

ÉVALUATION DU DOMMAGE PSYCHIQUE

LA RENCONTRE AVEC L'EXPERT

JACQUES VEDRINNE*

RÉSUMÉ

De l'événement traumatique à l'expertise, le parcours est jalonné de multiples rencontres que ce soit dans le domaine des soins ou des démarches juridico-administratives, le tout sur fond de la souffrance d'une victime en quête d'un soulagement, d'une reconnaissance, d'une réinclusion dans le groupe familial et social. Une des rencontres parmi les plus éprouvantes est sans conteste celle résultant de la demande judiciaire ou administrative d'une expertise par un médecin mandaté pour effectuer une évaluation du dommage psychique.

MOTS-CLÉS

psychotrauma, expertise, consolidation, chef de pré-judice.

SUMMARY: ASSESSING PSYCHICAL PREJUDICE
Long is the path from trauma assessment of prejudice, punctuated as it is with a number of encounters concerning medical treatment or resulting from legal or administrative proceedings, but always within a context of distress on the part of an individual seeking relief, acknowledgement or his/her way back into family or social environment. One of the most testing experiences in this respect is undoubtedly the meeting resulting from a request by legal or administrative authorities for a medical assessment of the psychical prejudice suffered.

KEY WORDS

psychotraumatism, assessment of prejudice, consolidation, chapter of prejudice.

La rencontre visant à évaluer un dommage psychique, qui devrait constituer une reprise, une synthèse des différentes manifestations psychiques et de leurs conséquences, un moment fort dans l'histoire personnelle du sujet, survenant plus ou moins longtemps après l'événement traumatique, est trop souvent un rendez-vous manqué :
- parce que l'attente du sujet est trop massive et la faille, la brisure, impossible à colmater, quelle que soit la compétence de l'expert ;
- parce que l'expert est figé sur des positions doctrinales méconnaissant la réalité et l'importance de ces troubles ;
- parce que l'expert est aussi parfois mal informé, mal "documenté" par le dossier qui lui est présenté, même si la parole de la victime constitue la pièce maîtresse de cette rencontre.

Aussi, n'est-il pas inutile de rappeler quelques principes qui devraient guider ce travail très particulier de l'expertise. L'expert doit rester un clinicien dans une situation soumise à des contraintes importantes. Il lui appartient de signifier suffisamment clairement qu'il est indépendant des parties (encadré 1), à la différence des experts anglo-saxons, et donc qu'il n'est pas là pour s'enfermer dans une logique de conviction, mais comme "témoin et médiateur", celui qui écoute et est le seul en capacité de faire en-

tendre au juge. Ce principe d'indépendance est la garantie d'un statut d'extériorité qui seul peut fonder une qualité clinique à cette rencontre, et maintenir ouvert un dialogue entre pôle juridique et pôle clinique.

Il n'est pas question d'opposer ce qui serait une caricature de l'expertise, dépersonnalisante et figée dans une logique de barème, à ce qui serait la pureté de l'approche clinique empathique et compréhensive. L'expert doit pour atteindre ce but effectuer un véritable travail de réajustement par rapport à sa pratique soignante habituelle : c'est une étape préalable indispensable à l'évaluation que d'être au clair sur ses propres réactions face à un sujet dont le discours, l'attitude risquent d'induire des comportements de rejet ou d'adhésion excessive. Il convient également d'éviter que le regard clinique se transforme en emprise sur le sujet (par l'intermédiaire d'un recours excessif à la nosographie – classification des maladies – ou par la formulation de conclusions péremptoires, etc.).

LE RECUEIL DE L'INFORMATION

La qualité de la rencontre expertale constitue la condition du recueil d'une in-

*Professeur émérite,
Laboratoire de médecine légale, Lyon, France

formation la plus authentique possible. En effet, dûment “missionné”, le médecin expert, tenu par la nature des questions posées, risque de se figer dans une recherche inquisitoriale d’une “vérité” objective. Une telle démarche centrée trop exclusivement sur l’interrogatoire “check-list”, sur l’examen corporel, les examens spécialisés (imagerie médicale, enregistrements en tous genres), privilégiant l’aspect purement technique du recueil de l’information, fait souvent écran aux signaux et messages significatifs par la parole, mais aussi par l’attitude et l’expression des émotions. Il pourrait être intéressant d’ailleurs d’évoquer quelques points importants concernant l’émergence et la circulation de la parole, par exemple “qui parle ?” lorsqu’un conjoint, un parent, se fait le porte-parole d’un sujet dont la souffrance est difficile à individualiser de celle de l’entourage, ou encore les interférences avec les réflexions de certains médecins conseils.

Dans le domaine de la psychopathologie post-traumatique, encore plus que dans les autres, l’écoute et le maintien d’une position la plus proche possible de celle de la relation de soin s’avèrent indispensables. L’expert qui cherche avec le malade, mais aussi avec l’entourage et les autres médecins, à évaluer un dommage de perception complexe, qui autorise la libre expression du sujet souvent déjà déformée dans des rapports antérieurs, doit avoir pour objectif de cette “rencontre expertale” de restituer au sujet une reconnaissance et une réappropriation de son corps et de son psychisme atteints par l’accident à défaut de restauration de leur intégrité. Cela ne signifie pas pour autant qu’il faille entériner tout le contenu manifeste du discours et en déduire à la lettre les conséquences médico-légales, mais cette reconnaissance préalable de la souffrance est la condition nécessaire à une véritable analyse critique du rôle de

l’accident. D’un point de vue clinique, il est clair en effet que toute atteinte à l’intégralité de l’image de soi provoquée par un traumatisme est une blessure narcissique dont il ne faut pas seulement mesurer les implications en termes d’évaluation d’une réparation, mais aussi estimer l’impact sur la dynamique de la conduite de l’entretien. La remise en perspective historique, dans la relation clinique, de la perte subie peut permettre au sujet de rétablir des liens entre réalité événementielle et réalité vécue (encadré 2).

LE RAPPORT D’EXPERTISE

Reste le problème de la transcription écrite dans le rapport d’expertise. Cette transcription, qui est le point d’orgue du travail d’évaluation, fait appel à différents éléments, en dehors bien sûr de celui essentiel de l’état actuel du sujet : il s’agit du problème du pronostic et de celui de l’état antérieur, donc de la reprise de l’évolution de l’histoire du sujet.

LE PRONOSTIC

Tout d’abord le pronostic qui s’appuie, outre les caractéristiques évolutives classiques, sur la capacité restante, c’est-à-dire sur la partie saine du Moi qu’il convient de valoriser aux yeux du sujet et aussi de l’entourage volontiers enclin à renforcer le vécu pathologique, même et surtout lorsqu’il adopte une attitude d’invigoration sans nuance. C’est le complément indispensable à l’évaluation de ce qui a été perdu.

Cette évaluation du pronostic suppose une prise en compte du rôle du temps et de sa gestion par l’expert. Il est bien connu qu’il est nécessaire de disposer d’un certain délai pour faire le bilan de séquelles psychopathologiques, délai rarement inférieur à 18 mois – deux ans. Souvent, le temps est figé depuis l’accident, le sujet ne faisant plus de projet ni d’investissement aussi bien dans le domaine socio-professionnel qu’affectif. L’expert, dans sa démarche d’évaluation, peut l’aider à ouvrir des perspectives, à dépasser cette fixation, à mieux assumer le handicap en essayant de remobiliser la temporalité. En effet, cela peut être le cas dans la mesure où le sujet perçoit l’acte d’expertise comme un moment important de sa vie, presque solennel, préalable à “règlement” réparateur non seulement économique financier mais aussi de son économie psychique.

La rencontre expertale peut être un moyen privilégié de reconnaissance, voire de reconstruction de l’identité du sujet, en favorisant l’intégration des images et des représentations concernant l’accident et le corps, les soins plus ou moins prolongés et pénibles. Il ne faut pas hésiter parfois à faire bénéficier le blessé d’un entretien en tête-à-tête (sans les proches ni les médecins conseils) ou, lorsque cela paraît

ENCADRÉ 1

De l’indépendance de l’expert vis-à-vis des parties...

Dans la réalité, il est certain que le médecin conseil délégué par une compagnie d’assurance (par exemple en cas de traumatisme consécutif à un accident de la voie publique) ne peut être considéré par la victime comme indépendant de la compagnie qui le mandate. Ainsi est-il souhaitable que la victime soit accompagnée par un médecin, mais il est vrai aussi qu’il n’est pas facile pour elle de trouver un praticien qui soit compétent en matière d’expertise du trauma psychique (à même d’évaluer le préjudice sans induire un traumatisme additionnel et une intrusion délicate dans le parcours des soins) et accepte de jouer ce rôle, pour des raisons de temps généralement, car même s’il est rémunéré par le Fonds de garantie, ce travail (entretien avec la victime, préparation du dossier, rapport de synthèse) lui prend au moins une journée.

nécessaire, de l'adresser à un saphiteur (expert) psychologue. De toutes manières, ce type d'expertise nécessite en général des délais suffisamment longs pour permettre à l'expert de faire le travail d'élaboration indispensable, nourri de réflexions et d'échanges avec les parties ou d'autres collègues. À noter l'intérêt d'une seconde rencontre avec le blessé quelques semaines plus tard dans les expertises complexes, ce qui permet une reprise de ce qui a pu faire sens lors de la première rencontre.

En effet, rencontre traumatique et rencontre expertale sont inséparables : l'expert devient dépositaire de cette souffrance traumatique. Il n'a pas la possibilité, comme dans une relation clinique habituelle, de laisser se déployer tous les aspects transférentiels dans un travail du soin suffisamment étalé dans le temps. Il lui faut gérer ce qui a été déposé en lui avec un recul limité pour trouver le meilleur compromis possible entre une demande de réparation totale illusoire et les contraintes de la mission et de son mandant. C'est, on peut le dire, une véritable épreuve dans de nombreux cas, et il faut laisser se dérouler, pendant ce temps de maturation du projet de mise en forme du rapport d'expertise, les incertitudes relatives à l'imputabilité, la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT), le taux de l'incapacité permanente partielle (IPP), les souffrances endurées... autant de questions sensibles dont les données ont évolué récemment (annexe 1).

L'ÉTAT ANTÉRIEUR

L'état antérieur est également un problème très important dans la mesure où l'expert oscille souvent entre le vécu historique du sujet et les diagnostics qui ont été posés ou que l'on peut poser a posteriori, susceptibles d'être en relation avec la souffrance actuelle. Les progrès dans le domaine psychodynamique ont mis en évidence la notion de structure de la personnalité (qui a remplacé les notions de constitution, de terrain prédisposé), mais on observe trop souvent un glissement de cette notion de structure vers celle de véritable état antérieur avec les conséquences que l'on devine aisément sur le plan médico-légal.

La plus grande prudence s'impose en général avant d'évoquer un état antérieur lorsque ne peuvent être mis en évidence des symptômes ou comportements ayant entraîné un recours aux soins. Il convient de ne pas confondre histoire antérieure du sujet et état antérieur, même si dans cette histoire, émergent parfois des séquences (affectives, professionnelles, etc.) auxquelles l'expert peut être tenté d'accorder abusivement le statut d'état antérieur

Pour le juge qui doit prendre position sur une offre d'indemnité, seul un état antérieur révélé et invalidant peut venir en déduction dans l'appréciation du dommage. Selon la Cour de cassation, le principe est que "le droit à réparation

ENCADRÉ 2

De la qualification de l'expert...

L'idée que se fait le sujet du préjudice qui lui a été porté par l'événement peut l'amener à infléchir son discours dans le sens d'une dramatisation ou au contraire d'une minimisation face à cet Autre (l'expert) qu'il perçoit comme un juge : "est-il capable de comprendre ce que j'ai subi" ou, dans le second cas, "va-t-il me juger comme quelqu'un de méprisable qui s'est laissé abattre par un événement somme toute mineur"... L'expert a à prendre en compte ces dimensions-là, ce qu'il ne peut faire que par la *qualité de son écoute*, fondée sur une pratique éprouvée, pas seulement dans le champ de l'expertise, mais aussi dans celui de la clinique et de la thérapeutique.

du préjudice corporel subi par la victime d'un accident ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique de cette victime, lorsque l'affection qui en est issue n'a été révélée ou provoquée que par le fait du traumatisme lui-même".

CHIFFRER LE PRÉJUDICE

D'importants progrès ont été réalisés pour mieux approcher l'aspect chiffré de ce type de préjudice, mais même le barème indicatif dit du Concours médical (1982, actualisé en 1993) apparaît ambigu sur plusieurs points. Tout d'abord, à propos du syndrome subjectif post-commotionnel, il laisse entendre que des techniques spécialisées peuvent parvenir à l'objectiver et il survalorise en matière de traumatisme crânien "la *perte de conscience dont l'importance et la réalité doivent être sérieusement analysées*". Le syndrome dépressif est évoqué comme "souvent résolutif" et quasi marginalisé, alors qu'en réalité il s'agit d'une complication fréquente et ayant une chronicité et une résistance au traitement importantes. Enfin, les psychoses post-traumatiques sont dites exceptionnelles, ce qui peut donner lieu à discussion. La seule indication chiffrée est une fourchette de taux entre 5 et 20 %, mais certaines névroses traumatiques graves peuvent atteindre des taux nettement supérieurs (60 %). Ce qui, en tout cas, mérite d'être retenu par rapport aux anciens barèmes est l'accent mis sur la description plus que sur un découpage nosographique plus ou moins stigmatisant assorti de taux dont l'aspect arbitraire est évident. Ainsi retrouve-t-on cette évolution dans le barème de la Société de médecine légale et de criminologie de France (1991) ; et surtout celui annexé au Décret du 10 janvier 1992 concernant l'évaluation des troubles psychiques de guerre dont l'une des principales originalités consiste à dépasser la correspondance entre un diagnostic et un taux d'indemnisation au profit de critères tels que l'intensité de la souffrance psychique, la répétition, la perte des capacités relationnelles et le ré-

trécissement de la liberté existentielle. Il est souligné que lors de la rencontre expertale, “*l’expert accomplit une tâche qui comporte indirectement une dimension thérapeutique*”.

Mais la suspicion vis-à-vis de la réalité du dommage psychique reste tenace, ainsi qu’en atteste la révision à la baisse des taux proposés (0 à 20 %) dans le barème indicatif d’évaluation des taux d’incapacité en droit commun du Concours Médical de 2001, sans aucune justification clinique ou épidémiologique. Certes, il ne s’agit que d’un barème indicatif et l’expert garde heureusement sa liberté d’appréciation, mais il n’en reste pas moins susceptible d’être influencé par cette référence que les médecins conseils des compagnies d’assurance ne manquent pas de rappeler...

Reconnaître le sujet au-delà de la détérioration de son statut est à la fois une exigence clinique très générale et, dans la situation particulière de l’expertise, une possibilité pour lui de se voir signifier la permanence de son appartenance au groupe social. Comme tout acte médical, l’expertise

ne saurait être anodine : elle ne peut être que thérapeutique ou antithérapeutique. La fonction thérapeutique de certains entretiens d’expertise tient à cette configuration particulière, faisant converger, dans la rencontre expertale, les enjeux d’une reconnaissance sociale et l’accès donné au médecin à la subjectivité souffrante.

Ainsi, qu’on le veuille ou non, l’évaluation des réactions psychiques au traumatisme passe beaucoup plus par une réhabilitation de la subjectivité (dont le travail de l’expert sur lui-même) que par une pseudo-objectivité. C’est une démarche différente, pleine d’embûches, dont la transcription est forcément imparfaite et lacunaire, mais c’est la seule qui sur les plans clinique, médico-légal et éthique est de nature à permettre la plus grande authenticité d’expression de la souffrance du blessé. ■

Remerciements à Mme Françoise Rudetzki dont cet article reprend en grande partie celui publié précédemment par le même auteur dans Paroles de victimes, lettre de l’association SOS Attentats.

ANNEXE 1

Lexique médico-légal

◆ Certificat médical initial

Il s’agit d’un document essentiel dont l’absence ou l’insuffisance peut être grandement préjudiciable à l’évaluation ultérieure des séquelles. Dans la mesure où c’est à la victime d’apporter la preuve du dommage, on conçoit aisément qu’un certificat descriptif le plus complet possible, établi dans la période immédiate après l’événement traumatique, va constituer une pièce maîtresse du dossier soumis à l’expert. La délivrance de ce document est un droit pour la victime. Outre les mentions de ce qui est verbalement exposé, (“la victime déclare... se plaint de...”) en n’hésitant pas à reprendre les mots de l’intéressé, les constatations de l’examen physique et psychologique doivent faire l’objet d’une description minutieuse, non seulement les lésions anatomiques et le retentissement fonctionnel, mais surtout (car trop souvent négligées) des manifestations psychiques relevant du stress ou déjà des prémices d’un véritable syndrome psychotraumatique, cela d’autant plus que va suivre fréquemment une période de latence où les symptômes d’apparition immédiate vont être “recouverts”.

Les réserves d’usage doivent être formulées, sinon systématiquement, du moins toutes les fois où est perçu un risque de complications devant un tableau clinique complexe ou une attitude trop défensive. L’établissement d’un certificat complémentaire peut d’ailleurs être envisagé dans la période “post-immédiate”, ce qui permet souvent d’aider la victime à s’inscrire dans une démarche de soins précoces (thérapie psychodynamique) qui ne va pas toujours forcément de soi lors d’une première rencontre. En outre, cet examen différé à courte échéance permet de répondre de manière plus pertinente à la fixation obligée de l’ITT (pénale) ou du DFT (civil).

◆ Incapacité temporaire totale (ITT) – Déficit fonctionnel temporaire (DFT) – Incapacité totale de travail

L’ITT recouvre deux réalités médico-juridiques très différentes :

- L’incapacité temporaire totale, en droit civil, qui regroupait à la fois, l’incapacité professionnelle économique subie par la victime directe, et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique. Dorénavant, on parle de déficit fonctionnel temporaire (DFT). En dehors de la durée, ce déficit fonctionnel doit être évalué par un taux dont l’appréciation peut être malaisée d’autant plus qu’existe un risque de recoupement avec les souffrances endurées (cf. infra).
- L’incapacité totale de travail en matière pénale, voie procédurale, fréquemment utilisée en France. Sa durée détermine la compétence juridictionnelle et donc la gravité de la sanction pour l’auteur du trauma. C’est ainsi qu’en matière de violences volontaires, selon que l’ITT est inférieure ou supérieure à huit jours, l’auteur du trauma sera déféré devant le Tribunal d’instance ou le Tribunal de grande instance. Lorsqu’il existe des circonstances aggravantes, l’auteur est systématiquement déféré devant le Tribunal de grande instance quelle que soit la durée de l’ITT. En matière de violences involontaires, la durée charnière est de 90 jours. Cette ITT pénale est une ITT fonctionnelle. Elle ne suppose ni l’immobilisation complète, ni l’absence totale d’activité, ni la perte intégrale d’autonomie. Elle implique simplement l’existence d’un traumatisme perturbant de façon anormale les actes de la vie courante, sans pour autant les interdire. Les demandes de ce certificat d’incapacité temporaire totale sont

le fait soit d'une réquisition d'un officier de police judiciaire, soit d'un patient précisant que ce certificat lui est indispensable pour porter plainte.

Il s'avère donc essentiel de ne pas confondre ITT pénale et DFT au civil. Ces évaluations, soit de la DFT, soit de l'ITT au pénal sont à mentionner au terme de la rédaction du certificat médical initial. À noter qu'il s'agit d'une évaluation totalement indépendante des arrêts de travail prévus par la législation de la Sécurité sociale.

◆ Consolidation

C'est un repère qui apparaît souvent très imparfait, voire inadapté aux handicaps les plus graves et aux séquelles psychotraumatiques. En effet la consolidation se traduit par une date précise correspondant au moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est devenu possible d'apprécier le niveau d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif. La consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est-à-dire à la date fixée par l'expert médical de stabilisation des conséquences des lésions physiques et/ou de l'atteinte psychique. Elle n'est en aucun cas synonyme de guérison, mais elle n'est pas dénuée d'intérêt psychologique pour la victime dans la mesure où lui est ainsi signifié que prend fin une étape douloureuse, souvent longue, émaillée de phases de déstructuration, de tâtonnements thérapeutiques, d'avatars existentiels. Aussi, la fixation de cette date ne saurait être trop précoce, et l'expert ne devra pas hésiter le cas échéant à la différer de quelques mois, voire années, et conclure à la nécessité de revoir la victime au terme du délai proposé, mais elle ne doit pas être à l'inverse trop tardive sous peine de laisser s'installer une chronicisation. Il importe que la victime soit en mesure d'exprimer des signes indiquant qu'elle peut reprendre le cours de sa vie, qui ne sera pas certes celle d'avant, mais qui sera adaptée à son nouvel état post-traumatique. En droit commun, cette date de consolidation ne coïncide pas nécessairement avec une reprise d'activité professionnelle, laquelle peut être reprise avant ou nécessiter au contraire un report ultérieur plus ou moins prolongé par rapport à cette date, voire parfois une réorientation.

◆ Incapacité permanente partielle (IPP) – Déficit fonctionnel permanent (DFP)

L'incapacité permanente partielle (IPP) a été récemment remplacé par le déficit fonctionnel permanent (DFP) qui peut être défini *“comme correspondant à la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomophysiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours”* (Commission Européenne, juin 2000). Il s'agit d'un préjudice permanent, c'est-à-dire ne pouvant être évalué qu'après la date de consolidation. Il s'agit d'un préjudice extra-patrimonial car réparant les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime, alors que les préjudices dits patrimoniaux concernent des aspects économiques (dépenses de santé, pertes de gains, incidence professionnelle, scolaire, etc.).

Ce DFP doit être chiffré, son importance traduite par un taux (cf. barèmes), ce qui ne doit pas dispenser, bien au contraire, de développer les arguments étayant cette évaluation. L'esprit dans lequel ce travail doit se dérouler est remarquablement exposé dans le Décret du 10 janvier 1992 concernant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des *“troubles psychiques de guerre”*. Ce décret est applicable de droit aux victimes d'attentats terroristes, mais sa lecture ne devrait pas manquer d'inspirer les experts dans le cadre du droit commun. Ne précise-t-il pas d'ailleurs que *“dans le cadre du travail d'expertise, la névrose traumatique de guerre constitue, comme les séquelles psychiques d'accident ou de catastrophe en temps de paix, un état pathologique consécutif à des situations particulières... la négation de l'existence du trouble ne saurait uniquement reposer sur le caractère subjectif de l'expression des plaintes”*.

◆ Souffrances endurées

Anciennement dénommé *pretium doloris*, ce chef de préjudice concerne *“les souffrances physiques, psychiques ou morales”* endurées pendant la maladie traumatique (avant consolidation), du fait des blessures subies ; leur évaluation se fait selon une échelle de sept degrés (de *“très léger”* à *“très important”*). À compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre. Exemples :

- Souffrances physiques : interventions chirurgicales ; soins divers (pansements, perfusions, piqûres, etc.) ; rééducation avant la date de consolidation... L'élément essentiel à prendre en compte est la douleur physique avec tout ce qu'elle peut entraîner de limitation des investissements psychiques élémentaires.

- Souffrances psychiques : saturation sensorielle (bruit, odeurs, visions apocalyptiques) ; sentiments d'effroi, de déshumanisation ; symptômes d'angoisse et de dépression ; soins pharmacologiques, mais aussi psychothérapiques qui peuvent constituer une contrainte existentielle ; souffrances liées à la révélation d'un handicap physique important ; angoisse concernant un agresseur qui n'a pas encore été identifié et arrêté ; sentiment d'injustice et de révolte contre la société et son incapacité à prévenir le traumatisme ; coupure avec l'entourage familial et amical ; perturbations des liens affectifs significatifs dus à l'hospitalisation et aux soins...

Il convient dans cette période précédant la date de consolidation qui peut être fort longue (plusieurs années) de définir avec précision ce qui relève des souffrances endurées et du DFT.