerons les grandes formes cliniques des troubles de l'humeur, unipolaires (UP) et bipolaires (BP) dans leur relation avec les comportements de violence envers les personnes.

L'analyse s'est basée sur une recherche extensive dans les bases de données suivantes : Medline, PsychInfo et PsychArticles, en nous limitant aux études



en langue française ou anglaise, essentiellement publiées depuis 1980 et incluant des échantillons contemporains, à partir des mots-clés retenus pour cet article.

2. PRÉVALENCE ET RISQUE DE VIOLENCE HÉTÉRO-AGRESSIVE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE AFFECTIF MAJEUR

2.1. Études épidémiologiques

2.1.1. Études d'échantillons représentatifs de la population générale

Les études de la prévalence de la violence dans des échantillons de la population générale sont particulièrement intéressantes, évitant la plupart des biais de sélection liés à une hospitalisation. Elles montrent une augmentation du nombre d'actes de violence chez les sujets présentant un trouble de l'humeur en comparaison avec la population générale.

SWANSON *et al* [14] ont repris les données de l'étude *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) portant sur des échantillons représentatifs de plus de 10 000 personnes évaluées par l'entretien structuré du DSM-III (*Diagnostic Interview Schedule*) [15], en recherchant la violence reconnue envers autrui dans l'année précédente. La prévalence de la violence apparaît 5 fois plus importante parmi les patients réunissant les critères diagnostiques d'un trouble de l'axe 1 du DSM-III. Cette prévalence de la violence est remarquablement proche chez les personnes présentant une schizophrénie, une dépression majeure ou une manie/trouble bipolaire (10 à 12%), alors qu'elle ne concerne que 2% des sujets indemnes de troubles. Dans cette étude, les troubles de l'humeur sont trois fois plus fréquents parmi les patients violents (9,4%) que parmi ceux ne l'étant pas (2,9%). Cette recherche met également en évidence le rôle de la comorbidité, les comportements de violence augmentant avec le nombre de diagnostics pour un même patient. Ainsi, tandis que 3,4% des patients avec uniquement un trouble de l'humeur avaient été violents l'année précédente, cette proportion passe à 29,2% en cas d'association à un abus de substance.

Ces données sont convergentes avec une autre importante étude portant également sur des échantillons représentatifs de la population générale aux États-Unis

entre 1990 et 1992, la *National Comorbidity Survey* (NCS) [16, 17]. L'étude comprenait un entretien structuré avec les critères diagnostiques du DSM-III-R, une partie des sujets (n=5865) ayant rempli des items analysant les comportements violents auto-rapportés sur l'année écoulée. Alors que la violence concernait 2% des personnes ne réunissant pas les critères d'un trouble psychiatrique dans l'année précédente, cette prévalence de la violence était plus élevée en cas de dépression majeure (7%), dysthymie (9%) ou trouble bipolaire (16%). Les sujets présentant un trouble de l'humeur avaient ainsi plus de probabilité de rapporter des comportements violents que le groupe ne recevant aucun diagnostic, les odds ratios (OR) étant respectivement de 4,8 pour la dysthymie, 3,8 pour la dépression majeure et de 9,5 pour le trouble bipolaire. Comme dans l'étude ECA [14], la violence augmente avec la comorbidité notamment avec un abus d'alcool ou de substances. Les auteurs soulignent cependant que des variables démographiques, en particulier le genre masculin, sont de bien meilleurs prédicteurs de la violence qu'un diagnostic psychiatrique même d'abus de substance, les hommes étant 4 fois plus à risque de comportements violents que les femmes, surtout dans la tranche d'âge 15-24 ans [16].

ELBOGEN et JOHNSON [18] ont considéré 34 653 sujets ayant participé à l'étude *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC). Les données sur les maladies mentales graves recueillies au cours d'une première phase en 2001-2003 étaient analysées ainsi que les comportements violents autorapportés lors d'une seconde phase de l'étude en 2004-2005. L'étude portait sur les actes de violence rapportés par les sujets entre les phases 1 et 2.

Les sujets avec une maladie mentale grave (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir des antécédents de violence que les sujets indemnes (OR 2,96, p<0,001). Les analyses bivariées montrent cependant que l'incidence du comportement violent entre les phases 1 et 2 de l'étude, bien que légèrement supérieure parmi les personnes présentant une maladie mentale grave, n'est significativement plus élevée qu'en cas d'abus de substance comorbide. Ainsi, l'OR pour les troubles bipolaires sans comorbidité est de 1,6 (IC 95% [1,1-2,4]) mais augmente à 3,5 (IC 95% [2-6,3]) en cas d'abus ou dépendance à des substances. L'OR pour la dépression en l'absence de comorbidité est de 1,7 (IC 95% [1,2-2,4]) mais s'élève à 4 (IC 95% [2,6-6,3]) en cas d'abus ou dépendance à des sub-





stances. Les analyses multivariées confirment que la maladie mentale grave seule ne prédit pas significativement le comportement violent ultérieur. Celui-ci apparaît plutôt associé à des facteurs historiques (violence antérieure, détention juvénile, abus physique par les parents, violence ou arrestation parentale), cliniques (comorbidité entre maladie mentale et abus de substance, perception de menaces cachées), prédisposants (jeune âge, sexe masculin, faibles revenus) et contextuels (séparation ou divorce récent, absence d'emploi, victimisation). La plupart de ces facteurs de risque étaient cependant statistiquement plus fréquents chez les sujets ayant une maladie mentale sévère, augmentant le risque de violence.

Les personnes ayant une maladie mentale grave rapportaient plus souvent des comportements de violence, mais en grande partie parce qu'elles réunissaient d'autres facteurs associés à la violence. Le risque le plus élevé concernait les sujets avec une maladie mentale grave, un abus de substance et des antécédents de violence, environ 10 fois plus important que pour des sujets présentant un trouble mental sévère seulement. Par contre, les personnes ayant une maladie mentale grave sans abus de substance ni violence antérieure, avaient le même risque d'être violentes durant les 3 années suivantes que n'importe quelle personne de la population générale.

Pour ces auteurs, la maladie mentale grave est clairement en rapport avec le risque de violence mais son rôle causal est complexe, indirect et s'inscrit dans une constellation d'autres facteurs (sans doute plus) importants, individuels et situationnels.

PULAY *et al* [19], considérant les données de cette étude, montrent cependant que la prévalence des comportements agressifs après l'âge de 15 ans est de 0,7% parmi les personnes indemnes de troubles psychiatriques sur la vie entière mais de 25,3 % parmi les sujets bipolaires de type 1 (OR 3,7 [2,9-4,7]) et de 13,6% parmi les sujets bipolaires de type 2 (OR 1,8 [1,3-2,5]). En l'absence de comorbidité, cette prévalence de comportements agressifs diminue de façon importante pour ne représenter que 2,5% des sujets bipolaires de type 1 et 5,1% des bipolaires de type 2.

STUEVE et LINK [20] dans une étude épidémiologique à l'aide d'un entretien structuré parmi 2698 jeunes adultes en Israël, trouvent que la dépression majeure n'est pas associée à une augmentation significative du risque d'actes violents en l'absence d'abus d'alcool ou de drogues. Par contre, les troubles psychotiques et le trouble bipolaire même sans abus de

substance sont significativement associés à la violence, après contrôle des données sociodémographiques.

2.1.2. Études de cohortes de naissances

TIIHONEN *et al* [4] ont considéré le risque relatif de comportement criminel associé à des troubles mentaux spécifiques selon le DSM-III-R dans une cohorte de naissance non sélectionnée de 12 058 sujets nés en 1966 dans le Nord de la Finlande, dans une étude prospective sur 26 années. Sur les 6 hommes ayant un diagnostic de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, deux avaient été condamnés pour un crime dont l'un pour un crime violent. Aucune des 3 femmes ayant ce diagnostic n'avait d'antécédents judiciaires criminels. Les OR étaient de 3,1 pour les patients schizophrènes, 5,1 pour les troubles schizoaffectifs et 6,3 pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques. La comparaison des odds ratios pour les infractions violentes et pour l'ensemble des infractions suggérait une association de la schizophrénie (OR 7) et des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (OR 8,8) à un risque plus élevé d'infractions violentes. Les auteurs de cette étude insistent sur le rôle de l'alcool, les effets de la comorbidité avec l'abus d'alcool devant nécessairement être pris en compte avant de conclure sur une association entre troubles mentaux majeurs et comportements criminels.

HODGINS *et al* [21] ont considéré 324 401 sujets nés au Danemark, âgés de 43 à 46 ans lors du recueil de données. Cette étude montre que si 13% des hommes sans antécédent d'hospitalisation en psychiatrie ont été arrêtés au moins une fois pour infraction criminelle, cette proportion atteint 20% des hommes déjà hospitalisés pour dépression psychotique et 27% de ceux ayant un diagnostic de trouble bipolaire avec hospitalisation. Les troubles graves de l'humeur sont également associés à une augmentation du risque d'arrestation chez les femmes. Ainsi 3,5% des femmes sans antécédent d'hospitalisation en psychiatrie ont été arrêtées pour une infraction criminelle, alors que cela concernait 8% de celles hospitalisées pour une dépression psychotique et 10% de celles hospitalisées pour trouble bipolaire. En outre, le nombre d'infractions violentes était augmenté parmi ces sujets présentant un trouble affectif majeur. Alors que 6,3% des hommes et 0,6% des femmes présentant un trouble affectif majeur ont été condamnés pour au moins une infraction violente, ceci ne concernait que 3,3% des hommes et 0,2% des femmes indemnes de trouble.



BRENNAN *et al* [22] ont également étudié une cohorte de 358 180 personnes nées entre 1944 et 1947 au Danemark. L'étude montre une relation significative positive entre les troubles mentaux majeurs conduisant à une hospitalisation et la violence criminelle (OR 2 à 8,8 pour les hommes et 3,9 à 23,2 pour les femmes). Les personnes hospitalisées pour troubles mentaux étaient responsables d'un pourcentage disproportionné de violences commises par les membres de cette cohorte de naissance. Ainsi, 2,7% des hommes et 0,1% des femmes n'ayant pas de diagnostic de trouble psychiatrique avaient été arrêtés au moins une fois pour une infraction violente, alors que ce taux était de 5,2% des hommes et 0,5% des femmes présentant une psychose affective (dépression psychotique, trouble bipolaire, manie). L'OR pour les psychoses affectives était respectivement de 2 pour les hommes et 3,9 pour les femmes. Les sujets présentant une psychose affective sans diagnostic secondaire d'abus de substances ou de trouble de la personnalité n'apparaissaient cependant pas plus à risque d'arrestation pour crime violent que les personnes sans antécédent d'hospitalisation.

ARSENEAULT *et al* [23] ont étudié 961 jeunes adultes âgés de moins de 21 ans correspondant à une cohorte de naissance dans une ville de Nouvelle-Zélande. La prévalence des troubles mentaux sur l'année précédente était mesurée par des entretiens standardisés selon le DSM-III-R. L'étude de la violence auto-rapportée était complétée par une recherche des dossiers de condamnations. La dépression était faiblement reliée à la violence (OR=2,9) et les épisodes maniaques significativement associés à la violence (OR=4,9) mais pas après contrôle de la comorbidité.

Plusieurs auteurs soulignent une possible sous-estimation du risque de violence associé aux troubles affectifs dans ces études épidémiologiques. Les personnes ayant réalisé un suicide au décours immédiat de leur passage à l'acte ne sont pas incluses alors qu'il est raisonnable de penser que beaucoup étaient dépressives. Beaucoup de sujets n'ayant jamais été hospitalisés pourraient présenter un trouble de l'humeur, un abus de substances ou un trouble de la personnalité [4].

2.2. Études portant sur des populations cliniques

2.2.1. Études de patients hospitalisés ou externes

ASNIS *et al* [24], dans une recherche portant sur des patients suivis en ambulatoire, ont étudié la prévalence de comportements violents chez 517 sujets à

l'aide d'un instrument d'autoévaluation. La prévalence des idées homicides était de 22% et celle des tentatives d'homicide de 4% dans l'ensemble de l'échantillon. Vingt-et-un pour cent des patients bipolaires, 17% de ceux présentant une dépression majeure et 19% des patients avec dysthymie rapportaient une idéation homicide. Respectivement 5, 4 et 3% des patients présentant ces pathologies avaient réalisé une tentative d'homicide. Il est à souligner que la corrélation était très élevée entre tentative de suicide et tentative d'homicide puisque 91% des patients ayant déjà réalisé une tentative d'homicide avaient aussi des antécédents suicidaires. Dans 86% des cas, une idéation homicide était associée à des idées suicidaires.

BINDER et MC NIEL [25] ont réalisé une étude sur 253 patients hospitalisés dans une unité d'admission fermée d'un service de psychiatrie universitaire. Les patients maniaques étaient les plus nombreux à s'être montrés violents physiquement envers autrui dans les deux semaines avant l'hospitalisation (14 sur 46, soit 30%). Cette proportion était plus élevée que pour les autres pathologies. Durant les 24 premières heures de l'hospitalisation, les patients maniaques étaient également les plus susceptibles d'agressions physiques envers autrui, concernant 26% de ces sujets. Pour BARLOW *et al* [26], dans une étude de prévalence sur 18 mois des comportements agressifs parmi 1269 patients hospitalisés, les patients bipolaires maniaques avaient l'*odds ratio* le plus élevé pour les incidents agressifs parmi toutes les catégories diagnostiques (OR 2,8). Seul un petit nombre de patients cependant (6%) était impliqué dans 71% des incidents. L'agression survenait surtout dans les deux jours suivant l'admission ou après une longue durée d'hospitalisation.

DEAN *et al* [27] montrent dans une importante étude nationale sur le premier épisode psychotique au Royaume-Uni que près de 40% (n=194) des patients sont agressifs lors du premier contact avec le service, environ la moitié étant physiquement violents (n=103). Un diagnostic de manie était associé avec le fait de commettre des agressions. La présence de symptômes maniaques était également associée avec le comportement agressif dans l'ensemble de l'échantillon et notamment pour les patients schizophrènes. Les facteurs différenciant les patients physiquement violents des patients agressifs ne passant pas à l'acte incluaient le genre masculin, une classe sociale inférieure et des antécédents d'infractions violentes.



MODESTIN *et al* [28] ont comparé les dossiers criminels de 261 patients hommes hospitalisés présentant un trouble bipolaire ou dépressif selon les critères RDC (*Research Diagnostic Criteria*) et d'un échantillon d'hommes appariés pour l'âge et les données socio-démographiques, vivant dans le même environnement en Suisse. L'étude retrouve une plus grande proportion de patients (42%) que de témoins (31%) avec des antécédents judiciaires. La probabilité d'avoir eu affaire avec la justice était 1,65 fois plus grande chez les sujets ayant des troubles de l'humeur que dans la population générale. En dehors des infractions sexuelles ou relatives à la circulation, les infractions de tous types étaient significativement plus fréquentes, avec un taux de récidive plus élevé. Les sujets concernés étaient plus souvent jeunes, célibataires, d'une classe sociale plus défavorisée, avec un trouble de la personnalité et/ou un abus de substances. Les patients bipolaires et unipolaires avec une dépression mineure et intermittente avaient un taux de criminalité 2 fois plus important que celui des témoins. La dépression majeure unipolaire n'était en revanche pas plus associée au risque d'infractions que le groupe de comparaison. L'augmentation de la criminalité chez les patients bipolaires est plus en lien avec les épisodes maniaques. Les patients présentant des troubles de l'humeur avaient un risque d'infraction violente augmenté par rapport au groupe témoin (OR 4,1). Le nombre de patients impliqués dans ces infractions criminelles violentes (n=12) était cependant peu important et les auteurs précisent que ces résultats doivent être considérés avec prudence.

MODESTIN et WUERMLE [29] ont également considéré 261 hommes ayant un trouble bipolaire ou dépressif et 282 hommes schizophrènes, admis de façon consécutives à l'hôpital psychiatrique universitaire de Berne, en comparaison avec un échantillon sélectionné de la population générale. Les patients ayant un trouble de l'humeur étaient plus nombreux à avoir des antécédents de condamnation criminelle (n=110, soit 42%) que les schizophrènes (n=97, soit 34%), l'abus de substance étant aussi plus fréquent. Dans l'ensemble de l'échantillon, en cas d'abus de substance, on retrouvait 2 fois plus souvent un dossier criminel (50% vs 26%), un plus grand nombre d'infractions et une probabilité augmentée de récidive. En revanche, l'étude ne montrait pas de différence significative pour la fréquence des dossiers criminels et le nombre d'infractions entre les sujets ayant un trouble de l'humeur n'abusant pas de substance et les sujets contrôles appariés de la population générale. Le taux de crimes vio-

lents n'était pas augmenté chez les patients présentant un trouble de l'humeur mais la probabilité de commettre des infractions contre les biens était plus élevée (OR 3,29).

FAZEL *et al* [8] ont réalisé une méta-analyse à partir de 9 études sur le risque de violence chez des sujets présentant un trouble bipolaire (n=6383) en comparaison avec des sujets contrôles de la population générale (n=112 944). Ils ont surtout envisagé les études cas-témoins et de cohorte permettant une estimation du risque de violence pour les patients bipolaires par rapport à un groupe de comparaison de la population générale. La synthèse de ces données montre que 9,8% (n=625) des sujets avec un trouble bipolaire avaient une évolution violente, pour seulement 3% des sujets de la population générale. Les OR pour le risque de violence variaient de 2 à 9 et l'OR pour l'ensemble de 4,1 [IC 95% : 2,9-5,8] avec une grande hétérogénéité entre les études cependant (Tableau 1).

FAZEL *et al* [8] ont également comparé le taux d'infractions violentes parmi 3743 patients présentant un trouble bipolaire pris en charge dans des hôpitaux en Suède entre 1973 et 2004 avec celui de 37 429 sujets contrôles de la population générale, à partir de registres nationaux (critères ICD-8, ICD-9, ICD-10). Les infractions violentes comprenaient les homicides, les agressions, vols, incendies, infractions sexuelles, menaces illégales ou intimidations. Les tentatives comme les formes aggravées des infractions étaient incluses, de même que les décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, amendes, menaces de poursuite en cas de récidive, et transferts en hôpital psychiatrique médicolégal. Cette enquête est particulièrement exhaustive, l'absence d'identification de l'auteur d'une infraction violente étant rare (0,05%).

La prévalence des condamnations pour infraction violente parmi les sujets bipolaires était de 8,4% (n=314) vs 3,5% pour les sujets contrôles de la population générale. L'OR pour les infractions violentes parmi les sujets bipolaires était de 2,3.

Les auteurs précisent que le risque était en majorité « confiné » aux sujets bipolaires abusant de substance. Si la prévalence des infractions violentes parmi ces sujets bipolaires avec abus de substance comorbide était de 21%, elle était de 5% en l'absence d'abus de substance et de 3% parmi les sujets contrôles dans la population générale. Ainsi, par rapport aux sujets contrôles de la population générale, l'OR pour les infractions violentes parmi les sujets bipolaires avec abus de substance était de 6,4. En l'absence d'abus de



Tableau 1 : Méta-analyse du risque de violence chez les sujets présentant un trouble bipolaire en comparaison avec des sujets contrôles de la population générale (D'après Fazel et al, 2010) [8]

Étude	Pays	Odds ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95%
Modestin et al (1997)	Suisse	3,97	0,78-20,25
Swanson et al (1990)	États-Unis	4,79	1,45-15,85
Arseneault et al (2000)	Nouvelle-Zélande	8,93	2,95-27
Corrigan et Watson (2005)	États-Unis	6,86	3,47-13,56
Monahan (2000)	États-Unis	3,68	1,97-6,90
Stueve et Link (1997)	Israël	2,22	1,28-3,85
Elbogen et Johnson (2009)	États-Unis	4,41	3,57-5,45
SAMHSA (2002)	États-Unis	5,54	4,58-6,71
Fazel et al (2010)	Suède	2,52	2,22-2,87
Ensemble		4,11	2,90-5,83

substance, ces patients bipolaires avaient une augmentation très modérée de la prévalence des condamnations pour infraction violente par rapport à la population générale (OR 1,3) et une prévalence identique à celle des membres de leur fratrie non malades (OR 1,1). Ces derniers abusaient plus souvent de substances que les sujets contrôles de la population générale (4% vs 1,9%), ce qui pourrait expliquer qu'ils montrent davantage de violence.

Le taux de crimes violents était plus élevé chez les hommes bipolaires (13,8%) que chez les femmes atteintes de cette affection (4,2%). Ces dernières avaient cependant un risque plus élevé d'infractions violentes (OR 4,1) que les hommes bipolaires (OR 1,9) en considérant les données en population générale du même sexe.

Les auteurs concluent à un risque augmenté d'infraction violente parmi les sujets avec un trouble bipolaire. Ils considèrent cependant le risque associé à la maladie en elle-même minime en comparaison avec celui des sujets contrôles de la population générale en l'absence d'usage de substance comorbide. L'augmentation du risque de violence parmi les membres indemnes de la fratrie de sujets bipolaires, affaiblirait encore la relation entre trouble bipolaire *per se* et infraction violente, mettant en évidence la contribution de facteurs familiaux, génétiques et d'environnement [8].

2.2.2. Études de suivi de patients après une hospitalisation

HODGINS *et al* [21] ont réalisé une étude de suivi sur 2 ans après la sortie de l'hôpital de 30 hommes présentant un trouble de l'humeur (18 bipolaires et 12 déprimés majeurs) et de 74 hommes schizophrènes. Les sujets avec un trouble affectif majeur étaient deux fois plus à être condamnés pour une infraction criminelle durant la période de suivi (33%) que les schizophrènes (15%). La fréquence des infractions violentes était également 3 fois plus importante (30%) que parmi les sujets schizophrènes (10%). La proportion de condamnés était la même pour les individus bipolaires et dépressifs (6 sur 18 vs 4 sur 12). En comparaison avec les sujets déprimés, les patients bipolaires avaient tendance à commettre plus d'infractions non violentes pendant la période de suivi, avec plus de risque d'être condamnés à une peine d'incarcération (83% vs 25%). Parmi les sujets présentant un trouble affectif majeur ayant récidivé, tous sauf un ont commis des infractions violentes.

Les troubles de l'humeur se différenciaient de la schizophrénie par une prévalence sur la vie entière plus élevée d'abus/dépendance à l'alcool (50% vs 27%). L'usage de drogue et l'intensité de la prise en charge



en ambulatoire étaient significativement associés à la criminalité notamment violente pour ces sujets.

La personnalité antisociale n'était pas associée à la criminalité pour les patients présentant un trouble affectif majeur. Dans cette étude, 75% des patients présentant un trouble affectif majeur réunissaient cependant les critères d'un trouble des conduites dans l'enfance. HODGINS *et al* [21] distinguent deux types de patients présentant un trouble affectif majeur avec cet antécédent de trouble des conduites : 1) Un type se développant jusqu'à la personnalité antisociale à l'âge adulte et commettant le plus souvent des infractions non violentes ; 2) Un second type ayant les critères d'un trouble des conduites avec moins de symptômes mais uniquement ceux reflétant un comportement agressif, ne réunissant pas les critères d'une personnalité antisociale mais se comportant de façon violente à l'âge adulte.

L'étude MAC ARTHUR a porté sur un échantillon de 1136 patients sortis d'hôpitaux de trois villes des États-Unis avec un entretien durant l'hospitalisation et toutes les 10 semaines dans l'année suivant la sortie [13]. La violence autoreportée par les patients était complétée par des entretiens fréquents et les dossiers de police et de l'hôpital. Les patients présentant des troubles de l'humeur avaient un taux plus élevé de comportements violent pendant la période de suivi que les patients schizophrènes (28,5% dans la dépression, 22% dans le trouble bipolaire, 14,8% dans la schizophrénie). Ces taux étaient significativement plus élevés chez les patients avec un usage de substance comorbide.

GRAZ *et al* [9] ont recensé les infractions criminelles commises après leur sortie par 1561 patients présentant des troubles affectifs pris en charge entre 1990 et 1995 dans un hôpital universitaire de Munich, en utilisant un registre national du crime. Les patients étaient bipolaires ($n=756$), maniaques ($n=89$) ou déprimés majeurs ($n=702$) selon les critères ICD-9. Parmi ces patients, 4,2% ont commis des actes criminels dans les 7 à 12 ans suivant la sortie de l'hôpital, avec en moyenne 4,7 infractions. De même, 1,3% des patients avaient été condamnés pour des infractions violentes (agressions physiques envers autrui), en moyenne 2,3 fois.

Les comportements criminels et infractions violentes étaient les plus fréquents dans le groupe maniaque, dans lequel environ 16% des sujets ont commis un crime durant la période d'observation suivant leur sortie de l'hôpital. 5,6% ont été condamnés pour

des infractions à type de blessures physiques. Parmi les divers délits, les atteintes contre les biens étaient cependant les plus fréquentes. L'étude recensait aussi un nombre significatif d'infractions violentes (48 cas), à type d'agression physique le plus souvent (19 cas, soit 46%) et un homicide commis par un patient maniaque. Deux cas de viol figuraient dans le registre criminel qui ne recensait pas d'autres infractions sexuelles. La criminalité et la violence étaient rares en comparaison pour les patients présentant un trouble dépressif majeur : 10 patients seulement sur 702 (1,4%) avaient commis des crimes violents.

Les facteurs de risque de délinquance et de violence future étaient : 1) le genre masculin, les hommes ayant eu un comportement criminel après leur sortie de l'hôpital 2 fois plus souvent que les femmes avec un taux de crimes violents 6 fois plus élevé ; 2) le fait d'être séparé, divorcé ou veuf.

Pour ces auteurs, ces données sont en faveur d'une association modérée entre troubles de l'humeur et criminalité. Ils soulignent les limites de cette étude avec un risque de sous-évaluation notamment de formes mineures de violence en famille ou durant une hospitalisation qui ne sont pas toujours recensées. Cette recherche a été faite dans un service universitaire ne prenant pas les patients les plus violents, l'âge était relativement élevé (53 ans) ainsi que le niveau d'éducation.

2.3. Études portant sur des populations médico-légales

2.3.1. Études portant sur des personnes en attente de jugement, irresponsabilisées ou condamnées en général

WULACH [30], dans une étude portant sur 100 patients en attente de jugement et hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale pour un épisode maniaque selon les critères du DSM-III, observe que cet échantillon représente 2% des patients. Ces sujets se répartissaient ainsi : 32 étaient mis en cause pour des infractions contre les personnes (18 pour agressions simples, 2 pour agressions avec arme) et 6 pour des infractions sexuelles (3 pour abus sexuel, 2 pour viol). L'âge moyen était de 37 ans. Les victimes étaient des inconnus sauf pour les agressions sexuelles. Pour l'auteur, les patients maniaques sont responsables d'infractions le plus souvent mineures, en dehors d'infractions rares représentant 15% de l'ensemble comme



des incendies volontaires, des agressions avec arme ou des viols.

Parmi 187 hommes reconnus pénallement irresponsables en raison de leurs troubles mentaux après une infraction et admis dans une unité de psychiatrie légale aux Etats-Unis, LONDON et TAYLOR [31] trouvent une proportion importante de patients présentant des troubles caractérisés de l'humeur avec 34% de patients bipolaires pour seulement 20% de schizophrènes. La proportion de patients bipolaires ayant commis des crimes violents (55% dont 3% de meurtres) était cependant moins importante que dans l'ensemble de l'échantillon (68% dont 15% de meurtres). Les patients bipolaires avaient le taux le plus bas de crimes violents et une proportion très faible de meurtres et de viols, en comparaison avec les patients présentant un autre diagnostic (abus d'alcool ou de substances, trouble de la personnalité ou pathologie organique). La fréquence des homicides parmi les patients déprimés était par contre très élevée, significativement plus que dans le reste de l'échantillon (7 cas sur 9, soit 78%).

WALLACE *et al* [32] ont envisagé l'ensemble des 4156 personnes condamnées par la Haute Cour dans l'État de Victoria en Australie entre 1993 et 1995. Un quart (25%) des personnes condamnées avaient eu un contact psychiatrique antérieur. Les troubles de la personnalité et l'usage de substances comptaient pour beaucoup dans cette relation mais la schizophrénie et les troubles affectifs étaient également surreprésentés, notamment en cas d'usage de substance. Les sujets condamnés avaient significativement plus de risque d'avoir eu un traitement antérieur notamment pour une psychose affective ou un autre trouble de l'humeur. Pour les hommes, les OR pour les psychoses affectives étaient respectivement de 2,8 pour l'ensemble des condamnés, 3,1 pour les auteurs d'infractions violentes et sexuelles, 5 pour les auteurs d'homicide. Pour les autres troubles de l'humeur, les OR étaient de 3,4 pour l'ensemble des sujets condamnés, 4 pour les infractions sexuelles, 4,1 pour les infractions violentes et 5,4 pour les homicides. Pour les femmes, l'OR pour les psychoses affectives était de 3,3 pour le total des femmes condamnées mais la différence n'était pas significative pour les infractions violentes. Pour les autres troubles de l'humeur, l'OR était de 4,5 parmi l'ensemble des femmes condamnées et de 5,7 pour les auteurs d'infraction violente.

Ces auteurs concluent à une « *association robuste* » entre une condamnation pour des infractions impliquant de la violence interpersonnelle et le fait d'avoir

eu un traitement notamment pour un trouble de l'humeur. Ils précisent cependant que la probabilité pour qu'une personne présentant un trouble de l'humeur commette un crime grave, bien que supérieure à celle de la population générale, est très faible. Cette augmentation des infractions dans les troubles de l'humeur leur paraît modeste et souvent liée à un mésusage de substance. Ainsi, dans les troubles affectifs sans abus de substance, l'OR est de 2,9 pour les infractions violentes et de 19 en cas d'abus de substance. De même, le risque de condamnation pour homicide en cas de trouble affectif est multiplié par 4 en l'absence d'abus de substance et par 17 en cas d'abus de substance.

SOLOMON et DRAINE [33], dans une étude portant sur 325 auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux en liberté conditionnelle ou sous contrôle judiciaire, montrent que le nombre d'épisodes maniaques sur la vie entière et la fréquence des hospitalisations sont les facteurs les plus significativement associés avec le nombre d'arrestations sur la vie entière, après contrôle des données démographiques et liées à l'âge.

2.3.2. Études portant sur des personnes détenues

Les études sur les personnes détenues montrent aussi une augmentation de la prévalence des troubles affectifs majeurs par rapport à la population générale. La proportion de troubles affectifs majeurs en détention est de 3 à 25% des sujets suivant les études selon EAVES *et al* [34], parfois plus élevée chez les femmes.

L'étude de TEPLIN [35] porte sur un échantillon randomisé d'hommes admis dans une prison aux États-Unis (n=728), avec un entretien structuré (*Diagnostic Interview Schedule*), permettant une comparaison avec les données de la population générale. La prévalence de la dépression majeure sur la vie entière était plus élevée pour les détenus hommes (5,8%) que pour les hommes dans l'étude ECA (3,2%). La prévalence de la manie sur la vie entière était également plus importante (2,5% vs 0,3%). La plupart de ces troubles psychiatriques majeurs étaient présents avant la période d'incarcération.

CÔTÉ et HODGINS [36], dans une étude sur un échantillon représentatif de 495 détenus d'une prison québécoise, utilisant le même instrument, mettent en évidence l'importance de la comorbidité, les troubles mentaux majeurs étant le plus souvent associés à une ou plusieurs autres affections. Parmi ces sujets, 3,4% avaient un diagnostic sur la vie entière de trouble bipolaire et 14,7% un diagnostic sur la vie entière de dépres-

sion majeure. La plupart de ces patients (94%) avaient une ou plusieurs pathologies comorbides, souvent une personnalité antisociale et/ou un abus de substances.

QUANBECK *et al* [37], soulignent le fait que la prévalence du trouble bipolaire I est 6 fois plus élevée en prison que dans la population générale (6% *versus* 1% dans l'étude ECA). Dans leur recherche sur 66 détenus présentant un trouble bipolaire de type I (DSM-IV) aux États-Unis, les patients ayant été arrêtés sont plus souvent des hommes, plus jeunes, avec un usage comorbide de substance et des hospitalisations plus fréquentes (en moyenne 3,4 fois par an *vs* 1,1 fois par an) et plus courtes (9 jours *vs* 16 jours) par rapport à un groupe témoin de patients bipolaires I déjà hospitalisés sans leur consentement mais sans antécédent d'arrestation. Une étude antérieure des mêmes auteurs montre que 75% des détenus bipolaires I avaient été arrêtés lors d'une phase maniaque. Alors que 60% avaient été hospitalisés dans le mois précédent leur incarcération, seulement 20% bénéficiaient d'une prise en charge en externe lors de l'arrestation [37].

FAZEL et DANESH [38], dans une importante méta-analyse en 2002 portant sur 62 études réalisées dans 12 pays, incluant 22 790 détenus dont 18350 hommes (81%), montrent que 2568 parmi 9776 (26%) étaient des délinquants violents. La synthèse de ces études fait ressortir que 3,7% des hommes incarcérés ont des troubles psychotiques et 10% une dépression majeure. Quatre pour cent des femmes ont des troubles psychotiques et 12% une dépression majeure. En comparaison avec la population générale d'âge similaire en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, les détenus avaient 2 à 4 fois plus de troubles psychotiques et de dépression majeure.

En France, une étude réalisée en juin 2001 sur l'ensemble des sujets entrants ou suivis en détention dans les établissements comportant un SMPR retrouve une prévalence de 27,4% de troubles dépressifs à l'entrée et de 6,8% de troubles de l'humeur parmi les patients suivis [39]. Les résultats d'une autre importante enquête épidémiologique à l'initiative de la Direction Générale de la Santé et du ministère de la Justice, confirment la fréquence élevée de troubles psychiatriques chez les détenus, notamment de troubles de l'humeur [40]. La prévalence des troubles affectifs actuels selon le diagnostic établi par un double consensus de cliniciens est respectivement de 24% pour le trouble dépressif majeur, 4,8% pour la dysthymie, 3,1% pour le trouble bipolaire (sur la vie entière) et 3,6% pour l'épisode maniaque ou hypomaniaque, parmi les sujets ayant

une symptomatologie marquée (critères DSM-IV et CGI>5). Ces proportions sont plus élevées que dans plusieurs études internationales.

Les troubles de l'humeur sont décrits comme plus fréquents chez les femmes en contact avec les services de psychiatrie légale que pour les hommes [41]. Les études retrouvent souvent une augmentation de la fréquence des comportements violents pour les femmes atteintes de troubles mentaux par rapport aux femmes indemnes de troubles, les pathologies de l'humeur pourraient être d'une particulière importance dans la violence chez les femmes [32, 41-43].

TEPLIN *et al* [42] trouvent ainsi une prévalence importante de troubles affectifs majeurs sur la vie entière chez des femmes détenues aux États-Unis, significativement plus élevée que dans la population générale (47% *vs* 20% dans l'étude ECA). La dépression majeure était le plus fréquent des troubles mentaux. Sa prévalence sur la vie entière était ainsi 2 fois plus élevée et celle de la manie 3 fois plus importante que chez les femmes de la population générale. Dans leur échantillon de femmes détenues (n=1272), 2,6% présentaient les critères cliniques d'un épisode maniaque. Parmi elles, 35% étaient incarcérées pour un crime violent.

PARSONS *et al* [41], dans une étude sur 382 femmes en détention provisoire au Royaume-Uni, observent que celles présentant des troubles mentaux étaient plus souvent mises en cause pour une infraction violente que les femmes indemnes de troubles (27% *vs* 18%). La prévalence des troubles de l'humeur sur la vie entière était importante (43%). La prévalence des troubles actuels pour les psychoses affectives et les troubles affectifs majeurs était respectivement de 1% et 14%. Près d'un quart (23%) des femmes ayant un trouble affectif majeur étaient incarcérées pour des infractions violentes. De même, en Allemagne, WATZKE *et al* [43] montrent que les femmes détenues avaient, toutes proportions gardées, commis un homicide plus souvent que les hommes, davantage auteurs de vols et d'agressions. Les hommes avaient une prévalence plus élevée de problèmes d'alcool et de personnalité dyssociale tandis que les femmes montraient plus souvent de la dépression, des troubles anxieux et une personnalité borderline.

MCDERMOTT *et al* [44] ont comparé les détenus ayant reçu le diagnostic DSM-IV de trouble bipolaire I dans une prison aux États-Unis à un échantillon de patients ayant le même diagnostic mais sans antécédent d'arrestation. L'usage de substances, notamment chez les patientes bipolaires, est fortement lié au risque



d'arrestation criminelle. Le risque d'avoir un diagnostic d'usage de substance comorbide pour les patientes bipolaires arrêtées était considérablement plus élevé que pour les patientes bipolaires dans la communauté (OR 38,8). Ces patientes bipolaires avec abus de substance avaient également plus de risque d'arrestation pour infraction violente (non sexuelle) (32%). Les hommes bipolaires avec usage de substance avaient davantage été arrêtés pour des vols (38%) ou des motifs divers, infractions sexuelles notamment (33%). Pour ces auteurs, le type d'infraction commise indique que l'impulsivité pourrait être le facteur sous-jacent associé au comportement criminel chez ces patientes bipolaires.

Certaines pathologies peuvent cependant être liées au contexte de l'incarcération. En se limitant à l'examen de détenus condamnés, la question d'une association au moins temporelle entre le trouble affectif et l'infraction reste ouverte.

2.3.3. Études portant sur des auteurs d'homicide

2.3.3.1. Études sur des auteurs d'homicide en général

La fréquence des troubles de l'humeur chez les auteurs d'homicide en général varie de 1,4 à 20,7% dans la plupart des études récentes [3, 32, 45-52].

Plusieurs recherches montrent un taux de dépression majeure sur la vie entière ou au moment des faits plus élevé parmi des auteurs d'homicide que dans la population générale. Les homicides commis en phase maniaque sont rares, seuls quelques auteurs en rapportant quelques cas [4, 9, 47, 53].

CÔTÉ et HODGINS [45] rapportent des taux élevés de dépression majeure et de troubles bipolaires (20,7%) dans une étude de détenus hommes condamnés pour homicide au Canada.

ERONEN et al [54] en Finlande, montrent que les comportements homicides dans un pays présentant un taux de criminalité relativement bas sont associés de façon significative avec plusieurs troubles mentaux spécifiques selon les critères DSM III-R. Dans ce pays, environ 95% des homicides sont élucidés et la plupart des auteurs d'homicide sont soumis à une évaluation de psychiatrie légale intensive et approfondie. Ces auteurs ont réalisé une étude longitudinale prospective sur 693 des 994 meurtriers (69,7%) connus entre 1984 et 1991, soit une période de huit ans. La prévalence

des troubles mentaux lors de l'acte parmi ces auteurs d'homicide a été utilisée pour calculer les odds ratios pour l'augmentation statistique du risque associé à des troubles mentaux spécifiques en comparaison à la population générale (données de l'étude ECA). Un trouble dépressif était diagnostiqué pour 27 hommes (3%) et 5 femmes (6%) et une dysthymie chez 13 hommes (1,4%) et une femme (1,2%). Le risque relatif de commettre un homicide était légèrement augmenté pour les patients présentant un épisode dépressif majeur, l'OR étant de 1,9 pour les hommes et 2,1 pour les femmes.

WALLACE *et al* [32], dans une grande étude australienne, ont mis en lien un registre des cas psychiatriques avec les dossiers de condamnations pour une grande variété d'infractions, dont l'homicide. En comparaison avec la population générale, les personnes ayant eu un contact antérieur avec la psychiatrie publique pour une psychose affective ont une probabilité de commettre un homicide 5,4 fois plus élevée pour les hommes et presque 17 fois plus pour les femmes. Le risque d'homicide paraît notamment plus élevé chez les femmes souffrant de troubles affectifs majeurs. Dans cette étude, seulement 16 femmes avaient été condamnées pour homicide mais l'association était significative avec le fait d'avoir été traitée antérieurement pour une psychose affective (OR 17) ou un autre trouble de l'humeur (OR 19,6), plus marquée que pour la schizophrénie (OR 10,6).

SCHANDA *et al* [3] ont comparé le taux d'irresponsabilisation pour troubles mentaux majeurs parmi 1087 auteurs d'homicide en Autriche entre 1975 et 1999 avec le taux de ces troubles respectifs dans la population générale selon l'étude ECA. Parmi ces auteurs d'homicide, 15 (1,4%) présentaient un trouble de l'humeur au moment des faits, soit 14 épisodes dépressifs majeurs (7 hommes et 7 femmes) et un épisode maniaque (1 homme) selon les critères DSM-IV. La dépression majeure et le trouble bipolaire étaient associés à une augmentation modérée mais statistiquement significative de la probabilité d'homicide en cas d'abus ou de dépendance comorbide à l'alcool (OR 3,1). Par contre, en l'absence d'abus/dépendance à l'alcool, ce risque apparaît paradoxalement diminué en comparaison avec la population générale.

RICHARD-DEVANTOY [48], en France, a analysé 210 expertises d'auteurs d'homicide par deux psychiatres experts près la cour d'appel d'Angers entre 1975 et 2005. Quinze sujets (7%), soit 9 femmes et 6 hommes, présentaient un trouble de l'humeur au



moment des faits. Les pathologies consistaient en un épisode dépressif avec caractéristiques mélancoliques ou symptômes psychotiques (60%), un épisode dépressif majeur isolé (13%), plus rarement un trouble bipolaire, un trouble cyclothymique, une dysthymie ou une hypomanie (6,7%). Les idées délirantes étaient fréquentes (40%), à thèmes de persécution le plus souvent, de ruine, d'hypochondrie, de jalousie ou sexuels. Une idéation suicidaire était souvent présente (75%). La comorbidité sur la vie entière était plutôt rare, notamment pour l'alcool (13%) ou les troubles de personnalité (7%). Quatre sujets avaient consommé de l'alcool au moment des faits.

La plupart de ces sujets étaient mariés, l'âge moyen étant de 37 ans. Trois (20%) avaient des antécédents de violences contre les personnes mais un seul avait des antécédents judiciaires. Le lieu du crime était toujours le domicile, préférentiellement le soir, le moyen le plus utilisé étant une arme à feu (40%) avant les médicaments (20%). Les victimes étaient des proches, le plus souvent les enfants (72%), l'épouse (21%) ou l'un des parents (7%).

L'étude compare de façon intéressante le comportement et les affects au moment du crime parmi les auteurs souffrant de troubles mentaux et ceux indemnes de pathologie mentale. La dépression (33% vs 1%), le délire (58% vs 0%) et les idées suicidaires (33% vs 4%), étaient caractéristiques de la clinique des malades mentaux avant leur crime. Une tentative de suicide après le crime était également significativement plus fréquente (31% vs 3%).

Plusieurs des auteurs de ces études font remarquer que ces recherches pourraient être passées à côté d'un « *nombre considérable* » d'auteurs d'homicide souffrant de psychopathologie sévère [54, 55]. Les homicides suivis de suicide sont en effet exclus, alors que leur fréquence est comparativement plus importante dans les pays dans lesquels le taux d'homicide est bas [56-59]. Les sujets déprimés ayant commis un homicide avant de réaliser un suicide immédiatement après leur passage à l'acte, ce qui est un cas relativement fréquent, n'ont pu être inclus dans ces études.

2.3.3.2. Filicide

Le filicide, défini comme le meurtre d'un enfant par un parent, est un événement relativement rare.

Dans la littérature de langue anglaise, le terme « *neonaticide* » concerne le meurtre d'un enfant dans les

premières 24 heures de vie, presque toujours commis par les mères. Les femmes à risque de néonaticide sont souvent jeunes et non mariées, déniante ou dissimulant leur grossesse, manquant de prise en charge prénatale mais ne présentant pas d'affection psychiatrique majeure [60].

Le terme d'infanticide est restreint au meurtre d'un enfant au cours de la première année de vie [60]. Les mères sont davantage auteurs de filicides dans la première enfance que les pères mais ce risque tend à s'égaliser et même à s'inverser quand l'enfant progresse en âge [61-63]. Les pères sont la plupart des auteurs de ces crimes pour les enfants plus âgés.

Dans le filicide maternel, l'âge des mères varie de 24 à 31 ans, la plupart étant mariées ou en couple et ayant donné récemment naissance à un enfant [61, 63-68]. Beaucoup sont sans emploi et manquent de ressources avec des problèmes financiers. D'intelligence faible ou moyenne, elles présentent souvent des troubles mentaux qu'elles tentent de prendre en charge sans l'aide d'autrui, avec des niveaux élevés de stress et un manque de support émotionnel au moment des faits. Beaucoup ont des expériences négatives de leur propre enfance (abus...) et n'ont pas de modèle positif sur lequel baser leur propre style parental. Des conflits avec des membres de la famille et un isolement social sont fréquents. Elles commettent leur passage à l'acte seules et sans arme, tuant un seul enfant, plutôt d'âge préscolaire. La grande majorité des filicides s'inscrit dans le contexte d'un contact altéré avec la réalité ou correspond à des actes impulsifs, non prémedités, dérivant de niveaux extrêmes de stress situationnel, frustration, colère, dépression ou d'une combinaison de ces facteurs [61, 63-68].

En comparaison, les pères filicides sont habituellement plus âgés, avec davantage d'antécédents de violences envers leurs enfants et de tentative de suicide lors des faits [61, 62, 69]. Dans une récente revue de la littérature [69], l'âge moyen de l'auteur est de 35 ans (15-76 ans) et celui des victimes 5,5 ans, avec une même proportion de garçons et de filles. Les enfants sont plus âgés, les méthodes plus violentes (arme à feu, couteau, trauma crânien) et les victimes plus souvent multiples. Le motif consiste davantage en des violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner ou la vengeance. Des facteurs de stress, l'isolement avec manque de soutien social, l'absence d'emploi, un bas niveau d'éducation et socio-économique sont souvent décrits. Des antécédents d'abus dans l'enfance, une rupture dans le couple ou la peur d'une séparation, une



dispute à propos de l'infidélité de la partenaire, sont fréquents. Ces pères sont plus à risque de tuer leur épouse ou de commettre un filicide. De 18 à 65% des pères commettent également un uxoricide ou sa tentative [69].

RESNICK [63] retrouve une pathologie dépressive pour 71% de ces mères et 33% des pères filicides, la proportion de troubles psychotiques étant respectivement de 67% et 44%. Dans une recherche de HATTERS FRIEDMAN *et al* [70] sur 30 auteurs de filicide suivi de suicide, des preuves de dépression ou de symptômes dépressifs étaient présentes pour 57% des parents (70% des mères et 50% des pères). La majorité des motifs étaient altruistes (70%) avec désir de soulager leur enfant de souffrances réelles ou imaginaires. Dans les cas de filicide par des mères présentant des troubles mentaux sévères, 49% étaient déprimées au moment des faits dans une autre étude des mêmes auteurs [70]. Les symptômes de dépression s'accompagnent souvent de préoccupations inquiètes sur l'état de santé de l'enfant et sur la capacité de la mère à le prendre en charge, d'idéation suicidaire ou de pensées psychotiques [67]. Ces mères dépressives sont souvent fortement investies dans le désir d'être une bonne mère et décrivent des motivations altruistes [53]. Les pensées de faire du mal à ses enfants seraient par ailleurs fréquentes parmi les mères dépressives. Pour les filicides paternels, la fréquence des troubles dépressifs au moment des faits varie de 33% à 52%, les autres pathologies étant des psychoses ou des troubles de la personnalité, avec une incidence élevée d'abus/dépendance à des substances [62, 66, 69].

Pour KIM *et al* [71], les troubles bipolaires sont insuffisamment diagnostiqués chez les patientes ayant commis un filicide ou sa tentative. STANTON *et al* [53] évoquent des cas notamment de dépression mais également de manie avec délire non congruent à l'humeur au moment du crime dans une recherche sur 6 femmes auteurs de filicide.

Plusieurs auteurs soulignent le fait que nombre de ces parents ont été vus par un professionnel de santé mentale peu avant leur crime [60, 62-64, 67]. Des mères évoquaient leur suicide et même exprimaient leur inquiétude pour l'avenir de leurs enfants ensuite [63]. Pour BOURGET et GAGNÉ [62, 65], près de 50% des parents filicides de leur série avaient eu des contacts avec des médecins, psychiatres et/ou autres professionnels avant le drame. Dans une étude de FRIEDMAN *et al* [60], 70% des mères et 30% des pères avaient eu des contacts antérieurs avec un psychiatre.

L'accent est mis sur la nécessité d'une plus grande conscience par le psychiatre du risque de filicide en particulier de mères dépressives et suicidaires.

2.3.3.3. *Homicide suivi de suicide*

Dans les homicides suivis de suicide, la dépression est pour nombre d'auteurs l'affection la plus commune [57-59, 72, 73]. Les recherches épidémiologiques sur ces meurtres suivis de suicide suggèrent une incidence annuelle de 0,20 à 0,30 pour 100 000 habitants, remarquablement constante suivant les pays et les époques. Leur proportion est plus importante dans les pays montrant une moindre fréquence des homicides [56]. Ils représentent 2 à 6 % des homicides dans plusieurs études menées aux États-Unis, des chiffres plus élevés ayant été retrouvés dans des études antérieures en Australie (22 %), en Angleterre et au pays de Galles (33 %) ou au Danemark (42 %) [57-59].

Dans ces meurtres suivis de suicide, une pathologie dépressive préexistante, présente au moment des faits, est relativement fréquente, allant de 36 à 75% selon les études. Les autres troubles évoqués sont la paranoïa, la jalousie, une psychose, une personnalité antisociale, le faible contrôle d'une impulsivité agressive, l'abus d'alcool [57-59].

Le type de meurtre-suicide le plus courant, représentant 50 à 75% de l'ensemble des meurtres suivis de suicide aux États-Unis, a pour motivation la jalousie, morbide ou délirante [57-59]. L'auteur est un homme dans plus de 90% des cas, âgé de 18 à 60 ans, développant des soupçons à propos de la fidélité de sa partenaire et la tuant dans un accès de rage avant de se suicider, le plus souvent avec une arme à feu. Il peut également tuer le rival. L'infidélité de l'épouse peut être réelle ou imaginaire, la pathologie du meurtrier allant de formes ruminatives et obsessionnelles de jalousie jusqu'au délire. Les relations sont le plus souvent tendues, mouvementées, avec des violences physiques dans le couple, pouvant témoigner d'une impulsivité, d'un caractère colérique avec hostilité et tendance à la projection du meurtrier. L'événement déclenchant est souvent une attitude de rejet du mari par son épouse et une menace de rupture, une séparation ou un divorce. La rupture est ressentie comme intolérable.

La corrélation entre filicide et suicide est soulignée dans de nombreuses études, avec une fréquence importante de troubles dépressifs des parents. De 16 à 55 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le filicide.





dialement après le meurtre de leurs enfants [57-59, 61, 62, 65]. Peu de mères tuant leur enfant dans les vingt-quatre premières heures suivant la naissance se suicident ensuite. Le suicide d'un parent après le meurtre de son enfant est plus fréquent si la victime est âgée de 1 à 16 ans. Les parents commettent davantage de suicide après le meurtre d'enfants plus âgés.

Les meurtres d'une famille entière suivis de suicide apparaissent presque toujours le fait de pères de famille déprimés [58-59]. La description est souvent celle d'un homme déprimé, paranoïaque, abusant d'alcool ou de substances au moment des faits, tuant chacun des membres de sa famille – épouse et enfants – par arme à feu, arme blanche ou par strangulation. Des facteurs précipitants sont souvent retrouvés, difficultés financières, conflits dans le couple ou autres facteurs de stress psychosociaux pesant sur la famille. Des motivations altruistes, souci de délivrer leur famille d'épreuves durables, sont parfois exprimées dans des lettres explicatives. Dans d'autres cas, le meurtrier suspecte l'infidélité de son épouse. Parfois aussi, l'homme se percevant comme pouvant seul satisfaire les besoins de ses proches, ressent un sentiment de frustration avec explosion de rage meurtrière avec suicide si cette image apparaît menacée.

Une forme particulière de meurtre-suicide intéresse des hommes âgés et déprimés souffrant eux-mêmes et/ou leur épouse d'affections physiques invalidantes ou douloureuses. Une lettre explicative décrit souvent un sentiment d'incapacité de l'un ou des deux membres du couple à affronter une maladie physique ou la solitude. Certaines de ces situations sont très proches des pactes suicidaires (voir ci-après).

Les meurtres-suicides extrafamiliaux intéressent davantage des individus ayant des traits de personnalité paranoïaque et/ou narcissique, pouvant être déprimés et se sentant offensés [57-59]. Un délire de persécution est parfois présent. Ils peuvent avoir subi un licenciement, s'être vus refuser une promotion, un emprunt bancaire, se sentir humiliés par autrui et non reconnus à leur propre valeur. Des employeurs, collègues de travail, enseignants, médecins parfois, banquiers, parties adverses d'un procès, personnes investies dans la vie politique ou associative sont ainsi parfois victimes d'un meurtre suivi de suicide par arme à feu le plus souvent, au cours duquel des témoins ou représentants des forces de l'ordre peuvent également être tués. Certains individus commettent de tels passages à l'acte dans l'intention de mourir sous les balles des

policiers ou des gendarmes, dans une forme de suicide indirect.

2.3.3.4. Pactes suicidaires

Les pactes suicidaires sont définis comme un accord mutuel entre le plus souvent deux individus décidant de mourir ensemble. Relativement rares, ils représentent de 0,6 à 2,5% de l'ensemble des suicides dans les quelques études occidentales de référence [74-79]. La plupart intéressent des couples mariés (70 à 78%), dont l'âge moyen est relativement constant selon les études, entre 51 et 57 ans, souvent atteints d'affections physiques invalidantes ou douloureuses, socialement isolés et décrivant fréquemment un sentiment de perte d'espoir. Les couples utilisent des méthodes non violentes, permettant de mettre fin à leurs jours ensemble sans douleur, ce qui suggère prémeditation et assentiment réciproque, le plus souvent par intoxication par le monoxyde de carbone (gaz d'échappement de voiture) ou par une ou plusieurs substances (65 à 93%). Dans la plupart des cas, la même méthode est utilisée par chacun des membres du couple [75-78].

Dans beaucoup de pactes réussis, une pathologie dépressive de l'un ou des deux membres du couple paraît en cause, sous l'effet souvent de difficultés financières, d'anxiété à propos de maladies physiques personnelles ou de proches, d'un deuil ou d'une séparation possibles. La menace de dissolution d'une relation étroite, exclusive entre deux partenaires, dont l'un apparaît dominant et devient l'instigateur d'un double suicide, est soulignée par plusieurs auteurs [78-80]. ROSENBAUM [80], dans une étude sur 6 survivants de pactes, montre que l'instigateur est le plus souvent un homme malade physiquement et déprimé, ayant des antécédents suicidaires, avec parfois une infidélité réelle ou imaginaire de sa partenaire. BROWN *et al* [75], analysant 9 de ces pactes suicidaires impliquant 18 victimes, évoquent 10 (56%) pathologies dépressives au moment des faits. Dans une remarquable étude sur 62 pactes en Angleterre et au Pays de Galles [76, 77], les mêmes auteurs trouvent que 40% souffraient de dépression au moment du décès.

HUNT *et al* [78] ont réalisé récemment une étude sur une série consécutive de personnes prises en charge en santé mentale et décédées lors de pactes suicidaires (n=278) entre 1996 et 2005 en Angleterre et au Pays de Galles. Le diagnostic le plus fréquent (47%), était un trouble de l'humeur (bipolaire ou dépressif). Dans plus d'un quart des cas, un contact avec un service de



santé mentale avait eu lieu dans l'année précédente, notamment la moitié dans la semaine précédant le décès, la majorité rapportant des anomalies psychiques, détresse émotionnelle le plus souvent (25%), maladie dépressive (23%), idéation suicidaire (20%) ou perte d'espoir (19%). Le désengagement envers les soins, les sorties à l'initiative des patients, l'absence au dernier rendez-vous et l'absence de compliance au traitement étaient fréquents.

Le fait que ces pactes suicidaires entraînent très fréquemment le décès de leurs protagonistes appelle une particulière vigilance des cliniciens en présence de tels patients envisageant ou ayant déjà tenté de se suicider ensemble. Le phénomène récent des pactes sur Internet, par lequel des personnes qui ne se connaissent pas, organisent un pacte suicidaire au travers de sites spécifiques et forums de discussion, pourrait favoriser leur augmentation parmi les personnes vulnérables [78].

2.3.4. Agressions sexuelles

Plusieurs études récentes montrent une prévalence élevée de troubles mentaux, en particulier thymiques, sur la vie entière parmi les auteurs d'agressions sexuelles [81-85]. La recherche d'une ou plusieurs paraphilicées mais également d'une pathologie associée est importante, la prévention de la récidive passant par la prise en compte et le traitement de ces troubles. Si la prévalence des troubles bipolaires parmi les agresseurs sexuels est peu importante dans la plupart des études, les troubles dépressifs et dysthymiques sur la vie entière comme lors des faits sont décrits comme fréquents [84]. L'abus d'alcool et de substances, souvent associé aux troubles de l'humeur, favorisent le passage à l'acte.

Dans une étude sur 36 hommes condamnés pour infraction sexuelle et admis consécutivement dans un service hospitalier, McELROY *et al* [83] trouvent une prévalence importante de troubles de l'axe I sur la vie entière : abus de substances (83%), paraphilie (58%), troubles de l'humeur (61% dont trouble bipolaire 36%) et troubles anxieux (36%). La prévalence des troubles de l'axe II était élevée avec prédominance de la personnalité antisociale (72%). Les sujets rapportaient un taux élevé d'antécédents d'abus sexuels et de troubles de l'axe I, en particulier abus de substances et troubles de l'humeur, parmi leurs parents du premier degré. KAFKA et PRENTKY [82] trouvent également parmi 60 agresseurs sexuels paraphiliques ou non, 74% de troubles de l'humeur dont 53% de dysthymies pré-

coces. Une autre étude a porté sur 45 hommes réunissant les critères DSM-IV de la pédophilie participant à un programme de traitement pour auteurs d'infractions sexuelles [84]. 93% (n=42) des sujets réunissaient les critères d'un autre trouble de l'axe I sur la vie entière, les troubles anxieux et de l'humeur étant les plus représentés. La prévalence sur la vie entière des troubles de l'humeur était de 67%, des antécédents de dépression majeure étant décrits par plus de la moitié (56%) des sujets, les troubles bipolaires et la dysthymie ayant une même répartition (8,8%). GALLI *et al* [86] rapportent 82% de troubles de l'humeur et 55% de troubles bipolaires chez des adolescents agresseurs sexuels.

PITHIERS *et al* [85], dans une recherche sur les signes précurseurs des passages à l'acte, montrent que 89% parmi 200 auteurs d'agressions sexuelles (136 pédophiles, 64 violeurs) étaient dans un état émotionnel négatif intense dans les heures précédant leur délit. Pour 94% des auteurs de viol, cet affect se caractérisait par de la colère contre une femme. Les pédophiles souffraient plutôt d'anxiété (46%) ou de dépression (38%).

3. DISCUSSION, CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET MÉDICO-LÉGALES

Les études sur le risque de violence envers autrui dans les troubles de l'humeur sont souvent récentes [8-10, 12, 13, 21].

Les définitions de la violence et même des troubles de l'humeur ne sont pas toujours superposables d'une recherche à l'autre, la notion de crime ayant notamment une acceptation plus large dans la littérature de langue anglaise. Les études sont pour la plupart rétrospectives et ne considèrent pas toujours les troubles au moment des faits. Elles portent souvent sur des patients hospitalisés qui ne représentent pas l'ensemble des personnes présentant ces pathologies [28]. D'autres portent sur des détenus ou auteurs d'actes médico-légaux dont les troubles actuels peuvent être liés au contexte au décours des faits. Les comportements violents des personnes présentant des troubles mentaux ne font enfin pas toujours l'objet de poursuites et nombre d'infractions ne sont pas reconnues. Si la plupart de ces études sont en faveur d'un risque de violence envers autrui dans les troubles affectifs majeurs plus élevé que pour les personnes ne présentant pas ces pathologies, des facteurs associés comme l'abus de substances ou un trouble de la personnalité doivent être pris en considération.

dération car ils augmentent probablement bien davantage le risque que la maladie *per se* [5, 18]. Il est possible que l'usage de substances comorbide ait un impact plus déterminant sur le risque de violence dans les troubles de l'humeur que dans d'autres pathologies, expliquant le fait que plusieurs études récentes ne confirment pas l'association entre troubles de l'humeur et violence après contrôle de la comorbidité [8, 13, 18]. Cette comorbidité avec l'usage de substance est cependant fréquente en pratique clinique quotidienne comme le montrent bien les études épidémiologiques [14, 17, 90]. Il n'est sans doute pas pertinent de considérer le diagnostic pris isolément comme en recherche [13]. La plupart des patients ayant des troubles affectifs majeurs ne présentent pas de comportements de violence durant le cours de la maladie ou lors des phases de rémission [10]. Mais cette comorbidité importante notamment avec l'abus de substances augmente le risque, ce qui est une réalité clinique.

Ces recherches mettent en évidence l'importance des facteurs de risque généraux dans le risque de violence, notamment pour le trouble bipolaire. Ces données sont socio-démographiques comme un âge inférieur à 40 ans, le sexe masculin, un statut socio-économique précaire, un faible niveau d'éducation ou le célibat. Des antécédents de trouble des conduites dans l'enfance ou l'adolescence, de violence envers autrui, de victimisation, d'abus ou de dépendance à l'alcool ou d'autres substances, des antécédents judiciaires mais également un divorce ou une séparation dans l'année et l'absence d'emploi sont à prendre en considération. Des facteurs liés à la prise en charge exposent également à une augmentation du risque tels que le défaut d'accès aux soins, l'incapacité à demander de l'aide, le déni des troubles et la faiblesse de l'insight, la rupture de suivi, la non observance des traitements, l'insuffisance du suivi après une hospitalisation [5].

Les patients bipolaires présentant des antécédents judiciaires avec des condamnations ne sont ainsi pas rares [87, 88]. Les troubles affectifs majeurs, épisodes dépressifs ou maniaques, lors des faits, ne sont pas toujours reconnus chez les auteurs d'infraction. Au cours d'une expertise, ces patients peuvent être considérés comme ayant un trouble de la personnalité ou les conséquences d'un abus de substances avec le risque d'une absence de reconnaissance de la maladie. Il est souvent difficile de reconstituer a posteriori l'état mental au moment d'une infraction, ce dernier ayant pu varier en fonction de l'évolution naturelle de la maladie, sous l'effet du traitement ou de la prise de substances [74].

Il est souhaitable de disposer de plusieurs sources pour l'évaluation de la pathologie et du risque de violence [5]. Tous les actes de violence commis par des patients présentant des troubles de l'humeur ne sont par ailleurs pas nécessairement liés à leur pathologie, d'autant qu'il s'agit d'affections se manifestant par épisodes avec des intervalles libres. La plupart des actes médico-légaux surviennent probablement dans le contexte d'épisodes dépressifs de natures diverses et pas toujours dans le contexte d'une mélancolie délirante ou d'un épisode maniaque sur lesquels la tradition expertale se fonde pour retenir l'irresponsabilité pénale [74].

Parmi les recommandations de la Haute Autorité de Santé, devrait figurer celle d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles graves de l'humeur mais également de l'abus et de la dépendance à l'alcool ou d'autres substances [5]. Il convient aussi d'interroger systématiquement les personnes souffrant de troubles de l'humeur sur leurs antécédents de violence subie ou agie.

En fonction des différentes pathologies de l'humeur, les considérations suivantes peuvent être exposées [6, 11-13, 74, 89].

3.1. Trouble bipolaire et manie

Le diagnostic d'un trouble bipolaire est souvent tardif, après plusieurs années d'évolution de la maladie et l'intervention de plusieurs médecins [87]. Cette affection significativement sous-diagnostiquée dans la population générale l'est probablement plus encore parmi les délinquants. L'instabilité, l'impulsivité, la recherche de sensations fortes, les fluctuations de l'humeur et l'abus de substances rendent peu évident le diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité (borderline, dyssociale...), d'autant que ce dernier peut être associé à la maladie bipolaire. Dans l'étude NESARC, l'*odds ratio* pour les sujets bipolaires par rapport aux non bipolaires de présenter un trouble de la personnalité comorbide est de 10,6, et respectivement de 7,3 pour la personnalité antisociale et de 10,7 pour la personnalité paranoïaque [90]. La comorbidité avec la personnalité antisociale est bien décrite dans des observations cliniques [91] ou des populations de patients maniaques en contexte de psychiatrie légale [92]. Dans une étude portant sur 100 patients bipolaires, l'agressivité apparaît fortement liée à l'existence d'une personnalité borderline comorbide ainsi qu'à des antécédents de traumatisme dans l'enfance et à la sévérité des symptômes maniaques ou dépressifs [93].



Le trouble bipolaire est associé dans plus de 50% des cas à une autre pathologie, ce qui peut être source d'égarements diagnostiques [15, 17, 94]. La comorbidité est en particulier fréquente avec les conduites addictives notamment l'abus ou la dépendance envers l'alcool ou des substances, favorisant les passages à l'acte à dimension médico-légale. Dans l'étude ECA, le trouble bipolaire a la plus grande prévalence vie entière d'usage de substance comorbide (60%) [17]. Dans l'étude NESARC, les OR sur la vie entière pour les sujets bipolaires par rapport aux non bipolaires étaient respectivement de 4,5 pour la dépendance à l'alcool et de 7,7 pour la dépendance à des substances [90]. Le trouble bipolaire et l'usage de substance auraient un effet synergique, les patients comorbides montrant davantage d'impulsivité [21]. Le rôle des substances psycho-actives apparaît important dans l'augmentation du risque de violence. Plusieurs auteurs considèrent que le risque de violence n'apparaît pas plus élevé parmi les sujets bipolaires en l'absence d'abus de substances que dans la population générale [5, 8, 18, 22].

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents mais de moindre gravité que dans la dépression [89]. La manie est rarement associée à la criminalité grave mais conduit souvent à des infractions mineures variées. Les atteintes contre les biens sont des fraudes, vols, escroqueries, abus de confiance, chèques sans provision, dégradations diverses ou actes incendiaires. Les atteintes contre les personnes peuvent consister en des menaces, violences envers autrui ou outrages. Le sentiment de toute-puissance peut amener à des affrontements avec les personnes représentant l'autorité, forces de l'ordre, magistrats mais également médecins ou soignants. Il peut entraîner des violences physiques si le patient est contrarié dans ses projets ou se sent victime d'une humiliation ou de moqueries auxquelles son comportement l'expose. Il s'agit cependant le plus souvent de violences légères. L'accès de manie furieuse avec violence extrême, est classique mais rare. Intriqués à une symptomatologie floride dans la schizophrénie, les éléments maniaques augmenteraient le risque de violence [5]. Des atteintes involontaires à la vie d'autrui peuvent aussi être provoquées par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence. Les infractions à la circulation routière sont fréquentes, avec parfois mise en danger de soi-même ou d'autrui. Les observations d'homicide sont exceptionnelles dans la manie. Des homicides peuvent être commis lors de brèves phases

de dépression survenant dans le cours ou au début d'un épisode à prédominance maniaque [97].

Des comportements sexuels déviants peuvent émailler le cours d'un épisode maniaque [94]. Dans l'exaltation de la manie, les atteintes sexuelles comme le harcèlement, l'exhibitionnisme ou des gestes impudiques paraissent cependant plus fréquentes que le viol. Ces patients peuvent être en réalité plus souvent eux-mêmes victimes de délits sexuels du fait de la libération instinctuelle au cours de leurs accès. À la différence des paraphilies, les agressions sexuelles surviennent exclusivement durant l'épisode thymique, ne sont pas une préférence personnelle ou obligée, ont un âge de début plus tardif et s'accompagnent de symptômes maniaques [15].

L'euphorie n'est pas la seule modalité affective dans la manie qui peut se traduire par des sentiments d'irritabilité et des comportements agressifs envers les personnes et les biens. Dans une étude sur 237 patients maniaques, l'agressivité apparaît associée à la paranoïa et l'irritabilité [95], qui demeurent stables au cours du temps comme le montre la corrélation entre deux épisodes maniaques consécutifs [10]. Dans une autre étude, cette agressivité dans la manie est liée à l'irritabilité, au manque de coopération, à l'impatience et au manque d'insight [96]. Des troubles des conduites sociales peuvent ainsi attirer l'attention de la justice avant ou même à la place des professionnels de santé. Dans leur ouvrage de référence, GOODWIN et JAMISON évoquent une fréquence de 49% de comportements violents et d'agressivité et 57% de troubles des conduites sexuelles (nudité, exhibitionnisme, hypersexualité) au cours des épisodes maniaques [94].

L'impulsivité est fréquente chez les sujets bipolaires non seulement durant les épisodes maniaques mais aussi durant les phases de rémission [98-100]. Dans la manie, le patient agit sans réfléchir aux conséquences de ses actes (dépenses inconsidérées, projets grandioses, actes antisociaux...) [98]. La plupart des agressions dans le trouble bipolaire sont apparemment impulsives et surviennent au cours d'un épisode maniaque [10]. La préméditation manque souvent du fait de l'excitation psychomotrice avec agitation désordonnée, favorisant peu les actes de violence élaborée. Il existe souvent une augmentation de la consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives pouvant aggraver ou prolonger l'épisode. Le niveau d'impulsivité chez les patients bipolaires avec abus de substances est décrit comme plus élevé que parmi ceux ne présentant pas cette comorbidité [100]. Il est à noter



que les patients bipolaires même euthymiques et stabilisés réussiraient moins bien à des épreuves neuro-psychologiques explorant les fonctions exécutives que des sujets contrôles avec un manque d'inhibition [101]. Un trouble des fonctions exécutives pourrait prédire le comportement agressif chez les patients hospitalisés, notamment bipolaires [102]. Certains auteurs font l'hypothèse qu'un dysfonctionnement neuropsychologique, sous la forme d'un trait, prédispose à l'agressivité chez des patients bipolaires [10].

Les symptômes psychotiques et notamment les idées délirantes, hallucinations ou distorsions cognitives sont fréquents dans la manie [15, 94]. Les thèmes sont de grandeur et de toute puissance mais souvent également de persécution, augmentant la dangerosité d'autant plus qu'il existe un persécuteur désigné. Les manies délirantes sont souvent associées à une guérison incomplete entre les épisodes avec la persistance d'idées délirantes. Des formes cliniques de manie chronique sont également décrites, répondant de façon insatisfaisante au traitement avec irritabilité persistante, agressivité, tachypsychie et état subdélirant [104]. L'hypomanie pourrait être davantage associée au risque de comportement violent que les états maniaques typiques, en raison de la moindre fuite des idées. Il en est ainsi également des états mixtes de l'humeur, associant des signes de la série maniaque et dépressive. Dans les manies secondaires, survenant au cours de pathologies organiques ou provoquées par des substances pharmacologiques, l'irritabilité et les comportements agressifs sont plus fréquents [103].

Des comportements antisociaux au cours d'un épisode maniaque chez l'enfant et l'adolescent sont parfois difficiles à différencier d'un trouble des conduites ou d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAHA). Le trouble des conduites est par ailleurs fréquemment associé au trouble bipolaire de l'enfant ou l'adolescent [105-107]. Les épisodes maniaques chez les adolescents ont plus souvent des caractéristiques psychotiques et peuvent être associés à des comportements antisociaux et l'usage de substances psycho-actives [15, 103]. Dans une étude concernant 383 jeunes délinquants incarcérés aux États-Unis, 46 (12%) présentaient un trouble bipolaire, la prévalence étant encore plus importante chez les adolescentes [107]. PLIZKA et al [106] ont examiné 50 adolescents entre 11 et 17 ans dans un centre de détention juvénile, retrouvant une proportion élevée de troubles de l'humeur (42%) : 10 (20%) réunissaient les critères de manie, 10 (20%) de trouble dépressif majeur, 1 état mixte. La plupart de ces adolescents

(30 cas, soit 60%) avaient également les critères d'un trouble des conduites, la dépendance à l'alcool, à la marijuana et à d'autres substances étant par ailleurs fréquentes.

Certains auteurs évoquent cependant le risque d'une surestimation du diagnostic de trouble notamment bipolaire I en psychiatrie médico-légale, notamment à l'initiative des défenseurs de personnes mises en examen, rappelant la nécessité du respect des critères de cette affection, ces derniers devant être suffisamment marqués et d'une durée suffisante [108]. Des crimes ou actes de violence peuvent être commis par des sujets souffrant de troubles graves de l'humeur indépendamment de leur pathologie, notamment lors de phases de rémission ou d'intervalle libre.

3.2. Dépression

La dépression s'accompagne parfois de violences envers autrui, plus rares que dans la manie mais plus graves.

L'homicide altruiste dans la mélancolie « *commis dans l'intérêt supposé de la victime* », décrit par les auteurs classiques, est considéré comme rare mais non exceptionnel [109]. Il intéresse des proches le plus souvent et s'inscrit dans un contexte de suicide élargi. Les formes cliniques de la mélancolie anxiouse et surtout de la mélancolie délirante sont le plus souvent en cause, le passage à l'acte meurtrier dérivant des idées de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypochondriaques étendues à ses proches. La préméditation avant le crime existe, souvent importante et dissimulée comme pour le suicide.

Dans la littérature contemporaine, plusieurs études évoquent une proportion parfois importante – entre 1,4 et 20,7% – de dépression dans des séries d'auteurs d'homicide en général. Une pathologie dépressive est décrite comme plus fréquente encore au moment des faits parmi les auteurs de filicide, intéressant 71% de ces mères et 33% des pères filicides dans l'étude classique de RESNICK [63]. L'Audition Publique de la Haute Autorité de Santé a souligné le fait que les cliniciens doivent être avertis du risque de filicide de parents déprimés ou délirants [5]. Les parents déprimés à risque suicidaire devraient être directement questionnés sur le devenir de leurs enfants dans l'éventualité de leur suicide. Il convient d'évaluer les personnes ayant des pensées suicidaires ou des idées délirantes impliquant leurs enfants pour ce risque de filicide. Les indications d'hospitalisation comprennent notamment



des craintes des parents de faire du mal à leurs enfants, des préoccupations non réalistes ou délirantes sur la santé ou le devenir de ces derniers [5, 60]. La dépression est particulièrement fréquente parmi les auteurs d'homicides suivis de suicide, allant de 36 à 75% des cas selon les études [58-59].

Sur le plan psychopathologique, les relations entre dépression et agressivité mais également entre homicide et suicide sont décrites depuis longtemps par les psychanalystes, avec l'idée d'une agressivité retournée contre soi dans la dépression et le suicide [74]. Il faut noter l'existence d'états dépressifs se caractérisant par un sentiment permanent de colère et d'explosions coléreuses à l'origine de passages à l'acte violents [110]. La colère, l'hostilité et l'irritabilité sont fréquemment observées dans les troubles dépressifs en particulier unipolaires et des formes cliniques de dépression hostile décrites [111].

Des explosions de violence parfois homicide dans la dépression rappellent le concept de catasthymie [112]. La catasthymie est décrite comme l'état d'une personne en venant progressivement à l'idée que commettre un acte de violence est l'unique solution pour la délivrer d'une tension émotionnelle prolongée. L'anxiété, le sentiment de tension interne, le ressentiment et une agressivité latente peuvent entraîner un besoin indéfinissable de décharge émotionnelle et un passage à l'acte violent envers autrui.

La dépression peut également s'accompagner d'idées délirantes ou d'hallucinations dont certaines peuvent être impératives, intimant au malade l'ordre de commettre des actes de violence ou parfois meurtriers. L'infanticide est souvent associé à un épisode dépressif majeur psychotique du post partum caractérisé par des ordres hallucinatoires de tuer l'enfant ou par des idées délirantes selon lesquelles ce dernier serait possédé ou promis à un avenir des plus sombres. Les thèmes de culpabilité, somatiques, de persécution, menace de catastrophe imminente, influence, insertion et contrôle idéique sont des plus criminogènes.

L'association d'éléments dépressifs et de symptômes psychotiques positifs (délire, hallucinations, troubles du cours de la pensée), paraît également un des meilleurs critères de dangerosité pour les schizophrènes [74, 113, 114]. Si SOYKA *et al* [115] présentent plutôt la dépression comme un facteur protecteur d'actes violents ou criminels dans la schizophrénie après la sortie de l'hôpital, dans l'étude ECA [14] les comportements violents dans l'année écoulée intéressaient 8,4% des personnes présentant une schizophré-

nie sans trouble de l'humeur et 21,1% en cas de trouble de l'humeur associé. Plusieurs recherches montrent que lorsque les symptômes positifs s'accompagnent de dépression ou de sentiment de détresse, le risque de comportement agressif augmente, même après contrôle des antécédents de comportements antisociaux et de l'usage de substances [116-118]. Pour HODGINS et RIAZ [116], après la phase la plus aiguë d'un épisode où les symptômes psychotiques positifs sont le principal facteur de comportement agressif, d'autres déterminants comme le sexe masculin, le jeune âge, les antécédents de trouble des conduites et de violence, l'usage de substances illicites, les symptômes de menace et de contrôle et la dépression sont associés au comportement agressif. Pour SWANSON *et al* [119], les symptômes positifs et la dépression sont associés à la violence entraînant un risque vital, alors que les symptômes négatifs apparaissent protecteurs. GROSSMAN *et al* [88], parmi 172 sujets hospitalisés, montrent que les patients présentant un trouble schizo-affectif avaient de façon significative plus souvent des antécédents de crimes violents contre des personnes (40%), en comparaison avec la schizophrénie (28%), le trouble bipolaire (24%) ou la dépression unipolaire (12%).

Les idées suicidaires sont fréquentes dans la dépression, la violence des patients ayant des troubles de l'humeur étant surtout dirigée contre eux-mêmes. Plus des 2/3 des auteurs de suicide ou de sa tentative sont déprimés au moment de leur passage à l'acte et 15% des personnes bipolaires décèdent par suicide [5, 120]. Les idées de suicide et de violence envers autrui sont souvent très liées [24, 73, 121]. HAGGARD-GRANN *et al* [121] montrent dans leur étude sur les individus violents que des idées suicidaires ou une tentative de suicide dans les 24 heures précédentes augmenteraient 9 fois le risque d'une agression envers autrui. Des conduites suicidaires peuvent être dangereuses de façon délibérée ou non pour l'entourage avec un risque d'incendie ou d'explosion lors d'une tentative de suicide par le gaz domestique. Il en est ainsi également des conduites suicidaires par précipitation ou en voiture, certains patients pouvant par ailleurs tenter de dissimuler leur suicide en le faisant passer pour un accident [122]. Les idées et comportements suicidaires sont relativement fréquents au moment des faits chez les auteurs d'incendie volontaire, avec des pensées ou sentiments de vengeance, colère et hostilité associés à la dysphorie et à la dépression, l'abus d'alcool et de substances favorisant le passage à l'acte [11, 123].

Dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent, l'humeur irritable avec agressivité est un trait fréquent.





Les troubles du comportement avec tendance au passage à l'acte sur soi ou autrui, les fugues, l'abus d'alcool et de substances font notamment partie de la clinique de la dépression de l'adolescent [104]. Des formes cliniques de dépression masquée avec trouble des conduites, abus d'alcool ou de substances psychoactives, conduites sexuelles déviantes ou autres formes de criminalité ont pu être décrites. Le trouble des conduites dans l'enfance, comorbide avec des symptômes dépressifs, caractériserait un sous-groupe de sujets développant un trouble affectif majeur plus tard dans la vie avec un risque augmenté de suicide et de criminalité [21].

La plupart des mécanismes neurobiologiques impliqués dans l'agressivité impulsive le sont également dans les conduites suicidaires [124, 125]. Tous deux sont attribués à une dysrégulation du contrôle des impulsions et des émotions. Un dysfonctionnement notamment sérotoninergique est une des hypothèses étiopathogéniques de la dépression comme des comportements violents ou suicidaires impulsifs. Plusieurs études montrent une association entre concentration basse en 5-HIAA, principal métabolite de la sérotonine, dans le LCR, à des comportements suicidaires notamment impulsifs et violents [123, 126, 127]. L'agressivité envers autrui, impulsive, est également associée à un dysfonctionnement sérotoninergique, dans les modèles animaux ou chez des auteurs d'agression, des alcooliques ou des incendiaires impulsifs [123, 126-129]. Une certaine forme d'impulsivité, une agressivité excessive ou une incapacité à contrôler des pulsions agressives paraissent les variables comportementales associées à de faibles concentrations de 5-HIAA dans le LCR, indépendamment du groupe diagnostique et de l'acte commis mais en particulier retrouvées chez certains sujets déprimés [127]. Il est intéressant d'observer que les systèmes paraissant impliqués dans le déterminisme des comportements impulsifs présentent également des dysfonctionnements dans les troubles de l'humeur qu'il s'agisse de l'activité sérotoninergique, de celle du cortex préfrontal ou du contrôle des émotions. Enfin, les médicaments thyromodulateurs (valproate, lithium, carbamazépine, anti-psychotiques de seconde génération...) sont souvent utilisés dans le traitement de l'agressivité en dehors même de leur action sur les troubles de l'humeur et les antidépresseurs sérotoninergiques auraient une efficacité dans la diminution de l'agressivité impulsive [10, 130].

3.3. Autres troubles de l'humeur

L'intercise des troubles unipolaires ou bipolaires, les formes dites « atténuées » des troubles de l'humeur (trouble bipolaire II, hypomanie, dysthymie, cyclothymie), les états mixtes, les cycles rapides ou les épisodes thymiques récurrents brefs gagneraient à être mieux connus dans leurs relations éventuelles avec des comportements de violence envers autrui [7]. Le syndrome prémenstruel avec ses changements d'humeur (dépression, irritabilité, agressivité) n'est pas sans incidence médico-légale, pouvant s'accompagner d'actes de violences parfois graves envers autrui. Dans le spectre bipolaire, la notion de tempérament affectif est également importante à considérer. Ces troubles sont définis comme des formes subsyndromiques des troubles de l'humeur [103]. Le tempérament peut être ainsi hyperthymique, cyclothymique, dépressif ou irritable. Le tempérament irritable est notamment caractérisé par une humeur changeante avec tendance à ruminer et broyer du noir, à l'hyperkritique et à la plainte, une impulsivité avec irritabilité et crises de colère, une agitation dysphorique, des problèmes interpersonnels, l'abus d'alcool et de substances étant fréquent.

4. CONCLUSION

La proportion de personnes souffrant de troubles affectifs majeurs parmi l'ensemble des auteurs de crimes ou de violences est peu importante et la plupart ne commettent pas de violences envers autrui. La pathologie dépressive est cependant parfois à l'origine de crimes graves, envers les proches plutôt, notamment en cas d'association à une situation de crise existentielle (séparation de couple, épisode passionnel), une psychose délirante, un trouble grave de la personnalité (dyssociale, limite, narcissique, paranoïaque), un abus d'alcool et/ou de substances [74]. Dans le trouble bipolaire, la comorbidité est fréquente avec l'abus ou la dépendance à des substances ou un trouble de la personnalité et augmente le risque de violence. Il est souhaitable d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles affectifs majeurs parmi les auteurs d'infractions ou de violence mais également de l'abus et de la dépendance à l'alcool ou d'autres substances. Il est important pour le clinicien de regarder au-delà du simple diagnostic et de considérer les antécédents du patient et sa situation de vie actuelle en évaluant le risque de violence envers autrui [18]. ■



RÉFÉRENCES

- [1] BÉNÉZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS ML. – Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
- [2] DUBREUCQ JL, JOYAL C, MILLAUD F. – Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Méd-Psychol 2005 ; 163 : 852-65.
- [3] SCHANDA H, KNECHT G, SCHREINER D, STOMPE T, ORTWEIN-SWOBODA G, WALDHOER T. – Homicide and major mental disorders : a 25-year study. Acta Psychiatr Scand 2004 ; 110 : 98-107.
- [4] TIIHONEN J, ISOHANNI M, RÄSÄNEN P, KOIRANEN M, MORING J. – Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. Am J Psychiatry 1997 ; 154 : 840-5.
- [5] Haute Autorité en Santé (HAS). Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, Audition Publique, 10 décembre 2010 ; <http://www.has-sante.fr>.
- [6] MALMQVIST CP. – Depression and homicidal violence. Int J Law Psychiatry 1995 ; 18(2) : 145-62.
- [7] BÉNÉZECH M, LE BIHAN P. – Troubles de l'humeur et dangerosité. In : Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Paris : Interligne, 2004 : 148-65.
- [8] FAZEL S, LICHTENSTEIN P, GRANN M, GOODWIN GM, LANGSTRÖM N. – Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Arch Gen Psychiatry 2010 ; 67 : 931-8.
- [9] GRAZ C, ETSCHEL E, SCHOECH H, SOYKA M. – Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. J Affect Disord 2009 ; 117 : 98-103.
- [10] LATALOVA K. – Bipolar disorder and aggression. Int J Clin Pract 2009 ; 63 : 889-99.
- [11] LE BIHAN P, BOURGEOIS ML. – Crimes et violences dans les troubles affectifs. Confront Psychiatr 2008 ; 47: 121-45.
- [12] LE BIHAN P. – Quelles sont les données de la littérature sur la violence hétéroagressive parmi les personnes présentant un trouble de l'humeur ? Audition Publique de la Haute Autorité en Santé (HAS) : Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, Texte des experts, 10 décembre 2010 ; <http://www.has-sante.fr>.
- [13] OAKLEY C, HYNES F, CLARK T. – Mood disorders and violence : a new focus. Advances in Psychiatric Treatment 2009 ; 15 : 263-70.
- [14] SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK, JONO R. – Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. Hosp Community Psychiatry 1990 ; 41 : 761-70.
- [15] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Traduction française coordonnée par Guelfi JD, Paris : Masson, 1983, 1989, 1996, 2000.
- [16] CORRIGAN PW, WATSON AC. – Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. Psychiatry Res 2005 ; 136: 153-62.
- [17] MERIKANGAS KR, AKISKAL HS, ANGST J, GREENBERG PE, HIRSCHFELD RM, PETURKHOVA M et al. – Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 2007 ; 64 : 543-52.
- [18] ELBOGEN EB, JOHNSON SC. – The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009 ; 66 : 152-61.
- [19] PULAY AJ, DAWSON DA, HASIN DS, GOLDSTEIN RB, RUAN WJ, PICKERING RP et al. – Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2008 ; 69 : 12-22.
- [20] STUEVE A, LINK BG. – Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israël. Psychiatr Q 1997 ; 68: 327-42.
- [21] HODGINS S, LAPALME M, TOUPIN J. – Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia : a 2-year follow-up. J Affect Disord 1999 ; 187-202.
- [22] BRENNAN PA, MEDNICK SA, HODGINS S. – Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 2000 ; 57 : 494-500.
- [23] ARSENEAULT L, MOFFITT TE, CASPI A, TAYLOR PJ, SILVA PA. – Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. Arch Gen Psychiatr 2000; 57 : 979-86.
- [24] ASNIS GM, KAPLAN ML, HUNDORFEAN G, SAEED W. – Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Psychiatr Clin North Am 1997 ; 20 : 405-24.
- [25] BINDER RL, MCNIEL DE. – Effects of diagnosis and context on dangerousness. Am J Psychiatry 1988 ;145 : 728-32.
- [26] BARLOW K, GRENYER B, ILKIW-LAVALLE O. – Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. Aust N Z J Psychiatry 2000 ; 34 : 967-74.
- [27] DEAN K, WALSH E, MORGAN C, DEMJAHA A, DAZZAN P, MORGAN K et al. – Aggressive behaviour at first contact with services : findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. Psychol Med 2007 ; 37 : 547-57.



- [28] MODESTIN J, HUG A, AMMANN R. – Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Disord* 1997 ; 42: 29-38.
- [29] MODESTIN J, WUERMLE O. – Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005 ; 59 : 25-9.
- [30] WULACH JS. – Mania and crime : a study of 100 manic defendants. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1983 ; 11(1): 69-75.
- [31] LONDON WP, TAYLOR BM. – Bipolar disorders in a forensic setting. *Compr Psychiatry* 1982 ; 23(1) : 33-7.
- [32] WALLACE C, MULLEN P, BURGESS P, PALMER S, RUSCHENA D, BROWNE C. – Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatr* 1998 ; 172 : 477-84.
- [33] SOLOMON P, DRAINE J. – Explaining lifetime criminal arrests among clients of a psychiatric probation and parole service. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999 ; 27 : 239-51.
- [34] EAVES D, TIEN G, WILSON D. – Offenders with major affective disorders. In : Hodgins S, Müller-Isberner R Ed. *Violence, crime and mentally disordered offenders*. Chichester : John Wiley and Sons, 2000.
- [35] TEPLIN LA. – The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : comparison with the Epidemiologic Catchment Area program. *Am J Public Health* 1990 ; 80 : 663-9.
- [36] CÔTÉ G, HODGINS S. – Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990; 18 : 271-81.
- [37] QUANBECK CD, STONE DC, McDERMOTT BE, BOONE K, SCOTT CL, FRYE MA. – Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Services* 2005 ; 56(7) : 847-52.
- [38] FAZEL S, DANESH J. – Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002 ; 359: 545-50.
- [39] PRIETO N, FAURE P. – La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *Encéphale* 2004 ; 30 : 525-31.
- [40] FALISSARD B, LOZE JY, GASQUET I, DUBURC A, DE BEAUREPAIRE C, FAGNANI F et al. – Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006; 6 : 33.
- [41] PARSONS S, WALKER L, GRUBIN D. – Prevalence of mental disorder in female remand prisoners. *J Forensic Psychiatry* 2001 ; 12 : 194-202.
- [42] TEPLIN LA, ABRAM KM, McCLELLAND GM. – Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women : I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 505-12.
- [43] WATZKE S, ULLRICH S, MARNEROS A. – Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 256(7): 414-21.
- [44] McDERMOTT BE, QUANBECK CD, FRYE MA. – Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar Disorders* 2007; 9(5): 536-40.
- [45] CÔTÉ G, HODGINS S. – The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992 ; 15 : 89-99.
- [46] FAZEL S, GRANN M. – Psychiatric morbidity among homicide offenders : a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2129-31.
- [47] KOH KGWW, GWEE KP, CHAN YH. – Psychiatric aspects of homicide in Singapore : a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006 ; 47 : 297-304.
- [48] RICHARD-DEVANTOY S. – Homicide et maladie mentale : données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention. [Thèse médecine], Université d'Angers, 2007 : 284 p.
- [49] RUSSO G, SALOMONE L, DELLA VILLA L. – The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. *Int J Law Psychiatry* 2003 ; 26 : 417-35.
- [50] SHAW J, APPLEBY L, AMOS T, MC DONNELL R, HARRIS C, MC CANN K. – Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide : national clinical survey. *BMJ* 1999; 318: 1240-4.
- [51] SHAW J, HUNT I, FLYNN S, MEEHAN J, ROBINSON J, BICKLEY H et al. – Rates of mental disorders in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 143-7.
- [52] SIMPSON A, MCKENNA B, MOSKOWITZ A et al. – Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 394-8.
- [53] STANTON J, SIMPSON A, WOULDSE T. – A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Neg* 2000; 24 : 1451-60.
- [54] ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J. – Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 : 497-501.
- [55] ROSENBAUM M, BENNET B. – Homicide and depression. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 367-70.
- [56] COID J. – The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 1983 ; 13 : 855-60.
- [57] ELIASON S. – Murder-suicide : a review of the recent literature. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009 ; 37 : 371-6.
- [58] FELTHOUS AR, HEMPEL A. – Combined homicide-suicides: A review. *J Forensic Sci* 1995 ; 40 : 846-57.



- [59] MARZUK PM, TARDIFF K, HIRSCH CS. – The epidemiology of murder-suicide. *Jama* 1992 ; 267 (23) : 3179-83.
- [60] FRIEDMAN SH, MCCUE HORWITZ S, RESNICK PJ. – Child murder by mothers : a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 1578-87.
- [61] BOURGET D, GRACE J, WHITEHURST L. – A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007; 35 : 74-82.
- [62] BOURGET D, GAGNÉ P. – Paternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 354-60.
- [63] RESNICK PJ. – Child murder by parents : a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969 ; 126 : 325-34.
- [64] MCKEE GR, SHEA SJ. – Maternal filicide : a cross-national comparison. *J Clin Psychol* 1998 ; 54 : 679-87.
- [65] BOURGET D, GAGNÉ P. – Maternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002 ; 30 : 345-51.
- [66] PUTKONEN H, AMON S, ALMIRON MP, CEDERWALL JY, ERONEN M, KLIER C et al. – Filicide in Austria and Finland – A register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. *BMC Psychiatry* 2009 ; 9 : 74.
- [67] KAUPPI A, KUMPULAINEN K, VANAMO T, MERIKANTO J, KARKOLA K. – Maternal depression and filicide – case study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health* 2008 ; 11 : 201-6.
- [68] LEWIS CF, BUNCE SC. – Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003 ; 31 : 459-70.
- [69] WEST SG, HATTERS FRIEDMAN S, RESNICK PJ. – Fathers who kill their children : an analysis of the literature. *J Forensic Sci* 2009 ; 54 : 463-8.
- [70] HATTERS FRIEDMAN S, HROUDA DR, HOLDEN CE, NOFF-SINGER SG, RESNICK PJ. – Filicide-suicide : common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 496-504.
- [71] KIM JH, CHOI SS, HA K. – A closer look at depression in mothers who kill their children : is it unipolar or bipolar depression ? *J Clin Psychiatry* 2008 ; 69 : 1625-31.
- [72] LECOMTE D, FORNES P. – Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J Forensic Sci* 1998 ; 43(4) : 760-4.
- [73] ROSENBAUM M. – The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1036-9.
- [74] BÉNÉZECH M. – Dépression et crime. Revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991; 149 (2) : 150-65.
- [75] BROWN M, KING E, BARRACLOUGH B. – Nine suicide pacts: a clinical study of a consecutive series 1974-1983. *Br J Psychiatry* 1995 ; 167 : 448-51.
- [76] BROWN M, BARRACLOUGH B. – Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988-92. *BMJ* 1997 ; 315 : 286-7.
- [77] BROWN M, BARRACLOUGH B. – Partners in life and death: the suicide pact in England and Wales 1988-92. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 1299-1306.
- [78] HUNT IM, WHILE D, WINDFUHR K, SWINSON N, SHAW J, APPLEBY L et al. – Suicide pacts in the mentally ill : a national clinical survey. *Psychiatry Research* 2009 ; 167: 131-8.
- [79] LE BIHAN P, BÉNÉZECH M. – Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Méd Psychol* 2006 ; 164 : 292-303.
- [80] ROSENBAUM M. – Crime and punishment. The suicide pact. *Arch Gen Psychiatry* 1983 ; 40 : 979-82.
- [81] DUNSIETH NW, NELSON EB, BRUSMANS-LOVINS LA, HOLCOMB JL, BECKMAN D et al. – Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offences. *J Clin Psychiatry* 2004 ; 65 : 293-300.
- [82] KAFKA MP, PRENTKY RA. – Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilic and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 : 481-7.
- [83] McELROY SL, SOUTULLO CA, TAYLOR P JR, NELSON EB, BECKMAN DA, BRUSMAN DA et al. – Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(6) : 414-20.
- [84] RAYMOND NC, COLEMAN E, OHLERKING F, CHRISTENSON GA, MINER M. – Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156(5) : 786-8.
- [85] PITHIERS WD, KASHIMA K, CUMMING GF, BEAL LS, BUELL M. – Relapse prevention and sexual aggression. In : Prentky R, Quinsey V Ed. *Human sexual aggression : current perspectives*. New York : New York Academy of Sciences, 1988 : 244-60.
- [86] GALLI V, McELROY SL, SOUTULLO CA, KIZER D, RAUTE N, KECK PE JR. – The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Compr Psychiatry* 1999 ; 40 : 85-8.
- [87] GAY C, MATHIS D. – Troubles bipolaires et dangerosité. In : Beaurepaire C de, Bénézech M, Kottler C (dir) : *Les dangerosités*. Paris : John Libbey Eurotext, 2004 : 177-87.
- [88] GROSSMAN LS, HAYWOOD TW, CAVANAUGH JC, DAVIS JM et al. – State psychiatric hospital patients with past arrest for violent crimes. *Psychiatr Serv* 1995; 46 : 790-5.
- [89] BÉNÉZECH M, BOURGEOIS ML. – L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encéphale* 1992 ; XVIII : 89-90.



- [90] GRANT BF, STINSON FS, HASIN DS et al. – Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 1205-15.
- [91] THORNELOE WF, CREWS EL. – Manic depressive illness concomitant with antisocial personality disorder : six case reports and review of the literature. *J Clin Psychiatry* 1981 ; 42 : 5-9.
- [92] GOOD MI. – Primary affective disorder, aggression and criminality. A review and clinical study. *Arch Gen Psychiatry* 1978 ; 35 : 954-60.
- [93] GARNOL JL, GUNAWARDANE N, GOLDBERG JF. – Predictors of trait aggression in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008 ; 10 : 285-92.
- [94] GOODWIN FK, JAMISON KR. – *Manic Depressive Illness*. New York : Oxford University Press, 1990.
- [95] CASSIDY F, FOREST K, MURRAY E. – A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 27-32.
- [96] SATO T, BOTTLENDER R, KLEINDIENST N et al. – Syndromes and phenomenological subtypes underlying acute mania : a factor analytic study of 576 manic patients. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 968-74.
- [97] KUNJUKRISHNAN R, VARAN LR. – Major affective disorders and forensic psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1992 ; 15 : 569-74.
- [98] SWANN AC, LIJFFIJT M, LANE SD, STEINBERG JL, MOELLER FG. – Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009 ; 11 : 280-8.
- [99] SWANN AC, ANDERSON JC, DOUGHERTY DM, MOELLER FG. – Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001 ; 101 : 195-7.
- [100] SWANN AC, LIJFFIJT M, LANE SD, STEINBERG JL, MOELLER FG. – Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. *Acta Psychiatr Scand* 2010 ; 121 : 453-61.
- [101] MUR M, PORTELLA MJ, MARTINEZ-ARAN A, PIFARRE J, VIETA E. – Persistant neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients : executive function as a core deficit. *J Clin Psychiatry* 2007 ; 68 : 1078-86.
- [102] SERPER M, BEECH DR, HARVEY PD, DILL C. – Neuropsychological and symptom predictors of aggression in the psychiatric inpatient service. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008; 30 : 700-9.
- [103] BOURGEOIS ML, VERDOUX H (dir). – *Les troubles bipolaires de l'humeur*. Paris : Masson, 1995 : 43-69.
- [104] GUELFI JD, BOYER P, CONSOLI S, OLIVIER-MARTIN R. – *Psychiatrie*. Paris : PUF, 2002.
- [105] KOVACS M, POLLOCK M. – Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 715-23.
- [106] PLISZKA SR, SHERMAN JO, BARROW MV, IRICK S. – Affective disorder in juvenile offenders : a preliminary study. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 130-2.
- [107] STEINER H, CAUFFMAN E, DUXBURY E. – Personality traits in juveniles delinquents : relation to criminal behavior and recidivism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 ; 38 : 256-62.
- [108] NOONAN JR, JOHNSON RK. – The misuse of the diagnosis of bipolar disorder in the forensic context. *Am J Forensic Psychol* 2002 ; 20(3) : 5-19.
- [109] VANELLE JM, OLIÉ JP. – *Les homicides altruistes*. Les séminaires du Girad. Euthérapie Éd., 1986 : 17-25.
- [110] BÉNÉZECH M. – Colère normale et colère pathologique : considérations générales et observations cliniques. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 156 : 361-74.
- [111] FAVA M. – Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *Encéphale* 1997 ; Sp III : 39-42.
- [112] SCHLESINGER LB. – Familicide, depression and cataleptic process. *J Forensic Sci* 2000 ; 45 : 200-3.
- [113] MILLAUD F. – L'homicide chez le patient psychotique: une étude de 24 cas en vue d'une prédition à court terme. *Rev Can de Psychiatrie* 1989 ; 34 : 340-6.
- [114] SENNINGER JL, GROSS P, LAXENAIRE M. – Corrélations entre symptomatologie dépressive et agressivité pathologique. *Ann Méd Psychol* 1997 ; 155 : 203-7.
- [115] SOYKA M, GRAZ C, BOTTLENDER R, DIRSCHELD P, SCHOECH H. – Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007 ; 94(1-3) : 89-98
- [116] HODGINS S, RIAZ M. – Violence and phases of illness : differential risk and predictors. *European Psychiatry* 2010 doi 10.1016/j.eurpsy.2010.03.001
- [117] CROCKER AG, MUESER KT, DRAKE RE et al. – Antisocial personality, psychopathy and violence in persons with dual diagnoses. *Crim Justice Behav* 2005 ; 32 : 452-76.
- [118] HODGINS S, HISCOKE UL, FREESE R. – The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003 ; 21 : 523-46.
- [119] SWANSON JW, SWARTZ MS, VAN DORN RA, ELBOGEN EB, WAGNER HR, ROSENHECK RA et al. – A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 490-9.
- [120] CORYELL W, YOUNG EA. – Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 412-7.



- [121] HAGGARD-GRANN U, HALLQVIST J, LANGSTROM N, MOLLER J. – Short-term effects of psychiatric symptoms and interpersonal stressors on criminal violence – a case-crossover study. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2006 ; 41(7) : 532-40.
- [122] HARRER G, KOFLER-WESTERGREN B. – Depression and criminality. *Psychopathology* 1986 ; 19 (suppl 2) : 215-9.
- [123] VIRKKUNEN M, DEJONG J, BARTKO J, LINNOILA M. – Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989 ; 46 : 604-6.
- [124] OQUENDO MA, MANN JJ. – The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am* 2000 ; 23 : 11-25.
- [125] SIEVER LJ. – Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 429-42.
- [126] BROWN GL, LINNOILA MI. – CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity and violence. *J Clin Psychiatry* 1990 ; 51 (suppl. 4) : 31-41.
- [127] BOURGEOIS M. – Serotonin, impulsivity and suicide. *Human Psychopharmacol* 1991 ; 6 : 531-6.
- [128] LIDBERG L, ASBERG M, – Sundqvist-Stensman UB. 5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children. *The Lancet* 1984 ; October : 928.
- [129] LIDBERG L, TUCK R, ASBERG M, SCALIA-TOMBA GP, BER-
TILSSON L. – Homicide, suicide, and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand* 1985 ; 71 : 230-6.
- [130] CITROME LL. – Aggression. <http://emedicine.medscape.com/article/288689-overview>, updated : mar 8, 2011.



Dommage Corporel / Bodily Damage

L'indemnisation des accidents de la voie publique

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'indemnisation des accidents de la voie publique se fait en majeure partie suivant la loi Badinter qui constitue une procédure amiable de règlement du processus d'indemnisation. Sont détaillés le recours des tiers payeurs, l'indemnisation par le Fonds de Garantie automobile.

Mots-clés : Loi Badinter, procédure pénale, procédure civile, recours des tiers payeurs, Fonds de Garantie automobile.

SUMMARY

Indemnification for road accidents

Indemnification for road accidents is done mostly according to the Badinter law which constitutes amicable proceedings for settling the indemnification process. Here we detail the procedure for third party payers, indemnification by the Fonds de Garantie automobile.

Key-words: Badinter law, criminal procedure, civil procedure, procedure for third party payers, Fonds de Garantie automobile.

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.

A. LA LOI BADINTER

1. Le but recherché

Jusqu'à la promulgation de la Loi Badinter, c'est-à-dire en 1985 les accidents de la circulation relevaient du Droit Commun de responsabilité civile. Les victimes dont la responsabilité n'était pas engagée bénéficiaient donc de l'Article 1382 du Code Civil qui stipule que :

"Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer".

Dans les faits l'indemnisation était souvent partielle et tardive.

La Loi Badinter visait donc à améliorer les procédures d'indemnisations en privilégiant la voie amiable et en évitant les procédures judiciaires longues et coûteuses.

Le but de la loi du 05.07.85 dans le cadre de l'offre d'indemnisation est l'accélération du processus d'indemnisation et la recherche d'une transaction pour éviter par tous les moyens le contentieux judiciaire. La procédure judiciaire ne s'impose donc pas obligatoirement aux parties dans la mesure où elles peuvent s'entendre amiablement sur une voie différente pour la mesure d'instruction tendant à fixer une offre d'indemnisation.

2. Principe de la Loi Badinter

La Loi n° 85- 677 du 05.07.1985 dite "Loi Badinter" intitulée "tendant à l'amélioration de la situation de victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation" s'appuyait sur plusieurs principes :

- ✓ Généralisation de la règle de l'indemnisation du dommage corporel même pour les passagers d'un véhicule dont l'accident est dû au conducteur de ce véhicule.
- ✓ Protection de certaines victimes plus fragiles auxquelles on ne peut pas opposer leur propre responsabilité : les moins de 16 ans, les plus de 70 ans, les handicapés.
- ✓ Généralisation du caractère contradictoire de l'évaluation du dommage avec prévision aux côtés de la victime de son Médecin Conseil, les conclusions étant établies en commun.

- ✓ Favoriser une voie dite amiable et contradictoire c'est à dire non judiciaire et accélérer dans l'intérêt de la victime le processus d'indemnisation en désencombrant les Tribunaux.
- ✓ Redéfinition du rôle du fond de garantie.

3. Son domaine de compétence et définitions annexes

a. Définition de l'accident de la circulation

4 critères le définissent :

- ✓ Le véhicule doit être à moteur, ce qui élimine les bicyclettes, les skis, les planches à roulettes...
- ✓ Il s'agit d'un accident c'est-à-dire des chocs, des heurts, des collisions mais aussi des incidents, des explosions...
- ✓ La circulation se définit au sens large du terme : sur une voie publique, une voie privée, que le véhicule soit en mouvement ou à l'arrêt, à l'exclusion de véhicules qui circulent sur les voies qui leurs sont propres (les trains, les tramways...).
- ✓ Lorsque l'accident a lieu sur la voie publique mais qu'aucun véhicule n'est impliqué directement, la victime a droit à une indemnisation par le fond de garantie qui se réserve le droit d'un recours contre un éventuel responsable, cycliste ou piéton.

b. Les notions d'implication et d'imputabilité des dommages

Ces notions sont importantes car elles reviennent souvent dans le texte de Loi.

Le véhicule est impliqué dans un accident lorsque, sans intervention dudit véhicule, l'accident ne se serait pas produit. C'est à la victime de faire la preuve de l'implication. On considère que les responsables impliqués sont ceux qui ont la responsabilité du véhicule, à savoir le propriétaire, le conducteur ou le gardien du véhicule. Le propriétaire est en général le souscripteur du contrat d'assurance.

Le conducteur est le plus souvent responsable en tant que "commettant" l'accident parfois le responsable est le passager lorsque l'accident a été provoqué par le passager par exemple lors de l'ouverture intempestive d'une portière.

La notion de responsabilité reste toutefois relative puisque la Loi de Badinter maintient la garantie de l'assureur même lorsque le véhicule impliqué est volé.

L'imputabilité des dommages est en général admise dès lors que l'implication des véhicules est reconnue. Parfois il existe des exceptions par exemple dans les carambolages en série où il est difficile de faire la part des responsabilités dans l'origine du dommage.

Dans le cas particulier du transport par route par des véhicules de transport tarifés (autocar, taxi...), la Loi Badinter est considérée s'appliquer à toutes les victimes d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur "même lorsqu'elles sont transportées en vertu d'un contrat".

Les voyageurs bénéficient donc de la protection accordés par la Loi aux victimes non conducteurs.

Ainsi le passager qui fait une chute en descendant d'un autobus à l'arrêt est indemnisé automatiquement par le transporteur.

De même la personne qui s'apprêtant à descendre d'un bus, tombe et se blesse, déséquilibrée par un autre passager portant un sac à dos, est indemnisée directement par la RATP.

c. Les victimes et leur indemnisation

La victime est dédommagée par l'assureur de responsabilité du responsable du dommage, l'assurance étant obligatoire ou par le fonds de garantie automobile si le responsable du dommage n'a pas été retrouvé. La victime est également dédommagée par son propre assureur dans le cadre de la convention IRCA qui indemnise les accidents de la circulation ayant entraîné un taux d'IPP inférieur à 5%.

Il est fortement conseillé à la victime de réunir les preuves démontrant la responsabilité au moins partielle du tiers dans son accident. Il s'agit en cas de dommages corporels du procès verbal établi par la police ou la gendarmerie qui précise les circonstances de l'accident et indique les parts respectives de responsabilité de chacun des protagonistes. En effet si par exemple, la victime se voit attribuer 25% de responsabilité dans l'accident et son adversaire 75%, la victime ne percevra que 75% de l'indemnisation pour ses dommages. La victime peut réclamer le procès verbal de cet accident à son assureur ou à celui de son adversaire, les assureurs recevant automatiquement dans les 4 mois qui suivent l'accident, le procès verbal.

aa. Les victimes non conducteurs

Sauf exception ci-après, le non conducteur bénéficie de l'indemnisation intégrale de son préjudice.

- ✓ Les victimes non conducteurs non responsables
il s'agit de :
 - les piétons et les cyclistes

Est défini comme piéton par la Cour de Cassation l'individu qui circule à pied sur la voie publique mais également celui qui est descendu de son véhicule ou celui qui n'y est pas encore monté.

- les passagers transportés
- les personnes transportées à titre gratuit ou onéreux
- le propriétaire du véhicule s'il est transporté comme passager
- les passagers membres de la famille du conducteur
- les passagers salariés du responsable.

- ✓ Les victimes non conducteurs responsables

La victime est considérée comme responsable de l'accident lorsque sa faute est inexcusable et constitue une cause unique de l'accident ce qui est exceptionnel.

Selon la Cour de Cassation il s'agit d'une faute volontaire d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience. Dans les faits on considère que la victime qui ne boucle pas sa ceinture, qui est en état d'ébriété, qui est imprudente, n'est pas une victime responsable.

bb. les victimes surprotégées fautives

Les personnes suivantes sans considération pour leur responsabilité personnelle dans la survenue de l'accident bénéficient d'une garantie totale. Il s'agit des vieillards de plus de 70 ans, des enfants de moins de 16 ans, des personnes atteintes d'une invalidité dont le taux est supérieur à 80 % au moment de leur accident.

La seule exception prévue par la Loi reste la faute intentionnelle, en fait le suicide par accident.

cc. Le conducteur

Plusieurs cas se présentent lors d'un accident :

- ✓ le conducteur est victime de lui-même, étant le seul impliqué dans un accident.

Il est exclu de toute réparation des dommages, sauf s'il peut démontrer que l'accident était provoqué par une défaillance du réseau routier ou de la signalisation.

- ✓ le conducteur est victime dans une collision :
 - la cause de la collision n'est pas déterminée : les deux conducteurs s'indemnisent intégralement mutuellement
 - la cause de l'accident est la force majeure : le conducteur n'est pas considéré comme ayant commis une faute puisqu'une force soudaine et imprévisible, irrésistible, la force majeure, ne peut être opposée au conducteur
 - le conducteur a commis une faute.

C'est le régime du partage des responsabilités qui reste valable. L'indemnisation se fera au prorata de la gravité de la faute, l'indemnisation sera limitée en fonction de la gravité de sa faute. Si la faute commise par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur est une cause exclusive de l'accident, la victime conductrice fautive est exclue de l'indemnisation, quelle que soit son âge, quelle que soit le véhicule conduit, quelle que soit l'étendue des dommages. Comme nous le voyons le conducteur victime est une victime négligée par la Loi Badinter.

La prudence impose donc une assurance individuelle systématiquement proposée d'ailleurs dans les contrats automobiles. Néanmoins cette assurance est moins intéressante car elle ne concerne en général que les préjudices extra-patrimoniaux et souvent avec une franchise qui exclut du champ de l'indemnisation la plupart des sinistres.

4. La procédure de l'indemnisation par l'assureur

Le but de cette procédure d'indemnisation est d'aboutir à une accélération des procédures :

- ✓ communication directe des procès verbaux de l'accident de la circulation aux compagnies d'assurances

- ✓ offre de provisions dans les délais légaux par voie amiable ou par référé
- ✓ mise en place d'un protocole assureurs-organismes sociaux.

Une convention permet à la victime de percevoir son "solde" (différence entre la part qui lui revient et la part avancée par la Sécurité Sociale) rapidement, dès lors que ces deux parties : assureurs et organismes sociaux ont étudié rapidement le montant de la dette.

Une nouvelle convention interne aux assureurs régit l'indemnisation des dommages corporels considérés comme mineurs. Il s'agit de la convention IRCA (convention d'Indemnisation et de Recours Corporel Automobile). Cette nouvelle convention entrée en vigueur le 01.04.02 a pour but de diminuer les délais d'indemnisation qui étaient auparavant en moyenne de 9 mois. Cette nouvelle convention s'applique lorsque le conducteur ou le passager d'un véhicule est victime d'un dommage corporel entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychologique (AIPP) présumée inférieure à 5%. Cette convention concerne 90% des personnes accidentées selon la Fédération française des sociétés d'assurance.

En cas d'expertise, en vertu de cette convention IRCA, c'est l'assureur de la victime et non plus l'assureur du responsable de l'accident qui proposera une indemnisation. Le médecin expert procèdera donc à l'expertise non plus des adversaires de la société d'assurance qui lui a confié une mission mais à l'expertise des propres clients de la société d'assurance qui l'a missionné. On peut imaginer que l'assureur sera plus sensible aux qualités d'accueil et d'écoute du médecin. En droit assurantiel, l'assureur gestionnaire est l'assureur de responsabilité civile du conducteur « victime ». Il reçoit un mandat de la part de l'assureur du responsable de gérer le dossier pour son compte. En langage assurantiel on appelle cela la gestion par l'assureur direct.

Un transfert de mandat est néanmoins possible lorsque les dommages subis par un passager ou une victime extérieure heurtée par un véhicule ou en cas d'accident mettant en cause plus de deux véhicules, un conducteur, atteignent cette valeur de 5% de taux d'AIPP. Dans ce dernier cas, l'offre d'indemnisation et le règlement sont assurés par l'assureur adverse.

C'est donc l'assureur du blessé dans le cas d'application de cette convention IRCA qui missionne un médecin expert qui a la charge de la gestion du dos-

sier, on dit qu'il a le mandat alors qu'auparavant c'était la fonction de l'assureur du responsable de l'accident.

On s'aperçoit ainsi, qu'initialement, c'est le gestionnaire du dossier qui appréciera s'il y a risque ou pas d'existence de séquelle en particulier pouvant être inférieure ou supérieure à ce taux de 5% d'AIPP.

La convention IRCA prévoit également deux cas de dérogation à expertise médicale.

Dans un premier cas, l'assureur peut recourir à l'avis sur pièces médicales, avis rédigé par un médecin expert lorsque les critères suivants sont réunis :

- ✓ Hospitalisation inférieure ou égale à 3 jours
- ✓ ITT inférieure ou égale à 20 jours
- ✓ Absence d'AIPP
- ✓ Taux de souffrances endurées inférieur ou égal à 2 sur une échelle de 7
- ✓ Absence de dommage esthétique.

Dans un deuxième cas, l'assureur peut recourir à une évaluation basée sur les seules pièces produites par la victime et donc sans recours à un expert médical lorsque les critères suivants sont réunis :

- ✓ ITT inférieure ou égale à 8 jours
- ✓ Absence d'hospitalisation, de geste chirurgical ou de rééducation
- ✓ Victime se déclarant guérie.

On s'aperçoit que, dans le cadre de cette indemnisation sans expertise avec ou sans avis médical, cette indemnisation se base sur les documents fournis volontairement par le blessé. Il s'agit tout d'abord du questionnaire corporel que le blessé a retourné à la compagnie d'assurance et du certificat médical initial. Il est conseillé à la victime de fournir le maximum de pièces ce qui permettra au médecin expert de cerner au mieux le préjudice. Cette convention n'a pas de valeur de loi et la Loi du 05.07.85 comme son décret d'application doit être parfaitement respectée dans le cadre de cette convention. Cette convention IRCA ne concerne ni les piétons ni les cyclistes dont l'indemnisation des dommages corporels demeurent régis par la loi Badinter du 05.07.1985.

a. L'information de l'assureur et de la victime

- ✓ Information de l'assureur par la victime

Les Articles R. 211 – 37 et R. 211 – 38 du Code des Assurances énumèrent les différents renseignements que la victime directe ou les victimes par ricochet sont tenues de fournir à l'assureur :

Nom et prénom, date et lieu de naissance, activité professionnelle et adresse de l'employeur, montant des revenus professionnels avec leurs justificatifs, description des dommages corporels avec un certificat médical, description des dommages aux biens...

✓ Information de la victime par l'assureur

L'article R. 211 – 39 du Code des Assurances prévoit que la correspondance de l'assureur doit être accompagnée "d'une notice relative à l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation dont le modèle est fixé par Arrêté".

C'est l'article A. 211 – 11 du Code des Assurances qui comporte en annexe le texte de cette notice.

b. L'examen médical préalable à l'offre d'indemnisation de l'assureur

Les articles R. 211 – 43 et R. 211 – 44 du Code des Assurances fixent les modalités de l'examen médical pratiqué à la demande de l'assureur généralement par l'un de ses médecins conseils.

La victime doit être avisée 15 jours au moins à l'avance de l'identité des titres du Médecin choisi par l'assureur, de la date et du lieu de l'examen ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Le Médecin Conseil informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister d'un Médecin de son choix.

La victime peut contester le choix du médecin choisi par l'assureur (article 6 du décret 86 – 15 du 6 – 1 – 1986 pris pour l'application de la Loi n° 85 – 677 du 5 – 7 – 1985 paru au Journal Officiel du 7 – 1 – 1986). Cette récusation peut s'expliquer par de multiples raisons (compétence, qualification, personnalité...). L'assureur s'efforcera alors d'obtenir un accord avec la victime sur le choix du médecin. L'article 211 – 34 du Code des Assurances prévoit la désignation d'un Médecin à titre d'Expert par le Juge des Référés lorsque la victime récuse le Médecin choisi par l'assureur, lorsque aucun accord avec la victime n'a pu être conclu sur le choix du médecin. Le juge des Référés désigne alors un expert sans que le juge ne lui confie de mission bien précise. L'expertise ainsi diligentée revêt les caractères de l'examen prévus par la loi du 05.07.85.

L'examen médical réalisé au titre de la loi Badinter proposé à la victime "en première intention" n'est pas considéré comme contradictoire mais se situe "dans le cadre de la Loi Badinter" c'est-à-dire que le victime à la faculté de se faire simplement assister par son Médecin Conseil sans qu'il soit fondé à discuter réellement de l'évaluation.

La loi du 05.07.85 donne à la victime la faculté de se faire assister par un médecin lors de cet examen médical qualifié par les autorités juridiques d'expertise officieuse de nature amiable mais les textes ne précisent pas l'étendue des pouvoirs ou des possibilités de cet assistant technique. Seules donc les règles de déontologie ayant trait à l'exécution des mesures d'instruction de caractère amiable peuvent être appliquées. En l'occurrence le médecin choisi par la victime assiste à l'examen non pas en qualité d'expert mais comme assistant technique de cette victime. Il peut faire les observations orales qu'il souhaite et peut présenter des observations écrites. Si le médecin qui assiste la victime reçoit un exemplaire du rapport en même temps que la victime elle-même, il n'est pas signataire de ce rapport, il ne partage donc pas avec l'expert la responsabilité des conclusions.

Malheureusement, les victimes à 90 % se rendent seules à l'examen médical.

Cet examen médical est de toute façon une procédure facultative. On peut ne pas s'y soumettre et préférer la voie judiciaire. De même on n'est pas obligé de se rendre aux convocations du Médecin. Mais dans cette hypothèse l'assureur qui reste tenu de présenter une offre d'indemnité ne pourra le faire que sur la base des seuls éléments que la victime aura bien voulu lui transmettre.

L'article R. 211 – 44 du Code des Assurances impose la transmission du rapport médical dans un délai de 20 jours à l'assureur, à la victime, ce qui est essentiel, et éventuellement au Médecin qui a assisté c'est-à-dire. La transmission du rapport à l'assureur constitue un aménagement légal du secret médical dans l'intérêt de l'indemnisation de la victime. Il est à noter l'importance de la notion de consolidation, notion médicale définie en introduction qui sert de point de départ aux délais légaux d'offre d'indemnités en particulier si la victime n'est pas déclarée comme consolidée. En effet en cas de non consolidation le Médecin Conseil de l'Assurance doit alors reconvoquer la victime afin de s'assurer de sa consolidation avant de proposer une offre.

c. L'offre de l'assureur

aa. Les délais de l'offre

- ✓ les délais impartis à l'assureur pour faire une offre :
- aux victimes directes d'un dommage corporel :

Dès lors que la victime est indemnisable au titre de la loi Badinter et qu'elle a averti l'assureur du responsable de l'accident, l'assureur doit présenter une offre d'indemnisation au plus tard trois mois à compter de la demande. Si l'état de santé de la victime n'est pas encore stabilisé, il n'est pas obligé de faire cette offre mais il doit apporter une réponse motivée à la demande dans le même délai de trois mois.

Le délai maximal d'offre est de 8 mois à compter de l'accident. L'assureur doit adresser à la victime une offre amiable d'indemnisation 8 mois au plus à compter de l'accident. Si l'état de la victime n'est toujours pas consolidé 8 mois après l'accident, cette offre vaut à titre de provision.

Elle a un caractère définitif si l'état de santé est stabilisé et que la victime en a informé l'assureur dans les trois mois après l'accident.

Dans le cas contraire, cette offre d'indemnisation est provisionnelle c'est-à-dire qu'elle peut être modifiée.

L'offre définitive doit être faite dans un délai de 5 mois à compter du jour où la victime aura informé l'assureur de la stabilité de son état de santé.

Cette offre peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime dans les trois mois de l'accident. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

- aux victimes par ricochet : le délai d'offre est de 8 mois à compter de leur demande d'indemnisation :
- ✓ lorsque le victime ne se soumet pas à l'examen médical ou conteste le choix du Médecin par l'assureur, la désignation d'un Médecin Expert par le Juge des référés entraîne la prorogation d'un mois du délai d'offre (Article R. 211 – 34 du Code des Assurances) ;

- ✓ lorsque la victime est domiciliée à l'étranger ou outre-mer les délais sont prorogés d'un mois (Article R. 211 – 35 du Code des Assurances).

Si la victime accepte l'offre d'indemnisation amiante de l'assureur reçue 8 mois au plus à compter de l'accident l'offre devient définitive et la victime ne peut plus la contester même en justice.

- ✓ Cas des transactions (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) :

La durée moyenne entre la survenance de l'accident et la consolidation s'élève en moyenne à 12.1 mois pour les dossiers réglés en 2007.

Aux cours de la deuxième phase entre consolidation et règlement, d'une durée moyenne de 10.6 mois, l'assureur et le FGAO réunissent les justificatifs du préjudice de la victime, lui présentent une offre l'ajustent en fonction des éléments non pris en compte, recueillent l'accord de la victime et procèdent au règlement.

- ✓ Cas des décisions judiciaires (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007) :

Les dossiers examinés par les juridictions concernent des victimes plus gravement handicapées : sur les dossiers réglés en 2007, le taux moyen d'AIPP ressort à 9.2 points pour les décisions judiciaires et à 4.6 points d'AIPP pour les transactions.

La durée moyenne des affaires jugées en 2007, de la survenance de l'accident à la consolidation de la victime s'élève à 20 mois.

Après consolidation et évaluation du handicap par le médecin expert, la durée moyenne de règlement des affaires jugées est de 30.3 mois.

Durée moyenne de règlement des victimes avec un déficit fonctionnel permanent non nul par taux d'AIPP (rapport annuel de l'AGIRA des dossiers réglés en 2007)

bb. L'offre transmise avec retard

Elle est sanctionnée par l'Article L.211 – 13 du Code des Assurances.

En cas de retard dans la remise de l'offre définitive ou prévisionnelle, l'assureur doit donc verser des intérêts de retard calculés au double du taux de l'intérêt légal sur le montant de l'indemnité.

Le montant des indemnités offertes par l'assureur ou allouées par le Juge à la victime produit intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal à compter de l'expiration du délai jusqu'au jour de l'offre ou du jugement devenus définitifs.

Taux d'AIPP	Durée moyenne entre survenance de l'accident et consolidation (en mois)		Durée moyenne entre consolidation et règlement (en mois)	
	Transactions	Décisions judiciaires	Transactions	Décisions judiciaires
1	8.5	10.6	8.8	21.8
2	9.7	12.5	8.9	19.9
3	10.8	14.2	9.8	24.3
4	12.1	13.7	10.7	24.1
5	13.5	18.1	11.6	32.3
6 à 9	15.4	21.8	13.9	33.0
10 à 14	18.2	24.0	14.3	34.1
15 à 19	21.4	27.8	15.4	35.4
20 à 29	24.5	29.8	16.6	47.6
30 et plus	34.3	39.6	24.0	44.8
Ensemble	12.1	20.0	10.6	30.3

Encadré 1

Exemple de lettre de réclamation à l'assurance de la partie adverse en cas de retard d'offre d'indemnisation alors que l'état de santé de la victime était consolidé moins de trois mois après l'accident de la circulation.

Nom

Prénom

Adresse

Nom

Adresse de l'assurance

A.....,

Le

N° de Police de l'assurance

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable de l'assurance

Le .../.../..., j'ai été victime d'un accident de la circulation causé par M., votre assuré. Deux mois après, soit le .../.../..., je vous ai informé de la consolidation de mon état de santé (cf. certificats médicaux ci-joints) et je vous ai présenté une demande d'indemnisation.

Je vous rappelle que, dans la mesure où la responsabilité de M. n'est pas contestée et que mon dommage est entièrement quantifié, mon état de santé étant définitivement consolidé, vous étiez dans l'obligation de me présenter une offre d'indemnisation dans un délai de 3 mois à compter de ma demande, soit au plus tard le .../.../..., conformément à l'article L.211-9 du Code des assurances. Or, je n'ai toujours rien reçu.

Je vous demande donc de bien vouloir me faire parvenir cette offre dans les plus brefs délais, augmentée des intérêts calculés au double du taux légal, comme le prévoit l'article L.211-13 du code des assurances.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

cc. Le contenu de l'offre

Selon l'Article L. 211 – 9 Alinéa 3 du Code des Assurances, l'offre doit comprendre "tous les éléments indemnifiables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages et aux biens lorsqu'il n'a pas fait l'objet d'un règlement préalablement". Le législateur a prévu une sanction d'une offre "manifestement insuffisante" afin d'éviter une offre purement formelle et dérisoire qui bafouerait l'esprit de la Loi.

L'Article L. 211 – 14 du Code des Assurances stipule que "si le Juge qui fixe l'indemnité estime que l'offre proposée par l'Assureur était manifestement insuffisante, il condamne d'office l'assureur à verser

au fond de garantie une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité allouée sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime".

Les tribunaux assimilent à une absence d'offre, une offre manifestement insuffisante d'indemnisation.

Après réalisation de l'expertise médicale lorsque la victime reçoit la proposition de chiffrage d'indemnisation des préjudices il lui est fortement conseillé de bien étudier et éventuellement de la contester auprès du régleur de l'assureur.

Il conviendra en particulier de veiller à ce qu'aucun poste de préjudice ne soit omis par exemple le déficit fonctionnel temporaire.

Encadré 2

Exemple de lettre de réclamation d'intérêts de retard pour une offre d'indemnisation d'une assurance envoyée avec retard supérieur au délai de 5 mois à compter du jour où la victime aura informé l'assureur de la consolidation.

Nom

Prénom

Adresse

Nom

Adresse de l'assurance

A.....,

Le

N° de Police de l'assurance

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable de l'assurance

J'ai bien reçu votre offre d'indemnisation pour un montant global de€. Je ne peux cependant pas l'accepter en l'état car elle ne tient pas compte des intérêts de retard.

Je vous rappelle que la consolidation de mon état de santé a été constatée le .../.../... (Soit 4 mois après l'accident) et qu'il vous appartenait de m'adresser une proposition définitive dans les 5 mois suivant cette date.

Or celle-ci ne m'est parvenue que le .../.../..., soit 7 mois plus tard et n'intègre pas les intérêts de retard qui courent automatiquement en application de l'article L.211-13 du Code des assurances. Il convient donc d'augmenter le montant de l'indemnisation du double de l'intérêt légal, soit de ...€.

Je vous demande de bien vouloir me présenter une nouvelle offre intégrant ce calcul.

Je vous prie d'agréer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Un poste donnant souvent lieu à contestation est le coût de l'assistance d'une tierce personne pour le reste de la vie de la victime. En effet, les propositions des assureurs ne s'étaisent qu'entre 8 et 12 € pour l'heure d'assistance par une tierce personne alors que les tribunaux saisis par voie judiciaire fixent un coût horaire plus important en général de 15 à 18 € l'heure d'assistance par une tierce personne.

dd. La transaction

La victime a la faculté de dénoncer la transaction dans les 15 jours qui suivent sa conclusion. Elle doit le faire alors par lettre recommandée.

En cas de transaction, le paiement des sommes convenues doit être inférieur au délai d'un mois avant

l'expiration du délai de dénonciation, soit un mois et demi après sa conclusion. Si ce délai de paiement n'est pas respecté les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ces deux mois, au double du taux légal (Article L. 211 – 17 du Code des Assurances).

ee. Suites données par la victime à la proposition de transaction

Le cas suivant constitue le cas le plus fréquent après un accident de la voie publique : la victime n'a pas porté plainte, il n'y a pas eu d'infraction grave, le parquet n'a pas poursuivi l'auteur.

Comme nous l'avons vu, la victime est examinée en présence ou en l'absence de son médecin conseil.

a. Accord entre les parties

En cas d'accord sur les conclusions, la procédure peut se poursuivre.

β. Désaccord entre les parties

En cas de désaccord, la victime demande un examen amiable et contradictoire, une contre-expertise ou un arbitrage en présence de son conseil.

Si cet examen débouche sur un accord, la procédure continue.

Encadré 3

Voici un modèle de lettre de contestation par la victime de l'expertise réalisée au titre de la loi Badinter :

Nom, Prénom..... Lieu, Date

Adresse

.....

.....

.....

.....

.....

Vos références :

Accident du..../../.(date)

N° de dossier :

Dossier suivi par Mr ou Mme ...

Lettre recommandée avec avis de réception

Madame (ou Monsieur),

J'ai été victime le..../../.(date) d'un accident de circulation.

Pour faire suite au rapport d'expertise au titre de la loi du 05-07-1985 dite loi Badinter du (date)..... du Docteur..... expert, je conteste les conclusions du Docteur..... expert dans la mesure où elles ne prennent pas en compte la globalité du préjudice subi, notamment les séquelles ci dessous :

Vous trouverez ci-joint un certificat médical du Docteur....., titulaire du diplôme d'études juridiques relatives à la réparation du dommage corporel, appuyant mes dires.

Je vous prie de recevoir, Madame (ou Monsieur) en l'expression de mes sincères salutations.

Nom et Prénom

β1. Contre expertise

Une contre expertise est une nouvelle expertise demandée par la victime concernant le même sujet, c'est-à-dire les conséquences corporelles de son accident de la circulation, réalisée par un autre expert et mandaté par la même compagnie d'assurance. La victime lors de cette contre expertise peut être assistée par le médecin de recours qu'elle choisit. Les frais de cette expertise sont réglés par l'assurance directement au nouvel expert.

β2. Expertise contradictoire amiable

Les parties peuvent faire appel à un examen dit examen contradictoire, un médecin représentant chacune des parties participantes à l'examen de la victime.

L'expertise contradictoire amiable ou mission d'examen médical conjoint et contradictoire amiable réunit deux médecins rompus à la technique de l'évaluation du dommage corporel, chacun représentant l'une des parties, c'est-à-dire une partie correspondant à l'assurance dont l'expertise initiale a été contestée par la victime et la deuxième partie correspondant à la victime. Chaque partie se met donc d'accord sur la désignation d'un médecin pour l'expertise. Les parties invitent leur médecin respectif à réaliser ensemble l'examen de la victime. Le but est d'aboutir à des conclusions médico-légales communes si cela est possible ou expliquer le motif du désaccord en cas de divergence.

Les deux praticiens conviennent de se réunir au cabinet de l'un d'entre eux, ils fixent le rendez-vous en fonction de leurs impératifs respectifs et adressent une convocation à l'intéressé. Par définition, l'examen conjoint et contradictoire amiable est pratiqué dans le même temps par les deux praticiens. Chacun d'eux peut poser la question qu'il souhaite, prendre connaissance des documents du dossier et procéder à des constations cliniques.

Parfois l'avis d'un sapiteur est nécessaire et les praticiens conviennent de la désignation d'un tel spécialiste et assistent s'ils le souhaitent à ses opérations.

Les experts qui auront adopté des conclusions en commun, même s'il ne s'agit pas de conclusions communes adresseront leur rapport aux parties qui les ont désignés. Aucune règle juridique ou déontologique ne précise les conditions dans lesquelles doivent être rédigés ou déposés les rapports. Les usages varient suivant les régions.

Dans une expertise amiable contradictoire le médecin représentant chaque assurance peut rédiger un rapport propre mais qui, soit reprend les mêmes conclusions que son confrère expert, soit qui reprend des conclusions différentes en les explicitant.

Si la victime est représentée par un médecin de recours, on peut très bien ne pas rédiger de rapport commun.

Si la victime est représentée par un médecin mandaté par sa compagnie d'assurance et que l'une des compagnies d'assurances le demande expressément, un rapport commun rédigé par les deux experts co-signé est alors en général rédigé.

Si un rapport commun est rédigé, du point de vue formel, l'en-tête est double, portant à la fois le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque médecin.

Les références des parties et notamment de la société d'assurance doivent y figurer de même que le lieu où l'expertise a été réalisée.

Au chapitre de la discussion doit figurer une mention précisant que les conclusions ont été arrêtées par commun accord entre les deux praticiens. Le rapport commun doit comporter la signature des deux praticiens. Lorsque les conclusions sont à caractère provisoire et non définitif, par exemple lorsque la consolidation n'est toujours pas acquise, on indique alors qu'un nouvel examen sera nécessaire dans un délai fixé de façon à pouvoir arrêter de telles conclusions définitives.

En cas de désaccord, chaque praticien rend à son mandant ses propres conclusions. En cas de désaccord, les experts peuvent rédiger un rapport commun comportant une conclusion reflétant l'existence de divergence de vues, l'avis de chacun étant alors mentionné. Ce rapport signé par les deux experts est adressé alors à chacune des parties.

Lorsque l'accord est complet entre les deux médecins, ceux-ci peuvent établir un rapport commun.

Parfois en plus de ces conclusions en commun chaque expert se réserve la possibilité de rédiger chacun un rapport et de l'adresser à la partie qui l'avait désigné, la conclusion de chaque rapport étant conforme aux conclusions prises en commun. Parfois encore en cas de désaccord, chaque expert rédige son propre rapport dont la discussion et la conclusion sont le reflet de la réalité expertale et de l'accord ou du désaccord verbal.

Que le désaccord soit total, par exemple sur l'imputabilité ou qu'il soit partiel sur par exemple sur le taux d'IPP, chaque praticien établit son propre rapport, indique quelles ont été les constatations cliniques communes, quels sont les points d'accord et de désaccord en motivant la position personnelle du médecin, laissant alors aux parties le choix de la conduite à tenir (transactions ou nouvelles mesures d'expertise).

Chaque praticien établit ainsi son rapport et l'envoie à son mandant, comprenant la description des faits, les constatations cliniques, des éléments de la discussion et les conclusions médico-légales. Il faut signaler qu'un désaccord entre les deux médecins experts, n'exclut pas forcément une transaction ultérieure par les régleurs. Les parties demeurent libres en effet, d'accepter ou non les conclusions établies en commun par les deux médecins, qu'elles ont désignés en tant que conseil.

Les honoraires pour chaque expert sont réglés par les parties qui les ont mandaté c'est-à-dire la compagnie d'assurance et la victime.

β3. Expertise arbitrale

Les médecins représentant la compagnie d'assurance et la victime s'accordent à partir d'une liste de médecins proposés par chacun des experts sur le nom d'un médecin expert arbitre. Cet arbitrage est formalisé par la rédaction d'un compromis d'arbitrage avec un protocole amiable d'arbitrage médical rappelant que les parties ont décidé de s'en remettre à l'avis d'un médecin expert, que son avis sera respecté.

Lorsque le protocole amiable d'expertise a été signé par les deux parties, il sera adressé avec la totalité du dossier médical à l'arbitre désigné. Ce dernier prend contact avec les médecins mandatés par les parties afin d'assister aux opérations d'expertise. La date et l'heure de l'expertise sont ainsi fixées d'un commun accord. L'arbitre convoque alors la victime par lettre simple. Cette expertise arbitrale à un caractère contradictoire, le médecin expert devant recueillir l'avis de ses confrères avant de déposer ces conclusions. Ces conclusions ne sont pas le fruit d'un compromis entre les parties représentées. Le dépôt d'observation écrite par les parties est possible et comme en expertise judiciaire l'arbitre doit y répondre.

Les honoraires de l'expert arbitre sont partagés en général par moitié entre les parties.

β4. Désaccord persistant

En cas de divergence, les parties font appel, soit à un arbitrage s'il n'y en a pas encore eu, soit à un expert judiciaire. Il faudra alors initier une procédure devant le juge en référé. En cas de considération d'une offre manifestement insuffisante par la victime, celle-ci peut donc demander soit à l'assureur de faire une offre plus adaptée soit saisir le juge de proximité pour une somme inférieure à 4.000 €, le tribunal d'instance pour une somme supérieure à 4.000 euros et inférieure ou égale à 10.000 euros ou de grande instance pour une somme supérieure à 10.000 euros. Dans ce cas la victime ne sera indemnisée qu'à l'issue du procès.

Le juge est susceptible de prononcer deux sortes de condamnations à la charge de l'assureur, le versement d'une somme au Fond de garantie (au maximum 15 % de l'indemnité allouée), le règlement de dommages et intérêts à la victime.

Un juge peut considérer une offre d'indemnisation comme manifestement insuffisante lorsque :

- ✓ Le montant de l'offre est dérisoire ne correspondant pas au préjudice réellement subi.
- ✓ Lorsque l'assureur ne retient pas tous les postes du préjudice par exemple aucune somme pour une incapacité permanente.
- ✓ Lorsque la différence entre l'offre formulée et l'indemnité allouée est importante.
- ✓ Lorsque la procédure amiable d'évaluation des séquelles médicales se poursuit, il y a accord sur le niveau des séquelles médicales. L'assureur fait alors une proposition d'indemnisation.

Si la victime est satisfaite de la proposition le régleur s'exécute, s'il y a désaccord la victime fait appel à son avocat (ou conseil). Les deux parties tentent une transaction. Si cette transaction aboutit, le dossier est clos. Si les parties sont toujours en désaccord, le juge est saisi pour fixer l'indemnité.

Un deuxième cas de figure est celui où une procédure civile ou pénale est entamée à l'initiative de la victime ou du Procureur de la république. Le premier cas décrit ci-dessus peut aboutir à ce deuxième cas décrit ci-dessous lorsque la victime décide d'arrêter la procédure transactionnelle et de se lancer dans une procédure judiciaire.

Voir le chapitre B Les autres modes d'indemnisation/1. Une procédure est en cours.

5. Recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne

Les victimes d'accident en particulier de la voie publique ne peuvent pas cumuler les prestations recueillies à partir de leur Caisse de Sécurité Sociale de leur régime de protection sociale avec les indemnités, le cas échéant mises à la charge du responsable. Les organismes qui ont versé ces prestations dit organismes tiers payeurs peuvent exercer une action récursoire et demander le remboursement de leurs prestations.

Suivant l'article 29 de la Loi du 5 juillet 1985, les prestations c'est-à-dire versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne ouvrent droit à un recours aux personnes tenues à réparation ou contre son assureur :

- ✓ Les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de Sécurité Sociale, sont pour ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9, 1234-8, 1234-20 du Code rural.
- ✓ Les prestations énumérées au chapitre 2 de l'article 1^{er} de l'ordonnance numéro 59-76 du 7 janvier 1959 relatives aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.
- ✓ Les sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation.
- ✓ Les salaires, et les accessoires de salaires nets dus par l'employeur pendant la période d'inactivité, consécutive à l'évènement qui a occasionné le dommage.
- ✓ Les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité Sociale, ou le Code rural et les sociétés d'assurance régies par le Code des assurances (loi N° 94-678 du 8 août 1994, article 15).

Les recours des tiers payeurs ont un caractère subrogatoire. En effet, un accident corporel entraîne un versement de prestations à la victime en particulier par certains organismes sociaux appelés "tiers payeurs" comme par exemple la Sécurité Sociale.

La Sécurité Sociale prend en charge parfois en tiers payant, la majeure partie des frais médicaux et hospitaliers, ce qui est appelé "prestations en nature" et d'autre part verse ce que l'on appelle des "prestations en espèces" par compensation des revenus du travail perdu.

Il convient également de citer les prestations (les salaires et accessoires du salaire) maintenues par l'employeur public ou privé pendant la période d'inactivité consécutive à l'accident en vertu du contrat de travail ou d'organismes de prévoyance particuliers. Ces prestations ont un caractère indemnitaire puisque sont destinées à compenser certains préjudices nés d'un dommage corporel. Le principe indemnitaire suppose que la victime soit indemnisée de l'intégralité des préjudices subis, mais pas davantage.

Ainsi, les cumuls d'indemnités qui conduiraient à un enrichissement seraient illicites. Par contre, le responsable de l'accident (ou son assureur) demeure tenu de toute l'indemnité et n'en est pas déchargé sous le prétexte que certains organismes, de Sécurité Sociale, par exemple, ont assumé immédiatement une charge de réparation qui lui incombaît.

Ainsi, les organismes dits tiers payeurs ont versé la prestation indemnitaire en avance sur recours et par une action subrogatoire ultérieure, ils peuvent se faire rembourser par le responsable (ou son assureur) le montant des prestations indemnитaires versées.

Le responsable de l'accident (ou son assureur) doit donc rembourser au tiers payeur leurs prestations indemnitäires après que l'on ait calculé le montant total des préjudices dont il doit réparation à la victime. Le responsable ne versera donc à la victime que la différence entre l'indemnité globale qui lui est due et les prestations indemnitäires qui ont déjà été payées par les organismes tiers payeurs.

La créance de la victime contre le responsable de l'accident se réduit donc en pratique à un solde.

a. L'assiette du recours de la Caisse

L'assiette du recours de la Caisse se définit par la part d'indemnités à la charge du tiers responsable.

Cette assiette comprend les postes de préjudice suivants,

lorsque la victime est blessée :

- ✓ les frais médicaux, pharmaceutiques, le transport, l'hospitalisation, les prothèses et appareillages, les frais de rééducation, de reclassement professionnel (actuel ou futur) ;
- ✓ l'incapacité temporaire : perte ou diminution de l'autonomie pour les activités personnelles ou professionnelles ;
- ✓ l'incapacité permanente : handicap professionnel de la victime et handicap fonctionnel lié aux séquelles de l'accident ;
- ✓ la tierce personne ;
- ✓ le préjudice professionnel : prise en compte des difficultés à exercer sa profession antérieur, obligation de reconversion ;
- ✓ les frais d'adaptation du logement et du véhicule (aménagement du lieu de vie, du véhicule de la victime à son nouvel état).

lorsque la victime est décédée :

- ✓ les frais d'obsèques ;
- ✓ le préjudice résultant de la perte de revenu ;
- ✓ le préjudice des ayant-droits à l'exclusion du préjudice moral.

La loi du 27 décembre 1973 relative à l'étendue de l'action récursoire des Caisses de Sécurité Sociale en cas d'accident causé par un tiers, précise que les caisses ne sont admises à poursuivre le remboursement des prestations, qu'à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnités de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques et morales endurées, aux préjudices esthétique et d'agrément.

La loi du 5 juillet 1985 a repris ces dispositions dans son article 31. En effet, dans cet article 31, la loi du 5 juillet 1985 stipule que "tous les recours subrogatoires s'exercent dans les limites de la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément ou, s'il y a lieu, de la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayant droits".

b. Calcul de la subrogation des prestations de Sécurité Sociale

aa. Les principes du calcul

a. Le recours subrogatoire s'exerce poste par poste avec droit de recours préférentiel de la victime sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs se servant sur le solde éventuel

Lorsque la charge d'indemnisation est entière à l'égard de l'assureur de l'auteur du dommage, le recours poste par poste n'a pas d'incidence sur la répartition entre la victime et l'organisme tiers payeur. En revanche, la solution est différente lorsque la victime voit son indemnisation limitée ou réduite en fonction de la faute commise.

Dans le régime antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, qui modifie l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article 31 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985, on déduisait le montant global des prestations sociales de l'assiette soumise au recours des tiers payeurs. En cas de versement d'une rente, la victime pouvait se voir privée de toute indemnisation sur cette part de préjudice, ne pouvant prétendre qu'à son dommage personnel, notamment en cas de partage de responsabilité.

L'article 30 de la Loi du 5 juillet 1985 a édicté le caractère subrogatoire du recours de tous les tiers payeurs. En cas de partage des responsabilités, le tiers payeur subrogé ne saurait avoir plus de droits que la victime subrogeante : le partage de responsabilité doit donc être appliqué au montant de la prestation, objet du recours. L'adage « nul n'est censé subroger contre soi » est exprimé par l'article 1252 du Code civil : « la subrogation ne peut nuire au créancier lorsqu'il n'a été payé qu'en partie ; en ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui est dû, par préférence à celui dont il n'a reçu qu'un paiement partiel. »

Ces règles fondamentales du droit de la subrogation sont gravement méconnues, en raison d'une interprétation restrictive et anachronique de l'article L.376-1 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale et de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, dont la rédaction initiale remonte à 1973 dans l'ancien régime d'indemnisation.

Il restitue aux recours des organismes sociaux leur caractère subrogatoire oublié par la pratique et la jurisprudence. Le recours s'exerçait globalement dans l'ancien régime d'indemnisation, ce qui pouvait être pré-

judiciable à la victime lorsqu'un partage de responsabilité est retenu entre elle et le tiers responsable ou l'auteur de son dommage. Jamais cela ne pénalisait l'organisme social qui bénéficiait de l'intégralité de son recours. En outre, il pouvait arriver qu'il obtienne le remboursement sur une indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité corporelle de la victime, alors qu'il n'avait servi aucune prestation à ce titre. Le tiers payeur prélevait les prestations qu'il versait sur les sommes allouées aux victimes en réparation de leurs préjudices réparant l'atteinte à leur intégrité physique.

Désormais et conformément au principe général de l'article 1252 du Code civil, la subrogation dont dispose le tiers payeur dans les droits de son assuré social ne peut nuire à ce dernier.

La victime devient donc prioritaire, par rapport à son organisme social, sur le montant du recours qu'elle peut exercer à l'encontre du responsable, à concurrence du montant de la réparation qui lui est accordée.

Il convient au lieu de déduire de chacun de postes de préjudice de la victime le montant de la créance correspondante de l'organisme social, de façon que la victime perçoive effectivement le montant de la réparation qui lui a été accordée.

Le recours des tiers payeurs est dorénavant beaucoup plus limité, tant par le mécanisme du recours poste par poste que par le droit de préférence reconnu à la victime, en application du principe selon lequel "on ne subroge pas contre soi-même".

Le Journal officiel du 22 décembre 2006 publie la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, qui modifie l'article L.376-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article 31 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985. Ils sont maintenant rédigés comme suit :

Le troisième alinéa de l'article L.376-1 du même Code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les recours subrogatoires des Caisse 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. »

« Conformément à l'article 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la Caisse subrogée. »

« 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. »

L'article 31 de la Loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi rédigé :

« Art. 31- les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent les préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. »

« Conformément à l'article 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle. »

« 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. »

L'article 31 de la Loi n° 85-677 du 05 juillet 1985 est modifié dans les mêmes termes, reprenant très exactement les trois alinéas, seul le vocable « Caisse » ayant été remplacé par la notion de « tiers payeurs ».

La philosophie de ce texte peut se résumer ainsi :

- ✓ les tiers payeurs ne peuvent avoir de recours que sur les postes de préjudice au regard desquels ils ont versé des prestations ;
- ✓ si la victime n'a pas été remboursée de l'intégralité de ses préjudices par les organismes sociaux, elle disposera d'un droit de recours préférentiel sur l'indemnité due par le responsable, les tiers payeurs se servant sur le solde éventuel ; La Loi nouvelle n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, précise que, conformément à l'art. 1252 du Code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation. Lorsqu'elle n'a été indemnisée que partiellement par les prestations du tiers-payeur, la victime peut exercer ses droits contre le responsable par préférence au tiers-payeur subrogé. L'article 25 de la Loi nouvelle

n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale, ne modifie pas l'indemnité mise à la charge du responsable et dans des relations avec le responsable, la victime doit supporter les conséquences d'un partage de responsabilité : elle n'est indemnisée que partiellement. Dans ses relations avec les organismes sociaux, la part de responsabilité de la victime est inopérante : qu'elle soit à 100% responsable de son propre accident, ou qu'un tiers en soit responsable à 100%, elle a droit à toutes ses prestations sociales. Si la victime n'a pas été remboursée de l'intégralité de ses préjudices par les organismes sociaux, elle dispose d'un droit de recours préférentiel sur l'indemnité due par le responsable (en fonction du partage de responsabilité). L'article 25 de la Loi du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale modifie profondément le droit du dommage corporel en prévoyant un recours poste par poste des tiers payeurs avec un droit de préférence pour la victime. La loi redonne ainsi toute sa place au droit de la subrogation et au contrat social passé entre la victime et la Sécurité sociale.

Au stade du règlement judiciaire, la victime, créancière des prestations pour lesquelles elle a cotisé, prime la Caisse, débitrice desdites prestations. La méthode de calcul en est bouleversée et les droits des victimes nettement améliorés, surtout en cas de partage de responsabilité.

Cependant la victime ne doit pas s'enrichir : son droit de préférence ne s'exerce que dans la limite du préjudice qu'elle a subi. Les tiers-payeurs ne peuvent exercer leurs recours que sur le solde éventuel dû par le responsable.

Les recours subrogatoires s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices que les Caisses ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

Un recours poste par poste va permettre de limiter la soustraction des créances des tiers payeurs à chaque poste de préjudice auquel a participé l'organisme social alors que jusqu'à présent, la soustraction s'opérait sur l'ensemble des postes soumis à recours.

La préférence à la victime entraînera dorénavant, en cas d'indemnisation partielle de cette dernière, une indemnisation plus juste qu'auparavant puisque les

organismes sociaux avaient jusqu'ici priorité sur la victime.

L'article 25 de la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale modifie ainsi favorablement l'indemnisation des victimes dans plusieurs cas :

- ✓ Les partages de responsabilité.
- ✓ Les pertes de chances en matière de responsabilité médicale.
- ✓ Les accidents entraînant le versement de pension d'invalidité ou de rente d'organismes sociaux.

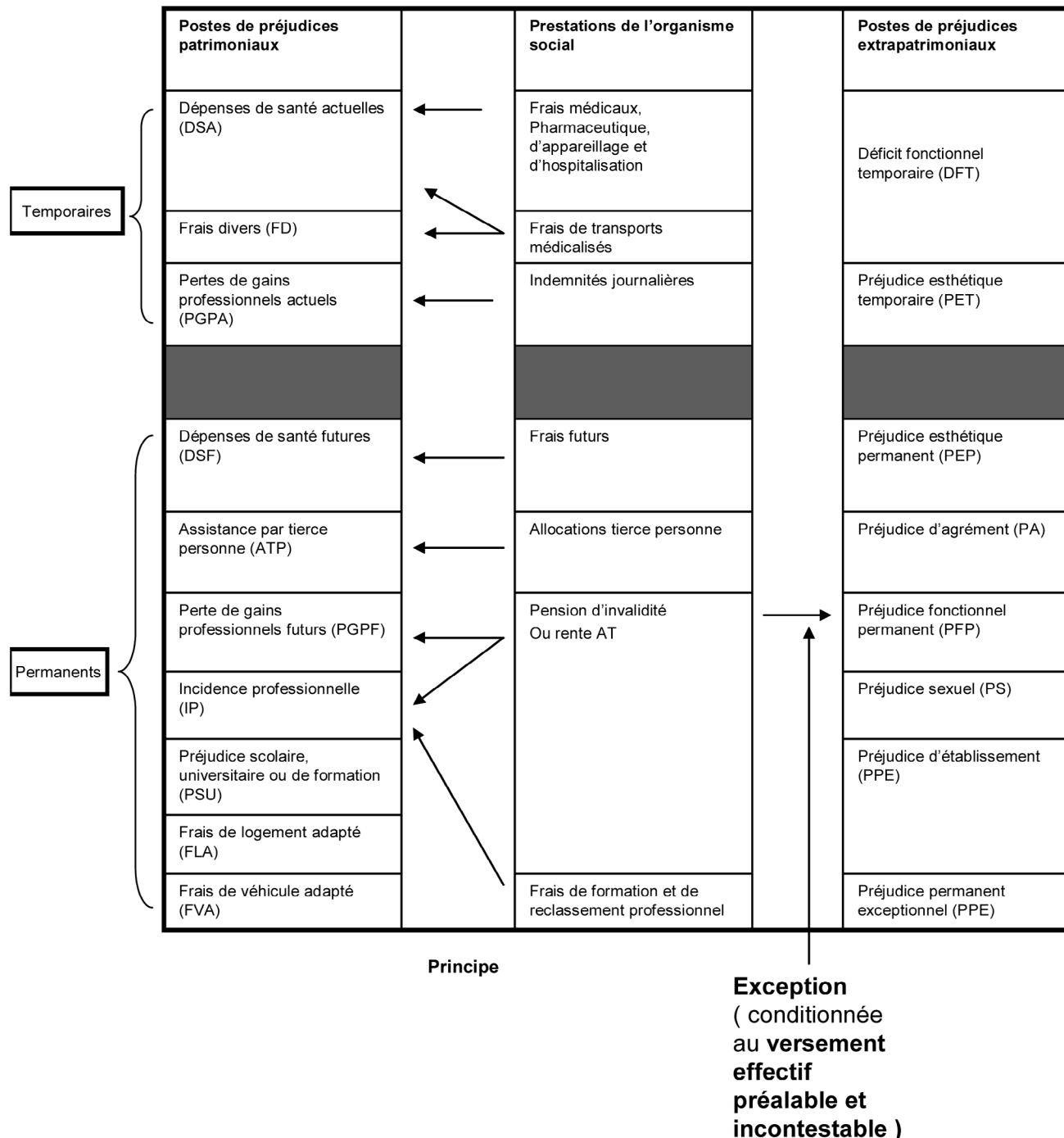
La réforme met fin à la globalisation de l'assiette du recours des tiers payeurs et prévoit qu'il doit dorénavant « s'exercer poste par poste ». Il n'existe pas de définition juridique des postes de préjudice. Logiquement, il aurait été nécessaire, pour savoir quelle prestation participe à l'indemnisation de quel chef de préjudice, d'établir une table de concordance entre les chefs de préjudice et les prestations versées par les tiers payeurs. Les postes de préjudice ne correspondent pas toujours exactement à ceux référencés dans la nomenclature Dintilhac, et, d'autre, part, cette table ne concerne que les prestations servies au titre de la branche maladie du régime général de Sécurité sociale.

Tout est à construire pour les accidents du travail, le régime des fonctionnaires, celui des artisans, commerçants et professions libérales, les régimes spéciaux sans oublier les prestations services par les assureurs en complément de celle versées par les organismes sociaux, ou en avance sur indemnité, de structure forfaitaire ou indemnitaire...

La réforme du recours de tiers payeurs touche également aux modalités d'offre d'indemnisation, notamment dans le cadre des accidents de la circulation, de responsabilité médicale ou du régime des victimes d'infraction.

β. L'exclusion des préjudices personnels extrapatrimoniaux dans les recours subrogatoires des tiers payeurs contre le responsable

- ✓ La Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 pose un principe : « l'exclusion des préjudices personnels » extrapatrimoniaux dans les recours subrogatoires des tiers payeurs contre le responsable.



Exception : « si le tiers-paiement 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 ». Il appartient à l'organisme social d'apporter cette preuve du caractère personnel

de leur prestation. Si par hasard, les tiers payeurs interviennent pour compenser des dommages à caractères personnel, ils pourraient disposer d'un recours sur les postes de préjudice équivalents. Un recours est envisageable même sur un poste de préjudice personnel, dans l'hypothèse où un tiers payeur aurait effecti-

ment et préalablement versé un indemnisation en regard à ce poste. Le recours est donc en principe exclu sur cette catégorie de préjudices, mais si, en dépit de ce caractère personnel, il est effectivement réparé par une prestation préalablement versée, il sera inclus dans l'assiette du recours. Les tiers payeurs obtiennent ainsi un nouveau droit : celui de récupérer sur les poste personnels des sommes dont ils prouveront qu'elles ont été versées « effectivement et préalablement » en rapport avec le poste concerné.

Mais la question de loin la plus délicate était celle de savoir comment l'on doit imputer les prestations qui présentent une nature hybride, c'est-à-dire qui contribuent à réparer à la fois un préjudice professionnel et un préjudice personnel. Il s'agit concrètement des rentes d'invalidité versées par les Caisse de Sécurité sociale aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ou encore de certaines pensions civiles ou militaires versées par l'Etat aux agents victimes d'accidents de service ou de maladies professionnelles.

Les premières sont calculées en fonction des salaires et d'un taux d'IPP qui est lui-même déterminé en fonction d'éléments combinant l'appréciation médicale du préjudice fonctionnel et son incidence professionnelle : nature de l'infirmité, état général, âge, facultés physiques et mentales de la victime, aptitudes et qualification professionnelle (CSS, art. L. 434-2). La rente est d'ailleurs indépendante des pertes effectives de revenus et est versée même s'il n'y a aucune perte économique, ce qui laisserait à penser qu'elle indemnise plus un préjudice fonctionnel que professionnel. Les secondes (allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires civils, pension militaire d'invalidité, rente viagère d'invalidité) que verse l'Etat à ses agents victimes d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, sont calculées sur une base forfaitaire et sont cumulables avec le traitement. Plus encore que les rentes d'accident du travail versées par les Caisse de Sécurité sociale, elles semblent indemniser un préjudice non professionnel et donc fonctionnel.

Le rapport Dintilhac avait envisagé cette difficulté en invitant les organismes payeurs à indiquer la ventilation entre la part de leur créance destinée à indemniser le préjudice patrimonial et la part visant à indemniser le préjudice extra-patrimonial de la victime ; à défaut de quoi la rente serait présumée réparer par parts égales les préjudice patrimoniaux et extra patrimoniaux. Cette attitude a été observée par certaines juridictions, mais pour d'autres, et notamment pour la Cour

d'appel de Paris, la rente d'accident du travail doit s'imputer sur le préjudice professionnel (CA Paris, 17^e ch., sect. A, 19 fév. 2007 : Gaz. Pal. 1^{er} - 3 avril 2007, p8. – CA Paris, 17^e ch., sect. A. 10 sept. 2007, n° 05-20645), sauf à la Caisse de prouver que la prestation versée a indemnisé un préjudice personnel.

C'est cette dernière solution que retient la Cour de cassation dans ses trois avis. A la question de savoir si la rente versée par les organismes sociaux en cas d'accident sur le trajet du travail s'impute uniquement sur le préjudice professionnel ou si elle peut également s'imputer sur le déficit fonctionnel, et dans quelles proportions, la Cour de cassation répond que « la rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'une accident du travail, indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle ». Puis elle ajoute que « si la Caisse de Sécurité sociale estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel » (avis n° 0070015 P et 0070017 P). Le même avis est donné à propos de la rente d'invalidité prévue par les articles L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite : imputation sur les préjudices professionnels, à moins que l'Etat ne prouve que sa prestation a pour partie effectivement et préalablement indemnisé aussi un préjudice personnel (n° 0070016 P).

Les nouvelles dispositions régissant les recours des organismes payeurs, résultant de l'article 25 de la Loi du 21 décembre 2006 ayant modifié l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, sont-elles applicables au recours dont dispose la Caisse de sécurité sociale qui a versé une rente au titre de la législation sur les accidents du travail au salarié victime d'une lésion imputable à un tiers dont la responsabilité peut être recherchée sur le fondement du droit commun ?

La Cour de cassation a répondu à plusieurs reprises à cette question :

Dans ses avis n°0070017P du 29 octobre 2007, elle a dit que : « les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la Loi du 21 décembre 2006, relatives à l'exercice des recours

des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne, s'appliquent aux recours exercés par les Caisses de Sécurité sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement des articles L.454-1, L.455-1 ou L.455-1 du Code de la Sécurité sociale ».

Cette solution a été consacrée par la Chambre criminelle dans plusieurs arrêts : 5 février 2008, n° 07-83.327, Bull. n° 31 et 15 avril 2008, n° 07-84.174. De la même manière, le Conseil d'Etat a jugé que la réforme du 21 décembre 2006 s'appliquait aux accidents du travail : CE 5 mars 2008, n° 272447 (CPAM de Seine-Saint-denis). Dans un arrêt récent (2^e civ. 23 octobre 2008, n° 07-18.819), la deuxième Chambre civile a également admis que les dispositions de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la loi du 21 décembre 2006, s'appliquent aux recours exercés par les Caisses de Sécurité sociale dans une action engagée par la victime d'un accident du travail sur le fondement des articles L.454-1, L.455-1 ou L.455-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dans l'affirmative, la rente versée par la Caisse de Sécurité sociale à la victime d'un accident du travail, sur le fondement des articles L.434-1 et L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, tend-elle pour partie, à indemniser les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime, de sorte qu'elle constitue une prestation indemnisant de façon incontestable un poste de préjudice personnel, au sens de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 modifié par la Loi du 21 décembre 2006 ?

En l'absence de ventilation par le tiers payeur entre la part économique et la part personnelle du préjudice réparé par la rente servie à la victime d'un accident du travail, selon quelles modalités le recours du tiers subrogatoire doit-il s'exercer ?

La Cour de Cassation a répondu à ces questions dans ses avis n°0070015 P et 0070017P du 29 octobre 2007 :

« La rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle ;

Si la Caisse de Sécurité sociale estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel. »

La Cour de Cassation a énoncé que la rente s'impute sur les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité, mais que le tiers payeur peut renverser la présomption selon laquelle cette prestation n'indemnise pas un préjudice personnel. Elle a ainsi admis la possibilité que la rente indemnise pour partie un préjudice personnel constitué par les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime.

Mais la Cour de cassation, conformément au texte de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 III de la Loi du 21 décembre 2006, a rappelé que la charge de cette preuve de ce qu'un préjudice personnel a été indemnisé, préalablement de manière incontestable, pèse sur la Caisse de Sécurité sociale qui souhaite exercer son recours sur un tel poste. Il en résulte nécessairement qu'en cas d'absence de ventilation, prouvée, par le tiers payeur, entre la part économique et la part personnelle du préjudice réparé par la rente, celle-ci ne peut s'imputer sur le poste de préjudice personnel que constituent les conséquences purement physiologiques de la lésion subie par la victime.

Dans un arrêt récent (2^e civ., 23 octobre 2008, n° 0718819) la deuxième Chambre civile a repris cette solution en énonçant que la « rente versée en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, à la victime d'un accident du travail, indemnise, notamment, les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; que la présomption selon laquelle cette rente ne répare pas un préjudice personnel peut être renversée en établissant que tout ou partie de cette prestation indemnise la victime pour le poste de préjudice personne du déficit fonctionnel permanent. »

Avis n° 0070016P du 29 octobre 2007 : Recours exercés par l'Etat – imputation de la rente viagère d'invalidité.

2. Les dispositions de l'article 31 de la Loi du 5 juillet 1985, modifié par l'article 25 IV de la Loi du 21 décembre 2006, relatives à l'exercice des recours des tiers payeurs contre les personnes

tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne, s'appliquent aux recours exercés par l'Etat et certaines autres personnes publiques en remboursement des prestations versées en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959.

3. La rente viagère d'invalidité prévue par les articles L.27 et L.28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite indemnise, notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité ; elle doit en conséquence s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels, puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle.

Si l'Etat ou la personne publique estime que cette prestation indemnise aussi un préjudice personnel et souhaite exercer son recours sur un tel poste, il lui appartient d'établir que, pour une part de cette prestation, elle a effectivement et préalablement indemnisé la victime, de manière incontestable, pour un poste de préjudice personnel.

L'allocation d'éducation spécialisée servie par les Caisses d'allocations familiales pour une durée limitée dans l'intérêt d'un enfant atteint d'une incapacité permanente est dépourvue de caractère indemnitaire et n'ouvre pas droit à recours subrogatoire.

Il en est de même pour l'allocation aux adultes handicapés, prestation d'assistance servie en exécution d'une obligation nationale destinée à garantir un minimum de revenu. (C.A. Nîmes ; Chb. Corr., 22 juin 2006, 06-0674 ; Dalloz 2007, 1854, note, Y. Dagonne-Labbe « le caractère non indemnitaire des prestations d'aide sociale »).

Les praticiens ne devraient pas rencontrer de difficulté tant la concordance des prestations et des chefs de dommage apparaît évidente à première vue dans la nomenclature Dintilhac :

- ✓ Majoration tierce personne = coût auxiliaire de vie (poste « ATP »).
- ✓ Frais de reclassement et formation = incidence professionnelle (poste « IP »).
- ✓ Indemnités journalières = perte de gains professionnels actuels (poste « PGPA »).

Certaines prestations ont par essence une nature hybride, en ce qu'elles s'inspirent de critères socio-économiques et physiologiques.

Tel est le cas de la rente AT ou de la pension d'invalidité.

Pour ces dernières, il appartiendra donc à la Caisse d'éclairer les parties sur la part de dimension patrimoniale et extra patrimoniale qui compose la prestation concernée.

En pratique, cela imposera à la Caisse de détailler sa réclamation et de l'affecter à la rubrique de préjudice idoine.

Faute de disposer de cette ventilation, on peut penser que les tribunaux seront tentés de suivre le rapport Dintilhac...

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

Ceci dit, la fraction patrimoniale de la rente sera distribuée sur le poste de préjudice patrimonial correspondant, et déduite sans recourir à l'exigence d'autres critères.

bb. Exemples chiffrés du calcul de la subrogation des prestations de Sécurité Sociale

α. Exemples chiffrés de l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

α1. Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en maladie

Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en maladie et qui percevait un salaire de 8 000 €.

– La Caisse lui a réglé	
• Prestations en nature	25 000 €
• Indemnités journalières 60 jours à 133,33 €	8 000 €
(8 000 € / 30 / 2 = 133,33 €)	

Créance de la Caisse de sécurité sociale : 33 000 €

✓ Evaluation de son préjudice selon les règles du droit commun.

• Préjudice corporel

– Prestations en nature	25 000 €
– Ticket modérateur	2 000 €
– I.T.T. de 2 mois = 8 000 € X 2	16 000 €
I.P.P 2 %	4 000 €
	<hr/>
	47 000 €

• Préjudice personnel

Premium doloris	6 000 €
-----------------	---------

✓ Cas où le tiers est entièrement responsable

• la Caisse obtient	33 000 €
---------------------	----------

• la victime obtient

Préjudice corporel

(47 000 € – 33 000 €)	14 000 €
-----------------------	----------

Préjudice personnel	6 000 €
---------------------	---------

Total pour les préjudices	20 000 €
---------------------------	----------

✓ Cas où le tiers n'est responsable que pour moitié

L'indemnité mise à la charge du tiers s'élève à :

Préjudice corporel 47 000 : 2	23 500 €
-------------------------------	----------

Préjudice personnel 6 000 : 2	3 000 €
-------------------------------	---------

• La Caisse obtient	23 500 €
---------------------	----------

• La victime obtient	3 000 €
----------------------	---------

(Il ne subsiste aucun solde sur le préjudice corporel pour la victime)

a2. Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation du cas d'une victime indemnisée en assurance sociale en accident du travail

a2.1. Premier exemple

Cas d'une victime indemnisée en accident du travail pour laquelle la Caisse a liquidé une rente pour un taux d' IPP Inférieur à 10 % et a en conséquence réglé le capital.

Salaire mensuel de la victime : 8 000 €

Age de la victime : 40 ans.

✓ La Caisse lui a réglé

• prestations en nature	30 000,00 €
• indemnités journalières (60 jours) (28 jours X 160 = 4.480) plus (32 jours X 213,33 = 6826,56 €	11 306,56 €
• IPP : 9 %	20 001,00 €

Créance de la Caisse de sécurité sociale 61 307,56 €

✓ Evaluation du préjudice selon les règles du droit commun

• préjudice corporel	
– prestation en nature	30 000,00 €
– ITT 2 mois (conclusions de l'expert)	16 000,00 €
– IPP 6 % (conclusions de l'expert)	
6% X 3 800	22 800,00 €
	<hr/>
	68 800,00 €

• préjudice personnel

preium doloris 10 000,00 €

✓ Cas où le tiers est entièrement responsable

• La Caisse obtient	61 307,56 €
---------------------	-------------

• La victime obtient

Préjudice corporel	
(68 800 – 61 307,56) =	7 492,44
	<hr/>
	17 492,44 €

Préjudice personne 10 000 €

✓ Cas où le tiers n'est responsable que pour moitié

L'indemnité mise à la charge du tiers s'élève à :

Préjudice corporel 68 800 : 2	34 400,00 €
-------------------------------	-------------

Préjudice personnel 10 000 : 2	5 000,00 €
--------------------------------	------------

• La Caisse obtient	34 400,00 €
---------------------	-------------

• La victime obtient	5 000,00 €
----------------------	------------

(Il ne subsiste aucun solde sur le préjudice corporel pour la victime)

a2.2. Deuxième exemple

Exemple chiffré de l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 (les chiffres sont donnés à titre purement indicatif) : accident de la circulation considéré en droit social comme un accident de travail de trajet.

Le salarié perçoit un salaire net mensuel de 8 000 €.

Il reste en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pendant 6 mois : somme totale encaissée : 36 000 €.

A la consolidation, il n'y a pas d'attribution de rente d'accident du travail. L'organisme de Sécurité sociale a déboursé 7 000 € de soins médicaux sur une somme globale présentée à remboursement de 9 000 € (la victime a donc avancé et payé 2 000 € de soins non pris en charge au titre AT, bien qu'imputables à l'accident ; par exemple : dépassements d'honoraires, fournitures non remboursables).

Il est examiné dans le cadre du droit commun par le médecin de la compagnie d'assurance qui retient :

- ✓ une ITT de 15 jours, soit 4 000 €
- ✓ une IPP de 2 %, soit 8 000 €.

Tableau de l'exemple chiffré

	Assiette du recours retenue après accord des parties	Créance Sécurité sociale
Soins	9 000 €	7 000 €
ITT	4 000 €	36 000 €
IPP	8 000 €	0 €
Total	21 000 €	43 000 €

ITT : interruption temporaire du travail ;

IPP : incapacité permanente partielle.

La victime aura déjà encaissé les prestations de Sécurité sociale qui lui resteront acquises.

L'organisme de Sécurité sociale recevra 21 000 € de la part de la compagnie d'assurance privée.

La victime n'encaissera rien de la part de la compagnie d'assurance privée (hormis le préjudice extra-patrimonial).

β. Exemples chiffrés de comparaison entre l'ancien régime d'indemnisation antérieur à la Loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 et le nouveau régime appliquant la loi ci-dessus

β.1. Exemples sans accident du travail

β.1.1. Premier exemple

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25.

Dans l'exemple précédent, on s'aperçoit :

- ✓ Dans le régime ancien, il ne revient rien à la victime, compte-tenu du montant de la rente qui « absorbe » en totalité la part de préjudice soumise à recours.
- ✓ Dans le régime nouveau inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, la créance de la Caisse s'imputant poste par poste, et compte-tenu du caractère prioritaire de la créance de la victime, il revient à cette dernière un solde de 7.000 €, correspondant à ses frais médicaux et à ses pertes de salaires non couverts par l'organisme social.

	Montant global	Créance CPAM	Ancien régime revenant à la victime	Ancien régime recours caisse	Nouveau régime Priorité victime	Nouveau régime recours caisse
Frais médicaux	6.000	5.000	-	-	1.000	5.000
I.T.T	14.000	8.000	-	-	6.000	8.000
I.P.P	30.000	50.000	-	-	0.00	30.000
Total	50.000	63.000	0.00	50.000	7.000	43.000

β.1.2. Deuxième exemple

L'application concrète est la suivante : supposons une victime dont les frais médicaux se sont élevés à 1.000 €, les pertes de revenus à 1.500 € et l'IPP (nous continuerons à utiliser ce terme, le mot « déficit fonctionnel permanent » proposé par la nomenclature « Din tilhac » n'étant pas encore généralisé) à 2.000 €. La Sécurité sociale a remboursé 800 € au titre des frais médicaux et 850 € au titre des indemnités journalières. Le droit à réparation de la victime est réduit de moitié. Jusqu'à présent, la dette du responsable était calculée de la façon suivante :

Postes de préjudice	Evaluation	Sécurité Sociale
Frais médicaux	1.000 €	800 €
Perte de revenus	1.500 €	850 €
IPP	2.000 €	
TOTAL	4.500 €	1.650 €
Dont moitié	2.250 €	

Ces 2 250 € étaient répartis en 1 650 € pour la Sécurité sociale et 550 € pour la victime.

On constate que la Sécurité sociale disposait d'un recours sur un poste de préjudice (l'IPP) pour lequel elle n'avait versé aucune prestation.

Le souhait du législateur inspiré par la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 est de limiter le droit de subrogation aux seuls postes de préjudice au regard desquels les organismes sociaux ont versé des prestations.

Le calcul, de vertical, devient horizontal et s'effectue ainsi (Tableau A) :

On constate donc que, au lieu de percevoir 600 €, la victime va obtenir 1.850 €... au détriment de la Sécurité sociale qui ne perçoit que 400 €.

β.1.3. Troisième exemple

Un exemple simplifié d'imputation de recours des tiers payeurs en application des nouvelles règles issues de la loi du 21 décembre 2006 permettra de mieux comprendre son fonctionnement.

1) Imputation des recours sans partage de responsabilité (Tableau B)

Postes de préjudice	Evaluation	Sécurité sociale	Dont moitié	Priorité victime	Solde Sécurité sociale
Frais médicaux	1.000	800	500	1.000 - 800 = 200	500 - 200 = 300
Perte de revenus	1.500	850	750	1.500 - 850 = 650	750 - 650 = 100
IPP	2.000		1.000	1.000	
TOTAL	4.500	1.650	2.250	1.850	400

Tableau A

Postes de préjudices	Evaluation	Créance des tiers payeurs	Sommes récupérées par les tiers payeurs	Solde revenant à la victime
Dépenses de santé	20.000 €	18.000 €	18.000 €	2.000 €
Perte de gains professionnels actuels	19.000 €	10.000 €	10.000 €	9.000 €
Assistance tierce personne	130.000 €	0 €	0 €	130.000 €
Perte de gains professionnels futurs	600.000 €	700.000 €	600.000 €	0 €
Déficit fonctionnel permanent	100.000 €	0 €	0 €	100.000 €
Total	869.000 €	728.000 €	628.000 €	241.000 €

Tableau B

Avant la loi, les tiers payeurs pouvaient imputer l'intégralité de leurs créances (728.000 euros) sur les préjudices indemnisés, dans lesquels était inclus le déficit fonctionnel. La victime ne touchait donc qu'un solde de 141.000 € = (total des préjudices : 869.000€) – créances des tiers payeurs (728.000).

Aujourd’hui la victime touche un solde de 241.000€. Les tiers payeurs ne peuvent recouvrir que 628.000€.

2) Imputation des recours avec partage de responsabilité (Tableau C)

Reprendons notre hypothèse, avec cette fois-ci un partage par moitié.

Imputation des recours avec partage de responsabilité par moitié

Avant la loi du 21 décembre 2006, les tiers payeurs étaient autorisés à recourir pour l'intégralité de leurs créances, soit 628.000 €, ils ne récupéraient effectivement que 434.500 € (assiette de leur recours), mais la

victime n'avait droit à rien (total du préjudice (869.000 / 2) – 628.000 = 434.500 – 628.000 soit 0 €).

Dans le cadre de la loi, la victime récupère, du fait de sa priorité, 126.000 €. Les tiers payeurs ne peuvent recourir que pour 308.500 €.

β.1.4. Quatrième exemple

Exemple avec partage de responsabilité par moitié (Tableau D).

Ce calcul horizontal doit être effectué pour chaque poste de préjudice.

β.1.5. Cinguième exemple

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime : en voici deux illustrations avec la nomenclature préconisée par le rapport du groupe de travail dirigé par M. J.-P. DINTILHAC.

Postes de préjudices	Evaluation	Dont moitié	Créances des tiers payeurs	Priorité victime	Sommes récupérées par les tiers payeurs
Dépenses de santé	20.000 €	10.000 €	18.000 €	2.000 €	8.000 €
Perte de gains professionnels actuels	19.000 €	9.500 €	10.000 €	9.000 €	500 €
Assistance tierce personne	130.000 €	65.000 €	0 €	65.000 €	0 €
Perte de gains professionnels futurs	600.000 €	300.000 €	600.000 €	0 €	300.000 €
Déficit fonctionnel permanent	100.000 €	50.000 €	0 €	50.000 €	0 €
Total	869.000 €	434.500 €	628.000 €	126.000 €	308.500 €

Tableau C

Poste de préjudice	Evaluation totale du poste de préjudice	Prestation de la Sécurité sociale versée à la victime pour ce poste de préjudice	Dette du responsable (moitié du préjudice)	Préférence de la victime (préjudice subi moins prestation reçue)	Solde de recours tiers payeur, c'est-à-dire de la Sécurité sociale
X	1.000 €	800 €	500 €	1000 € – 800 € = 200 €	500 € – 200 € = 300 €

Tableau D

Postes	Préjudice	Créance sociale (CPAM...)	Somme versée à la victime	Somme récupérée par la Caisse
Dépenses de santé (ex. frais médicaux)	21 000 €	20 000 €	1 000 €	20 000 €
Pertes de gains professionnels avant consolidation (ex. perte de revenus en ITT)	15 000 €	10 000 € (indemnités journalières)	5 000 €	10 000 €
Déficit fonctionnel temporaire (par exemple, gène dans les actes de la vie courante)	10 000 €	0 €	10 000 €	0 €
Déficit fonctionnel permanent (remplace et élargit l'ancienne IPP)	100 000 €	0 €	100 000 €	0 €
Pertes de gains professionnels futurs et incidences professionnelle	400 000 €	500 000 € (montant capitalisé de la pension d'invalidité)	0 €	400 000 €
Assistance par tierce personne	100 000 €	0 €	100 000 €	0 €
Total	646 000 €	530 000 €	216 000 €	430 000 €

1) Sans partage de responsabilité

- a) Avant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

On procédait de manière globale en soustrayant au total des postes soumis à recours la créance de la Caisse. Il revenait alors à la victime :

$646\,000\text{ €} - 530\,000\text{ €} = 116\,000\text{ €}$, tandis que la Caisse recouvrerait 530 000 €.

- b) Aujourd'hui en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

On ne fait plus une déduction globale ; on procède poste par poste (ou encore ligne par ligne). L'organisme social ne peut imputer sa créance que sur les seuls postes de préjudice pour lesquels il a effectivement versé des prestations.

Ainsi, il revient à la victime :

- Dépenses de santé : 21 000 (Préjudice) – 20 000 (Créance) € = 1 000 €
- Pertes de gains professionnels avant consolidation : 15 000 – 10 000 € = 5 000 €
- Déficit fonctionnel temporaire : 10 000 – 0 € = 10 000 €
- Déficit fonctionnel permanent : 100 000 – 0 € = 100 000 €

– Pertes de gains professionnels futurs : ici est la nouveauté. Ce poste est évalué à 400 000 € tandis que la créance de la Caisse se monte à 500 000 €. Désormais, la Caisse absorbe la totalité de ce poste, tout en étant seulement indemnisée à hauteur de 400 000 €. Il ne revient rien à la victime sur cette ligne, les 500 000 € ne s'imputent pas sur les autres postes.

– Assistance par tierce personne : 100 000 – 0 € = 100 000 €

$$\begin{aligned} \text{Total : } & 0 + 1\,000 + 5\,000 + 10\,000 + 100\,000 + 0 \\ & + 100\,000 \text{ €} = 216\,000 \text{ €.} \end{aligned}$$

Le recours poste par poste permet à la victime de percevoir 216 000 € d'indemnisation au lieu de 116 000 €.

La Caisse ne perçoit plus que 430 000 € au lieu de 530 000 €. Avant la Loi, elle récupérait 100 000 € supplémentaires au titre de la rente d'invalidité qui s'imputait sur les postes tels que l'assistance par tierce personne ou le déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire sur des postes soit de nature économique qu'elle n'avait pas pris en charge (tierce personne), soit de nature non économique (déficit fonctionnel permanent) qui ne sont pas de son ressort.

2) Avec partage de responsabilité

Reprenons notre hypothèse, avec cette fois-ci un partage par moitié.

Postes	Préjudice	Après partage (50%)	Créance sociale (CPAM...)	Somme versée à la victime	Somme récupérée par la Caisse
Dépenses de santé	21 000 €	10 500 €	20 000 €	1 000 €	9 500 €
Pertes de gains professionnels avant consolidation	15 000 €	7 500 €	10 000 €	5 000 €	2 500 €
Déficit fonctionnel temporaire	10 000 €	5 000 €	0 €	5 000 €	0 €
Déficit fonctionnel permanent	100 000 €	50 000 €	0 €	50 000 €	0 €
Pertes de gains professionnels futurs et incidence professionnelle	400 000 €	200 000 €	500 000 €	0 €	200 000 €
Assistance par tierce personne	100 000 €	50 000 €	0 €	50 000 €	0 €
Total	646 000 €	323 000 €	530 000 €	111 000 €	212 000 €

1) Avant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

En appliquant la réduction de manière globale, il revenait à la victime : $646\ 000 / 2 = 323\ 000 - 530\ 000 = 0$ €. La créance de la Caisse absorbait toutes les sommes allouées au titre des postes de préjudice soumis à recours.

2) Aujourd’hui, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

Il faut tenir compte du recours poste par poste et du droit préférentiel de la victime selon la méthode suivante :

- 1) on soustrait, au poste considéré, la créance de la Caisse correspondante ;
- 2) le solde, lorsqu'il est positif, revient à la victime, mais pas forcément en intégralité. Elle ne peut percevoir, au maximum, que la somme lui revenant en application du partage qui lui est opposé. Il y a un plafond d'indemnisation.
- 3) la somme revenant à la Caisse est obtenue en déduisant de la somme accordée à chaque poste en application du partage, la somme effectivement allouée à la victime.

Dans notre cas, cela donne :

Dépenses de santé : 21 000 (Préjudice) – 20 000 (Créance) = 1 000. Créance déduite, la victime perçoit 1 000 €. Au maximum, en tenant compte du partage, elle aurait eu droit à $21\ 000 / 2 = 10\ 500$ €. Elle est donc en droit de percevoir les 1 000 €. Quant à la Caisse, elle perçoit : 10 500 (Montant après partage) – 1 000 (somme allouée à la victime) = 9 500 €.

Pertes de gains professionnels avant consolidation : $15\ 000 - 10\ 000 = 5\ 000$. Crédit déduite, il reste 5 000 €. En tenant compte du partage, la victime ne peut prétendre qu'à $15\ 000 / 2 = 7\ 500$ €. Elle est donc fondée à percevoir 5 000 €. Quant à la Caisse, elle obtient : $7\ 500 - 5\ 000 = 2\ 500$ €.

Déficit fonctionnel temporaire : $10\ 000 - 0 = 10\ 000$ €. Il reste 10 000 €. Mais au maximum, avec le partage à 50 %, il reviendrait à la victime : $10\ 000 / 2 = 5\ 000$ €. Elle perçoit donc, au titre de ce poste de préjudice, non pas 10 000 € mais 5 000 €. En l'absence de prestations effectivement versées, la Caisse n'a ici droit à rien.

Déficit fonctionnel permanent : $100\ 000 - 0 = 100\ 000$ €. Là encore, en raison du partage, il revient uniquement à la victime 50 000 €, somme maximum qu'elle peut percevoir à cause du partage et non 100 000 €. La Caisse, qui n'a versé aucune prestation, ne perçoit rien ici aussi.

Pertes de gains professionnels futurs : $400\ 000 - 500\ 000 = - 100\ 000$ €. Ici, pareillement à ce que nous

avons observé en l'absence de partage, rien n'est perçu par la victime. La Caisse perçoit : $200\ 000 - 0 = 200\ 000$ €.

Assistance par tierce personne : $100\ 000 - 0 = 100\ 000$ €. La victime ne perçoit pas cette somme mais le maximum auquel elle a droit au regard du partage qui lui est opposé soit : $100\ 000 / 2 = 50\ 000$ €. La Caisse, de son côté, ne touche rien.

Au final, il revient à la victime : $1\ 000 + 5\ 000 + 5\ 000 + 50\ 000 + 0 + 50\ 000 = 111\ 000$ €, là où auparavant il ne lui revenait rien du tout. Quant à la Caisse, elle perçoit 212 000 € au lieu de 430 000 €.

β.1.6. Sixième exemple avec partage de responsabilité

Exemple de comparaison ancien et nouveau régime :

– Avant la réforme

	Préjudice	Partage	Créance sécurité sociale	Victime
Frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers	21 000	10 500	20 000	
Pertes de gains	15 000	7 500	10 000	
Préjudice professionnel financier	600 000	200 000	400 000	
Tierce personne	100 000	50 000		
Total		268 000	430 000	
Répartition		268 000	430 000	0

– Après la réforme

	Préjudice	Partage	Créance sécurité sociale	Préférence victime
Frais médicaux pharmaceutiques et hospitaliers	21 000	10 500	9 500	1 000
Pertes de gains	15 000	7 500	2 500	5 000
Préjudice professionnel financier	600 000	300 000	100 000	200 000
Tierce personne	100 000	50 000	0	100 000
Total Répartition		268 000	112 000	256 000

β.2. Exemples avec accident du travail

Exemple d'un homme de 42 ans atteint de 85% d'IPP avec partage de responsabilité de moitié :

Cas du régime antérieur à la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 avec nécessité de recours à la capitalisation.

Par conséquent, la moitié du préjudice de droit commun capitalisé, soit un montant de 1 526 770 €, était réparti en 491 920 € pour la Sécurité sociale et 1 034 850 € pour la victime.

Cas du nouveau régime du recours poste par poste, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

Postes de préjudice	Préjudice de droit commun annuel	Préjudice de droit commun capitalisé (1)	Prestations sécurité sociale annuelles	Prestations de sécurité sociale capitalisées (2)
Frais médicaux futurs	10 000 €	221 000 €	8 000 €	114 000 €
Incidence professionnelle	150 000 €	331 500 €	14 400 €	205 920 €
Tierce personne	$12\text{€} \times 8\text{h} \times 400 + 10\text{€} \times 16\text{h} \times 400 = 102\ 400\text{ €}$	2 263 040 €	12 000 €	171 600 €
Incapacité permanente partielle	–	238 000 €	–	–
Total	–	3 053 540 €	–	491 920 €
Dont moitié	–	1 526 770 €	–	–

(1) valeur de l'euro de rente table TD 88/90 avec un taux à 3,92%.

(2) valeur selon l'arrêté de 1954.

Postes de préjudice	Préjudice de droit commun annuel	Prestations sécurité sociale annuelles	Dont moitié	Priorité victime	Solde sécurité sociale
Dépenses de santé futures	10 000 €	8 000 €	5 000 €	2 000 €	3 000 €
Incidence professionnelle	15 000 €	$1\ 200 \times 12 = 14\ 400 €$	7 500 €	600 €	6 900 €
Assistance par tierce personne	102 400 €	12 000 €	51 200 €	51 200 €	-

Par rapport au recours à la capitalisation sous le régime antérieur (voir tableau précédent), on remarque dans le nouveau régime du recours poste par poste qu'il n'est plus utile de recourir à la moindre notion de capitalisation des prestations futures pour déterminer le solde revenant à la victime. Son préjudice « annuel » est défini.

γ. Exemples chiffrés du nouveau régime appliquant la loi n° 2.006-1.640 du 21 décembre 2006, dite Loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25

γ.1. Premier exemple

Très concrètement,

- ✓ Si à la suite d'un accident, la victime perd 5.000 € de salaires, compensés par les IJ à hauteur de 1.500 €, on conviendra que sa perte réelle est de 3.500 €.
- ✓ Si un partage de responsabilité à 50% lui est imposé, on conviendra que l'assureur du tiers responsable ne doit sur ce poste que $(5.000 / 2) € = 2.500 €$.
- ✓ Le principe de préférence permettra à la victime de recouvrer prioritairement sa créance dans cette limite, soit 2.500 €, alors que la Caisse sera privée d'indemnité.

γ.2. Deuxième exemple

L'exemple suivant souligne les conséquences du droit préférentiel de la victime, assurée sociale, qui doit primer celui de la Sécurité sociale – tiers payeurs, en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre

2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25 :

- ✓ soit un préjudice de 1.000 €,
- ✓ des prestations de la Sécurité sociale de 800 €,
- ✓ un partage de responsabilité de moitié : la dette du tiers est de 500 €.

Le droit préférentiel de la victime, assurée sociale, doit lui permettre de recourir contre le tiers responsable pour $1000 € - 800 € = 200 €$ et le recours de la Caisse est limité à $500 € - 200 € = 300 €$.

γ.3. Troisième exemple

Appliquons un cas de figure un peu plus complexe (les chiffres sont purement symboliques) en appliquant la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, dite loi de financement de la Sécurité sociale dans son article 25, soit :

- ✓ une victime conserve à sa charge des frais médicaux à hauteur de 1.000 €, la Caisse règle de son côté 20.000 €
- ✓ la victime subit des pertes de gains à hauteur de 15.000 € compensées partiellement par des indemnités journalières à hauteur de 10.000 €
- ✓ la victime bénéficie d'une IPP à hauteur de 100.000 €, de l'aide d'une tierce personne à hauteur de 100.000 € et subit un préjudice professionnel de 600.000 € compensé partiellement par une pension d'invalidité de 400.000 € (soit une perte de 200.000 €)
- ✓ dans le cadre d'un partage de responsabilité à 50%, nous arrivons au tableau suivant avec un recours poste par poste :

Postes	Evaluation totale du poste de préjudice	Prestation de la Sécurité sociale versée à la victime pour ce poste de préjudice	Après partage	Préférence priorité à la victime	Créances de la Sécurité sociale
Frais médicaux	21 000 €	20 000 €	10 500 €	1 000 €	9 500 €
ITT perte de gains	15 000 €	10 000 €	7 500 €	5 000 €	2 500 €
IPP	100 000 €		50 000 €	50 000 €	0 €
Tierce personne TP	100 000 €		50 000 €	50 000 €	0 €
Préjudice professionnel	600 000 €	400 000 €	300 000 €	200 000 €	100 000 €
Total	836 000 €		418 000 €	306 000 €	112 000 €

On observe immédiatement que la dette globale du responsable reste cantonnée à son exacte part de responsabilité.

c. Les autres tiers payeurs pouvant se retourner contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne

aa. Les employeurs

✓ Les administrations publiques

Les actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques sont régies par l'ordonnance N°59-76 du 7 janvier 1959 modifiée par la loi N°68-2 du 2 janvier 1968 dont les dispositions sont applicables en vertu de son article 7 aux recours exercés par :

- Les collectivités locales.
- Les établissements publics à caractère administratif.
- La Caisse des dépôts et consignations.

Cette ordonnance prévoit que lorsque le décès, l'infirmié ou la maladie d'un agent de l'Etat ou de certaines autres personnes publiques est imputable à un tiers, l'Etat ou ces personnes publiques disposent de plein droit contre ce tiers, par subrogation aux droits de la victime ou de ses ayant droits, d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime ou à ses ayant droits à la suite du décès, de l'infirmié ou de la maladie.

Cette action concerne notamment :

- Le traitement ou le solde des indemnités accessoires pendant la période d'interruption du service.
- Les frais médicaux et pharmaceutiques.
- Le capital décès.
- Les arrérages des pensions et rentes viagères d'invalidité.
- Les arrérages des pensions de retraite et de réversion.
- Les arrérages des pensions d'orphelin.

✓ Les entreprises privées

Suivant l'Article 29 de la Loi du 05.07.1985, les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité due à l'accident qui a occasionné le dommage ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Les employeurs peuvent également poursuivre directement le responsable des dommages ou son assureur pour obtenir le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées à la victime pendant la période d'arrêt de travail, suivant l'article 32 de la Loi du 05.07.1985.

Si l'on veut une issue cohérente, on est conduit à considérer que l'employeur est également visé par les dispositions de la loi. La référence à l'article 31 le permet. En effet, le principe du droit de recours de l'employeur est fixé à l'article 29, alinéa 4, de la loi de 1985 et il n'existe aucun autre texte spécifique que l'article 31 pour en déterminer les conditions d'application.

Pour notre part, nous resterons sur un plan pratique en supposant qu'un employeur ait complété les indemnités journalières et examinerons deux situations.

Le compte s'établirait ainsi :

Postes de Préjudice	Evaluation	Sécurité sociale	Employeur	Dont moitié	Priorité victime	Solde Sécurité sociale	Employeur
Frais médicaux	1 000	800		500	200	300	
Pertes de revenus	1 500	850	650	750	0	425	325
IPP	2 000			1 000	1 000		
TOTAL	4 500	1 650	650	1 200	1 200	725	325

La victime percevrait 1 200 euros en sus des prestations sociales.

La réparation au marc l'euro n'aurait lieu entre l'employeur et la Sécurité sociale que sur le poste « pertes de revenus ».

L'employeur percevrait donc $650 \times 750 / 1.500 = 325 \text{ €}$.

La Sécurité sociale recevrait : 300 € au titre des frais médicaux + 425 € au titre des indemnités journalières, soit 725 euros.

Supposons que la victime bénéficie des prestations accidents du travail de la Sécurité sociale et d'un complément de salaire de son employeur.

Le décompte s'établirait comme suit :

bb. Les assureurs

Les assureurs peuvent dans certains cas exercer un recours contre le tiers responsable d'un accident qui les a obligé à verser une indemnité à leur assuré du fait d'un préjudice corporel. La possibilité d'un tel recours varie suivant qu'il s'agisse d'assurance contre les accidents ou d'assurance de personnes.

a. Assurance contre les accidents et assurance de dommages

L'assurance de dommages est une assurance contre les conséquences d'un évènement pouvant causer un préjudice au patrimoine de l'assuré.

Elle indemnise l'assuré pour le préjudice patrimonial qu'il subit du fait de la réalisation du risque. Les assurances de dommages se divisent en deux grandes catégories : les assurances de choses et les assurances de responsabilité.

✓ L'assurance de choses indemnise l'assuré pour le préjudice qu'il ressent directement de son patrimoine, par exemple destruction d'un immeuble par un incendie, un dégât des eaux, etc.

✓ l'assurance de responsabilité indemnise l'assuré afin de couvrir l'éventuelle dette de responsabilité qui pourrait naître dans le patrimoine de l'assuré du fait du préjudice qu'il a pu causé à un tiers et qui engage sa responsabilité : assurance par exemple de responsabilité professionnelle, de responsabilité automobile, etc.

L'article L.121-12 du Code des assurances stipule que l'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé jusqu'à hauteur de cette indemnité contre les tiers qui ont causé le dommage.

Postes de préjudice	Evaluation	Sécurité sociale	Employeur	Dont moitié	Priorité victime	Sécurité sociale	Employeur
Frais médicaux	1 000 €	900		500	100	400	
Perte de revenus	1 500 €	1 200	300	750	0	600	150
IPP	2 000 €	3 000		1 000	0	1 000	
TOTAL	4 500 €	5 100	300	2 250	100	2 000	150

β. Assurance de personnes

L'assurance de personnes est une assurance qui a pour objet la personne de l'assuré et qui indemnise les conséquences d'un évènement sauf les dommages qui peuvent résulter de la réalisation du risque couvert. Elle se divise c'est-à-dire en deux grandes catégories, les assurances sur la vie et les assurances contre les accidents corporels et contre le risque de maladie.

- ✓ l'assurance sur la vie est une assurance par laquelle l'assureur s'engage à verser au souscripteur ou à un tiers désigné par lui une somme en cas de décès de la personne assurée ou de sa survie à une date déterminée.
- ✓ l'assurance contre les accidents corporels garantit à l'assuré frappé d'une atteinte corporelle soudaine, le remboursement des frais médicaux et d'autre part le versement pour lui-même en cas de mort à un bénéficiaire désigné de prestations forfaitaires.
- ✓ L'assurance contre la maladie garantit à l'assuré en cas de maladie, le remboursement total ou partiel des frais médicaux et le paiement des sommes journalières durant sur l'incapacité de travail.

L'article L.131-2 du Code des assurances par contre stipule que l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé contre des tiers à raison du sinistre.

En effet, les assurances de personnes, et en particulier les assurances contre les accidents corporels, ne présentent pas un caractère indemnitaire. La victime peut donc obtenir de l'auteur du tiers auteur du sinistre, la réparation intégrale du préjudice causé et percevoir en plus, les sommes faisant l'objet d'un contrat d'assurance.

6. Les conséquences de la Loi Badinter

Bien que cela soit prévu par la Loi, moins de 10 % des victimes sont assistées par un Médecin Conseil ce qui fait que, dans les faits, le débat contradictoire n'existe pas. La victime doit se soumettre à l'évaluation de l'Expert d'une Compagnie d'Assurance et accepter une indemnisation souvent faible. Ceci est particulièrement net pour les dommages de petite et de moyenne importances pour lesquels les victimes auraient pu engager des frais de procédure coûteux en appel. L'intervention d'un

médecin de recours et d'un avocat permettent de rééquilibrer le débat contradictoire.

7. Rôles du médecin Traitant, du médecin de Recours et de l'avocat

a. Le Médecin Traitant

Il n'existe pas de véritable définition au sens légal ou jurisprudentiel du médecin traitant. On peut donc définir le médecin traitant comme le médecin qui, généraliste ou spécialiste, suit le malade pour l'affection pour laquelle il est venu le consulter (Joly M., Consultations professionnelles, Existe-t-il une définition légale du médecin traitant ?, Le Concours médical, 1-12-1990, p. 3.498).

Il peut s'agir du médecin généraliste habituel ou du médecin du SAMU qui a fourni les premiers secours sur place, du médecin du service des urgences qui a accueilli initialement le patient, du chirurgien qui a pris en charge en urgence le blessé à l'hôpital.

Le Médecin Traitant établit le certificat médical initial descriptif encore appelé certificat d'origine. Le certificat médical initial descriptif se définit comme un certificat rédigé le jour même de l'accident ou au plus tard dans les quelques jours qui le suivent pour pouvoir dans ce dernier cas y signaler les résultats des examens complémentaires (radiographies, électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, compte rendus opératoires...).

La délivrance de ce certificat médical initial descriptif est obligatoire, même si l'intéressé n'en a pas sollicité. En effet, l'article n° 76 du Code de déontologie médicale paru au Journal officiel du 8-9-1995 édicte que "L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, ...des certificats... dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires" et l'article 59 du décret du 14-1-1974 relatif au fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux stipule que "Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux... nécessaires... à la justification de ses droits".

Les honoraires dus à la rédaction d'un certificat médical ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale puisqu'il ne s'agit pas d'un acte de soins.

Ce certificat citera les nom, qualité, spécialisation éventuelle, adresse du médecin signataire (en général inscrits sur l'en tête du support papier). Il doit être daté et signé de manière manuscrite par le médecin (article

n° 76 du Code de déontologie médicale paru au Journal officiel du 8-9-1995).

Il énumèrera les nom, prénom, date de naissance, domicile, profession éventuelle du blessé en précisant que ces données émanent de la victime si on ne la connaît pas précisément.

Il s'y doit de mentionner de façon exhaustive :

- ✓ les déclarations de la victime en les lui attribuant (le médecin n'ayant pas été témoin, ne peut attester la matérialité des faits),
- ✓ les circonstances de l'accident,
- ✓ la façon dont le blessé est sorti de son véhicule (par ses propres moyens, désincarcéré, extrait de son véhicule par les ambulanciers, les pompiers ou par les forces de l'ordre ou par des témoins),
- ✓ la façon dont le blessé a quitté les lieux de l'accident (à pied, dans un véhicule des forces de l'ordre, dans une ambulance),
- ✓ les conditions dans lesquelles le blessé a été examiné par les différents médecins successifs (sur les lieux de l'accident, à son domicile, au cabinet du médecin, dans un établissement hospitalier privé ou public),
- ✓ la date et l'heure de l'examen médical, un éventuel séjour subséquent en milieu hospitalier,
- ✓ tous les symptômes et lésions,
- ✓ la durée probable de l'interruption temporaire totale de travail. Il est d'usage, en dehors de cas où l'interruption temporaire totale de travail sera manifestement de durée très longue, de limiter la première durée de l'interruption temporaire totale de travail à un maximum de trois mois, quitte à la prolonger ultérieurement. Le médecin pourra alors accompagner ses conclusions de réserves d'usage sur la durée totale de cet arrêt de travail.

La description de l'état antérieur mérite une attention particulière de par les conséquences sur une expertise ultérieure (antécédents chirurgicaux, obstétricaux ou médicaux). On décrira ainsi les éventuelles cicatrices ou déformations.

Le médecin consignera en particulier toutes les douleurs ou gênes fonctionnelles alléguées, toutes les lésions traumatiques même minimes (ecchymoses, hématomes, plaies en les localisant par rapport à des repères anatomiques précis...). En effet, certaines

lésions ne peuvent avoir que des conséquences tardives et l'omission de ces lésions peut donc avoir des répercussions fâcheuses. On indiquera en particulier une éventuelle perte de conscience, son intensité (obnubilation, coma véritable...) en s'appuyant sur les témoignages des spectateurs et des soignants.

En effet, si une lésion n'est pas citée dans ce certificat médical initial descriptif, son imputabilité sera presque systématiquement contestée. De ce fait, **le certificat médical initial est l'élément principal, nécessaire, d'une importance capitale**, mais non exclusif de la décision médico-légale. **Il constitue la base du raisonnement d'une expertise médicale ultérieure.** A l'inverse, un certificat médical plus tardif, rédigé tout juste avant une expertise par le médecin généraliste du blessé, tenu au courant que de façon lointaine et indirecte des pérégrinations de son patient, risque d'être mis en cause comme imprécis, inexact et considéré comme simplement reproduisant les doléances du patient.

En effet, les lésions qui paraissaient insignifiantes au premier abord et qui ne sont pas citées dans le certificat médical initial si elles s'aggravent se verront beaucoup plus difficiles à prouver qu'elles sont directement liées à l'accident.

Le Médecin Traitant détermine également la durée de l'arrêt de travail, la date de consolidation.

Le Médecin Traitant peut également assister à l'expertise médicale en tant que Médecin de Recours.

La victime doit disposer du maximum de documents pour appuyer ses dires dans le but d'apporter la preuve du dommage subi. En effet, la charge de la preuve appartient à la victime, en vertu de l'article 1.315 du Code civil qui stipule que "Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver".

La victime devra colliger avec soin l'ensemble des documents concernant son accident :

- ✓ Documents médicaux : certificat médical initial descriptif, certificats médicaux de prolongation, de consolidation, certificat médical plus tardif récapitulatif, certificats médicaux d'arrêt de travail, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire, radiographies et leur compte rendu radiographique, lettres de consultation ambulatoire de médecins spécialistes, dates des consultations ambulatoire de médecins spécialistes en particulier pour les consultations psychiatriques, ordonnances de traitements médi-

camenteux (noms des médicaments, durée des traitements, date des ordonnances).

Il est conseillé à la victime de récupérer auprès de l'hôpital ou du médecin traitant tous les documents médicaux la concernant, y compris son dossier médical auquel elle a légalement accès. En effet, c'est à la victime de prouver l'existence et l'étendue de ses dommages corporels, leur lien de cause à effet direct avec l'accident et les préjudices qui en résultent pour la victime. En effet on peut imaginer que les compagnies d'assurance et les mutuelles étant tour à tour assureurs des responsables et des victimes, elles n'ont pas forcément intérêt à obtenir des indemnités maximales pour les victimes.

- ✓ Documents non médicaux : constats de police, procès – verbaux...

En cas de blessures il importe de faire rédiger par les autorités de police ou de gendarmerie un constat écrit de façon à établir le lien de causalité entre les blessures et l'accident.

b. Le Médecin de Recours

Il est encore appelé Médecin Conseil de victimes.

Il est à noter que les services d'un tel médecin conseil sont parfois fournis gratuitement par une des assurances de la victime à d'autres titres (assurance automobile, assurance habitation, assurance recours, assurance comprise dans les cartes de crédit) au titre d'une garantie défense-recours. Mais il convient de remarquer que le médecin conseil fourni gratuitement agit tantôt pour le compte des assureurs, tantôt pour le compte des assurés.

Il est conseillé de se faire assister par son propre médecin conseil qui pourra évaluer médicalement vos préjudices et vous défendre en toute indépendance.

Avant l'expertise le Médecin de Recours réunira les pièces médicales indispensables à l'expertise, évaluera le dommage. Le médecin de recours en cas de doute sur l'état de santé de la victime avant l'expertise pourra demander des examens complémentaires afin de confirmer une atteinte qui n'était que soupçonnée voire même négligée. On peut citer à ce titre, des clichés radiographiques en cas de suspicion de déplacement de fracture ou d'un électromyogramme en cas de suspicion de paralysie.

Dans le cas des traumatisés crâniens, un bilan neuropsychologique complet, demandé par le médecin de

recours peut asseoir le diagnostic de lésions graves qui sinon ne pouvaient pas être constatées.

Il expliquera le processus d'indemnisation et conseillera éventuellement un avocat. Il jouera un rôle psychologique non négligeable en permettant à la victime de verbaliser une expérience traumatisante et replacer dans la réalité des patients qui pourraient confondre indemnisation et loterie.

Au cours de l'expertise le Médecin de Recours sera présent pour rassurer le blessé, l'aider à exprimer ses doléances, veiller au bon examen clinique et discuter de l'évaluation des séquelles.

Après l'expertise il commentera les conclusions, discutera les points litigieux et conseillera ou pas à la victime de refuser la transaction ou d'entreprendre des démarches judiciaires.

Un sujet de litige fréquent auquel peuvent aider fortement le médecin de recours et l'avocat sont les besoins d'assistance par une tierce personne. En effet, les tribunaux reconnaissent en général un coût horaire de 15€ pour l'aide d'une tierce personne alors que les assureurs ne proposent souvent que 7€ de l'heure. Les assureurs proposent un nombre d'heures de présence nécessaire qui peut être très inférieur à celui que l'on obtient auprès des tribunaux.

Un autre sujet de litiges est l'aide bénévole des proches de la victime pour l'assistance à tierce personne qui fait considérer par l'assurance que les besoins d'assistance rémunérée sont diminués. Or, larrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation du 21.02.1991 n° 90-81542 stipule bien que le montant de l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce personne ne saurait être réduit en cas d'assistance familiale.

Le barème annexé au décret du 08.08.86 repose sur les données des années 1960 alors que depuis la durée de vie a augmenté, qu'il faut donc une assistance plus prolongée et que les taux d'intérêt ont baissé et que donc le capital donné rapporte moins.

Il est à noter que les dépenses occasionnées pour le paiement des honoraires des médecins de recours constituent une dépense qui fait partie du préjudice indemnisable.

c. Rôle de l'avocat

Certes la procédure amiable est rapide mais certains avocats encouragent leurs clients à se lancer dans

une procédure judiciaire longue mais souvent plus “payante”.

On constate que les sommes obtenues dans le cadre de la transaction amiable après expertise par l'assureur, entre l'assureur et la victime sont souvent inférieures à celles obtenues par une procédure judiciaire auprès des tribunaux.

A titre d'exemple pour un taux d'IPP de 8% l'indemnité est en moyenne de 960€ le point dans le cadre d'une transaction amiable entre l'assureur et la victime contre 1335€ lorsqu'il s'agit d'une procédure judiciaire soit 40% d'écart.

Pour les cas les plus graves ou lorsqu'il est décidé d'entamer une procédure judiciaire il peut être judicieux de s'adresser à un avocat spécialisé. Cet avocat établira une convention sur son mode de rémunération.

Cette dernière comprendra, en général, une partie fixe (de 1.000 à 4.000€) plus des honoraires dits de « résultat », proportionnels aux sommes obtenues. Le pourcentage de ces honoraires de résultat devraient être en général inférieurs à 10% des sommes obtenues sous forme de capital et à 4% de celles fixées en rente, déductions faites des prestations de sécurité sociale et autres organismes sociaux.

Ces frais d'avocat peuvent être pris en charge par l'assurance de protection juridique ou par une garantie défense – recours au moins en partie.

L'expérience montre que les offres amiables d'indemnisation des assureurs peuvent être considérablement augmentées lorsque la victime les conteste, en particulier après intervention de son avocat ou lors d'une procédure judiciaire.

Par contre il est conseillé d'éviter les services des « sociétés de recours ». Celles-ci démarchent souvent

les victimes en particulier dans les hôpitaux, se proposant de se charger du dossier d'indemnisation moyennant une rétribution par exemple sur l'indemnité atteignant quelque fois 12%. Mais ces sociétés de recours ne sont pas habilitées à représenter la victime en justice et se contentent donc de proposer un avocat, non sans demander ce fameux pourcentage sur l'indemnisation finale.

8. L'indemnisation par le Fonds de garantie automobile

Il a pour mission de se substituer à la défaillance de l'auteur de l'accident en cas de responsables non assurés ou en fuite.

a. Les conditions requises

aa. Conditions relatives aux victimes

Les victimes doivent être de nationalité française ou ressortissantes d'un pays de la CEE ou encore d'un pays ayant un accord spécifique avec la C'est-à-dire.

La victime doit avoir subi un dommage indemnisable au titre de la responsabilité civile.

Elle doit, en outre, ne bénéficier d'aucune autre possibilité d'indemnisation à titre quelconque. Le FGA ne peut intervenir que si la victime ne peut être indemnisée à aucun autre titre.

La victime doit tout d'abord faire jouer toutes les assurances qu'elle a souscrites, par exemple, l'assurance garantie dommages pour les dégâts matériels.

Si la victime est en partie responsable, elle ne recevra qu'une indemnisation partielle.

Modalités d'intervention du Fonds de Garantie Automobile		
	Responsable inconnu	Responsable connu mais non assuré
Délais impartis à la victime à compter de la date de l'accident pour saisir le Fonds de Garantie Automobile	3 ans pour déposer une demande d'indemnisation 5 ans pour conclure une transaction avec le Fonds de Garantie Automobile ou à défaut d'accord pour l'assigner	La victime dispose de 5 ans pour conclure une transaction avec le responsable ou à défaut d'accord pour l'assigner, puis d'1 an à partir de la transaction ou de la décision judiciaire pour déposer une demande d'indemnisation
Délais d'indemnisation par le Fonds de Garantie Automobile	le Fonds de Garantie Automobile dispose de 8 mois pour proposer une indemnisation à la victime à partir du moment où c'est-à-dire justifie des conditions requises	

Les victimes exclues sont :

La victime responsable de son propre dommage est exclue du bénéfice du Fond de garantie. Il s'agit en pratique de 3 circonstances :

- ✓ Le dommage causé au conducteur lui-même lorsque celui-ci est fautif.
- ✓ Les victimes lorsqu'il n'y a pas d'implication de véhicule à moteur.
- ✓ En cas de vol du véhicule impliqué sont exclus le voleur, ses complices et toutes les personnes transportées à condition que le Fond de garantie puisse prouver la connaissance du vol.

bb. Conditions relatives aux responsables

- ✓ le responsable est inconnu c'est la circonstance la plus probable en cas de fuite. La victime doit prouver l'existence d'un responsable et la réalité du dommage corporel.
- ✓ le responsable est connu mais il n'est pas assuré. C'est le cas lorsque le contrat est résilié (contrat résilié par l'assureur par exemple pour un conducteur en état d'ébriété, une infraction pénale entraînant le retrait du permis de conduire ou son annulation...).

Dès lors que la victime fait constater l'absence d'assurance, le Fond de garantie intervient systématiquement.

Les autres circonstances sont beaucoup moins fréquentes (assureur non solvable par exemple).

cc. Conditions relatives à l'accident

- ✓ Lieu de l'accident :

Le véhicule responsable de l'accident doit avoir son stationnement habituel en France.

- ✓ Nature de l'accident :

Le Fond de garantie couvre les accidents impliquant les véhicules à moteur mais aussi tous les accidents qui ont lieu sur le sol dans des lieux ouverts à la circulation publique. Si le dommage corporel lui-même n'a pas été voulu lors d'un accident délibéré et intentionnel (par exemple jeu stupide aux auto-tamponneuses ou essai d'arrêter un voleur) le Fond de garantie est tenu à garantir le préjudice. S'il y a par contre

volonté de causer un dommage corporel, il y a alors exclusion légale de garantie par le Fond de garantie automobile comme pour l'assureur.

Dans le cas par exemple de coups et blessures volontaires, l'indemnisation des victimes ne relève non pas du Fond de garantie automobile mais du Fond de garantie des victimes d'infraction.

dd. Les conditions quant au dommage subi

Le Fond de garantie n'indemnise les dommages matériels que dans certaines conditions (identification du responsable ou existence associée de dommages corporels) dans certaines limites (Article R. 421 – 19 du Code des Assurances).

Les dommages matériels ne sont pris en charge que si la victime a subi des dommages corporels après application d'une franchise et dans la limite d'un maximum par accident.

Le Fond de garantie automobile indemnise par contre, sans limitation de somme, les dommages corporels, même si l'auteur responsable est inconnu.

b. Mise en œuvre

Dans tous les cas, la victime doit adresser au FGA une demande par lettre recommandée avec accusé de réception et joindre un état descriptif de ses dommages (certificat médical...) et un document justifiant que le responsable n'est pas assuré ou que son assureur refuse de prendre en charge le sinistre.

aa. Le responsable de l'accident est inconnu

La victime doit faire la preuve que le dommage résulte de l'action d'un véhicule à moteur qui a pris la fuite.

La saisie du Fond de garantie automobile doit se faire dans les trois ans qui suivent le sinistre. Il convient d'adresser au Fond de garantie une lettre recommandée faisant mention de la nationalité de la victime, de la date et du lieu de l'accident, de l'estimation approximative du dommage ainsi que la preuve de l'absence d'indemnisation complète possible par une autre voie.

Les conditions de l'indemnisation sont pratiquement identiques aux autres cas de la Loi Badinter.

bb. Le responsable est identifié mais non assuré

L'information concernant l'absence d'assurance est délivrée par les autorités (police ou gendarmerie).

La victime notamment doit avoir établi la responsabilité de l'auteur des dommages. A ce titre la victime doit avoir conclu une transaction avec le responsable ou avoir intenté une action en justice contre lui dans un délai de cinq ans à compter de l'accident.

Si le responsable est connu mais non assuré, la victime doit, soit conclure une transaction avec lui, soit engager une action en justice contre lui dans un délai

maximal de 5 ans à compter de l'accident et avertir le FGA de son action devant le tribunal. A compter de la transaction ou de la décision de justice, la victime dispose d'un an pour demander au FGA une indemnisation. Toutefois pour l'indemnisation de ses dégâts matériels la victime doit saisir le FGA dans les six mois à compter du jour où elle a appris l'absence ou l'insuffisance d'assurance et au plus tard 12 mois après l'accident.

Exemple de lettre adressée au FGA de demande d'indemnisation d'un dommage corporel, le responsable de l'accident étant connu mais non assuré.

Encadré 4

Nom

Prénom

Adresse

Fonds de Garantie des Assurances

Obligatoires de dommages

64 rue Defrance

94682 Vincennes cedex

A.....,

Le

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur ou Madame le responsable,

J'ai été victime d'un accident de la circulation le .../.../... à ...h.... Alors que je traversais la rue en empruntant le passage piéton, une voiture m'a renversé. J'ai présenté une fracture du poignet. Le conducteur, M....., n'était pas assuré (voir le rapport de police ci-joint).

J'ai fait citer M..... devant le tribunal par acte du .../.../.... Je vous en ai adressé copie le .../.../....

Par décision du .../.../... devenue définitive, le tribunal a édicté que M..... était responsable de l'accident et l'a condamné à m'indemniser (voir le jugement ci-joint).

N'ayant pu obtenir le paiement des indemnités détaillées dans le jugement en raison du défaut d'assurance de M....., je vous remercie de bien vouloir les prendre en charge, soit un montant global de€.

Tout en restant à votre disposition,

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signature

cc. Le responsable de l'accident est identifié, assuré mais l'assureur refuse sa garantie

L'assureur qui refuse une garantie est tenu d'en informer le Fond de garantie. Ce dernier a trois mois pour contester cette exclusion de garantie.

c. Bilan du fonctionnement du Fond de garantie automobile

Cette procédure est complexe. On remarque que le Fond de garantie recherche coûte que coûte un véhicule impliqué et un assuré pour ne pas avoir à donner sa garantie lorsqu'il est mis en cause. Le zèle du Fond de garantie à contester les demandes d'indemnisation des victimes a paradoxalement porté ses fruits par l'accumulation de sommes considérables excédentaires qui ont permis d'abaisser de façon importante le taux des contributions qui le financent. Mais la question est de savoir si la finalité d'un Fond de garantie est d'amasser des excédents au prix de tracasseries judiciaires interminables imposées aux victimes ou au contraire de les aider à faire valoir leurs droits.

B. LES AUTRES MODES D'INDEMNISATION

1. Une procédure est en cours

On considère que la plupart des problèmes d'indemnisation de dommages corporels consécutifs à un accident de la circulation se règle à l'amiable et que 10% seulement sont portés en justice.

Une procédure civile ou pénale peut-être entamée à l'initiative de la victime ou du Procureur de la République par exemple en cas d'infraction grave au code de la route. Lorsque la victime choisit d'emblée cette voie c'est que, soit le responsable conteste sa responsabilité, soit qu'il y a un non respect de la Loi Badinter (absence par exemple d'examen médical ou insuffisance de provisions...).

Les délais d'indemnisation dans les procédures judiciaires sont souvent longs durant souvent plus de 30 mois en particulier si l'assureur fait appel mais la victime peut dès le début de la procédure demander les provisions à valoir sur l'indemnité finale.

Les frais d'avocat au titre des articles 700 du Code de procédure civile et l'article 375 du Code de procé-

dure pénale peuvent être mis à la charge de l'assureur adverse par les tribunaux.

Grossièrement on peut estimer que les indemnisations accordées par les juridictions administratives (tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'état) sont moindres que celles accordées par les juridictions de l'ordre judiciaire (tribunal de grande instance, Cour d'appel, Cour de cassation).

a. Procédure pénale

Le procès pénal a pour objet la condamnation de l'auteur de l'accident du fait du non respect de la Loi. La victime peut se constituer partie civile. Le juge ordonne une expertise judiciaire pour évaluer les séquelles de l'accident. La constitution de partie civile n'est pas une obligation pour la victime qui peut choisir d'être indemnisée par l'assureur par voie amiable.

b. Procédure civile

aa. Procédure classique

La victime sollicite alors des dommages et intérêts pour le préjudice subi. Le Juge nomme un expert judiciaire qui évaluera les séquelles.

a. Généralités sur l'expertise en droit civil

Au titre de l'article 232 du nouveau Code de Procédure Civile, l'expert est considéré comme un technicien commis par le juge parmi toutes les personnes de son choix pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise.

Le technicien investi de ses pouvoirs par le juge en raison de sa qualification, doit remplir personnellement la mission qui lui est confiée (article 233 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Les techniciens peuvent être récusés pour les mêmes causes que les Juges. La personne qui entend récuser le technicien doit le faire devant le juge qui l'a nommé ou devant le juge chargé du contrôle avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation.

Le juge n'est pas lié par les constatations ou les conclusions du technicien (article 246 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Lorsqu'une question purement technique ne requiert pas d'investigation complexe, le juge peut charger la personne qu'il commet de lui fournir une simple consultation (Article 256 du Nouveau Code de Procédure Civile).

Il n'est désigné qu'une seule personne à titre d'expert à moins que le juge n'estime nécessaire d'en nommer plusieurs. La décision qui ordonne l'expertise énonce les chefs de la mission de l'expert et impartit le délai dans lequel l'expert devra donner son avis.

β. Récusation de l'expert en droit civil

Le principe de base est que l'expert judiciaire doit saisir un dossier en parfait indépendance et impartialité. L'expert désigné par le magistrat peut se récuser, on dit alors qu'il se « déporte » de lui-même ou faire l'objet d'une demande de récusation dans les situations où ses intérêts ou ceux de ses proches sont concernés, risquant d'aboutir à un conflit d'intérêt.

La récusation peut également concerter un problème de compétence.

L'expert doit se déporter de lui-même en cas de surcharge temporaire d'activité gênant le déroulement de l'expertise où si le domaine de l'expertise ne concerne pas sa spécialité ou même si dans le cadre de sa spécialité les questions posées par le juge visent un domaine qu'il ne connaît pas ou peu. Il pourrait alors éventuellement envisager néanmoins d'assurer la mission d'expertise en demandant au juge soit l'autorisation de s'adoindre un sapiteur soit en demandant la désignation d'un co-expert spécialisé dans le domaine très particulier qui lui est étranger. L'expert se déportera aussi de lui-même ou sera récusé par l'une des parties :

- ✓ En cas d'intérêt de lui-même ou de son conjoint à la contestation.
- ✓ Si lui-même, son conjoint ou ses parents sont alliés d'une des parties jusqu'au 4^e degré.
- ✓ Si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif donataire ou administrateur des biens de l'une des parties.
- ✓ S'il y a lieu un procès entre l'une des parties et lui et son conjoint.
- ✓ S'il a soigné ou conseillé l'une des parties.
- ✓ S'il y a eu ou s'il y a un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties.

- ✓ S'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.
- ✓ S'il est déjà intervenu comme arbitre dans le dossier.

Cette énumération de situation n'est pas exhaustive et c'est en fait toute situation dans laquelle l'impartialité de l'expert peut être mise en doute qui doit amener à ses récusations.

γ. Le principe du contradictoire en droit civil

L'expertise doit respecter la règle du contradictoire. Cette règle du contradictoire signifie que chaque partie doit communiquer aux autres parties ses pièces et ses documents afin que chaque partie sache quels arguments son contradicteur entend faire admettre et que la partie adverse puisse rechercher des éléments permettant de contester ceux de l'adversaire. Ce principe d'équité vise à accorder à chacune des parties opposées, les mêmes chances de convaincre l'expert puis le magistrat.

Dans le respect du contradictoire les convocations sont adressées en recommandé avec avis de réception, ceci prouvant que chaque partie sera informée que les opérations de l'expertise auront lieu à la date fixée à la date proposée par l'expert.

L'expert doit s'assurer que le contradictoire est respecté et que donc chaque partie ait communiqué ses arguments aux autres parties.

Dans le cadre du respect du contradictoire, l'expert ne doit aborder ni laisser aborder le fond du dossier en dehors de la présence d'une des parties. L'expert ne doit pas s'isoler avec l'une des parties prenant part au dossier tant que le rapport n'est pas déposé, ce dépôt le dessaisissant de sa mission et donc de ses obligations en particulier du respect de la règle du contradictoire.

δ. Droit à se faire accompagner d'un médecin lors d'une expertise

L'expertise médicale constitue une mesure d'instruction. Suivant l'article 161 du Nouveau Code de Procédure Civile « Les parties peuvent se faire assister lors de l'exécution d'une mesure d'instruction ». Ceci signifie donc que les parties peuvent se faire assister par le médecin de leur choix pour une quelconque expertise médicale. Le médecin qui accompagne le

patient est alors considéré comme un assistant technique. La victime peut être également accompagnée et représentée par un avocat. L'avocat peut participer à l'ensemble des opérations y compris l'examen et la discussion. Selon les règles déontologiques et éthiques tendant à respecter la pudeur et l'intimité de la victime, il est d'usage que l'avocat n'assiste pas à l'examen clinique proprement dit mais il a cependant le droit d'en connaître tous les commentaires.

Cet article 9 du Code Civil stipule que « chacun a droit au respect de sa vie privée ». Les juges peuvent sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures telle que séquestre, saisie, et autres propres à empêcher ou à faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée.

A noter que l'article 161 du Nouveau Code de Procédure Civile stipule que « les parties peuvent se faire assister lors de l'exécution d'une mesure d'instruction ». De même l'article 162 du Nouveau Code de Procédure Civile stipule que « celui qui représente ou assiste une partie devant la juridiction qui a ordonné la mesure peut en suivre l'exécution quel qu'en soit le lieu, formuler des observations et présenter toutes les demandes relatives à cette exécution même en l'absence de la partie ».

L'examen clinique ne peut normalement se dérouler qu'en la seule présence de l'expert du fait de l'intimité de cet examen.

La première exception survient lorsque la victime demande la présence d'un de ses proches lors de l'examen de l'expert. Elle s'appuie alors sur l'article 9 du Code Civil à propos de la protection de l'intimité de la vie privée.

La deuxième exception survient lorsque la personne à examiner peut demander en matière civile son avocat et son assistant technique ou l'un ou l'autre soit personnellement présent lors de l'examen clinique. L'expert ne peut alors s'y opposer. On peut donc considérer que le droit de la victime d'être accompagnée par un médecin à une expertise est inaliénable.

ε. Prérapport et rapport définitif de l'expert

Après l'expertise, et avant de conclure, l'expert devra s'assurer explicitement que personne « n'a rien à ajouter » pour un respect total de la règle du contradictoire. Un pré-rapport est en général adressé aux parties qui disposent en général d'un mois pour produire leurs commentaires, anciennement les « dires ». L'ex-

pert intégrera au rapport les commentaires des parties mais il doit toujours répondre à ces commentaires.

Le rapport définitif de l'expert sera ensuite adressé au greffe de la juridiction ayant désigné l'expert.

L'expert doit respecter les délais impartis avec copies aux parties et/ou aux avocats sauf s'il demande une prolongation en cas de nécessité.

ζ. Sapiteur et coexpert

L'expert ne peut pas se considérer comme omniscient et il peut avoir besoin de s'adjointre l'avis d'un spécialiste d'une autre matière que la sienne. Il s'agit en général d'un praticien d'une autre spécialité, mais on peut admettre que l'on puisse faire appel à un collègue d'une même spécialité à condition que la connaissance du domaine en question du sapiteur soit supérieure à celle de l'expert. L'article 278 du Nouveau Code de Procédure Civile indique que « l'expert peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre technicien mais seulement dans une spécialité distincte de la sienne ».

On peut donc définir le sapiteur comme un médecin d'une autre spécialité que s'adjoint l'expert dont les connaissances en la matière sont insuffisantes afin d'analyser le dossier. En droit civil, l'expert ne doit pas en général refuser le recours à un sapiteur demandé par l'une des parties. Si l'expert estime toutefois que l'avis d'un sapiteur n'est pas nécessaire, il peut solliciter l'avis du juge. La jurisprudence autorise l'expert à s'adjointre de lui-même un tel spécialiste sapiteur en droit civil (arrêt du 23 octobre 1984 de la 3^e Chambre Civile de la Cour de Cassation bull. civ III n°172, gazette du Palais 1985, 1, panor. 58, obs Guinchard). L'expert doit néanmoins aviser le magistrat de la nécessité de cette désignation en sollicitant en particulier une nouvelle provision destinée à la rémunération du sapiteur. En effet il est opportun d'informer les parties de la rémunération du sapiteur.

L'expert définit la mission du sapiteur en droit civil. Le sapiteur doit respecter le principe du contradictoire entre les parties. Néanmoins la présence des parties n'est pas exigée au cours des opérations du sapiteur. L'expert par contre doit informer les parties de l'avis du sapiteur et en débattre avec les parties. L'avis du sapiteur est formalisé, soit sous la forme d'un compte rendu annexé à celui du rapport d'expertise, soit inclus directement dans le rapport d'expertise à condition d'y être clairement identifié.

L'expert n'est pas tenu de suivre l'avis du sapiteur mais il doit alors motiver sa décision. Le cas échéant, il peut demander un avis complémentaire au sapiteur. L'expert doit motiver ses décisions dans son pré-rapport que lui seul signera. Toutefois l'avis du sapiteur y sera joint.

Le sapiteur est différent du co-expert. Le co-expert est nommé, soit d'emblée par le magistrat qui désigne ainsi des co-experts de spécialités différentes, soit par le juge après avis de l'expert qui estime que ses connaissances dans le domaine incriminé sont trop insuffisantes. Le co-expert présente lui-même au magistrat qui l'a nommé sa demande d'honoraires tandis que l'expert inclut la rémunération du sapiteur dans sa note d'honoraires et qu'il règlera directement le médecin sapiteur. D'une manière générale, on considère que la combinaison expert-sapiteur est souvent plus rapide que la combinaison de plusieurs co-experts.

a. Conclusion de la procédure classique

Le Juge fixera l'indemnité versée à la victime. Cette procédure à l'initiative de l'une des parties peut s'interrompre à tout moment dès l'instant qu'il y a accord des parties.

bb. Procédure du réfééré-provision

Une jurisprudence récente permet aux victimes de recourir à la procédure du réfééré-provision. Les victimes peuvent ainsi obtenir en réfééré le versement d'une provision (arrêt du 16.05.88 de la deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation, Bull Civ II, n°115).

L'initiative de la victime de demande de réfééré aux provisions ne dispense pas l'assureur de présenter une offre d'indemnisation amiable (arrêt de la Première Chambre Civile de la Cour de Cassation du 20.01.93 Bull Civ I n°20).

Plus récemment la Cour de Cassation a autorisé à ce que le juge des référés condamne l'assureur à verser à la victime une provision strictement égale au montant de l'offre d'indemnisation qui lui avait été préalablement présentée. Le juge des référés se basait sur le fait que le montant de cette offre devait être analysé comme une obligation qui n'était pas sérieusement contestable au sens de l'article 809 du Code de procédure civile (arrêt du 7.02.08 de la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation).

Ce jugement des référés du Tribunal de Grande Instance de Marseille du 25.11.05 avait été confirmé par la Cour d'Appel d'Aix en Provence. La compagnie d'assurance garantissant la responsabilité civile du fait du véhicule impliqué avait saisi la Cour de Cassation qui a rejeté son pourvoi dans un arrêt du 07.02.08 de la deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation.

On peut donc imaginer que d'autres victimes d'accident de circulation saisissent le juge des référés afin d'obtenir des provisions égales au montant des offres qui leur ont été présentées par l'assurance et qu'elles obtiennent satisfaction.

Comme première solution, la victime reçoit l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur, puis saisit le juge des référés. La victime accepte l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur et elle reçoit un paiement dans un délai d'un mois et demi mais renonce alors à recevoir une indemnisation plus importante (articles L.211-16 et L.211-17 du code des assurances) en effet, l'autorité de la chose jugée de la transaction y fait obstacle. Soit deuxième solution, la victime opte pour la voie judiciaire qui lui permet d'espérer une indemnisation supérieure à l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur, tout en recevant rapidement le montant de l'offre présentée par l'assureur dans le cadre d'un réfééré-provision. Les victimes d'accident peuvent très bien donc ne plus avoir aujourd'hui intérêt à accepter les offres qui leur seront proposées : l'offre devenant un minimum que la victime est pratiquement certaine de toucher.

Ce cas de figure n'existe pas auparavant car lorsque la victime refuse l'offre d'indemnisation amiable de l'assureur qui était faite, elle n'était pas certaine que le juge lui allouerait une indemnité supérieure ou égale à ce montant. Cette jurisprudence risque donc de conduire les victimes à saisir plus souvent le juge.

2. Nos conseils

a. Conseils généraux

Une procédure transactionnelle est plus facile d'accès et plus simple qu'une voie judiciaire d'emblée.

En effet la meilleure garantie d'indemnisation réside moins dans le choix d'une voie judiciaire que dans la qualité des conseils de la victime qui doit être assistée, à notre avis systématiquement au cours des expertises médicales par un médecin compétent, indépen-

dant et pour une transaction, par un avocat spécialisé ou un conseiller juridique averti.

De toute façon, il convient de rappeler que la victime n'est jamais liée par les conclusions acceptées par les conseils et qu'elle conserve toujours la faculté de les dénoncer, de revenir vers le Juge.

b. Récusation d'un expert

La victime peut récuser le choix d'un expert pour différents motifs :

aa. En application du Code de déontologie médicale

L'Expert médical en tant que docteur en médecine est astreint à respecter le Code de Déontologie Médicale, et en particulier les articles suivants.

Comme le signale l'**Article 1^{er}**, les infractions à ces dispositions (du présent Code de Déontologie Médicale) relèvent de la Juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Article 2

Le Médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 105

Nul ne peut être à la fois Médecin Expert et Médecin Traitant d'un même malade.

Un Médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106

Lorsqu'il est investi d'une mission, l'Expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées lui sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevéoir aux dispositions du présent Code.

Article 107

Le Médecin Expert doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer la personne qu'il doit

examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

Article 108

Dans la rédaction de son rapport le Médecin Expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.

Les motifs de récusation s'appliquent à toutes les expertises médicales (judiciaires, Loi Badinter, Code des Pensions militaires, etc.).

bb. Dans le cadre de la Loi Badinter

La victime est libre de refuser pour quelque motif que ce soit le choix du médecin désigné par l'assureur (confère b. L'examen médical préalable à l'offre d'indemnisation de l'assureur de 4. La procédure de l'indemnisation par l'assureur de A. La Loi Badinter).

cc. En application de l'article 234 du Nouveau Code de Procédure Civile

Les experts judiciaires peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges (Article 234 du Nouveau Code de procédure civile).

La récusation de l'expert peut-être demandée :

1. si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation,
2. si lui-même, son conjoint et parents sont alliés de l'une des parties ou de son conjoint jusqu'au quatrième degré inclusivement,
3. si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire de l'une des parties,
4. s'il y eu ou s'il y a procès entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
5. s'il a précédemment connu de l'affaire comme expert ou comme arbitre, ou s'il a conseillé l'une des parties,
6. si lui-même ou son conjoint est chargé d'administrer les biens de l'une des parties,
7. s'il existe un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,

8. s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.

La demande de récusation de l'expert peut-être présentée :

- ✓ à la juridiction qui l'a commis,
- ✓ ou au juge chargé du contrôle de l'expertise,
- ✓ avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation.

C. Les accidents de transport non couverts par la Loi Badinter

Dans le cas particulier du transport par train, métro..., la Loi Badinter ne s'applique pas dans ce cadre.

Le transporteur est cependant tenu à l'égard des voyageurs d'une obligation générale de sécurité. Cette obligation est plus ou moins lourde selon que l'accident ait lieu pendant le transport proprement dit, lors de la montée, de la descente des voyageurs ou qu'il se passe dans l'enceinte des installations du transporteur : sur le quai, dans les couloirs...

Pendant la phase d'exécution du contrat de transport, le transporteur est tenu à une obligation de résultats c'est-à-dire qu'il doit conduire les voyageurs sains et saufs à destination. Les voyageurs sont donc automatiquement indemnisés par la SNCF ou la RATP, en cas par exemple de chute depuis le train sur la voie.

Le transporteur peut toutefois dégager sa responsabilité en prouvant que l'accident est dû à un cas de force majeure (déraillement provoqué par l'affaissement d'un pont) ou du fait d'un tiers (par exemple franchissement d'un passage à niveau par un automobiliste malgré le signal sonore) ou à la faute de la victime (descente d'un véhicule en marche).

Le transporteur n'est pas automatiquement responsable du préjudice causé aux voyageurs démunis d'un titre de transport valable.

Dans l'enceinte des installations du transporteur celui-ci est soumis à une obligation de moyens. Le transporteur reste tenu d'une obligation de diligence

et de prudence mais la victime doit faire la preuve qu'il a commis une faute pour être dédommagé. ■

BIBLIOGRAPHIE

Accidents, l'indemnisation des dommages corporels; Le Particulier 1990; n°52, Hors série.

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun; Paris; Le Concours Médical; 2001.

BENAYOUN S.G. – L'indemnisation des victimes d'accidents de la voie publique. Paris : Editions des Presses universitaires de France, collection Que Sais-Je ?, 1^{re} édition, 1996.

BOURGEOIS G., JULIEN P., et ZAVARO M. – La pratique de l'expertise judiciaire. Paris : Editions Litec, 1999.

DALIGAND L., LORIFERNE D., REYNAUD D., et ROCHE L. – L'évaluation du dommage corporel. Paris : Editions Masson, éditions Alexandre Lacassagne, Collection de médecine légale – Toxicologie – Economie, 3^e édition, 1992.

DREYFUS B. et ROBIN F. – Guide pratique de l'indemnisation des blessés. 1 vol., 248 p. Paris : Editions La découverte, 1^{re} édition, 1993.

F.F.S.A. – Assurance automobile : les sinistres corporels en 2000. 1 vol., 48 p. Paris, édité par la F.F.S.A., 2002.

GUILLIEN R. et VINCENT J. – Lexique de termes juridiques. Paris : Editions Dalloz.

JOURDAN P. – Les principes de la responsabilité civile. Paris : Editions Dalloz, 5^e édition, 2000.

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

LAMBERT-FAIVRE Y. – Droit des assurances. Paris : Editions Dalloz, 10^e édition, 1998.

LUCAS-BALOUP I. et SCHUHL J.F. – Expertise médicale judiciaire : 20 questions sur la méthodologie et le statut de l'expert. Paris : Editions SCROF, 1997.

Ministère de la Justice – Guide des droits des victimes. Paris : Editions Gallimard, 2^e édition, 1988.

OLIVIER M. et ROLLAND A. – Le médecin expert et conseil. Paris : Ellipses Editions Marketing, Collection Les professions de santé face à la Justice, 2000.

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.

© 2011 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1836-8