

Souffrance post-traumatique

Marc Girard

Conseil National des Barreaux
**Etats généraux du dommage corporel –
Réparation intégrale : mythe ou réalité ?**
Paris, 27/11/09

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Quelle souffrance ?	4
2.1. Biais culturels	4
2.2. Biais idéologiques	4
3. Quels obstacles ?	6
3.1. L'incompétence.....	6
3.2. Le sadisme	6
3.3. L'attraction du chiffre	8
4. Quelle expression ?.....	10
5. Modalités d'évaluation	11
5.1. La décision d'expertise	11
5.2. Le choix de l'expert.....	11
5.3. Le déroulement de l'expertise.....	12
5.3.1. La présence de tiers.....	12
5.3.2. L'examen contradictoire	12
5.4. La validation de l'expertise	14
6. Conclusion	15

1. Introduction

C'est parce que je sais avoir influé sur l'inspiration du présent atelier que je me permets d'attirer votre attention sur l'ambiguïté de son intitulé¹. Pour un professionnel de santé – pour un psychiatre, notamment – la notion de « stress post-traumatique » a aujourd'hui, une signification assez spécifique mais relativement limitée : pour faire rapide, le *post-traumatic stress disorder* (PTSD des Anglo-Saxons) correspond à un avatar de la classique névrose traumatique – dont on avait beaucoup parlé après la guerre 1914-18 – remis sous les lumières de l'actualité par l'expérience des Vétérans américains à leur retour du Vietnam et formaté par la fameuse entreprise du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) dont la faiblesse scientifique et les biais tant idéologiques que commerciaux font l'objet d'une abondante littérature critique².

Mais il me semble que visant des *praticiens* du droit, les organisateurs de cet atelier avaient en tête quelque chose de beaucoup plus large – et de bien plus simple et compliqué à la fois : *c'est quoi la souffrance* d'un être humain après un traumatisme ? Comment l'évaluer ? Comment la réparer ?

Loin des dissertations qui s'affichent – un peu trop à mon goût – comme philosophiques et dont regorgent les revues de droit ou de médecine légale, je voudrais essayer d'éclairer ces questions de fond par quelques considérations simplement tirées de l'expérience : une expérience combinée de *méthodologiste* – à ce titre très soucieux d'objectivation – mais aussi de *psychanalyste freudien* – à ce titre doté d'une certaine sensibilité à l'égard de la souffrance subjective.

¹ « Souffrance post-traumatique – Une question négligée ? »

² Ch. Lane. Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions. Trad. française : Flammarion (Bibliothèque des savoirs), Paris, 2009.

2. Quelle souffrance ?

2.1. *Biais culturels*

N'ayant pas la prétention de vous définir ce qu'est la souffrance, je me bornerai à inventorier un certain nombre de facteurs qui en brouillent notre perception – surtout quand elle survient chez les autres...

Le premier facteur, c'est la dimension évidemment culturelle de la souffrance : que ce soit physiquement ou psychiquement, ce qui fait souffrir n'est pas toujours superposable chez l'Esquimau et chez le Corse. Et les gens de ma génération se souviennent de la médiatisation hystérique consacrée aux bienfaits analgésiques de l'acupuncture chinoise parmi bien d'autres prodiges imputables au génie du Grand Timonier, avant que certaines personnes de bon sens ne fassent remarquer que le seuil de tolérance à la douleur était certainement bien plus élevé chez les autochtones que chez les natifs d'ici... Il en va de même avec la souffrance du deuil, sans doute d'autant moins traumatique quand la vie environnante est précaire pour tous (comme c'était chez nous au Moyen-Age, et comme ça le reste dans le Tiers-Monde) – ou que la communauté, dans son ensemble, dispose des références religieuses appropriées.

Autre exemple : dans toute société, tout le monde sait aussi qu'un petit garçon n'est pas supposé souffrir des mêmes choses que les filles – et réciproquement. A l'autre extrême de la pyramide des âges, on peut également mentionner ce biais rampant appelé « âgisme » et qui consiste à ne pas prendre très au sérieux un dommage, sexuel, locomoteur ou cognitif au seul motif qu'il concerne un sujet âgé ou très âgé...

De façon plus anecdotique, parmi toutes les filles du DES (« Distilbène ») que j'ai expertisées pour leurs problèmes de stérilité, j'ai connu une femme de militaire : dans le milieu relativement confiné de la caserne où les familles sont généralement nombreuses et où les femmes se consacrent majoritairement à l'éducation de leurs enfants, la souffrance de la stérilité, pour elle, confinait à la honte sociale au quotidien.

2.2. *Biais idéologiques*

Culturellement déterminée, la souffrance, son évaluation et sa prise en charge peuvent être aussi très influencées par l'idéologie. J'ai rappelé tout à l'heure les avatars modernes du *post-traumatic stress disorder* qui, malgré sa neutralité revendiquée, s'inscrit dans une vision du psychisme extrêmement marquée par le comportementalisme. On relèvera comme une illustration parmi d'autres d'une telle idéologisation que certaines revues croient bon de célébrer, à cette occasion, la déroute de la psychanalyse : or, toute personne tant soit peu informée quant à l'histoire de ce mouvement sait que, relativement ignorée jusqu'alors, cette pratique thérapeutique avait gagné une bonne part de sa crédibilité au sortir de la première guerre mondiale, précisément grâce à son efficacité voyante sur les syndromes de névrose post-traumatique.

Autre stigmatisme des influences idéologiques comportementales : la mode actuelle des « cellules psychologiques », dépêchées pour un oui pour un non au moindre malheur, quand on attend toujours la moindre démonstration d'efficacité pour ces interventions et qu'un certain nombre d'éléments tant expérimentaux que théoriques laissent penser qu'elles pourraient même faire plus de mal que de bien. En quelque dix ans, la fréquence de termes comme « stress », « trauma » ou « conseil » a été multipliée par dix dans la presse britannique³ – et même si l'on ne dispose pas de chiffres équivalents dans notre pays, il suffit à chacun de lire ou d'écouter les nouvelles pour apprécier la mode en pareille matière.

Avec sa refocalisation sur le sujet réduit à son individualité, la psychiatrisation de la souffrance apparaît également au service d'une idéologie qui vise à la décontextualisation sociale et politique, comme illustré par ces suicides au travail où la concomitance de problèmes réputés « personnels » semble suffire à la plupart des médias pour exclure toute mise en cause des conditions de travail. Or, est-il cause plus suffisante de souffrance *personnelle* que des problèmes « au travail » – largement susceptibles de se solder, entre autres, par une crise de couple : quand on ne dort plus la nuit, qu'on ne peut plus prendre un jour de congé, qu'une part de plus en plus significative de sa rémunération est suspendue à des objectifs de résultats dont la démesure mesure l'incompétence de la hiérarchie qui les a inspirés ?

Autre stigmatisme voyant d'idéologisation : la dramatisation hystérique du traumatisme sexuel lequel, dès qu'il touche des enfants, met automatiquement hors jeu – et dans une indifférence générale assourdissante – des principes de droit qu'on voudrait croire intangibles, comme la présomption d'innocence, ainsi que la proportionnalité ou la personnalisation de la peine. Rassurez-vous : mon propos n'est pas la souffrance injuste du pédophile présumé. Mais qu'il me soit permis de rappeler qu'en matière de maltraitance infantile – que les Anglo-Saxons désignent sous le terme global de « *child abuse* » –, il n'existe pas de raison probante pour penser que les mauvais traitements spécifiquement *sexuels* soient plus traumatiques que les coups ou même que la violence psychique (injures, humiliations, carences affectives...)

³ Wessely S. Posttraumatic stress disorder : issues and controversies. BMJ, May 2005 ; 330 :1215

3. Quels obstacles ?

3.1. L'incompétence

Il suffit d'interroger avocats ou magistrats pour prendre la mesure de leur frustration à réception de rapports dont l'indigence apparaît d'autant plus flagrante qu'on en arrive à ces questions subtiles de souffrance post-traumatique. Il n'y a pas à barguigner : lorsqu'une mission a été confiée à un quidam et qu'elle n'a pas été accomplie de façon satisfaisante, c'est généralement parce que le quidam *n'avait pas la compétence suffisante* pour la mener à bien. Et, à vous entendre, on a bien l'impression que les experts sont très souvent pris en défaut relativement à cette question.

L'incompétence de l'expert peut être absolue ou relative.

- Incompétence absolue : elle prospère malheureusement dans le système judiciaire français qui n'a jamais développé la moindre procédure pour mettre en pratique le pieux principe « pas d'expert à plein temps » – élevant ainsi pignon sur rue à ceux des médecins qui, incapables de se constituer une clientèle sur leur seule excellence, se sont rabattus sur l'expertise judiciaire avec d'autant plus de succès que, peu sollicités par ailleurs, ils ont une disponibilité incomparable pour les missions qui leur sont confiées par les magistrats... Faut-il citer des noms ?... En France, il faut avoir le courage de le dire, on est réputé compétent parce qu'on est expert au lieu d'être expert en reconnaissance d'une compétence *documentable*.
- Incompétence relative : elle se trouve, elle, entretenue par une nomenclature dont l'inadéquation reste stupéfiante malgré une interminable refonte – et qui ne facilite par le choix des magistrats. Exemple typique de cette incompétence relative : la difficulté qu'ont manifestement des orthopédistes parfois éminents à saisir la notion de névrose traumatique et à en appréhender les symptômes chez la victime d'un accident de la voie publique.

3.2. Le sadisme

Pour qu'il y ait « réparation intégrale », encore faudrait-il préalablement que la victime soit considérée comme « objet total » – au sens psychanalytique –, c.-à-d. comme être humain *intégré* et *complet*. Or, cela apparaît étrangement difficile.

- Ainsi de cette jeune femme dont personne ne conteste les séquelles orthopédiques d'un bassin accidentellement fracturé mais qui se bat en vain pour faire reconnaître son dommage sexuel, tant il semble inconcevable aux « experts » désignés que, pour une femme notamment, c'est difficile de faire l'amour quand, pour cause d'arthrose post-traumatique, on ne peut plus écarteler les cuisses...

- Ainsi encore de cette paire d'experts qui donnent volontiers acte à une jeune maghrébine de sa difficulté pour faire les courses en raison de ses séquelles post-traumatiques au niveau du genou ; mais qui écarquillent les yeux lorsque je demande d'intégrer cette difficulté dans l'anéantissement d'un projet procréatif fondé sur l'espoir d'une famille nombreuse : cela dépassera mon expertise tant médicale que paternelle de leur faire admettre qu'un môme qui gesticule et qui court à toute vitesse, c'est quand même plus difficile à attraper qu'un pack de Vittel... Et lorsque la même victime, priée de s'agenouiller, n'aura pas été capable de se fléchir sur une amplitude verticale de plus de 20 cm, on me regardera cette fois comme un martien quand je demanderai qu'il soit tenu compte de cette ankylose grave dans son préjudice sexuel : de guerre lasse, je conclurai devant mes collègues qu'il conviendra de souhaiter à cette jeune fille encore vierge de ne pas se trouver un partenaire trop exigeant – ni trop imaginaire...

Evoquant l'être humain *complet*, je ne cherche pas ici à relayer les illusions dangereuses de la « médecine holistique » – supposée appréhender l'individu dans toutes ses dimensions – mais simplement poser les conditions d'un élémentaire *respect* et d'une certaine disposition *compassionnelle* – à quoi s'oppose justement le sadisme, c.-à-d. l'incapacité de traiter l'autre en égal, en « frère humain » pour parler comme Villon.

Ce sadisme relève de deux mécanismes au moins :

- la dynamique des relations inégalitaires, qui n'est pas propre à la médecine, mais que l'on retrouverait sans doute chez les magistrats, par exemple, dans l'armée ou dans l'enseignement : il faut une force morale hors du commun pour résister à l'attraction du pouvoir – surtout lorsqu'il est institutionnel et, à ce titre, sans risque... De plus, le sadisme est souvent un indicateur indirect d'incompétence (cf. 3.1) : on n'est jamais aussi impitoyable avec les autres que l'on ne se sent pas sûr de soi...
- une composante plus spécifiquement médicale, dont la meilleure analyse, à ma connaissance, reste celle de Molière. C'est un grave contresens, en effet, de tenir, avec une connivence amusée, *Le Malade imaginaire* pour une œuvre datée : avec la clairvoyance fascinante des génies littéraires, Molière est allé d'un seul coup au fond de ce qu'il faut bien appeler un certain esprit médical, avec ce Diafoirus formidablement intemporel, rigide-obsessionnel jargonnant borné par son analité sadique. Comme vont l'illustrer les quelques citations qui suivent – et comme l'illustre complémentaiement le jargon atterrant de nombreux rapports – il est à craindre qu'on ne trouve encore beaucoup de Diafoirus dans les cabinets médicaux, surtout lorsqu'ils affichent une plaque d'expert...

Ecoutez plutôt.

*Mise tout de suite en situation, j'ai subi les questions, les remises en question des diagnostics posés, la précipitation, les insinuations, les humeurs, les humiliations de ce médecin.
En sortant, j'avais reçu le message et n'aspire plus à vivre, tant je me sentais inutile, sotté, sale et méprisable.*

Ecoutez encore :

*Pouvez-vous comprendre et imaginer l'état dans lequel je suis sortie de cette expertise ? Il m'avait détruite. Pourquoi tant de grossièreté ? Ce calvaire a duré 20 mn en tout. **[Le précédent expert] n'était, à mes yeux, qu'expert en dégradation de la personne !***

Autre exemple :

J'ai été assailli de questions, un vrai interrogatoire, une pression telle qu'on a préféré me faire remarquer que je faisais une faute de français en m'exprimant plutôt que d'aller au vif du sujet. J'en suis ressorti abasourdi, incompris et vexé.

Et que penser de celle-ci ?

Dès que je commençais à parler et à essayer d'expliquer mes troubles et les douleurs que j'ai, on m'a rétorqué aussitôt : « Madame, ne dites pas n'importe quoi, et ne commencez pas à vous plaindre de maux que vous n'avez pas. »

Pour finir :

*Il s'est assoupi devant moi sur mon dossier.
Il a réagi violemment lorsque j'ai toussé pour le réveiller.*

3.3. L'attraction du chiffre

C'est un symptôme fréquent chez les gens qui n'ont pas la pratique des sciences dures (mathématiques, physique, chimie) de s'imaginer que le quantitatif vaut mieux que le qualitatif, et de prêter aux chiffres des vertus d'exactitude et d'objectivité dont ils sont totalement dépourvus.

Pour faire vite, qu'il soit permis au méthodologiste d'exprimer son effarement devant des échelles de cotation utilisées parfois *à la décimale près*, quand – jusqu'à plus ample informé – on manque toujours d'élémentaires vérifications quant à la *concordance* des experts dans leur évaluation du même cas. Amusez-vous à enfermer séparément quatre médecins légistes et à leur demander d'évaluer par un chiffre la souffrance du même patient : vous ne serez pas déçus du résultat...

En tout état de cause, n'y a-t-il pas une regrettable lâcheté dans cette attente d'un chiffre ? Vous – avocats – affichez bien haut votre horreur de la barémisation, mais vous esquiviez les affres de l'évaluation individualisée en réclament d'un tiers qu'il

opère *à votre place* le chiffrage du dommage. Pour les juristes, les échelles d'évaluation, finalement, c'est le *coitus reservatus* d'une revendication de liberté qui ne va quand même pas jusqu'à la jouissance du chiffrage : je vous en prie, chers Maîtres, allez jusqu'au bout – lâchez-vous !...

4. Quelle expression ?

A l'évidence, l'expression de la souffrance post-traumatique est protéiforme et, une fois encore, la prétention, ici, n'est pas d'épuiser le problème. Mais il est quatre dispositions d'esprit qui, d'expérience, brouillent une juste évaluation de la souffrance post-traumatique :

1. la confusion encore trop fréquente avec le *pretium doloris* qui, rappelons-le, ne solde pas la douleur persistant après la date de consolidation ;
2. le refus de prendre en compte de la névrose post-traumatique, notamment dans ses conduites d'évitement et, plus encore, dans ses formes masquées (boulimie, alcoolisation, hypochondrie...) ;
3. l'incapacité d'apercevoir la dimension proprement dépressogène de la douleur chronique, fût-elle purement physique : avoir mal tout le temps, ça prend la tête... Et, en un parfait cercle vicieux : avoir la tête prise par la douleur, ça crispe et ça finit par aggraver la douleur. Sans entrer dans un détail technique, je suis par exemple convaincu que certains des mystérieux tableaux de fibromyalgie se ramènent à ce cercle vicieux de la crispation physique et psychique occasionnée par la douleur.
4. l'indifférence des experts à l'égard des effets potentiellement dommageables des médicaments justifiés par le dommage : corticoïdes, psychotropes, interféron...

5. Modalités d'évaluation

5.1. La décision d'expertise

Première question, pas assez souvent posée à mon goût : une expertise est-elle nécessaire ? Supposé lui aussi doté d'une expérience humaine significative, un juge a-t-il vraiment besoin d'un expert pour apprécier la souffrance d'un viol ? Dans une affaire DES où j'avais donné acte à la victime d'une « dyspareunie » (difficulté à la pénétration) liée à une malformation vaginale, le fabricant se défendait pied à pied en soutenant que, même si l'on ne pouvait nier le potentiel du produit à provoquer des déformations du vagin, la mot « dyspareunie » n'apparaissait jamais dans la littérature médicale sur le sujet ; agacé, à la fin, par cette querelle pseudo-scientifique fondée sur un inventaire par trop littéral des données disponibles, je finis par écrire dans mon rapport que je m'en remettais au juge et à son expérience personnelle pour examiner si un vagin coudé pouvait représenter, ou non, une difficulté dans l'acte sexuel...

Ah ! me direz-vous, justement, les réactions individuelles peuvent varier du tout au tout après un tel traumatisme. Et alors ? C'est si difficile que cela à apprécier ? Et de toute façon, cette variabilité n'est-elle pas, là encore, l'occasion de dissoudre dans l'expertise un singulier problème, à savoir : en quoi une femme qui surmonte « bien » son viol devrait-elle moins bien indemnisée qu'une autre qui ne s'en remet pas ? Je ne prétends pas avoir réponse à cette question, mais soutiens qu'elle relève d'un débat démocratique, et non d'une expertise.

Semblablement, est-ce vraiment utile – ou approprié – d'ordonner une expertise lorsqu'un gamin revient tous les quinze jours couvert de bleus de chez tel ou tel parent ?

Enfin et toujours au chapitre de la justification d'une expertise, qu'il me soit permis de souligner que lorsque deux rapports s'opposent, ce n'est *jamais* une solution de réclamer une troisième expertise. Car veuillez bien noter que l'expertise n'est pas, par essence, un processus « démocratique » en ce sens que la majorité n'y fait pas la loi : c'est un lieu commun facile à vérifier que, dans l'histoire des sciences, ce sont bien les minorités, et mêmes les hommes seuls qui ont fait avancer la connaissance. Il ne devrait pas en aller différemment avec l'expertise.

J'ai également eu déjà l'occasion de dire tout le mal que je pense du collège expertal comme procédure pour approcher mieux la vérité (cf. note 4).

5.2. Le choix de l'expert

Qui a dit, dès lors qu'on en vient au choix de l'expert, que pour peu qu'elle ne réponde pas à un déterminisme strictement physiologique, la douleur relèverait d'une évaluation *psychiatrique* ? Pour revenir à mon exemple précédent, quelle est la supériorité spécifique du psychiatre pour évaluer le drame humain aussi multidimensionnel qu'un viol ?

Je ne saurais trop vous remontrer que le programme de réparation « intégrale » n'est pas nécessairement compatible avec la psychiatrisation de toute expérience humaine tant soit peu traumatique.

5.3. Le déroulement de l'expertise

Sur cette question, je me limiterai à deux chevaux de bataille.

5.3.1. La présence de tiers

Certes, il peut arriver que, pour mettre fin à une situation de subordination psychologique manifeste – ou pour minimiser le risque d'interférences préjudiciables à la manifestation de la vérité –, il soit utile de séparer la victime des proches qui l'ont accompagnée. Mais il s'agit là d'une situation exceptionnelle relativement à un autre fait d'expérience : l'expertise médicale est vécue comme un stress par *la majorité* des victimes.

Il m'a accueillie avec ma famille, acceptant la présence de ma Marraine et de mon Avocate, lors de notre entretien.

L'expertise pour un être humain qui souffre est une rude épreuve, elle est stressante, déstabilisante et paralysante, elle replonge sans arrêt la victime dans ses épreuves, moi j'en ai subi 5...

Il s'avère, par exemple, que la *chronologie d'apparition* d'une maladie représente souvent un argument crucial de causalité. Ce nonobstant, cette chronologie apparaît souvent très confuse au premier abord, d'abord parce que les premiers symptômes renvoient généralement à de longues années en arrière, ensuite parce que les patients ont souvent des troubles mnésiques, enfin parce qu'ils sont spontanément incapables de faire le tri entre le significatif et le non significatif dans le développement de pathologies parfois très insidieuses. Dans une sclérose en plaques, par rapport à un symptôme aussi évocateur que la *fatigue*, c'est bien le conjoint qui va nous dire : « elle ne voulait plus faire l'amour alors que jusqu'alors, elle ne disait jamais non » ; par rapport aux *troubles de la mémoire*, non moins évocateurs, c'est également le conjoint qui va nous dire : « ce jour où elle a cassé sa voiture (à telle date vérifiable), elle a oublié d'envoyer à l'assurance le constat d'accident » ; par rapport aux *troubles de la préhension*, c'est encore le conjoint qui va raconter : « lors des 80 ans de la belle-mère (à telle date vérifiable), elle lui a lâché la saucière dans le décolleté. On a ri ! ».

Dès lors, recueillir le témoignage des proches n'apparaît pas seulement comme une concession d'essence humanitaire, mais bien comme *un préalable crucial* pour l'évaluation de causalité.

5.3.2. L'examen contradictoire

C'est un autre sujet d'étonnement que l'obsession injustifiée des experts dans leur majorité par rapport au contradictoire de l'examen clinique, laquelle ne me paraît nullement justifiée par les textes et s'oppose à d'autres textes indubitables sur le respect de la vie privée et la dignité de la personne humaine. Là encore d'expérience,

j'attends toujours la moindre sanction judiciaire des innombrables fois où j'ai refusé aux médecins-conseils des parties de participer à cet examen. Certes, obligation est faite au demandeur de rapporter la preuve du fait qu'il invoque : mais « rapporter » ne veut pas dire « exhiber » et il s'acquitte de son obligation en se pliant l'examen opéré par un expert assermenté, supposé impartial et compétent.

Le contradictoire, c'est verser immédiatement au débat les résultats de l'examen. Mais il est où, le problème que cet examen soit opéré dans les conditions du *colloque singulier* ? Que l'expert mente, alors qu'il est assermenté ? Que l'expert soit insuffisant, alors qu'il est supposé « expert » ?

Et on en fait quoi, en pratique, de ce contradictoire dans l'examen ? Lors d'un examen gynécologique, par exemple, ou bien les assistants se contentent de regarder – et, outre que ça ne sert à rien techniquement, c'est terriblement humiliant pour la victime ; ou bien on prend le contradictoire au sérieux, et chacun y va de son toucher vaginal (et pour quoi pas : rectal), et j'appelle ça une tournante, pas une expertise. La même remarque vaut pour l'expertise psychiatrique : il faudra beaucoup d'effort pour me convaincre que la présence de tiers – souvent d'une indécente hostilité – optimise les conditions de la confiance ou de l'aveu.

L'accès d'autres médecins à l'examen clinique a d'autres inconvénients.

1. Elle participe en pratique d'une regrettable inégalité des armes dans la mesure où dans la plupart des affaires médicales, les défenseurs – puissantes compagnies d'assurance, APHP, administration des hôpitaux, firmes pharmaceutiques – ont la capacité de faire venir des conseils nombreux et souvent expérimentés voire prestigieux, alors que dans les cas exceptionnels où l'avocat de victime peut imposer à son client le surcoût d'un modeste médecin-conseil, il ne pourra s'agir à chaque fois d'un professionnel dûment spécialisé : lors de l'examen, il n'interviendra pas en égal par rapport à ses collègues plus compétents.
2. De plus, par son cérémonial effrayant, alors qu'il s'avère souvent inutile en pratique, cet examen contradictoire participe de ce sadisme évoqué plus haut, terriblement destructeur pour les victimes.

Mon mari n'a pas été autorisé à entrer dans la salle où j'ai retrouvé mon avocate et le médecin qui m'assistait, avec une pléiade de docteurs, assureurs, avocats, qui représentaient la partie adverse. J'ai eu l'impression d'être jetée dans la cage aux lions. Lors de l'interrogatoire, les questions fusaient de tous côtés avec à peine le temps de répondre. Je me sentais fautive (mais de quoi ?) comme une inculpée à qui l'on veut faire avouer sa culpabilité.

5.4. La validation de l'expertise

J'ai déjà publié sur cette question de l'appréciation du rapport sur des critères de crédibilité intrinsèque⁴ et je me limiterai aujourd'hui à quelques points essentiels.

- Il faut exiger de l'expert transparence du raisonnement et clarté d'expression : lui interdire le jargon, ce sera contribuer à l'extinction des Diafoirus dans la corporation.
- Un critère fondamental – et remarquablement puissant de la validité d'un rapport – c'est le respect par l'expert d'une étanchéité stricte entre l'évaluation expertale d'une part – qui relève bien de l'expert – et le processus décisionnel d'autre part, qui relève du juge. Il y a dérapage dès que l'expert essaie d'influer sur le magistrat – (ou réciproquement, d'ailleurs) : ainsi lorsque l'IPP ne peut, comme par hasard, dépasser 24% dans les juridictions où le seuil d'indemnisation est fixé à 25%, lorsque tel ou tel symptôme se trouve inexplicablement rejeté alors que sa prise en considération permettrait de considérer que la date de début des troubles est compatible avec la fenêtre chronologique reconnue par la jurisprudence pour retenir une causalité, ou encore lorsque l'intolérable cynisme de l'expert ne peut s'expliquer que par un refus corporatiste de considérer qu'un dommage iatrogène puisse atteindre l'ampleur d'une catastrophe existentielle.
- Il faut que l'expert donne toutes les preuves de sa sensibilité à la souffrance et de sa compassion, que ce soit dans le déroulement de l'expertise ou dans la rédaction du rapport. Comment apprécie-t-on ça ? C'est une disposition de cœur chez le destinataire de l'expertise, le magistrat notamment : le plus beau compliment qui m'ait été fait par une magistrate, c'est simplement qu'elle aimait bien mes expertises au motif qu'elle y apercevait, grâce à moi, la souffrance des victimes.

⁴ Girard M. L'environnement, facteur tératogène pour l'expertise. Juris-Classeur, Environnement 2004 ; n° 4 : 9-11

6. Conclusion

Pour l'expert, évaluer la souffrance, ce n'est pas la chiffrer : c'est la percevoir d'abord, l'exprimer ensuite⁵ – avec des mots précis, mais simples et convaincants bien davantage qu'avec des nombres. J'ai trop vu, dans ma vie d'expert, des victimes multi-expertisées soudain fondre en larmes au cours d'un entretien pourtant peu brutal et, sollicitées d'éclairer mon ébahissement, formuler entre deux sanglots : « c'est *la première fois* qu'il m'est permis de parler ainsi... »

Une grande partie de la médecine moderne échappe au cadre traditionnel du « colloque singulier » et se situe désormais dans une interaction bien plus désincarnée où l'analyse d'un dossier tient une plus grande place que l'examen et le suivi cliniques. C'est vrai pour l'expertise judiciaire. C'est vrai aussi pour ces responsables sanitaires qui ont placidement laissé se développer des dizaines de milliers de scléroses en plaques chez des adolescents naguère étincelants de jeunesse et de beauté et qui, aujourd'hui même, balayent d'un revers de la main blasé la perspective de tout accident post-vaccinal si grave fût-il – sans jamais apercevoir la dimension humaine tragique de tous ces incidents présumés collatéraux.

Que ce soit dans la réparation du dommage corporel ou dans la prévention des drames de santé publique, les choses changeront lorsque les médecins responsables des évaluations inhérentes réaliseront que ces dossiers concernent bien leurs frères humains et que, au travers des documents papier qui s'accumulent sur leur bureau, ils auront appris, simplement, à percevoir *la chair humaine qui souffre*⁶.

⁵ Girard M. Formuler l'indicible pour évaluer l'inconcevable. *In* La réparation du dommage corporel : le juste prix. Colloque Conseil National des Barreaux, Paris, 23/11/06. Gazette du Palais, 11-13 fév 2007 : 20-22

⁶ Girard M. La Justice, alliée de la santé. Libération 07/08/2002, p. 5