

# COMPAGNIES Barèmes d'évaluation : quelle évolution ?

Colloque organisé en visioconférence par la Compagnie nationale des experts médecins de justice le 17 juin 2021.

En ouvrant ce colloque organisé par visioconférence qui a réuni une centaine de participants, Mary-Hélène Bernard, présidente de la Compagnie nationale des experts médecins de justice, a souligné le caractère relativement ancien des débats sur les barèmes. Ainsi, en 2013, on pouvait lire dans *La Revue de Médecine Légale* cette interrogation : « Pourquoi tant de barèmes ? ».

Raoul Carbonaro, président de chambre à la cour d'appel de Paris, a ensuite fait quelques observations liminaires, en rappelant qu'une décision de justice doit être prévisible et que les magistrats, en rendant leurs décisions, doivent faire tout leur possible pour préserver l'égalité en droit de l'ensemble des personnes se trouvant dans une situation similaire. Il a expliqué que pour cela « l'indemnisation des préjudices ne peut être forfaitaire ; tout préjudice doit être indemnisé in concreto, c'est-à-dire en fonction de l'état de la personne qui demande une expertise. Ceci étant dit, il faut préciser que l'utilisation d'un barème permet d'avoir des références communes et de parcourir l'ensemble des préjudices qui affectent une personne ».

Il a ensuite souligné la nécessité de s'interroger sur la manière dont les

barèmes ont été constitués : « Nous savons par exemple que les auteurs du barème du concours médical, celui qui est le plus utilisé, sont majoritairement des médecins-conseils de compagnies d'assurance ; or, dans ce type d'affaires, parmi les parties au litige, il y a des assureurs. On peut donc s'interroger quant au fait d'utiliser un barème construit majoritairement par des "représentants" d'une des parties au litige. Est-ce qu'utiliser un tel barème aujourd'hui correspond à la notion de procès équitable ? »

Bertrand Ludes, directeur de l'Institut médico-légal de Paris et expert agréé par la Cour de cassation qui a conduit les débats de ce colloque, a souligné que de nombreux barèmes existent en France et peuvent donc être utilisés par les médecins experts, notamment celui de la Société française de médecine légale. Il a par ailleurs rappelé que les barèmes permettent d'apprécier un déficit fonctionnel et ne sont pas nécessairement liés à un traitement. « Nous nous trouvons alors dans une phase descriptive qui est tout à fait importante. Il s'agit de se demander comment la fonction de la victime a été réduite, de définir concrètement cette réduction et de la décrire in concreto.

Ce qui est important ici, c'est la méthodologie : il faut que le médecin expert décrive le raisonnement qui a été le sien afin que le magistrat dispose ensuite des informations nécessaires à l'indemnisation », a précisé Bertrand Ludes.

## Des barèmes indicatifs et non impératifs

Évoquant la situation spécifique de la justice administrative, Céline Chamot, premier conseiller au tribunal administratif de Nîmes, a indiqué qu'il n'existait pas « une véritable culture de l'utilisation des barèmes d'indemnisation » chez les juges administratifs, en précisant que : « Les juges administratifs utilisent officieusement – c'est-à-dire sans que cela soit nécessairement mentionné dans les jugements ou les conclusions des rapporteurs publics – le barème d'indemnisation élaboré par l'ONIAM [Ndlr : Office national d'indemnisation des accidents médicaux] car celui-ci propose un niveau d'indemnités relativement modéré ; or, on peut constater dans les juridictions administratives une préoccupation quant à la préservation des deniers publics. Nous savons d'ores et déjà qu'il y a une grande disparité d'indemnisation selon qu'une victime obtienne réparation devant le juge judiciaire ou devant le juge administratif. Dans l'attente d'un référentiel commun aux juridictions judiciaires et administratives, les juges administratifs ont donc pour l'instant choisi d'utiliser le référentiel de l'ONIAM. »

Bertrand Ludes a souligné que les parties demanderesse peuvent ressentir un sentiment d'iniquité face aux barèmes et à l'appréciation de leur état : « Elles peuvent avoir l'impression d'incohérences en constatant l'existence de nombreux barèmes, puis en les comparant les uns aux autres sans tenir compte de la procédure spécifique dans laquelle elles se trouvent. Il faut avoir à l'esprit qu'il s'agit en réalité davan-



tage de référentiels que de barèmes, si on se réfère à la définition stricte des termes ».

Bernard Guéguen, médecin expert agréé par la Cour de cassation présent dans l'auditoire, a poursuivi ces réflexions de Bertrand Ludes en signalant qu' « il ne faut pas omettre que les barèmes ne sont qu'indicatifs. Dans le barème du concours médical, par exemple, on trouve ce terme "indicatif". Le barème donne un chemin, délivre le cadre au sein duquel la discussion contradictoire doit s'engager. Le barème du concours médical, qui peut bien sûr être critiqué et qui mériterait certainement d'être toiletté et actualisé, ne doit pas contraindre les experts lors de leur évaluation des taux d'incapacité ».

Thierry Sulman, rhumatologue et délégué général de l'AREDOC (Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel), a signalé sur ce sujet qu'on peut constater que les médecins experts prennent en compte ce qui est inscrit dans les barèmes mais ne considèrent pas que les taux d'incapacité qui y sont présentés sont « une ligne rouge à ne pas franchir » : « On peut prendre l'exemple du syndrome post-commotionnel : dans le barème du concours médical, le taux est de 0 à 3 %. Or, nous disposons aujourd'hui de statistiques permettant de voir comment le barème est utilisé par les médecins experts. On se rend compte que depuis 2009 le taux moyen attribué par les médecins experts pour le syndrome post-commotionnel est de 4,7 %. Ici, les experts ne respectent donc pas strictement la limite supérieure de trois et vont au-delà s'ils l'estiment nécessaire. On comprend ainsi que les barèmes sont indicatifs et non pas directifs ; ils doivent être considérés avant tout comme des aide-mémoire ».

Thierry Sulman a par ailleurs souligné que si le barème du concours médical n'a pas été modifié depuis 2001, il

y a en revanche des travaux régulièrement publiés par *La Revue du dommage corporel* qui contiennent des approches méthodologiques : comment faire une évaluation en ORL, comment évaluer un bilan neurocognitif, etc.

### Quelle est la situation en Belgique et au Luxembourg ?

Le colloque organisé par la CNEMJ a aussi été l'occasion de découvrir le rapport aux barèmes qu'entretiennent nos voisins belge et luxembourgeois. Philippe Boxho, médecin légiste et professeur à la faculté de Liège, a expliqué qu'il n'y a qu'un seul barème en Belgique, le barème officiel belge des invalidités (BOBI) qui a été édité à la suite de la Seconde Guerre mondiale pour indemniser les victimes du conflit. « La dernière fois que le barème a été révisé, c'était en 1975 », a précisé Philippe Boxho. « Depuis, il n'a pas fait l'objet de la moindre révision, et il n'est quasiment plus utilisé, sauf dans le cadre de certains contrats d'assurance. Je n'ai jamais compris que les compagnies d'assurances se réfèrent à un barème aussi outrancier en termes de taux, ce qui leur est totalement défavorable. On utilise aussi parfois ce barème dans certaines expertises en matière sociale lors desquelles il faut évaluer la validité des personnes. En Belgique, il n'y a finalement pas d'égalité concernant l'évaluation des taux d'incapacité. Pour la même pathologie, les personnes ne sont pas évaluées de la même façon au nord, au centre ou au sud du pays : les taux sont différents, etc. En Belgique, nous souhaiterions un barème commun à tout le pays afin d'avoir un traitement équitable de l'ensemble des personnes victimes de quelque traumatisme que ce soit. Mais il y a sept ministres de la Santé publique en Belgique [Ndlr : il y a un ministre fédéral ainsi que des ministres régionaux et communautaires] et plusieurs associations de victimes



qui n'ont jamais réussi à se fédérer car leurs demandes ne vont pas forcément dans le même sens. Pour réussir à mettre en place un nouveau barème, il faudrait arriver à mettre tout le monde d'accord. Cela va être un travail de très, très longue haleine. Pour l'instant, cela représente une mission impossible. »

Dominique Champeval, médecin dentiste et expert au Luxembourg, a pour sa part indiqué qu' « il n'y qu'un barème de droit commun au sein du Grand-Duché de Luxembourg, un barème qui a été édité par l'association d'assurance contre les accidents. C'est un barème très soucieux des deniers publics. Ensuite, le Grand-Duché de Luxembourg a cette particularité d'avoir trois frontières qui sont toujours à moins de trente kilomètres du lieu où vous vous trouvez : la Belgique, l'Allemagne ou la France. Chaque médecin expert va choisir le barème qu'il utilise en fonction de sa formation initiale – française, belge ou allemande – et de ce qui convient le mieux au cas qu'il a en face de lui ».

Dominique Champeval a signalé avoir notamment suivi pour sa part les enseignements dispensés lors d'un certain nombre de diplômes d'université en France : « je n'ai cependant jamais reçu, lors de ces formations, d'enseignement sur le bon usage des barèmes, sur la manière de contourner les écueils d'un usage mécanique des barèmes. Chaque barème a une philosophie qui a permis son élaboration. Bien souvent, les experts ne sont pas au courant de cette philosophie ».

**“Le barème donne un chemin, délivre le cadre au sein duquel la discussion contradictoire doit s'engager. Il ne doit pas contraindre les experts lors de leur évaluation des taux d'incapacité.”**  
(Dr Bernard Guéguen)



© iikary GR

### L'utilisation de la nouvelle mission ANADOC

Raoul Carbonaro a confirmé la nécessité d'améliorer la formation sur le sujet, indiquant qu'il lui est arrivé, en travaillant sur des dossiers d'indemnisation de préjudices corporels, de découvrir des rapports d'expertise de six pages avec des descriptions médico-légales extrêmement faibles : *« J'ai pu constater qu'il manquait une formation des médecins experts ou des autres experts à l'utilisation des barèmes. Il y a une forte tendance, chez ceux qui ne savent pas les utiliser, à en faire des barèmes non pas indicatifs mais impératifs, en étant par ailleurs incapables d'expliquer comment ils appliquent les taux présents dans ces barèmes. Cela va donc bloquer la discussion contradictoire parce que l'expert n'est pas en mesure de sortir de ce qui est écrit et d'accepter la discussion »*.

Benoît Guillon, avocat au barreau de Paris, a souligné qu'il faudrait, de manière générale, que les éléments mis à disposition de chacun soient plus détaillés : *« Cela commence par la mission d'expertise, qui doit être suffisamment adaptée et précise par rapport au cas qui est présenté. Les greffes des tribunaux ont parfois des missions types conçues il y a plus de 20 ans et qui sont utilisées quel que soit le cas »*.

Benoît Guillon a par la suite indiqué que *« la nouvelle mission ANADOC [Ndlr : Antenne Nationale de Documentation sur le Dommage corporel] commence à être acceptée par les tribunaux ; elle a l'avantage d'être beaucoup plus descriptive. Je pense qu'on*

*devrait à terme y trouver beaucoup plus d'éléments pour prendre des décisions en toute connaissance de cause »*.

L'ANADOC est une base de données médico-légales fondée en 2019. Elle est le fruit d'une collaboration entre l'Association nationale des avocats de victimes de dommages corporels (ANADAVI) et l'Association nationale des médecins-conseils de victimes d'accident avec dommage corporel (ANAMEVA). Elle a été officiellement lancée le samedi 1<sup>er</sup> février 2020. La création de cette antenne était une réponse à l'outil mis en place par les assureurs et médecins-conseils, l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC), et a pour ambition selon ses créateurs de permettre *« une plus grande égalité des armes principalement dans la phase d'expertise »*. Sur le site Internet de l'ANADOC, on trouve notamment pour chaque poste de préjudice une fiche détaillée reprenant brièvement la définition actuelle du poste telle que fixée par la nomenclature et par la jurisprudence.

Muriel Castaing, pédiatre expert près la cour d'appel de Versailles présente dans l'auditoire, a expliqué que *« les fiches ANADOC sont très intéressantes parce qu'elles permettent aux experts de prendre vraiment en compte la mission d'expertise type "Dintilhac" dans son intégralité<sup>1</sup> ; on ne réduit pas le déficit fonctionnel temporaire ou le déficit fonctionnel permanent à un simple barème d'incapacité, et surtout dans ces fiches sont exposées les divergences qui existent avec le barème de l'AREDOC. À nous experts, ensuite, d'en faire ce qu'on en veut, mais au moins nous disposons d'un nouvel outil pour réfléchir »*.

### L'évaluation de la tierce personne

Nicolas Bonnet, médecin expert près la cour d'appel de Paris présent dans l'auditoire, a pour sa part présenté les

difficultés qu'il rencontre concernant la tierce personne<sup>2</sup> : *« Dans certaines missions, il nous est posé des questions auxquelles on ne peut absolument pas répondre en tant que médecins. Par exemple, le nombre d'heures nécessaires à une femme ayant un déficit fonctionnel estimé à 40 % pour entretenir son jardin et sa piscine. Nous avons besoin d'avoir un référentiel indicatif sur la tierce personne pour pouvoir répondre à ce type d'interrogations »*.

Frédéric Bibal, avocat au barreau de Paris et délégué général de l'ANADOC, a rappelé que la tierce personne n'est pas un élément purement médical : *« Il est normal qu'un médecin, lorsqu'on lui demande de chiffrer des éléments qui ne sont pas médicaux, affirme qu'il ne sait pas ou ne peut pas. C'est une décharge injustifiée sur l'expert de problèmes qui ne relèvent pas d'une appréciation médicale. Ce que l'expert peut dire, ce sont les gestes ou les types de comportement que ne peut plus effectuer une personne du fait de ses séquelles ; je ne vois pas pourquoi un médecin expert devrait par exemple nous dire combien de temps cela prend pour nettoyer une piscine privée »*.

Concernant la tierce personne, Thomas Dessales, juriste en droit de la santé alors détaché à la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) de Nancy, a indiqué que *« l'avantage qu'on peut parfois retrouver au sein des CCI sur cette question, c'est la discussion collégiale. Il me semble que la tierce personne est un des postes de préjudice les plus discutés mais aussi revalorisés au sein des commissions, parfois à la hausse parfois à la baisse. Au sein de ces commissions, on trouve notamment des associations de victimes qui, elles, sont en contact au quotidien avec des personnes en difficulté et sont à même de nous expliquer les problèmes que rencontre une personne pour tel ou tel acte de la vie courante en fonction de son âge et de ses séquelles »*.

**« J'ai constaté qu'il manquait une formation des médecins experts à l'utilisation des barèmes. Il y a une forte tendance, chez ceux qui ne savent pas les utiliser, à en faire des barèmes non pas indicatifs mais impératifs. » (Raoul Carbonaro)**

## L'appréciation en fonction de l'âge

Concernant la différence d'appréciation des séquelles en fonction de l'âge, Rémy Salmon, chirurgien oncologue expert honoraire agréé par la Cour de cassation, a déploré qu'« on ne tient pas suffisamment compte de l'âge dans le cadre de ces expertises d'évaluation des dommages corporels : une personne âgée de 85 ans, qui a un aidant chez elle, une prothèse de hanche, etc., est bien évidemment très différente d'une personne de 50 ans qui était auparavant en bonne santé. Je trouve que la pondération par l'âge, comme par d'autres comorbidités (obésité, etc.), n'est pas prise en compte dans les barèmes ».

Thierry Sulman a souligné qu'il existait tout de même « une grille d'autonomie. Dans ce type de dossiers, il faut faire une "photographie" de l'autonomie antérieure. Cette photographie peut être effectuée grâce à l'interrogatoire de l'entourage de la personne, des aides-soignantes ou des personnes qui intervenaient au domicile avant l'accident ; il faut ensuite interroger les personnes qui interviennent après. Pour ce faire, il faut utiliser la grille nationale Aggir qui permet de mesurer la dépendance et le degré de perte d'autonomie d'une personne. Par ailleurs, il existe désormais des études épidémiologiques qui nous indiquent pendant combien de temps une personne qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer par exemple peut rester à son domicile et à partir de quand elle est susceptible de devenir dépendante et devra envisager d'entrer dans une maison de santé. Si après un accident même mineur, on constate chez une personne qui était atteinte de cette maladie dégénérative une fracture dans l'évolution de la courbe – c'est-à-dire si elle devient dépendante plus tôt que ce qui pouvait être envisagé –, on peut utiliser cet élément pour indiquer une perte de chance ».

Frédéric Bibal a également fait valoir l'intérêt et l'utilité que peuvent représenter un bilan ergothérapeutique : « J'ai pu lire des bilans ergothérapeutiques qui étaient absolument extraordinaires en termes d'enquête. Un ergothérapeute peut s'installer chez une partie demanderesse non pas plusieurs heures, mais parfois pendant plusieurs jours, pour une plongée complète dans

*l'univers de la personne. Il la suit pas à pas dans ses activités quotidiennes, ce qu'un médecin expert ne peut absolument pas faire dans le temps d'une expertise même extrêmement fouillée et minutieuse. Il ne faut pas se priver de cet instrument exploratoire qui peut apporter aux médecins experts des éléments qui ne relèvent pas strictement de leur appréciation médicale ».*

Au moment de prononcer les mots de conclusion, Raoul Carbonaro a souligné la nécessité pour les médecins experts d'avoir conscience qu'ils n'ont pas à être nécessairement seuls dans le cadre de l'évaluation d'un préjudice corporel : « Il arrive régulièrement que par manque de temps ou de connaissances sur la situation quotidienne de la partie demanderesse, on ne parvienne pas à disposer d'une vision panoramique de qui elle est et comment elle vit. Je crois beaucoup en la coexpertise. L'expert médecin ne doit pas hésiter à s'entourer de plusieurs coexperts ou de s'adjoindre les services de sages-femmes pour compléter son expertise sur certains aspects, comme la tierce personne ou l'incidence professionnelle ».

Céline Chamot a elle aussi souligné l'importance d'avoir le plus de détails possibles sur les conséquences de l'incapacité sur la vie quotidienne de la victime, « parce que c'est de cette manière qu'on arrive à véritablement cerner l'indemnisation à laquelle peut prétendre une personne. En lisant certains rapports d'expertise, je regrette de ne pas avoir assez de renseignements sur la manière dont se passe le quotidien de la personne dans toutes ses facettes, privée, professionnelle, sociale ».

Benoît Guillon a pour sa part signalé l'intérêt d'une « refonte » – et non « une simple actualisation » – du barème du concours médical, celui qui est le plus utilisé. Frédéric Bibal a précisé, à ce propos, qu'il faudrait d'abord organiser une grande conférence de consensus pour une refondation des barèmes : « il faut dans un premier temps travailler sur la méthodologie, déterminer comment cette refonte va se passer, déterminer qui devra y participer, quelles seront les étapes, quelle sera la répartition des rôles entre médecins, juristes et peut-être d'autres spécialistes comme des anthropologues, ces derniers permettant de réfléchir à ce que représente le fait même

*de quantifier ainsi les choses lors de l'évaluation des dommages corporels ».* Il a par ailleurs souligné l'importance que « l'édification des barèmes soit le fruit d'un travail collaboratif. Parce que ces outils sont ensuite également au service de régleurs et de juristes. Il faut donc savoir lors de leur conception ce qu'attendent ceux-ci de ces outils. Nous sommes en lutte permanente contre l'idée qu'il y aurait d'une part un domaine réservé aux médecins et de l'autre un domaine pour les juristes. Il ne peut y avoir qu'une collaboration permanente, à tous les stades. On ne peut plus se permettre de faire créer des matrices par des personnes qui ne travaillent que d'un côté du litige. Tant qu'on n'aura pas compris cela, on va compromettre des outils qui, par ailleurs, peuvent être tout à fait pertinents sur un plan technique ».

Thierry Sulman a fait remarquer que les sociétés savantes doivent occuper une place importante dans cette refondation éventuelle des barèmes : « Ce sont des outils scientifiques ; ils doivent donc être validés par ceux qui connaissent la spécialité. Il ne serait pas concevable d'utiliser un barème qui aurait été effectué par des personnes qui ne connaîtraient pas des techniques chirurgicales ou les nouvelles techniques ».

Enfin, à la fin du colloque, Mary-Hélène Bernard a attiré l'attention sur l'importance d'organiser des formations spécifiques et détaillées sur l'utilisation des barèmes d'évaluation, en particulier pour les jeunes experts.

## NOTES

1. Souvent, dans le cadre d'une expertise en évaluation des dommages corporels, la mission reprend la nomenclature Dintilhac. Cette nomenclature est un répertoire des différents préjudices d'une victime, divisé en trois grandes catégories de postes de préjudice : préjudices de la victime directe / préjudices de la victime par ricochet (victime indirecte) ; préjudices économiques patrimoniaux / préjudices non économiques personnels ; préjudices temporaires / préjudices permanents.
2. La tierce personne est constituée de l'ensemble des personnes qui interviennent auprès d'une personne atteinte d'un handicap important l'empêchant de mener une existence considérée comme « normale ». Elle a pour but de permettre à cette personne de retrouver une indépendance et de conserver sa dignité.