

# Groupe de travail sur les traumatisés crâniens

## Rapport définitif

Saisie de nombreuses questions écrites et de correspondances parlementaires, Madame la Ministre de la Justice a mis en place, dans le courant de l'année 2000, un groupe de travail interministériel chargé d'étudier les mesures qui seraient de nature à améliorer l'indemnisation des traumatisés crâniens.

Composition du groupe de travail

Objectifs

Méthode de travail

Plan du rapport

### Composition :

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10ème chambre de la Cour d'appel d'Aix en Provence
- **Mme LAMBERT-FAIVRE**, Professeur honoraire
- **Madame NEHER-SCHRAUB**, Conseillère à la Cour d'appel de Paris
- **Maître PREZIOSI**, Avocat au barreau de Marseille
- **Monsieur le Professeur TRUELLE**, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes
- **Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER**, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant)
- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC
- **M. BOULE**, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF
- **M. GEERAERT**, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, Direction du Trésor, sous-direction des assurances.
- **Mesdames BARRES, TEULY, VILLIGIER ou Monsieur FLORA** Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale.
- **Madame MOULANIER, ou Monsieur PIDELL**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale.
- **Mme CHADELAT, Ministère de la Justice, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.**
- **Mme TEILLER**, ministère de la Justice, sous-direction de la législation civile, de la nationalité et de la procédure, chef du bureau de droit civil général.
- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

## **Objectifs :**

Les objectifs assignés à ce groupe de travail sont indiqués en annexe par la lettre adressée par Madame la Directrice des Affaires Civiles et du Sceau <sup>Annexe 1</sup>.

Il convient de les rappeler :

*"Dans le souci de voir amélioré le dispositif d'indemnisation des traumatisés crâniens et compte tenu de la spécificité de l'évaluation comme de la réparation de ce type de préjudice, la mission du groupe de travail devrait porter sur :*

*- une meilleure identification des préjudices avec l'établissement d'une liste de préjudices indemnisables et la prise en compte du dommage dans toutes ses dimensions y compris familiale ;*

*- une harmonisation des barèmes officiels d'indemnisation afin de lutter contre les disparités existant entre le règlement transactionnel des sinistres corporels et leur traitement par voie judiciaire, avec un examen spécifique de la valeur du point d'IPP ;*

*- une formation et une sensibilisation accrue des praticiens du droit, magistrats et avocats (spécialisation initiale et nécessité d'une formation continue) ;*

*- un traitement plus performant des dossiers dans le domaine assurantiel ;*

*- une spécialisation des experts avec l'établissement d'une liste spécifique, une réflexion sur l'élaboration de règles déontologiques plus adaptées portant notamment l'interdiction des cumuls entre l'expertise judiciaire et le règlement à l'initiative des compagnies d'assurance, enfin la rédaction d'une mission type comportant un bilan neuro psychologique".*

## **Méthode de travail :**

Le groupe s'est réuni neuf demi-journées. Les PV des réunions figurent en annexes <sup>Annexe 2,</sup>  
A3, A4, A5, A6, A7, A8, et Annexe 9

Il a entendu ..

- le 29 Juin 2001, Monsieur TOMADINI, représentant le Fonds de Garantie Automobile
  
- le 19 Juillet 2001 :
  - Monsieur PIOT, Conseiller à la Cour Administrative d'Appel de Paris
  - Maître FISHELSON, Avocate à la Cour d'Appel de Paris, représentant le Conseil National des Barreaux
  - Madame PECAUT-RIVOLIER, Présidente de l'Association Nationale des Juges d'Instance
  - Madame DEGORCE-BILLA, MACJ, Bureau de la réglementation des professions
  - Madame THIBIERGE, MACJ, Bureau de droit civil général.

- Le 20 Septembre 2001 :
  - Monsieur le Docteur NORTH, Neuropsychiatre
  - Monsieur l'Amiral PICART, Président de l'Union Nationale des Traumatisés Crâniens (UNAFTC)
  
- Le 14 Décembre 2001 :
  - Monsieur le Docteur ATTAMIAN, Président de la Fédération Française des Associations de Médecins-Conseils et Experts (FFAMEDOC )

Pour préparer l'audition du 20 Septembre, le Président de l'UNAFTC a remis deux notes Annexes 10 et annexe11

Pour exposer clairement les travaux de ce groupe et expliquer les propositions qu'il a dégagées, il est nécessaire de rappeler quelles sont les spécificités des séquelles d'un traumatisme crânien et de cerner l'importance de la population concernée.

Le plan du rapport est donc le suivant :

## **I/ Raisons de la constitution du Groupe de Travail :**

*I - 1) spécificités des séquelles d'un traumatisme crânien.*

*I - 2) problème marginal ou important?.*

## **II/ Formation :**

*II - 1) des médecins*

*II - 2) des juristes.*

## **III/ Moyens spécifiques d'évaluation :**

*III - 1) Interdépendance de l'indemnisation et de la réinsertion*

*III - 2) des concepts de référence : la CIH-2*

*III - 3) une mission d'expertise spécifique*

*III - 4) Barèmes de déficit séquellaire*

## **IV/ Epidémiologie et droit à indemnisation :**

*IV - 1) Données épidémiologiques et statistiques*

*IV - 2) Conséquences :*

*IV -2/1 en finir avec la faute du conducteur?*

*IV -2/2 garantie d'assurance obligatoire du conducteur?*

*IV -2/3 assurance des groupements sportifs*

*IV -2/4 sur les autres causes.*

## **V/ Protection des victimes :**

*V - 1) rente ou capital*

*V - 2) honoraires de l'avocat*

*V - 3) garanties procédurales*

*V - 4) Mesures de protection des incapables*

*V - 5) préjudice des proches*

*V - 6) autres points.*

## **VI/ Récapitulatif des propositions**

## **VII/ Annexes**

## **I/ Les raisons de la constitution de ce groupe de travail ?**

### **I 1) Les spécificités des traumatismes crânio-encéphaliques**

Si les traumatismes crânio-encéphaliques ont toujours existé, l'étude des mécanismes lésionnels, des procédures restauratrices et de l'évaluation des séquelles est récente.

La connaissance de la maladie se superpose en effet aux grandes étapes de la transformation du monde occidental et aux rythmes des mutations industrielles et technologiques.

Les premières études de cas remontent au début de l'industrialisation aux USA (deuxième moitié du 19<sup>e</sup> siècle). Elles reprennent avec les grandes catastrophes ferroviaires du début du 20<sup>e</sup> siècle, et se renouvellent après chaque guerre mondiale. Ces études dépendent en effet, de l'émergence d'une population d'observation et se tarissent avec la disparition des causes à l'origine de cette émergence.

Le caractère conjoncturel de cette pathologie confine alors les connaissances à un cercle étroit.

Le développement de l'industrie automobile et son cortège, en apparence inéluctable, d'accidents graves changent totalement les données du problème : les causes de l'émergence de cette pathologie deviennent structurelles, la population concernée est en constant renouvellement, le problème est posé en termes de "santé publique", les structures médicales s'adaptent avec la création des S.A.M.U., la performance des unités de réanimation et la transformation des sanatoriums en centres de rééducation fonctionnelle.

La recherche devient hospitalo-universitaire et les publications sont régulières et abondantes (sur le traumatisme crânien grave) à partir des années 1980 (il y a très peu de littérature médicale sur le traumatisme crânien moyen ou léger).

Il s'agit donc de connaissances récentes, avec une accélération depuis 1994/1995, connaissances cependant limitées au cercle de la prise en charge de cette pathologie et non encore communément diffusées dans le corps médical par le biais des études de médecine, qui ne comportent à ce jour qu'un module handicap de quelques heures d'enseignement, et ceci depuis peu.

**Cette donnée majeure du problème confère à la connaissance des spécificités des séquelles des traumatismes crâniens une légitimité d'autant plus grande, que les dites spécificités bousculent les schémas pathogéniques les plus communément répandus.**

En effet le traumatisme crânien tire sa singularité de l'atteinte de l'encéphale, dont dépendent, entre autre, notre personnalité et notre comportement. Il peut faire de nous un "étranger", quelqu'un "qui n'est plus le même" et dont la vie et celle de sa famille vont basculer.

Pour bien comprendre les difficultés de l'approche de cette pathologie, il faut distinguer la **gravité initiale** de la **gravité séquellaire**, les deux ne se superposant pas nécessairement.

Dans l'échelle de gravité initiale, on distingue les traumatismes crâniens grave, modéré et léger selon l'existence et la profondeur d'un coma initial (apprécié le plus souvent par le score de coma de Glasgow, (Glasgow Coma Scale): grave 3 à 8, modéré 9 à 12, léger 13 à 15).

Dans l'échelle de gravité séquellaire, appréciée le plus souvent par l'échelle de suivi de Glasgow, (Glasgow Outcome Scale ), on distingue généralement 5 niveaux (bonne récupération 1 ; handicap de gravité moyenne 2 ; handicap sévère 3 ; état végétatif persistant 4 ; mort 5 )

Si **statistiquement** des corrélations peuvent être faites entre gravités initiale et séquellaire, **celles-ci ne permettent pas de dégager des critères de pré définition, avant expertise, de la notion de traumatisme crânien grave.**

En effet, les conséquences d'un traumatisme crânien peuvent être neurologiques et psychologiques.

Les conséquences neurologiques concernent avant tout les traumatismes modérés et graves. Les conséquences psychologiques surviennent, quelle que soit la gravité du traumatisme, même si leurs manifestations diffèrent selon celle-ci.

Les **conséquences neurologiques** sont directement liées aux lésions de l'encéphale et leur symptomatologie peut être, schématiquement, divisée en trois composantes :

1 physique (hémiplégie unique ou double, tremblements, amputation du champ visuel),

2 intellectuelle (troubles de l'attention, la concentration, du langage, de la mémoire, de la représentation et de la flexibilité mentales, du raisonnement verbal et non verbal, du jugement, difficultés à se situer dans l'espace ou à appréhender l'espace )

3 comportementale : le défaut de contrôle (désinhibition avec paroles, gestes, comportements déplacés, labilité de l'humeur, colères incontrôlées et imprévisibles pour des motifs anodins ou même en l'absence de motif), le manque de motivation et d'initiative, le défaut de stratégie et de capacités d'adaptation, enfin la lenteur et la fatigabilité sont les plus fréquemment rencontrées et constituent autant d'obstacles à l'accomplissement d'une vie normale. Il peut y avoir également exacerbation des traits de caractère antérieurs.

Parfois, l'atteinte physique est majeure, évidente (état végétatif, état pauci-relationnel, hémiplégie) et durable. En revanche, assez souvent l'atteinte physique disparaît ou régresse fortement et rapidement. Le patient peut avoir alors une apparence normale ou subnormale pouvant laisser penser à une absence de séquelles. Les atteintes intellectuelles et comportementales restantes constituent alors le " handicap invisible " qui empêchent ou gênent considérablement la réinsertion familiale, professionnelle et sociale du blessé par leur retentissement sur les actes élaborés, voire même simples de la vie quotidienne. Le pronostic de réinsertion dépend directement de ces atteintes comportementales et intellectuelles qui peuvent ne jamais régresser et même s'exacerber lorsque le contexte social et familial devient moins structurant et aidant au fil des années.

S'il est facile d'objectiver une paralysie ou un trouble oculomoteur, il n'en est pas de même pour les atteintes intellectuelles et surtout comportementales, gênant considérablement la réinsertion familiale, professionnelle et sociale du blessé par leur retentissement sur les actes élaborés de la vie quotidienne. Le pronostic de réinsertion dépend directement de ces atteintes comportementales et intellectuelles.

Les **conséquences** du traumatisme crânien sont également **d'ordre psychologique** et peuvent concerner tous les traumatisés crâniens. Elles sont liées à la place que nous accordons à l'encéphale : une blessure à la tête n'est pas vécue de la même manière qu'une blessure d'une autre partie du corps, que ce soit par le patient ou par ses proches et peut entraîner des perturbations psychologiques graves en l'absence parfois de lésions encéphaliques avérées. Ces conséquences peuvent également être liées, après un traumatisme crânien initial grave, au ressenti par le patient de ce qu'il a perdu. Même s'il existe souvent une anosognosie (méconnaissance de certains troubles) cela ne l'empêche pas de ressentir très douloureusement la perte de ses compétences et de son statut familial, social et professionnel antérieurs.

Faire la part des composantes psychologique et neurologique de l'atteinte nécessite son analyse à un moment donné (bilan neuropsychologique et connaissance des compétences pour les actes simples et élaborés de la vie quotidienne) mais également, la connaissance la plus précise possible de l'état pré-traumatique ainsi que de la dynamique d'évolution. Les données cliniques peuvent être complétées par des examens complémentaires (électro-encéphalogramme, scanner, IRM) mais ceux-ci peuvent être normaux ou très peu contributifs au diagnostic de gravité. L'examen clinique minutieux prend ainsi toute son importance.

La difficulté d'analyse des symptômes neurologiques et psychologiques et leur singularité rend nécessaire de faire appel à une mission spécifique et à des experts rompus à cette symptomatologie. Car, pour l'expert qui n'est pas spécialement formé aux caractéristiques du traumatisme crânien, celles-ci se heurtent ainsi, aux règles médico-légales de l'imputabilité en termes de concordance de siège, concordance de temps, explication pathogénique.

C'est bien cette distorsion majeure entre confinement des connaissances récentes à un cercle restreint et appréhension des séquelles (dans leur imputabilité comme dans leur évaluation) par un monde expertal n'ayant pas eu accès à ces connaissances qui se trouve à l'origine des questions parlementaires récurrentes des AFTC.

A ce premier constat s'ajoute celui-ci : la prise en charge des traumatisés crâniens fait des progrès constants au niveau du ramassage de plus en plus précoce des blessés, la qualité des unités de réanimation est indéniable, le maillage du territoire est bien réalisé également pour les unités de réadaptation fonctionnelle.

Mais la prise en charge médico-sociale à la sortie des centres de rééducation tarde à se mettre au niveau quantitatif (cf chapitre II) requis par l'incidence annuelle des traumatismes crâniens. La répartition territoriale des centres existants est très inégale. **Ce fait impose, le plus souvent la prise en charge de leurs blessés par les familles.**

A défaut de prise en charge vraiment possible par les structures collectives, il est donc primordial que toute indemnisation du préjudice, lorsqu'elle est possible, soit en phase avec l'exacte réalité des séquelles et les spécificités des besoins liés aux troubles cognitifs et du comportement qui les composent souvent.

Compte tenu de l'incidence annuelle de cette pathologie, la sphère de l'indemnisation ne peut pas attendre la formation généralisée du monde médical et le maillage complet du territoire en structures adaptées.

Il lui appartient de suppléer les déficits ci-dessus pointés. C'est la raison de la mise en place de ce groupe de travail.

Il convient cependant de relever que celle-ci n'intervient pas dans un "grand désert" en raison des initiatives et des avancées faites en ce domaine par les entreprises d'assurances, directement ou par leurs regroupements professionnels, et par les médecins examinateurs d'assurance. Sensibilisés à ces problématiques par le congrès de Rouen, ces professionnels, par l'intermédiaire de l'AREDOC ont :

1. encouragé la création d'un DIU de médecine de 3ème cycle - Traumatismes crânio-cérébraux-expertise qui a déjà vu plusieurs promotions,
2. établi en octobre 1997 une mission d'expertise spécifique aux traumatismes crâniens graves, mission d'évaluation après consolidation,
3. rédigé, après déplacements auprès de diverses structures, une plaquette d'information sur les aspects médicaux et les structures d'accueils spécifiques aux traumatisés crâniens,
4. participé à l'expérimentation de structures d'hébergement adaptées.

Il faut relever que l'institution judiciaire n'avait pas, au jour de la constitution du groupe de travail, développé une réflexion aussi structurée, à l'exception d'initiatives géographiquement limitées et beaucoup plus tardives.

## **I-2 ) Problème marginal ou important ?**

Ainsi que l'a écrit le Professeur TRUELLE dans sa note du 25 octobre 2001<sup>Annexe 12</sup>, **en termes d'expertise médico-légale, la gravité d'un traumatisme crânien dépend de l'importance des séquelles cognitives et comportementales qui ne seront que tardivement évaluables** (pas avant la troisième année en général).

L'outil d'évaluation le plus couramment utilisé à long terme est la GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS) (à ne pas confondre avec la Glasgow Coma Scale qui est l'échelle de coma, cf § I-1)

Ce score comporte 5 niveaux :

5 - mort

4- état végétatif persistant

3 - handicap sévère

2 - handicap de gravité moyenne

1 - bonne récupération.

Il est important de préciser quelles sont les séquelles des patients conservant un GOS 3 et 4 (scores de handicap modéré et de handicap sévère).

**GOS 3** = handicap (sévère): Ces patients requièrent l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison de leurs incapacités physiques ou mentales (ou les deux ).Ils ne peuvent pas rester 24 heures sans une aide extérieure. Nombreux sont ceux qui nécessitent un placement dans un centre d'hébergement, mais, à ce stade, ceci ne doit pas être un critère d'évaluation du handicap, car certaines familles font des efforts considérables pour garder le blessé dans son foyer. Il est important de signaler qu'un handicap sévère d'origine mentale peut amener à mettre dans cette catégorie un blessé qui a une incapacité physique légère ou nulle.

**GOS 2** = handicap modéré : Ces patients peuvent utiliser les moyens de transport en commun et travailler dans un environnement protégé. Ils sont donc indépendants dans la vie de tous les jours. Les handicaps incluent différents degrés d'aphasie, hémiparésie ou ataxie. Ils comprennent également des déficiences sur le plan intellectuel et sur le plan de la mémoire ainsi que des modifications de la personnalité et des changements d'ordre émotionnel et comportemental. Ces handicaps peuvent provoquer une rupture sévère au sein de la famille.

Il convient de rappeler qu'il n'existe pas de suivi statistique du devenir des traumatisés crâniens et l'évaluation de l'incidence annuelle des traumatisés crâniens conservant un handicap modéré ou sévère ne peut résulter que d'éléments parcellaires, et d'extrapolations de ces éléments, à défaut d'enquête épidémiologique d'envergure nationale qu'il serait primordial de favoriser.

Une seule étude, dont la qualité et l'importance des données, est unanimement reconnue, a été réalisée : il s'agit de l'enquête effectuée en 1991 par l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine.(ORSA).

L'étude porte sur une population de traumatisés crâniens, recensée en 1986. Ces blessés, revus 5 ans après leur traumatisme, ont été évalués par le document EBIS d'évaluation des traumatisés crâniens. L'outil d'évaluation de la gravité est la GLASGOW OUTCOME SCALE.



Cette étude est utilisée par tous les acteurs d'une meilleure prise en charge des problèmes des traumatisés crâniens ; elle est à l'origine de toutes les évaluations de la population concernée. On peut citer :

- L'étude réalisée en 1991 par l'UNAFTC à partir des données de l'étude de l'ORSA qui évalue le nombre de personnes survivant à un traumatisme crânien, 6 mois après l'accident, et les classe selon la gravité des séquelles dans le tableau suivant :

	0 - 20 ans	20 - 60 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Bonne récupération	8 000	59 000	8 000	75 000
Handicap modéré	5 000	40 000	5 000	50 000
Handicap sévère	2 100	17 000	2 300	21 400
Etat Végétatif Chronique	200	1 300	100	1 600
Ensemble	15 300	117 300	15 400	148 000

- dans sa note précitée du 25/10/2001 le Professeur TRUELLE a donné les extrapolations suivantes :
  - 160.000 traumatismes crâniens/an
  - 1.800 conserveront un handicap sévère au moment de la consolidation (IPP > 66 %)
- selon la circulaire 96/428 du 4/7/96 de la DAS/DE/DSS, citée dans le rapport LEBEAU, l'estimation de l'incidence annuelle des traumatisés crâniens ne pouvant retrouver une vie normale (GOS 2, 3 et 4) est située entre 3.000 et 5.000.

Sans contester l'importance du problème humain, mais pour en contester l'importance quantitative afin que celle-ci ne serve pas de prétexte à une modification profonde de l'expertise médico-légale, les deux membres du groupe de travail, représentants le domaine de l'assurance, ont opposé à cette étude et à ses extrapolations, les données suivantes :

Il s'agit des éléments tirés de "l'évolution récente des sinistres graves en assurance automobile 1995- 1999 "établi en novembre 2000 par la FFSS- Direction des Etudes et des Statistiques <sup>Annexe 13</sup>.

Ce document fait apparaître, page 5, l'évolution du nombre des sinistres d'un total unitaire supérieur à 7MF, soit 290 cas en 1997 et 1999 et 300 cas en 1998.

Monsieur BROUSSEAU devait préciser qu'il résultait d'une étude de SCOR (1ère société française de réassurance), que ces 300 cas environ se répartissaient à raison de :

- 1 / 3 de paraplégiques
- 1 / 3 de tétraplégiques
- 1 / 3 de traumatisés crâniens

Cette donnée est jugée, selon les médecins du groupe de travail, contraire à l'épidémiologie qui fait apparaître une proportion inverse soit 2/3 de traumatisés crâniens pour 1/3 de blessés médullaires.

Il s'agit donc d'une divergence importante d'appréciation puisque l'ensemble du groupe est en accord pour estimer :

- que, sauf cas exceptionnel de la perte d'une profession particulièrement rémunératrice, un dossier de 7 MF d'indemnisation correspond à une IPP de 65 % minimum, voire 70%
- que les handicaps sévères correspondent à 66 % d'IPP, au moins.

Comment donc expliquer la différence entre :

- une incidence annuelle de handicaps sévères évaluée à 1800 personnes environ
- et une indemnisation, de 100 personnes traumatisées crâniennes à plus de 7 MF, soit l'équivalent de cette cotation de gravité ?

Pour réduire ces divergences il convient de réintégrer les données suivantes :

1°) les chiffres de l'enquête ORSA sont indiqués, toutes causes de traumatismes crâniens confondues. Tous ces blessés ne bénéficient donc pas nécessairement d'une indemnisation (ex : conducteur seul en cause, chute au domicile...) Mais en rapportant ces chiffres aux proportions habituellement retenues d'indemnisés, c'est un minimum de 750 personnes/an selon Monsieur BROUSSEAU et de 1200/an selon le Professeur TRUELLE qui devraient être indemnisés selon le critère de 7 MF et plus.

La fourchette de divergence est ainsi réduite de 750 ou 1200 devant être indemnisés à 100 effectivement indemnisés à cette hauteur.

2°) la répartition de 1/3 de traumatisés crâniens pour 2/3 de médullaires, citée plus haut dans le document SCOR rapporté par Monsieur BROUSSEAU, dans la répartition des 300 cas indemnisés à 7MF et plus, est contraire à l'évolution épidémiologique, rappelée par le Professeur TRUELLE et Madame le Docteur Laurent-Vannier.

Cette évolution a été rappelée par l'Association Handiface en ces termes : (Handicap, Eléments médico-légaux avril 2001 page 301)

- dans les années 1970-1980 les blessés médullaires représentaient plus de la moitié des blessés
  - au milieu des années 1980 les médullaires et les traumatisés crâniens représentaient un nombre sensiblement équivalent.
- dans la décennie 1990 la répartition s'est faite le plus souvent entre :
    - \* la moitié de traumatisés crâniens graves
    - \* un quart de tétraplégique
    - \* un huitième de paraplégiques
    - \* un huitième de divers.
  - à la fin des années 1990, la proportion semble s'accroître et les traumatisés crâniens représentent le plus souvent les 2/3 de ces blessés, les tétraplégiques un peu moins de 20 % et les paraplégiques un peu moins de 10 %.

3°) A supposer donc qu'en raison d'une difficulté de saisine exacte des séquelles dans le relevé statistique, des paralysés aient été retenus comme médullaires alors que leur handicap moteur résultait de séquelles motrices de traumatismes crâniens, la rectification de cette erreur atteindrait le maximum des 300 cas.

D'où une divergence encore irréductible entre 750 ou 1200 traumatisés crâniens conservant un handicap sévère qui devraient être indemnisés et 300 au maximum qui l'ont été.

#### Les extrapolations de l'enquête surestiment-elles le nombre des blessés ?

- l'IGASS LEBEAU les a corrélées aux

- o enquêtes nationales de morbidité hospitalière du SESI (190.000 traumatisés crâniens soient 2 % des séjours hospitaliers), première cause des séjours hospitaliers,
- o à l'étude de MASSON, MAURETTE et DARTIGUES <sup>Annexe 14</sup>

soit à 5 ans de l'accident :

67 % légers

15 % modérés

18 % graves

Si quelques divergences apparaissent entre les extrapolations de l'enquête ORSA et ces travaux elles ne sont pas significatives du caractère marginal du nombre de personnes concernées par des séquelles d'un traumatisme crânien, au contraire.

A nouveau questionné sur la comparaison de ces données, Monsieur BROUSSEAU n'a pas entendu commenter ces divergences, se contentant d'indiquer que le chiffre de 7 MF d'indemnisation minimale n'était qu'un curseur financier.

Plusieurs membres du groupe en ont tiré la démonstration de la justesse de la dénonciation par l'UNAFTC de la sous-estimation évidente des séquelles des traumatisés crâniens.

-----

Au delà de ces divergences et de leur interprétation, difficile voire impossible à faire puisqu'il s'agit de comparer des données selon des critères d'inclusion totalement différents et non convertibles d'une étude à l'autre, **et en l'état de l'absence de toute étude épidémiologique d'envergure nationale**, il convient de souligner que les objectifs assignés au groupe de travail par le MJ ne concernent nullement les seuls traumatisés crâniens dits graves qui relèveraient d'un curseur financier à 7 MF et plus. Ceux-là ne devraient au contraire pas poser de problèmes, tant leurs séquelles sont évidentes.

Ils concernent tous ceux dont l'imputabilité et l'évaluation des séquelles posent des problèmes importants, c'est à dire, ceux qui conservent un handicap modéré ou un handicap sévère dont l'indemnisation n'atteint pas nécessairement ce montant financier.

Cette population est importante et son évaluation par les méthodes indiquées ci-dessus n'a pas été contestée.

La difficulté de l'évaluation médico-légale de leurs séquelles est d'ailleurs reconnue par l'AREDOC dans ces termes.

*"Niveau 1 de dépendance : aucune dépendance (sous réserve de difficultés fréquentes d'insertion et de réinsertion professionnelle) : IPP 20 à 40 %.*

*La fréquence de ces bonnes récupérations après traumatisme crânien grave est mal connue, car aucune étude spécifique ne leur a été consacrée. Ce sont peut-être les dossiers les plus difficiles quant à l'évaluation médico-légale compte-tenu du manque "d'évidence" de ces séquelles neuro-psychologiques".*

Ce document définit par ailleurs 5 niveaux de **dépendance** et fait apparaître les proportions suivantes sur 187 dossiers colligés (sur une période non précisée) avec IPP > 50 % :

- 35 % des victimes représentent le niveau 2 de dépendance, soit dépendance partielle pour la gestion de la vie quotidienne, souvent totale pour la gestion économique (IPP de 50 à 65 %)
- 40 % représentant les niveaux 3 et 4 de dépendance, soit dépendance quasi-totale pour la gestion de la vie courante oblitérant la relative dépendance physique (IPP de 65 à 85 %) et dépendance très importante physique et psychique (IPP de 80 à 95%)
- 25 % représentant le niveau 5 de dépendance totale (IPP 95 à 100%).

L'ensemble de ces données converge donc sur la justification de la réunion de ce groupe en raison :

- de l'émergence d'une population importante
- dont les séquelles sont, dans de nombreux cas, difficilement appréhendées
- dont la juste évaluation requiert donc des outils et des moyens spécifiques.

---

Une juste évaluation des séquelles de l'indemnisation est d'autant plus importante que la prise en charge médico-sociale des traumatisés crâniens consolidés, est très parcellaire et manifestement insuffisante. Le devenir de ces blessés dépend donc, quasi-exclusivement de l'emploi des fonds provenant de l'indemnisation.

En effet, ainsi qu'il sera indiqué au chapitre IV/1) le traumatisé crânien est le plus souvent un sujet de sexe masculin, jeune (moins de 30 ans), en formation scolaire, universitaire ou professionnelle.

C'est un sujet dont le traumatisme va gravement obérer l'avenir personnel et professionnel et auquel ne sont offerts que quelques témoins de la solidarité nationale.

Il est expressément renvoyé au rapport de l'IGASS LEBEAU, pour l'analyse de l'inadéquation des besoins en équipements spécialisés (accueil de jour, hébergement à long terme, auxiliaires de vie, structures d'insertion professionnelle spécifiques...) avec les équipements disponibles.

Cependant, sont extraits de ce rapport les éléments suivants :

- en 1995, l'UNAFTC évaluait les besoins à :

- 21.000 places en Centres d'Aide par le Travail
- 11.000 places en Atelier protégé,

étant précisé qu'il s'agit de places spécifiques, le mélange des traumatisés crâniens avec des handicapés mentaux notamment étant toujours facteur d'échec.

- en Décembre 2001, selon une note adressée par l'UNAFTC <sup>Annexe 15</sup> le nombre de **places spécifiques** aux traumatisés crâniens serait le suivant :

Nombre de <b>places</b>	En fonctionnement	En construction	En attente d'autorisation
Foyers à double tarification	222	212	35
Equipes mobiles de soutien	154	20	10
Maisons d'accueil spécialisées	135	20	0
Centres d'activités de jour	80	0	0
Soutien éducatif, sanitaire et social à domicile	55	0	0
UEROS	251	0	0
Centres d'aide par le travail-CAT	222	0	0
Institut médico-éducatif	20	0	0
Unités de réinsertion pour traumatisés crâniens	3	0	0

Autant dire que la couverture des besoins par rapport à l'effectivité de ceux-ci est donc infime.

Les conséquences de cette situation sont les suivantes :

- la prise en charge à long terme de ces handicapés est quasi-exclusivement familiale avec son cortège de perturbations familiales majeures et d'angoisses quant à l'avenir du cérébro-lésé.

- si la prise en charge familiale n'a pas lieu, le cérébro-lésé sera, faute de place spécialisée, entraîné dans une errance dans des services inadaptés

- la juste indemnisation, lorsqu'elle est possible, revêt une importance majeure de suppléance de l'organisation sociale défailante : c'est elle seule qui permettra un hébergement adapté, une aide humaine de suppléance ou d'incitation, le dégagement de fonds nécessaires à la création de foyers occupationnels...

Cette juste indemnisation ne peut être réalisée que par des acteurs formés aux spécificités du traumatisme crânien et à l'aide d'outils spécifiques d'évaluation

## **II/ La formation des acteurs de l'indemnisation et de la protection :**

Ceux-ci sont répartis en deux catégories : les intervenants du domaine médical, et ceux du domaine juridique.

### **II-1) LES EXPERTS MEDICAUX**

#### **II-1-1 ) Ceux-ci sont sollicités dans les cas suivants :**

II-1-1-a) **expertises médico-légales d'imputabilité et d'évaluation des séquelles** dès lors qu'une indemnisation est possible; celle-ci, forfaitaire ou de "droit commun" peut intervenir en raison de la mise en jeu

- d'un fondement légal de l'indemnisation par un tiers - responsabilité civile (faute, garde de la chose, de l'animal,...) loi du 5/7/85, commission d'indemnisation des victimes d'infraction...

- d'un fondement légal de l'indemnisation par un co-contractant (responsabilité médicale, des associations ou groupements sportifs...)

- d'un fondement contractuel d'indemnisation : garanties " décès-invalidité " individuelles ou de groupe...

- d'un fondement légal de protection sociale : pensions d'invalidité des fonctionnaires en cas d'accident du travail, et indemnisation des accidents du travail de droit commun.

Ces évaluations médico-légales ressortent de la compétence :

1. des seuls médecins conseils des entreprises d'assurances dès lors qu'une indemnisation amiable est dérogée
2. des experts, inscrits sur les listes dressées par les Cours d'Appel et la Cour de Cassation en cas de saisine (en référés ou au fond) des juridictions judiciaires
3. des experts inscrits sur les listes dressés par les Tribunaux Administratifs dès lors que sont en jeu des dommages résultant de travaux publics, des séquelles consécutives à des soins médicaux dispensés par le service public et en cas de détermination des pensions d'invalidité de fonctionnaires victimes d'un accident de travail
4. des experts inscrits sur les listes spéciales de la Sécurité sociale en cas d'accident du travail.

II- 1-1-b) **expertises ordonnées dans le cadre des mesures de protection des majeurs** effectuées par des experts (le plus souvent exclusivement psychiatres) inscrits sur une liste spéciale dressée par le Procureur de la République.

#### **II-1-2) Conséquences de cette diversité :**

Ces listes se recoupent partiellement mais sont dressées selon des principes très généraux d'autonomie et d'exercice souverain du pouvoir d'appréciation des mandants.

Il en résulte :

- un grand nombre d'experts médicaux
- des critères variables de sélection
- des régimes différents de contrôle continu des connaissances,
- des critères variables de rubriques ou de spécialités médicales.

- des pratiques différentes d'exercice de la médecine et de l'expertise, pouvant aller de l'expertise à titre exclusif à l'expertise à titre anecdotique - et d'une pratique clinique quasi exclusive à l'absence de toute pratique clinique.

Ces caractéristiques, non spécifiques à l'expertise des traumatisés crâniens prennent un aspect très particulier dans cette pathologie.

En effet :

- ainsi qu'il a été dit au §/a) les spécificités des séquelles post-traumatisme crânien (tant en imputabilité qu'en évaluation) ne font pas l'objet d'un enseignement général conséquent lors des études de médecine et les connaissances sont encore confinées à un cercle, étroit, de spécialistes.

Le retard de formation courante, en ce domaine, est important et n'apparaît pas sur le point d'être résorbé rapidement. En effet seul un module handicap de quelques heures a été récemment introduit dans les études médicales.

Il n'y a pas encore d'exigences de formation continue des experts inscrits sur les listes des Cours d'Appel, Tribunaux Administratifs, Sécurité Sociale, et la formation des médecins d'assurance est variable d'une entreprise à l'autre sur ce sujet.

- le cercle étroit des spécialistes n'est constitué que de cliniciens, car seule l'observation réitérée de la pathologie permet de résoudre les difficultés d'appréciation et seuls des cliniciens peuvent résoudre les cas discutés.
- ce cercle s'est constitué à partir d'unités hospitalo-universitaires qui se sont résolument engagées dans la recherche; leur répartition géographique est inégale, des régions sont bien dotées (Bordeaux, Angers) d'autres n'ont pas ces spécialistes.

La conjonction de ces éléments permet de retenir les analyses suivantes :

- le bon expert, dans les cas de traumatisme crânien, est impérativement un clinicien,
- la répartition géographique des dits cliniciens ne recoupe nullement la territorialité des différentes listes d'experts dressée par les différents mandants.
- le recours à des sapiteurs, cliniciens-spécialistes, reste toujours possible mais renvoie à l'absence de sensibilisation minimale du corps médical aux spécificités et difficultés de la pathologie en cause (pour saisir un sapiteur, encore faut-il avoir conscience du problème) ;

La conjonction de l'anosognosie (négation de la maladie par le malade qui est une constante importante chez les traumatisés crâniens) de ces blessés avec l'absence d'enseignement courant en ce domaine crée toutes les conditions d'erreurs majeures d'appréciation - et les explique.

- les rubriques expertales actuelles n'ont pas été révisées depuis plusieurs années, et les listes d'experts ne permettent pas, en l'état de leur rédaction, de repérer l'expert spécialisé en ce domaine.

### **II-1-3) Remèdes :**

Le groupe a donc recherché les moyens de garantir que le blessé soit examiné par un professionnel averti, qui ne s'arrête pas à une apparence normale ou subnormale du patient et qui sache détecter le " **handicap invisible** " (cette définition du professionnel compétent en traumatisme crânien a été reprise en des termes similaires par le Docteur ATTAMIAN, Président de la FFAMCE, lors de son audition par le groupe).

## II - 1 - 3 - 1 ) Premier impératif : l'expert doit être un clinicien :

Pour cela, il faut éliminer les experts qui ne sont que spécialistes de l'expertise et qui ne sont donc plus cliniciens.

### - Données chiffrées :

Monsieur BROUSSEAU a remis un document <sup>Annexe 16</sup> concernant la seule matière de l'indemnisation au titre de la mise en jeu de la responsabilité civile générale et de la responsabilité civile automobile. Ce document et les précisions données par Monsieur BROUSSEAU font apparaître ces données chiffrées sur les expertises médicales :

	180 000 expertises confiées par les assureurs		
+	25 000 expertises judiciaires		
soit	205 000 expertises (responsabilité civile) effectuées par	→	7 000 experts judiciaires
		↘	604 experts d'une liste ICA (dressée par les entreprises d'assurance) dont 350 experts judiciaires.

On peut affirmer que ces 604 experts - ICA sont des spécialistes de l'expertise qu'ils exercent à plein temps et ne sont plus des cliniciens.

Deux éléments confortent cette affirmation :

- o les deux représentants de l'assurance ont indiqué, que, sauf expertise difficile, les honoraires de l'expert - ICA étaient de 900 F par expertise. Le montant de 162 millions de francs dégagés des 180 000 expertises assure en moyenne, 268 000 F de chiffres d'affaires annuel à chacun des experts ICA.
- o l'ensemble des chiffres indiqués ci-dessus ne concernent que l'indemnisation de responsabilité civile générale et automobile. S'y ajoutent donc notamment toutes les autres expertises médicales liées aux contrats assureurs-assurés : " *invalidité-décès, assurance-vie* ".

Ces données permettent de constater que les expertises médicales d'évaluation du dommage des traumatismes crâniens, ne sont pas, pour la plupart, effectuées par des cliniciens.

Il faut préciser que la formation continue des experts-ICA (par l'intermédiaire de l'AREDOC, de la FFAMEDOC, notamment) permet à certains d'entre eux d'être avertis des spécificités des traumatismes crâniens et des évolutions diagnostiques. Mais pour être importante, cette connaissance ne suffit pas à remplacer la pratique clinique dans l'évaluation difficile de ces séquelles très particulières.

### - Données juridiques :

350 de ces 604 experts ICA sont, en même temps, experts judiciaires et c'est à leur sujet principalement que se pose le problème du cumul ou du non-cumul des fonctions d'experts judiciaires et de médecins examinateurs d'entreprises d'assurances.

Ce sujet a été traité par deux études :

- o celle effectuée par Maître PREZIOSI <sup>Annexe 17</sup>
- o celle effectuée par le SAEI <sup>Annexe 18</sup>

Le Docteur ATTAMIAN (Président de FFAMCE) a établi une note du 5 juillet <sup>Annexe 19</sup>.



Il résulte des deux études citées que le droit français ne prévoit, expressément, aucune incompatibilité.

Les discussions sur celle-ci portent sur les interprétations faites des notions d'indépendance, d'impartialité, et d'absence de subordination et d'intérêt direct ou indirect des médecins-examineurs par rapport aux entreprises d'assurances, au regard des exigences en ce domaine, édictées :

- en droit interne, par des articles 341 du Nouveau Code de Procédure Civile, 2 alinéa 6 du décret du 31/12/1974 et par la circulaire du Ministère de la Justice du 2 juin 1975 ;
- en droit européen, par l'article 6 de la **Convention Européenne des Droits de l'Homme**.

Deux interprétations s'opposent radicalement :

- pour les uns, subordination, dépendance, partialité résultent des conditions économiques propres à la constitution ou à la structuration de ces cabinets d'expertise dont la viabilité économique dépend du maintien de la confiance des mandants d'où une propension à ne pas déplaire, à ceux-ci, voire, à devancer leurs attentes et s'expriment, notamment, par des conventions professionnelles d'indemnisation du préjudice corporel et l'existence de structures communes, telles l'AREDOC et l'APSAD ;
- pour les autres, indépendance et impartialité résultent de la prééminence de la déontologie médicale et de l'organisation de la profession au sein de la FFAMCE étant précisé (note du Docteur ATTAMIAN) que la réfutation des arguments de dépendance et de partialité insiste sur le fait que 75 % des 1 200 membres de la fédération sont praticiens (spécialistes ou généralistes) et que 50 % de ces 1 200 médecins ne font qu'une à deux missions par jour.

Ces éléments ont démontré que la recherche d'une exigence de pratique clinique pour pouvoir pratiquer une expertise médico-légale de traumatisme crânien ne serait pas assurée par la seule adoption de la règle d'incompatibilité du cumul des fonctions d'expert judiciaire et de médecin-examineur d'assurances :

- à défaut d'exigence concomitante d'une telle pratique clinique de la part des médecins-examineurs d'assurances, saisis de près de 88 % des expertises dans le cadre de l'indemnisation extra-contractuelle ;
- à défaut de critères permettant de rechercher, parmi les cliniciens, les spécialistes du traumatisme crânien.

*II-1-3-2) 2ème impératif :* rechercher parmi les cliniciens, le spécialiste du traumatisme crânien.

Cet objectif pourrait être atteint en modifiant les rubriques des listes expertales pour y introduire des rubriques ou spécialités telles neuropsychologie, ergothérapie... et en attirant l'attention des mandants sur la nécessité de faire apparaître dans la liste, l'exacte pratique clinique.

La réalisation de cet objectif suppose cependant :

1) qu'une disposition légale ou réglementaire impose cette exigence aux assureurs

2) que les magistrats concernés par l'établissement des listes (assemblées générales des Tribunaux de Grande Instance et des Cours d'Appel, assemblée générale Cour de Cassation, Présidents des Tribunaux Administratifs et des Cours Administratives d'Appel, Procureur de la République pour listes spéciales tutelles...) soient très informés de

l'importance du problème, suscitent des vocations, inscrivent dans la bonne spécialité. Cet objectif n'est donc réalisable qu'après formation de tous ces acteurs essentiels.

La mise en oeuvre d'une telle recommandation permettrait déjà une clarification importante. Elle ne répondrait cependant pas aux problèmes qui se dégagent de la répartition actuelle des compétences professionnelles : la neuropsychologie ressort de façon de plus en plus marquée, des psychologues et non des médecins. Or le traumatisé crânien est, le plus souvent, un polytraumatisé dont l'évaluation séquellaire requiert des compétences médicales. La co-évaluation médecin-psychologue, en dommage corporel, se heurte aux habituelles répartitions des compétences et ne se pratique que dans les cercles déjà sensibilisés à ces spécificités.

Et en l'absence même de polytraumatisme, peut-on imaginer de ne confier l'évaluation médico-légale de séquelles cognitives et comportementales qu'à un psychologue? Une telle proposition heurterait, la pratique actuelle communément admise.

### II-1-3-3) Solution dégagee

Il apparaît donc au terme de ces pistes de réflexion que celles-ci ne sont que subsidiaires à la proposition principale suivante : les spécificités du traumatisme crânien, l'absence de vulgarisation de la connaissance de celles-ci dans le monde médical à laquelle il ne pourra être remédiée que dans un long délai (qui se compte en dizaines d'années), la nécessité de dresser la liste exhaustive quoique restreinte des cliniciens spécialistes et des intervenants spécialisés (psychologues, ergothérapeutes...) convergent **vers la proposition de l'établissement d'une liste nationale unique spécifique à l'évaluation médico-légale et aux mesures de protection des cérébro-lésés établie par un collègue spécialisé.** Le précédent de loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui prévoit, en son article 98, l'instauration d'une liste nationale des experts en accidents médicaux, inscrits après évaluation de leurs connaissances, renforce la crédibilité de cette proposition.

L'établissement d'une telle liste présenterait de plus les avantages suivants :

- contrôle régulier des connaissances
- facilitation de programmes de formation en vue du recrutement alors que les experts font actuellement défaut en la matière (le Professeur TRUELLE s'est déclaré disposé à élaborer un programme de formation à l'expertise de psychologues hospitaliers)
- exigence de formation continue (ce point peut être obtenu par d'autres voies) contrôlée efficacement par un collègue n'entérinant pas, par défaut, des situations acquises
- clarification des pratiques en matière d'honoraires experts en traumatisme crânien. L'évaluation neuro-psychologique requiert beaucoup de temps et il convient de combattre ici l'idée souvent développée pour légitimer une tarification standard des honoraires, selon laquelle, dans le volume des expertises, pertes et gains de temps se compensent.

Ce ne peut être le cas en neuro-psychologie.

Il convient donc de rémunérer ces expertises en rapport avec le temps passé.

A cet égard, le groupe de travail a été très intéressé par la note exhaustive <sup>Annexe 20</sup> établie par la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG) sur les honoraires experts rapportés aux cas des traumatisés crâniens et formule les appréciations suivantes :

\* en matière pénale, la connaissance des spécificités des traumatismes crâniens est majeure, aussi bien pour évaluer des séquelles de nature à dégager une invalidité permanente (élément constitutif de l'infraction prévue à l'article 222.9 du Code Pénal) que pour déterminer des mesures efficaces de protection de l'enfance (syndrome de l'enfant secoué avec son cortège de séquelles cognitives par ex.).

\* l'actuelle absence de tarification formelle des honoraires des expertises spécifiques aux traumatisés crâniens, devrait permettre à la DACG de laisser clairement la porte ouverte à une tarification équitable de ces expertises. Toute solution contraire renverrait la charge financière d'un véritable service public sur un petit groupe de spécialistes déjà débordés

- recrutement facilité des jeunes compétences par reconnaissance de leurs connaissances et abandon du caractère péjoratif des honoraires actuels.

- accompagnement de qualité des mesures récemment prises par le Ministère de la Santé pour le dépistage et la prise en charge des lésions encéphaliques de dégénérescence

- caractère hautement pédagogique à l'égard de tous les acteurs de l'indemnisation et de la protection des cérébro-lésés qui ne seraient plus légitimes à ignorer les composantes d'un problème ayant reçu une telle solution.

Cette proposition de liste nationale unique spécifique à l'évaluation médico-légale et aux mesures de protection des cérébro-lésés a été adoptée à l'unanimité (cf. P.V. n° 7 p.5).

Interrogé sur l'éventualité de la création d'une telle liste, le Docteur ATTAMIAN (FFAMCE) a indiqué ne pas être opposé à ce principe, sauf à instaurer " *un filtre* " (cependant peu défini) afin de limiter le recours à ces spécialistes : toutes les victimes ne nécessitent pas un tel examen.

Cette observation rejoint les interrogations du groupe qui y a répondu, dans le chapitre " III - 3 - 2) *quels cérébro-lésés sont concernés* " par les propositions.

Après l'adoption de cette proposition, il y aura lieu d'affiner ultérieurement :

- les garanties de compétence et d'impartialité des cliniciens qui seraient inscrits sur cette liste nationale et les composantes du collège d'inscription. Le précédent de la loi précitée du 4/3/2002 devrait faciliter cette mise en oeuvre

- la réalisation de l'expertise, en deux temps différents, en cas d'accidents médicaux aux conséquences cérébrales

\*le 1<sup>er</sup> temps relatif à la détermination des causes de l'accident (expert en accident médical)

\*le 2<sup>ième</sup> temps relatif à la détermination des séquelles (expert en traumatisme crânio-encéphalique).

## **II - 2/ Les juristes**

La séance du groupe de travail consacrée à la formation (cf compte-rendu du 19/7/01) a parfaitement montré qu'à l'exception d'inspecteurs et/ou chefs de division d'une majorité d'entreprises d'assurance, les juristes concernés ne sont pas même sensibilisés aux spécificités du traumatisme crânien (sans même parler de formation).

Une partie des acteurs de l'indemnisation, qui s'appuient légitimement sur les experts médicaux, relaient ainsi les inconvénients majeurs des déficiences expertales évoquées au point précédent.

Les intervenants concernés sont les suivants :

- au premier chef, l'avocat, qui a la charge de conseiller son client et de l'aider à dégager ses besoins et à formuler ses demandes. Il lui est nécessaire de connaître les spécificités de cette pathologie pour dégager efficacement sa stratégie face aux insuffisances de la diffusion des connaissances en ce domaine.

Or il n'y a pas, actuellement, de spécialité du handicap et encore moins du grand handicap. Cette dilution de la compétence ne favorise pas la nécessaire formation spécifique au handicap.

- l'avocat de l'enfant, n'est pas plus formé à la connaissance des mécanismes lésionnels et des séquelles cognitives et comportementales consécutives à des traumatismes survenus dans la petite enfance (syndrome du bébé secoué par exemple).
- les inspecteurs-régisseurs et chefs de division-dommages des Entreprises d'assurances : toutes les entreprises n'ont pas investi également dans la formation et l'information de leur personnel.

Mais les promotions qui ont suivi le DIU, les plaquettes d'information AREDOC, les formations d'entreprises mises en place, le soutien psychologique apporté à certaines équipes spécialisées dans le grand handicap démontrent une prise en compte réelle des spécificités des traumatismes crâniens.

- les magistrats concernés sont :
  - ceux de l'ordre administratif (accidents de travaux publics, accidents médicaux relevant du service public, rentes AT de fonctionnaires) Aucune formation spécifique, initiale ou continue, n'est dispensée.
  - ceux de l'ordre judiciaire

- juges des référés.

- civilistes et pénalistes de l'indemnisation, CIVI,

- juges des enfants en tant que juges de l'indemnisation des conséquences dommageables des infractions des mineurs et en tant que protection des mineurs

- parquetiers et juges d'instruction et juges pénaux dans la recherche des éléments constitutifs des infractions (ex: art 222.9 du CP)

- juges des tutelles avec la spécificité de la prise en charge des cérébro-lésés (détermination de la mesure adéquate de protection, autorisation de transaction sur indemnisation).

- parquetiers pour l'établissement de la liste spécialisée des experts/ tutelles

Les réponses obtenues de l'ENM démontrent qu'aucun enseignement particulier n'est dispensé en formation initiale sur les spécificités du traumatisme crânien <sup>Annexe 21</sup>.

Les diverses sessions de formation continue n'abordent pas directement cette spécificité <sup>Annexe 22</sup> (cf le programme de formation continue "réparation du préjudice corporel"). Une intervention d'une heure sur le sujet a été faite en 2002 dans le module "oeuvre de justice et victime".

L'organisation fin 2000 par la Cour d'Appel d'AIX EN PROVENCE d'un colloque spécifique a été reprise au catalogue de l'ENM pour l'année 2002.

- les tuteurs : aucune formation spécifique ne leur est dispensée
- les agents des caisses de sécurité sociale : il n'apparaît pas qu'ils aient une formation spécifique.

**Le groupe de travail formule donc les propositions suivantes :**

Compte tenu de l'incidence annuelle des traumatisés crâniens, de l'enjeu majeur de leur équitable indemnisation qui conditionne souvent leur réinsertion et du déficit de connaissances en ce domaine, il semble important :

-1) de mettre en place un programme spécial de rattrapage de niveau de l'ensemble des magistrats de l'ordre administratif et judiciaire concernés avec dégagement de moyens financiers adéquats.

Au niveau pédagogique, ce programme peut rapidement être mis en place avec l'appui de structures existantes : les enseignants du DIU, le Centre ressources <sup>Annexe 23</sup> Crânien, Les entretiens d'Aix....

Il est souligné que le "taux de retour" d'un tel investissement financier n'est pas négligeable pour la collectivité nationale dès lors que des discussions plus argumentées sur l'imputabilité des séquelles et leur exacte importance ont des conséquences immédiates sur l'indemnisation, donc par le biais de la subrogation légale ou la suppression des allocations, sur le remboursement ou le désengagement des organismes sociaux ou de solidarité nationale.

- 2) de saisir l'opportunité du recrutement de 425 magistrats, en 2002, pour dispenser, immédiatement, un enseignement général sur ce problème.

- 3) de dégager ensuite les mesures de formation initiale et continue à plus long terme, en ces termes :

- nécessité de créer une spécialisation-avocat " droit du dommage corporel ". Cette demande a déjà été prise en compte par le CNB lors de la réunion du 19 juillet. Elle est réitérée. Les avocats qui solliciteront la reconnaissance de cette spécialité devront être formés aux spécificités du traumatisme crânien. Cette recommandation a également été faite par le groupe de travail " *Conseil National d'Aide aux Victimes* ".
- il est nécessaire pour l'ENM :

- d'introduire pour tous les auditeurs de justice, une formation initiale de sensibilisation.

- d'étoffer l'actuelle formation, France Traumatismes continue relative au préjudice corporel soit en en modifiant le contenu, soit en l'insérant dans un programme plus large de module "grand handicap" comprenant la formation aux spécificités décrites, et aux outils d'évaluation et d'indemnisation, des stages en unités médicales ou médico-sociales spécialisées (Monsieur le Professeur TRUELLE et Madame le Docteur LAURENT VANNIER ont proposé d'ouvrir leurs unités et de faciliter l'ouverture d'autres unités à ces stages), des colloques de mise au point continue des connaissances ainsi acquises.

- Il est nécessaire de sensibiliser le Conseil d'Etat, organisme de formation des juridictions Administratives, à l'ampleur des problèmes dégagés afin de développer sur ce point :
  - soit des formations spécifiques
  - soit l'ouverture de sessions ENM.
- il est nécessaire d'attirer l'attention des DRASS sur l'urgence nécessité de formation des tuteurs.

Il est en effet rappelé que la réinsertion d'un traumatisé crânien nécessite des efforts constants pour tendre, autant que possible, à son autonomie en fonction de son handicap, et que ces efforts ne peuvent être ruinés par des attitudes paternalistes engendrées par la méconnaissance des spécificités. La détermination de l'action des tuteurs doit pouvoir être faite en connaissance des interférences de celle-ci sur le projet thérapeutique ou le projet de vie

- il en est de même pour la Direction de la Sécurité Sociale, dont la circulaire CNAMTS ne détaille pas les enseignements dispensés à ses personnels.

### **III- Des moyens spécifiques d'évaluation**

Les spécificités des séquelles cognitives et comportementales liées au traumatisme crânien ont déjà été décrites. Il convient de rappeler à quel point elles obèrent l'avenir professionnel et social des blessés : le Président de l'UNAFTC (réunion du 20 septembre 2001) et le Professeur TRUELLE ont indiqué que les troubles comportementaux pesaient encore plus lourd sur le devenir des blessés que les troubles cognitifs. Ils sont de nature à compromettre son insertion professionnelle et sociale, s'il n'y a pas un environnement averti.

Ces spécificités imposent une démarche particulière d'indemnisation, et le recours à des concepts ou des outils spécifiques d'évaluation.

#### **III-1 Interdépendance entre indemnisation et réinsertion :**

Il convient de rappeler les données suivantes :

- a) le déficit en structures médico-sociales et professionnelles ou scolaires à la sortie des centres de rééducation fonctionnelle est criant. Son ampleur a été chiffrée ci-dessus au § I-2). Ce déficit impose de financer des solutions individuelles ;
- b) la notion de durée nécessaire pour la réadaptation et la réinsertion (la consolidation n'intervient pas, le plus souvent, avant trois années) et le caractère fragile des acquis, qui doivent sans cesse être confortés et vérifiés sous peine de régression ;
- c) le caractère fondateur du retour au travail et de l'autonomie, insérés dans un projet de vie correspondant aux véritables aspirations du blessé et à ses possibilités.

**Autant dire que les moyens financiers de la réinsertion participent à la réussite de celle-ci et que la qualité de vie du blessé comme le montant final de l'indemnisation dépendront largement des moyens financiers mis en oeuvre pour la réalisation d'un projet thérapeutique tendant à la réalisation d'un projet de vie possible et adapté aux nouvelles capacités.**

Nombre d'entreprises d'assurances ont parfaitement compris ces enjeux et, pour celles qui ont des équipes spécialisées, la prise en charge des besoins du blessé pour réaliser le projet de vie est immédiate et donne lieu à un suivi de l'évolution des besoins en fonction des réalisations.

L'institution judiciaire (et sans doute aussi les juridictions administratives) n'a pas intégré ce type de démarche évolutive.

Or :

- o Les Juges des Tutelles sont concernés, y compris en indemnisation amiable, lorsqu'une mesure de protection est prise à l'égard d'un mineur ou d'un majeur.
- o Il faut savoir débloquer les fonds provisionnels en fonction des besoins du projet thérapeutique ou du projet de vie.

Madame le Docteur LAURENT VANNIER a souligné combien étaient préjudiciables les décisions de blocage des fonds (pour garantir l'avenir ?) alors que ces fonds étaient destinés et immédiatement nécessaires au projet pédagogique adapté.

Préserver l'avenir d'un jeune traumatisé crânien, c'est investir dans un projet de vie. Ce n'est pas seulement privilégier la rentabilité d'un capital indemnitaire. Ceci est cependant contraire à la culture habituelle des juges des tutelles.

- o Lorsque l'indemnisation est contentieuse, trois magistrats conjuguent, sans aucune coordination, leurs décisions :

- le Juge des Référé qui est le plus souvent très précautionneux, voire parcimonieux, dans l'octroi d'une provision, par crainte d'un recours élevé des organismes sociaux et dans l'incertitude du taux d'IPP séquentiel.

Ce Juge des Référé n'indique quasiment jamais les motifs du montant de la provision. Il fixe une somme globale. Le Juge de la Mise en Etat procède de la même façon.

Ce montant global, non défini dans le temps, non finalisé dans ses objectifs, ne favorise pas le déblocage de l'utilisation des fonds par le Juge des Tutelles.

Enfin les actuelles missions d'expertises ne prévoient pas de demander à l'expert, lorsqu'il estime la victime non consolidée, quel est le projet thérapeutique ou de vie, et les besoins engendrés par ce projet, ni la fourchette prévisible d'IPP.

La victime (et sa famille) se retrouve donc dans une situation bloquée, où son indemnisation va dépendre de sa consolidation, et sa consolidation des moyens financiers d'accompagnement du projet de vie qui ne lui seront substantiellement débloqués qu'après la consolidation.

A l'instar de la démarche évolutive des assureurs, il convient donc de modifier, par l'intermédiaire de la formation de tous les acteurs de l'indemnisation et de la protection judiciaire et d'une mission d'expertise adéquate, les pratiques afin que **l'indemnisation devienne le levier de la réinsertion** et non qu'elle entrave celle-ci en raison d'un souci, légitime mais inadéquat pour un traumatisé crânien, de préservation de l'avenir.

Contrairement à la pratique habituellement tenue pour les autres blessés, la préservation de l'avenir d'un traumatisme crânien peut résider dans des dépenses immédiates et incontournables.

### **III-2 Des concepts de référence : la CIH-2 (Clarification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la Santé) :**

L'UNAFTC a souligné les apports de la CIH-2 publiée par l'OMS au printemps 2001 (2ème version) dans la prise en compte des aspects situationnels dans la définition du handicap.

Cette classification a pour but de fournir des éléments communs à tous les acteurs mondiaux de la santé pour comprendre et étudier les états de santé et les conséquences qui en découlent, pour comparer et fournir un mécanisme d'encodage d'information sanitaire ; elle a été utilisée notamment comme outil de politique sociale (planifier les systèmes d'indemnisation) ou par les assureurs.

Elle développe des concepts d'analyse de l'état dans lequel se trouve une personne, en distinguant :

- le fonctionnement
- les aspects de la santé (ou des états qui y sont liés) qui ne posent pas problème. :
- le handicap : un problème (incapacité, limitation d'activité, restriction de participation)

La CIH 2 repose sur l'intégration de deux modèles conceptuels antagonistes proposés pour comprendre et expliquer le handicap et le fonctionnement :

Dans le modèle médical le handicap est perçu comme un attribut de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. Le handicap est géré pour guérir le malade, ou l'adapter et changer son comportement. Les soins médicaux sont perçus comme étant la principale question et, au niveau politique, la principale réponse est de modifier ou de réformer les politiques de santé.

Dans le modèle social, par contre, la question du handicap est perçue comme étant surtout un problème créé par la société et principalement comme une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ainsi, la solution au problème exige-t-elle que des mesures soient prises dans le domaine des politiques sociales, et c'est à l'ensemble de la société qu'il revient d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale.

La solution est donc une question d'attitude ou d'idéologie, qui nécessite un changement de société, ce qui, au niveau politique, devient une question de droits de la personne humaine. Selon ce modèle, le handicap est une question politique.

Dans la CIH-2, l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son état de santé (maladie, troubles, blessures, traumatisme...) et les facteurs contextuels. La CIH-2 dresse une liste très complète des facteurs environnementaux qui sont une composante essentielle de la classification. Ceux-ci interagissent avec tous les éléments du fonctionnement et du handicap. Le schéma qui sous-tend les facteurs environnementaux est le fait de savoir si les caractéristiques du monde environnant, du contexte social et des attitudes ont un effet facilitateur ou si, au contraire, elles constituent un obstacle pour la personne qui y vit.

Dans cette interaction forte, le handicap peut modifier l'état de santé, les facteurs contextuels (environnementaux et personnels) interagissent avec la personne qui a ce problème de santé et déterminent le niveau et le degré de son fonctionnement.

Les grilles d'analyse de la CIH-2 sont donc d'une grande importance pour cerner les besoins des personnes handicapées.

Il importe de relever que la CIH-2 ne constitue en rien une classification relative aux personnes. C'est une classification portant sur les caractéristiques de santé de ces personnes dans le contexte de leur vie individuelle et des influences de leur environnement. C'est l'interaction entre les caractéristiques de santé et les facteurs contextuels qui produit le handicap. Dans ces circonstances il ne faut pas réduire les individus à leur handicap ni les caractériser uniquement en fonction de leurs déficiences, des limitations de leurs activités ou des restrictions à leur participation.

- - -

Les apports conceptuels de la CIH-2 se retrouvent dans la détermination du contenu de la mission spécifique d'expertise des traumatismes crâniens, dont la démarche est très descriptive de l'état de fonctionnement et de handicap du cérébro-lésé en fonction des facteurs contextuels.

Ces apports interfèrent également dans le débat entre tenants de l'un ou l'autre des deux barèmes d'évaluation de déficit séquellaire fonctionnel.

### **III-3 Une mission d'expertise spécifique :**

L'ensemble des membres du groupe de travail est en accord sur la nécessité de recourir à des missions spécifiques aux traumatismes crâniens ce qui est aussi demandé par l'UNAFTC qui relève à juste titre, la valeur thérapeutique de l'indemnisation et l'importance du moment de l'expertise.

Il n'est pas nécessaire de revenir sur les spécificités des séquelles d'un traumatisme crânien, décrites ci-dessus au § I - page 6 et 7.

Il apparaît judicieux cependant de renvoyer à la description des " *mécanismes* " en oeuvre, faite par le Président de l'UNAFTC <sup>Annexe24</sup>, description très adéquate pour cerner les difficultés de l'expertise médico-légale et la nécessité de " *guider* " l'expert dans sa démarche.



Les spécificités d'un traumatisme crânien chez l'enfant et l'adolescent sont encore plus fortes que chez l'adulte, car l'enfant est atteint dans ses facultés d'apprentissage.

En effet, l'enfant à un moment donné, possède des acquis et un potentiel. C'est un être en devenir. Longtemps il a été dit que le pronostic après atteinte cérébrale acquise était bon du fait de la plasticité neuronale. En fait (données cliniques et expérimentales) plus l'enfant est jeune au moment de l'atteinte, moins bon est le pronostic d'autant plus que l'atteinte initiale est diffuse et importante. Car les acquis au moment de l'accident sont minimes et le traumatisme va altérer les capacités d'apprentissage. L'enfant ne sera pas celui qu'il aurait dû devenir. Il ne s'agit pas d'un retard mais d'un décalage qui peut aller en s'accroissant au cours du temps.

La motivation, les capacités d'attention, de compréhension, de jugement, de mémoire, les capacités de synthèse, de flexibilité mentale, de contrôle de soi sont autant d'outils nécessaires à un développement harmonieux de tout enfant.

Or, après un accident, la récupération motrice est souvent rapide et complète chez l'enfant et ses séquelles sont, avant tout, cognitives et comportementales.

Il est impératif, face à ce handicap invisible, que ces séquelles ne soient pas sous-estimées et que l'appréciation des possibilités d'apprentissage, d'insertion et de réinsertion tienne compte des éléments pronostiques majeurs.

Accord, donc, de l'ensemble du groupe sur la nécessité d'une mission spécifique, avec une déclinaison " *adulte* " et une déclinaison " *enfant-adolescent* ".

Une telle mission permet aussi de répondre à l'une des demandes de l'UNAFTC consistant à ce que la Chancellerie dresse une liste des postes de préjudice liés au traumatisme crânien. Les paragraphes de la mission dressent à la fois cette liste et attire l'attention sur les moyens et la méthode pour parvenir à l'évaluation. Outre les préjudices communs à toute victime (frais médicaux, ITT, déficit fonctionnel séquellaire, tierce personne, pretium doloris, préjudice esthétique) elle insiste sur l'importance de préjudices déjà reconnus en jurisprudence, et très spécifiques à cette pathologie, que constituent les préjudices sexuel et d'établissement, la faculté d'élever des enfants.

Cette mission ne prévoit pas la détermination des préjudices des proches car ceux-ci ne sont pas systématiquement présents dans la même procédure que celle intentée par le blessé ou en son nom. Le préjudice des proches relève donc d'une autre mission, à la rédaction de laquelle le groupe de travail n'a pas procédé.

Le principe d'une mission spécifique étant unanimement retenu, restaient à discuter, au cours de plusieurs séances et pendant de nombreuses heures, le contenu de cette mission et la détermination des cérébro-lésés concernés par celle-ci.

### **III-3-1 Quelle mission ?**

L'AREDOC a établi, en 1997, une mission- type de consolidation de traumatisés crâniens graves.

A partir de ce travail, un groupe composé partiellement de membres de l'actuel groupe de travail, a procédé à l'amélioration de cette mission.

Il s'agit de la version AREDOC, du 1er décembre 1999 <sup>Annexe 25</sup>.

Ce travail n'a cependant pas donné lieu à publication, malgré l'annonce qui en a été faite par Madame la déléguée Générale de l'AREDOC au congrès EBIS (PARIS septembre 2000).

L'AREDOC a cependant adopté, le 19 Septembre 2001, un document, depuis lors validé par son conseil d'administration, joint en annexe <sup>Annexe 26</sup> qui revient sur certains acquis de la version du 1/12/1999 (abandon, par exemple, de la notion d'actes élaborés de la vie quotidienne).

Cependant, le groupe a entendu poursuivre le travail de réécriture.

La mission adoptée à l'issue des travaux du groupe, le 15 février 2002, a fait l'objet :

- o d'une écriture collective au cours de cinq séances de travail permettant d'établir des projets de missions (une " adulte " <sup>Annexe 27</sup>, une " enfant " <sup>Annexe 28</sup> au 14 décembre 2001) ;
- o du recueil des observations de la FFSA, du GEMA <sup>Annexe 30</sup>, du FGA <sup>Annexe 31</sup> et de l'UNAFTC <sup>Annexe 29</sup>.

Dans ses séances du 14 décembre 2001 et 15 février 2002, le groupe a procédé à des modifications pour tenir compte de certaines des observations ainsi formulées.

Les observations de l'UNAFTC ont porté sur des précisions et des modifications de vocabulaire, cette association approuvant l'esprit du texte et son articulation.

Les observations des représentants de l'assurance ont amené la réécriture de certains paragraphes pouvant prêter à interprétation erronée. Elles ont aussi concerné des points, réglés par ailleurs, tels le barème de déficit séquellaire, la définition des cérébro-lésés concernés par ces missions, la détermination de la frontière adultes-enfants.

Pour autant des points de divergence persistent :

\* il s'agit du rôle de l'expert-médecin : les assureurs estiment inconcevable de lui demander, d'une manière ou d'une autre, de se prononcer sur l'aménagement du logement, du véhicule, sur le renouvellement des appareillages, sur le préjudice d'établissement.

Sur les aménagements matériels, la mission a été maintenue, bon nombre d'experts se prononçant notamment sur le renouvellement de l'appareillage, sans que leur incompétence en ce domaine ait été soulevée et les commentaires de cette mission prévoyant expressément le recours éventuel à un spécialiste ergothérapeute. Il s'agit d'un point important, cette profession, spécialement formée à ce type d'évaluation, étant quasiment inconnue, au moins de la plupart des magistrats (cette rubrique expertale ne fait pas partie de celles mentionnées dans la nomenclature du Ministère de la Justice).

Sur le préjudice d'établissement, il s'agit d'un point considéré comme majeur, par la majorité des membres du groupe de travail : en effet, certains traumatisés crâniens conservent toutes leurs facultés de procréation mais leurs séquelles cognitives et comportementales les privent de toute possibilité de pouvoir envisager de fonder une famille ou de poursuivre le rôle éducatif antérieur. Il s'agit donc de précisions fondamentales demandées à l'expert car elles relèvent de l'évaluation de l'état cognitif et comportemental, évaluation à laquelle le régleur ou le magistrat ne peut procéder.

En revanche ceux-ci sont seuls aptes à déduire de cette évaluation médicale, le préjudice qui peut en résulter.

\* il s'agit aussi de l'apparition de préjudices, qualifiés de " nouveaux ", dont la définition ne relèverait que de la loi ou de la jurisprudence selon les assureurs, tels que perte d'identité, privation des joies normales d'une vie d'enfant, préjudice d'établissement :

- la notion de perte d'identité, qui est le seul préjudice " nouveau ", a été abandonné dans l'ultime version de la mission en raison de la difficulté de sa définition et compte tenu de l'opposition des assureurs.
- Pour les autres préjudices cités, il ne s'agit nullement de préjudices " nouveaux " puisqu'ils sont, d'ores et déjà, reconnus en jurisprudence. Ils ont été maintenus dans la version ultime de la mission car leur reconnaissance est essentielle, s'agissant de traumatisme crânien.

-----

La mission suivante a donc été adoptée avec les réserves émises par les représentants de l'assurance.

Elle présente l'inconvénient, reconnu par tous, d'être longue ; en raison de son souci d'être précise et pédagogique et de résoudre, en outre, deux difficultés majeures souvent présentes dans cette indemnisation :

- quelle est la part du traumatisme crânien et de l'éventuel état antérieur?
- quels sont les besoins financiers relatifs au projet de vie lorsque la consolidation n'est pas acquise ?

Elle a été écrite en tenant compte des règles actuelles de compétences expertales, d'où sa précision et sa volonté pédagogique.

Il apparaît ainsi évident que si elle ne devait s'adresser qu'à des experts inscrits sur une liste nationale en raison de leur parfaite connaissance du traumatisme crânien, une réécriture plus synthétique et moins pédagogique s'imposerait.

### **III-3-2 Quels blessés sont concernés par ces missions ?**

Aucune distinction selon le degré de gravité des séquelles n'a été faite dans la mission confiée par le Ministère de Justice au groupe de travail dont les compétences ne se limitent pas aux traumatismes crâniens " graves ", étant observé que les problèmes les plus difficiles d'évaluation et d'imputabilité ne se posent pas pour les blessés dont les séquelles sont évidentes : il s'agit des séquelles classées GOS 3 et 4.

Ainsi qu'il a été dit au paragraphe I-2), auquel il est renvoyé, les difficultés d'évaluation concernent les cas où l'IPP se situe entre 20 et 60 - 70 %.

Doit-on donc utiliser ces missions d'expertise chaque fois qu'il y a un traumatisme crânien ?

Les données médicales indiquent que 50 % de ceux qui survivent ont une bonne récupération et le terme "*traumatisme crânien*" utilisé dans les certificats initiaux recouvre des cas trop divers pour être un critère.

Il revient donc au mandant de faire un choix : sur quel élément ?

Ainsi qu'il a été exposé et expliqué pages 6 et 7 du rapport, gravité initiale et gravité séquellaire ne se recoupent pas nécessairement.

Les deux médecins du groupe de travail ont bien insisté sur le fait qu'il n'existe pas de critère objectif de prédétermination de la gravité séquellaire permettant d'indiquer quels sont les blessés qui relèveraient de la liste nationale d'experts et de la mission spécifique d'expertise.

Le score initial de coma de Glasgow, la durée d'hospitalisation... ne sont pas suffisamment opérants car le risque n'est pas de " rater " des séquelles graves évidentes mais d'ignorer ou de sous-estimer des séquelles moyennes ou modérées, aux conséquences pourtant majeures sur le plan personnel, familial, social, professionnel.

Le groupe a donc adopté la définition suivante :

Cette mission concerne tous les blessés, quelle que soit la gravité mentionnée dans le certificat initial, dès lors qu'il existe des éléments suggérant l'existence d'un traumatisme crânien entraînant, plusieurs mois après l'accident, des séquelles physiques, intellectuelles ou comportementales qui induisent un handicap appréciable dans la vie de chaque jour.

Il appartient ainsi aux médecins-conseils de victimes et aux avocats de celles-ci, de réunir les éléments leur permettant d'obtenir, dans le cadre amiable comme dans le cadre contentieux, l'exécution d'une mission spécifique par un expert spécialement compétent.

Cependant il est fréquent que l'avocat de la victime ne signale pas des séquelles d'un traumatisme crânien en raison même des particularités de ces séquelles et du fait de l'anosognosie (négation par le malade) caractéristique de cette pathologie.

Menée selon une mission générale de droit commun, l'expertise peut révéler alors, que le blessé allègue des troubles de mémoire, de comportement sans que des investigations spécifiques soient faites.

L'UNAFTC demande que tout examen-expertise d'un traumatisme crânien, même léger soit considéré comme nul s'il n'y est pas joint un bilan commenté d'évaluation neuro-psychologique.

Le groupe de travail n'a pas retenu cette suggestion estimant que l'évolution de la sensibilisation et de l'approche de cette pathologie se ferait petit à petit, notamment par la formation dispensée à tous les acteurs de l'indemnisation.

En revanche le groupe a retenu le principe de l'adjonction dans la mission type générale d'évaluation du dommage corporel d'une mention invitant l'expert/examineur à en référer à son mandant pour voir désigner un spécialiste du traumatisme crânien auquel une mission spécifique serait confiée dès lors qu'il existe des éléments suggérant l'existence d'un traumatisme crânien entraînant, plusieurs mois après l'accident, des séquelles physiques, intellectuelles ou comportementales qui induisent un handicap appréciable dans la vie de chaque jour.

Il est précisé que cette mission s'applique également aux conséquences d'accidents médicaux entraînant des lésions cérébrales acquises (anoxie cérébrale, accidents vasculaires cérébraux...).

Il apparaît donc nécessaire de prévoir (comme pour la liste nationale) une telle adjonction dans les décrets d'application de la loi du 4 mars 2002.

-----

La frontière entre la déclinaison " adulte " et la déclinaison " enfant-adolescent " a été arrêtée à l'âge de 18 ans, au moment du traumatisme initial, en raison même des spécificités propres à l'atteinte aux facultés d'apprentissage avant l'âge de 18 ans.

-----

L'ensemble de ces éléments a amené l'adoption de la mission suivante :

### **MISSION ADOPTÉE à l'issue des travaux du GROUPE DE TRAVAIL (15/2/2000)**

Cette mission concerne tous les blessés, quelle que soit la gravité mentionnée dans le certificat initial, dès lors qu'il existe des éléments suggérant l'existence d'un traumatisme crânien entraînant, plusieurs mois après l'accident, des séquelles physiques, intellectuelles ou comportementales qui induisent un handicap appréciable dans la vie de chaque jour.

Elle est destinée à l'évaluation médico-légale des séquelles en vue de leur indemnisation. Elle peut, cependant, être utilisée précocement afin de garantir le recueil le plus exhaustif des données, de suivre le plus efficacement possible l'évolution du blessé et de donner tous les éléments nécessaires à la couverture financière et sociale des besoins thérapeutiques et d'insertion et/ou de réinsertion avant la consolidation, nécessairement tardive dans cette pathologie.

Cette mission comprend une déclinaison "adulte" et une déclinaison "enfant ou adolescent", différenciées du texte général applicable à tous les blessés, par deux types de caractères spécifiques.

La déclinaison "enfant ou adolescent" a vocation à évaluer les séquelles de tout blessé n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans **au moment du traumatisme**.

\* \*

\*

**1) Prendre connaissance** des commentaires annexés à la présente mission;

**2) Se faire communiquer** par les parties ou leurs conseils:

- les renseignements d'identité de la victime
- tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident,
- tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués (y compris bilans neuro-psychologiques)
- tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé, antérieur à l'accident:

\*degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapports aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne,

\* conditions d'exercice des activités professionnelles,

\* niveau d'études pour un étudiant,

\* statut exact et/ou formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi et carrière professionnelle antérieure à l'acquisition de ce statut,

\* activités familiales et sociales s'il s'agit d'une personne restant au foyer sans activité professionnelle rémunérée,

- tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé contemporain de l'expertise (degré d'autonomie, statut professionnel..., lieu habituel de vie...).
- *tous les éléments relatifs au degré de développement de l'enfant ou de l'adolescent, antérieur à l'accident :*

*\* degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapport aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne, en rapport avec l'âge.*

*\* systématiquement les bulletins scolaires pré-traumatiques et toutes précisions sur les activités extra scolaires.*

- *ces mêmes éléments contemporains de l'expertise : dans l'aide au patient bien spécifier le soutien scolaire mis en place (soutien individualisé en dehors et à l'école, soutien en groupe) et le comportement face au travail scolaire. Bien préciser le cursus (classes redoublées, type de classe, type d'établissement).*
- *toutes précisions sur l'activité professionnelle et sociale des parents et de la fratrie (niveau de formation par exemple).*

**3) Après recueil de l'avis des parties, déduire** de ces éléments d'information, le lieu ou les lieux, de l'expertise et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation en présence d'un membre de l'entourage ou à défaut du représentant légal.

**4) Recueillir de façon précise**, au besoin séparément, les déclarations de la victime et du membre de son entourage :

- sur le mode de vie antérieure à l'accident,
- sur la description des circonstances de l'accident,
- sur les doléances actuelles en interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences sur les actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne ;

**5) Après discussion contradictoire** en cas de divergence entre les déclarations ainsi recueillies et les documents produits,

- indiquer précisément le mode de vie du blessé antérieur à l'accident retenu pour déterminer l'incidence séquellaire :

*\* degré d'autonomie, d'insertion sociale et / ou professionnelle pour un adulte ;*

*\*degré d'autonomie en rapport avec l'âge, niveau d'apprentissage scolaire, soutien pédagogique pour un enfant ou un adolescent ;*

- *restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho-affectif,*

puis :

- avec retranscription intégrale du certificat médical initial, et totale ou partielle du des autres éléments médicaux permettant de connaître les principales étapes de l'évolution, décrire de façon la plus précise que possible les lésions initiales, les modalités du ou des traitements, les durées d'hospitalisation (périodes, nature, nom de l'établissement, service concerné), les divers retours à domicile (dates et modalités), la nature et la durée des autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident,
- décrire précisément le déroulement et les modalités des 24 heures quotidiennes de la vie de la victime, au moment de l'expertise, et ce, sur une semaine, en cas d'alternance de vie entre structure spécialisée et domicile, en précisant, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, la répercussion sur la vie des parents et des frères et soeurs, voir l'aide et la surveillance que doit apporter la famille et qu'elle ne devrait pas normalement apporter compte tenu de l'âge de l'enfant.

## 6) Procéder à un examen clinique détaillé permettant:

- de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne,
- d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement, et leur incidence

*\*sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion ou de réinsertion socio-économique s'agissant d'un adulte*

*\*sur les facultés d'insertion sociale et d'apprentissages scolaires s'agissant d'un enfant ou d'un adolescent.*

L'évaluation neuro-psychologique est indispensable :

*\*Un examen neuro-psychologique récent appréciant les fonctions intellectuelles et du comportement doit être réalisé.*

*\*Pour un enfant ou un adolescent, cette évaluation doit comporter plusieurs bilans (appréciation du retentissement immédiat et du retentissement sur la dynamique d'apprentissage).*

*Il convient de :*

*- Compléter ces évaluations par les données des bulletins scolaires actuels. Dans l'appréciation des bulletins, différencier ce qui revient au comportement, des performances scolaires proprement dites; Ne pas se contenter du niveau de classe qui n' a parfois aucune valeur.*

*- Rapporter le niveau de l'enfant à celui de sa classe, et le niveau de sa classe aux normes.*

*- Compléter si possible par un bilan éducatif.*

**7) Après avoir décrit un éventuel état antérieur** physique ou psychique, pouvant avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles, rechercher si cet état antérieur était révélé et traité avant l'accident (préciser les périodes, la nature et l'importance des déficits et des traitements antérieurs).

*Pour déterminer cet état antérieur chez l'enfant, il convient de :*

*\* différencier les difficultés d'apprentissage et de comportement.*

*\*décrire comment ces troubles antérieurs ont été pris en charge : type de rééducation, type de soutien scolaire, autre type de soutien, type de scolarité, en précisant bien la chronologie.*

Analyser, dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à l'accident des séquelles invoquées en se prononçant sur les lésions initiales, leur évolution, l'état séquellaire et la relation directe et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant :

*\*si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident,*

*\*si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation*

*\*ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme. Dans ce cas, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.*

**8) Il est nécessaire de connaître, avant de consolider un enfant ou un adolescent, la dynamique des apprentissages scolaires ainsi que la qualité d'insertion sociale de l'enfant puis de l'adolescent.**

Dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise, indiquer :

- pour un adulte, quels sont les projets thérapeutique et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle...)
- pour un enfant ou un adolescent, quels sont les projets thérapeutique, de scolarité et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle, soutiens scolaires, établissement adapté, soutien des activités extra-scolaires, rééducations telles que ergothérapie et psychomotricité,...)
- et, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe suivant.

**9) Pour un enfant ou un adolescent, lorsque la consolidation semble acquise, l'évaluation des séquelles doit préalablement tenir compte des données suivantes :**

*La description des déficiences ET du handicap doit être rapportée à ce qui est attendu pour l'âge. Bien préciser l'incidence sur la vie familiale, sur la scolarité (type de scolarité, type d'aide nécessaire), décrire les activités extra scolaires et l'insertion sociale de l'enfant. La scolarité et les activités extra scolaires sont à comparer avec celles des frères et soeurs et éventuellement avec celles pré-traumatiques. Indiquer les conséquences financières pour les parents (soutien scolaire, école privée, transport scolaire, tierce personne, psychothérapie, ergothérapie, psychomotricité, activités de loisir, vacances).*

Analyser les besoins exprimés par la famille compte tenu du défaut d'autonomie pour l'âge.

Analyser la qualité de vie du blessé et de sa famille (parents, frères et soeurs).

Donner une idée du retentissement ultérieur sur la vie professionnelle et sur les possibilités d'autonomie sociale sur les possibilités de fonder une famille.

*Ces données doivent être intégrées et discutées lors de l'évaluation ci-dessous prévue au § suivant.*

**10) Evaluer les différents postes de préjudice** aux fins de :

- fixer la durée de **I.I.T.T** et de **I.I.T.P**, périodes pendant lesquelles pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ou partiellement ses activités habituelles,
- fixer la **date de consolidation** en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuro-psychologiques, fixer le **taux du déficit fonctionnel** imputable à l'accident résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation. Préciser, en outre, le taux de déficit fonctionnel actuel résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur ;
- en cas de vie à domicile, se prononcer sur la nécessité pour le blessé d'être assisté par une **tierce personne** (cette évaluation ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires mais aussi les actes élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement. Dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne doit, ou non, être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé. Donner à cet égard toutes précisions utiles. Se prononcer, le cas échéant, sur les modalités des aides techniques



- se prononcer sur l'**aménagement éventuel du logement** ;
- après s'être entouré, au besoin, d'avis spécialisés, dire :
  - \*si la victime est ou sera capable de poursuivre, dans les mêmes conditions, son **activité professionnelle** antérieure à l'accident
  - \* dans la négative, ou à défaut d'activité professionnelle antérieure à l'accident, si elle est ou sera capable d'exercer une **activité professionnelle**. Dans ce cas, en préciser les conditions d'exercice et les éventuelles restrictions ou contre-indications.
- dire si les **frais médicaux**, pharmaceutiques, para-médicaux, d'hospitalisation, d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative préciser lesquels et pour l'appareillage, le véhicule automobile et son aménagement, préciser la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût,
- décrire les **souffrances** physiques et psychiques endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,
- décrire la nature et l'importance du **dommage esthétique** et l'évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,
- indiquer s'il existe ou existera un **préjudice sexuel, de procréation, d'établissement**,
- décrire le **préjudice d'agrément**, défini comme la perte de la qualité de vie de la victime.

**11) Indiquer** si l'état de la victime nécessite **une mesure de protection judiciaire** et notamment si elle est apte à gérer seule les fonds provenant de l'indemnisation.

**12) Etablir un récapitulatif** de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission.

L'expert établira un pré-rapport et répondra, dans le rapport définitif, aux éventuelles observations écrites des parties.

L'expert indiquera, dans les deux mois à compter de sa désignation, le montant de sa rémunération définitive prévisible afin que soit éventuellement ordonnée une provision complémentaire dans les conditions de l'article 280 du NCPC ; à défaut d'une telle indication, le montant de la consignation initiale constituera la rémunération définitive de l'expert.

### **COMMENTAIRES DE LA MISSION**

#### ***Point numéro 2***

L'expertise doit se réaliser avec le dossier médical, dossier déjà constitué en grande partie par les examens pratiqués avant consolidation. Si l'expert n'a pas procédé lui-même à ces examens, il doit reconstituer toute l'histoire clinique depuis l'arrivée des secours d'urgence jusqu'à la consolidation.

Elle doit aussi se réaliser avec le maximum d'éléments permettant à l'expert de discuter contradictoirement puis d'indiquer quel était l'état du blessé, antérieur à l'accident.

Les actes élémentaires correspondent aux activités essentielles de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger).

Les actes élaborés correspondent notamment à la faculté qu'a la victime de gérer son budget, faire ses courses, se déplacer seul à l'extérieur...

Cette distinction est d'autant plus importante que le traumatisme crânio-encéphalique obère beaucoup plus souvent les actes élaborés que les actes élémentaires.

L'analyse du handicap comporte aussi d'autres dimensions, notamment l'examen du maintien ou de la perte du rôle familial du blessé, de ses capacités d'intégration sociale et d'insertion professionnelle.

### **Point numéro 3**

#### Où doit avoir lieu l'expertise ?

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuro-psychologique; cependant il est recommandé que celle-ci se pratique sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps les rendant dépendants pour des raisons physiques, intellectuelles ou comportementales.

Lorsque le patient séjourne dans une centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante.

#### En présence de qui ?

Même si le patient est majeur, il est éminemment souhaitable qu'il soit accompagné par, au moins, un membre de la famille ou de l'entourage, ceux-ci étant en effet à même de relater les troubles intellectuels et du comportement dont le traumatisé crânien n'a pas toujours une juste appréciation.

Tout particulièrement dans ce type de dossier, il n'y a que des avantages à ce que le patient soit assisté par un médecin de son choix.

### **Point numéro 5**

La détermination de l'état du blessé antérieur à l'accident revêt une grande importance, celle-ci doit donc être faite après discussion contradictoire des preuves de cet état, lorsqu'il y a divergence d'appréciations.

Pour la description de la vie quotidienne ou hebdomadaire du blessé, l'expert peut, si besoin est, recueillir tous avis techniques nécessaires, notamment celui d'un ergothérapeute.

### **Point numéro 6**

Il convient de ne jamais perdre de vue que les traumatisés crâniens graves présentent des séquelles portant essentiellement sur les fonctions supérieures. Le médecin expert devra donc en faire l'étude complète et précise sans oublier de réaliser un bilan moteur par un examen neurologique somatique.

Il appartient à l'expert de procéder à la synthèse de tous les éléments recueillis (en particulier : entourage, examens complémentaires, avis spécialisés).

### **Point numéro 7**

*S'agissant d'un enfant ou d'un adolescent, si l'existence d'un état antérieur est alléguée, l'imputabilité ne pourra être déterminée qu'à partir d'une description la plus précise possible de l'état antérieur, du type de troubles constatés, de la dynamique de l'évolution. Ceci rend absolument indispensable la répétition des évaluations neuro-psychologiques et si possible éducatives, ainsi qu'un recul suffisant avant la consolidation.*

### **Points numéro 8 et 9**

#### Quand consolider un adulte ?

Fixer une date de consolidation est indispensable, mais n'est pas aisé ; en effet:

- les déficits neurologiques sont généralement fixés au cours de la deuxième année,
- les déficits neuro-psychologiques ne sont généralement pas fixés avant la troisième année,
- il est plus difficile de fixer un terme aux modifications du comportement ce qui ne doit pas empêcher l'expert de déterminer une date de consolidation.

En règle générale, elle n'interviendra pas avant la 3<sup>ème</sup> année après l'accident, à l'exception des états végétatifs persistants et des états pauci-relationnels.

Lorsque les séquelles sont d'ordre essentiellement neuro-psychologique, une consolidation trop précoce peut entraver différents projets thérapeutiques et même ruiner l'espoir de certaines familles en la poursuite d'une amélioration;

#### Quand consolider un enfant ou un adolescent ?

*L'enfant à un moment donné, possède des acquis et un potentiel. C'est un être en devenir.*

*Longtemps il a été dit que le pronostic après atteinte cérébrale acquise était bon du fait de la plasticité neuronale. (" principe de Kennard" : plus on est jeune au moment de l'atteinte, moins c'est grave). En fait (données cliniques et expérimentales) plus l'enfant est jeune au moment de l'atteinte, moins bon est le pronostic d'autant plus que l'atteinte initiale est diffuse et importante. Car les acquis au moment de l'accident sont minimes et le traumatisme va altérer les capacités d'apprentissage. L'enfant ne sera pas celui qu'il aurait du devenir (effet à retardement). Il ne s'agit pas d'un retard mais d'un décalage qui peut aller en s'accroissant au cours du temps.*

*Apprécier l'incidence du traumatisme sur le développement de l'enfant implique donc que la consolidation soit la plus tardive possible. Ne jamais consolider précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme crânien grave, a fortiori quand l'enfant était jeune au moment de l'atteinte (ou alors très précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme extrêmement sévère ou lorsque existe une localisation frontale).*

*On ne peut comme pour l'adulte, dans le but d'apprécier les conséquences du traumatisme crânien, comparer l'enfant à ce qu'il était. Il doit être comparé à ce qu'il aurait du devenir (capacités antérieures, fratrie).*

*La récupération motrice est souvent rapide et complète, les séquelles sont avant tout cognitives et comportementales (handicap invisible comme chez l'adulte).*

*Ces séquelles:*

*- peuvent être très sous-estimées*

*- sont les éléments pronostiques majeurs à considérer dans l'appréciation des possibilités d'apprentissage, d'insertion et de réinsertion. La motivation, les capacités d'attention, de compréhension, de jugement, de mémoire, les capacités de synthèse, de flexibilité mentale, de contrôle de soi sont autant d'outils nécessaires à un développement harmonieux de tout enfant.*

#### **Point numéro 10**

*S'agissant d'un enfant ou d'un adolescent, il convient d'apporter les précisions suivantes :*

***Tierce Personne:*** *Il est nécessaire d'apprécier la tierce personne avant même la consolidation en fonction de l'autonomie que l'enfant n'a pas, compte tenu de son âge.*

*Il est nécessaire de distinguer le rôle qu'auraient eu les parents sans l'accident, en fonction de l'âge de l'enfant, de celui qui relève de la tierce personne. L'enfant a, en dehors du cas d'un état végétatif ou d'un état pauci-relationnel, une espérance de vie normale; Il y a donc nécessité d'anticiper sur les besoins futurs en tierce personne.*

***Considérer la scolarité comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique.***

*Faciliter le soutien scolaire, la scolarité à petit effectif dans le but de favoriser l'insertion / réinsertion de l'enfant.*

*Considérer les prises en charge autres non prises en charge par la Sécurité Sociale:*

*Rééducation par ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, ordinateur portable, poussette adaptée, siège - auto...*

Il y a lieu d'évaluer l'ensemble des besoins objectifs en aide humaine, même si elle est assurée par les proches.

Pour l'analyse des capacités professionnelles, une évaluation dans une structure spécialisée peut être nécessaire telle qu'une unité d'évaluation de ré-entraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour cérébro-lésés (UEROS), une association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) un centre de pré-orientation...

L'analyse des besoins en matériels divers, de leur renouvellement et de leur surcoût, peut relever de l'avis d'un ergothérapeute.

Il est rappelé que les souffrances endurées sont celles subies jusqu'à la consolidation.

Pour le préjudice d'agrément, perte de qualité de vie, il s'agit d'apprécier tant les impossibilités, les limitations que les perturbations.

Le préjudice d'établissement s'entend de la difficulté ou de l'impossibilité de former un couple, de fonder une famille et/ou de les assumer.

\* \* \*

Des documents validés peuvent aider l'expert dans sa démarche:

-un outil global d'évaluation des Traumatisés Crâniens : le document E.B.I.S. :

BROOKS D.N, TRUELLE J.L & COLL. EBIS Document

Version française : Evaluation des Traumatisés Crâniens

Version anglaise : Evaluation of Traumatic Brain Injury

Document réalisé avec la collaboration du groupe de travail E.B.I.S. et le concours de la Direction Générale de la Science, de la Recherche et du Développement - DG XII - de la Commission Européenne (Contrat M.R. 4\* 10201 ), 1994, 1 vol., 30 pages.

Document disponible à

-E.B.I.S. 17 Rue de Londres 1050BRUXELLES Belgique

-Pr J.L. TRUELLE, service de neurologie, hôpital Foch, F 92151 SURESNES cedex.

- des documents sectoriels

\* la NRS-R : Echelle neuro-comportementale révisée

Version française révisée sous la direction de LEVIN H.S, MAZAUX J-M.,

VANIER M.

Document disponible à :

Pr J.M. MAZAUX, service de rééducation, hôpital Tastet Girard, CHU Pellegrin, F 33076 BORDEAUX Cédex.

\*la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF)

Document disponible à :

Imprimerie Louis Beyron, 9 carrefour Saint-Roque, F 42140  
CHAZELLES SUR LYON.

### III-4 ) Barèmes :

Il convient de rappeler, pour mémoire, les critiques faites sur la multiplication de barèmes différents selon le mandant : COTOREP, pensions militaires, assurances individuelles, droit commun... Celles-ci ne sont pas l'objet du groupe de travail qui s'est penché sur les deux barèmes de droit commun sortis concomitamment en 2001 :

- le barème du Concours Médical ;
  
- le barème de la Société de Médecine Légale et de Criminologie de Langue Française.

L'examen n'a porté que sur :

- les pages 20 et 21 du barème du Concours Médical : les déficits cognitifs et mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs <sup>Annexe 32,</sup>
- les pages 21 à 29 du barème de la Société de Médecine Légale <sup>Annexe 33,</sup> : la fonction neuropsychique.

L'UNAFTC, dans les pages 17 et 18 de son document <sup>Annexe 10</sup>, relève tout d'abord le caractère paradoxal de confier à un organisme privé, chargé de la défense des intérêts d'un groupe (les assureurs) le soin d'établir un barème qui est utilisé à plus de 90 % des cas dans le cadre du règlement amiable des indemnisations alors que celui-ci devrait ressortir de l'autorité du Ministère de Justice.

L'UNAFTC demande donc à la Chancellerie de faire rédiger, sous son autorité, par un groupe d'experts, un document guide d'évaluation.

Ce point a été abordé au cours de la quatrième réunion.

La demande de l'UNAFTC a été relayée par Maître PREZIOSI pour un barème émanant d'une autorité neutre sous l'impulsion de la chancellerie.

Il y a lieu de renvoyer à l'article du Docteur DREYFUS pour connaître très exactement la composition et le mode de fonctionnement des deux collèges ayant présidé à l'élaboration de ces deux barèmes pour embrasser le véritable problème soulevé quant au degré de neutralité des travaux.

Par la voix de Madame CHADELAT, la position du Ministère de Justice s'est dessinée : il s'agit d'un problème récurrent, délicat, qui reçoit une réponse facile lorsque le barème est impératif et forfaitaire et une réponse beaucoup plus difficile lorsque le barème n'est qu'indicatif et non forfaitaire ce qui est le cas en indemnisation du dommage corporel. Il n'apparaît donc pas possible à Madame CHADELAT d'élaborer un barème officiel qui aurait l'aval des pouvoirs publics.

Dans le cas des traumatismes crâniens, la solution à ce problème majeur de l'autorité indépendante chargée d'élaborer un barème opposable à tous les acteurs de l'indemnisation, passe d'abord par l'analyse des différences entre ceux-ci.

L'ensemble du groupe, et le Docteur NORTH présent lors de cette séance de travail, s'est trouvé en accord :

- 1) pour reconnaître à ces deux travaux le mérite d'exister alors qu'il n'existait aucune mention des séquelles neuropsychiques dans les documents antérieurs, et de constater qu'ils sont perfectibles ;
- 2) les déclarer non fusionnables en raison de conceptions radicalement opposées de l'approche du déficit séquellaire à indemniser :

La conception du barème médical, selon Monsieur BROUSSEAU, est fondée sur une méthodologie explicable et claire et sur l'évaluation du déficit corporel séquellaire.

La conception du barème de la Société de Médecine Légale est fondée sur une approche plus fonctionnelle, voire avec des connotations contextuelles.

Ces deux approches différentes renvoient à deux conceptions différentes du handicap, rappelées au paragraphe III-2 de ce chapitre, le modèle médical ou le modèle de la CIH-2 intégrant de données contextuelles.

Ces deux approches ne laissent d'ailleurs pas la même place au physique et au mental et de nombreuses critiques se sont élevées contre le barème du Concours Médical en raison de la sous-estimation manifeste du mental, appréhendé à tous niveaux : absence de notion d'actes élaborés de la vie quotidienne, taux d'IPP identique pour une paralysie faciale et pour un trouble de l'attention, alors que la première n'entraîne ni incapacité ni handicap tandis que le second a des incidences majeures en ces termes.

Monsieur BROUSSEAU, reconnaît ces différences mais estime qu'on ne peut réparer deux fois le même poste de préjudice, une fois au titre d'une IPP qui prendrait en compte les données contextuelles et une autre fois au titre des autres préjudices (qualité de vie, tierce personne, incidence professionnelle...).

D'autres critiques ont été faites à l'encontre du barème du Concours Médical : larges fourchettes d'évaluation laissant une marge discrétionnaire d'appréciation à l'expert, tandis que le barème de la Société Médicale Légale s'efforce de cerner au plus près les différents cas possibles.

Cependant, au fil des travaux les positions se sont rapprochées, en raison même des propositions votées (liste nationale d'experts, missions spécifiées) qui rendent plus marginale la discussion sur les barèmes.

En effet, le contenu de la mission intègre dans la méthodologie de l'expertise, tous les éléments permettant au mandant d'avoir connaissance des données contestables et de leur influence sur le degré de handicap.

Dès lors, la discussion sur la méthodologie de détermination du taux de déficit fonctionnel séquellaire perd grandement de son intérêt : Madame LAMBERT FAIVRE a, en effet, rappelé que l'IPP est un fait juridique (n'entraînant pas, en tant que tel, une indemnisation) dont découle des préjudices, indemnisables.

Cependant cette notion d'IPP ou de déficit fonctionnel séquellaire est à ce point amenée dans les esprits qu'il convient de dépasser la querelle des barèmes.

**Le groupe a donc adopté une recommandation aux termes de laquelle il est souhaité que les experts à l'origine des 2 barèmes existants soient invités à se rencontrer pour les raisons suivantes :**

-Le Professeur Truelle estime nécessaire de reprendre les pages de ces barèmes concernant les fonctions supérieures :

\*car les troubles du comportement sont limités, dans les deux barèmes, au syndrome frontal. Or ils procèdent aussi de lésions d'autres lobes et cette limitation trahit une insuffisance dans l'appréciation des troubles comportementaux.

\*selon les références médicales internationales récentes, névrose et psychose post-traumatiques n'existent pas. Pourtant on ne peut éliminer, pour ce motif, des situations dans lesquelles la sollicitation d'un état antérieur n'aboutit pas et où les troubles constatés sont sans support organique démontré. Les réalités reprennent le dessus sous forme de " syndrome dépressif persistant ", " syndrome de conversion invalidant ".

-M.Brousseau estime qu'il est nécessaire de réfléchir sur la part du physique et de l'esprit alors que les barèmes sont fixés sur la prééminence du physiologique. Il insiste sur le fait qu'il s'agit d'un vrai débat et que cette pathologie est l'occasion de l'aborder.

-Revenant sur les conceptions différentes qui sous tendent les deux barèmes, Mme LAMBERT-FAIVRE rappelle que l'IPP n'est qu'une notion issue du droit du travail et que sa transposition en droit commun fausse le raisonnement. L'PP est un fait juridique et non un chef de préjudice, fait dont découlent les différents chefs de préjudice, différents d'un individu à l'autre en fonction de sa profession, de l'étage de son appartement sans ascenseur.

Le Professeur Truelle indique que la séparation en déficience, incapacité, handicap est une notion scientifique de médecine clinique. Sa translation pure et simple en notion juridique n'est pas un exercice obligé.

Relevant que la notion de handicap est déjà prise en compte par la mission spécifique dans l'évaluation des chefs de préjudice autres que l'IPP, le groupe a estimé possible une démarche consensuelle entre les rédacteurs des deux barèmes, après le préalable de définitions précises sur l'objet de l'évaluation.

## CHAPITRE IV : Epidémiologie et droit à indemnisation :

### IV-1°) Données épidémiologiques et statistiques:

- Selon le rapport de l'IGASS Lebeau, les traumatisés crâniens sont plus fréquemment des jeunes : 27 ans en moyenne pour les hommes, 32 ans pour les femmes.

(Une enquête SESI chiffre à plus de la moitié des cas de traumatisés crâniens, les hommes de moins de 25 ans) ;

- Selon l'UNAFTC (voyage avec un traumatisé crânien)

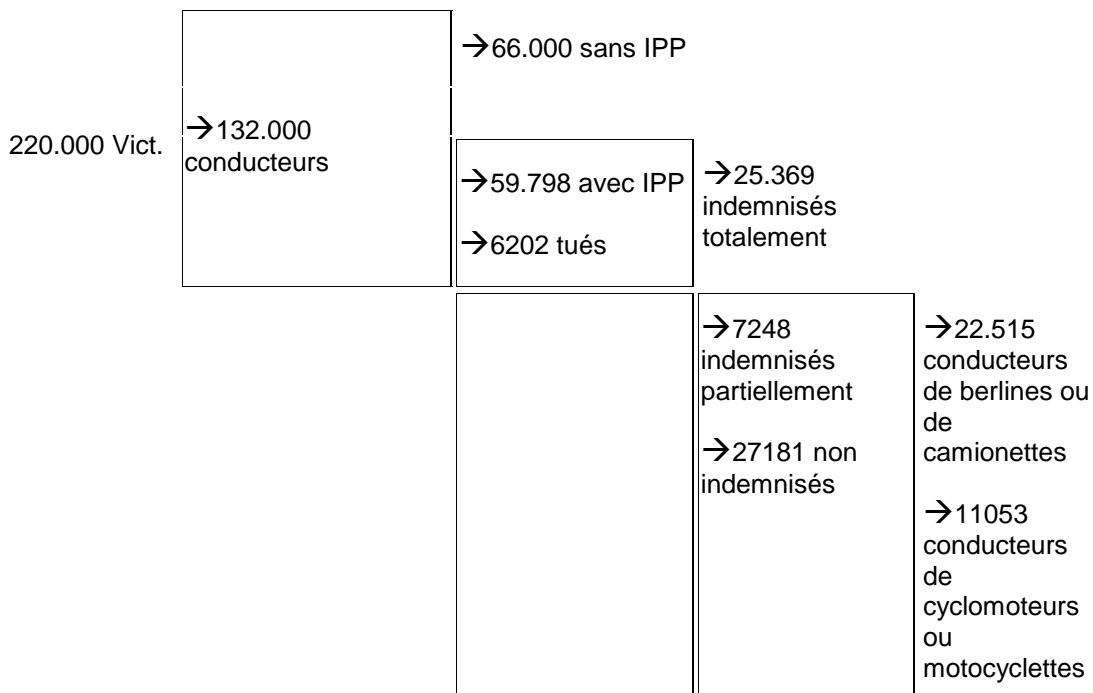
- o 70 % des traumatisés crâniens sont dus à des accidents liés à la circulation routière dont les victimes sont :
  - \* 60 % des adultes en voiture,
  - \* 20 % des adolescents en moto ou scooter
  - \* 20 % des enfants ou des personnes âgées à pied ou à bicyclette
- o 30 % des traumatisés crâniens sont dus à des causes diverses (accidentelles :loisir, sport, du travail, vie quotidienne, chutes, agressions, accidents anoxiques ou pathologiques : tumeurs diverses...)

- Selon les statistiques de l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière *Annexe 35*, rapportées dans le document Agira d'Avril 2001, il y a eu en 1996, 178.200 victimes d'accidents de la circulation routière, dont 8000 décédés.

Selon une étude de l'APSAD de juillet 1997 intitulée "garantie du conducteur responsable, approche économique" *Annexe 34*, un certain nombre de blessés ne sont pas enregistrés dans la statistique officielle, et le chiffre de victimes est plus proche de 220.000 dont 9000 tués.

Parmi ces 220 000 victimes de la circulation routière 73 % (soit 160 600) ont été indemnisées par les assurances de dommages.

Ces 220 000 victimes se répartissent ainsi :





Cette même étude APSAD fait apparaître :

- une diminution du nombre des motards victimes de 22 018 en 1990 à 17.860 en 1994 ;
- une augmentation de ce nombre de 1994 à 2 000 pour atteindre le chiffre de 20.197 ;

Selon Monsieur BROUSSEAU cette évolution est en corrélation directe avec le développement du parc des deux roues lié à un accès facilité aux motos 125 cm<sup>3</sup>.

Depuis quelques mois, un repli du marché des 125 cm<sup>3</sup> est observé, qui laisse espérer une limitation de la hausse des accidents de moto.

#### IV - 2°) Conséquences en matière d'indemnisation :

Le groupe de travail n'a été constitué qu'avec l'objectif d'une amélioration des conditions de l'indemnisation. Il ne relève pas de sa compétence d'aborder l'égalité de tous devant le handicap (et il y a lieu sur ce point de renvoyer au rapport LYASID) lorsqu'il n'est pas indemnisable. Mais ces données statistiques et épidémiologiques ont amené le groupe à s'interroger sur les moyens de rendre l'indemnisation plus performante en tenant compte:

- du jeune âge de la majorité des victimes,
  - du fait que 70 % des traumatismes crâniens étaient consécutifs à la circulation routière,
  - de l'augmentation du nombre de jeunes blessés graves après accidents de sports, dont des traumatismes crâniens.

Le seul moyen de parvenir à l'indemnisation de tous les blessés de la circulation routière est d'instaurer l'assurance **obligatoire** du conducteur et de supprimer toute notion de faute pour les rares victimes fautives, non conductrices, qui subsistent encore.

Il convient donc d'examiner seulement la suppression de la faute et la garantie obligatoire.

#### IV - 2-1) En finir avec la faute dans les accidents de la circulation ?

C'était déjà une option fortement soutenue par le promoteur de la loi du 05.07.1985, André TUNC, en raison même de ces données épidémiologiques et de la gravité des séquelles.

Il n'a pas été suivi.

Le problème se pose dans les mêmes termes, 25 ans après la promulgation de la loi.

Les tenants du maintien de l'incidence de la faute, relèvent la nécessité de sanctionner des comportements dangereux, à risques, de ne pas sanctionner, par l'intermédiaire des augmentations de prime les bons conducteurs en raison du poids de l'indemnisation des mauvais.

Les tenants de la suppression de l'incidence de la faute relèvent que la sanction d'un comportement fautif relève de son juge naturel qu'est le juge pénal, que cette sanction ne doit pas avoir lieu dans la chair, l'absence de rapport entre faute (par exemple, d'inattention qui peut arriver à tout conducteur) et séquelles gravissimes dont le blessé ne peut sortir si on ne lui en donne pas les moyens, le fait que ladite sanction, ainsi devenue permanente, frappe autant les familles que le blessé, que l'absence de véritable politique de prévention routière en France alliée au défaut de structures médico-sociales spécifiques aux traumatisés crâniens imposent de sanctionner les incuries collectives par une prise en charge tout aussi collective.

Il a été rappelé qu'il est paradoxal de constater que le conducteur fautif est moins bien indemnisé depuis la loi du 05.07.1985 qu'antérieurement à celle-ci avec la jurisprudence

DESMARES (seule la faute de la victime, équivalente à la force majeure, pouvait lui être opposée).

Deux études ont été menées sur la place de la faute dans différentes législations:

-Les études sollicitées par le SAEI du Ministère de la Justice auprès des magistrats de liaison <sup>Annexe 36</sup>

-Une étude faite à la demande de la Présidente du Groupe de travail, par Mme LELIEVRE-BOUCHARAT <sup>Annexe 37</sup>.

Ces études montrent, au-delà des disparités, que l'Italie, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne ont des législations qui retiennent l'incidence de la faute, tandis que, selon des modalités très diverses d'application, le Québec, les Etats Unis (selon les Etats) la Nouvelle Zélande, l'Australie et la Suède ont rompu avec la notion de faute selon des justifications diverses, **telle l'absence d'effet dissuasif de la réduction de l'indemnisation par la faute**, d'où le rôle important pris par les Assurances dans le domaine de la prévention (Québec Australie), une meilleure maîtrise des coûts d'assurance, une liquidation plus rapide de l'indemnisation.

#### **IV- 2-2) Garantie obligatoire du conducteur ?**

A supposer supprimée l'incidence de la faute sur l'indemnisation du conducteur, resterait cependant non résolue l'indemnisation du conducteur seul en cause.

La garantie obligatoire du conducteur est donc, une proposition principale, indépendante de l'incidence de la faute (qui deviendrait ainsi en cas de maintien, un mode de règlement de la répartition inter-assurances et de détermination du montant de la prime).

Cette proposition, faite par L'IGASS Lebeau (page 46 et 82 de son rapport) ne semble pas avoir été reprise.

Il résulte de l'enquête précitée de l'APSAD, que 43 % des assurés (RC Automobile) ont souscrit une assurance conducteur avec une moyenne de garantie à 1,7 MF et une franchise d'IPP de 10 %.

Le document détaille les différentes formules proposées selon plafonds et franchise, avec un récapitulatif. Il montre la constance depuis 10 ans de la proportion d'automobilistes souscrivant une telle garantie complémentaire.

Les arguments en faveur et en défaveur de l'obligation légale de la garantie du conducteur (avec ou sans franchise d'IPP) échangés dans le groupe sont les suivants :

\* Le caractère obligatoire de cette garantie ne modifiera pas le taux de souscription d'un contrat RC automobile; l'approche du nombre de conducteurs circulant sans assurance est difficile. Mme LAMBERT FAIVRE a cité la proportion de 3,5%, soit selon M. TOMADINI (FGA) environ 1.260.000 conducteurs. Si on rapporte cette proportion à l'importance du parc automobile, l'étude de M. TOMADINI <sup>Annexe 38</sup> souligne la difficulté d'approcher le chiffre réel, une simple approche mathématique faisant ressortir le chiffre de 468.800 conducteurs non assurés, chiffre cependant insatisfaisant en raison de nombreuses interférences.

Il indique que les britanniques évaluent leur proportion de non assurés à 5 %, et mentionne la tendance à l'augmentation de cette proportion relevée par le Comité Européen des Assurances.

Cette proportion de conducteurs non-assurés, bénéficiaires potentiels d'une indemnisation de leur dommage, a amené à poser le problème en termes juridiques et moraux.

\* Mme LAMBERT FAIVRE et M. TOMADINI (FGA) sont en accord sur le fait qu'aucune directive européenne ne s'oppose au caractère obligatoire de cette garantie (cf: PV 2<sup>o</sup> réunion).

\* Le fondement juridique d'une telle obligation doit être précisé: il peut s'agir d'une extension de la garantie obligatoire de RC ou d'une obligation d'assurance pour son propre compte.

Dans le cas d'une extension de la garantie obligatoire de RC, le FGA fait observer que cette mesure serait en contradiction avec le fondement même de la création du FGA qui se substitue aux responsables non assurés afin d'indemniser les victimes et bénéficie d'une action récursoire contre les auteurs responsables, action qui lui serait interdite contre le conducteur non assuré indemnisé.

\* Mme LAMBERT FAIVRE, indique qu'il existe en effet un obstacle juridique puisque l'on n'est pas responsable envers soi-même des dommages, mais que cet obstacle ne s'impose pas au législateur qui peut parfaitement décider d'une obligation légale d'assurance.

\* Le contenu des contrats actuellement souscrits, combine les deux fondements juridiques, puisqu'il s'agit le plus souvent d'une avance sur recours envers le tiers responsable, et à défaut de tiers responsable, d'une assurance pour son propre compte.

\* L'extension en régime obligatoire ne pose donc que des problèmes d'ordre moraux : le FGA estime immorale et choquante une telle extension: prime aux conducteurs fautifs non assurés par rapport aux autres conducteurs payant régulièrement leurs primes, non dénonciation aux autorités du défaut d'assurance, caractère suffisamment protecteur des régimes d'assurance maladie.

\* Mme LAMBERT FAIVRE a rappelé que ces arguments d'immoralité avaient déjà été développés lors de la discussion de la loi du 05.07.1985 et n'ont pas empêché son adoption, que depuis 25 ans les mentalités ont évolué et que l'adoption d'une telle mesure dépend de la seule volonté politique.

Au terme de ces discussions, le groupe a donc adopté la proposition suivante :

**" L'article L 211-1 du Code des Assurances doit être modifié par l'ajout suivant :**

***Le contrat d'assurance (obligatoire) doit obligatoirement comporter la garantie intégrale des dommages corporels subis par le conducteur, à titre d'avance sur recours - conformément aux dispositions de l'article R211-7 du Code des Assurances - ainsi rendu applicable à tous les conducteurs. "***

Afin de donner tous les éléments du débat, le groupe a sollicité de Monsieur Brousseau une étude du coût d'une telle mesure.

D'après la documentation fournie <sup>annexe34</sup> par M. BROUSSEAU, la garantie obligatoire de droit commun du conducteur entraînerait un coût de 200 F, HT, par véhicule toutes catégories confondues.

Réparti par catégorie de véhicules (2 roues, ..., camion...) le coût de cette garantie serait dans un rapport de 1 à 6 (130 à 800 F environ), le taux le plus élevé étant relatif aux 2 roues.

Rappelant que la conjugaison des facteurs "2 roues/jeunes/ traumatisés crâniens" rendait beaucoup plus forte la probabilité de non indemnisation de cette catégorie de conducteur, Mme LAMBERT-FAIVRE a souligné la nécessité de faire porter la solidarité du surcoût de cette garantie obligatoire sur l'ensemble des véhicules, sans distinction de catégorie, opinion partagée par le groupe qui a donc adopté cette opinion comme recommandation.

### 2-3) Assurance obligatoire de droit commun par les groupements sportifs de leurs membres

L'augmentation du nombre d'accidents graves liés à la pratique sportive (accidents médullaires, comme traumatismes crâniens, 2ème cause de traumatismes crâniens chez les jeunes garçons) a amené le groupe à se pencher sur une garantie obligatoire "droit commun" des membres adhérents des groupements sportifs.

Il s'agirait d'une modification de la loi du 19/7/1992 et de son décret d'application, avec suppression de la liberté contractuelle quant à l'étendue des garanties, celles-ci devenant "de droit commun". Le système actuel de liberté contractuelle vide d'effet les dispositions législatives, le seuil minimal de garantie n'ayant pas été fixé. La gravité de certains accidents milite pour une garantie totale.

Le groupe a donc adopté la proposition suivante :

" Modification de la loi du 19/7/1992 et de son décret d'application par suppression de la liberté contractuelle de l'étendue des garanties, celles-ci devenant de droit commun "

#### 2- 4 Sur les autres causes de traumatismes crânio-encéphaliques.

Il convient de rappeler la réforme de l'indemnisation de l'accident thérapeutique, qui ne laissera aucun cas en dehors du champ de l'indemnisation. Il s'agit de la prise en compte de l'augmentation des facteurs de risque, indépendamment de la notion de faute, même si la faute ici envisagée n'est pas celle de la victime.

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a établi une note juridique <sup>Annexe 36</sup> exhaustive sur les limitations à la réparation intégrale des préjudices en matière d'accidents du travail et les exceptions jurisprudentielles et législatives à ce principe.

Cette note fait également le point des travaux en cours (rapport du Professeur MASSE, groupe de travail présidé par Monsieur YAHIEL).

La complémentarité des travaux des deux groupes (Ministère de la Justice et Ministère de l'Emploi) est à souligner.

## **CHAPITRE V - Protection des victimes**

Il s'agit ici, aussi bien de la victime directe que celles par ricochet, soient les proches du cérébro-lésé.

### V - 1 Rente ou capital ?

Plusieurs interventions ont porté sur la nécessité de garantir l'avenir du blessé en lui versant les indemnités économiques sous forme de rente et non sous forme de capital, en raison même de l'importance financière des postes comme la tierce personne ou l'incapacité professionnelle.

L'UNAFTC a alors fait connaître au cours de la réunion du 20/9, que le choix entre les deux modes d'indemnisation avait une incidence sur la suppression de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), et par voie de conséquence, sur l'affiliation gratuite des bénéficiaires de l'AAH au régime général d'assurance maladie, et a envoyé une note <sup>annexe43</sup>.

Deux points ont donc été successivement abordés :

-incidence du mode d'indemnisation sur le maintien ou la suppression de l'AAH

-incidence du mode d'indemnisation sur le maintien ou la suppression de l'affiliation gratuite à un régime de protection sociale.

#### V-1-a) incidence sur le maintien ou la suppression de l'AAH.

Des notes de synthèse ont été établies par les Ministères concernés <sup>annexes 39,annexe 40 et annexe 41</sup> desquelles il résulte que :

- rente ou capital versés en indemnisation de la tierce personne sont exclus de tout calcul du plafond d'obtention des allocations,
- rente ou capital interviennent au même titre (prise en compte de la rente ou des intérêts du capital ou du placement réalisé avec ce capital) pour le calcul des revenus du handicapé pour déterminer le plafond de ressources auquel sont liés le maintien ou la suppression de l'AAH.

D'autres éléments ont permis de préciser que le versement en capital pourrait avoir une incidence favorable selon le régime de défiscalisation du placement choisi. Cette défiscalisation est cependant limitée à certains montants et en contrepartie de l'indisponibilité temporaire des fonds. Cette incidence est donc marginale.

Ce choix d'un paiement en rente ou en capital n'a donc pas d'incidence notable sur le maintien ou non des allocations diverses aux handicapés.

#### V-1-b) Incidence sur l'affiliation aux régimes de protection sociale.

En revanche, un poste de préjudice, non habituellement réclamé par les victimes, car il n'apparaît qu'après l'indemnisation avec la suppression des allocations, a été mis à jour : c'est la suppression de l'affiliation gratuite au régime général d'assurance maladie.

Pour comprendre les données juridiques et les discussions sur ce sujet, il convient de rappeler :

- qu'une personne qui vivait antérieurement à l'accident, des revenus de son travail était affiliée (comme salariée, agriculteur, profession libérale...) à un des régimes légaux de protection sociale.

- que des revenus compensateurs de la perte prolongée de l'activité professionnelle sont servis sous forme d'AAH, ce qui entraîne l'affiliation gratuite à un régime de protection sociale ou de pension d'invalidité, ce qui maintient l'affiliation.
- que les personnes handicapées qui ne sont titulaires ni de l'AAH ni d'une pension d'invalidité et qui ne travaillent pas, bénéficient de la couverture maladie universelle pour l'assurance maladie de base mais doivent acquitter une cotisation personnelle si elles disposent de ressources annuelles supérieures à 6.505 Euros (**soit 42.670 F**). Cette cotisation est assise sur la part de revenus excédant ce montant. Le taux appliqué est de 8%.
- que l'indemnisation qui aura le plus souvent pour effet secondaire la suppression de l'AAH, compense, en vertu d'une jurisprudence constante, les pertes futures de revenus nets et non bruts. Ceci engendre donc des compensations à prévoir précisément, de la perte des droits sociaux et des droits à la retraite.
- qu'il se dégage ainsi, un poste de préjudice lié au coût d'une affiliation volontaire.

Il peut donc en résulter un préjudice direct supplémentaire pour les blessés privés, du fait de l'accident, de leur travail antérieur et de toute possibilité de travail de substitution dès lors que l'indemnisation de cette perte leur procure :

- de façon certaine si elle est payée sous forme de rente
- de façon fluctuante dépendant des placements si elle est payée en capital un revenu annuel (hors rente TP) supérieur à 6 505 euros.

Ils perdent en effet le bénéfice de leur affiliation Sécurité Sociale du fait de la perte de leur emploi et leur affiliation gratuite CMU du fait du plafond de ressources.

Il convient de signaler que peut également exister un préjudice, beaucoup plus sujet à discussion quant à son existence et son montant, pour les blessés qui n'avaient pas de travail antérieurement à l'accident.

Cette discussion étant close, le groupe a tenu, à plusieurs reprises, à souligner l'importance du paiement en rente plutôt qu'en capital des sommes souvent importantes dans ce type de pathologie.

Le groupe a estimé que la rente préservait de façon très efficace l'avenir du cérébro-lésé en déchargeant celui-ci et sa famille des soucis de placements judicieux et en mettant le blessé à l'abri des tentations quelquefois suscitées par des sommes aussi importantes et que le régime actuel de protection judiciaire ne suffit pas à déjouer.

#### V - 2) Honoraires de l'avocat

Il a été souligné qu'il n'était pas rare de voir des conventions d'honoraires sur 10 % du résultat, incluant parfois le montant des frais médicaux engagés par les organismes sociaux.

Le point étant traité par le groupe de travail CNAV réuni à la DACG, le présent groupe, annexe à son rapport les recommandations de ce groupe de travail auxquelles il renvoie.

#### V-3) Garanties procédurales des examens de la loi " Badinter "

Sous ce paragraphe figurent les demandes de l'UNAFTC formulées en page 19 et 20 de sa note initiale <sup>annexe45</sup>.

Ces points étant également traités par le Groupe de travail CNAV réuni à la DACG, le présent groupe annexe à son rapport les recommandations du groupe CNAV et auxquelles il renvoie.

#### V - 4) Mesures de protection des incapables

Il est patent que la majorité des cérébro-lésés ont une perte d'autonomie mentale qui les rend dépendants, état pouvant requérir une mesure de protection.

Le juge des Tutelles (quand il est saisi) donne mandat à un tuteur privé ou institutionnel pour gérer le patrimoine du blessé qui n'est plus à même de gérer ou de poursuivre la gestion de ses biens.

Il s'agit, en général, d'une " tutelle aux biens " qui se révèle très insuffisante lorsque l'on prend conscience du besoin d'investissement humain que représente la prise en charge d'un blessé cérébral.

Il faudrait pouvoir se rapprocher de certains systèmes existant à l'étranger instaurant un " case manager " régissant l'ensemble des problèmes du protégé et constituant à la fois une protection de ses biens et de sa personne.

Par ailleurs, les textes en vigueur révèlent une très mauvaise protection du blessé dans la mesure où il reste à la merci de l'imperfection de ses proches, époux ou ascendants s'il est mineur, ceux-ci pouvant n'avoir aucun compte à rendre à quiconque quant à la gestion des biens du blessé.

A ces problèmes s'ajoutent ceux liés à la saisine du juge des Tutelles en cas de versement de capital en exécution de garanties contractuelles (dans ce cas il n'y a pas lieu d'obtenir l'accord du juge sur le montant de la transaction)

Monsieur BOULE de la MAIF a établi une note <sup>Annexe44</sup> sur les problèmes posés par la saisine du juge des tutelles en matière de garanties contractuelles.

Cette note rejoint les préoccupations formulées quant à l'insuffisance de certaines mesures de protection, eu égard à l'importance des sommes en jeu.

Il est important que ces points soient repris en compte lors de la réforme, en cours, des régimes de protection des incapables, avec l'absolue nécessité d'intégrer la singularité de ce handicap.

#### V-5) Le préjudice des proches

Il n'est pas inutile de rappeler que les blessés cérébraux sont représentés, sur le plan associatif, par les " Associations de Familles de Traumatisés Crâniens " ce qui est révélateur de ce qu'une bonne part d'entre eux, les cérébraux lésés graves, ne sont pas en mesure d'organiser leur propre vie associative.

Ceci souligne l'état de dépendance des traumatisés crâniens et l'extrême implication de leur famille dans leur vie quotidienne mais aussi dans leurs problèmes.

Les préjudices par ricochet sont considérables et souvent constitués par de réelles pathologies induites par le traumatisme crânien initial (dépressions nerveuses )

Il est également très fréquent que les familles " implosent ", les couples se séparant non seulement quand le blessé est l'un des époux et que l'autre époux ne le reconnaît plus, mais aussi quand les parents d'un enfant blessé n'arrivent plus à supporter l'univers familial qui ne tourne plus qu'autour des troubles neuropsychiques et comportementaux du blessé qui fragilisent toute la cellule familiale.

On prend dès lors la mesure de l'importance des préjudices des proches trop souvent limité à un préjudice dit " moral " qui est, en réalité, un véritable préjudice d'agrément, constitué par une perte de qualité de vie, doublé d'une obligation d'accompagnement constitutive, elle même, d'un préjudice intrinsèque.

" Toutes ces données ont une influence sur les représentations que se font les enfants sains des difficultés de leur frère ou de leur soeur différents. L'intégration intra-familiale est parfois

plus compliquée que l'intégration sociale régie par la loi "(Professeur RUFFO, pédopsychiatre).

Il paraît essentiel d'envisager une meilleure prise en compte de la spécificité de ces préjudices par ricochet, lors de leur indemnisation.

#### V - 6) Autres points suggérés mais non abordés faute de temps :

- révision du décret de 1986 sur le montant du franc de rente
- modification de L 376.1 du Code de Sécurité Sociale.
- le fichier AGIRA : la nécessité d'une information fiable sur les droits des handicapés et sur la jurisprudence a été abordée de façon parcellaire.

L'opinion unanime concerne le fonctionnement inadéquat du fichier AGIRA, les assureurs précisant qu'ils n'en avaient nullement souhaité la gestion.

Il a été évoquée la gestion par un organisme indépendant et la difficulté pour les services judiciaires de dégager du personnel de greffe pour établir des données statistiques.

Le groupe n'a pu aller plus loin, faute de temps dans sa réflexion.

#### **VI) RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS :**

##### **Celles-ci sont organisées autour d'un ensemble cohérent de trois mesures indissociables :**

- Etablissement d'une liste nationale d'experts en évaluation médico-légale et mesures de protection des cérébro-lésés (avec nécessité, dans les accidents médicaux cérébraux de faire coexister les deux temps des expertises et nécessité de garantir, au pénal des honoraires correspondant à une juste rémunération).
- Une mission spécifique d'expertise (page 36 à 46) utilisée tant amiablement que dans tout le domaine contentieux (y compris administratif).
- Programme de formation des juristes(pages 25 et 26 du rapport).

##### **A cet ensemble s'ajoutent :**

###### **\*une disposition annexe :**

- Adjonction dans la mission type générale d'évaluation du dommage corporel d'une mention incitative à saisir le mandant en cas de présence d'un traumatisme crânien modéré ou grave

###### **\*deux dispositions augmentant les garanties d'indemnisation :**

- Adoption de la garantie obligatoire du conducteur, avec poids du surcoût réparti sur l'ensemble des catégories de véhicules.

- Modification de la loi du 19 juillet 1992 et de son décret d'application.

###### **\*les recommandation du groupe de travail CNAV.**

###### **\*la recommandation sur la révision consensuelle des deux barèmes de déficit fonctionnel séquellaire.**

Rapport établi le 24 Avril 2002.

Pour le groupe de travail, sa Présidente.

Elisabeth VIEUX



# **Annexes**

*Annexe 1* : Les objectifs du groupe de travail

*Annexe 2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, et Annexe 9* : Les PV des réunions

*Annexe 9* : Les PV des réunions

*Annexes 10 : Note du* Président de l'UNAFTC

*Annexe11 : Note du* Président de l'UNAFTC

*Annexe 12* : Note du Professeur TRUELLE sur **la gravité d'un traumatisme crânien**

*Annexe 13* : L'évolution récente des sinistres graves en assurance automobile 1995-1999 établi en novembre 2000 par la FFSS- Direction des Etudes et des Statistiques

*Annexe 14* (manquante)

*Annexe 15* : Note de l'UNAFTC sur le nombre de **places spécifiques** aux traumatisés crâniens

*Annexe 16* : Indemnisation au titre de la mise en jeu de la responsabilité civile générale et de la responsabilité civile automobile

*Annexe 17* : Compatibilité ou incompatibilité des fonctions de médecins judiciaires et de médecins conseils de compagnie d'assurances

*Annexe 18* : Note du Service des Affaires Européennes et Internationales

*Annexe 19* : Note du Docteur ATTAMIAN (Président de FFAMCE)

*Annexe 20* : Note de la DACG sur les honoraires experts rapportés aux cas des traumatisés crâniens

*Annexe 21* : Formation de l'ENM sur l'indemnisation du préjudice corporel et la protection des victimes de traumatisme accidentel

*Annexe 22* : Formation continue de l'ENM sur "la réparation du préjudice corporel"

*Annexe 23* : Centre Ressources pour enfants et adolescents avec atteinte cérébrale acquise

*Annexe 24* : Note de l'UNAFTC

*Annexe 25* : Projet de mission traumatisés crâniens graves

*Annexe 26* : Projet de mission AREDOC traumatisés crâniens graves

*Annexe 27* : Projet de mission adulte

*Annexe 28* : Projet de mission enfant

*Annexe 29* : Projet de mission d'expertise TC de l'UNAFTC

*Annexe 30* : Positionnement des assureurs sur les projets de missions traumatisés crâniens graves

*Annexe 31* : Lettre de M. Tomadini à Mme Vieux

*Annexe 32* : Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun

**Annexe 33** : Barème d'évaluation médico-légale

**Annexe 34** : Garantie du conducteur responsable

**Annexe 35** : Victimes suivant la nature des usagers de 1990 à 2000

**Annexe 36** : Note des magistrats de liaison sur la place de la faute du conducteur

**Annexe 37** : L'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'accidents de la route dans les régimes sans égard à la faute

**Annexe 38** : Difficulté d'approcher le chiffre réel des conducteurs non assurés

**Annexe 39** : Note de synthèse sur les droits des handicapés à l'assurance maladie

**Annexe 40** : Le régime fiscal des indemnisations

**Annexe 41** : Note sur l'impact d'une indemnisation pour dommage corporel sur l'attribution de l'AAH

**Annexe 42** : Indemnisations des victimes d'accidents du travail

**Annexe 43** : Incidence des rentes viagères

**Annexe 44** : Note relative à l'indemnisation des victimes gravement atteintes dans le cadre d'indemnités contractuelles

**Annexe 45** : Demandes de l'UNAFTC

Paris le 28 FEV. 2001

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

**DIRECTION  
DES AFFAIRES CIVILES ET DU SCEAU**

N/Réf : LT/BL

Monsieur le Premier Président,

Par courrier du 27 juin dernier, vous avez porté à la connaissance de la Chancellerie, au travers des dossiers soumis aux juridictions de votre ressort, les difficultés rencontrées par les magistrats en charge du contentieux relatif à la réparation du handicap grave et notamment, du traumatisme crânien. Vous m'avez fait part des initiatives prises en ce domaine par votre Cour et notamment par Mme VIEUX, présidente de la 10ème chambre spécialisée en la matière, qui a organisé un colloque sur ce sujet, les 30 novembre et 1er décembre derniers, auxquels mes services ont été conviés.

Les préoccupations que vous avez exprimées rejoignent celles du ministère de la Justice, alerté sur cette question par de nombreux parlementaires.

La Chancellerie s'étant engagée à mettre en place un groupe de travail, Mme VIEUX me paraît en raison de son expérience et de sa compétence, tout à fait désignée pour prendre la présidence de ce groupe pluridisciplinaire.

Dans l'hypothèse où cette proposition vous agréerait, je vous prie de trouver ci-joint une note d'information comportant les objectifs qui pourraient être assignés au groupe, sa composition, sous réserve de l'accord des intéressés, et le calendrier de ses travaux, que je vous serais très obligée de bien vouloir faire parvenir à Mme VIEUX afin que les réunions puissent commencer dès le début du mois de mars

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Danielle RAINGEARD de la BLETIERE



Monsieur Jean-Pierre PECH  
Premier Président  
Cour d'appel d'Aix en Provence  
20, place de Verdun  
13616 AIX EN PROVENCE CEDEX 1

<b>PREMIERE PRESIDENCE</b>	
POUR ATTRIBUTION	
REÇU LE	- 6 FEV 2001
POUR INFORMATION	

Paris le 28 FEV. 2001

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

**DIRECTION  
DES AFFAIRES CIVILES ET DU SCEAU**

N/Réf : LT/BL

Madame la Présidente,

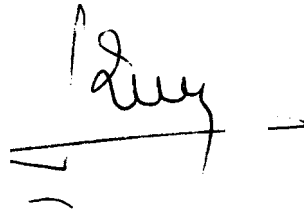
Pour faire suite aux échanges que vous avez eus avec mes services, je vous confirme qu'à la suite des diverses demandes en faveur de l'amélioration de l'indemnisation des traumatisés crâniens émanant tant des parlementaires que du monde associatif et notamment l'UNAFTC, la Chancellerie entend mettre en place un groupe de travail sur ce sujet.

Connaissant votre intérêt et votre haute compétence pour ces questions ainsi qu'il est notamment apparu lors du colloque des 30 novembre et 1er décembre derniers, j'ai sollicité l'accord de votre Premier Président, M. PECH, pour vous voir assurer la présidence de ce groupe.

A cet effet, je lui ai transmis un dossier d'information dont vous voudrez bien trouver ci-joint la copie.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, à l'expression de ma considération distinguée.

Danielle RAINGEARD de la BLETIERE



Madame VIEUX  
Présidente de la 10ème chambre  
de la cour d'appel d'Aix en Provence  
20, place de Verdun  
13616 AIX EN PROVENCE CEDEX 8

# **GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISES CRÂNIENS**

## **I - LES OBJECTIFS**

Dans le souci de voir amélioré le dispositif d'indemnisation des traumatisés crâniens et compte tenu de la spécificité de l'évaluation comme de la réparation de ce type de préjudice, la mission du groupe de travail devrait porter sur :

- une meilleure identification des préjudices avec l'établissement d'une liste de préjudices indemnisables et la prise en compte du dommage dans toutes ses dimensions y compris familiale ;

- une harmonisation des barèmes officieux d'indemnisation afin de lutter contre les disparités existant entre le règlement transactionnel des sinistres corporels et leur traitement par voie judiciaire, avec un examen spécifique de la valeur du point d'IPP ;

- une formation et une sensibilisation accrue des praticiens du droit, magistrats et avocats (spécialisation initiale et nécessité d'une formation continue) ;

- un traitement plus performant des dossiers dans le domaine assurantiel ;

- une spécialisation des experts avec l'établissement d'une liste spécifique, une réflexion sur l'élaboration de règles déontologiques plus adaptées portant notamment l'interdiction des cumuls entre l'expertise judiciaire et le règlement à l'initiative des compagnies d'assurance enfin la rédaction d'une mission type comportant un bilan neuropsychologique.

## **II - LES PARTICIPANTS**

### **A- LES PARTICIPANTS PERMANENTS**

**1) Magistrats** : Mme VIEUX - Présidente du groupe de travail-  
Présidente de la 10ème chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence,  
20, place de Verdun  
13615 AIX EN PROVENCE

Mme NEIER-SRHAUB,  
Conseiller à la cour d'appel Paris  
Palais de Justice  
4, Boulevard du Palais  
75055 PARIS RP

#### **2) Avocat**

Jacques PREZIOSI  
DIU Trauma-crâniens  
10, cours Pierre Puget  
13006 MARSEILLE  
04.91.33.87.35  
Fax : 04.91.33.82.44

#### **3) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**

Jean-François BAUDURET  
Chargé de mission auprès du Directeur de l'Action sociale  
75696 PARIS CEDEX 14  
01.40.56.85.46  
Fax : 01.40.56.87.22

#### **4) Experts médicaux**

- Jean-Luc TRUELLE  
Hôpital Foch  
40, rue Worth  
BP 36  
92151 SURENNES CEDEX  
01.46.25.24.15  
01.46.25.21.54

- Anne LAURENT VANNIER  
Hôpital National de Saint Maurice  
14, rue du Val d'Osne  
94410 SAINT MAURICE CEDEX  
01.43.96.63.41  
Secrétariat :01.43.96.63.40  
01.43.96.69.61

#### **5) Assureurs et mutuelles**

##### **- Assureur**

. Serge BROSSEAU  
Compagnie AXA  
Directeur des affaires juridiques et Président de L'AREDOC  
Tour AXA, 1, place des Saisons  
LA DEFENSE  
COURBEVOIE CEDEX 92083  
Tél : 01.47.74.10.01

##### **- Mutuelle :**

.Pierre BOULÉ  
MAIF  
Responsable du département corporel  
200, place Salvador Allende  
79000 NIORT  
Tél : 05.49.73.74.75



## **B - INTERVENANTS**

) UNAFTC : M. PICART

236 bis rue de Tolbiac  
75013 PARIS  
01.53.80.66.03

2) Docteur P. NORTH : Neuro psychiatre

5, rue Gustave Doré  
67000 STRASBOURG  
03.88.32.69.22  
03.88.75.71.10

3) J.M MAZAUX : Professeur de médecine

CHU de Bordeaux  
Groupe hospitalier Girard  
33076 BORDEAUX CEDEX  
05.56.79.55.46  
05.56.79.60.06

### III - CALENDRIER

#### PÉRIODICITÉ DES RÉUNIONS : MENSUELLE

- 1ère réunion : - **Prise de contact**  
. présentation du sujet  
. organisation des travaux  
. bilan des actions déjà menées  
. répartition du travail
- 2ème réunion : - **Préjudice (1)**  
. identification des préjudices avec établissement d'une liste des préjudices indemnisables et prise en compte du dommage dans toutes ses dimensions y compris familiale (tierce personne)
- 3ème réunion - **Préjudice (2)**  
. harmonisation de l'indemnisation ; question des barèmes  
. traitement des demandes par les assureurs
- 4ème réunion - **Formation et sensibilisation des praticiens du droit** à savoir magistrats, avocats  
- Magistrats : nécessité d'une formation initiale et continue  
- Avocats : spécialisation
- 5ème réunion : **Expert (1) : profession**  
- spécialisation.  
- établissement de règles déontologiques : interdiction des cumuls (expertise judiciaire + assurance) ; nécessité d'une répartition des activités entre l'expertise et l'exercice professionnel.  
- liste
- 6ème réunion : **Expert (2) : mission**  
- mission type  
- recours à une expertise comportant un bilan neuropsychologique
- 7ème réunion Rapport définitif automne 2001

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISES CRÂNIENS

-----

Compte rendu de la première réunion tenue le vendredi 18 mai 2001 à 14 h 00 au  
ministère de la Justice, salle des commissions de la Direction des Affaires Civiles et du  
Sceau

-----

### ORDRE DU JOUR

- Prise de contact
- Présentation du sujet
- Organisation des travaux
- Bilan des actions déjà menées
- Répartition du travail

### PARTICIPANTS

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10ème chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence
- **Madame NEIER-SCHRAUB**, Conseillère à la cour d'appel de Paris
- **Maître PREZIOSI**, Avocat au barreau de Marseille
- **Madame BARRES**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, substituant M. DIDIER-COURBIN, Sous-direction des personnes handicapées, Direction générale de l'Action Sociale
- **Professeur TRUELLE**, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes
- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC
- **M. BOULE**, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF

- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TEILLER**, ministère de la Justice, sous-direction de la législation civile, de la nationalité et de la procédure, chef du bureau de droit civil général.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

Etait excusée, Mme Anne LAURENT-VANNIER, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant).

### **POINTS ABORDES**

Catherine CHADELAT (D.A.C.S.) ouvre la séance en remerciant les participants et plus particulièrement la Présidente, Mme VIEUX, et en rappelant les motifs qui ont présidé à la constitution de ce groupe de travail.

Mme VIEUX expose les raisons de l'importance du problème : chiffre élevé des accidents de la circulation, développement de la médecine d'urgence (progrès de la réanimation et de la rééducation) qui va permettre d'éviter les décès mais qui laisse reposer sur des structures médicales, insuffisamment équipées et surtout sur les familles le poids de cette nouvelle masse de population handicapée.

Un tour de table est fait sur les problèmes généraux.

- Le Professeur TRUELLE insiste sur la spécificité de ce type de préjudice et la nécessité de ne pas consolider trop tôt, sur l'intérêt d'indemnisations échelonnées dans le temps et sur le recours à une tierce personne.

- Mme NEIER-SCHRAUB partage ce souci de voir organiser la période intermédiaire et rappelle par ailleurs les conséquences du recours des caisses, qui font que les sommes allouées ne peuvent l'être qu'à hauteur du préjudice personnel.

- Maître PREZIOSI insiste sur le véritable traumatisme judiciaire que vivent certaines familles et la nécessité de ne pas prolonger dans le temps l'étude d'un dossier sous prétexte d'un bilan le plus affiné possible. Il attire l'attention sur le danger pour la victime d'être liée définitivement par l'acceptation d'une transaction.

Une discussion s'instaure entre les participants notamment M. BROUSSEAU sur la notion de rente provisionnelle et de rente à titre transactionnel. ~

-Mme NEIER-SCHAUB affirme son accord sur le versement des provisions mais souligne qu'il ne peut s'agir d'un règlement définitif par voie transactionnelle.

- M. BROUSSEAU propose de faire un bilan de l'existant en ce domaine pour évaluer les difficultés.

- M. BOULE insiste sur le fait que la deuxième cause des accidents chez les jeunes est constituée par les accidents sportifs.

- Mme BARRES à propos du rôle de la sécurité sociale et de l'application de l'article L 376-1 du code de la sécurité sociale, indique que ce problème sera étudié par son ministère, Direction de la sécurité sociale.

\*\*\*

Compte tenu de la spécificité du sujet il a été souhaité de faire appel à certains spécialistes de façon permanente ou ponctuelle :

- Madame LAMBERT-FAIVRE, en qualité de participant
- Le fonds de garantie automobile (en l'occurrence M. TOMADINI) en qualité d'intervenant
- l'Amiral PICART, président de l'UNAFTC, en qualité d'intervenant
- M. le Professeur NORTH, en qualité d'intervenant.
- Le ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (en l'occurrence M.GEERAERT en qualité de participant).

### **I - Les axes des travaux**

Madame VIEUX détermine les trois grands volets des travaux à mener.

**1) Réformes législatives et réglementaires envisageables en matière de droit à réparation.**

a) Loi Badinter de 1985 et réflexion sur le bien fondé de la persistance de la prise en compte de la faute du conducteur. Sont souvent concernés des jeunes motocycles.

A titre subsidiaire : examen de l'opportunité de rendre obligatoire la garantie assurantielle du conducteur en droit commun

- b) Réforme du décret de 1986 (franc de rente)
- c) Législation du travail et problème de l'indemnisation forfaitaire plafonnée
- d) Réflexion sur l'obligation des clubs sportifs d'assurer leurs membres

## **2) Spécificités des séquelles des traumatisés crâniens et ses conséquences**

a) Formation des magistrats, y compris de l'ordre administratif, avocats, experts judiciaires, tuteurs, assureurs et régleurs, agents de sécurité sociale.

b) Information : transparence, diffusion de la jurisprudence, création d'un site judiciaire.

## **3) Outils spécifiques de réparation**

barèmes, mission d'expertise type, problème du cumul des fonctions d'expert judiciaire et d'expert d'assurance, confection des listes d'experts et problème des rubriques.

## **II - Détermination des questions spécifiques à traiter par les membres du groupe et des personnes à auditionner.**

### **1) Sur la modification de la législation ou de la réglementation**

- Rappel des différents systèmes avec étude comparative Québec-Europe :

- M. BROUSSEAU : enjeux financiers, état du marché sur les assurances conducteurs
- M. le Professeur TRUELLE
- Mme LAMBERT-FAIVRE sollicitée postérieurement à la réunion indique ne pas avoir d'éléments particuliers sur le droit comparé.

- Avantages et incidences financières de la modification de la loi Badinter (notamment assurance du conducteur obligatoire)

- Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie : M. GEERAERT
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : Inspection générale des Affaires sociales
- Fonds de garantie automobile
- Assurance des clubs sportifs : Mme LAMBERT-FAIVRE

### **2) Sur la formation et l'information**

- formation des magistrats : ENM et Conseil d'Etat
- formation des avocats : M. HENRIOT, Sous-directeur des professions judiciaires et juridiques qui sollicitera le CNB : question de la spécialisation des avocats. Problème de la convention d'honoraires.

- formation des tuteurs : Direction des Affaires Civiles et du Sceau :étude du rapport FAVARD, des modes de saisine du juge des tutelles. Solliciter l'avis de l'association nationale des juges d'instance.

- formation des médecins experts

. développer la spécialisation en ce domaine - question en lien avec le problème de la rémunération de l'expert judiciaire.

. rubrique des listes d'experts en liaison avec les travaux de la sous-direction des professions.

. non cumul des activités d'experts judiciaires et d'experts des compagnies d'assurances (Maître PREZIOSI, M. BROUSSEAU, Mme NEIER-SCHRAUB)

Expertise de l'article 6 de la Convention européenne par le Service des affaires européennes et internationales.

- sensibilisation des régleurs à la protection juridique : . M. BROUSSEAU

- formation des agents des caisses : bilan par le ministère de l'emploi et de la

solidarité

### **3) Mission type d'expertise**

- Mme VIEUX : présentation des versions AREDOC successives et proposition de réécriture.

- audition de l'Amiral PICART

### **4) Sur les barèmes : étude comparative des barèmes existants**

- M le Professeur TRUELLE

- Mme LAURENT-VANNIER

- Audition de M. le Professeur NORTH en particulier sur la réinsertion professionnelle et la qualité de la vie

- Etude au regard des critères de l'OMS.

## III) Calendrier

Il a été arrêté le calendrier suivant

- vendredi 29 juin après-midi à partir de 14 h

- jeudi 19 juillet après-midi à partir de 14 h

- jeudi 20 septembre après-midi à partir de 14 h

- jeudi 25 octobre après-midi à partir de 14 h

- jeudi 22 novembre après-midi à partir de 14 h

- vendredi 14 décembre après-midi à partir de 14 h

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

**GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISES CRÂNIENS**

-----

**Compte rendu de la deuxième réunion tenue le vendredi 29 juin 2001 à 14 h 00 au  
ministère de la Justice, salle des commissions de la Direction des Affaires Civiles et du  
Sceau**

-----

**PARTICIPANTS**

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10ème chambre de  
la cour d'appel d'Aix en Provence

- **Mme LAMBERT-FAIVRE**, Professeur honoraire

- **Madame NEHER-SCHRAUB**, Conseillère à la cour d'appel de Paris

- **Maître PREZIOSI**, Avocat au barreau de Marseille

- **Madame TEULY**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de  
l'Action Sociale.

- **Madame MOULANIER**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la  
Sécurité Sociale.

- **Monsieur le Professeur TRUELLE**, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de  
Suresnes

- **Madame Anne LAURENT-VANNIER**, chef du service de rééducation des pathologies  
acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et e  
réadaptation de l'enfant)

- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et  
Président de l'AREDOC

- **M. BOULE**, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la  
circulation à la MAÏF



- **Monsieur TOMADINI**, représentant le Fonds de garantie automobile

- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TEILLER**, ministère de la Justice, sous-direction de la législation civile, de la nationalité et de la procédure, chef du bureau de droit civil général.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

Etait excusé M. GEERAERT, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, Direction du Trésor, sous-direction des assurances.

### **POINTS ABORDES**

Il a tout d'abord été rappelé puis développé par Mme VIEUX les points importants évoqués dans le compte rendu de la réunion précédente du 18 mai 2001 à savoir :

**1) Les modifications législatives et réglementaires**, en particulier celle concernant l'assurance obligatoire du conducteur.

Mme LAMBERT-FAIVRE estime la mesure opportune soulignant qu'aucune directive européenne ne s'y oppose.

M. TOMADINI considère qu'une telle proposition est contestable dans la mesure où elle serait lourde de conséquence au regard de l'action récursoire et pour tout dire choquante.

Mme LAMBERT-FAIVRE répond que les mentalités ont évolué et que le pourcentage des personnes concernées est faible, 3,5 % des conducteurs étant sans assurance.

Mme NEHER-SCHRAUB rappelle qu'avec l'exclusion prévue par la loi BADINTER, bon nombre de conducteurs sont moins bien indemnisés qu'avant la jurisprudence DESMARES.

### **2) La faute du conducteur responsable**

M. TRUELLE, comme Mme LAMBERT-FAIVRE, souligne qu'il y a lieu de séparer le principe de la réparation de celui de la répression et se déclare favorable à une modification de la loi Badinter sur ce point.

Il a été rappelé qu'à ce jour le conducteur responsable non assuré ne touche que les prestations des organismes sociaux ainsi qu'éventuellement celles de la mutuelle dans des proportions plafonnées.

M. BROUSSEAU et M. BOULE se déclarent surpris par l'évolution du débat s'interrogeant sur le thème du groupe de travail : traumatisés crâniens graves ou réforme du droit du dommage corporel?

Mme CHADELAT rappelle que le groupe de travail est issu d'un questionnement permanent, en particulier, des parlementaires sur la situation spécifique des traumatisés crâniens, et qu'il appartient au groupe de travail de décider librement des thèmes qui lui paraissent devoir être abordés dans ce cadre.

Un débat s'est alors ouvert sur le nombre de personnes concernées, les chiffres avancés par M. TRUELLE et M. PREZIOSI étant très supérieurs à ceux avancés par M. BROUSSEAU et M. BOULE.

S'interrogeant sur les raisons d'une telle différence, les participants s'accordent à considérer que les critères pris en compte ne sont pas les mêmes. Mme VIEUX propose alors qu'une étude comparative soit menée à partir des chiffres donnés par les entreprises d'assurances d'une part et ceux fournis par les médecins concernés d'autre part.

Mme NEHER-SCHRAUB insiste sur la méconnaissance de la spécificité du traumatisme crânien, les chiffres actuels ne pouvant que convaincre qu'il y a une sous estimation du problème. Elle souligne le fait qu'un blessé n'ayant aucune doléance peut ne pas réclamer l'assistance d'une tierce personne alors que son état le nécessiterait.

### **3) L'appréciation du traumatisme crânien au regard du droit comparé**

Mme LAMBERT-FAIVRE doute de la pertinence de mener une étude de droit comparé en la matière.

M. TOMADINI indique qu'il est difficile de trouver des spécialistes du préjudice corporel en Grande Bretagne.

Il est rappelé que le Comité Européen des assurances a mené une étude de droit comparé qui pourrait être utilement versée aux débats.

### **4) Le devenir des traumatisés crâniens**

Mme LAMBERT-FAIVRE après avoir fait savoir qu'elle pourrait se renseigner sur le système suédois insiste sur les spécificités du préjudice subi par les traumatisés crâniens.

- perte de la qualité de vie
- préjudice professionnel
- modalité de l'indemnisation de la rente ou capital.

M. BOULE indique que la principale préoccupation du traumatisé crânien et de sa famille est l'adaptation de son cadre de vie.

Mme NEHER-SCHRAUB souligne que des expériences intéressantes ont été menées concernant la création de lieux de vie adaptés aux traumatisés crâniens.

Mme TEULY rappelle que le Ministère de la Santé a réfléchi à un certain type de mesures allant en ce sens (la mise en place d'un plan triennal par le Premier Ministre à raison de 150 MF sur trois ans, le semi-internat pour enfant ...) et fait elle aussi état d'expérience de lieux de vie tout en soulignant l'insuffisance des structures médico-sociales.

M. TOMADINI estime qu'il faut généraliser ce genre d'approche. A cet égard, M. BOULE évoque l'expérience de quatre traumatisés crâniens qui ont bénéficié de l'organisation d'une vie commune dans une maison avec l'assistance d'une tierce personne.

M. TRUELLE s'inquiète de l'amputation d'une partie des sommes inscrites au plan triennal au détriment des traumatisés crâniens.

Une discussion est alors menée sur la meilleure formule : indemnisation en nature, lieu de vie, financement d'un cadre de vie.

Une discussion s'instaure ensuite sur les conclusions du rapport SERVERIN, contestées par certains membres du groupe, sur la comparaison transaction et règlement judiciaire.

Mme LAURENT-VANNIER insiste sur la notion de besoins, question qui doit être résolue préalablement à celle des modalités de l'indemnisation.

M. TRUELLE indique que les besoins ne sont pas définis et qu'en tout état de cause la réponse doit être évolutive.

Les différentes questions posées amènent à reprendre le calendrier et à évoquer les prochaines réunions. D'ici là des études devront être fournies.

## LE CALENDRIER DES PROCHAINES REUNIONS ET LES THEMES ABORDES

### 19 juillet 2001 :

- formation des magistrats (de l'ordre judiciaire et administratif), des avocats, des tuteurs et des régleurs.

- cumul ou non cumul des fonctions d'experts judiciaires et des experts de compagnies d'assurances. Maître PREZIOSI a fait une étude sur cette question qui a été communiquée aux différents membres présents du groupe de travail le 29 juin dernier.

Par ailleurs le problème du contradictoire dans l'expertise et l'assistance médicale de la victime seront examinés le 5 juillet prochain par le groupe de travail du Conseil National de l'Aide aux Victimes à la Direction des affaires criminelles et des grâces. Une liaison sera faite par Mme TARDIF qui rendra compte des travaux.

La Direction des Affaires Civiles et du Sceau se chargera de prendre l'attache de l'ENM, du Conseil d'Etat, du Conseil National du Barreau, de l'Association Nationale des juges d'Instance. Elle fournira une étude sur la saisine du juge des tutelles et les suites du rapport FAVARD ainsi qu'une analyse du service des affaires européennes et internationales sur le cumul des fonctions d'expert judiciaire et d'assurance au regard de la Convention européenne des droits de l'Homme.

Le Professeur TRUELLE fournira des éléments sur les données statistiques.

### - 20 septembre 2001 :

- Projet de mission d'expertise type (à partir de la mission AREDOC, d'un projet de réécriture AREDOC, magistrats, experts et d'une proposition de Mme VIEUX).

- Etude des barèmes
- travail de synthèse

- Etude du problème de la qualité de vie : - audition de M. le Professeur NORTH et de l'amiral PICART

- bilan des expériences tentées et de l'existant par M. BOULE et M. BROUSSEAU)

- bilan du plan de travail du ministère de la Santé et problème de l'insuffisance de structures médico-sociales.

- 25 octobre 2001 / 22 novembre 2001 :

- problèmes juridiques (Loi Badinter, accidents du travail, clubs sportifs)
- comparaison des diverses législations : sur la notion de faute
- droit communautaire (Mme LAMBERT-FAIVRE)
- information et diffusion (création d'une banque de données...)

- 14 décembre 2001 :

- synthèses et propositions

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISES CRANIENS

**Compte rendu de la 3ème réunion tenue le jeudi 19 juillet 2001  
à 14 h au Ministère de la Justice, salle des commissions  
de la direction des affaires civiles et du sceau**

-----

### PARTICIPANTS

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10ème chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence
- **Mme LAMBERT-FAIVRE**, Professeur honoraire
- **Madame NEHER-SCHRAUB**, Conseillère à la cour d'appel de Paris
- **Maître PREZIOSI**, Avocat au barreau de Marseille
- **Madame TEULY**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale.
- **M. PIDEL**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale.
- **Monsieur le Professeur TRUELLE**, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes
- **Madame Anne LAURENT-VANNIER**, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et e réadaptation de l'enfant)
- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel
- **M. BOULE**, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF

- **Monsieur GUEERAERT**, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, direction du Trésor, sous-direction des assurances.

- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TEILLER**, ministère de la Justice, sous-direction de la législation civile, de la nationalité et de la procédure, chef du bureau de droit civil général.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

### **INTERVENANTS :**

**M. PIOT**, Conseiller à la Cour administrative d'appel de Paris.

**Me FISHELSON**, avocat à la Cour d'appel de Paris, représentant le CNB.

- **Mme PECAUT-RIVOLIER**, présidente de l'association nationale des juges d'instance tribunal d'instance 52, rue du Château d'Eau PARIS 75010 (Tél. 01-40-40-40-70)

- **Mme BRINET**, MACJ, direction des affaires criminelles et des grâces, Bureau de la protection des victimes et de la prévention.

- **Mme DEGORCE épouse BILLA**, MACJ, direction des affaires civiles et du sceau, Bureau de la Réglementation des Professions.

- **Mlle THIBIERGE**, MACJ, direction des affaires civiles et du sceau, bureau du droit civil général.

### **POINTS ABORDES**

Cette troisième réunion avait pour thème la formation et la sensibilisation des magistrats de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire, des tuteurs et des avocats, des régleurs ainsi que celle des experts ainsi que s'agissant de ces derniers la question du cumul ou du non cumul des fonctions d'experts judiciaires et d'experts des compagnies d'assurances.

Mlle CHADELAT (D.A.C.S.) et Mme VIEUX, Présidente du groupe de travail ont remercié de leur présence les intervenants.

## I - SUR LES MAGISTRATS DE L'ORDRE ADMINISTRATIF

La parole est donné à M. le Conseiller PIOT.

M. PIOT précise que les magistrats administratifs issus de l'ENA ne bénéficient pas, dans le cadre de leur formation initiale, de séminaire spécifique au problème des traumatisés crâniens.

Il indique qu'à l'issue de la scolarité, les futurs magistrats administratifs bénéficient d'un stage initial de six mois au Conseil d'Etat avec deux aspects l'un théorique (dont l'évaluation du préjudice corporel), l'autre pratique consistant en l'étude de dossiers au sein d'une formation de jugement.

Dans le cadre de la formation continue des thèmes d'actualité concernant le contentieux administratif sont étudiés sous l'égide du Conseil d'Etat. Le thème du traumatisme crânien n'a pas encore été abordé dans ces stages.

Par ailleurs le centre de documentation du Conseil d'Etat, présidé par un maître des requêtes est chargé d'élaborer et d'actualiser une synthèse jurisprudentielle concernant tous sujets d'actualité.

Devant les Cours administratives d'appel il est prévu des formations spécifiques.

Des questions ont alors été posées à M. le Conseiller PIOT sur le problème de l'expertise dans le cadre des juridictions de l'ordre administratif .

Celui-ci a précisé que les listes d'experts qui n'ont pas de valeur officiellement reconnue étaient arrêtées par les présidents de juridictions et qu'elles étaient totalement indépendantes des listes de l'ordre judiciaire. La pratique consiste à désigner un expert du ressort de la juridiction et non d'un autre ressort.

Interrogé à ce sujet, M. PIOT indique qu'il communiquera ultérieurement le nombre d'expertises médicales et qu'à ce jour il n'existe pas de texte sur l'harmonisation des listes.

Sur interrogation de M. le Professeur TRUELLE, M. le Conseiller PIOT précise qu'il faut pour être expert, solliciter son inscription auprès du Président du tribunal administratif.

Concernant la formation qui pourrait être mise en place, M. le Conseiller PIOT fait état de l'existence du bureau des formations chargé tous les ans d'organiser des formations sur des thèmes spécifiques et nouveaux qui suivent l'évolution du contentieux.

Sur interrogation de Mme VIEUX, M. le Conseiller PIOT indique qu'outre le centre de documentation, les conclusions du commissaire du Gouvernement font largement le point sur le contentieux.



## II- SUR LES MAGISTRATS DE L'ORDRE JUDICIAIRE ET PLUS PARTICULIEREMENT SUR LES JUGE DES TUTELLES

La parole a été donnée à Mme PECAUT-RIVOLIER, présidente de l'association nationale des juges d'instance.

Elle rappelle qu'en matière de tutelle, il n'y a aucune spécificité des dossiers relatifs à des traumatisés crâniens, les dossiers étant traités non au regard de la cause de la demande de protection (maladie, accident...) mais au regard des conséquences sur la vie courante (aptitude à la gestion des biens et à la conduite de la vie personnelle).

Elle ajoute qu'aucun des différents intervenants dans la procédure de mise sous protection ne reçoit de formation particulière en la matière ce soit :

- les signaleurs et notamment les services sociaux divers ;
- les médecins spécialistes inscrits sur les listes du procureur de la République, qui à l'heure actuelle et bien que les textes ne l'imposent pas, sont presque tous exclusivement des médecins psychiatres ;
- les juges des tutelles qui ont à l'L'E.N.M. quelques formations, notamment sur les personnes âgés mais rien sur les traumatisés crâniens ;
- les tuteurs, qui en l'état actuel des textes, n'ont pratiquement aucune formation générale et encore moins de formation particulière à tel type d'handicap.

Elle précise que ces intervenants seraient bien entendu ouverts à une formation sur la matière, de deux ordres :

- sur les caractéristiques liés aux traumatismes crâniens en premier lieu afin de savoir comment réagir et suivre au mieux dans sa vie de tous les jours le traumatisé crânien.

-sur l'indemnisation également puisque le juge des tutelles est amené à donner son accord aux propositions de transactions suite à des accidents et qu'il n'a pas de connaissance particulière en matière de fixation d'indemnisation.

Sur interrogation de Mme VIEUX, elle indique que l'Association nationale des juges d'instance publie un bulletin d'information.

- Mlle THIBIERGE, MACJ à la direction des affaires civiles et du sceau en charge des dossiers relatifs aux majeurs protégés, après avoir fait distribuer une étude établie par la Chancellerie sur les propositions du rapport FAVARD et une autre sur le dispositif actuel de la protection des majeurs qu'elle commente l'une et l'autre brièvement, rappelle que le juge des tutelles est effectivement très isolé.

Mlle CHADELAT évoque la proposition contenue dans le rapport FAVARD consistant en la suppression de la saisine d'office avec un filtrage du parquet, en soulignant la difficulté pratique de mettre en oeuvre un tel mécanisme en raison du risque de surcharge du parquet.

Mme NEHER SCHRAUB rappelle la nécessaire distinction entre les actes de la vie quotidienne et la gestion du patrimoine étant précisé que dans ce dernier cas il est à craindre que la personne à protéger ne soit pas en mesure de maîtriser le capital qui doit lui revenir pour différentes raisons (exécution provisoire des décisions, sommes placées sur le compte du conjoint, achat d'une maison au nom du conjoint...). A cet égard, elle cite des exemples pratiques dont elle a eu à connaître.

Mme LAMBERT-FAIVRE estime préférable lorsque le handicap est très fort que l'indemnisation ne se fasse pas en capital mais sous forme de rente.

Mme VIEUX insiste sur l'intérêt d'une formation thématique plutôt que fonctionnelle ce qui permettrait de confronter les différents points de vue de tous les magistrats concourant à l'indemnisation et à ses suites.

- Concernant la formation des magistrats, d'une part il est distribué une note synthétique relative aux enseignements développés par l'ENM dans le cadre de la formation initiale et d'autre part sont donnés des éléments d'information sur le programme de formation continue 2000-2001 desquels il ressort que les questions de préjudices corporels graves peuvent faire l'objet de formation particulière mais qu'il semble difficile à l'ENM, pourtant consciente de la spécificité des traumatismes crâniens, de consacrer une session complète à ces questions.

En revanche l'école dans le cadre de sessions sur la réparation du préjudice corporel, sur les expertises ou les juges des tutelles, est disposée à y consacrer une place spécifique. En outre, elle apparaît prête au cas où elle recevrait des partenaires extérieurs des propositions de formation sur ce thème, à prendre en charge la participation des collègues à ces actions.

Mme VIEUX rappelle la possibilité de bénéficier de deux jours de formation pluridisciplinaire au cours des entretiens d'Aix.

M. PIOT évoque également l'existence de colloques organisés par la Cour administrative d'appel de Paris.

Enfin M. le Professeur TRUELLE et Mme LAURENT VANNIER font savoir qu'ils ne verraient aucune objection à ce que les hôpitaux dans lesquels ils exercent soient ouverts à l'ENM.

L'ensemble des participants s'accorde sur la nécessité de trouver une solution au problème de l'information et de la diffusion de celle-ci.

### III - SUR LES AVOCATS

Me FISHELSON rappelle la possibilité pour les ordres d'organiser des colloques. Le CNB est un interlocuteur majeur puisque la loi lui confère un rôle de formateur, mais à ce jour il n'existe pas de formation continue même pour les avocats non spécialisés, ni de véritable contrôle par la profession de la spécialisation de ses membres.

Certains barreaux produisent des listes des activités dominantes et plus particulièrement les grands barreaux dans lesquels les avocats peuvent plus facilement se spécialiser mais l'activité dominante implique un contrôle qui ne peut se faire que par une formation continue difficile à mettre en oeuvre.

Elle indique que dans le cadre de la réforme envisagée, les discussions actuelles portent sur la définition de la spécialité ("pointue ou large ?"), sur les critères de contrôle de l'effectivité de la compétence dans cette spécialité (qui peut en juger ? Comment ? Formation continue obligatoire?).

Elle insiste sur le problème de l'information et de la formation et rappelle par ailleurs l'obligation faite par le code de déontologie à l'avocat de ne travailler que dans des domaines dans lesquels il a une compétence.

Elle indique que certains avocats ne seraient pas opposés à bénéficier de différentes formations mais il ne pourrait s'agir que d'une démarche volontaire or, ainsi que l'indique Mme Neher-Schraub ils ne l'envisagent pas véritablement faute de temps.

M. le Professeur TRUELLE évoque l'obligation de formation continue chez les médecins et souhaiterait qu'il en soit de même pour les avocats. Il déplore le corporatisme des formations et rappelle le rôle primordial de l'échange pluridisciplinaire. A ce propos, il rappelle l'existence aux Etats-Unis de la neuro law (interface droit et neurologie) et souhaiterait qu'il y ait des formations ouvertes à toutes les catégories de juristes.

Il évoque enfin l'organisation de forums par l'association France traumatisés crâniens.

Mme NEHER-SCHRAUB et Mme LAMBERT-FAIVRE s'accordent pour dire que certains traumatisés crâniens ne sont pas défendus efficacement par leurs avocats qui s'avèrent insuffisamment compétents.

Mme VIEUX insiste sur la nécessité d'une formation et estime qu'il serait bon que le groupe de travail fasse une proposition en ce sens.

De son côté Me FISHELSON indique qu'elle va attirer l'attention du CNB sur ce problème.

Il est alors évoqué la possibilité de mettre en jeu la responsabilité professionnelle de l'avocat si celui-ci a mal défendu son client.

Par ailleurs, concernant le problème des honoraires, il est évoqué l'habitude chez certains avocats de réclamer un pourcentage (10 %) sur les sommes allouées y compris quelques fois sur les frais médicaux ce qui n'apparaît pas admissible aux membres du groupe.

Mme NEHER-SCHRAUB rappelle l'importance du rôle du juge des tutelles qui peut exercer un contrôle.

Me PREZIOSI insiste sur la nécessité pour l'avocat d'avoir un mandat pour engager la procédure dans la mesure où il n'a pu être désigné par une victime incapable d'effectuer quelque choix que ce soit.

#### IV - SUR LES EXPERTS

Il est communiqué aux participants une note accompagnée d'annexes établie par Me PREZIOSI sur le problème de l'incompatibilité entre les fonctions de médecin expert judiciaire et de médecin conseil des compagnies d'assurances.

Par ailleurs la direction des affaires criminelles et des grâces doit faire parvenir à la direction des affaires civiles et du sceau au début du mois de septembre ses observations sur les frais de justice et en particulier les honoraires des experts médicaux en matière pénale.

Mme DEGORCE, MACJ, direction des affaires civiles et du sceau, bureau de la réglementation des professions expose que la loi de 1971 relative aux experts ne prévoit pas d'obligation spécifique de formation.

En pratique des mesures ont néanmoins été mises en oeuvre concernant la formation tant au niveau de l'inscription que de la réinscription.

A titre d'exemple la Cour d'appel de Lyon a mis en place une formation des experts et la fédération nationale des experts a proposé une réforme sur ce point.

Tous ces sujets sont à l'heure actuelle en discussion, avec projet privilégiant actuellement un système probatoire de deux ans à la première inscription et une réinscription obligatoire tous les cinq ans avec contrôle de la formation continue.

Concernant le problème de la nomenclature, chaque Cour d'appel a sa liste et il n'existe aucune harmonisation.

Le projet qui pourrait être arrêté ne serait qu'une préconisation laissant toute liberté aux Cours d'appel.

Sur interrogation de Mme VIEUX, M. le Professeur TRUELLE répond que la spécialité de neuro psychologie n'existe pas. Lorsqu'il est nécessaire de recourir à une évaluation neuro psychologique le médecin peut faire appel à un spécialiste psychologue.

Une réglementation sur ce point devrait être envisagée en tenant compte de la difficulté d'identifier le spécialiste, les seuls éléments matériels et vérifiables étant les diplômes.

Me PREZIOSI indique qu'il serait peut être nécessaire de valoriser de manière conséquente les honoraires des experts.

Mme NEHER-SCHRAUB confirme que devant la Cour d'appel de Paris si l'expert n'évoque pas la nécessité d'une augmentation de provision celle-ci reste de l'ordre de 3000 F.

Mme VIEUX pose ensuite le problème des pratiques en matière d'honoraires des experts de compagnies d'assurance.

M. BOULE (MAIF) répond que pour les petits dossiers la fourchette se situe entre 700 et 900 F et que pour les cas plus graves, les médecins experts sortent de cette fourchette, les honoraires pouvant aller de 5000 à 10.000 F.

Il rappelle qu'ils peuvent se faire assister par tout spécialiste de leur choix, M. BROUSSEAU ajoutant qu'il n'y a pas de contestation sur leur niveau de compétence et leur formation, ce qui est confirmé par Mme NEHER-SCHRAUB.

Il est décidé, faute de temps, que le problème du cumul des fonctions d'expert judiciaire et d'expert de compagnies d'assurance serait étudié au cours d'une prochaine réunion.

## V - SUR LES REGLEURS

Mme VIEUX interroge les assureurs sur le niveau de formation des régisseurs spécialisés en matière de traumatismes crâniens et sur leur nombre.

M. BROUSSEAU répond qu'en ce qui concerne AXA, 50 gestionnaires traitent du corporel handicap lourd et qu'ils ont à gérer un stock de 150 dossiers auquel s'ajoutent 25 à 30 dossiers nouveaux.

Leur statut est important puisqu'il s'agit de cadres chevronnés dont le salaire annuel est de l'ordre de 300.000 à 450.000 F, généralement d'hommes entre 40 et 50 ans formés à la communication.

M. BOULE pour la MAIF avance un chiffre de 30 gestionnaires recevant une formation initiale de 3 mois sensibilisés aux problèmes des traumatisés crâniens surtout depuis le congrès de Rouen. Ils travaillent en étroite collaboration avec un inspecteur qui se déplace sur le terrain (contacts avec la victime et le juge des tutelles quand le préjudice est important).

MM. BROUSSEAU et BOULE estiment à 250/300 le nombre total des gestionnaires de ce type de sinistres toutes entreprises d'assurance confondues.

Sur interrogation de Mme NEHER-SCHRAUB, il est indiqué qu'en cas de blocage entre la victime et le gestionnaire il est envisagé un changement de régleurs.

M. le Professeur TRUELLE estime que la formation des régleurs est supérieure à celle des experts ce qui peut s'expliquer par l'existence d'un partenariat répétitif dans le long terme. Il estime que "les régleurs font bien leur travail", Mme NEHER-SCHRAUB ajoutant "surtout ils sont bien formés".

Mme VIEUX conclut ainsi "satisfaction et estime générales"

#### IV - SUR LES CAISSES DE SECURITE SOCIALE

Le représentant du Ministère de l'emploi et de la solidarité communique la circulaire DAS- RV 1/TS 2 n° 2000/443 du 11 août 2000 relative à la mise en oeuvre des mesures du plan triennal (2001-2003) en faveur des enfants adolescents et adultes handicapés annoncées par le Premier ministre au Conseil National consultatif des personnes handicapées (CNCPH) du 25 janvier 2000 ainsi qu'un exemplaire du rapport Lebeau (rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens IGAS - rapport n° 95075 - mai 1995).

Il est rappelé que l'une des préconisations du groupe de travail du conseil national de l'aide aux victimes relatif à "l'expertise dans l'évaluation du préjudice" concerne la réduction des examens à une seule expertise et non une par organisme concerné.

Il exprime son souci de voir améliorer la formation des personnels des caisses et doit faire parvenir une note sur ce point pour la 4ème réunion prévue pour le jeudi 20 septembre prochain à partir de 14 heures.

Au cours de celle-ci, les thèmes suivants seront abordés :

- la question des barèmes
- le projet de mission d'expertise type
- l'étude des besoins des victimes
- l'étude du problème de l'amélioration de leur qualité de vie avec notamment l'audition de M. le Professeur NORTH neuro psychiatre et de l'Amiral PICART, Président de l'UNATC en qualité d'intervenants.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISÉS CRANIENS

Compte rendu de la 4<sup>ème</sup> réunion tenue le jeudi 20 septembre 2001  
à 14 h au Ministère de la Justice, salle des commissions  
de la direction des affaires civiles et du sceau

PARTICIPANTS

- Madame VIEUX, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10<sup>ème</sup> chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence
- Mme LAMBERT-FAIVRE, Professeur honoraire
- Madame NEHER-SCHRAUB, Conseillère à la cour d'appel de Paris
- Maître PREZIOSI, Avocat au barreau de Marseille
- Monsieur Jean-Luc FLORA, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale.
- Mme MOULANIER, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale.
- Monsieur le Professeur TRUELLE, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes
- Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant)
- Monsieur BROUSSEAU, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC
- M. BOULE, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF



- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TEILLER**, ministère de la Justice, sous-direction de la législation civile, de la nationalité et de la procédure, chef du bureau de droit civil général.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

Etait excusé Monsieur **GUEERAERT**, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, direction du Trésor, sous-direction des assurances.

#### **INTERVENANTS :**

- **M. le Professeur NORTH**, neuropsychiatre.

- **M. l'Amiral PICART**, Président de L'UNAFTC.

#### **POINTS ABORDES**

Mme VIEUX ouvre la réunion, en remerciant de leur présence les participants et les intervenants à savoir M. le Professeur NORTH, neuropsychiatre, et M. l'Amiral PICART, Président de L'UNAFTC.

Pour ceux-ci, elle rappelle les différents problèmes étudiés lors des trois précédentes réunions et évoque les questions du jour à savoir le barème d'indemnisation et la mission d'expertise. Elle évoque également la question du chiffre des personnes concernées par le problème du traumatisme crânien, une divergence d'appréciation existant entre les assureurs et les autres membres du groupe sur le critère de gravité.

Elle fait ensuite un bref rappel du bilan des travaux attendus

- bilan de l'existant et des structures, complété par l'UNAFTC.

- interprétation de la circulaire du 11 août 2000.

Répond-elle aux demandes du professeur Truelle ? Apparemment non.

M. FLORA indique qu'il existe une répartition des fonds alloués par région et que de ce fait il n'est pas certain que les 150 MF évoqués seront affectés aux traumatisés crâniens

M. le Professeur TRUELLE dénonce les décisions prises en Ile-de-France au nom du principe de fongibilité.

Mme VIEUX s'interroge sur le point de savoir si ce problème relève du groupe de travail.

Pour M. FLORA, ce problème est à régler au sein du ministère.

Elle évoque ensuite le programme des deux prochaines réunions :

- octobre : Détermination du nombre de personnes concernées par ce groupe de travail (raisons des divergences d'appréciations)

Experts médicaux :

Cumul ou non cumul des fonctions d'expert judiciaire et de médecin-expert de Compagnie d'Assurances  
Problèmes de la déontologie de l'examen Loi Badinter.  
Honoraires des experts (en liaison avec la Direction des Affaires Criminelles)

Protection de la victime

Honoraires de l'avocat  
Modes de saisine du juge des tutelles et secret médical  
Indemnité en rente ou en capital ?

- novembre les modifications législatives envisageable (faute et loi 85, assurance obligatoire, assurance des clubs sportifs, recours des organismes sociaux...)

Les difficultés de l'information des victimes ; fichier AGIRA - autre fichier à créer ?

Discussion sur les premières propositions du groupe (attendue pour fin octobre)

Discussion de la mission type après tableau récapitulatif des propositions de modifications.

Mme NEHER-SCHRAUB évoque le problème du fichier AGIRA qui n'est pas exploitable pour les non spécialistes et souligne la nécessité d'une vulgarisation et d'une simplification.

M. l'Amiral PICART insiste sur le problème de la rente ou du capital et sur le corollaire entre l'AAH et l'absence de droits à l'assurance sociale.

Compte-tenu de l'importance et des incidences majeures du problème soulevé par M. l'Amiral PICART, Mme VIEUX demande qu'un point précis soit fait par tous les ministères concernés pour la réunion d'octobre.

Mme VIEUX aborde ensuite les thèmes de la réunion du jour.

## I - BAREMES

### 1. - Audition de l'Amiral PICART

L'Amiral PICART dont la fille a été victime d'un traumatisme crânien à l'âge de 19 ans, évoque à partir de son cas personnel les points importants suivants :

- modification de la législation
- sous évaluation du préjudice d'agrément
- recours des organismes sociaux

Mme LAMBERT-FAIVRE se déclare très intéressée par la méthode CIH-2 (classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé)

Concernant le préjudice d'agrément, elle en déplore la conception trop restrictive du terme et souhaiterait une meilleure définition en soulignant qu'il s'agit véritablement d'une perte de la qualité de vie (sociale, culturelle, affective).

Concernant le préjudice par ricochet, elle estime la formule "préjudice des proches" très adaptée puisque dans ces espèces dramatiques c'est toute la cellule familiale qui est concernée.

Me PREZIOSI ajoute que parmi les apports de la classification CIH 2, il y a lieu de distinguer entre la notion d'incapacité et celle de performance.

Mme VIEUX estime possible d'intégrer, en droit positif, les notions issues de la CIH-2

M. le Professeur TRUELLE souligne que le mental est négligé, parce que pas visible, par rapport au physique.

M. l'Amiral PICART partage cet avis tout en insistant sur l'effet de frustration vécu par le traumatisé crânien qui a une conscience parfaite de son état antérieur.

M. le Professeur NORTH insiste sur deux points :

- la référence à l'environnement (lien entre le préjudice et l'environnement).

- le préjudice d'agrément qu'il rapproche lui aussi de la qualité de vie.

M. l'Amiral PICART évoque les troubles comportementaux des traumatisés crâniens qui pèsent encore plus lourd que les troubles mentaux.

M. le Professeur TRUELLE le confirme et insiste sur la nécessité d'établir des échelles d'évaluation du comportement et dans l'immédiat :

- de recourir à des témoignages
- d'interroger l'entourage sans suspicion.

Mme le Docteur LAURENT-VANNIER se déclare également choquée à la lecture du barème du Concours Médical sur la prééminence du physique sur le mental (ex : une paralysie faciale sera prise en considération au même titre qu'un trouble de l'attention de 10 à 15 % alors que la première ne crée aucune incapacité ni handicap). Elle confirme que les traumatisés crâniens ne se plaignent pas, ce qui est justement un signe.

## 2. - Coexistence de deux barèmes

M. le Professeur TRUELLE, après avoir rappelé que la place du comportement est insuffisamment définie, pose la question de savoir si la coexistence de deux barèmes est positive ou non.

Il répond par l'affirmative estimant que chacun peut y trouver son profit.

Mme VIEUX ne partage pas cet avis et se demande s'il ne faut pas créer un nouveau barème

Mme le Docteur LAURENT-VANNIER estime que le barème concours médical ne prend pas assez en compte les comportements.

Me PREZIOSI indique ne pas adhérer pleinement aux propos de M. le Professeur TRUELLE, estimant que la position de ce dernier ne se justifie qu'en raison de sa parfaite connaissance du problème.

Il déclare que le barème fourni par l'AREDOC est présenté comme le barème de référence et souhaiterait que la Chancellerie constitue un groupe de travail de spécialistes avec pour objectif un barème émanant d'une autorité neutre.

M. BROUSSEAU exprime son accord sur le principe mais s'interroge sur la part qui sera laissée au physique et au mental.

Mme LAMBERT-FAIVRE indique avoir fait une introduction pour le barème de médecine légale tout en rappelant qu'elle a cité les deux barèmes dans son dernier livre.

Elle souhaiterait un barème unique (sécurité sociale, pension militaire...) qui permettrait à un juriste qui n'est pas spécialement compétent pour déterminer un préjudice de pouvoir s'y référer.

Mme CHADELAT indique qu'il ne lui apparaît pas possible d'élaborer un barème officiel qui aurait l'aval des pouvoirs publics.

Mme LAMBERT-FAIVRE émet l'idée d'un barème labellisé avec fourchette.

Mme VIEUX revient à la comparaison des barèmes. Concernant le barème concours médical elle indique que sous couvert de la notion d'autonomie certains actes sont privilégiés, et qu'il ne permet pas d'encadrer suffisamment le travail de l'expert.

M. le Professeur NORTH indique qu'il est impliqué dans la rédaction du barème de l'AREDOC et il souligne que les malentendus existants entre les deux barèmes résultent de problèmes conceptuels et de problèmes de méthodologie. Selon lui l'existence des deux barèmes n'est pas gênante à la condition d'indiquer auquel on se réfère.

M. le Professeur TRUELLE indique alors que le problème conceptuel de la réparation de l'incapacité ou du handicap est particulièrement difficile pour les cérébro-lésés et qu'il nécessiterait la mise en place d'un groupe spécifique.

### 3. L'incapacité permanente partielle

Mme VIEUX pose alors la question de savoir s'il ne faut pas en finir avec la notion d'incapacité permanente partielle.

Mme LAMBERT-FAIVRE indique que les anglais n'y ont pas recours mais que cette notion est très ancrée en France.

M. le Professeur TRUELLE estime que la France restera longtemps attachée à l'incapacité permanente partielle (même s'il est envisageable que l'Europe fasse des recommandations sur ce point dans une dizaine d'années) ce qui n'empêche pas l'expert de donner des informations précises avec description du handicap.

Selon lui la mission peut faire ce que le changement de barème ne peut pas faire.

Ainsi plutôt que la référence au barème, serait envisagée la référence aux outils d'évaluation.

Mme NEHER-SCHRAUB rappelle que la précédente réunion évoquait le manque de formation des magistrats, avocats et autres..., et indique qu'il arrive que le traumatisme crânien ne soit même pas évoqué. Comment alors prévoir une mission spécifique ?

Mme VIEUX propose que toute mission d'expertise médicale prévoit que toute allégation de troubles de mémoire, attention, humeur, comportement... oblige l'expert à en référer au juge mandant pour une éventuelle mission spécifique traumatisés crâniens.

M. l'Amiral PICART et Maître PREZIOSI rappellent qu'en tout état de cause actuellement l'évaluation d'un dossier se fait toujours par rapport au taux d'incapacité permanente partielle

#### 4. - Recours des caisses :

Mme MOULANIER rappelle que les caisses ne peuvent obtenir le remboursement que de leurs propres débours.

Mme LAMBERT-FAIVRE et Mme NEHER-SCHRAUB évoquent l'objet de la subrogation et l'assiette du recours rappelant par ailleurs que l'article 376-1 du code de la sécurité sociale est antérieur à la loi de 1985.

#### 5. Synthèse

Mme VIEUX envisage deux propositions possibles

a) la création d'un groupe de spécialistes qui étudierait le problème spécifique du taux d'incapacité permanente partielle chez les traumatisés crâniens.

b) la diffusion large des deux barèmes (plutôt que le choix entre les deux) en insistant dans la mission de l'expert sur l'aspect descriptif et complet de la situation des traumatisés crâniens.

## II - MISSION D'EXPERTISE

En début de réunion Mme VIEUX a fait distribuer une note indiquant que l'ordre du jour comportait l'examen détaillé d'une mission type d'expertise à partir des trois documents suivants:

a) la mission traumatisés crâniens établie en 1997 par l'AREDOC

b) la réécriture de cette mission effectuée en octobre 1999 par un groupe dont la composition est explicitée par un document SCOR distribué précédemment. Cette réécriture n'a pas donné lieu à la présentation d'un texte global mais est détaillée point par point.

c) sa propre réécriture consistant à partir de cet acquis à une réorganisation des paragraphes ainsi que des ajouts concernant notamment le préjudice sexuel et d'établissement.

M. BOULE de son côté a fait distribuer un projet de mission AREDOC traumatisés crâniens graves établi le 19 septembre 2001 et non validé par le conseil d'administration.

1°) Sur la notion de préjudice d'agrément

A l'examen de ce dernier document, Mme LAMBERT-FAIVRE a estimé que le paragraphe 22 était trop restrictif.

2°) Sur l'aide d'une tierce personne :

M. le Professeur TRUELLE souhaiterait que soit précisé par l'expert pour quel besoin est justifié l'aide d'une tierce personne.

Mme NEHER-SCHRAUB estime qu'un rapport d'expertise clair et précis peut éviter les procédures.

Me PREZIOSI exprime son opposition à une expertise trop détaillée.

M. le Professeur TRUELLE maintient que le magistrat doit être informé et savoir à quoi sert la tierce personne, ce à quoi Mme NEHER-SCHRAUB répond que certains magistrats estiment ne pas avoir assez de temps pour lire un rapport particulièrement épais.

M. le Professeur TRUELLE insiste néanmoins sur l'importance d'un exposé bien argumenté.

3°) Sur le concept de qualité de vie

M. le Professeur NORTH expose qu'à l'origine il s'agissait d'un concept non médical qui a peu à peu été introduit dans différents domaines tels que les douleurs chroniques, la neurologie et la psychiatrie.

Depuis quelques années, il y est également fait référence en matière de médicaments plus efficaces mais plus toxiques.

Il en est de même concernant les traumatisés crâniens.

Il fait état de ses recherches effectuées avec M. le Professeur TRUELLE évoquant les approches possibles pour évaluer ce concept et plus précisément l'évaluation subjective (nécessité de redonner la parole à la victime).

A l'heure actuelle il n'existe pas d'échelle spécifique pour les traumatismes crâniens, les tentatives d'analyses des résultats de manière statistique ayant donné des résultats décevants.

Il insiste sur le fait que la qualité de vie est en corrélation avec le retour au travail et avec un certain degré d'autonomie.

Me PREZIOSI souhaite que les familles participent à l'élaboration de ce concept.

Sur interrogation de Mme VIEUX, M. le Professeur NORTH indique que le questionnaire de qualité de vie, une fois validé, pourrait être utilisé dans le recueil des doléances de la victime et de sa famille au cours de l'expertise, mais qu'en l'état cette solution est prématurée.

M. le Professeur TRUELLE ajoute qu'il s'agit d'un concept récent pouvant servir dans la structuration des doléances.

4°) Sur l'espérance de vie.

Mme le Docteur LAURENT-VANNIER et M. le Professeur TRUELLE indiquent qu'à ce jour l'espérance de vie est mal étudiée mais qu'il ne semble pas y avoir d'arguments laissant penser qu'elle serait moindre.

5°) Sur les provisions concernant les enfants :

Mme le docteur LAURENT-VANNIER indique qu'à sa connaissance, les provisions doivent être versées sur un compte bloqué donc immobilisées alors que la scolarité, dont le coût peut être élevé pour un enfant blessé fait partie du projet thérapeutique.

6°) Sur l'état antérieur

M. le Professeur TRUELLE indique qu'il s'agit là d'un élément important mais qu'il ne doit pas être un argument pour évacuer le comportement présent.

7°) Sur le retentissement sur la vie familiale et sur la nécessité d'entendre l'entourage familial

Mme NEHER-SCHRAUB ne souhaite pas que ce dernier point soit évoqué dans la mission dans la mesure où il se déduit de lui-même.

Mme VIEUX rappelle que souvent la famille est détruite et qu'un des deux parents voire les deux sont dans l'obligation de quitter leur travail ou que la victime adulte peut modifier complètement son comportement par exemple en retournant chez ses parents alors qu'elle est chargée de famille.

Mme CHADELAT fait remarquer que cette démarche ne sera pas facile si la famille n'est pas dans la procédure.

Mme VIEUX propose alors aux participants de faire par écrit leurs observations afin qu'elle puisse établir un tableau récapitulatif avant la prochaine réunion qui soit se tenir le jeudi 25 octobre prochain à 14 H.



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISES CRANIENS

Compte rendu de la 5ème réunion tenue le jeudi 25 octobre 2001  
à 14 h au Ministère de la Justice, salle des commissions  
de la direction des affaires civiles et du sceau

-----

### PARTICIPANTS

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10ème chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence

- **Mme LAMBERT-FAIVRE**, Professeur honoraire

- **Madame NEHER-SCHRAUB**, Conseillère à la cour d'appel de Paris

- **Maître PREZIOSI**, Avocat au barreau de Marseille

- **Mlle Julie VILLIGER** ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale, Sous-direction des personnes handicapées - Bureau adultes handicapés.

- **M. Eric PIDELL**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale, Bureau 2 C (accident du travail)..

**Monsieur le Professeur TRUELLE**, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes

- **Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER**, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant)

- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC

**M. BOULE**, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF

- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

Etait excusé Monsieur GUEERAERT, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, direction du Trésor, sous-direction des assurances.

### **RECTIFICATIF**

Mme VIEUX ouvre la réunion en donnant la parole à Mme TARDIF qui souhaite apporter un rectificatif dans le compte rendu de la 4ème réunion dans lequel il était écrit en page 8 paragraphe 6 :

"Maître PREZIOSI exprime son opposition à une expertise trop détaillée"

Il convient de lire

"Maître PREZIOSI exprime ses doutes sur une mission d'expertise trop détaillée".

### **POINTS ABORDES**

Mme VIEUX évoque le programme de la prochaine réunion et aborde ainsi deux problèmes

1°) Celui du rapport adressé par le Ministère de l'emploi et de la solidarité

Est-il toujours secret ou peut-on en faire état ?

Quel est son devenir au sein du ministère ?

Une réponse sur ce point sera donnée en novembre.

2°) Celui de la mission type concernant notamment l'enfant et impliquant deux interrogations :

- Age limite de l'enfance : - Pour les hôpitaux 15 ans  
- Pour Mme NEHER-SCHRAUB 18 ans, c'est-à-dire l'entrée dans la vie professionnelle  
- Pour Mme le Docteur LAURENT-VANNIER au moins 18 ans sans établir en tout état de cause de lien avec la puberté.

- Nombre de missions : Deux ou une seule avec des précisions sur l'enfant.

Il apparaît que les assureurs préféreraient deux missions pour ne pas alourdir la mission générale.

M. BOULE demande si la mission - enfant - proposée par Mme le Docteur Anne LAURENT-VANNIER peut être utilisée par l'AREDOC.

Accord lui est donné sans problème.

Mme VIEUX demande par ailleurs aux participants de bien vouloir faire parvenir avant le 15 novembre, toute proposition utile sur les travaux déjà effectués.

Elle aborde ensuite les thèmes de la réunion du jour.

## I - EXPERTS MEDICAUX

### - Sur le problème de méthodologie et sur l'audition du Docteur ATTAMIAN

Au sujet du problème du cumul ou du non cumul des fonctions d'experts judiciaires et de médecins experts de compagnies d'assurance, il est évoqué les comptes rendus du groupe de travail du CNAV (Conseil National de l'Aide aux Victimes) relatif à l'expertise dans l'évaluation du dommage corporel des 5 juillet et 21 septembre derniers.

Mme VIEUX estime que se pose un problème de méthodologie car selon elle à la lecture des deux documents, il apparaît que le Docteur ATTAMIAN, Président de la FFAMCE (Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Expert en évaluation du dommage corporel) n'a pas été amené à s'exprimer sur ce point précis.

Mme LAMBERT-FAIVRE et Mme NEHER-SCHRAUB, considèrent en revanche qu'il n'y a pas lieu de soulever le problème du contradictoire, tous les intervenants ayant été appelés à s'exprimer, notamment le Docteur ATTAMIAN, qui cependant n'a pas comme convenu, adressé ultérieurement de communication écrite.

Mme LAMBERT-FAIVRE estime que l'opinion largement dominante dans le groupe de travail CNAV est qu'un expert d'assurance ne doit pas être un expert judiciaire et indique que plusieurs suggestions ont été faites :

- une liste d'experts d'assurances
- des listes de médecins conseils des victimes
- une liste de médecins experts judiciaires.

Certaines listes pourraient être publiées par l'AREDOC (Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel) ou par l'I.N.A.V.E.M.(institut national d'aide aux victimes et de médiation).

Mme VIEUX estime qu'en tout état de cause le point de vue du Docteur ATTAMIAN ne peut en l'état être intégré dans le cadre des réflexions du groupe de travail des traumatisés crâniens.

Elle demande donc au groupe de voter pour savoir s'il souhaite entendre le Docteur ATTAMIAN, ce qui est décidé à la majorité.

## 2. - Sur la démographie médicale

M. le Professeur TRUELLE déclare qu'il n'y a pas de déséquilibre entre Paris et la province.

Mme LAMBERT-FAIVRE ajoute qu'en tout état de cause, compte tenu des moyens de transports, les problèmes sont plus faciles à résoudre étant précisé que c'est au médecin de se déplacer pour examiner la victime.

Maître PREZIOSI indique qu'à Marseille il y a deux spécialistes des traumatisés crâniens et pas d'expert judiciaire.

Il est suggéré que les experts puissent demander des sapiteurs.

M. le Professeur TRUELLE indique qu'il y a des professionnels très compétents mais qui ne sont pas forcément experts judiciaires.

La situation est en fait multifactorielle

- travail de pionniers où ceux qui s'y engagent sont débordés,
- difficultés de mobiliser les jeunes, compte tenu de la faiblesse des rémunérations par expertise,
- nécessité de faire valoir qu'il s'agit d'un service public,
- mauvaises prévisions,

Mme NEHER-SCHRAUB ajoute que si la victime est en province et qu'il n'y a pas de médecin expert sur place, la demande de déplacement d'expert parisien ne peut être qu'exceptionnelle.

Mme le Docteur LAURENT-VANNIER insiste sur l'obstacle majeur, temps et surcharge de travail et s'interroge sur d'éventuelles solutions pour améliorer le système notamment l'existence de lieux d'évaluation qui pourraient devenir des lieux d'expertise.

M. le Professeur TRUELLE s'interroge sur les éventuelles conséquences financières dans l'hypothèse où le lieu de travail serait l'hôpital.

Maître PREZIOSI insiste sur la démesure entre les honoraires d'experts architectes et les honoraires d'experts médicaux.

Mme VIEUX, sur le problème des honoraires évoque la pratique de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence à savoir la taxation des honoraires en fonction du temps passé après lecture attentive du rapport.

Maître PREZIOSI doit faire pour la prochaine réunion de novembre une note synthétique sur l'ensemble de la question.

### 3. - Sur la déontologie

Mme VIEUX reprend certaines demandes contenues dans le courrier de l'UNAFTC en date du 5 septembre 2001 ainsi que certaines propositions du groupe de travail du CNAV relatif à l'expertise dans l'évaluation du dommage corporel en particulier sur les deux points suivants :

a) La procédure transactionnelle prévue par la loi Badinter et le principe du contradictoire.

M. l'Amiral PICART en page 20 de sa note regrette que la victime ne reçoive pas le rapport d'examen in extenso pour lui permettre d'adresser à l'assurance le cas échéant des dires ce qui constitue selon lui un non respect du principe du contradictoire.

Mme VIEUX s'inquiète de pratiques judiciaires (refus d'ordonner une expertise judiciaire en cas de rapport "loi Badinter" non valablement contesté) qui se trouveraient légitimées par l'organisation d'une véritable procédure contradictoire dans l'examen aux fins des offres.

Mme NEHER-SCHRAUB indique quant à elle que le même problème se pose dans les affaires d'expertises judiciaires, les experts mettant beaucoup de temps avant d'examiner les victimes, délivrant leur rapport le jour de l'examen et s'estimant ensuite dessaisis du dossier.

Ce comportement constitue une perte de temps pour les magistrats qui sont parfois dans l'obligation de désigner à nouveau un expert.

Après plusieurs échanges sur ce point, le groupe de travail adopte la proposition suivante: *"pré-rapport obligatoire et réponse aux dires à intégrer dans toutes missions d'expertises en matière médicale, en expertise judiciaire".*

Mme LAMBERT-FAIVRE évoque la possibilité de faire de même dans le cadre de la loi Badinter.

Mme NEHER-SCHRAUB estimant qu'il ne faut pas arriver à une justice à deux vitesses, 80 à 90 % des affaires étant réglées à l'amiable, partage cet avis.

Mme VIEUX est d'avis opposé pour les raisons ci-dessus indiquées.

b) Les autres points soulevés par la note de l'UNAFTC recourent les doléances d'autres associations des victimes, abordées dans le groupe de travail CNAV qui statuera sur les propositions à faire le 23 novembre.

Le groupe décide de reporter l'examen de ces points en décembre où il sera voté sur les propositions retenues par le groupe de travail CNAV.

\*

\*       \*

Mme LAMBERT-FAIVRE évoque le problème des doléances de la victime et de sa famille tant dans le cadre de la procédure transactionnelle que dans le cadre de la procédure judiciaire.

Mme CHADELAT fait remarquer que la famille ne fait pas partie de la procédure.

Il est alors proposé une meilleure formule à savoir les doléances rapportées par la famille.

M. le Professeur TRUELLE affirme que la présence des proches lors d'un examen qui aboutit à une indemnisation est essentielle et qu'en tout état de cause il est nécessaire que cesse le rejet de la famille.

Il est évoqué enfin la note de la direction des affaires criminelles et des grâces en date du 20 septembre 2001 sur les honoraires des experts médicaux missionnés en matière pénale et sur la taxation de ces honoraires.

## **II - NOMBRE DES VICTIMES CONCERNEES**

Il y a une divergence sur le chiffre.

Dans sa note du 25 octobre 2001, M. le Professeur TRUELLE expose que pour connaître l'incidence annuelle des traumatismes crânio-cérébraux graves, il faut d'abord définir ce qu'est un traumatisme crânien grave.

Selon lui ce qui compte au regard de l'expert médico-légal comme de l'assureur qui indemnise, ce n'est pas tant la gravité initiale que la gravité évaluée au moment de l'expertise de consolidation.

Pour les traumatisés crânio-cérébraux graves, cette expertise de consolidation n'intervient très généralement qu'à partir de la 3ème année et assez souvent au delà.

L'outil d'évaluation de la gravité le plus couramment utilisé dans cette évaluation de la gravité à long terme est la Glasgow Outcome Scale (GOS), ce score comportant différents niveaux :

- 1 - la mort
- 2 - un état végétatif persistant
- 3 - handicap sévère
- 4 - handicap moyen ou modéré
- 5 - bonne récupération

La population concernée se situe par ordre décroissant à partir du niveau 4.

Il ressort par ailleurs de la note de M. le Professeur TRUELLE que pour évaluer l'incidence annuelle des traumatismes crânio-cérébraux graves en France, l'étude la plus pertinente est celle qui a été effectuée par les chercheurs bordelais de l'observatoire régionale de la santé d'Aquitaine (ORSA). Ils ont étudié (et publié en 1997) une population de traumatisés crânio-cérébraux graves recensés en 1986 lors de l'enquête de l'ORSA, revus cinq ans après leur accident.

En 1986, l'incidence des traumatismes crânio-cérébraux hospitalisés était de 271 pour 1000 habitants. Si on la rapporte à la population française actuellement de 60 millions d'habitants on trouve une incidence annuelle de 160 000 traumatisés crânio-cérébraux hospitalisés.

M. BROUSSEAU estime que ce chiffre est énorme ; il lui alors répondu qu'il s'agit d'une étude tous accidents confondus.

M. le Professeur TRUELLE ajoute qu'après cinq ans, 3 pour 100 000 habitants de la population étudiée sont évalués comme étant porteurs d'un handicap sévère (GOS 3) dans le Glasgow Outcome Scale.

Si l'on rapporte ce pourcentage à l'ensemble de la population française cela aboutit, à une incidence annuelle des traumatisés cranio-cérébraux ayant un GOS 3 à cinq ans de l'accident, de **1800 personnes**.

M. BROUSSEAU estime quant à lui que le chiffre des victimes dont le préjudice devrait être estimé à plus de 7 millions de francs s'élève à **750** par an.

Il soutient que la divergence des chiffres s'explique par le fait que "l'on ne parle pas de la même chose" et rappelle que sa référence concerne l'aspect financier.

Mme NEHER-SCHRAUB estime que de ce fait, la divergence est facile à expliquer puisque de nombreuses victimes affirment que leur préjudice est sous évalué.

M. BROUSSEAU ajoute que 25 % des victimes ne sont pas indemnisées s'il est tenu compte des conducteurs fautifs, des accidents sportifs et des accidents domestiques.

M. BOULE évoque ensuite l'incidence de la qualité des soins d'urgence qui a permis d'éviter un grand nombre de décès.

Mme VIEUX conclut qu'il faudra faire apparaître dans le rapport cette divergence d'appréciation.

M. le Professeur TRUELLE estime que le problème se pose entre 20 % et 70% d'incapacité permanente partielle et insiste sur la difficulté de savoir où mettre la marge d'où l'importance de la formation des médecins compétents dans l'évaluation de ce type de préjudice.

Mme VIEUX s'interroge sur l'émergence de la neuro-psychologie avec la création de postes annoncés par le Ministère de la Santé pour lutter contre les démences de vieillissement.

Pour Me PREZIOSI les neuro-psychologues ne sont pas des neurologues mais des psychologues.

M. le Professeur TRUELLE rappelle que les traumatisés crâniens ont presque toujours des troubles physiques et qu'il apparaît impensable qu'un neuro-psychologue soit nommé seul.

Mme VIEUX insiste sur l'importance de la formation et sur les problèmes déontologiques soulevés par les praticiens des UEROS.



### III - PROTECTION DE LA VICTIME

#### 1°) Rente ou capital.

Mme VIEUX renvoie sur ce point à la note de M. L'Amiral PICART, la question étant de savoir quel est le système d'indemnisation le plus avantageux pour la victime compte tenu :

- du régime fiscal des indemnisations.
- de son incidence sur les divers droits sociaux et allocations à savoir notamment

le montant de L'AAH (apparemment aucune)

. l'affiliation au régime de sécurité sociale (une victime précédemment salariée perd-elle le bénéfice de la sécurité sociale et doit elle souscrire à une assurance volontaire ce qui constituerait un poste de préjudice découlant directement de l'accident).

M. le Professeur TRUELLE attire également l'attention sur le problème du ticket modérateur.

Mme LAMBERT-FAIVRE s'interroge sur la prise en charge à 100 % et l'exonération des cotisations.

Le Ministère de l'emploi et de la solidarité et le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie doivent répondre par écrit à ces différentes questions.

#### 2°) Honoraires d'avocat.

Mme LAMBERT-FAIVRE indique que ce sujet a également été abordé dans le groupe de travail qu'elle préside à la direction des affaires criminelles et des grâces.

Il semblerait qu'il y ait accord sur l'exigence d'une convention d'honoraires entre victimes et avocats.

Mme LAMBERT-FAIVRE se déclare par ailleurs en faveur d'une convention sans pourcentage.

A défaut il faudrait que le pourcentage s'il doit être admis soit limité à 5 % avec exclusion absolue de la créance de la sécurité sociale.

Mme NEHER-SCHRAUB fait remarquer que s'il y a accord au niveau du groupe de travail sur ce point, c'est au niveau des ordres que le problème risque de se poser ce qu'approuve Me PREZIOSI en rappelant que le barème indicatif des honoraires d'avocat établi un temps par le Conseil de l'Ordre du barreau de Marseille a entraîné la condamnation à une forte amende par le Conseil de la Concurrence.

Il indique par ailleurs qu'à l'inverse de ses confrères, il ne transige qu' % de ses dossiers, le recours au judiciaire lui apparaissant être plus favorable à ses clients.

Mme VIEUX rappelle aux participants qui s'y sont engagés de faire par écrit part de leurs observations avant la prochaine réunion qui doit se tenir le jeudi **22 novembre prochain à 14 heures.**

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISÉS CRANIENS

**Compte rendu de la 6<sup>ème</sup> réunion tenue le 22 novembre 2001  
à 14 h au Ministère de la Justice, salle des commissions  
de la direction des affaires civiles et du sceau**

### PARTICIPANTS

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10<sup>ème</sup> chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence
- **Mme LAMBERT-FAIVRE**, Professeur honoraire
- **Madame NEHER-SCHRAUB**, Conseillère à la cour d'appel de Paris
- **Maître PREZIOSI**, Avocat au barreau de Marseille
- **Mlle Julie VILLIGER** \_ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale, Sous-direction des personnes handicapées - Bureau adultes handicapés.
- **Mme MOULANIER**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale, Bureau 2 C (accident du travail)..
- **Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER**, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant)
- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC
- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Direction des affaires civiles et du sceau, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TEILLER**, Ministère de la Justice, Direction des affaires civiles et du sceau, chef du bureau du droit civil général.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général

Etaient excusés

Monsieur GUEERAERT, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, direction du Trésor, sous-direction des assurances.

Monsieur le Professeur TRUELLE, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes.

Monsieur BOULE, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF.

### **POINTS ABORDES**

Mme VIEUX ouvre la séance en posant deux questions préalables

1) **A Mme MOULANIER** concernant le rapport MASSE communiqué par le Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction de la sécurité sociale sur les "réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles".

. Est-il destiné à être public ? : Oui

. A partir de quand ? Il doit être remis à Mme GUIGOU en décembre pour ensuite être étudié en réunion interministérielle.

2) **A M. BROUSSEAU** concernant la lecture du tableau qu'il a communiqué au cours d'une des premières réunions quant au nombre d'expertises et de missions d'expert.

Ce tableau concerne t-il toutes les missions d'expertise ?

M. BROUSSEAU répond que ce tableau comprend effectivement toutes les missions y compris celles d'assistance à expertise.

Elle expose ensuite le programme de travail du jour

- Indemnisation en rente ou en capital : Avantages - Inconvénients notamment sur le plan fiscal ;

- Elaboration d'une mission d'expertise type spécifique à la matière pour les victimes adultes et pour les enfants ;

- Examen des premières propositions du groupe de travail

\*

\*

\*

## I - INDEMNISATION EN RENTE OU EN CAPITAL

Mme VIEUX rappelle les observations de l'U.N.A.F.T.C. (Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens) sur la suppression possible de l'AAH du fait d'autres indemnités perçues par la victime et ses conséquences négatives sur l'affiliation au régime général de la sécurité sociale. Le groupe de travail s'interrogeant sur les conditions requises pour qu'un handicapé puisse conserver son affiliation antérieure à un régime de sécurité sociale, a posé la question au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la sécurité sociale au cours de la dernière réunion.

Mme MOULANIER évoque la note communiquée à l'ensemble des membres du groupe de travail sur les droits des handicapés à l'assurance maladie dans les 4 cas suivants :

- handicapés exerçant une profession
- handicapés n'exerçant pas d'activité professionnelle
- titulaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- titulaire d'une pension invalidité

Cette perte possible de l'affiliation de la sécurité sociale peut constituer un poste supplémentaire de préjudice, dont personne à ce jour n'avait pris conscience, et qui doit être réclamé par les avocats souligne Me PREZIOSI.

Mme NEHER-SCHRAUB s'interroge sur la personne qui devrait supporter cette nouvelle charge.

Mme VIEUX évoquant la notion de lien direct distingue entre la victime qui avait un emploi et celle qui était en devenir d'emploi.

Mme LAMBERT-FAIVRE considère qu'il s'agit d'un poste de préjudice qui pourrait relever de la "perte de chance".

Mme NEHER-SCHRAUB considère qu'il revient à l'avocat d'être vigilant à cet égard ; Toutefois Me PREZIOSI estime que la difficulté surgit après le prononcé du jugement.

Il appelle l'attention sur les commentaires du CIH 2 (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), évoquant une discrimination positive en faveur des handicapés.

Mme NEHER-SCHRAUB estime que la question relève du niveau ministériel

Monsieur BROUSSEAU suggère qu'une question parlementaire soit posée à ce sujet.

Le groupe a adopté la recommandation suivante

"Il s'agit d'un poste éventuel de préjudice non encore généralement pris en compte dont la solution juridique peut être discutée et sur lequel l'attention des magistrats et régleurs est attirée".

\*

\*

Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER évoque la notion de préjudice pour perte de chance subi par les enfants.

Mme VIEUX estime que tout enfant a vocation à gagner sa vie, au minimum le SMIC et évoque les différentes méthodes de calcul dont la conversion en franc de rente.

Mme NEHER-SCHRAUB expose le cas d'un enfant victime issu d'une famille d'intellectuels avec des frères et soeurs, ayant fait des études. Elle estime que l'on pourrait légitimement supposer que cet enfant aurait bénéficié d'une situation analogue.

Me PREZIOSI indique qu'il lui a été reproché lorsqu'il a évoqué ces arguments de faire de la discrimination sociale.

Mme NEHER-SCHRAUB reconnaît que le raisonnement peut être discutable et insiste sur le rôle de l'avocat, tout avenir chez l'enfant n'étant pas forcément programmé.

## II - PROJET DE MISSION D'EXPERTISE TYPE

Mme VIEUX évoque la lettre de M. BROUSSEAU du 31 octobre 2001 citant la nouvelle mission type élaborée par l'A.R.E.D.O.C. (Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel) remise à la séance du 20 septembre 2001, et datée du 19 septembre 2001.

Elle rappelle qu'il revient à L'A.R.E.D.O.C. le mérite d'avoir établi en 1997 une mission spécifique, mission qui a été retravaillée fin 1999 à l'initiative du Monsieur le Professeur TRUELLE.

Ce texte n'a pas été publié, le groupe de réflexion s'étant séparé sur un constat d'échec.

Sur le texte nouveau que M. BROUSSEAU déclare être un bon compromis entre les opinions diverses qui ont été émises, Mme VIEUX fait les observations suivantes :

1. Ce n'est pas un compromis mais une réécriture, la version de septembre 2001 lui apparaissant en régression grave par rapport au texte de 1999 ;

2. La demande de création d'un groupe de travail mixte chargé de rédiger une mission d'expertise est surprenante dans la mesure où cette tâche entre dans la mission du groupe de travail sur les traumatisés crâniens. Par voie de conséquence, elle dit s'interroger sur l'utilité d'un nouveau groupe de travail.

Le texte de la mission type arrêté en 1999 annoté des réflexions des uns et des autres est alors distribué et débattu.

En considération des observations faites point par point, un nouveau texte est rédigé et annexé au présent compte rendu.

L'examen du projet de mission ayant été particulièrement long, il s'avère impossible d'étudier les autres questions à l'ordre du jour.

Mme VIEUX propose donc le renvoi de ces thèmes à la prochaine et dernière réunion qui doit se tenir le vendredi 14 décembre prochain.

Compte tenu du travail restant à accomplir, il est prévu que la réunion se tiendra **toute la journée** à la Chancellerie.

- le matin à partir de 9 H à la bibliothèque du 4ème étage de la Direction des Affaires Civiles et du Sceaux ,
- l'après-midi à partir de 14 H à la salle des commissions du 2ème étage comme habituellement.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISÉS CRANIENS

Compte rendu de la 7<sup>ème</sup> réunion tenue le 14 décembre 2001  
de 9 h à 18 h au Ministère de la Justice, salle des commissions  
de la direction des affaires civiles et du sceau

-----

PARTICIPANTS

- Madame VIEUX, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10<sup>ème</sup> chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence
- Mme LAMBERT-FAIVRE, Professeur honoraire
- Madame NEHER-SCHRAUB, Conseillère à la cour d'appel de Paris
- Mlle Julie VILLIGER, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale, Sous-direction des personnes handicapées - Bureau adultes handicapés.
- Mme MOULANIER, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale, Bureau 2 C (accident du travail).
- Monsieur le Professeur TRUELLE, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes.
- Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant)
- Monsieur BROUSSEAU, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC
- Mme CHADELAT, Ministère de la Justice, Direction des affaires civiles et du sceau, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.
- Mme TARDIF, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.



Etaient excusés

Maître PREZIOSI, Avocat au barreau de Marseille.

Monsieur GUEERAERT, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, direction du Trésor, sous-direction des assurances.

Monsieur BOULE, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF.

### **RECTIFICATIF**

Mme VIEUX à la demande de Mme NEHER-SCHRAUB souhaite que soit apporté un rectificatif dans le compte rendu de la 6ème réunion dans lequel il était écrit en page 4, paragraphes 3 et 4 :

"Le groupe a adopté la recommandation suivante

Il s'agit d'un poste éventuel de préjudice non encore généralement pris en compte dont la solution juridique peut être discutée et sur lequel l'attention des magistrats et régleurs est attirée".

Il convient de noter que le groupe n'adopte pas cette recommandation et en renvoie l'examen à la prochaine réunion du 15 février.

### **POINTS ABORDES**

Mme VIEUX ouvre la séance en exposant le programme de travail de la journée

- matin                      **Projet de mission-enfant et commentaires**  
**Projet de mission-adulte et commentaires**
  
- après-midi              •      **Réflexions sur les cérébros-lésés concernés par ces missions**  
**Audition du Docteur ATTAMIAN**
  - **Position des assureurs sur les travaux du groupe**

- définition du clinicien
- problèmes des barèmes exclusivement cérébros-lésés
- formation des juristes
- orientations législatives

### **I - Travaux de la matinée :**

- Ils ont porté sur l'examen des projets de mission adultes et enfants et sur les commentaires qui pourraient en être faits.

- Après observations des différents participants présents et celles que M. l'Amiral PICART avait fait connaître par écrit, le groupe a procédé à la mise au point des deux projets de missions auxquels ont été annexés les commentaires y afférents. Le résultat de ces travaux a été ultérieurement communiqué à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Mme VIEUX a par ailleurs, et comme convenu, également communiqué ces documents à M. TOMADINI (FGA), Mme . TRACA (GEMA) et M. PECHINOT (FFSA) en leur indiquant que dans la recherche d'un consensus qui permettrait que ces missions deviennent communes aux assureurs et aux magistrats, elle souhaitait qu'ils lui fassent connaître leurs observations tant en ce qui concerne leurs points de convergence que leurs éventuels points de divergence et ce avant le 15 janvier 2002.

### **II - Travaux de l'après-midi :**

L'ordre du jour évoqué en début de matinée a été repris point par point.

- Quels cérébro-lésés sont concernés par ces missions ?

Les problèmes d'imputabilité des séquelles et de leur évaluation ne se posent pas pour les blessés les plus gravement atteints, en raison de leur évidence même.

Ces missions établies à partir des premières versions dues à l'A.R.E.D.O.C, ne concernent cependant pas que les traumatisés crâniens dits "graves", au sens d'un GOS 4.

Elles concernent principalement les blessés dont les séquelles, à la consolidation, seront moyennes, soient, en termes d' I.P.P, de 20 % à 60 %, avec leur difficulté d'imputabilité et de quantification.

Quel élément va permettre au mandant de choisir la mission spécifique alors même que la victime, son conseil... n'auront pas nécessairement signalé des séquelles particulières ?

Les membres du groupe se sont accordés sur le fait qu'il était difficile de déterminer à l'avance un seuil de gravité -mais que cette gravité pouvait émerger des premiers travaux experts.

Le groupe a donc adopté la recommandation suivante

"nécessité de l'adjonction dans la mission-type d'expertise médicale d'évaluation du préjudice corporel d'une mention incitant l'expert/examineur à en référer à son mandant pour voir désigner un spécialiste du traumatisme crânien auquel une mission spécifique pouvait être confiée, dès lors qu'il existe des éléments suggérant l'existence d'un traumatisme crânien entraînant, plusieurs mois après l'accident, des séquelles physiques, intellectuelles ou comportementales qui induisent un handicap appréciable dans la vie de chaque jour".

Il a été précisé que les missions spécifiques devaient être utilisées également dans le cas d'accidents médicaux entraînant des lésions cérébrales acquises (anoxie cérébrale, accidents vasculaires cérébraux...).

L'U.N..A.F.T.C. ayant souhaité que, dès lors qu'il y a plus de 20 % d' I.P.P., le rapport soit déclaré nul s'il n'y a pas eu un bilan commenté d'évaluation neuro-psychologique, le groupe a :

- rejeté la définition, a priori, d'un seuil de gravité à 20 % d'I.P.P.,
- rejeté la sanction de la nullité de l'examen estimant que, petit à petit, les modifications lors des expertises, se feraient, notamment par l'intermédiaire de la formation.
- estimé que l'adjonction ci-dessus prévue était de nature à répondre à cette préoccupation.

## 2) Sur l'audition du Docteur ATTAMIAN

Deux points sont abordés

### a) Définition du traumatisé crânien

M. le Docteur ATTAMIAN exprime la difficulté de définir le traumatisme crânien, concerné par les interrogations du groupe de travail et relève que cela n'est pas neutre en "volumes" d'expertise.

Il soulève le problème de la compétence et de la formation, d'où la nécessité selon lui d'un examen pratiqué par deux médecins ayant de l'expérience.

Il insiste par ailleurs sur la nécessité d'être à l'écoute de l'entourage, afin d'avoir une meilleure connaissance du quotidien du traumatisé.

b) Cumul ou non cumul des fonctions d'expert judiciaire et d'expert de compagnie d'assurance :

M. le Docteur ATTAMIAN ne voit pas d'incompatibilité sur ce point.

Par ailleurs, il estime que si pour certaines victimes, il peut y avoir besoin de recourir à tel ou tel expert, à l'inverse pour d'autres victimes dont le préjudice est limité, il n'est pas nécessaire de surcharger les spécialistes.

Il n'est pas opposé à l'établissement d'une liste nationale d'experts spécialisés en matière de traumatisme crânien mais après un filtre, afin de ne pas imposer un examen de spécialiste à toutes les victimes.

Mme NEHER-SCHRAUB l'interroge sur la manière dont il conçoit ce filtre.

Il répond qu'il s'agit pour lui de "bons médecins en réparation du dommage corporel", ceux dont l'expérience leur permet de ressentir une discordance entre les lésions perceptibles et ce qui est constaté d'emblée, ajoutant que, trop peu d'anomalies doit sembler "anormal" et qu'il convient d'apprendre aux médecins à se méfier d'une récupération trop parfaite.

Il estime que les médecins généralistes du dommage corporel ont besoin d'outils (tel le minimal test) pour déterminer si un bilan neuro-psychologique est nécessaire. Il insiste sur la nécessité de l'écoute des doléances de la victime et de son entourage.

Il évoque la nécessité d'une adjonction à la mission type pour tous les traumatisés crâniens qui deux ans après les faits présentent certains symptômes.

Mme LAMBERT-FAIVRE fait remarquer d'une part que la loi Badinter ne permet pas d'attendre 2 ans, et d'autre part que la mission traumatisés crâniens n'est pas que judiciaire.

M. BROUSSEAU fait remarquer que le judiciaire est négligeable en quantitatif.

Mme NEHER-SCHRAUB estime que tant que le judiciaire existe, l'amiable en tient compte, et qu'il faut être sur les mêmes principes au judiciaire et à l'amiable.

M. le Professeur TRUELLE après s'être déclaré globalement en accord avec le Docteur ATTAMIAN tant sur la forme que sur le fond, ajoute plusieurs observations.

- Tout d'abord, il dit constater l'effondrement de la démographie médicale, le problème étant d'autant plus important qu'il y a peu de spécialistes en la matière.

- Concernant la mission, il estime contrairement à ce qu'à exprimé le Docteur ATTAMIAN, que le fait qu'un médecin puisse s'adjoindre un sapiteur ne suffit pas ainsi que le prouve la mission spécifique envisagé par l'AREDOC.

Il ajoute qu'on ne peut pas demander au généraliste de maîtriser l'examen des fonctions supérieures, ce dernier devant avoir des éclairages suffisants sur un minimum de tests, simples, valant "clignotants" mais devant savoir se dessaisir lorsque ceux-ci dépassent sa compétence.

Mme LAMBERT-FAIVRE évoque alors le problème du contradictoire en expertise, et la nécessité de mettre les deux parties sur un plan d'absolue égalité. Il s'agit d'un principe général qui s'impose quelque soit l'importance du dommage.

M. le Docteur ATTAMIAN répond qu'en matière de traumatismes crâniens le contradictoire est la confrontation des idées.

Il estime par ailleurs difficile de distinguer trois corps de médecins.

Mme NEHER-SCHRAUB pose la question de savoir qui doit modifier la mission.

Il est suggéré d'utiliser les textes existants avec possibilité pour l'expert de s'adjoindre un sapiteur ce qui éviterait au juge d'avoir à ordonner une nouvelle expertise.

M. le Professeur TRUELLE estime que tout est possible et s'interroge par ailleurs sur l'application de la mission aux seuls traumatisés crâniens, post-accidentels.

### 3) Sur la position des assureurs relative aux travaux en cours concernant les missions

M. BROUSSEAU tient à indiquer qu'il s'exprime à titre personnel et non pas en qualité de Président de l'AREDOC.

Selon lui les positions ne sont pas aussi éloignées qu'on pourrait le craindre, mais dans l'immédiat il existe encore des divergences. Le travail de consensus n'est donc pas fait.

Mme VIEUX demande à Mme Chadelat si le Ministère de la Justice souhaite l'audition d'un représentant des assureurs.

Mme CHADELAT ne soulève aucune objection et la laisse libre de toute initiative.

Mme LAMBERT-FAIVRE indique que dans le groupe de travail qu'elle préside, il a été demandé des observations.

Mme VIEUX suggère donc l'envoi d'une lettre officielle du groupe de travail aux assureurs, pour connaître leurs observations ce qui a donc été fait.

Concernant les autres problèmes évoqués, article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, révision du décret de 1986, loi Badinter, Mme CHADELAT rappelle que ce groupe a été constitué pour examiner le problème spécifique des traumatisés crâniens, mais que rien n'interdit de noter qu'à l'occasion des travaux sur ce point, il a été constaté d'autres difficultés.

#### 4) Sur la définition du clinicien et sur l'éventualité d'une liste unique d'experts

Il n'y a pas dans le groupe d'opposition à l'établissement d'une liste nationale d'experts spécialisés en traumatisme crânien, proposition ainsi adoptée à l'unanimité.

Mmes VIEUX et NEHER-SCHRAUB posent le problème de la faisabilité d'une liste.

M. le Professeur TRUELLE estime que le nombre d'experts du traumatisme crânien au niveau national est de l'ordre de 100 à 200.

Pour Mme VIEUX, arrêter le principe d'une liste unique permet de donner une impulsion et d'appeler des vocations. Mme LAMBERT-FAIVRE et Mme le Docteur LAURENT-VANNIER partagent son avis, ce qui n'est pas le cas de Mme NEHER-SCHRAUB.

Il a été convenu que M. le Professeur TRUELLE et M. BROUSSEAU feraient une liste "artisanale" des experts possibles.

#### 5) Sur les problèmes des barèmes exclusivement cérébro-lésés

Mme LAMBERT-FAIVRE estime que ce problème n'est pas facile à régler compte tenu de l'existence des différents barèmes (AT, pensions militaires...).

Selon elle, en partant des traumatisés crâniens, il pourrait être abordé le problème de l'unification de ces barèmes.

M. le Professeur TRUELLE pose dès à présent la question de savoir si, sur le problème spécifique des traumatisés crâniens, il est possible d'aboutir à un outil commun.

Mme LAMBERT-FAIVRE y est favorable mais en tant que barème indicatif avec fourchette "pour donner de la souplesse".

Pour M. BROUSSEAU, le vrai changement viendra plus par la liste et la mission que par le barème.

Mme VIEUX partage cet avis.

Mme LAMBERT-FAIVRE se déclare favorable à ne pas marquer le côté sacramentel du barème.

M. BROUSSEAU suggère une rencontre entre les médecins ayant participé à l'élaboration des deux barèmes et, dans un 2ème temps, l'élaboration d'un barème spécifique.

Après réflexion, le groupe de travail souhaite vivement que les rédacteurs de la partie "neurologie / traumatisés crâniens graves" des deux barèmes se rencontrent pour élaborer un barème unique de référence concernant les lésions cérébrales acquises.

#### 6° Sur la formation des juristes

##### a) les avocats

Une spécialisation des avocats en matière de traumatismes crâniens est souhaitée. (Il est renvoyé à l'audition de la représentante du CNB).

Mme NEHER-SCHRAUB indique que le Conseil de l'Ordre du Barreau de Paris doit créer en mars une formation sur le dommage corporel.

##### b) les autres juristes

Les propositions de formation faites par écrit par Mme VIEUX, préalablement à la réunion, ont été adoptées à l'unanimité.

#### 7) Les orientations législatives

##### a) garantie du conducteur

M. BROUSSEAU insiste sur l'importance du nombre de motards concernés.

Mme LAMBERT-FAIVRE se dit consciente du coût économique certain de cette mesure mais insiste sur la nécessité de la prévention des accidents de la route.

M. le Professeur TRUELLE indique que les risques de mort de conducteurs de deux roues ayant moins de 2 ans de permis est multiplié par 34 par rapport à la moyenne d'ensemble des conducteurs.

Le groupe adopte les recommandations suivantes

- L'article L. 211-1 du code des assurances doit être modifié par l'ajout de l'alinéa suivant

"Le contrat d'assurance obligatoire doit obligatoirement comporter la garantie intégrale des dommages corporels subis par le conducteur, à titre d'avance sur recours" <sup>conformément</sup> qui renvoie aux dispositions de l'article R. 211-7 du code des assurances ainsi rendu applicable à tous les conducteurs.

b) assurance obligatoire de droit commun par les groupements sportifs de leurs membres.

Le groupe adopte la recommandation suivante

- modification de la loi du 19 juillet 1992 et de son décret d'application par suppression de la liberté contractuelle de l'étendue des garanties, celles-ci devenant "de droit commun".

L'ordre du jour étant terminé, Mme VIEUX évoque le programme de la prochaine réunion.

- Observations des assureurs sur les deux missions
- Garanties procédurales
- Déontologie
- Décret de 1986, rente ou capital et recours des caisses
- Observations sur les modifications possibles à apporter au projet de rapport

Cette prochaine réunion se tiendra le 15 février prochain à 14 H au Ministère de la Justice, salle des Commissions de la direction des affaires civiles et du sceau.



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## GROUPE DE TRAVAIL SUR LES TRAUMATISMES CRANIENS

**Compte rendu de la 8ème réunion tenue le 15 février 2002  
de 14 h à 18 h au Ministère de la Justice, salle des commissions  
de la direction des affaires civiles et du sceau**

-----

### PARTICIPANTS

- **Madame VIEUX**, Présidente du groupe de travail, Présidente de la 10ème chambre de la cour d'appel d'Aix en Provence

- **Mme LAMBERT-FAIVRE**, Professeur honoraire

- **Madame NEHER-SCHRAUB**, Conseillère à la cour d'appel de Paris

- **Maître Marc CECCALDI, associé de Me PREZIOSI**, avocat au barreau de Marseille et le substituant.

**Monsieur le Professeur TRUELLE**, Professeur de neurologie, Hôpital Foch de Suresnes.

- **Madame le Docteur Anne LAURENT-VANNIER**, chef du service de rééducation des pathologies acquises à l'Hôpital National de Saint-Maurice (Institut national de médecine physique et de réadaptation de l'enfant)

- **Monsieur BROUSSEAU**, Directeur des affaires juridiques de la compagnie AXA et Président de l'AREDOC

- **Mme CHADELAT**, Ministère de la Justice, Direction des affaires civiles et du sceau, Sous-directeur de la législation civile, de la nationalité et de la procédure.

- **Mme TARDIF**, ministère de la Justice, magistrat au bureau du droit civil général.

Étaient excusés

- **Mlle Julie VILLIGER**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'Action Sociale, Sous-direction des personnes handicapées - Bureau adultes handicapés.

- **Mme MOULANIER**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Sécurité Sociale, Bureau 2 C (accident du travail).

- **Monsieur GUEERAERT**, Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, direction du Trésor, sous-direction des assurances.

- **Monsieur BOULE**, Responsable du dommage corporel à la Direction de l'accident et de la circulation à la MAÏF.

Mme VIEUX ouvre la séance en exposant le programme de travail de l'après-midi

- Examen des deux projets de missions d'expertises compte tenu des observations des assureurs auxquels ils ont été transmis
- Examen des barèmes
- Liste nationale des experts
- Garantie des conducteurs
- Garanties procédurales
- Rente ou capital

#### I - Examen des deux missions et des réponses des assureurs :

En tenant compte des observations des assureurs, le groupe a procédé à la mise au point de la proposition définitive de mission d'expertise.

Le résultat de ce travail figure en annexe de ce compte-rendu.

Sans en reprendre le détail, il y a lieu de préciser que les discussions ont porté sur les points suivants :

- Préférence pour des missions courtes avec d'éventuels développements dans les commentaires, tout en soulignant la difficulté de maintenir l'objectif pédagogique de la mission.

- Multiplicité des chefs de préjudices et nécessité de les regrouper sans trahir la spécificité de ces préjudices.

Tierce personne et incidence d'une présence familiale.

Décision de regrouper les deux missions, avec une déclinaison "enfants-adolescents"

- Distinction actes élémentaires et actes élaborés.
- Préjudice d'agrément : définition

Reprenant et affinant les discussions antérieures, le groupe a écarté l'adjectif "grave" de ses définitions :

Il a en effet été rappelé qu'il n'existe pas de critère objectif de prédétermination de la gravité séquellaire permettant d'indiquer quels sont les blessés qui relèveraient de la liste nationale d'experts et de la mission spécifique d'expertise.

Le score initial de Glasgow, la durée d'hospitalisation... ne sont pas suffisamment opérants car le risque n'est pas de "rater" des séquelles graves évidentes mais d'ignorer ou de sous estimer des séquelles moyennes ou modérées.

Le groupe a donc repris la définition figurant au compte rendu du 14 décembre 2001 pour délimiter le champ de compétence de la liste nationale et d'application de la mission spécifique.

Le groupe a également insisté sur le fait que la mise en oeuvre précoce de cette mission était préconisée afin de faciliter la mise en place des moyens thérapeutiques, éducatifs, sociaux... et de leurs financements pendant la période intermédiaire entre la sortie du centre de rééducation fonctionnelle et la consolidation, période souvent longue dans cette pathologie.

Dans un souci de cohérence entre les diverses propositions adoptées au fil des réunions, le groupe a ajouté un paragraphe à la mission : dès lors que les experts de la liste nationale seront seuls compétents pour déterminer si l'état de la victime nécessite une mesure de protection, plus rien ne s'oppose à ce qu'ils connaissent de cette question au moment de l'évaluation médico-légale.

## **II - Barèmes :**

- M. le Professeur TRUELLE évoque la qualité des deux barèmes, les conceptions différentes à l'origine de ceux-ci, et en définitive les résultats chiffrés qui ne sont pas si éloignés.

- Il s'interroge sur la possibilité pour le groupe de proposer également un barème, idée repoussée à l'unanimité.

- Par contre, il est souhaité, par une recommandation contenue dans le rapport à venir, que les experts à l'origine des 2 barèmes existants soient invités à se rencontrer pour les raisons suivantes :

- Le Professeur TRUELLE estime nécessaire de reprendre les pages de ces barèmes concernant les fonctions supérieures :

- car les troubles du comportement sont limités, dans les deux barèmes au syndrome frontal. Or ils procèdent aussi de lésions d'autres lobes et cette limitation trahit une insuffisance dans l'appréciation des troubles comportementaux.

- selon les références médicales internationales récentes, névrose et psychose post-traumatiques n'existent pas. Pourtant on ne peut éliminer, pour ce motif, des situations dans lesquelles la sollicitation d'un état antérieur invalidant n'aboutit pas et où les troubles constatés sont sans support organique démontré. Les réalités reprennent le dessus sous forme de "syndrome dépressif persistant", "syndrome de conversion invalidant".

- M. BROUSSEAU estime qu'il est nécessaire de réfléchir sur la part du physique et de l'esprit alors que les barèmes sont fixés sur la prééminence du physiologique.

Il insiste sur le fait qu'il s'agit d'un vrai débat, et que cette pathologie est l'occasion de l'aborder.

Revenant sur les conceptions différentes qui sous-tendent les deux barèmes, Mme LAMBERT-FAIVRE rappelle que l'I.P.P. n'est qu'une notion issue du droit du travail et que sa transposition en droit commun fausse le raisonnement. L'I.P.P. est un fait juridique et non un chef de préjudice, fait dont découlent les différents chefs de préjudice, différents d'un individu à l'autre en fonction de sa profession, de l'étage de son appartement sans ascenseur...

Le Professeur TRUELLE indique que la séparation en déficience, incapacité, handicap est une notion scientifique de médecine clinique. Son décalque en notion juridique n'est pas obligé.

Relevant que la notion de handicap est déjà prise en compte par la mission spécifique dans l'évaluation les chefs de préjudice autre que l'I.P.P., le groupe a estimé possible une démarche consensuelle entre les rédacteurs des 2 barèmes, après le préalable de définitions précises sur l'objet de l'évaluation.

### III - "Liste nationale spécifique :

Les critères d'inscription des experts sur la liste nationale spécifique aux cérébro-lésés ont été à nouveau abordés :

- l'accent a été mis sur la nécessité d'une pratique clinique dans ce domaine (ce qui n'exclut pas la nécessité d'une technique d'évaluation, celle-ci étant cependant insuffisante à elle seule).

- quelles spécialités sont concernées ? au premier chef, les médecins de rééducation

Puis des neurologues, des psychiatres, des psychologues, formés au traumatisme crânien.

### IV - Garantie du conducteur :

D'après la documentation fournie par M. BROSSEAU, la garantie obligatoire de droit commun du conducteur entraînerait un coût de 200 F par véhicule toutes catégories confondues.

Réparti par catégorie de véhicules (2 roues, ....., camion...) le coût de cette garantie serait dans un rapport de 1 à 6 (130 à 800 F environ), le taux le plus élevé étant relatif aux 2 roues.

Rappelant que la conjugaison des facteurs "2 roues/jeunes/ traumatisés crâniens" rendait beaucoup plus forte la probabilité de non indemnisation de cette catégorie de conducteur, Mme LAMBERT-FAIVRE a souligné la nécessité de faire porter la solidarité du surcoût de cette garantie obligatoire sur l'ensemble des véhicules, sans distinction de catégorie, opinion partagée par le groupe.

### V - Mise sous tutelle des traumatisés crâniens :

Par ailleurs, il a été évoqué la nécessité de signaler dans le rapport toutes les faiblesses du régime actuel de la tutelle lorsqu'il doit être appliqué aux traumatisés crâniens, étant précisé que le projet de loi réformant les régimes de protection des majeurs est en cours d'élaboration, un travail interministériel délicat devant être mené s'agissant d'une réforme d'ampleur dont le calendrier prévisible est le suivant :

- communication en Conseil des Ministres le 30 janvier 2002 présentant les grandes orientations de la réforme.

- élaboration du texte au cours du 1er semestre 2002

#### VI - Garanties procédurales :

Les questions réunies sous ce titre ont été traitées par le groupe de travail relatif à "l'expertise dans l'évaluation du dommage corporel" qui s'est tenu à la direction des affaires criminelles et des grâces sous la présidence de Mme LAMBERT-FAIVRE.

L'exposé des 13 propositions qui ont été adoptées est annexé au présent compte-rendu.

Faute de temps pour les examiner en détail, le groupe a décidé d'annexer ces propositions à son rapport.

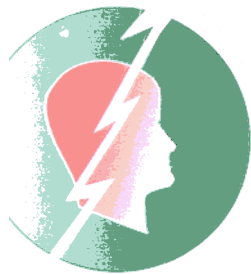
#### VII - Rente ou capital :

Ne restait à régler sur cette question déjà débattue, que le surcoût lié à affiliation volontaire à la caisse primaire d'assurance maladie du fait de la suppression de l'AAH en raison de l'indemnisation.

Si cette suppression dépend directement du montant de la rente (autre que celle relative à la tierce personne), elle dépendra de certaines formes de placement du capital, tandis que d'autres n'auront pas d'incidence.

Il ne peut donc être fixé une conséquence générale. En revanche il convient d'attirer l'attention des régleurs et magistrats sur le préjudice induit que l'indemnisation peut parfois entraîner.

S'agissant de la dernière réunion, le groupe a défini une méthode d'adoption du rapport qui devrait être déposé dans les semaines à venir.



**UNAFTC**

**UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS  
DE FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS**

**Le Président**

**POINT DE VUE DE L'U.N.A.F.T.C.  
SUR LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL  
EN DROIT COMMUN EN Y INTEGRANT  
LA SPECIFICITE DES SEQUELLES  
DES VICTIMES D'UN TRAUMATISME CRANIEN**

**« Il convient de constater que justement les détails concernant l'indemnisation des lésions corporelles dans beaucoup de pays sont basés, plus sur la tradition jurisprudentielle et scientifique que sur des règles de droits émanant du Législateur (Résolution 75.7 du 14 Mars 1975 - Conseil de l' Europe - relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles) ( article 8 de l'exposé des motifs).**

**« UN DROIT DE LA REPARATION EN MIETTES »**

**(Madame LAMBERT-FAIVRE  
Professeur Emerite à l'Université LYON III  
Précis DALLOZ : « Droit du Dommage Corporel »)**

N° 2001.179/JP/FS

BREST, le 13 juillet 2001

## **PREAMBULE**

La présente contribution n'a d'autre ambition que de présenter le ressenti du justiciable victime d'un Traumatisme Crânien. Il propose de revenir, pour la réparation du dommage corporel, aux textes de référence qui déterminent les droits de la personne, dès lors que la Réparation a pour finalité de remettre la victime dans sa situation antérieure toujours caractérisée par ses droits imprescriptibles, et, à défaut, de compenser les impossibilités de réaliser cette action.

Il ne prétend apprendre quoi que ce soit à qui que ce soit. Rédigé par un « CANDIDE », celui-ci demande l'indulgence du lecteur sur les impropriétés de vocabulaire, les erreurs de doctrine....

La réflexion conduite aboutit à proposer des modifications sur des compléments des textes constitutifs des droits normés. Là encore, nous sommes conscients de la complexité et la difficulté de la tâche dont l'objet est de rendre la Justice Civile plus compréhensible par les citoyens victimes ;

On pourra, à juste titre, trouver des répétitions d'analyses de fond dans cette contribution. Elles sont délibérées et découlent de la méthodologie nécessaire pour la rédaction de ce document.

En conclusion, l'auteur demande l'indulgence des lecteurs et souhaite que soit adressé à l'U.N.A.F.T.C. toutes observations permettant soit d'enrichir, soit de corriger ce document de réflexion qui vous est proposé.

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C.



## PLAN

- 1) **Remarques préalables**
- 2) **La spécificité du Traumatisme Crânien et ses conséquences sur la Réparation et du dommage corporel**
- 3) **Les principes qui fondent la réparation et les chefs de préjudice**
- 4) **Les principaux sujets d'étonnement du « CANDIDE – JUSTICIABLE »**
  - 4.1) L'indépendance des juges « au civil » et quelques conséquences concrètes sur la Réparation  
  
Le cumul possible des fonctions de médecin-conseil d'assurance/ et de médecin expert  
  
La clarification du vocabulaire
  - 4.4) Les préjudices indemnisables  
  
Les barèmes guides-d'évaluation - L'indemnisation de l'I.P.P.
  - 4.6) Les problèmes posés par l'évaluation expertale  
  
Les questions posées par la Tierce Personne  
  
Le recours des organismes sociaux
- 5) **Dispositions d'ordre législatif ou réglementaire souhaitées par l'U.N.A.F.T.C**

<b>1) REMARQUES PREALABLES</b>
--------------------------------

1.1) **Dès 1993, des questions écrites ont été posées, par des élus nationaux, à l'initiative de l'U.N.A.F.T.C. et des A.F.T.C. au Ministre de la Justice, , pour appeler son attention sur les problèmes particuliers de la réparation du dommage corporel des victimes (ayants-droits) d'un Traumatisme Crânien. De très nombreuses questions écrites concernant divers aspects de ces problèmes ont depuis été posées par nos associations. Force est de constater, qu'à notre connaissance du moins, pratiquement rien n'a été réellement réalisé en ce qui concerne la Chancellerie. Apparemment la jurisprudence de la Cour de Cassation et de certaines Cours d'Appel, favorables aux victimes d'un Traumatisme Crânien, n'a été intégrée dans les lois ou textes du Ministère. Le moment est peut être venu de réguler cette situation. Notons également que nous ne connaissons pas d'association ayant suivi une démarche analogue à la nôtre, pour interpeller la Chancellerie. Cela explique que le présent texte aborde des questions non spécifiques aux Traumatisés Crâniens, mais qui les concernent au même titre que d'autres formes de handicap acquis par accident.**

.2) **Nous ne décrivons pas le vécu de la victime d'un Traumatisme Crânien, qui affecte également très directement, la cellule familiale. Nous citerons les facteurs suivants :**

Le caractère acquis et accidentel du handicap

La mémoire du passé « d'avant » l'accident qui en a été la cause est conservée par le Traumatisé- Crânien. La confrontation de ce passé « normal » avec le présent mal vécu est un facteur de frustration parfois pathologique

La perturbation plus ou moins grave des fonctions supérieures qui caractérise et singularise ce handicap et conditionne donc sa réparation

La caractéristique fréquemment évolutive dans un sens favorable parfois, défavorable le plus souvent (généralement liée davantage à des facteurs situationnels qu'à l'effet d'un vieillissement prématuré consécutifs aux lésions cérébrales). NOTONS QUE L'O.M.S. VIENT DE PUBLIER UNE NOUVELLE CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (« C.I.H. 2 ») QUI INTEGRE PRECISEMENT LA DIMENSION SITUATIONNELLE (ce que ne faisait pas la classification de 1980, dite de « WOODS », dont on s'accordait pour considérer qu'elle procède d'une logique trop médicale). LA NOUVELLE APPROCHE, DONT ON NE PEUT DOUTER QU'ELLE S'IMPOSERA, POSERA DES PROBLEMES NOUVEAUX AU LEGISLATEUR ET AUX ASSURANCES (en particulier, elle bouleversera sans doute la notion « d'aggravation »).

1.3) **La réparation du Traumatisme Crânien pose donc des problèmes différents et bien plus complexes que celle des blessés traumatiques sans atteinte cérébrale, dont le diagnostic peut, le plus souvent, être rapidement posé, les séquelles assez prévisibles et les incapacités objectivables.**

- 1.4) **Cependant, certaines dispositions mal comprises du « citoyen-justiciable » sont communes à la quasi totalité des situations, et justifient la réparation d'un dommage corporel** (en particulier, en application de la loi du 5 Juillet 1985). Ces aspects n'ayant pas fait, à notre connaissance, l'objet de décisions, qui, bien que non spécifiques aux Traumatismes Crâniens, sont également traitées ci-après.
- 1.5) Nous n'aborderons que le domaine que nous connaissons, c'est à dire essentiellement celui des victimes d' A.V.P. ( elles représentent 60 % environ des Traumatismes Crâniens, les autres causes étant les chutes, maltraitances, accidents du travail, accidents de pratique sportive.....). Par ailleurs, nous nous limiterons aux situations relevant du droit commun. Les questions du ressort d'assurances contractuelles relèvent de dispositions propres à chaque contrat. De même, les accidents du travail étant assez peu fréquents dans la population qui s'adresse à l'U.N.A.F.T.C., et leur réparation relevant d'un système que nous ne connaissons pas suffisamment, nous préférons orienter les « T.C. » qui viennent vers nous pour un accident de ce type vers la F.N.A.T.H. (Fédération Nationale des Accidentés du Travail) qui dispose de conseillers compétents dans ce domaine.

**Les Traumatismes Crâniens chez l'enfant** (et plus encore chez les enfants très jeunes) sont mal connus. Il est fréquent que ces traumatismes ne soient pas détectés même en milieu sanitaire. Quelques médecins, après avoir effectué l'anamnèse d'enfants à comportement très « instable » ont pu diagnostiquer une lésion cérébrale antérieure passée inaperçue. LE PROBLEME DE LA REPARATION DU DOMMAGE CAUSE POUR CES RAISONS ET D'AUTRES ( Evaluation de préjudice de qualité MAIS DEVRA INELUCTABLEMENT FAIRE L'OBJET D'ECHANGES ENTRE MAGISTRATS – PROFESSIONNELS MEDICAUX – AVOCATS ET U.N.A.F.T.C. POUR RECHERCHER UNE APPROCHE ADAPTEE DE LA REPARATION DANS CES CAS (noter qu'on lira avec intérêt la série d'articles de bonne vulgarisation sur le syndrome du « bébé secoué » dans la revue « SCIENCES ET AVENIR - Juillet 2001 n° 2667)

**Ces remarques initiales expliquent la délimitation du champ de nos préoccupations exposées ci après.** AVANT D'ABORDER LE VIF DU SUJET, NOUS PENSONS, A L'U.N.A.F.T.C., QUE SI L'HARMONISATION DES REPARATIONS, QUELQUE SOIT LE REGIME DE PROTECTION (droit commun, droit du travail, contrats) EST UN OBJECTIF SOUHAITABLE ET PRECONISE PAR CERTAINS. ELLE DEMEURE UTOPIQUE DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS.

- 1.8) **Réparer équitablement un dommage corporel constitue, pour le juge civil, un problème complexe.** Bien qu'aidé par un ou des experts, son champ de connaissance et sa formation le placent parfois devant des situations difficiles à appréhender et à traduire en chiffre d'indemnisation. C'EST POURQUOI NOUS DEMANDONS QU'A L'EXEMPLE DE LA COUR D'APPEL D'AIX ET DE CELLE DE PARIS, CES AFFAIRES SOIENT TRAITÉES DANS CHAQUE COUR PAR UNE CHAMBRE SPECIALISEE DANS LES PROBLEMES DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL. Cette mesure permettrait que ces affaires soient traitées par des juges mieux formés (notons que dans Des domaines judiciaires différents on a bien su créer des « pôles » financiers... par exemple).

**NOTA : Art 4 : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui, ainsi l'exercice naturel de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.**

## 2) LA SPECIFICITE DES SEQUELLES ET LEURS CONSEQUENCES SUR LA REPARATION

**Il n'y a évidemment pas de Traumatisme Crânien « type ».**

On retrouve cependant chez ces blessés, à un degré différent de gravité, des incapacités de même nature. Le rapport de l'I.G.A.S. J.H. LEBEAU (1995) présente clairement les problèmes consécutifs à un Traumatisme Crânien.

**En résumé**

**Le Traumatisme Crânien est un HANDICAP ACQUIS**, qui va modifier dans un sens négatif, le parcours de vie envisagé par la victime au moment de l'accident,

**Il touche une population jeune** (âge moyen de survenue du handicap : 25 ans) ce qui va donc mettre en jeu des sommes considérables.

**Il implique une prise en charge sanitaire et médico-sociale parfois extrêmement onéreuse** pour la société et / ou les assurances

**C'est un handicap complexe multifactoriel** : neurologique, cognitif, comportemental, mnésique, psychique, intellectuel. La détermination des chefs de préjudice est donc très différente, d'autres formes d'atteintes corporelles et l'évaluation de la compensation financière est encore plus délicate.

**C'est un handicap « émergent » méconnu** de beaucoup « d'acteurs de la réparation » et presque toujours sous évalué car le comportement du Traumatisé Crânien moyen en situation d'évaluation est « peu lisible », souvent même « invisible » pour les personnes non spécialisées.

**Une dimension singulière presque toujours retrouvée chez les Traumatisés Crâniens est le « déni du handicap » (« anosognosie »)** dont les conséquences peuvent être graves (Exemple : le « T.C. » est persuadé qu'il sait marcher seul, tente de le faire... puis chute avec des conséquences ; Autre exemple : utilisation d'instrument dangereux pour sa personne...). L'anosognosie est un des principaux obstacles à une bonne réinsertion.

**L'incidence du Traumatisme Crânien sur la qualité de vie de la victime** est particulièrement importante. Cela peut étendre considérablement le champ classiquement couvert par le préjudice d'agrément qu'il faut apprécier dans toutes ses dimensions (que nous développerons plus loin).

**Personne ne conteste le rôle central de la famille dans la prise en charge de la réinsertion du Traumatisé Crânien** ni l'impact de l'accident sur la cellule familiale . Cette singularité conduit à la redistribution des rôles de la cellule familiale, voire à sa destruction (divorce, rupture de la vie commune, incapacité pour un conjoint d'assumer son rôle dans le couple ). CELA CONDUIT DONC A UN PREJUDICE PROPRE QUI DEPASSE LE « SIMPLE PREJUDICE MORAL CLASSIQUE ».

Le préjudice par ricochet des membres de la famille doit donc être soigneusement analysé.

## **EN CONCLUSION :**

**HANDICAP SPECIFIQUE. LE « TRAUMATISME CRANIEN » NE PEUT ETRE REPARE QUE D'UNE MANIERE SPECIFIQUE DOIVENT ETRE PRIS EN COMPTE DANS UNE DIMENSION EXHAUSTIVE :**

- . LA DIFFICULTE PARTICULIERE, VOIRE L'IMPOSSIBILITE DE LA REINSERTION, NOTAMMENT SI UNE ANOSOGNOMIE EST PRESENTE
- . LA DEGRADATION CONSIDERABLE DE LA QUALITE DE VIE DU BLESSE, ET, SOUVENT, L'AGGRAVATION DE CE FAIT DANS LE TEMPS (SANS QUE LE VIEILLISSEMENT EN SOIT LE FACTEUR CAUSAL DETERMINANT)
- . LE CARACTERE, SOUVENT EXACERBE DES LIENS FAMILIAUX, FACTEUR CONSTITUTIF DE « PREJUDICES PAR RICOCHET » TRES SPECIFIQUES ET DIFFERENT DU PREJUDICE MORAL DES PROCHES
- . LE PREJUDICE MORAL NON MESURABLE DE LA VICTIME \*

\* A discuter pour examiner s'il n'est pas à intégrer dans l'I.P.P. (du moins si l'on admet la définition de cette dernière donnée dans le dernier barème-guide d'évaluation du « Concours Médical »).

### 3) LES PRINCIPES QUI FONDENT LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL ET LES CHEFS DE PREJUDICES

#### 3.1) Remarques initiales

- a) La pratique des parties conduit parfois à « saucissonner » « L'ACTION DE REPARATION » en « tranches » dont l'assemblage n'est pas représentatif des principes qui le fondent. Madame LAMBERT-FAIVRE traite de ces principes dans un ouvrage « DROIT DU DOMMAGE CORPOREL – SYSTEMES D'INDEMNISATION » (PRECIS DALLOZ).
- b) Pour la victime (non responsable) d'un dommage corporel grave, il est assez constant de constater, à notre niveau associatif, que celle-ci et sa famille recherchent plus ou moins inconsciemment à être reconnues par la société dans un « statut » social de victime :
- dans un premier temps, en priorisant la demande d'une sanction pénale du responsable (mais ceci n'est pas le sujet de cette contribution)
  - dans un deuxième temps, pour que « soit payé à la victime, le prix de son sang » (expression assez fréquemment utilisée) et pour que la diminution de ses capacités d'agent économique et d'exercice de ses droits de citoyen soient dédommagés.
  - enfin pour que soit compensée la diminution de la qualité de vie de la victime et de sa famille.
- c) - DANS LE VECU DES VICTIMES ET DE LEURS FAMILLES, LA REPARATION A UNE VALEUR SYMBOLIQUE... .. MAIS AUSSI THERAPEUTIQUE. (effets somatiques), mais également sentiment (le plus souvent erroné) de la fin d'une période de vécu incommunicable.

- LE PROCESSUS DE LA REPARATION EST UNE SORTE DE CATHARSIS VECU DOULOUREUSEMENT EN RAISON DU NECESSAIRE RETOUR DES SOUVENIRS DE VECUS EXTREMES QUI FONT INTERVENIR : CULPABILISATION, CONFRONTATION A LA MORT... ..

#### 3.2) Les principes de références

- a) « (LA PERSONNE) DOIT ETRE REPLACEE DANS UNE SITUATION AUSSI PROCHE QUE POSSIBLE DE CELLE QUI AURAIT ETE LA SIENNE SI LE FAIT DOMMAGEABLE NE S'ETAIT PAS PRODUIT (Conseil de l'EUROPE - Résolution 75-7 du 14 Mars 1975. relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès.  
Ce principe n'est jamais contesté. Par contre, c'est la détermination des moyens et montant compensatoire des incapacités non réparables qui sont, souvent, objet de débats.

- b) Le deuxième texte de référence permettant d'approcher le décalage entre les capacités restantes d'une victime et l'exigence de la réparation nécessaire pour le restituer dans son état antérieur est la « **DECLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME DES NATIONS UNIES** » (Décembre 1948) dont on retiendra les parties suivantes :
- Dans le préambule de ce texte: « Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et indéniables constituent le fondement de la liberté, de la justice, et de la paix dans le monde »
  - « Art. 3 : Tout individu a le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne »
  - « Art 25 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille..... elle a droit à la sécurité en cas d'invalidité..... dans les cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».
  - « Art. 27- 1 : Toute personne a droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts ».
- c) Le traité d' **AMSTERDAM** reconnaît ( art. 13) que le **principe de non discrimination** s'applique aux personnes handicapées. Il en résulte évidemment le principe de l'égalité du droit de participation aux mêmes activités que celles des personnes « normales ».
- d) **Le principe de précaution**, non encore formalisé, à notre connaissance, mais largement avancé et appliqué à l'occasion de problèmes récents, devrait être pris en compte..... en particulier pour l'évaluation du besoin de Tierce Personne. Le principe conduit au choix du risque acceptable en l'absence de « surveillance » qualifiée
- e) La Charte des Droits fondamentaux de l'Union Européenne (signée au sommet Européen de NICE le 7/12/2000) et ratifiée en Juin 2001 par le Parlement Français :
- Art. 1 : Dignité humaine – « La dignité humaine est inviolable, elle doit être respectée et protégée ».
  - Art. 6 : Droit à la liberté et à la sûreté « Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté ».
  - Art. 9 : « Droit de se marier et de fonder une famille » (ENCORE FAUT-IL, CAS DES T.C. GRAVES, QUE CE DROIT PUISSE ETRE EFFECTIVEMENT EXERCE..... CE QUI DOIT ÊTRE APPRECIÉ ET FAIRE, LE CAS ECHEANT, L'OBJET D'UNE COMPENSATION)

- Art. 26 : « l'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de moyens visant à assurer leur autonomie, leurs intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté ».

#### f) **Le Préambule de la Constitution de 1958**

Il confirme le préambule de la constitution de 1946 et la « Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 /08/1789 ». On retiendra de ce dernier texte :

- Art. 1 : « Les hommes naissent et demeurent tous égaux en droit... »

Cette phrase implique le principe de non – discrimination et par voie de conséquence, conduit à s'interroger sur la constitutionnalité du recours des organismes sociaux qui apparaît en première analyse doublement discriminatoire, car :

- . il existe des différences d'application entre régimes sur ce point (droit du travail – droit commun – droit contractuel)
- . il conduit à des différences de traitement entre catégories de victimes. (Exemple : une victime soumise à recours payé, en fait, 2 fois les soins qui lui ont été donnés : une première fois en sa qualité d'ayant-droit ou de cotisant de l'assurance maladie, une seconde fois par l'effet du recours de l'organisme social si la victime est indemnisée et particulièrement responsable. Autre exemple : une victime responsable pour partie mais non entièrement solvable du recours théoriquement dû, du fait de son indemnisation (assiette prise en compte) a de fait, une dette dont elle n'est pas redevable ! Dernier exemple : une victime entièrement responsable donc non indemnisée, n'est pas tenue au recours de l'organisme social)

#### g) **Quelques observations découlant de ces principes**

##### **I - Une justice équitable**

Il en découle trois conséquences

- Une certaine harmonisation des indemnisations sur le territoire de la République dans des situations comparables
- Le caractère hautement contestable du cumul des fonctions de médecin-conseil d'assurances (ou de médecin de recours) et de qualité de médecin-expert. Une double « casquette » peut constituer (fut – ce inconsciemment) une atteinte au principe du contradictoire : dans un cas, le médecin considéré est, au moins pour partie de son activité, prestataire de service pour son « donneur de mission » auquel il est donc lié, dans l'autre cas, il agit exclusivement comme expert destiné à éclairer le juge.



- La « loi BADINTER » prévoit que la victime « PEUT » être assistée du médecin de son choix lors de « L'EXAMEN » médical organisé par l'assureur responsable. Or, tel n'est pas le cas dans la majorité des situations. En effet, la victime ne mesurant pas l'importance de cette possibilité qui lui est offerte par la Loi, ne se fait pas assister. L'absence de médecin de recours est donc, une atteinte au principe du contradictoire. Par ailleurs, les honoraires du médecin de recours sont une conséquence du fait imputable au (aux) responsable (s). Ils devraient donc être couverts par celui-ci sans débours préalable de la victime.

- En conclusion sur ce point, la « loi BADINTER » devrait être modifiée pour lire : « la victime EST accompagnée par un médecin de son choix. Les frais correspondants sont avancés par l'assureur puis régularisés au prorata des responsabilités. Un médecin désigné par l'assureur pour pratiquer l'examen ne peut figurer sur la liste des experts d'une Cour d' Appel. L'absence de médecin de recours lors de « l'examen médical » devrait être un motif de nullité de la transaction.

## II - Le principe de liberté

L'article 4 (voir nota) de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789 (Préambule constitution 1958) définit ce droit. Il est également décliné dans la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne (Traité de NICE du 7/12/2000 – ratifié par le Parlement en Juin 2001). Cette charte codifie des droits jusqu'à présent dispersés dans différentes sources. De ce droit découle de très nombreuses conséquences. NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES CONSEQUENCES DE CE PRINCIPE CONSTITUERAIT LE DENI DU DROIT DE NON DISCRIMINATION (art. 13 du Traité d' AMSTERDAM). Ce droit fondamental à restituer aux victimes peut induire et argumenter la demande de nombreux chefs de préjudices. Par exemple :

- Limitation de la liberté d'aller et venir
- Limitation du droit au travail
- Dans certains cas : droit de fait de fonder une famille et par conséquent de pouvoir élever des enfants
- droit aux loisirs DANS LEQUEL IL FAUT INCLURE LES VACANCES QUI, DANS CERTAINS CAS, NECESSITE UNE AIDE (accompagnateur qualifié, pour la prise en charge de la personne, ce qui implique : coût des vacances de l'accompagnant auquel il faut ajouter le salaire propre « Tierce Personne »).

## III - Le droit de sûreté

Le droit de sûreté peut se définir comme le droit à la sécurité de la personne. On peut donc le traduire par le besoin en temps d'une Tierce Personne : chute du lit la nuit (la télé –alarme étant loin de constituer un remède convenant dans tous les cas, oubli d'extinction d'un brûleur d'une gazinière ou d'une plaque électrique... ..).

## IV - Le principe de précaution

Il rejoint, en le renforçant, le droit de sûreté et mesure, en fait, le degré et les conséquences de risques acceptés (à comparer à son application dans le domaine de l'hygiène alimentaire !).

## V - Droit à l'intégrité de la personne (Art.3 de la Charte de l'U.E)

« Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale ». **C'EST BIEN DE PRINCIPE DE L'INTEGRITE EN SOI QUI FONDE ET JUSTIFIE L'I.P.P.** C'est d'ailleurs, de fait, la définition qui est donnée dans la dernière édition du « BAREME DU CONCOURS MEDICAL ». Or, l'I.P.P. a trop souvent été un chef de préjudice « fourre-tout », allant parfois jusqu'à intégrer le préjudice économique, voire le préjudice sexuel (jusqu'à ce qu'un arrêt de la Cour de Cassation « mette bon ordre » à l'évidente mauvaise foi de l'assureur requérant ).

### h) Observations complémentaires

Concernant ces principes fondant la compensation du handicap (ce qui est au fond la finalité de la Réparation), on trouve dans le « RAPPORT LYASID » (Juillet 1999) des parallèles très intéressants entre la compensation du handicap (dans la perspective de la refonte de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées) par des mesures financières et /ou médico-sociales et la réparation du dommage corporel en droit commun.

. Les bases sémantiques afin de prévoir les conséquences de l'utilisation des mots : « CAPACITE » - « PARTICIPATION » - « PROJET DE VIE » ... ..

. La définition du droit à la dignité de toute personne humaine dont découle plusieurs corollaires :

« La reconnaissance du caractère unique, singulier de toute personne handicapée. **QUEL QUE SOIT LEUR COMPLEXITE OU LEUR DIFFICULTE, LES PROBLEMES POSES DOIVENT ETRE, IN FINE, DEFINIS AU NIVEAU INDIVIDUEL DE LA PERSONNE CELUI DU LIBRE CHOIX, EN PARTICULIER DANS LA DEFINITION D'UN PROJET INDIVIDUEL DE VIE, FONDEMENT DE TOUTES LES ORIENTATIONS (placement, capacité au travail) QUI DEVRAIENT ETRE PRISES POUR CHAQUE PERSONNE DROIT A L'INTEGRITE ET AU RESPECT DE LA VIE PRIVEE DROIT A LA PARTICIPATION DE TOUS LES ASPECTS DE LA VIE SOCIALE**

. La classification internationale du handicap (C.I.H.) adoptée par l'O.M.S. en 1980 a rapidement été jugée trop « médicalisée » comme déjà dit ci-dessus. De nombreux travaux, essentiellement des chercheurs canadiens, ont abouti à l'adoption d'une nouvelle classification par l'O.M.S. au printemps 2002. Très schématiquement elle définit le concept de handicap comme le produit d'interactions entre les incapacités fonctionnelles objectives et l'environnement (familial, social,, professionnel ..... ) auquel est confrontée la personne handicapée. **CES DISPOSITIONS NOUVELLES DEVRAIENT ETRE APPLICABLES TELLES QUELLES DANS UNE PROCEDURE TRANSACTIONNELLE « BADINTER ».**

**3.3) EN RESUME, CET ENSEMBLE DE PRINCIPES  
CONSTITUENT DU POINT DE VUE DE L'U.N.A.F.T.C., DES  
« BALISES » INCONTORNABLES. REFERENCES  
OPPOSABLES SUR LE FOND AUX DEFENDEURS.**

#### 4) LES PRINCIPAUX SUJETS D'ETONNEMENT (!) DU « CANDIDE – JUSTICIABLE »

##### 4.1) Les conséquences concrètes du principe de l'indépendance des juges

Le principe de l'indépendance des magistrats ne saurait, évidemment, être contestée. Au « pénal », cette indépendance conduit néanmoins à des décisions sensiblement homogènes (on peut y voir deux raisons principales : d'une part, l'aide qu'apporte, en amont, l'instruction, d'autre part, par la définition législative des fourchettes des sanctions pénales. Il convient également de constater que les facteurs qui détermineront la décision du juge pénal sont généralement plus faciles à évaluer et à appréhender (cas de l'expertise psychiatrique excepté ?) que les facteurs techniques de l'expertise corporelle.

**« A la différence du juge pénal qui doit appliquer le principe de l'interprétation stricte et refuser de compléter les lacunes ou les imprécisions de la loi, le juge civil est tenu de statuer sous peine de déni de justice »** (Monsieur DELMAS-MARTY, Professeur de Droit à PARIS V. « LE MONDE » du 30 Juin 2001)

IL APPARAÎT AINSI QUE CE NE SERAIT PAS ATTENTER AU PRINCIPE DE L'INDEPENDANCE DU JUGE CIVIL QUE SOIENT DEFINIS, EN VUE D'UNE HARMONISATION DES DECISIONS, ET COMPTE TENU DE LA COMPLEXITE DU DOMMAGE CONSIDERE :

**Le canevas d'une mission de Chancellerie – type pour les « T.C. » graves** (la mission – type élaborée par l'AREDOC peut constituer une base de travail sur ce sujet pour un groupe d'experts désigné par la Chancellerie). Un guide opératoire devrait y être associé avec la définition de certaines dispositions obligatoires (bilan neuropsychologique, expertise en situation... ..).

**Un « guide » pour permettre la fixation d'honoraires « décents » aux experts et pouvoir ainsi disposer de professionnels véritablement compétents concernant la pathologie considérée** (des juges fixant à 3 000 F, ça se voit couramment, les honoraires d'expertise d'un Traumatisé Crânien ne paraissent pas en prise avec la réalité technique et la complexité de ce type d'expertise. Cette liberté du juge conduit à des expertises « bâclées » par des médecins non compétents.

**La question de la libre décision du juge du droit au remboursement des frais irrépétibles** (art. 700 NCPC) laisse également songeur ! SERAIT-CE VRAIMENT PORTER ATTEINTE A L'INDEPENDANCE DU JUGE CIVIL QUE DE FIXER DES REGLES CLAIRES DANS CE DOMAINE ?

#### 4.2) Le cumul possible des fonctions de médecin conseil et d'inspecteur sur la liste des médecins-experts

Nous ne nous étendrons pas sur cette question souvent traitée et que Madame LAMBERT-FAIVRE a très clairement démontré le caractère anormal. Hormis la possibilité éventuelle d'une prise de position, inconsciemment non neutre du médecin. Exemple très habituel de la confusion induite par la possibilité de ce cumul : la lettre de convocation « à l'examen médical » du médecin-conseil désigné au stade transactionnel par l'assureur. Le médecin « conseil » s'il est aussi « expert » utilise un papier à en-tête mentionnant sa qualité d'expert auprès de la Cour. De ce fait, il est fréquent que la victime se croit, convoquée par un Auxiliaire du Juge. IL APPARTIENT A LA CHANCELLERIE D'ETENDRE A TOUS LES RESSORTS LA DECISION, EN PARTICULIER PRISE PAR LES PRESIDENTS DES COURS DE PARIS, AIX, LYON ET TOULOUSE ... ..

#### 4.3) La clarification du vocabulaire

L'emploi de certains termes recouvrant des significations fort différentes de nature à induire chez le justiciable des confusions :

Nous ne nous étendrons pas là encore sur la multiplication des divers types de « taux » invalidité, incapacité, prise en charge par la Sécurité Sociale, cartes COTOREP..... Ce problème est sans doute insoluble mais il est très souvent source d'incompréhension ou de confusion du citoyen.

Par contre, il paraît essentiel de revenir à l'emploi sans ambiguïté des termes (Rappel aux assurances par la Chancellerie) :

- « **Médecin-conseil** » (s'agissant du médecin agissant pour le compte de l'assureur, cadre transactionnel ou judiciaire)
- « **Médecin de recours** » (soit d'assurance au titre d'une garantie « défense et recours », soit au titre de médecin de recours personnel choisi par une victime)
- « **Médecin-expert** » (réservé à un médecin dans l'exercice d'une mission commandée par le juge)
- « **Examen** », terme défini par la « loi BADINTER » et réservé à la procédure transactionnelle
- « **Expertise** », terme réservé à l'expertise demandée par le juge

En effet, il faut constater que l'habitude a été prise de se limiter à deux termes : « médecin-expert » (quelque soit le cadre de son action) et « expertise » (quelque soit le cadre dans lequel l'acte intervient). Si les professionnels de la réparation s'y retrouvent, tel n'est pas généralement le cas du justiciable, et en particulier des victimes socialement défavorisées.

Si le principe d'une clarification dans le sens proposé ci-dessus était admis, les règles considérées devraient être applicables telles quelles dans les écrits des assureurs particulièrement en phase de situation transactionnelle.

#### 4.4) Les préjudices indemnisables

A) Il règne également dans ce domaine, une certaine confusion peut être due à divers facteurs :

- L'oubli ou la méconnaissance de l'avocat de jurisprudences utilisables (conséquence de l'indépendance des juges)
- L'existence de jurisprudences applicables dans le ressort de telle Cour et non prise en compte par telle ou telle autre Cour

Par ailleurs, la définition des préjudices dans le champ d'application, est parfois variable d'un tribunal à l'autre comme d'une assurance à l'autre.

**B) IL APPARAÎT, A L'U.N.A.F.T.C. (TOUJOURS DU POINT DE VUE DU « CANDIDE-CITOYEN-JUSTICIABLE » QUE L'ABSENCE D'UNE LISTE DES PRÉJUDICES INDEMNISABLES (avec le champ qu'ils recouvrent) DOIT, SE REFERANT AU PRINCIPE DU CARACTÈRE « D'EQUITABILITÉ » FAIRE L'OBJET D'UN TEXTE APPLICABLE SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE.** Ce n'est, à priori, toucher au principe de l'indépendance des magistrats qui demeurent libres de refuser la demande de l'avocat d'indemnisation de tel ou tel préjudice... tout comme de rendre un arrêt sur un préjudice demandé bien que « hors liste ».

C) Concernant la spécificité de la réparation du dommage corporel par Traumatisme Crânien, les chefs de préjudice suivants doivent être particulièrement examinés et définis :

##### **Le préjudice économique de la victime**

**L'impossibilité dans les cas graves, de réaliser un projet de vie comportant (cas le plus fréquent) une vie de couple et la possibilité de fonder une famille. CECI DOIT ÊTRE COMPENSÉ AU NOM DES DROITS DE L'HOMME.** Ainsi en réalité, Le préjudice dit « d'agrément » devrait être qualifié de « préjudice de qualité de vie ». Ce préjudice personnel nous paraît être le plus important, car, hors les limitations citées ci-dessus, il doit compenser par exemple le « droit d'aller et de venir » qui est un facteur déterminant de toute participation sociale : loisirs, vacances, vie de la communauté.

- **Le préjudice « par ricochet » des membres de la cellule familiale (et qu'on ne saurait réduire au seul préjudice moral)** dont les conséquences en particulier économiques (salaires, droit à retraite... ..) doivent être soigneusement définies. S'y ajoutent d'une part, les contraintes plus ou moins lourdes qu'impose à la famille la prise en charge des blessés, la difficulté de maintenir une vie de famille « normale » ; l'impact éventuel sur les études des enfants sur la nécessité de l'abandon d'une occupation salariée par un des parents... ..

**Si les préjudices indiqués ci-dessus méritent une attention particulière, s'agissant de victime d'un Traumatisme Crânien, nous n'oublions pas les autres chefs de préjudice :**

### Le classique « pretium doloris »

#### . Le préjudice moral qui peut être considéré sous trois aspects :

**Celui du T.C. lui- même.** La question se pose de savoir s'il n'est pas déjà implicitement intégré dans le préjudice d'agrément tel que nous l'avons défini

**Celui des membres de la famille impliquée. CE PREJUDICE IMPLIQUE DES CONNOTATIONS PARTICULIERES, ET DONC UNE EVALUATION TRES SOIGNEUSE DES LORS QUE TOUS CES PROFESSIONNELS CONSIDERENT QUE LE TRAUMATISME CRANIEN IMPLIQUE UN TRAUMATISME FAMILIAL SANS COMMUNE MESURE AVEC LES AUTRES FORMES DE HANDICAP ACQUIS. IL NOUS SEMBLE PREFERABLE, QUANT A NOUS, QUE LE PREJUDICE MORAL « CLASSIQUE » (au sens de souffrance morale) indirecte soit conservé ET QUE SOIT DEFINI UN PREJUDICE PAR RICOCHET INDIVIDUALISANT D'UNE PART, LES MEMBRES (CONJOINT, PARENTS, FRATRIE... ..) ET POUR CHACUN DE CEUX-CI L'INCIDENCE DE L'ACCIDENT EVALUE PAR POSTE : PERTE DE SALAIRE, RETARD SCOLAIRE... ..)**

**L'I.P.P. :** la définition du barème (6è édition) du Concours Médical définit clairement que le taux alloué est fonction de l'atteinte à l'INTEGRITE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE LA VICTIME... Cette définition, délie enfin explicitement les préjudices économiques, et implicitement, DES INCAPACITES FONCTIONNELLE IMPLIQUEES PAR CETTE ALTERATION. ELLE EST, SI ON L'ANALYSE, UNE ATTEINTE DE L' ALTERITE DE LA PERSONNE HUMAINE. SI ON ADMET CETTE APPROCHE, QUI NOUS SEMBLE PARFAITEMENT DEFENDABLE, L'I.P.P. DEVIENT UN PREJUDICE PERSONNEL (ce qui d'ailleurs relève du simple bon sens) ET SORTIRAIT ALORS DE L'ASSIETTE DU RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX! Les conséquences financières seraient considérables pour les victimes qui ont une part de responsabilité dans le fait causal.

**LA TIERCE PERSONNE :** Ce problème particulier fera l'objet d'un développement particulier.

#### 4.5) Les barèmes-guides d'évaluation

Le « barème-guide » qui serait le plus généralement utilisé (du moins par les médecins experts, nous n'avons pas d'informations concernant celui employé par les médecins-conseils) serait celui dit du « CONCOURS MEDICAL ». La 6è édition (remplaçant celle de 1992) vient d'être publiée ce printemps.

**1<sup>ERE</sup> REMARQUE :** Ce document n'a ni un label, ni un auteur relevant (du moins explicitement) de la Chancellerie. LA QUESTION QUI SE POSE ALORS EST LA LEGITIMITE D'UNE EXPERTISE FONDEE SUR UN TEXTE « PRIVE » (comblant en fait une lacune du Ministère). **CONSEQUENCE :** L'U.N.A.F.T.C. DEMANDE QUE LA CHANCELLERIE FASSE REDIGER, SOUS SON AUTORITE, PAR UN GROUPE D'EXPERTS, UN DOCUMENT-GUIDE D'EVALUATION. (On notera à titre de comparaison, que les COTOREPS doivent utiliser un barème-guide « officiel » pour déterminer le taux d'invalidité attribué aux demandeurs d'A.A.H., d'A.C.T.P.. ....Ce guide-barème est élaboré en concertation entre le ministère de la Santé et celui des Affaires Sociales). Bien entendu, ce texte devrait être appliqué tant à l'occasion des « examens-BADINTER » que des expertises judiciaires

**NOTA :** Après tout, le CODE CIVIL définit au centimètre près, la hauteur maximum d'une haie séparant 2 propriétés et jugée constitution d' un trouble de voisinage !

**2<sup>EME</sup> REMARQUE :** L'édition de 2001 du Barème est fondée d'une approche des incapacités affectant diverses fonctionnalités : motricité, vue, intellectuelles..... Dans la mesure où diverses parties du corps sont concernées, il est alors procédé à une évaluation DE FAIT « IN CONCRETO » DANS UNE FOURCHETTE INDIQUEE (suppression de la règle de BALTHAZARD). C'EST FORCEMENT LE CAS DES TRAUMATISES CRANIENS DONT LES HANDICAPS SONT MULTIPLES ;

**3<sup>eme</sup> REMARQUE :** Le nouveau barème prend davantage en compte que le précédent, les incapacités dues à un Traumatisme Crânien. Cependant, les fourchettes de taux attribuées à la réduction des performances intellectuelles, aux problèmes induits par la lenteur, la difficulté de concentration, les troubles mnésiques, séquelles d'importance variable d'un Traumatisme Crânien SE TRADUISENT PAR DES CONSEQUENCES FONCTIONNELLES CONSIDERABLES, QU'IL S'AGISSE DE LA VIE PROFESSIONNELLE, DE LA POURSUITE DES ETUDES, DES FORMALITES SOCIALES, DES TACHES DOMESTIQUES.....

**4<sup>eme</sup> REMARQUE :** L'édition du Barème est précédée de brefs textes d'éminents professeurs, de médecins..... La pertinence de leurs observations n'est évidemment pas discutable. CONCERNANT LE CHAMP QUI NOUS INTERESSE, ON REGRETTERA QUE, A NOTRE CONNAISSANCE, ON NE TROUVE PARMIS LES AUTEURS AUCUN SPECIALISTE DU TRAUMATISME CRANIEN DE RENOMMEE NATIONALE, PAS PLUS D'AILLEURS QUE D'UN NEUROPSYCHOLOGUE MALGRE L'APPORT DETERMINANT DE CES PROFESSIONNELS DANS LE DOMAINE DE L'EVALUATION DES FONCTIONS SUPERIEURES.

**EN RESUME :**

. SUR LE FOND : POURQUOI UN DOCUMENT D'EVALUATION NON ETABLI PAR LA CHANCELLERIE ?

. SUR LA FORME : FLOU ENTRE L'INCAPACITE FONCTIONNELLE (EXEMPLE : NE POUVOIR ECRIRE ET LA FINALITE DE LA FONCTION (exemple : ne pas être capable de remplir une feuille de soins)

. MANQUE DE COHERENCE ENTRE LA DETERMINATION « IN CONCRETO » EN CAS D'ATTEINTES MULTIPLES (ex : lésion cérébrale plus hémiplégie (par une fourchette de taux) et la DETERMINATION FONCTIONNELLE « ENCADREE » EN CAS D'ATTEINTE SIMPLE (ex : lésion cérébrale sans atteinte physique)



. Insuffisance notoire des taux concernant les troubles des fonctions supérieures

. LA SPECIFICITE DU TRAUMATISME CRANIEN ET SA SINGULARITE, SA COMPLEXITE RENDENT DIFFICILEMENT ENVISAGEABLE TOUTE AUTRE EVALUATION QUE « IN CONCRETO » DECOULANT D'UNE EXPERTISE CONDUITE SELON UNE METHODE CERTES LONGUE ET ONEREUSE, MAIS PERMETTANT D'APPROCHER UNE « REALITE » OBJECTIVE.

#### 4.6) Les problèmes posés par l'évaluation expertale

(Nous nous limiterons aux situations, d'ailleurs les plus fréquentes pour nous, des problèmes rencontrés dans les dommages corporels relevant de la loi « BADINTER »).

- a) Nous ne reviendrons pas sur la possibilité de cumul, que nous dénonçons, des fonctions de médecin conseil, et de médecin expert.
- b) **Visite d'un médecin conseil ou d'un régleur à une victime hospitalisée.** Ces visites de « mandataire » de l'assureur ont, en principe, pour but d'évaluer les provisions à envisager pour la réparation du dommage. La M.A.A.F. (et sans doute d'autres mutuelles de compagnies) ont élaboré un guide précis et très correct, en première analyse, du déroulement de ces « visites ». Il n'en est pas toujours ainsi et tous les médecins conseils et régleurs concernés n'obéissent pas à la même rigueur. Il N'EST PAS A EXCLURE QUE DES PROPOS DU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT, GENERALEMENT NON FORME AUX SUBTILITES DU LANGUAGE MEDICO-LEGAL, N'EN PERMETTE UNE EXPLOITATION, PAR L'ASSUREUR, CONTRAIRE AUX INTERETS DE SON PATIENT. De même, une victime agnosomique peut être sans que son médecin s'en aperçoive, argumenter contre son propre intérêt, face aux mandataires de l'assureur. EN CONCLUSION, SUR CE POINT, CES VISITES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UN PROTOCOLE PRECIS :

Préavis convenable

Accord préalable de la famille, et présence si possible (voir nota)

. Présence, si possible, du médecin de recours, et autant que de besoin de l'avocat

#### c) La procédure transactionnelle – « Examen »

**NOTA :** La question ne pose pas de difficulté, si la victime est mineure ou majeure consentante. Sinon, à la limite, la victime devrait être placée « sous sauvegarde de la justice ». Cette mesure devrait d'ailleurs être prise dès l'accident et maintenue jusqu'à la consolidation (cas particulier des « T.C. » graves) avant d'envisager une mesure de protection par tutelle ou curatelle.

La convocation à « l'examen » est quasiment formulée dans un style assez comminatoire par le médecin-conseil. Le texte souvent réduit au minimum, ne détaille pas la mission adressée au médecin-conseil par l'assureur. Les victimes non assistées par un médecin de recours sont dans l'incapacité de présenter un dossier médical convenable. Très généralement, l'avocat de la victime n'assiste pas à l'examen. Celui-ci, dans ces conditions, est effectué en moins de deux heures en général.

Le médecin « examinateur » désigné par l'assureur pour l'évaluation d'un Traumatisme Crânien ne possède pas, dans la très grande majorité des cas, la compétence requise pour la tâche prescrite. **IL EST EN EFFET, DE NOTORIÉTÉ PUBLIQUE DANS LA PROFESSION, QUE LA COMPLEXITÉ, LES ASPECTS MULTI FACTORIELS D'UN TRAUMATISME CRANIEN EXIGENT DES CONNAISSANCES ET UNE EXPÉRIENCE « POINTUES ».** Or, il arrive souvent que le médecin désigné soit un médecin généraliste, l'appel à un spécialiste n'est pas monnaie courante ! Ainsi a-t-on pu constater des taux d'I.P.P. attribués en « examen » à 15 % (et refusés par la victime) passer à 50 % en « référé judiciaire ». **EN RÉGLE GÉNÉRALE, LES TAUX ÉVALUÉS EN « TRANSACTIONNEL » SONT SOUS-ÉVALUÉS ET SOUVENT NOTABLEMENT AUGMENTÉS EN « JUDICIAIRE ». CECI EST PLUS PARTICULIÈREMENT OBSERVÉ S'AGISSANT DES TAUX PROPOSÉS EN « TRANSACTIONNEL » ALLANT DE 15 À 50 %. UNE ÉTUDE CONDUITE PAR UN ORGANISME INDÉPENDANT (OU LE TRAITEMENT DU FICHER « AGIRA » ?) PERMETTRAIT DE CLARIFIER CE PROBLÈME FONDAMENTAL POUR LA SUITE DU PROCESSUS DE LA RÉPARATION.**

**La victime ne reçoit pas le rapport d'examen « in extenso » pour lui permettre d'adresser à l'assurance, le cas échéant, des « DIRES ». CETTE PRATIQUE COURANTE EST INADMISSIBLE ET CONSTITUE UNE AUTRE ATTEINTE AU PRINCIPE DU CONTRADICTOIRE.**

#### 4.7) La Tierce Personne

**IL EXISTE DES PROTHÈSES POUR PALLIER NOMBRE D'INCAPACITÉS FONCTIONNELLES PHYSIQUES, ELLES SONT APPELÉES À SE DÉVELOPPER ENCORE, AVEC LES AVANCES TECHNOLOGIQUES. IL N'EXISTE PAS DE PROTHÈSE SUBSTITUTIVE AUX DÉFICIENCES DES FONCTIONS SUPÉRIEURES.**

- a) « LA TIERCE PERSONNE » est l'aide humaine apportée par une personne qui ne peut se contenter de « prothèses » techniques. Ce « chef de préjudice » (c'est une mauvaise locution) a été très longtemps totalement ignoré par les régleurs et les juges (voire par beaucoup d'avocats « généralistes ») : Il en est d'ailleurs presque toujours de même, s'agissant de l'attribution de l'A.C.T.P. (Allocation Compensatrice Tierce Personne) ressortissant de l'Aide Sociale Départementale qui ne retient dans son guide-barème des incapacités que 4 actes physiologiques pour en apprécier la nécessité (dits « A.V.Q. » : ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE, soit : SE LEVER, SE LAVER, MANGER, ALLER SEUL AUX TOILETTES). L'atteinte des fonctions supérieures, même si elle ne permet pas effectivement la réalisation d'un A.V.Q. n'est pas non plus, systématiquement prise en compte par les COTOREP (exemple : pour « MANGER », il faut réaliser une suite logique d'actions : faire ses courses, gérer un budget, préparer un repas....)

**b) Concernant les Traumatisés Crâniens, il est à noter que :**

**Que ce chef de préjudice est le plus coûteux chez les « T.C. » très graves (50 % parfois des indemnités de la réparation)**

**Qu'il est très difficile à évaluer**

**QU'IL NE PEUT ETRE EVALUE, CONCEPTUELLEMENT, QUE SUR LA BASE D'UNE PRESTATION COMPENSATOIRE DE DIGNITE ET DE SECURITE DE LA VICTIME ET DU PRINCIPE DE PRECAUTION.**

Un ouvrage récent : « LA TIERCE PERSONNE » analyse bien les fonctions de ces aides humaines en les classant en catégories : aides de substitution, sécurité, stimulation.

Le besoin en « Tierce Personne » pour un blessé médullaire grave, sans atteinte des fonctions supérieures, peut être évalué par consensus, SOUS RESERVE COMME POUR LES « T.C. », D' ADMETTRE QUE LES TEMPS DE PRESENCE DE PERSONNEL SOIGNANT NE SOIENT PAS COMPTABILISES DANS LE TEMPS TOTAL DE « Tierce Personne ». La situation concernant les « T.C. » est totalement différente :

Le handicap peut être « invisible »

L'atteinte des fonctions supérieures et les difficultés comportementales suscitent un accompagnement de nature très différente

**C) AINSI SE POSENT DEUX QUESTIONS QUI REVETENT UNE IMPORTANCE PARTICULIERE CONCERNANT LES « T.C. » :**

**COMMENT EVALUER LE NOMBRE D'HEURES DES LORS QU'AU JOUR DE L'EXPERTISE, LA VICTIME EST PEUT ETRE PROCHE DE LA CONSOLIDATION FONCTIONNELLE, MAIS TRES GENERALEMENT PAS DE LA CONSOLIDATION « SITUATIONNELLE » ?**

**LA « TIERCE PERSONNE » DE NUIT PEUT – ELLE ETRE UNE SIMPLE GARDE MALADE ? (VERSION « ASSUREUR »).**

On peut avoir l'approche suivante

1) L'hébergement en foyer « spécifique » « T.C. » (une dizaine actuellement en FRANCE) correspond en fait à une aide humaine permanente « Tierce Personne ». Or, dans ces foyers, le ratio d'encadrement est légèrement à 1, afin d'assurer une permanence 365 jours par an. Le prix moyen de journée s'élève à 1 100 F environ ! La garde de nuit est assurée au minimum par deux personnes dont 1 paramédicale.

ON DEVRAIT LOGIQUEMENT EN DEDUIRE QUE SI UN TRAUMATISE CRANIEN RECEVANT UNE ORIENTATION « COTOREP » « FOYER » OU « M.A.S. », MAIS PREFERANT DEMEURER A DOMICILE, PLUTOT QUE DE VIVRE EN FOYER, DEVRAIT SE VOIR ALLOUER 24 HEURES DE « T.P. » NET. L'expérience montre que la présence sur place d'une infirmière est indispensable, sauf à accepter, compte tenu de la population concernée, les risques d'urgences graves.

- 2) Si l'hébergement en foyer est considéré comme une « ghettoïsation » (à tort du point de vue de l'U.N.A.F.T.C., car la communauté peut aussi être source d'enrichissement), l'expérience de BORDEAUX (maison familiale : 3 ou 4 résidents « T.C. » avec 1 T.P. à temps plein) nécessite une prise en charge occupationnelle que ne peut assumer pour des « T.C. » une seule T.P.
- 3) Si le « T.C. » demeure à domicile, et faute de disposer de « T.P. » à plein temps, la famille assure ce rôle en dehors du temps alloué. Il y a alors acceptation d'un risque (faible mais non exclus) la nuit. IL FAUT ADMETTRE QUE CETTE SOLUTION (T.P. ASSURE A TEMPS PARTIEL PAR LA FAMILLE) LUI IMPOSE UNE CONTRAINTE QUI NE LUI REVIENT PAS, MAIS DOIT ETRE LE FAIT DE L'INDEMNISATION.

**COMPARAISON DES TROIS SOLUTIONS**  
(éléments approximatifs) **nombré heures brutes**  
**BESOINS**

SITUATION DE LA VICTIME	EQUIVALENT E.T.P NET PAR USAGER	COUT JOURNALIER POUR L'ASSUREUR
1. EN FOYER (voir nota a)	2 E.T.P.	380 F / JOUR (soit 3,7 heures E.T.P. « privé » par personne)
1.bis EN MAISON D'ACCOMPAGNE MENT SPECIALISE (M.A.S.) (voir nota b)	2 E.T.P.	1 100 F (soit 13, 7 heures T.P. /personne)
2 EN « MAISON FAMILIALE » (Pour 3 « T.C. »)	1 E.T.P.	1 980 F (1 E.T.P. / T.P.) pour 3 personnes, soit : 640 F /jour
3 AU DOMICILE FAMILIAL OU EN DOMICILE INDIVIDUEL	1 E.T.P.	1 920 F / jour

**NOTA :**

a) Chiffres pris sur un exemple effectif : 18 résidents – 20 personnes d'encadrement. Prise en charge Sécurité Sociale seule, assurée par l'assureur : 380 F/ jour, soit 3,7 heures de T.P. kiné à 80 F/ heure (le coût « hébergement » soit 720 F /jour est pris en charge par la personne ( pour 90 % de ses ressources et par le Conseil Général, aide sociale pour le reste.)

b) Financement : à la charge du résident : 75 F/ jour (F.F.J.), le reste, soit en moyenne 1 100 F/jour, à la charge assureur (au prorata des responsabilités)

## EN RESUME

---

1) ON PEUT DEGAGER UNE PALETTE DE 4 TYPES DE CHOIX POUR ASSURER UNE PRISE EN CHARGE « T.P. » 24 h / 24 . CE QUI EST SANS DOUTE NECESSAIRE POUR LES « T.C. » LOURDS. ELLES REPRESENTENT POUR L'ASSUREUR DANS LE CAS D'UNE VICTIME NON RESPONSABLE, UN COUT VARIANT (DANS L'HYPOTHESE DES NORMES FINANCIERES ET DES MODALITES LEGALES ACTUELLES) DE 380 F /JOUR A 1 900 F/JOUR (PRIX A 10 % PRES)

2) LE PRINCIPE DU LIBRE CHOIX PAR LA VICTIME DE SON MODE DE PRISE EN CHARGE NE PEUT ETRE CONTESTE, IL PEUT EVOLUER EN FONCTION :

D'UNE AGGRAVATION SITUATIONNELLE QUI CONDUIT ALORS LA « COTOREP » A LUI DONNER UNE ORIENTATION ADAPTEE. QUESTION: EST-CE QUE CELLE-CI A VALEUR LEGALE D'OBLIGATION POUR L'ASSUREUR. IL SEMBLE QUE OUI. DANS LA MESURE OU LA DEMANDE N'A PAS ETE REFUSEE, LORS DU REGLEMENT TRANSACTIONNEL OU JUDICIAIRE (se reporter à l'ouvrage de Madame LAMBERT-FAIVRE)

UNE AGGRAVATION SITUATIONNELLE POURRAIT EGALEMENT ETRE ETABLIE DES LORS QUE LE NOMBRE D' HEURES DE T.P. ACCORDEES, LORSQUE LA VICTIME RESIDE DANS LA FAMILLE, SE REVELE INSUFFISANT (vieillesse de la famille par exemple)

3) IL SEMBLERAIT QUE LE REMBOURSEMENT, PAR L'ASSUREUR, DES FRAIS DE PRISE EN CHARGE « SOINS » PAR LA SECURITE SOCIALE NE SOIT PAS RECLAME

4) IL EST CERTAIN QUE LA PROCEDURE ENVISAGEE CI-DESSUS NECESSITERAIT LA REOUVERTURE DU DOSSIER AUTANT QUE DE BESOIN, LORSQUE LA SITUATION DE LA VICTIME (dont l'environnement varie notablement .... Exemple : incapacité du maintien au domicile sans qu'il y ait « aggravation ».) GENERALEMENT, LES ASSUREURS FONR MONTRE D'UNE INERTIE CERTAINE, MEME LORSQUE LA EST « DE DROIT ». ET PUIS : SI LES ASSUREURS TROUVENT QUE CELA LEUR COMPLIQUE LA TACHE, QU'ILS NE SE PLAIGNENT PAS DE SUPPORTER DES COUTS QU'ILS JUGENT EXHORBITANTS, LORS DES DEMANDES INITIALES !

5) L'APPRECIATION DE LA NECESSITE ET DU BESOIN EN TEMPS D'AIDE HUMAINE NE PEUVENT ETRE CORRECTEMENT APPROCHES DANS UN BUREAU, MAIS DOIVENT ETRE APPRECIES EN SITUATION ECOLOGIQUE, C'EST A DIRE AU DOMICILE DE LA VICTIME ET DANS L'EXECUTION DES TACHES COURANTES DE LA VIE COURANTE (achats dans un magasin par exemple). CECI EST PARTIELLEMENT SPECIFIQUE AUX TRAUMATISES CRANIENS. LES PERSONNES LES PLUS COMPETENTES POUR L'APPRECIER SONT LES ERGOTHERAPEUTES ET LES CONSEILLERES EN ECONOMIE FAMILIALE. NOUS DEMANDONS QUE LE RAPPORT DE L'EXPERTISE COMPORTE UNE ANNEXE ANALYSANT LES PROBLEMES DANS CETTE OPTIQUE DE MANIERE DE MIEUX ECLAIRER LA DECISION DU JUGE. L'U.N.A.F.T.C. NECOMPRENDRAIT PAS QUE PUISSE ETRE OPPOSES DES ARGUMENTS DE DUREE ET PARFOIS DE COUT D'UN TEL COMPLEMENT D'EXPERTISE. UNE TELLE ATTITUDE EST INDECENTE AU REGARD DES ENJEUX EN CAUSE POUR LE RESTE DE LA VIE DE LA VICTIME.

- 5) ENFIN, TOUT EXAMEN-EXPERTISE D'UN TRAUMATISE CRANIEN, MEME LEGER, DEVRAIT ETRE CONSIDERE COMME NUL S'IL N' Y AIT JOINT UN BILAN COMMENTE DE L'EVALUATION NEURO-PSYCHOLOGIQUE DE LA VICTIME. LA PERTINENCE D'UN TEL EXAMEN N'EST PAS CONTESTABLE. LA ENCORE, L'ARGUMENT DU SURCOUT DE L'EXPERTISE D'UN TEL EXAMEN N'EST PAS RECEVABLE.

#### 4.8) LE RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX

- A) C'EST, CERTAINEMENT, LORSQU'IL S'EXERCE A L'ENCONTRE D'UNE VICTIME (PARTIELLEMENT RESPONSABLE) LE FACTEUR LE PLUS INCOMPRIS, LE PLUS MAL ADMIS, LE PLUS « INJUSTE ».

Le citoyen justiciable assuré social ou ayant-droit, et donc normalement remboursé de ses soins du fait même de son affiliation au régime maladie, ne comprend jamais qu'au nom du caractère « juridiquement indemnitaire » le tiers payeur (LA C.P.A.M.) vienne lui réclamer, jugement ou transaction conclus, le montant, non seulement des frais « avancés » par la Caisse d'Assurance Maladie, mais encore des frais futurs (si tant est qu'on puisse en avoir, du moins pour les « T.C. », une quelconque idée ( qui serait indiscutablement fondée, après un examen-expertise d'une durée de deux à trois heures et serait effectué, le plus souvent, par un médecin non spécialiste).

**IL COMPREND ENCORE MOINS L'INCOHERENCE ET L'INIQUITE DE CE RECOURS, QUI PORTE SUR DES SOMMES ALLOUEES AU TITRE, PAR EXEMPLE, DE LA COMPENSATION D'INCAPACITE FONCTIONNELLE : FAUTEUIL ROULANT, FRAIS D'ADAPTATION DU DOMICILE ET/OU D'UN VEHICULE, DE LA « TIERCE PERSONNE » (!!). II S'AGIT, EN FAIT, D'UNE PROCEDURE CONFISCATOIRE, INEQUITABLE, « JUSTIFIEE » PAR LE CARACTERE JURIDIQUE DIT « INDEMNITAIRE » ET « SUBROGATOIRE » DES SOMMES SUR LESQUELLES PORTE LE RECOURS (loi de 1973 et loi « BADINTER »).**

Les assureurs sont soumis également à ce recours MAIS DANS DES CONDITIONS PLUS « FAVORABLES » QUE LES VICTIMES !

- B) Ce système, s'il est « légal », n'en demeure pas moins inique et peut être contestable tant sur le plan des principes du droit que sur le plan de la CONSTITUTIONNALITE des textes qui le fondent.

En effet, si l'on se rapporte au principe de non-discrimination appliqué au droit à l'équité, ON PEUT SE DEMANDER, AU REGARD DE L'INCOHERENCE D'APPLICATION OU DE NON APPLICATION DU RECOURS, SI CES LOIS SONT EN ACCORD AVEC LE PREAMBULE DE LA CONSTITUTION ET LES DIFFERENTES DIRECTIVES DE L'UNION EUROPEENNE ?

L'U.N.A.F.T.C. SE DEMANDE SI LE FAIT D'ETRE ASSURE SOCIAL NE « couvre » pas les conséquences financières d'un accident, si en conséquence l'argument juridique du CARACTERE « INDEMNITAIRE » des sommes concernées par le recours et allouées à la victime, n'est pas spécieux, de même que l'agrégat des rôles de « Tiers Payeur » avançant les frais engagés et « d'assureur » de la Caisse d' Assurance Maladie. QUOI QU'IL EN SOIT, CES « SUBTILITES » (perçues comme telles par « le candide ») SONT CHOQUANTES.

EN POUSSANT LE RAISONNEMENT PAR ANALOGIE, ON POURRAIT SOUTENIR QU'UN DECES DU A L'ALCOOLISME RELEVE DE LA PLEINE RESPONSABILITE DE LA PERSONNE CONCERNEE ET DEVRAIT DONC PROVOQUER UN RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX..... SUR SA SUCCESSION PAR EXEMPLE! AUTRE CONSEQUENCE DE CE DISPOSITIF: SI LA VICTIME EST TOTALEMENT RESPONSABLE, ELLE NE PERCOIT PAS D'INDEMNITES ET N'EST DONC PAS SOUMISE A RECOURS. DE MEME UNE VICTIME TRES LOURDEMENT ATTEINTE, « INDEMNITES ET FRAIS TRES ELEVES »\_ET AYANT UN TAUX DE RESPONSABILITE DE 25 % PAR EXEMPLE, PEUT SE VOIR LARGEMENT « DEPOSEDEE » D'UNE PART TRES CONSEQUENTE DE SON INDEMNISATION PAR LE FAIT DU RECOURS !

**C) Les organismes sociaux admis à recours subrogatoire (cas de la loi « BADINTER »)**

La liste des organismes sociaux autorisés à présenter un recours subrogatoire est limitativement énoncée dans la loi « BADINTER ».

Or, on n'y trouve pas les CONSEILS GENERAUX qui sont pourtant en charge (dans le cadre de leur mission d'aide sociale) des personnes handicapées. CES DERNIERES, CONCERNANT LES TRAUMATISES CRANIENS, SONT, DANS UNE LARGE PROPORTION, DES VICTIMES D'ACCIDENTS CORPORELS. OR, LORSQU'UNE A.F.T.C. DEMANDE LA CREATION DE STRUCTURES DONT LA COMPETENCE FINANCIERE RELEVE (TOTALEMENT OU PARTIELLEMENT) DU CONSEL GENERAL, (FOYERS, CENTRES D'ACCUEIL DE JOUR.....) LA REPOSE EST FREQUEMMENT: « VOYEZ AVEC LES ASSURANCES ! » NE SERAIT-IL DONC PAS NORMAL QUE LA LOI DE 1985 PREVOIT AUSSI LE RECOURS EVENTUEL DES CONSEILS GENERAUX ?

**CETTE DERNIERE PROPOSITION EST D'AUTANT PLUS SOUTENABLE QUE LES RESIDENTS DES MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISE (M.A.S., STRUCTURES FINANCEES ENTIEREMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE) SONT EN PRINCIPE NORMALEMENT SOUMISES A RECOURS (AU PRORATA DE LA RESPONSABILITE), ALORS QUE, DE FAIT, CONCERNANT LES TRAUMATISES CRANIENS, IL N'Y A PAS DE DIFFERENCES MAJEURES DE GRAVITE DE SITUATION ENTRE LES RESIDENTS DE L'UNE OU DE L'AUTRE DE CES DEUX TYPES DE STRUCTURES.**

**V) DISPOSITIONS D'ORDRE LEGISLATIF OU REGLEMENTAIRE SOUHAITEES PAR L'U.N.A.F.T.C.**

**Le texte de ce paragraphe sera rédigé ultérieurement en fonction des observations des membres de la Commission Juridique sur le texte précédent.**

**CES MEMBRES SONT PAR AILLEURS INVITES A ADRESSER AU PRESIDENT TOUTES MESURES SUPPLEMENTAIRES NECESSAIRES EN PRECISANT, SI POSSIBLE, SI ELLES RELEVANT DE LA LOI (SI OUI, INDIQUER LA REFERENCE DE LA LOI), OU D'UN TEXTE REGLEMENTAIRE (CIRCULAIRE MINISTERIELLE) OU DE SIMPLS RECOMMANDATIONS DE LA CHANCELLERIE.**

**AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C.**





**UNAFTC**

# UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS

LE 18 Septembre 2001

**Le Président**

N/REF : 2001.210/JP/FS

**EXPOSE EFFECTUE  
PAR LE PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C.  
DEVANT LE GROUPE DE TRAVAIL SUR L'INDEMNISATION  
DU DOMMAGE CORPOREL DES TRAUMATISES CRANIENS  
(Ministère de la Justice, le 20 Septembre 2001)**

**« CANDIDE, MAIS PAS INGENU »**

Nous vivons toute la vie d'un Traumatisé Crânien, les professionnels gèrent des fenêtres de cette vie.

- ) SE PRESENTER et présenter mon expérience personnelle de la réparation du Traumatisme Crânien
- 2) PRESENTER L'U.N.A.F.T.C. : toute la palette des états successifs de l'accident au foyer d'accueil ; au retour du travail, où d'E.V.P.

43 A.F.T.C. /17 structures d'accueil spécifiques

« ECOOUTER/SUSCITER LA REALISATION DE STRUCTURES , mais de préférence ne pas les administrer (INFORMER ET SENSIBILISER)

Une dimension européenne : Pourquoi ? mêmes problèmes, uniformisation européenne prévisible, donc y contribuer.

3) RAPPELS EPIDEMIOLOGIE

160 000 T.C. par an  
dont 4 000 T.C. sévères, c'est à dire qui conserveront des séquelles gravement invalidantes  
âge moyen : 25 ans  
1<sup>ère</sup> cause de mortalité des personnes de moins de 45 ans  
cause première : A.V.P. pour 60 % des cas

DIFFICULTES

absence de prise en charge spécifique et adaptée jusqu'à il y a peu  
RESULTAT : UNE CENTAINE DE MILLIERS DE « T.C. » Graves  
DESINSERES SOCIALEMENT

DRAME DES PERSONNES EN E.V.P. : plus de 1 000 personnes sans statut sanitaire ni médico-social qui survivent en moyenne de 3 à 5 ans.  
0  
n'importe où (familles, long séjour, moyen séjour... ..)

#### 4) SINGULARITE ET SPECIFICITE DU TRAUMATISME CRANIEN

Elles influent directement sur de nombreux aspects de la réparation dès lors que celle-ci a lieu d'être. Sur ce point, je me limiterai aux situations de droit commun qui sont, de beaucoup, les plus nombreuses.

Je pense que l'on peut caractériser le Traumatisme Crânien Grave par trois caractéristiques simultanées qui lui donnent sa spécificité :

La brutalité de l'événement causal qui en fait un handicap acquis

L'atteinte des fonctions supérieures, c'est à dire de ce qui constitue le propre de l'homme et qui conditionne la réalisation d'un projet de vie envisagé « AVANT »

La nature même du coma qu'il induit et dont la relation avec l'inconscient, encore peu étudiée, laisse des traces psychiques indélébiles

C'est donc un « dommage corporel » tout à fait singulier, complexe, multifactoriel, une atteinte majeure à l'ALTERITE DU BLESSE.

LE TRAUMATISME CRANIEN GRAVE N'EST PLUS LA MEME PERSONNE « QU'AVANT », IL EST DEvenu ETRANGER A LUI-MEMÉ, ETRANGER AUX AUTRES, ET EN PARTICULIER, A SON ENTOURAGE FAMILIAL. IL DOIT ESSAYER DE SE RECONSTRUIRE, DE S'ACCEPTER TEL QU'IL DEVIENT... .. C'EST PLUS DIFFICILE A DIRE QU'A FAIRE !).

ON PEUT AINSI MIEUX COMPRENDRE QUE LA REPARATION DE CE TYPE DE DOMMAGE CORPOREL (au sens juridique du terme) POSE DES PROBLEMES QUE L'ON NE RENCONTRE PAS CHEZ D'AUTRES GRANDS HANDICAPES.

#### 5) UNE AUTRE APPROCHE DE LA REPARATION

UNE AUTRE ANALYSE SUR L'APPROCHE HABITUELLE DE LA REPARATION (caractérisée par la décomposition en éléments barémisés pour certaines composantes, évalués le plus souvent subjectivement, pour les facteurs jugés, parfois à tort, non mesurables... ..) devrait normalement fonder la détermination de l'indemnisation.

LA REPARATION A POUR FINALITE DE RESTITUER LE BLESSE DANS SON ETAT ANTERIEUR, CE QUI N'EST PAS CONCEVABLE DANS DE NOMBREUSES SITUATIONS, OU A DEFAUT, DE COMPENSER L'IMPOSSIBILITE MEDICALE PAR UNE INDEMNISATION,.

IL EST COHERENT DE RAPPROCHER LES INCAPACITES NON « REPARABLES » DES DROITS FONDAMENTAUX ATTACHES A LA PERSONNE HUMAINE POUR DETERMINER LA COMPENSATION A EFFECTUER.

- LES DROITS SONT DEFINIS DANS :

LA DECLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME (O.N.U 1948)

LA CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPEENNE (TRAITE 7/12/2000 RATIFIE PAR LA FRANCE EN JUIN 2001

LE PREAMBULE DE LA CONSTITUTION DE 1958

- PAR AILLEURS, LA « JURISPRUDENCE SANITAIRE » S'APPUIE DE PLUS EN PLUS SUR LE PRINCIPE DE PRECAUTION :

- ON NE VOIT PAS POURQUOI IL NE S'APPLIQUERAIT PAS EN MATIERE DE DOMMAGE CORPOREL A REPARER : (par exemple, qualité et durée des besoins en Tierce-Personne !).

Ces points sont détaillés dans le document qui vous a été remis : « POINT DE VUE DE L'U.N.A.F.T.C.SUR LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL EN DROIT COMMUN EN Y INTEGRANT LA SPECIFICITE DES SEQUELLES DES VICTIMES D'UN TRAUMATISME CRANIEN ».

6) REFLEXIONS SUR LES PREJUDICES ET RECOURS

6.1) TIERCE-PERSONNE : Sauf cas de besoin lié à des séquelles motrices lourdes, le besoin des aides humaines des Traumatisés Crâniens Graves revêt des aspects spécifiques très spécialisés et l'atteinte des fonctions supérieures créant des incapacités ou des comportements asociaux. Les qualifications requises sont autres que celles que réclame l'aide à un lésé médullaire. PAR AILLEURS, LE PRINCIPE DE PRECAUTION DEVRAIT CONDUIRE DANS CERTAINS CAS, A ENVISAGER UNE T.P. 24 h sur 24.

6.2) LE PREJUDICE D'AGREMENT

IL EST SCANDALEUSEMENT SOUS EVALUE : COMMENT NE PAS EN ETENDRE L'APPRECIATION A L'EVIDENTE BAISSSE DE LA QUALITE DE VIE, S'AGISSANT, EN PARTICULIER, D'UNE VICTIME JEUNE ADULTE, ADOLESCENT, CONJOINT. QUEL PROJET DE VIE DE COUPLE, STABLE ET « NORMAL », PEUT ENCORE ETRE ENVISAGE ? LE PREJUDICE MORAL NE SAURAIT RECOUVRER L'ENORME FRUSTRATION DES VICTIMES ET LE MONTANT DU PREJUDICE REEL EST INCALCULABLE ! .

6.3) LE PREJUDICE PAR RICOCHET

LA SURVENUE D'UN TRAUMATISME CRANIEN D'UN MEMBRE D'UNE CELLULE FAMILIALE DESORGANISE TOTALEMENT CELLE-CI. Les rôles sont redistribués, les effets économiques (cessation de travail d'un parent par exemple) sont parfois inéluctables. CE PREJUDICE DOIT DEVENIR UN PREJUDICE A PART ENTIERE !

#### 6.4) LES PREJUDICES ET L'INDEMNISATION DES ENFANTS

La question demeure ouverte, MAIS C'EST UNE PREOCCUPATION MAJEURE DE L'U.N.A.F.T.C. LE CHAMP A DEFRICHER EST ENORME !

#### 6.5) L'AGGRAVATION

LA NOTION D'AGGRAVATION SITUATIONNELLE (ET NON LIMITE A L'AGGRAVATION PHYSIOLOGIQUE) DOIT DEVENIR UNE CAUSE DE REVISION DE L'INDEMNISATION. EN EFFET, SI APRES LA CONSOLIDATION DES PROGRES SONT ENCORE POSSIBLES, LES REGRESSIONS ET LES DESINSERTIONS SONT BIEN PLUS NOMBREUSES. LA CONDITION D'IMPUTABILITE DOIT JOUER.

#### 7) LE RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX

Il est, me semble t – il, qualifié « d'inique » par Madame LAMBERT-FAIVRE... à très juste titre pensons nous :

C'est une situation discriminative contraire au principe d'égalité devant la loi car, me semble t – il : à situation causale égale, le recours ne s'applique pas dans le cas d'assurance contractuelle (assurance « conducteur » par exemple) ni dans le cas d'accident du travail. La loi de 1973 (modifiée 1978) serait-elle inconstitutionnelle au regard du principe évoqué ?.

Etre assuré social c'est cotiser pour se prémunir de la maladie donc, le cas échant, des conséquences invalidantes, d'une déficience de santé (accident). Se voir appliquer un recours de la CNAMTS revient à devoir payer ce pourquoi on était assuré. Cela est pour le moins « curieux » !

**PARADOXE :** on trouve dans les cas graves, où un taux responsabilité de 50 % par exemple, peut « dépouiller » la victime de la totalité de son indemnisation, que recouvre « l'assiette » du recours qui représente souvent une large majorité du total). Dans ces types de cas, **il est assez incroyable que l'assiette des recours porte, entre autres postes, SUR LA TIERCE PERSONNE ET LES FRAIS D'AMENAGEMENT DU DOMICILE !**

#### 8) CONCLUSIONS

Ces observations et constats sont développés dans d'autres considérations, les Annexes

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C.

**LISTE DES DEMANDES DE MODIFICATIONS DES TEXTES ET PRATIQUES DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL**

Les demandes ci-dessous ne sont pas rangées par ordre de priorité : !

- 1) **INTERDICTION DU CUMUL** des fonctions de médecin de conseil / recours et du titre de médecin expert judiciaire
- 2) **PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE** (au prorata des responsabilités) des honoraires des médecins de recours que la victime choisit librement
- 3) **FIXATION PAR REFERE DU PARTAGE DES RESPONSABILITES**, si la question se pose
- 4) **PREJUDICES** : Elaboration par la Chancellerie d'une liste des préjudices indemnifiables avec définition de chaque préjudice (la jurisprudence pourra toujours l'amender !)
- 5) **RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX** : IL DOIT ETRE SUPPRIME (conformité avec les directives européennes à étudier)
- 6) **DEFINITION, DANS LA LOI, DE L'AGGRAVATION EN ETENDANT L'IMPUTABILITE AUX FACTEURS SITUATIONNELS** (conformité avec la « C.I.H. 2 »)
- 7) **ETABLISSEMENT SOUS LA DIRECTION DE LA CHANCELLERIE**, d'un document fixant la méthodologie et le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (comme cela est le cas pour l'attribution d'un taux par les COTOREP).
- 8) **CREATION D'UNE COMMISSION DE TRAVAIL SPECIFIQUE POUR L'ETUDE DE LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL DES ENFANTS**
- 9) **DEFINITION D'UNE MISSION DE CHANCELLERIE POUR L'EXPERTISE DES TRAUMATISES CRANIENS GRAVES**. Mission à appliquer pour les « examens » BADINTER. Seuil d'application imposé (pré évaluation I.P.P. : supérieure ou égale à 20 %)
- 10) **RECOMMANDATIONS ( ? ) AUX PRESIDENTS DES COURS D'APPEL POUR :**

Fixer avec un soin particulier les honoraires des médecins experts et des sapiteurs. LA SITUATION ACTUELLE NE PERMET PAS DE REQUERIR POUR LES EXPERTISES LONGUES ET COMPLEXES DES TRAUMATISES CRANIENS GRAVES DES EXPERTS REELLEMENT QUALIFIES (honoraires actuels à comparer avec ceux alloués, par exemple, aux experts immobiliers !)

Définir la composition souhaitable de l'équipe d'expertise du Traumatisme Crânien Grave (applicable aux « examens » BADINTER)

- 11) **OBLIGATION DANS CHAQUE COUR D'APPEL DE CREER UNE CHAMBRE, OU DE DESIGNER AU MOINS UN JUGE, SPECIALEMENT FORME POUR TRAITER LES AFFAIRES DE « DOMMAGE CORPOREL »**
- 12) **OBLIGATION (LORS EXAMEN BADINTER) D'ADRESSER A LA VICTIME LE TEXTE DE LA MISSION D'EXAMEN, ET LE COMPTE RENDU COMPLET DU RAPPORT D'EXAMEN**
- 13) **FIXER DES SANCTIONS AUX ASSUREURS qui n'adresseraient pas (C.R. avec A.R.) aux victimes le texte de l'arrêté du 20.11.88 (« Note destinée aux victimes ... »).**
- 14) **REFONTE DU FICHER « AGIRA » pour être plus informatif. Etablissement, gestion et synthèses établies par un organisme indépendant des parties (actuellement les assureurs)**
- 15) **FIXATION DU BAREME DE CAPITALISATION LE PLUS FAVORABLE AUX VICTIMES (décret de 1986 / barème fiscaux)**
- 16) **FIXATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE « REALISTE » FIXANT LA REMUNERATION DES TIERCES PERSONNES (en particulier de nuit). Simultanément, détermination des modalités d'emploi des Tierces Personnes qui font l'objet fréquemment, par les régleurs, d'offres minimalistes inacceptables, ce qui est source de contestations trop fréquentes.**



Service de neurologie

Chef de service  
 Professeur J.L. Truelle  
 ☎ 01 46 25 24 15

## QUELLE EST L'INCIDENCE ANNUELLE DES TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX GRAVES ?

Assistants



### 1 Il faut tout d'abord définir ce qu'est un traumatisme crânien grave :



Ce qui compte, au regard de l'expert médico-légal, comme de l'assureur qui indemnise, ce n'est pas tant la gravité initiale que **la gravité évaluée au moment de l'expertise de consolidation**. Pour les traumatismes crânio-cérébraux graves, cette expertise de consolidation n'intervient très généralement qu'à partir de la 3<sup>ème</sup> année et, assez souvent, au-delà.

psychologue



Orthophoniste



L'outil d'évaluation de la gravité le plus couramment utilisé dans cette évaluation de la gravité à long terme est le **Glasgow Outcome Scale** (JENNETT B., BOND. J., , 1975) (1). Ce score comporte 4 niveaux : 1 : la mort, 2 : un état végétatif persistant, 3 : handicap sévère, 4 : handicap moyen ou modéré, 5 : bonne récupération.

Surveillante-Chef



Surveillante de soins



### 2. Pour évaluer l'incidence annuelle, en France, l'étude la plus pertinente est celle qui a été effectuée par les chercheurs bordelais de l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine (ORSA). Ils ont étudié – et publié en 1997 – une population de traumatisés crânio-cérébraux graves, recensée en 1986, lors de l'enquête de l'ORSA revus 5 ans après leur accident (2), en fonction du document EBIS d'évaluation des traumatisés crâniens (3).

L'outil d'évaluation de la gravité était la Glasgow Outcome Scale.

En 1986, l'incidence des traumatismes crânio-cérébraux hospitalisés était de 271 pour 100.000 habitants, dans cette enquête. Si on la rapporte à la population française, actuellement de 60 millions d'habitants, on trouve une incidence annuelle de 160.000 traumatisés crânio-cérébraux hospitalisés.

A 5 ans, 3 pour 100.000 habitants de cette population sont évalués comme étant porteurs d'un handicap sévère (GOS 3), dans la Glasgow Outcome Scale.

Si l'on rapporte ce pourcentage à l'ensemble de la population française, cela aboutit à une incidence annuelle des traumatisés crânio-cérébraux ayant un **GOS 3, à 5 ans de l'accident, de 1800 personnes.**

Assistante sociale



Unité de cérébro-lésés  
 UEROS - 5ème étage Or  
 Melle C. François  
 ☎ 01 46 25 23 39

Secrétariat



☎ 46 25

eau@hopital-foch.o  
 ix@hopital-foch.org

### 3. Que signifie ce chiffre ?

Il correspond à des patients évalués au plus tôt en 1992. Depuis cette époque, l'incidence annuelle des morts par accident de la route – le pourvoyeur très majoritaire des traumatismes crânio-cérébraux graves – a diminué de 20%. Mais il faut aussi prendre en compte l'amélioration de la prise en charge qui fait que des blessés, qui seraient morts il y a 15 ans, survivent aujourd'hui et deviennent des graves handicapés. Il n'y a pas de données précises sur ce point mais, en première approximation, on peut considérer que le chiffre de 1800 ne doit guère être diminué.

D'autre part, un blessé, classé GOS 3, si l'on prend en compte la définition de cette catégorie, devrait pouvoir bénéficier **d'une incapacité partielle permanente au moins égale aux deux tiers.**

Le 25 octobre 2001

Pr J.L. TRUELLE

## REFERENCES :

Glasgow Outcome Scale :

Handicap sévère :

Ces patients requièrent l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison de leurs incapacités physiques ou mentales (ou les deux). Ils ne peuvent pas rester 24 heures sans une aide extérieure. Nombreux sont ceux qui nécessitent un placement dans un centre d'hébergement, mais, à ce stade, ceci ne doit pas être un critère d'évaluation du handicap, car certaines familles font des efforts considérables afin de garder le blessé dans son foyer. Il est important de signaler qu'un handicap sévère d'origine mentale peut amener à mettre dans cette catégorie un blessé qui a une incapacité physique légère ou nulle.

JENNETT B., BOND M.,

Assessment of outcome after severe brain damage.

Lancet, 1975 ; I : 480-484.

2. MASSON F., VECSEY J., SALMI L.R., DARTIGUES J.F., ERNY Ph., MAURETTE P.

Disability and handicap 5 years after a head injury : a population based study

J. Clin. Epidemiol., 1997 ; vol. 50, n° 5 : 595-601.

3. TRUELLE J.L., BROOKS D.N., VAN ZOMEREN A.D., JANZIK H.H., de BARSY T. LAY W.

A European head injury evaluation chart.

Scand J. Rehabil. Med., 1992 ; suppl. 26 : 115-125.

4. LINDSAY WILSON J.T., LAURA F., PETTIGREW, TEASDALE G.M.

Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale : guidelines for their use.

Journal of neurotrauma., 1998 ; vol. 15, n° 8 : 573-585.



**Annexe 13**

*L'*  
Évolution  
récente  
des sinistres graves  
en assurance automobile

*1995-1999*



## PRESENTATION

L'objectif de cette étude est de répondre à une demande de la Commission Plénière des assurances dommages, qui s'inquiétait de l'évolution des sinistres "graves" en assurance automobile. Ainsi, la première partie de cette note, mesure l'évolution de ces sinistres sur les derniers exercices connus, puis la seconde partie analyse les différentes causes pouvant être à l'origine de cette évolution : inflation de l'indemnisation, gravité plus élevée des dossiers les plus graves, impact des rentes, etc...

Vu la faible probabilité de survenance de ces sinistres, leur nombre est très réduit. Cependant, leur poids en montant est loin d'être négligeable, dans l'ensemble de la charge des sinistres corporels automobile. C'est pourquoi leur suivi s'impose, et est d'autant plus difficile qu'ils sont rares ; cette caractéristique rend nécessaire la mise en commun des données des sociétés pour effectuer une analyse pertinente de la situation.

### Sources d'informations :

Cette étude a utilisé toutes les sources d'informations relatives aux sinistres graves automobile, disponibles actuellement par la profession :

- la première base de données utilisées est celle constituée, des sinistres graves dépassant 3,25 MF, suivis depuis plus de dix ans pour les principales sociétés FFSA. Ce répertoire permet de déterminer le poids, ainsi que l'évolution de la charge et du nombre des sinistres graves.

la seconde source d'informations ont été les cas d'IPP de plus de 60 % suivis par la SCOR, qui après un léger retraitement ont permis d'obtenir l'évolution de l'indemnisation globale à gravité comparable de ces sinistres.

la troisième source a été le fichier AGIRA, à partir duquel a été extraite l'évolution de l'indemnisation des différents postes de préjudices.

- enfin, la dernière source utilisée est une enquête ponctuelle, effectuée par la FFSA en 1997, portant sur les rentes indemnitaires versées en automobile.

### Définition d'un sinistre "grave" en automobile :

La gravité peut être mesurée par le coût du sinistre, mais également par l'importance des séquelles exprimée par le taux d'incapacité permanente. Afin d'harmoniser ces deux définitions, le seuil de 7 MF (soit environ 1 million d'Euros) par sinistre a été retenu, niveau qui correspond au coût des dossiers suivis par la SCOR (60 % d'IPP et plus). Par ailleurs, le seuil de 50 % d'IPP a été retenu pour les informations issues du fichier AGIRA.

*Pour toute information concernant cette publication :*

Béatrice BARACHET : ☎ : 01.42.47.90.55

Fax : 01.42.47.92.23

e.mail : barachet@ffsa.fr

**Ce document est destiné au seul usage des sociétés adhérentes à la F.F.S.A.**

## SYNTHESE SUR LES SINISTRES GRAVES EN RC AUTOMOBILE

### \* SITUATION ET EVOLUTION DES SINISTRES "GRAVES"

La charge des sinistres graves corporels, dépassant les 7 MF, est estimée à près de 4 MdF pour 1999, soit 18 % de la charge globale des sinistres RC corporels, et 10 % des primes RC automobile. Leur nombre est estimé à 300 cas en 1998.

#### ➤ Estimation de la charge des sinistres "graves" du marché national

Les sinistres de plus de 7 MF ont vu leur nombre et leur charge augmenter depuis 1996, et plus encore depuis 1997 : la charge de ces sinistres a, en effet, progressé de 34 % en 1996, suivie d'une hausse dépassant 40 % en 1997.

Ce seul alourdissement des graves représente plus de 1 point de la totalité des primes automobile en 1997 ; le niveau élevé atteint depuis 1997 semble, d'après les premières informations disponibles, persister en 1998 et 1999.

	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre de sinistres de 7 MF et plus	190	245	290	300	290
<b>Charge des 7 MF et plus (en MdF)</b>	<b>2,1</b>	<b>2,8</b>	<b>3,8</b>	<b>4,0</b>	<b>4,1</b>
<i>Evolution (en %)</i>	+ 17 %	+ 34 %	+ 41 %	+ 3 %	NS
Charge RC corporels <sup>(1)</sup> (en MdF)	21,0	21,6	22,4	23,6	23,4
<i>Evolution (en %)</i>	+ 1,5 %	+ 3,5 %	+ 5,0 %	+ 4,0 %	- 1,0 %

NS : Non significatif.

(1) Estimation de la charge finale au règlement définitif.

La charge de l'ensemble des sinistres corporels a enregistré depuis 1995 une hausse relativement modérée : elle a augmenté en moyenne de 2,5 % par an. On peut imputer la quasi totalité de la hausse de la charge globale des sinistres corporels en 1996 et 1997, aux seuls sinistres dépassant 7 MF dont la charge a augmenté d'un milliard en 1997. Et si l'on ne considère que la population des sinistres de plus de 20 MF, leur évolution représente plus de la moitié de la variation de l'ensemble des sinistres corporels (en 1997, leur coût a été multiplié par trois).

De plus, il convient d'être vigilant sur la liquidation très longue de ces sinistres, qui selon les informations disponibles sur les derniers exercices, a tendance à dégager plutôt des mali que des boni.

Parmi les éléments ayant pu occasionner des mali ces dernières années, les rentes ont contribué à un renchérissement des dossiers concernés en 1997 et 1998, du fait de la baisse du TME, dont l'impact a été respectivement de 4,5 % et 14 %.

## \* FACTEURS A L'ORIGINE DE LA HAUSSE DES SINISTRES CORPORELS GRAVES

### ➤ Evolution réelle des rentes

Le montant des rentes payées au cours de l'année (tous exercices de survenance confondus), a enregistré une hausse importante depuis 1995 : il a été multiplié par près de trois de 1995 à 1999 et représente 1,1 MdF en 1999 pour le marché national. Cet agrégat étant indépendant des paramètres influençant le calcul des provisions mathématiques des rentes, il reflète essentiellement l'accroissement réel des rentes automobile (en nombre et/ou en montant).

Le versement d'une rente concernant souvent les cas graves, la hausse des rentes payées confirme l'alourdissement des sinistres graves observé précédemment.

### ➤ Le niveau d'indemnisation

Ce facteur pouvant être à l'origine de l'inflation observée sur les sinistres "graves", est mesurable en comparant les indemnités moyennes versées à gravité comparable : ainsi, l'indemnisation des cas les plus graves recensés par la SCOR, notamment les plus de 80 % d'IPP, a enregistré une hausse moyenne de 20 % par an depuis 1995. On notera par exemple que l'indemnisation des blessés tétraplégiques, tous préjudices confondus, est en hausse de + 25 % en moyenne par an sur la même période.

Cette inflation de l'indemnisation provient principalement de trois postes de préjudices

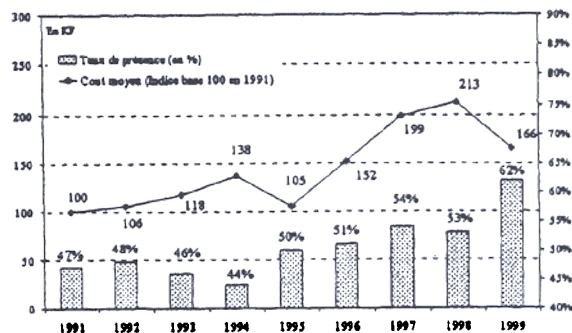
L'indemnisation moyenne pour l'emploi d'une ou plusieurs tierce personne (qui représente environ 20 % de l'indemnité totale), a augmenté de 30 % entre 1995 et 1999 pour les cas d'IPP de 50 % et plus.

A titre indicatif, l'indemnisation moyenne de ce préjudice pour un blessé tétraplégique, était de l'ordre de 3,5 MF en 1994 et 1995, alors qu'il avoisine les 6 MF en 1998 et 1999.

- **Les extra-patrimoniaux**, représentant environ 10 % de l'indemnité globale, ont vu leur coût moyen augmenter de 12 % par an depuis 1995, et particulièrement le préjudice d'agrément dont la hausse du coût moyen a été amplifiée par un taux de présence plus important.

	Indice base 100 en 1991		
	1995	1997	1999
<b>Pretium doloris</b> Coût moyen	117	137	151
<b>Préjudice esthétique</b> Taux de présence	94 %	95 %	91 %
Coût moyen	120	141	155
<b>Préjudice d'agrément</b> Taux de présence	80 %	83 %	86 %
Coût moyen	117	130	166

- Le dernier poste important dans l'inflation du niveau de l'indemnisation, concerne les autres indemnités (environ 6 % du total), sous lesquelles sont regroupées l'adaptation du logement et du véhicule, le préjudice matériel et moral de la famille et le préjudice sexuel. L'ensemble de ces préjudices a vu son indemnisation s'accroître de près de 20 % par an depuis 1995.



## ANALYSE DES SINISTRES CORPORELS GRAVES

### 1. SITUATION DES SINISTRES GRAVES

Le nombre total de sinistres supérieurs à 7 MF est de l'ordre de 300 cas en 1999 pour l'ensemble du marché français automobile (et si l'on place le seuil à 20 MF, il en reste à peine 50). Pourtant, cette "poignée" de sinistres a représenté 10 % des primes RC automobile en 1999 pour les plus de 7 MF (et 4 % des cotisations pour les plus de 20 MF).

	1995	1996	1997	1998	1999
Charge <sup>(1)</sup> des 7 MF et plus (en MdF)	2,1	2,8	3,8	4,0	4,1
Evolution (en %)	+ 17 %	+ 34 %	+ 41 %	+ 3 %	NS
Charge RC corporels <sup>(2)</sup> (en MdF)	21,0	21,6	22,4	23,6	23,4
Evolution (en %)	+ 1,5 %	+ 3,5 %	+ 5,0 %	+ 4,0 %	- 1,0 %

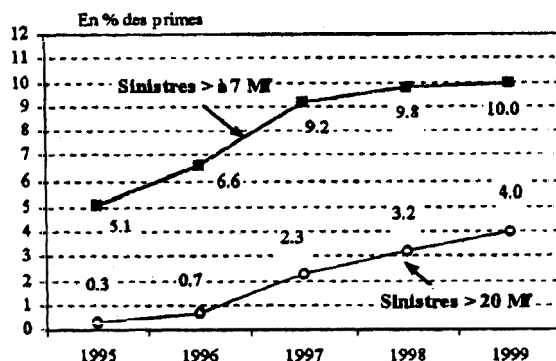
NS : Non significatif.

(1) Il s'agit pour 1998 et 1999 d'une estimation établie à partir des charges connues en fin de 1<sup>ère</sup> et respectivement 2<sup>ème</sup> année.

(2) Estimation de la charge finale au règlement définitif.

#### ♦ Charge des sinistres graves en % des primes RC

Si l'on examine l'évolution du poids des sinistres graves dans les primes RC automobile au cours des cinq derniers exercices, une rupture très nette apparaît depuis 1997 avec une hausse très importante des sinistres supérieurs à 7 millions de francs.



Cette augmentation des sinistres graves coïncide avec l'apparition d'une charge négative de la réassurance dans le compte C1 automobile, qui persiste de 1997 à 1999 ; de par le mode de couverture (en excès) les réassureurs ont davantage dû doter des provisions plus élevées pour ces sinistres.

#### 1.1. Evolution du nombre des sinistres graves

Même si le phénomène s'amorce dès 1996, l'exercice 1997 apparaît comme une année charnière en terme de sinistres graves automobile. On observe, en effet, pour cet exercice une hausse très importante des sinistres extrêmes, notamment les sinistres dépassant le seuil de 20 MF.

La recrudescence des sinistres extrêmes (> 20 MF) s'observe dans toutes les sociétés ayant participé au répertoire mis en place par la FFSA en 1991. La situation est quasiment identique pour les sinistres de plus de 10 MF puisque 5 sociétés seulement sur 24 ont vu leur nombre de ces sinistres baisser en 1997.

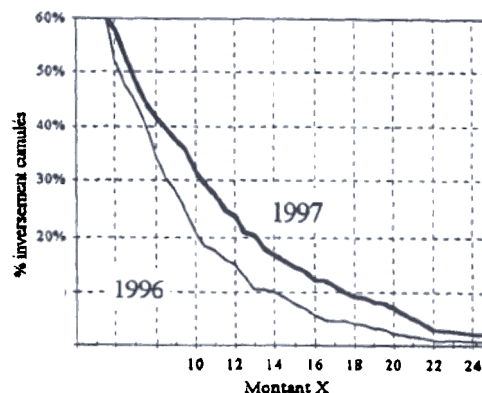
	7 MF et +	20 MF et +
1995	---	-
1996	245	12
1997	290	42
1998	300	55
1999	290	45

Les exercices 1998 et 1999 sont non seulement restés au niveau élevé de 1997 mais ont enregistré encore une hausse du nombre et de la charge des plus de 20 MF.

## 1.2. Distribution des sinistres graves selon leur coût

- Proportion du nombre de sinistres dépassant X millions de francs

La déformation de la distribution des sinistres importants (qui sont répertoriés à partir d'un seuil de 500.000 euros) peut être visualisée ci-contre, notamment la proportion sensiblement accrue des sinistres de plus de 7 MF pour l'exercice 1997 comparativement à la situation enregistrée en 1996.



## 2. LA LIQUIDATION DES SINISTRES DEPASSANT 10 MF

*Evolution du provisionnement des sinistres supérieurs à 10 MF (Indice base 100 en 1<sup>ère</sup> année)*

Classiquement, en fin de 1<sup>ère</sup> année, un nombre conséquent de sinistres de plus de 10 MF ne sont pas connus, cette sous-estimation concerne notamment les sinistres survenus en fin d'exercice (et qui de ce fait ne sont pas déclarés au 31 décembre). Toutefois, par rapport à cette situation habituelle, on constate que les tardifs de l'exercice 1998 (vus en fin 1999) sont nettement plus nombreux que ceux pris en compte pour 1997 (vus à fin 1998).

	Nombre de sinistres		
	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année
1997	100	130	145
1998	100	153	

	Charge des sinistres connus en fin de 1 <sup>ère</sup> année		
	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année
1997	100	92	87
1998	100	108	

Une autre évolution est préoccupante, si l'on considère les sinistres déclarés en 1998 en fin de 1<sup>ère</sup> année, le montant de leurs provisions a été revu à la hausse d'environ + 8 % au cours du second inventaire, générant donc des mali de liquidation dans les résultats comptables de 1999.

*Evolution de la charge des sinistres supérieurs à 10 MF après la troisième année d'inventaire (Indice base 100 en 3<sup>ème</sup> année)*

De plus, on relève (Cf. ci-contre) que la charge des sinistres de plus de 10 MF continue de s'accroître après la troisième année d'inventaire.

	3 <sup>ème</sup>	4 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	6 <sup>ème</sup>	7 <sup>ème</sup>
1993	100	125	143	173	227
1994	100	146	169	193	
1995	100	116	141		

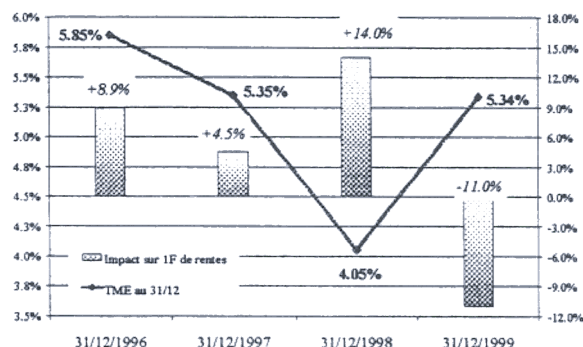
La dégradation récente de la charge des sinistres graves est donc d'autant plus à surveiller que son ampleur réelle sera connue tardivement.

### 3. UN FACTEUR EXTERNE : L'IMPACT DES RENTES

La hausse de la charge des sinistres graves a été influencée en 1997 et 1998 par la baisse des taux obligataires en effet, à sinistres de gravité identique, le provisionnement est majoré si les taux sont en baisse.

A l'opposé, la hausse du TME enregistrée depuis début 1999 a un effet baissier sur le provisionnement des dossiers susceptibles de comporter une rente, donc des dossiers les plus graves.

Evolution du TME



Ainsi, la baisse du TME enregistrée sur l'exercice 1998, a conduit à une hausse théorique des provisions mathématiques des rentes que l'on peut évaluer à environ + 14 %\* ; à titre indicatif, ce surcoût a représenté environ 2 % de l'ensemble des primes automobile.

Cependant, cet impact n'est pas identique selon les sociétés. En effet, on note une grande disparité des sociétés, face à l'indemnisation sous forme de rente. En considérant les 50 sociétés leaders du marché français, le stock des autres provisions techniques représente en moyenne 15 % des primes automobile 1999. Pour un quart des sociétés, le niveau est inférieur à 8 % des primes et le seuil de 22 % est dépassé par une société sur quatre.

(\* Ce chiffre a été déterminé d'après l'enquête sur les rentes automobile effectuée par la FFSA au cours de l'année 1997.

#### Capitaux versés sous forme de rentes

Source : Etats comptables C1, C11

A défaut de connaître les rentes affectées aux seuls sinistres graves, il nous a semblé intéressant d'analyser les rentes dans leur ensemble, les rentes allouées aux cas graves représentant une part importante des montants alloués.

Un indicateur assez pertinent pour appréhender l'évolution réelle des rentes, est le montant des rentes payées au cours d'un exercice, qui ne dépend pas des paramètres influençant le calcul des provisions mathématiques des rentes cités précédemment.

Ainsi, la hausse de cet indicateur observée depuis 1995, notamment sur l'exercice 1997, traduit un accroissement réel des rentes en automobile, en nombre et/ou en montant.

	En MdF	
	Rentes payées au cours de l'année	Provisions mathématiques des rentes en cours <sup>(1)</sup>
1995	0,4	11,8
1996	0,6	12,4
1997	0,9	14,7
1998	0,9	17,2
1999	1,1	18,0

(1) Stock des autres provisions techniques  
(Source : C1)

Comme les sinistres graves représentent une part importante des indemnités versées sous forme de rente, l'augmentation des rentes, observée ci-dessus, confirme l'aggravation des sinistres importants vue dans la première partie.

#### ◆ Nombre de dossiers concernés

Par le biais du fichier AGIRA, on peut évaluer la proportion des sinistres graves indemnisés sous forme d'une rente, à un cas sur quatre pour les blessés avec une IPP de 50 % et plus (pour les cas d'IPP de 80 % on passe à un dossier sur deux).

En considérant l'ensemble des blessés corporels, le nombre de nouvelles rentes serait de l'ordre de 3.000 par an, pour un stock estimé entre 35.000 et 40.000 rentes.

#### 4. LES AUTRES FACTEURS A L'ORIGINE DE L'INFLATION DES SINISTRES GRAVES

##### 4.1. Les différents facteurs

Les facteurs influençant le coût des corporels graves sont de plusieurs ordres

Ils peuvent être d'ordre structurel, comme une hausse de la gravité ou une baisse de l'âge des victimes ; la mesure de leur contribution nécessite la comparaison d'échantillons à champs constants sur un panel de sociétés. Si on place le seuil d'observation à 30 % d'IP, on n'observe pas de tendance ni à la hausse ni à la baisse, sur les cinq derniers exercices, aussi bien pour la gravité moyenne que pour l'âge de la victime.

Un second élément pouvant impacter le coût moyen des corporels est le mode de règlement ; or, il n'y a ni augmentation du nombre de cas réglés en décision judiciaire ni inflation accentuée sur le coût moyen des cas réglés par voie judiciaire sur les dernières années.

Un troisième élément est le niveau moyen d'indemnisation, qui influence également le coût global. Son évolution réelle ne peut être quantifiée que si l'on se place à gravité comparable et à âge identique, ce qui a été fait ci-après à partir des données de la SCOR dont le seuil d'observation se situe à 60 % d'IP.

##### ♦ *Evolution des indemnités des sinistres graves selon la gravité*

Source : SCOR – "Niveau et évolution du coût des accidents corporels graves – France" – Octobre 1999

Sur la base du répertoire de la SCOR, la hausse du coût moyen global des sinistres graves est le résultat de deux évolutions opposées : d'une part, les sinistres de gravité moyenne (de 60 à 70 % d'IP) sembleraient enregistrer une tendance à la baisse de leur coût moyen d'indemnisation, d'autre part, les blessés les plus graves (80 % d'IP et plus), ont vu leur coût moyen augmenter fortement sur la période 1995-1998.

*Indice base 100 en 1995*

Taux d'IP	1996	1997	1998
60 à 69	118	80	61
70 à 79	92	110	87
80 à 89	135	160	145
90 et plus	121	133	177
Ensemble*	122	128	121

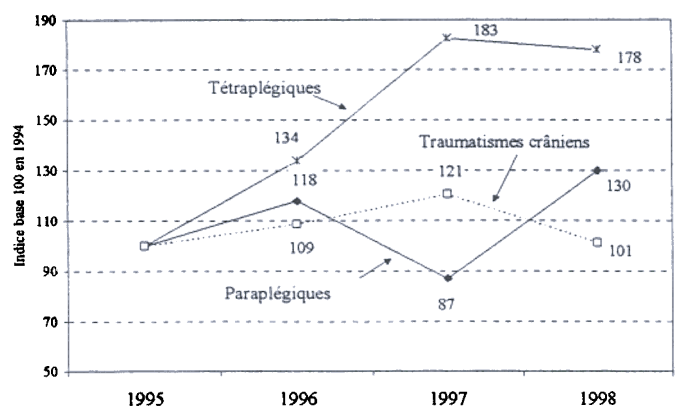
\* A gravité comparable

Ainsi, si l'on rapproche ces évolutions de celles mises en avant dans la première partie, on peut imputer la cause essentielle de l'alourdissement des sinistres graves au facteur du niveau moyen d'indemnisation.

##### ♦ *Evolution des indemnités des sinistres graves selon les séquelles*

Source : SCOR – "Niveau et évolution du coût des accidents corporels graves – France" – Octobre 1999

En complément au tableau, ci-dessus, on observe une hausse importante du coût moyen de l'indemnisation des blessés tétraplégiques, qui correspondent principalement aux cas d'IP de plus de 90 %.



Nous allons, maintenant, examiner les différents éléments qui interviennent dans le niveau moyen d'indemnisation.



#### 4.2. Postes de préjudice à l'origine de l'alourdissement des sinistres très graves

Selon l'AGIRA, le coût moyen d'un dossier de 50 % d'IPP et plus, est d'environ 3 MF et il dépasse 5,5 MF pour les cas d'IPP de 80 % et plus. Nous avons donc par la suite, examiné ces dossiers les plus graves dont les coûts recensés sont par victime, ce qui par sinistre (comme on raisonnait dans les parties précédentes) correspond probablement à des montants dépassant 5 MF.

Pour les cas d'IPP supérieurs à 50 %, on relève depuis 1997, un poids plus important des indemnités, tierce personne et des "autres indemnités", comme on peut l'observer ci-après.

*Répartition de 100 F d'indemnités versées selon le poste de préjudice pour les cas d'IPP de 50% et plus*

	1993	1997	1999
Frais médicaux et d'hospitalisation	21	22	18
Incapacité temporaire	5	5	5
Incapacité permanente	42	38	40
Extra-patrimoniaux	10	9	11
Tierce personne	18	21	20
Autres indemnités	4	5	6
Indemnité totale	100	100	100

Cette vision en répartition des indemnités masque toutefois des évolutions par poste qui peuvent elles-mêmes être fortes mais masquées dans ce type d'approche. Or, cette crainte s'avère confirmée à l'examen des chiffres qui suivent.

*Evolution du coût moyen selon le poste de préjudice pour les cas d'IPP de 50% et plus (Indice base 100 en 1993)*

*Il est important de préciser que l'échantillon des cas graves n'a pas enregistré de déformation structurelle sur les deux variables les plus importantes que sont la gravité et l'âge moyen des victimes ; ces deux variables sont stables sur la période étudiée.*

	1995	1997	1999
Frais médicaux et d'hospitalisation	102 (102)	107 (107)	112 (95)
Incapacité temporaire	102 (99)	105 (101)	110 (92)
Incapacité permanente	106 (95)	120 (93)	129 (94)

( ) Ensemble des victimes.

	1995	1997	1999
Extra-patrimoniaux	99 (102)	118 (106)	146 (114)
Tierce personne	98 (79)	163 (111)	161 (108)
Autres indemnités	101 (107)	190 (127)	191 (133)

Pour tous les types de préjudice l'inflation des montants moyens attribués aux cas graves est nettement supérieure à celle observée sur l'ensemble des victimes.

*La comparaison est toutefois affectée par la tendance à la baisse de la gravité pour l'ensemble des victimes.*

#### 4.2.1. Les indemnités versées au titre des préjudices extra-patrimoniaux

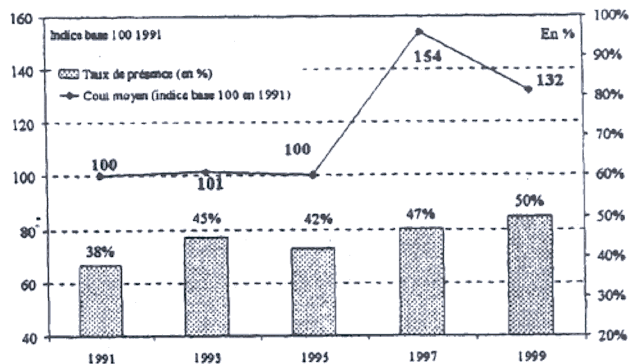
Tous les préjudices personnels ont enregistré une aggravation de leur coût moyen sur les dernières années. Le préjudice d'agrément se distingue par une hausse du coût plus forte conjuguée à un taux de présence en augmentation.

	1993	1995	1997	1999
<b>Pretium doloris</b> Coût moyen (indice base 100 en 1991)	117	117	137	151
<b>Préjudice esthétique</b> Taux de présence Coût moyen (indice base 100 en 1991)	96 % 116	94 % 120	95 % 141	91 % 155
<b>Préjudice d'agrément</b> Taux de présence Coût moyen (indice base 100 en 1991)	79 % 120	80 % 117	83 % 130	86 % 166

#### 4.2.2. Les indemnités versées au titre du préjudice tierce personne

- *Evolution du coût moyen et de la fréquence de la tierce personne*

La hausse du coût de la tierce personne revêt deux dimensions : un niveau d'indemnités moyen sensiblement plus élevé depuis 1997 et une plus grande présence de ce préjudice qui concerne 50 % des cas graves contre 42 % en 1995.



L'augmentation du coût moyen de la tierce personne provient essentiellement de blessés les plus graves, notamment les tétraplégiques.

- *Coût moyen de l'indemnité tierce personne future*

Source : SCOR - "Niveau et évolution du coût des accidents corporels graves - France" - Octobre 1999

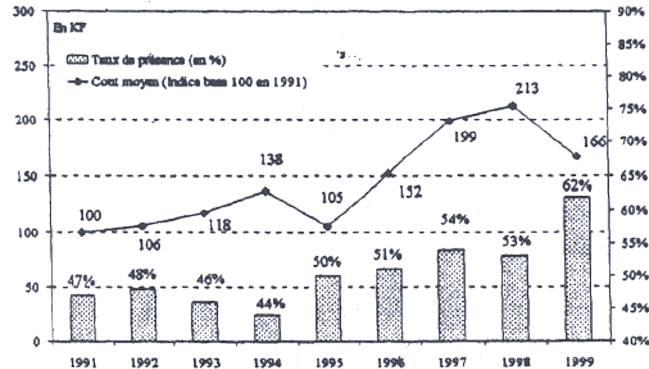
	1994	1995	1996	1997	1998
Paraplégique	2,0	1,1	2,1	1,2	1,9
Traumatisme crânien	1,9	2,2	2,3	3,3	1,9
Tétraplégique	3,4	3,2	4,4	6,6	5,6

On note une rupture dans le niveau d'indemnisation de la tierce personne pour les blessés tétraplégiques depuis 1996 et particulièrement en 1997 et 1998, ce qui n'est pas le cas pour les autres blessés.

Ainsi, pour les blessés tétraplégiques, cette indemnité pèse 42 % de l'indemnisation totale en 1998 contre 34 % en 1988.

#### 4.2.3. Evolution du coût moyen des "autres indemnités"

Ce poste "autres indemnités" comprend toutes les indemnités non détaillées dans le fichier AGIRA. Ainsi il inclut notamment le préjudice sexuel et les aménagements du logement



On observe depuis 1996 une hausse importante du coût moyen des autres indemnités qui est de près de 300 KF en 1999.

- *Poids des autres préjudices*

Source : SCOR - "Niveau et évolution du coût des accidents corporels graves - France" - Octobre 1999

NB : Seuls les exercices 1995 et 1997 ont été retenus car ils sont comparables sur le plan de la gravité, ainsi que sur l'âge des victimes constituant ces deux échantillons.

	En %
	Moyenne 1995-1997
Adaptation logement	1,4
Adaptation véhicule	0,4
Préjudice matériel et moral de la famille	1,6
Préjudice sexuel	1,2

Trois postes d'indemnisation constituent les "autres indemnités", l'adaptation du logement (1,4 % de l'indemnité totale), le préjudice matériel et moral de la famille (1,6 %) et le préjudice sexuel (1,2 %).

On note une forte hausse du coût moyen de l'adaptation du logement indemnisé pour les blessés tétraplégiques observés par la SCOR qui atteint + 17 % en moyenne par an de 1995 à 1998.

## 5. CONCLUSION

### ➤ La gravité

Un autre facteur pouvant être à l'origine de l'alourdissement des sinistres extrêmes en automobile, est l'aggravation des séquelles des blessés. Cette analyse nécessite l'utilisation d'un échantillon constant dans le temps et suffisamment représentatif du marché national ; conditions réunies dans le répertoire annuel portant sur les sinistres graves. Il semble donc judicieux d'enrichir cette enquête par quelques informations sur les victimes concernées, notamment la gravité et la nature des séquelles en se limitant aux seuls sinistres les plus graves (par exemple, en les demandant sur les exercices 1996 et 1997 lors de la prochaine investigation, exercices pour lesquels les informations concernant les blessures devraient être connues à fin 2000).





# UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS

BREST, le 11 Décembre 2001

## UNAFTC

## Annexe 15

**Le Président**

---

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART

N/REF : 2001.290/JP/FS

OBJET : Demande de renseignements sur le nombre de places « T.C.

Madame la Présidente,

En réponse à votre E MAIL du 6 Décembre, voici la liste des places « T.C. » :

1) FOYERS DOUBLE TARIFICATION (F.D.T.)

en fonctionnement : 222 places  
en construction : 212 «  
en attente d'autorisation : 35 places

2) EQUIPES MOBILES DE SOUTIEN

en fonctionnement : 154 places  
en construction : 20 «  
en attente d'autorisation : 10 places

3) MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISES (M.A.S.)

en fonctionnement : 135 places  
en construction : 20 «  
en attente d'autorisation : 0

4) CENTRES D'ACTIVITES DE JOUR (C.A.J.)

en fonctionnement : 80 places  
en construction : 0 «  
en attente d'autorisation : 0 places

5) SOUTIEN EDUCATIF SANITAIRE ET SOCIAL A DOMICILE (S.E.S.S.A.D.)

en fonctionnement : 55 places  
en construction : 0 «  
en attente d'autorisation : 0 places

6) UNITES D'EVALUATION, DE RE ENTRAINEMENT ET D'ORIENTATION SOCIALE  
ET/OU PROFESSIONNELLE (U.E.R.O.S.)

en fonctionnement : 251 places  
en construction : 0 «  
en attente d'autorisation : 0 places

7) CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (C.A.T.)

en fonctionnement : 222 places  
en construction : 0 «  
en attente d'autorisation : 0 places

8) INSTITUT MEDICO EDUCATIF (I.M.E.)

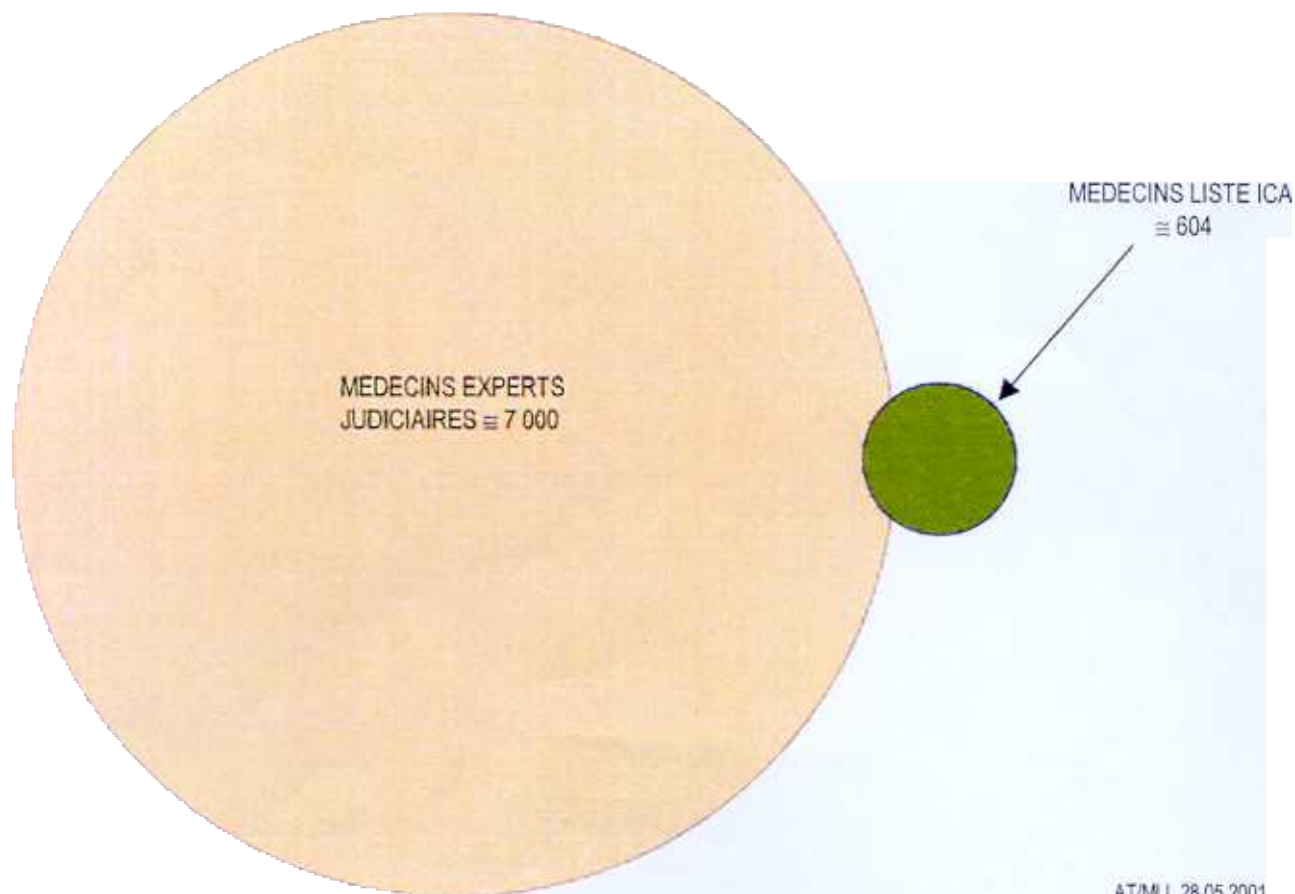
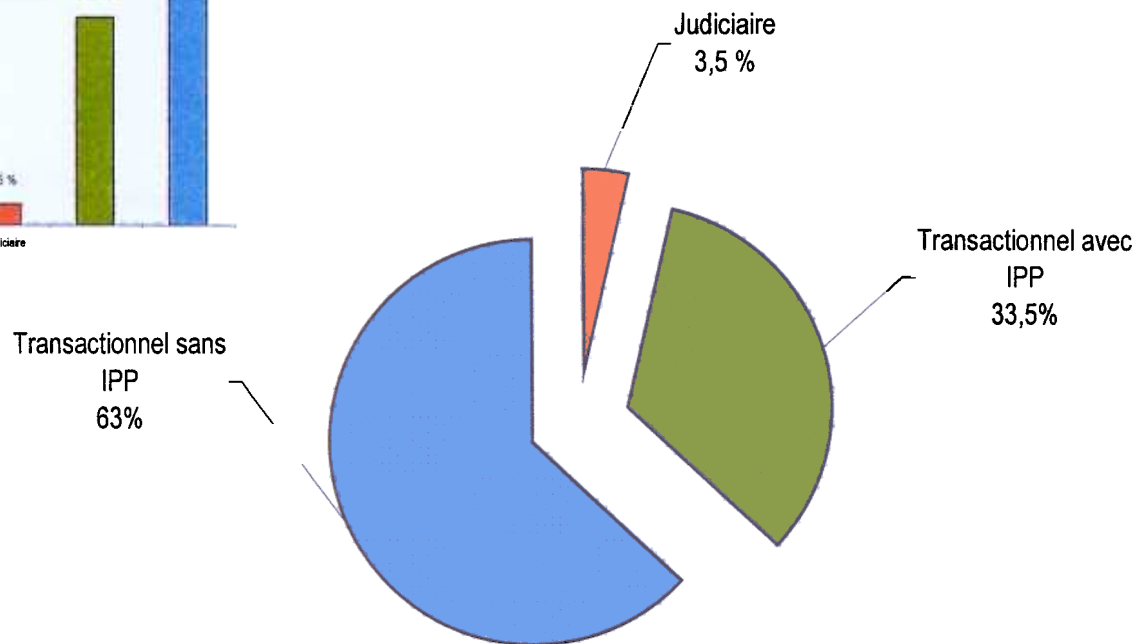
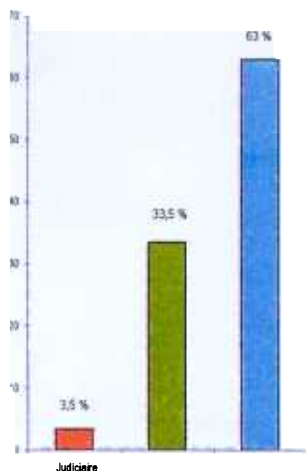
en fonctionnement : 20 places  
en construction : 0 «  
en attente d'autorisation : 0 places

9) UNITE DE RE INSERTION POUR TRAUMATISES CRANIENS (U.R.T.C)

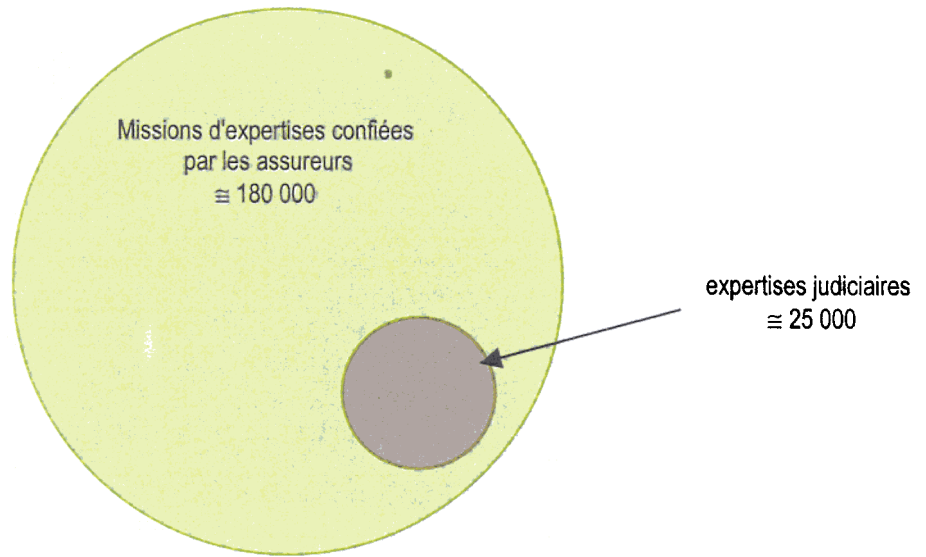
en fonctionnement : 3 places  
en construction : 0 «  
en attente d'autorisation : 0 places

Nous vous en souhaitons bonne réception.

Annexe 16



ESTIMATION DU NOMBRE D'EXPERTISES MEDICALES





**COMPATIBILITE OU INCOMPATIBILITE  
DES FONCTIONS DE MEDECINS EXPERTS JUDICIAIRES  
ET DE MEDECINS CONSEILS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES**

**Par Jacques-Antoine PREZIOSI  
Avocat au Barreau de MARSEILLE**

---

La différenciation entre les médecins experts judiciaires et ceux exerçant en tant que conseils des sociétés d'assurances amène à s'interroger sur la question délicate voire épineuse de la désignation des seconds par l'autorité judiciaire.

Il convient de rappeler les données du problème avant d'envisager les solutions à y apporter et la mise en œuvre de ces dernières.

Les présentes réflexions ont été entreprises dans l'optique de l'expertise médicale, mais elles peuvent trouver à s'appliquer en toute matière.

## **I – LES DONNEES DE REFERENCE**

### **A – LES TEXTES :**

#### **1 – LES DISPOSITIONS DU NOUVEAU CODE DE PROCEDURE CIVILE :**

L'expertise médicale judiciaire est soumise aux dispositions afférentes aux mesures d'instruction exécutées par un technicien.

En tant que commis du juge, l'expert judiciaire doit accomplir sa mission avec conscience, objectivité et impartialité (article 297 du nouveau code de procédure civile).

Il peut, aux termes de l'article 234 du même code, être récusé dans les mêmes conditions qu'un juge et notamment s'il a conseillé l'une des parties ou s'il existe un lien de subordination entre lui et l'une des parties (article 341 du nouveau code de procédure civile).

#### **2 – LES TEXTES SPECIFIQUES :**

##### **a) LES TEXTES AFFECTANT A L'EXPERTISE JUDICIAIRE :**

La loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et le décret n° 74-1184 du 31 décembre 1974 n'édicte aucune incompatibilité de droit entre les fonctions d'expert judiciaire et la possibilité d'effectuer des missions au profit des compagnies d'assurances.

Cela étant, il n'en reste pas moins que l'article 2 du décret du 31.12.74 dispose en son alinéa 6 que le candidat à l'inscription sur les listes d'expert judiciaire doit « n'exercer aucune activité incompatible avec l'indépendance nécessaire à l'exercice de mission judiciaire d'expertise ».

#### **b) LES TEXTES AFFERANT AUX MEDECINS :**

L'article 105 du code de déontologie médicale (décret n° 95-1000 du 6.09.95) énonce :

« un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts ou ceux de son patient ... ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services ».

### **B – LES OPINIONS :**

#### **1 – LA CHANCELLERIE :**

Une circulaire ministérielle du 2 juin 1975 (N° 75-9) estime :

« Il serait opportun ... conformément à la pratique suivie au Tribunal de Grande Instance de PARIS qu'une personne qui serait attachée directement ou indirectement à une compagnie d'assurance comme médecin ou comme technicien automobile ne soit pas inscrit sur une liste d'expert judiciaire »

Le 4 janvier 2000, Madame la Ministre de la Justice, dans une réponse adressée à Monsieur le Député, J. PONTIER, rappelait la teneur de l'article 2 du décret du 31.12.74 en ce que les experts judiciaire ne peuvent exercer une activité incompatible avec l'indépendance nécessaire à l'exercice de leur mission.

#### **2 – L'APSAD (Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages) :**

Cet organisme précise dans son règlement que l'expert judiciaire ne peut être inscrit sur ces listes d'experts dommages (IN M. OLIVIER : Libres propos sur l'établissement des listes d'experts près les cours d'appels – Gazette du palais 1994 et Y. LAMBERT FAIVRE : Droit du dommage corporel précis DALLOZ 4<sup>ème</sup> édition – page 97).

### **C – LES PRATIQUES :**

Certaines cours d'appels et notamment celles de PARIS et de LYON n'inscrivent pas de médecins d'assurance sur leurs listes de médecins experts judiciaires.

## **II – LES SOLUTIONS :**

### **A – L'APPRECIATION AU COUP PAR COUP :**

Il est évidemment toujours loisible à telle ou telle cour d'appel d'estimer qu'il n'est pas opportun d'inscrire sur ses listes, un candidat qui s'avère pratiquer des missions pour les sociétés d'assurances.

Il est également du pouvoir du juge, de ne pas désigner pour mission judiciaire, un expert, fût-il inscrit sur la liste de la cour.

Ce *modus operandi* factuel présente à notre sens deux inconvénients

Il se fonde sur un « non-dit » plus que sur affirmation de principe,  
Il ne présente aucun caractère normatif et génère par là-même incertitudes, et risques de politiques contradictoires.

### **B – L'INCOMPATIBILITE A MINIMA :**

Il est évident, au vu des textes précités, voire des principes généraux du droit, quant à l'équilibre et l'équité processuelle, que peut être affirmée et formalisée la règle selon laquelle, un médecin ne peut être expert judiciaire lorsque le litige intéresse une société d'assurance pour lesquelles il est amené à effectuer des missions.

Cette solution médiane n'apparaît pas souffrir la contestation mais la situation actuelle mérite une réponse plus catégorique.

### **C – L'INCOMPATIBILITE DE PRINCIPE :**

Le non cumul des qualités de médecin expert judiciaire et de médecin conseil de sociétés d'assurances doit être affirmé comme ayant valeur de principe et en tant que de besoin être inscrit dans la loi ou les règlements, et ce pour plusieurs raisons :

1 – Il est indéniable et d'ailleurs reconnu que les médecins conseils des compagnies d'assurances sont juridiquement dépendants de leurs employeurs (cf. sur ce point les articles des Docteurs L. MELENNEC et BAH. DREYFUS IN G.P. 23-24/10/98).

Rappelons sur ce point, les conclusions du premier des auteurs cités :

« L'exercice des praticiens concernés au profit, au nom et pour le compte des assureurs, n'est ni la médecine libérale, ni le prolongement de celle-ci parfaitement organisé et structuré, obéissant à des règles précises, il est résolument aux antipodes de celle-ci.

S'il est vrai que les médecins conseils sont très largement autonomes pour organiser leur travail, et si même dans les conditions idéales évoquées ci-dessus, ils disposent d'une grande liberté intellectuelle, celle-ci n'est ni totale, ni parfaite : ils sont indiscutablement placés sous la subordination juridique de leur employeur ».

2 – Il y a à l'heure actuelle de facto et même de jure interdépendance et communauté d'intérêts entre les sociétés d'assurances quelle que soit leur forme.

existence de conventions professionnelles d'indemnisation du préjudice corporel :

- \* protocole d'accord organismes sociaux/entreprises d'assurances,
- \* conventions d'indemnisation pour le compte d'autrui,

existence de la réassurance, voire de la co-assurance

existence de structures communes en matière d'expertise et de dommages corporels (APSAD-AREDOC).

3 – Le droit à l'expertise équitable procède de celui à un procès équitable reconnu par l'article 6 paragraphe 1 de la Convention Européenne des Droits de L'Homme.

Ce droit implique que l'expert judiciaire ne puisse être sous la dépendance directe ou indirecte de l'une des parties au procès.

### **III LA MISE EN ŒUVRE DU PRINCIPE D'INCOMPATIBILITE :**

#### **A LE CONTROLE DES LISTES D'EXPERTS :**

##### **1 – LE CONTROLE DES INSCRIPTIONS :**

Il convient de poser clairement le principe selon lequel un médecin conseil de compagnie d'assurance ne peut être inscrit sur les listes des experts judiciaires.

##### **2 – LE CHOIX IMPOSE AUX INSCRITS :**

Rappelons à ce propos, que la loi du 29 juin 1971 a prévu le caractère annuel des listes nationales et de cour d'appel, et que le décret du 31.12.74 renforce ce principe en précisant (article 1<sup>er</sup> alinéa 3) : « l'inscription des experts sur une liste ne vaut que pour une année ».

Il est donc parfaitement loisible aux juridictions en charge du contrôle des listes, de ne pas réinscrire un expert exerçant pour des compagnies d'assurances après lui avoir au préalable demandé d'opérer un choix entre l'une et l'autre de ces fonctions.

C'est ce qu'a fait la cour d'appel de DOUAI le 26.11.90 en décidant de ne pas réinscrire un médecin expert qui avait refusé de prendre l'engagement de n'exercer pour l'avenir sa mission qu'au profit exclusif de la justice.

La cour de cassation ayant rejeté le 16.07.91, le recours de ce médecin expert (cité par M. OLIVIER in Les nouveaux aspects du contentieux de l'inscription sur les listes judiciaires d'experts – Gazette du Palais 1.10.91 et 11.12/12/91).

#### **B – LE CONTROLE DES LISTES DE COMPAGNIES :**

Il peut et doit être exigé la publication et en tous cas, la mise à disposition des juridictions des listes d'experts des différentes sociétés d'assurances de manière à permettre de vérifier une éventuelle double appartenance et dans la mesure du possible, de l'éviter.

## **C – LA FORMATION A L'EXPERTISE :**

Le principe d'incompatibilité édicté ne fait bien entendu pas obstacle à une formation commune à l'expertise, facteur d'harmonisation, étant précisé qu'à l'issue de cette formation, ces bénéficiaires pourront postuler soit aux fonctions d'expert judiciaire, soit à celle de conseil de compagnie.

### **CONCLUSION :**

La prohibition de la « double casquette » doit être une fois pour toute affirmée.

Les textes le permettent mais peuvent être sur ce point, précisés et complétés, le principe de l'équité l'exige, l'intérêt des victimes est à ce prix.

Reste à savoir si les barrières doivent être radicalement étanches, ou si le passage de l'une à l'autre des fonctions sera possible et dans quelles conditions.

## **ANNEXES :**

1. Code de déontologie médicale (article 105)
2. Courrier du Garde des Sceaux du 4.01.2000
3. Droit du dommage corporel par Y. LAMBERT-FAIVRE (extrait)
4. Les nouveaux aspects du contentieux de l'inscription sur les listes judiciaires d'experts par M. OLIVIER
5. Libres propos sur l'établissement des listes d'experts près les cours d'appels par M. OLIVIER
6. Les médecins conseils des compagnies d'assurances sont juridiquement dépendants de leurs employeurs par L. MELENNEC
7. De l'indépendance et du rôle des médecins conseils spécialisés dans l'évaluation du dommage corporel par B.A.H. DREYFUS
8. Le droit à l'expertise équitable par J.P. MARGUENAUD

## MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Paris, le 17 juillet 2001

SERVICE  
DES AFFAIRES EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

BUREAU  
DES DROITS DE L'HOMME  
L 3

① 13, place Vendôme, 75001 Paris  
☎ 01 44 86 14 55 - fax 01 44 86 14 57

O. WINGERT

Le chef de service  
à  
La direction des affaires Civiles  
et du Sceau

Note  
à l'attention de Mme. TELLER

**OBJET : Groupe de travail sur les traumatisés crâniens / Experts des compagnies d'assurance et procès équitable**

Vous avez bien voulu nous transmettre une note sollicitant l'avis de notre service sur l'opportunité de proposer une séparation stricte des fonctions d'expert judiciaire et d'expert des compagnies d'assurance au regard de la Convention européenne des Droits de l'Homme et de la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme.

Bien que la Cour n'ait pas à ce jour eu à se prononcer spécifiquement sur cette question, elle a dessiné les lignes directrices du procès équitable dont le principe est posé par l'article 6 §1 de la Convention (I), qui trouvent à s'appliquer à l'ensemble du procès et donc à l'expertise en tant qu'élément de preuve (II)

### I. Le procès équitable

1/ Le droit à un procès équitable s'applique aux contestations sur des droits et obligations à caractère civil, et donc aux demandes d'indemnisation qui peuvent être présentées devant les juridictions nationales. Il suppose que la contestation soit tranchée par un tribunal impartial et indépendant.

L'impartialité se définit par l'absence de préjugé ou de parti pris et s'apprécie tant objectivement que subjectivement. L'impartialité subjective se présume jusqu'à preuve contraire mais l'impartialité objective laisse une grande place aux apparences et au doute légitime.

2/ La question qui nous est soumise n'est cependant pas celle de l'impartialité du juge mais celle de l'impartialité de l'expert. Elle n'est pas expressément exigée par l'article 6 §1 de la Convention mais apparaît néanmoins nécessaire si l'on se place sur le terrain de l'admissibilité des preuves, qui est gouvernée par les principes dégagés pour le procès équitable.

En effet si la Cour européenne des Droits de l'Homme considère qu'il appartient en principe aux juridictions nationales d'apprécier les éléments de preuve recueillis, elle recherche si la procédure dans son ensemble, y compris les modes de présentation de preuve, a revêtu un caractère équitable.

## II. L'impartialité de l'expert et l'admissibilité de la preuve par expertise au regard des exigences du procès équitable

### A/ Le droit interne

L'impartialité de l'expert est en principe garantie par le droit interne.

#### 1/ les principes

Le juge peut commettre un expert pour l'éclairer. Il le choisit librement et notamment sur les listes d'experts nationale ou des Cours d'Appel. Ces experts doivent aux termes de l'article 26° du décret du 31 décembre 1974 n'exercer *aucune activité incompatible avec l'indépendance nécessaire à l'exercice des missions judiciaires*.

L'article 237 du Nouveau Code de Procédure Civile précise que « Le technicien commis doit accomplir sa mission avec conscience, *objectivité et impartialité* ». Il engage en cela sa responsabilité.

#### 2/ Le rôle du juge et celui des parties

Aucun texte de droit interne ne pose cependant de principe d'incompatibilité entre les fonctions d'expert judiciaire et d'expert de compagnie d'assurance. L'objectivité et l'impartialité doivent donc s'apprécier au cas par cas.

\* Les juges du fond apprécient souverainement l'objectivité des rapports d'experts et ne sont jamais liés par leurs constatations. Ils peuvent donc ordonner une contre expertise, rechercher et s'appuyer sur d'autres preuves que les rapports d'experts.

\* Les parties peuvent, quant à elles, récuser un expert qui aurait un intérêt personnel à la contestation, serait créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire, parent ou allié de l'une des parties, s'il y avait ou avait eu un procès entre lui et l'une des parties, s'il avait précédemment connu de l'affaire, s'il existait *un lien de subordination*, une amitié ou inimitié notoire entre lui et l'une des parties. Elles ont également la possibilité d'interjeter appel de la décision ordonnant l'expertise en cas de motif grave et légitime et sur autorisation du Premier Président de la Cour d'Appel (article 272 du Nouveau code de Procédure Civile). Elles peuvent enfin demander une contre-expertise.

Des garanties sont donc prévues par le droit interne mais sont-elles insuffisantes au regard des exigences de la Cour européenne des Droits de l'Homme ?

## B. Les exigences de la Cour européenne des Droits de l'Homme

### 1/ La jurisprudence de la Cour

Dans un arrêt *Bönisch c. Autriche* la Cour a constaté la violation de l'article 6 §1 en raison de possibles doutes sur l'impartialité d'un expert désigné par le juge et du rôle prépondérant qu'il avait eu durant la procédure par rapport à l'« expert - témoin » cité par la défense. L'expert judiciaire était en l'espèce le directeur du laboratoire qui avait effectué les prélèvements à l'origine des poursuites pénales objet de la procédure, il avait participé à toute



l'audience, posé des questions au prévenu et aux témoins, commenté leurs déclarations et M. Bönisch n'avait que peu de chances d'obtenir la désignation d'un contre expert judiciaire.

On voit donc que la Cour prend en compte le doute sur l'impartialité d'un expert lorsqu'il est doublé d'une rupture de l'égalité des armes.

Il peut encore être noté que la Cour procède à une application plus stricte des exigences du procès équitable en matière pénale qu'en matière civile.

## 2/ Analyse

En matière civile, le rapport de l'expert est, en fait, un élément déterminant dans la décision du juge tant sur la responsabilité que sur l'indemnisation du préjudice.

Le lien de l'expert avec une compagnie d'assurance serait de nature à faire naître un doute sur son impartialité et son indépendance. Ce doute est contrebalancé ( dans une appréciation de la procédure dans son ensemble) par le débat contradictoire sur le rapport de l'expert et les possibilité de recours.

Il n'est cependant pas certain qu'en cas de rejet de ces demandes, la Cour ne constate pas la violation de l'article 6 §1 sur le fondement de la théorie de l'apparence.

## Conclusion

Ces éléments amènent à penser que la désignation d'un expert de compagnie d'assurance en qualité d'expert judiciaire ne serait pas nécessairement sanctionnée par la Cour européenne des Droits de l'Homme, notamment si les conclusions de cet expert n'étaient que l'un des éléments d'appréciation du Tribunal.

Cependant en l'absence de contre-expertise, le risque de sanction au regard du procès équitable existerait. La Cour ne pourrait sanctionner cette violation qu'à la condition que le demandeur ait épuisé les voies de recours internes, condition de recevabilité de la requête devant la Cour européenne des Droits de l'Homme, et donc en pratique qu'il ait contesté devant les juridictions nationales l'impartialité de l'expert, en demandant la récusation de l'expert, en interjetant appel de la décision ordonnant l'expertise ou en sollicitant une contre-expertise.

Ces filtres procéduraux et les garanties de droit interne limitent donc le risque de sanction mais ne l'excluent pas totalement. Les Etats pouvant toujours accorder plus de droits que ceux reconnus par la Convention, il pourrait être opportun de proposer la séparation des fonctions d'expert judiciaire et d'expert de compagnie d'assurance afin de se prémunir de tout risque de sanction par la Cour européenne des Droits de l'Homme de ce chef.

P/ Le chef de service  
B. STURLESE



Paris, le 5 juillet 2001

## LES MEDECINS CONSEILS ADHÉRENTS DE LA FFAMCE

Docteur Edouard ATTAMIAN

### I/ PRÉSENTATION :

La Fédération Française des Associations de Médecins Experts en Dommage Corporel regroupe 13 associations régionales de médecins pratiquant l'évaluation du dommage corporel (D.C.).

La démographie de ses 1 200 praticiens est comparable à la démographie médicale, tant en ce qui concerne la répartition par sexe, qu'en ce qui concerne les fonctions hospitalo-universitaires.

Néanmoins, la moyenne d'âge est plus élevée du fait de la nécessaire expérience qu'impose la pratique du dommage corporel et surtout, du fait d'un renouvellement insuffisant. Ces dernières années, la Fédération a enregistré une sensible tendance à une diminution de ses adhérents du fait du départ en retraite des plus anciens, qui n'est pas compensée par de nouvelles adhésions. L'expertise médicale offre de moins en moins d'attrait pour les plus jeunes générations. Ainsi, le nombre des étudiants au CAPEDOC à Paris a notablement diminué et aucun étudiant ne s'est inscrit au CAPEDOC à Bordeaux.

Il est donc fort à craindre à moyen terme une véritable pénurie du nombre des médecins compétents dans ce domaine.

### II/ ACTIVITÉS :

⇒ La Fédération et les Associations qui la composent assument d'une manière permanente depuis plus de 20 ans, un enseignement continu comportant :

dans chaque région 2 à 3 réunions de travail annuels

à l'échelon national, un congrès par an ouvert à tous les acteurs de la réparation, dont les intervenants sont le plus souvent des personnalités scientifiques ou des juristes dont l'implication dans le dommage corporel est connue.

l'édition trimestrielle d'une revue spécialisée : la Revue Française du Dommage Corporel, dont le Comité de Rédaction est présidé par le Professeur LAMBERT-FAIVRE et, qui compte parmi son conseil scientifique, un ancien Bâtonnier de l'Ordre, le Président de la Chambre Honoraire de la Cour d'Appel de Paris, deux conseillers à la Cour de Cassation et des Professeurs de médecine dont un éminent Neurologue de la Faculté de Bruxelles, un Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique, le Président de la Société Française de Médecine du Trafic et un Professeur Honoraire de Médecine Légale.

la réalisation de journées de travail sur des thèmes aussi divers que : « la rédaction du rapport d'expertise », « le secret professionnel », « la réinsertion des enfants cérébro-lésés » ...

⇒ La Fédération est organisée en cellules de travail animées par des volontaires dont les réflexions sont éditées et diffusées si nécessaire, par exemple :

la cellule déontologie a édité au terme de 2 ans de travaux, l'application de la déontologie médicale à l'expertise.

la cellule responsabilité médicale a, de son côté, édité un recueil sur la responsabilité des cliniques. à ce jour, la cellule sur l'avenir de la profession, étudie dans une démarche de qualité, les possibilités de certification de l'activité de médecin expert.

⇒ Les membres de la Fédération participent, à la demande des Universitaires titulaires de chaire de médecine légale, à l'enseignement du dommage corporel et, dans le cadre du CAPEDOC, accueillent au sein de leur cabinet, des étudiants stagiaires.

⇒ La Fédération attribue tous les 2 ans le Prix Georges MARCH qui récompense des travaux se rapportant à l'évaluation du dommage corporel. Citons une étude sur le secret médical et un travail sur l'indemnisation du dommage corporel en Europe.

### III/ PROBLÉMATIQUE :

La seule critique formulée à l'égard des membres de la Fédération, concerne leur lien de dépendance avec l'assurance, avec pour corollaire, l'impossibilité éventuelle pour un médecin désigné par des juridictions, d'accepter des missions émanant de sociétés d'assurance.

Sur ce point, un constat préalable : il s'agit d'une mise en doute de leur intégrité qui constitue un a priori, sans aucun argument objectif. Il est surprenant de constater que des juristes puissent procéder ainsi par affirmations et se priver d'une appréciation équitable, basée sur des éléments probants.

Cette dépendance, au demeurant non fondée et non démontrée, est une pure construction intellectuelle qui ne résiste pas à une analyse de la réalité :

- ◆ la rémunération des médecins experts missionnés par les sociétés d'assurances est régit par le principe de l'offre et de la demande.
- ◆ 75% des médecins membres de la Fédération exercent leur activité expertale conjointement à une activité de praticien, qu'elle soit spécialisée ou non.
- ◆ 50% des médecins adhérents à la Fédération ne font qu'une à deux missions par jour (enquête récente du centre de documentation sur le dommage corporel). Il s'agit de médecins qui exercent dans des villes peu importantes, qui sont missionnés pratiquement par toutes les sociétés d'assurances et très souvent par le tribunal, car il n'y a aucune autre compétence médicale pouvant évaluer le dommage corporel. Dans cette situation, il n'y a donc pas de dépendance économique des médecins vis à vis de leurs mandants, mais bien au contraire, une dépendance des mandants vis à vis des médecins pouvant répondre à leurs interrogations médico-légales. Aussi, assureurs, avocats et magistrats, se félicitent-ils de pouvoir les missionner.

Où se situe alors la dépendance économique d'un médecin qui effectue une à deux expertises par jour, qui n'a pas de concurrent à moins de 50 à 100 km et qui constitue néanmoins une étape indispensable dans le processus de la réparation du dommage corporel ?

Si rémunération est synonyme de dépendance, que faut-il penser des médecins conseils de victimes qui ne sont missionnés que par deux ou trois officines de recours ou recrutés par des avocats spécialisés. Leur activité qui est très souvent exclusive, ne dépend-elle pas de la confiance que leur accorde leur mandant et celle-ci n'est elle pas fonction des résultats obtenus ?

Pour quelles raisons ces médecins échapperaient-ils à cette même suspicion de dépendance ? Pour quelles raisons leur objectivité ne pourrait-elle être mise en cause ?

Que penser dès lors de la double appartenance de ces médecins dits de recours, qui figurent sur la liste de certaines Cours, pourtant bien pourvues en experts judiciaires de qualité (La région parisienne par exemple) ?

Enfin, il est injurieux, pour les experts judiciaires comme pour les médecins missionnés par les sociétés d'assurance, d'affirmer sans en faire la démonstration, que les experts judiciaires sont « de connivence » ou « achetés » par les assureurs.

Cette affirmation de principe est infondée, elle revient à interdire à un expert de partager la même opinion que celle d'un autre médecin quant à l'évaluation d'un même dommage. Deux médecins consultés ne peuvent-ils avoir la même opinion s'ils appliquent avec la même objectivité, les règles d'évaluation qui obéissent aux dispositions législatives ?

#### IV/ UNE SOLUTION UTOPIQUE ?

Les victimes, les assureurs et les magistrats ont besoin d'auxiliaires médecins, de plus formés aux règles médico-légales, obéissant aux dispositions législatives, exerçant leur activité dans le respect des personnes examinées.

La Fédération constitue un corps de médecins répondant à ces critères, ils poursuivent une formation post-universitaire, continue, auto-financée et organisée sur 3 axes : les progrès de la médecine et leurs retentissements médico-légaux, l'évolution de la législation, l'amélioration constante de la qualité de leurs prestations.

Dès lors, pourquoi ne pas considérer ces derniers comme des spécialistes disponibles à la fois pour les victimes, les sociétés d'assurances et les juridictions. L'augmentation de leur activité quotidienne, la diversification de leurs mandants leur donneraient, si besoin était, davantage de compétence et davantage d'indépendance.

Le contradictoire exercé par des médecins, dont la compétence et l'objectivité ne seraient plus discutées, permettrait une résolution rapide des quelques problèmes que soulèvent les divergences d'évaluation de l'atteinte à l'intégrité corporelle, problème très mal vécu par un grand nombre de victimes qui désirent avant tout, que soit reconnu leur handicap.

Dans cette démarche qui vise à réduire le contentieux, les médecins conseils préconisent que les juristes définissent d'un commun accord, les différents chefs de préjudice afin d'éviter une double indemnisation d'un même dommage qu'une prise en charge incomplète d'un préjudice insuffisamment circonscrit.

Il s'agit-là d'un véritable défi. Est-il véritablement utopique de penser qu'il est désormais possible de surmonter des préjugés, qui ne sont que le fruit d'une agitation réitérée par de véritables professionnels de la contestation obéissant à des motivations le plus souvent très personnelles.



**MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE**13, Place Vendôme  
75042 PARIS Cedex 01

\*\*\*\*\*

**DIRECTION  
DES AFFAIRES CRIMINELLES  
ET DES GRÂCES**

◇

**SOUS-DIRECTION  
DES AFFAIRES PÉNALES GÉNÉRALES  
ET DES GRÂCES**

◇

**BUREAU DE LA JUSTICE PÉNALE  
ET DES LIBERTÉS INDIVIDUELLES**

\*\*\*\*\*

**N O T E**

à

**Direction des Affaires Civiles et du Sceau  
Sous-Direction de la Législation Civile, de la  
Nationalité, et de la Procédure**

à l'attention de Madame Line TARDIF

=oOo

Dossier suivi par  
Mme Marjorie OBADIA  
LD : 01.44.77.65.13

C:\MOV95-510.D1 Tome I Ter - (CB)

**O B J E T** Groupe de travail sur les traumatisés crâniens.**V / R E F :** LT/BL votre note en date du 27 juillet 2001**N / R E F :** CRIM AP N° 95-510.D1 Tome ter

J'ai l'honneur de vous faire part des observations sommaires de mes services relatives aux honoraires des experts médicaux, missionnés en matière pénale, dans le cadre de procédures judiciaires dans lesquelles les victimes sont des traumatisés crâniens.

Il convient d'observer, à titre liminaire, que les expertises médicales; qui sont diligentées dans ce type de procédures visent à déterminer, non pas la totalité, le détail et l'évaluation du préjudice de la victime, mais la nature de ce préjudice et en particulier la durée de l'incapacité totale de travail personnel.

En effet, les juridictions pénales (parquet au cours de l'enquête de flagrance ou préliminaire, juge d'instruction s'il est saisi, tribunal correctionnel le cas échéant) cherchent tout d'abord à déterminer l'exacte qualification pénale, dépendant de la nature et la gravité du préjudice.

Tel est le cas des accidents corporels de la circulation : la durée de l'ITT, inférieure ou supérieure à 3 mois, déterminera, dans la majorité des cas, la nature contraventionnelle ou délictuelle de l'infraction.

Plus particulièrement en matière de médecine légale

. R 116-1 CPP: les tarifs d'honoraires correspondant aux actes d'expertise sont déterminés par référence aux tarifs conventionnels d'honoraires fixés par les articles L 262 et L 267 du code de la sécurité sociale, d'après leur nature ou leur valeur (cotation par lettres clés et coefficient : C = 115 francs actuellement).

. R117 CPP :

1° a) visite judiciaire avec un ou plusieurs examens : C 2,5 = 237,50 francs.

1° b) visite judiciaire avec un ou plusieurs examens médicaux, fixation des taux d'incapacité et dépôt du rapport : C 3,5 = 402,50 francs.

7° expertise médico-psychologique (par médecin ayant qualité de psychologue, en tant qu'expert unique) CNPSY 5 = 575 francs.

8° expertise psychiatrique : CNPSY 6 690 francs.

N.B. l'expertise psychiatrique est, à priori, applicable à un médecin ayant la qualité de psychiatre et non de neurologue (sauf si le neurologue est également psychiatre).

Il n'existe pas de tarifs spécialement prévus pour les expertises applicables aux graves traumatisés crâniens, qui seraient du domaine spécifique des neurologues.

Mes services n'ont pas été destinataires de difficultés particulières dans le paiement de ces honoraires.

Il convient de signaler que l'accueil des victimes en milieu hospitalier notamment s'est considérablement amélioré, notamment par le biais de conventions Justice/Santé/Police/Gendarmerie.

Enfin, à titre d'information, il convient d'ajouter que la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, que le nouvel article 81-1 du CPP prévoit que le juge d'instruction peut, d'office ou sur réquisition du parquet ou sur demande de la partie civile, procéder conformément à la loi à tout acte lui permettant d'apprécier la nature ou l'importance des préjudices subis par la victime.

Il s'agit ici davantage non pas d'une détermination de la durée de l'ITT et de la description globale du préjudice, mais bien d'une évaluation de son importance, proche de l'objet de l'expertise ordonnée en matière civile.

Tel est également le cas des procédures où les blessures ou le traumatisme crânien résultent d'une infraction volontaire : en matière de coups volontaires, la compétence correctionnelle dépendant d'une ITT supérieure à 8 jours, sauf circonstances aggravantes liées aux circonstances des faits ou à la qualité de la victime. Mais surtout, en matière de traumatisme crânien grave, entraînant un état neurologique ou psychiatrique irréversible, il appartiendra aux juridictions pénales de vérifier si une qualification criminelle ne serait pas envisageable (exemple : article 222-9 CP violences ayant entraîné une infirmité permanente).

En conséquence, l'expertise médicale ordonnée en matière pénale et prise en compte au titre des frais de justice diffère, dans son objet, l'expertise ordonnée en matière civile en ce qu'elle ne concerne pas, à priori, l'évaluation du préjudice et sa réparation.

Outre ces observations préliminaires, les frais de justice en matière d'expertise sont fixés par les articles R 106 et suivants du code de procédure pénal.

- les tarifs sont appliqués en prenant pour base la résidence des experts.
- les frais de rédaction du rapport et de dépôt du rapport sont compris dans ces tarifs
- Si le montant prévu de ses frais et honoraires dépasse 3 000 francs, l'expert en avise dès le commencement de l'expertise la juridiction qui l'a commis : cette estimation est, sauf urgence communiquée au parquet qui présente ses observations dans les 5 jours et peut faire procéder à des vérifications. Si la juridiction ne tient pas compte des observations du parquet, celui-ci peut saisir, via le parquet général, le président de la chambre d'instruction qui statue dans les 8 jours. (R 107 CPP)
- si l'expert se déplace, il lui est alloué une indemnité de transport calculée selon la nature du moyen de transport.
- par ailleurs, en cas de déplacement, une indemnité journalière de séjour est tarifée. (R 111 CPP)

Selon la circulaire de la DACG du 14 mai 2001 présentant les dispositions de la loi du 15 juin 2000 relatives aux victimes, cet article a pour but une meilleure appréciation du préjudice de la victime, même lorsque celui-ci ne représente pas un élément constitutif de l'infraction et de permettre à la juridiction de jugement de mieux évaluer la gravité de l'infraction et à la victime de mieux justifier sa demande d'évaluation. Ces éléments aident également les CIVI à statuer sur la recevabilité d'une demande d'indemnisation.

S'agissant des frais de justice et honoraires à ce type d'expertises, il n'a pas été précisé si elles rentraient dans les tarifs exposés ci-dessus ou si elles devraient être considérées comme non tarifées.

Sur ce point et sur les éventuelles questions qui pourraient être posées, je reste à votre disposition en précisant que les services de la DAGE et de la DSJ suivent également les questions relatives au paiement des frais de justice en matière pénale.



## Indemnisation du préjudice corporel et protection des victimes de traumatismes accidentels

### Éléments de pédagogie en formation initiale à l'ENM

L'indemnisation du préjudice corporel subi par des personnes gravement handicapées ou polytraumatisées suite à un accident, et la protection juridique de ces personnes est abordée à plusieurs reprises et sous divers aspects, dès le stade de la formation initiale des auditeurs de justice.

#### I) Les mécanismes d'indemnisation du préjudice corporel

Ils font l'objet d'un enseignement spécifique au cours de la période « études », soit

-**une conférence-atelier**, d'une durée de trois heures, assurée par les maîtres de conférences civilistes, éventuellement avec l'appui de magistrats extérieurs à l'école en postes dans les juridictions –Rappel des grands principes applicables en matière d'indemnisation du préjudice corporel, études des barèmes utilisés (en pratique, les barèmes en vigueur dans les cours de Toulouse, Rennes et Angers, de conception assez éloignés, servent souvent de support à une réflexion sur l'utilisation possible par le juge de telles références) .

-**une Direction d'Études**, d'une durée de trois heures, portant sur des cas pratiques d'indemnisation de préjudices corporels de différents types (physiologique, moral, économique...) travaillés en groupe par les auditeurs sous la conduite de leur maître de conférences.

-Dans le cadre de la Direction d'Études, et de la conférence portant sur « les procédures rapides », la **question du référé-provision** est également l'occasion d'aborder l'indemnisation du préjudice corporel.

Ces enseignements prennent place au cours du deuxième semestre d' « études » à Bordeaux, c'est à dire à une période à laquelle l'auditeur de justice est censé avoir déjà acquis les « fondamentaux » relatifs au procès civil.

#### II) Expertises, mise en état et mesures d'instruction

Cet item, plus général, est cependant l'occasion d'aborder également le domaine de l'indemnisation du préjudice corporel, au travers de l'étude du processus de mise en état, et des possibilités d'instruction qu'il réserve. Le cadre de la mission expertale, les techniques de rédaction des missions confiées aux experts, l'utilisation faite des conclusions des experts et les limites qu'il convient de leur assigner, font l'objet d'un travail spécifique en première partie de scolarité, soit :

-**Une conférence** de trois heures portant sur les diverses mesures d'instruction,

-**Une Direction d'études** de trois heures, traitant de cas pratiques.(rédaction d'une mission à partir d'un dossier).

#### III) Le polytraumatisé, en sa qualité de victime dans le cadre d'un procès pénal

Au delà des aspects purement civils de l'indemnisation du préjudice corporel subi par des polytraumatisés à la suite d'accidents, il a paru essentiel de prévoir également des enseignements précisément ciblés sur la situation faite aux **victimes**, que celles ci le soient du fait d'actes volontaires ou non.

Depuis deux ans l'ENM organise chaque année à l'intention des auditeurs de justice une **journée d'études consacrée aux victimes**.

De même, les exercices de **simulation d'audiences** correctionnelle, sur lesquels l'accent a été porté, permettent de réintroduire la question du **traitement des intérêts civils dans le cadre du procès correctionnel**. A cet égard, l'école sollicite désormais l'intervention d'avocats en fonctions pour tenir les rôles de la défense et de la partie civile au cours des exercices de simulation

#### IV) Le polytraumatisé et les régimes de protection

Les régimes d'assistance et de protection des personnes victimes de poly-traumatismes accidentels sont abordés dans le cadre des enseignements propres à la fonction « instance ». Une **direction spécifique est consacrée aux régimes de protection des majeurs**, et l'accent est notamment porté sur la vigilance nécessaire du magistrat et des organes de la tutelle dans le cadre des procédures d'indemnisation des préjudices subis.

Un cas pratique traité cette année dans le cadre de cette direction d'études concernait les modalités de gestion d'indemnités pécuniaires d'un montant très élevé versées à un mineur contaminé accidentellement par le virus du sida ; une telle situation serait facilement transposable à l'hypothèse concernant un polytraumatisé.

V) Les activités d'ouverture sont enfin l'occasion pour certains groupes d'auditeurs d'aborder plus spécifiquement divers contentieux liés à la situation de personnes polytraumatisées. Cette année par exemple, un groupe d'auditeurs de justice a choisi de travailler, dans le cadre des ateliers, sur la **médecine urgentiste**.

L'ensemble des activités décrites ci dessus prend place dans le cadre de la période « d'études », soit en début de scolarité. Le stage en juridiction, d'une durée de 12 mois, puis le stage « avocat » d'une durée de deux mois, permettent ensuite à l'auditeur de se confronter aux aspects très pratiques des traitements des contentieux, sous l'angle du magistrat, puis sous celui de la défense.

La période de spécialisation fonctionnelle, intervenant après le choix des postes, en mars de la troisième année, comprend un mois d'approfondissement théorique à Bordeaux. Pour les auditeurs de justice de la promotion 2000 qui choisiront des postes de juge au siège TGI, il est prévu, en mars 2002, de consacrer **deux jours au droit des assurances**, en relation notamment avec les mécanismes d'indemnisation du préjudice corporel.

Bordeaux, le 2 juillet 2001-07-02

Note établie par Michel ALLAIX, sous directeur des études



Paris, le 4 juillet 2001

## Ecole Nationale de la Magistrature

### NOTE

à l'attention de Madame Marie-Noëlle TEILLER,  
Chef du bureau du droit civil général  
Direction des Affaires civiles et du Sceau

---

Objet : Formations en lien avec la question des grands traumatisés crâniens.

Vous trouverez sous ce pli le catalogue de la formation continue 2001 ainsi que le projet de catalogue pour 2002 qui comporte de nouvelles actions. Pour les actions qui ont déjà eu lieu, je vous joins un exemplaire des programmes de formation qui vous permettent d'apprécier de manière plus précise les contenus abordés.

Par ailleurs, en formation continue déconcentrée, ces questions de préjudices corporels graves peuvent faire l'objet d'actions particulières.

L'Ecole est tout à fait consciente de la spécificité de ces traumatismes mais il apparaît difficile de consacrer une session complète à ces questions. En revanche, dans le cadre de sessions sur la réparation du préjudice corporel, sur les expertises ou les juges des tutelles, une place spécifique peut être y consacrée. En outre, si nous recevons, de partenaires extérieurs, des propositions de formation sur ce thème, il est tout à fait possible de prendre en charge la participation de collègues à ces actions.

Enfin, si au cours d'une action de formation, un écrit était remis sur cette question particulière, il serait possible, après évaluation, d'en assurer la diffusion, au profit de l'ensemble des magistrats, par insertion sur le site du centre de ressources de l'ENM.

Marie-Laure ROBINEAU  
Directrice de la Formation continue  
et des Relations internationales

**ECOLE NATIONALE DE LA MAGISTRATURE**

**FORMATION CONTINUE DES MAGISTRATS**

---

**LA REPARATION DU PREJUDICE  
CORPOREL**

**du 19 au 23 novembre 2001**

**ECOLE NATIONALE  
DE LA MAGISTRATURE  
3 ter, quai Aux Fleurs  
75004 PARIS**

**Directeur :**

**Monsieur Claude LIENHARD**

Professeur des Universités, Avocat au Barreau de Strasbourg, Directeur du CERDACC, ancien Président  
de l'INAVEM

**Lundi 19 novembre 2001**

09 Heures 30                    **PRESENTATION DU THEME, DU GROUPE ET DE LA METHODE**

**Monsieur Claude LIENHARD**, Professeur des Universités, Avocat au Barreau de Strasbourg, Directeur du CERDACC, ancien Président de l'INAVEM

10 Heures 00                    **Les enjeux économiques et techniques**

**Monsieur Frédéric MAISONNEUVE**, Responsable "Assurance Dommages des Particuliers", direction assurance des particuliers et professionnels

14 Heures 30                    **LES ASPECTS MEDICAUX**

**L'expertise**

**Monsieur Bernard PROUST**, Professeur de médecine légale, neurologue M

**Mardi 20 novembre 2001**

09 Heures 30                    **GESTION DE LA VIOLENCE ET INSECURITE**

**La gestion des traumatismes par l'accueil et l'écoute**

**Madame Carole DAMIANI**, Psychologue, chargée de mission à l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM), Paris

10 Heures 30                    **LES ASPECTS MEDICAUX (suite)**

**approche clinique des victimes**

**Madame Liliane ROSSI**, Professeur des Universités, praticien hospitalier, expert près la Cour d'appel de Lyon.

14 Heures 30                    **LES ASPECTS MEDICAUX (suite)**

**L'expertise**

**Monsieur Bernard A.H DREYFUS**, Médecin légiste, médecin-expert près la Cour d'appel de Versailles, président de l'Association nationale des médecins-conseils de victimes

16 Heures 00

### **LES ASPECTS MEDICAUX (suite)**

#### **Y a-t-il une justice pour les victimes ?**

**Maître Jehanne COLLARD**, Avocat au barreau de Marseille, DEA de droit, maîtrise de psychologie, vice-Présidente de l'Association "Fondation Anne Cellier"

## **Mercredi 21 novembre 2001**

09 Heures 30

### **LE DECOMPTE DES PREJUDICES ET RECOURS SUBROGATOIRE**

#### **Chefs de préjudice et tiers payeurs**

**Monsieur Michel EHRENFELD**, chargé de cours à l'Institut des assurances de Paris

10 Heures 00

**Monsieur Claude LIENHARD**, Professeur des Universités, Avocat au Barreau de Strasbourg, Directeur du CERDACC, ancien Président de l'INAVEM

#### **Le recours des organismes sociaux**

**Madame Réjane GOUEL**, Responsable auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie

14 Heures 30

#### **Étude de cas**

**Monsieur Michel EHRENFELD**, chargé de cours à l'Institut des assurances de Paris

## **Jeudi 22 novembre 2001**

09 Heures 30

### **LES NOUVEAUX MECANISMES D'INDEMNISATION**

#### **La CIVI**

**Monsieur Jean-Pierre MARCUS**, Vice-Président, Tribunal de grande instance, Paris

**Monsieur Claude LIENHARD**, Professeur des Universités, Avocat au Barreau de Strasbourg, Directeur du CERDACC, ancien Président de l'INAVEM

11 Heures 00

### **LES ASPECTS MEDICAUX (Fin)**

#### **La prise en charge des blessés graves et calcul des préjudices**

**Docteur Hélène HUGUES**, Docteur en médecine, diplômée en réparation juridique des dommages corporels, licenciée en droit, responsable de l'enseignement du CAPEDOC à Paris VII (Faculté Lariboisière), déléguée générale de l'AREDOC

14 Heures 30

### **Méthodologie de l'indemnisation**

**Madame Stéphanie PORCHY**, Professeur agrégée à l'Université de Lyon III

## **Vendredi 23 novembre 2001**

09 Heures 30

### **LES ASPECTS GENERAUX DES DISPOSITIFS EN MATIERE DE CATASTROPHES**

- La réparation au travers des notions d'aide aux victimes, d'indemnisation des victimes d'accidents collectifs,

- la participation des victimes à la recherche de la vérité et au procès pénal

- retours d'expériences

**Monsieur Claude LIENHARD**, Professeur des Universités, Avocat au Barreau de Strasbourg, Directeur du CERDACC, ancien Président de l'INAVEM

10 Heures 30

### **Les dispositifs d'après-catastrophe**

**Monsieur Alain DAMECOUR**, Magistrat, chargé de mission Indemnisation des Victimes du 5 mai 1992, vice-Président de l'INAVEM

12 Heures 00

### **Fin des travaux**

## Centre Ressources pour enfants et adolescents avec atteinte cérébrale acquise

Véronique Leroy-Malherbe, Anne Laurent-Vannier

Une structure expérimentale, unique au plan national, a été créée en 1997 pour compléter le réseau de soins, hospitalier et médico-social, régional consacré aux enfants victimes d'une lésion cérébrale acquise déjà existant en Ile de France. Son but est, à distance de l'atteinte, d'aider à l'insertion maximale, familiale scolaire et sociale de l'enfant.

**Genèse** Conception de la structure à partir du besoin ressenti très fortement de la nécessité de mieux répondre aux situations critiques des enfants et de leur famille à distance de l'atteinte cérébrale et de mieux connaître leur besoins.

En utilisant deux clés l'une financière, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire accompagnant la circulaire Bauduret du 4 juillet 1996, l'autre administrative : l'article 51 des ordonnances du 24 avril autorisant la gestion d'une structure médico-sociale par un établissement sanitaire. Le Centre Ressources, géré par l'Hôpital National de Saint Maurice, a une action régionale..

En 2001, l'action du centre ressource a été étendue aux adolescents.

### Rôles

-Intervention à la demande de la famille, lorsqu'un suivi ordinaire par consultations spécialisées est insuffisant. Cette structure apporte, selon un projet personnalisé, formation sur ce qu'est un traumatisme crânien et ses conséquences, informations sur les besoins de l'enfant et sur les ressources existantes pour lui, conseils et soutien aux familles et aux professionnels. Il n'y a pas dispensation de soins.

-Le Centre Ressources par son articulation avec les structures existantes leur permet souvent de continuer à accueillir l'enfant traumatisé crânien en les confortant dans leur action et en leur apportant des conseils Ces structures savent également qu'elles peuvent faire appel au Centre Ressources pour une réflexion commune en cas de difficultés auxquelles elles ne peuvent faire face.

® Enfin le Centre Ressources est une force de proposition quant aux structures, aux modes d'information, de formation à mettre en place pour faire face aux besoins des patients, de leur famille, et des professionnels.

**Fonctionnement** Différent à plusieurs égards du mode de fonctionnement habituel des autres structures médico-sociales :

- **Caractéristiques visant à favoriser une réponse rapide, souple et personnalisée :**

-La prise en charge de l'enfant peut être immédiate, l'accord préalable de la commission départementale d'enseignement spécialisée n'étant pas nécessaire.

-Fonctionnement toute l'année, les jours ouvrables.

-Mobilité, chaque membre de l'équipe a la possibilité de se déplacer en région Île France lorsque cela est jugé nécessaire.

-Articulation avec les acteurs locaux; quels qu'ils soient

-Budget global : il n'y a pas de prix de journée.

-Pas de dispensation de soins.

- **Composition** : l'équipe multidisciplinaire est dirigée par un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation, cette spécialité correspondant pleinement à l'action du centre ressource. L'équipe comprend coordinateur, psychologue, éducateur, assistante sociale, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, secrétaire, pédopsychiatre.

**Conclusion** : Ce centre semble répondre pleinement aux buts qui lui avaient été fixés.

En 2001, un deuxième centre analogue va être créé en France.

*Rehabilitation of traumatic brain-injured children (2000) A Laurent-Vannier, DG Brugel, M de Agostini, Child's Nervous System, V° 16, n° 10/11: 760-764.*

Dr Véronique Leroy-Malherbe

Médecin responsable du Centre Ressources pour enfant et adolescents en Île de France

Dr Anne LaurentVannier-

Service de rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant

Hôpital National de Saint Maurice,

14 rue du Val d'Osne, 94415 Saint Maurice cedex





# UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS

BREST, le 30 Novembre 2001

**Annexe 24**

## **Le Président**

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART

Monsieur CHARZAT  
Député- Maire  
Mairie du 20<sup>ème</sup> Arrondissement  
6 place Gambetta

75020 PARIS

V/REF : Lettre de mission de Madame ROYAL, Ministre Déléguée à la Famille, l' Enfant et les Personnes Handicapées du 21 Mai 2001 retransmise à l'U.N.A.F.T.C. par fax du 26 Octobre 2001 par le Cabinet du Maire de PARIS 20<sup>ème</sup>

N/REF : 2001.287/JP/FS

OBJET : Entretien accordé par Monsieur CHARZAT, Député de PARIS, chargé de mission par Madame ROYAL, à l'U.N.A.F.T.C. le 10 Décembre 2001

P.J. : Une note d'information

Monsieur le Député,

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous demander de vous rencontrer pour exposer le point de vue de notre Association sur la mission que vous a confiée Madame Ségolène ROYAL, et que vous avez bien voulu nous communiquer.

Nous comprenons les interrogations de Madame la Ministre face aux confusions susceptibles d'engendrer les expressions « handicap par retard mental », « handicap psychique », « maladie mentale »..... d'autant qu'une clarification est indispensable et implique des conséquences de dévolutions budgétaire conséquentes :

**LES MALADIES** relèvent du budget de la Sécurité Sociale et par là même, des responsabilités déléguées, en principe, au Ministre délégué à la santé

Les dépenses occasionnées par la prise en charge des **HANDICAPS** relevant de L'ACTION SOCIALE, soit de l'Etat, soit du Conseil Général, et le cas échéant, du budget de la Sécurité Sociale s'ils impliquent des soins.

---

COPIES : SIEGE U.N.A.F.T.C. – Mr le Professeur François COHADON – Mr Jean BARUCQ  
Mme M.C. CAZALS

Madame GOURIOU, votre déléguée municipale à « la vie associative » et à « l'accueil des citoyens, nous a fait parvenir le « LIVRE BLANC SUR LA SANTE MENTALE » - « ACTIONS DU C.I.C.A 21 « fondé sur le « LIVRE BLANC DES PARTENAIRES DE SANTE MENTALE – FRANCE » dont l'objet est de présenter des propositions « pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants, et de responsables du social dans les cités ».

Nous comprenons mieux, ainsi, votre implication personnelle dans un sujet extrêmement douloureux, et comme l'indique Madame la Ministre, dans votre lettre de mission, souvent méconnu et très insuffisamment pris en charge.

Cependant, nous espérons que ce souci de clarification permettra de lever des ambiguïtés fréquemment rencontrées concernant le **HANDICAP PAR TRAUMATISME CRANIEN QUI N'EST, EN AUCUNE SORTE, ASSIMILABLE, AU « HANDICAP PSYCHIQUE » TEL QUE LE DEFINIT LE LIVRE BLANC CITE.**

Nous constatons, en effet, que les troubles comportementaux qui peuvent se manifester chez des personnes handicapées Traumatisées Crâniennes, conduisent, parfois, à assimiler ce dernier handicap à un handicap « psychique ». *OR, LE TRAUMATISME CRANIEN QUI TROUVE SON ORIGINE DANS UNE ATTEINTE BIOMECHANIQUE CONSECUTIVE A UN CHOC, CONCERNE « LA TETE, LE CERVEAU QUI SONT AU SOMMET DE NOTRE ECONOMIE. C'EST VRAI AU NIVEAU PHYSIOLOGIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE, C'EST VRAI AUSSI DANS L'ORDRE SYMBOLIQUE : LA TETE, C'EST LA VIE MEME, L'AME, LE MOI » (PROFESSEUR FRANÇOIS COHADON : « SORTIR DU COMA »).*

#### **EN CONCLUSION :**

1) La prise en charge de la maladie mentale et son accompagnement relèvent, dans les textes organisationnels actuels, du budget de la Santé dans le cadre de la politique de sectorisation. Il ne nous appartient pas de juger de sa mise en œuvre effective, mais nous avons suffisamment de relations étroites et d'affinités de situation avec l'U.N.A.F.A.M. pour connaître les innombrables situations de détresse engendrées par les lacunes actuelles du système. Nous sommes solidaires de leur démarche. Encore faudrait-il que, s'il y a transfert ou partage de responsabilité entre le secteur sanitaire et le secteur social, des transferts nécessaires de crédits permettant une prise en charge par les Affaires Sociales, soient assumés par le budget sanitaire, et ne viennent pas, à assiette constante, grever les « budgets » des handicaps consécutifs à des déficiences du « fonctionnement » du cerveau.

2) **EN TOUT ETAT DE CAUSE, LE HANDICAP PAR TRAUMATISME CRANIEN N'EST PAS DE MEME NATURE QUE LE « HANDICAP PSYCHIQUE » : MEME SI ON RENCONTRE PARFOIS DES SYMPTOMES COMPARABLES ET MEME SI L'ORGANE, C'EST A DIRE LE CERVEAU, SIEGE DE LA DEFICIENCE EST LE MEME, MEME SI L'UN ET L'AUTRE IMPOSENT DES DISPOSITIFS CONSEQUENTS D'ACCOMPAGNEMENT DES BLESSES / MALADES ET DE LEURS FAMILLES DONT LA FINALITE EST EQUIVALENTE MAIS DONT LE MODE D'ACTIONS EST RADICALEMENT DIFFERENT DU FAIT MEME DE LA NATURE DES PATHOLOGIES A L'ORIGINE DES DEFICIENCES.**

3) Nous ne saurions mieux mettre en évidence la singularité du handicap par Traumatisme Crânien, et de sa prise en charge qu' 'en citant un extrait significatif de l' ouvrage ci-dessus du Professeur COHADON (membre du C.A. de l'U.N.A.F.T.C.) éminent neurologue de renommée européenne et professeur des Universités : Nous ne pouvons donner qu'une vue très schématique, voire simpliste, du processus physiopathologique d'atteinte cérébrale par Traumatisme Crânien. Cependant, elle est nécessaire, et nous l'espérons suffisante, pour permettre d'éviter toute assimilation du Traumatisme Crânien à la maladie mentale.

Espérant que le dossier joint éclairera des idées générales exposées ci-dessus, et renouvelant mes remerciements pour la concertation dont vous avez pris l'initiative, je vous prie, Monsieur le Député, de croire en ma considération distinguée.

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C.

## LE HANDICAP PAR TRAUMATISME CRANIEN

### 1) L'U.N.A.F.T.C. : Présentation (plaquette)

### 2) QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- 2.1) Nombre de cas annuels : - 160 000 cas dont 4 000 (environ) évalués « graves »  
(selon les normes internationales)  
- plus de 12 000 décès  
- séquelles pour 8 à 10 000 victimes  
- 1 800 perdent leur autonomie
- 2.2) Causes : - accidents de la circulation représentant 60 % des blessés hospitalisés (70 % des décès)  
- chutes : 32 % des T.C. (14 % des décès)  
- divers : accidents du travail, du sport, agressions...
- 2.3) Age concerné 75 % ont moins de 30 ans
- 2.4) Nombre cumulé de personnes vivant avec des atteintes d'un Traumatisme Crânien Grave : très difficile à évaluer (difficulté méthodologique). 70 % des Traumatisés Crâniens Graves conservent des séquelles définitives et / ou des troubles du comportement.
- 2.5) Etat Végétatif Persistant : évaluation (coma A.V.C. compris : 1 200 ?). L'espérance de survie moyenne dans cet état peut être évalué de 5 à 10 ans (mais peut atteindre jusqu'à 20 ans)
- 2.6) Le Traumatisme Crânien est la première cause de décès chez l'enfant et l'adulte de moins de 40 ans
- 2.7) Pour information (étude américaine) : évaluation de la « vie » d'un Traumatisme Crânien Grave en Etat Végétatif Persistant : 4 500 000 dollars (National Brain Injury Foundation)

### 3) LE TRAUMATISME CRANIEN

#### **3.1) Pathologie**

- a) Le Traumatisme Crânien provoque dans le cerveau par des phénomènes mécaniques de déplacement de la masse cérébrale, DES LÉSIONS DU CORTEX ENTRAINANT DES DYSFONCTIONNEMENTS FONCTIONNELS DIVERS, SELON LA FORME DU TRAUMATISME, MAIS DANS LA PLUPART DES CAS, CELUI-CI ENTRAINE EGALEMENT LA RUPTURE DE LIAISON TRANSFORMANT L'INFLUX NERVEUX (« AXONES ») ENTRE DES CELLULES CONSTITUANT CE CERVEAU (« NEURONES »). LES « LIAISONS » PAR LES « AXONES » ENTRE LES « NEURONES » S'EFFECTUENT PAR L'INTERMEDIAIRE DES « SYNAPSES ».

LE CERVEAU FONCTIONNE COMME UN ENSEMBLE EXTRAORDINAIREMENT COMPLEXE CARACTERISE PAR UNE ARCHITECTURE DE LIENS INIMAGINABLES EN NOMBRE, EN « ENCHEVETREMENTS », EN LONGUEURS RELATIVES... .. donc harmonie « naturelle », correspondant à ce que l'on pourrait appeler « NORMALITE », est plus ou moins gravement modifiée, lorsqu'un Traumatisme Crânien vient à altérer cette architecture.

**b) L'organisation du tissu cérébral est unique, propre à chacun. La personnalité reflète les arrangements structuraux et dynamiques possibles du cerveau. Ainsi, **LORSQU'UN TRAUMATISME TOUCHE LE CERVEAU, IL TOUCHE LA PERSONNALITE. LORSQU'UNE RECONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE ARCHITECTURE CEREBRALE S'EFFECTUE (sans pouvoir utiliser les zones lésées, ni les « liaisons » vraisemblablement détruites) UNE AUTRE PERSONNALITE SE DEGAGE.****

**c) LA PERSONNALITE** est le caractère originel qui différencie une personne de toutes les autres :

C'est la capacité à organiser le monde pour lui donner un sens  
Une façon particulière d'accorder ses besoins et ses désirs aux contraintes du monde et de s'y adapter  
Une dynamique propre : énergie psychique, humeur, frustrations et conflits, mécanismes de défense....

Nous n'oublions pas que « la construction du cerveau » dont nous rappelons que « l'architecture » reflète la personnalité, dépend également, par ailleurs, de « l'héritage » génétique, de l'apprentissage et de l'expérience.

**d) La complexité extrême du fonctionnement cérébral peut mieux être appréhendée par le nombre de « synapses » impliqués dans un certain nombre de fonctions : automatisme respiratoire : 10 - réflexe de déglutition : quelques centaines - poursuite oculaire, un millier - prise d'une décision difficile : plusieurs milliards !**

**e) LE TRAUMATISME CRANIEN EST UN HANDICAP « ACQUIS » DE LA PERSONNALITE.** Il implique un traumatisme psychique soudain et violent survenu dans le cours de la vie. Mais c'est surtout un traumatisme du psychisme, une blessure de la personnalité dont l'intégrité sera définitivement altérée par les conséquences traumatologiques. Le schéma conceptuel du processus par Traumatisme Crânien du handicap tel que le conçoit le Professeur F. COHADON est reproduit en appendice A.

Ces explications qui ne pouvaient échapper à une certaine austérité du propos nous semblent établir l'impossibilité d'assimiler le handicap par Traumatisme Crânien au handicap « psychique » résultant d'une maladie mentale.

Nota : Le texte de ce paragraphe a traduit pour l'essentiel, l'exposé du Professeur F. COHADON (journées de formation organisées par l'U.N.A.F.T.C. pour les A.F.T.C. et les structures spécifiques à PARIS en Octobre 2001) (texte complet en appendice B)

f) CES DEVELOPPEMENTS, CERTAINEMENTS ARDUS, PARAISSENT CEPENDANT NECESSAIRES POUR PERMETTRE D'APPREHENDER LE CARACTERE EXTREMEMENT SINGULIER DU TRAUMATISME CRANIEN. EN EFFET, J'AI CHERCHE A METTRE EN EVIDENCE, POURQUOI, D'UN POINT DE VUE NEURO-PHYSIOLOGIQUE ( et ce n'est pas le seul concerné), IL IMPLIQUAIT UN CHANGEMENT DEFINITIF DE PERSONNALITE ET DONC D'ETRE, ET DE POUVOIR ETRE DANS LE VECU QUOTIDIEN. PAR AILLEURS, LE CARACTERE UNIQUE DE CHAQUE PERSONNALITE, L'ETENDUE, LA PROFONDEUR, LA LOCALISATION DES LESIONS SUBIES, L'IMPORTANCE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES RUPTURES AXONALES SUBIES, MONTRANT, S'IL LE FALLAIT, LE CARACTERE COMPLEXE, SPECIFIQUE, HETEROGENE DANS SES EFFETS DU TRAUMATISME CRANIEN. ET LE BESOIN IMPERATIF DE PERSONNALISER SA PRISE EN CHARGE TOUT COMME LE CARACTERE INDISPENSABLE DE LA PLURIDISCIPLINARITE DE L'EQUIPE.

### 3.2) Les séquelles

a) Un Traumatisé Crânien est donc un blessé de sa personnalité « antérieure », le type et le degré des atteintes en dépendent en partie, sont également en cause : son patrimoine génétique, son vécu antérieur, la forme et la localisation des lésions, la durée et la profondeur du coma, la qualité et la prise en charge ré éducationnelle... .. EN RESUME, CHAQUE TRAUMATISE CRANIEN PRESENTE UN ENSEMBLE DE SEQUELLES PROPRES A PARTIR DU PANEL SUIVANT :

Neuro sensorielles (hémiplégié, troubles de la vision... ..)

Baisse de l'efficacité intellectuelle

Troubles de l'humeur et / ou du comportement

Atteintes cognitives : lenteur d'exécution, difficultés de concentration, affaiblissement du sens critique, de l'idéation

Troubles mnésiques parfois massifs. Cette amnésie touche les faits récents mais n'efface pas le souvenir du « vécu » avant l'accident causal : il s'ensuit une frustration fréquente et une difficultés nouvelle « de faire » son deuil

Asonognosie (déli du handicap de nature essentiellement physiopathologique... ..)

Difficultés à « construire » des processus impliquant une logique (ou une stratégie) opératoire

Perte de l'estime de soi

### 3.3) Les difficultés rencontrées

a) **La dichotomie de la prise en charge** : d'abord sanitaire, puis médico-sociale avec des structures sanitaires

b) **Le mode de financement éclaté** : Etat seul : champ sanitaire, mixte : Etat / Conseil Général (foyer à double tarification, C.A.T. avec accompagnement), Conseil Général seul (accompagnement social, foyers d'accueil).

Cela induit une disparité de répartition des structures sur le territoire national de fonction des choix des Conseils Généraux.

- c) Ces deux difficultés sont rencontrées par d'autres formes de handicaps (autisme...). **LA SINGULARITE DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISES CRANIENS GRAVES IMPLIQUE UN CONTINUUM DE PRISE EN CHARGE QUI DEVRAIT IGNORER LA « FRONTIERE » ENTRE LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL. L'ABSENCE D'UN MAILLON EN AVAL OU EN AMONT COMPROMET PLUS OU MOINS GRAVEMENT LA QUALITE DE LA REHABILITATION DU BLESSE.** De plus, si on voulait raisonner en termes de finances publiques, la situation actuelle induit un véritable gâchis économique et financier dès lors qu'on sait qu'un Traumatisme Crânien Grave survenant à un jeune adulte de 25 ans et lui faisant perdre son autonomie, reste « à charge » de la société entre 50 et 60 années.
- d) **LES DEMANDES LES PLUS URGENTES (NOTA) DES A.F.T.C. SONT LES SUIVANTES (PAR ORDRE DECROISSANT) !**

**UNE PRISE EN CHARGE DIGNE ET ADAPTEE DES PERSONNES EN ETAT VEGETATIF PERSISTANT (E.V.P.) DANS LE SYSTEME SANITAIRE  
DES SERVICES GLOBAUX D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SUIVI SPECIFIQUES SANITAIRES, PSYCHOLOGIQUES MEDICO-SOCIAUX DES BLESSES ET DE LEUR FAMILLES. CES SERVICES DOIVENT ETRE PLURIDISCIPLINAIRES ET ASSURER UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE**

### 3.4) Conséquences

- a) Ces séquelles possibles, à des degrés variables, font que chaque personne handicapée Traumatisée Crânienne est à la fois unique. Elles montrent ainsi que les facteurs qui s'en dégagent sont doubles :

Le Traumatisme Crânien induit une pathologie des liens sociaux et est, de ce fait, un facteur d'extrême difficulté de retour dans le monde « ordinaire ».

Le Traumatisme Crânien Grave n'accepte pas, très généralement, la cohabitation avec d'autres formes de handicap, soit qu'il ne tolère pas une forme d'assimilation avec des « personnes handicapées mentales », soit que les personnes handicapées physiques les rejettent pour leurs troubles des fonctions supérieures. **AINSI PARAIT-IL INDISPENSABLE D'ADMETTRE LE PRINCIPE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DANS DES STRUCTURES SPECIFIQUES.**

Nota : Cet ordre de priorité découle : de l'exigence morale de l'attention aux plus faibles (« E.V.P. »), de la nécessité pour tous d'un « socle » commun, la continuité de l'accompagnement sans lequel la plupart ne s'en « tireront » pas, ce choix ne conduit pas pour autant à négliger les autres besoins (professionnels, lieux)

b) La « violence » faite à l'entourage du blessé Traumatisé Crânien et d'abord à son cercle familial, par un « accident de la vie » ressenti comme profondément injuste, parfois culpabilisant (« pourquoi lui et pas moi » ?). Elle joue un rôle capital dans l'organisation de la personnalité post traumatique et finalement dans le nouvel équilibre à trouver, quant à la redistribution des rôles au sein de la cellule familiale, qu'il s'agisse d'un enfant ou pis, d'un parent atteint. Je pense que rien ne résume mieux les problèmes posés dans ce domaine que l'extrait suivant de la « conférence de consensus » tenue à BORDEAUX en Octobre 2001 sur le sujet : « DU COMA A L'EVEIL », thème fixé par l' A.N.A.E.S. (Agence Nationale d' Accréditation des Etablissements de Soins »). Cette conférence a pour objet de faire « l'état de l'art » sur le sujet fixé, puis à proposer à l'A.N.A.E.S. les recommandations de « bonnes pratiques » pour les praticiens concernés. L'U.N.A.F.T.C. faisait partie du jury de la « conférence ».

## DEBUT DE CITATION

### *VII.2 La famille est à la fois soignante et patiente*

*Au delà de la nécessité d'être au contact de leur proche, les familles apportent, à l'équipe soignante, la connaissance de la personnalité et du vécu antérieur du blessé et, souvent, les premiers indices de manifestations de conscience. Elles revendiquent fréquemment leur place dans la thérapeutique, avec son registre de stimulations. Il est souhaitable d'élargir le temps de présence de la famille, dans le respect de l'organisation des soins (accord professionnel).*

*Dans cette phase où l'histoire de la maladie se fonde, dans les cas les plus graves, avec la survie du patient et la vie brisée de ses proches, l'information est essentielle et a valeur thérapeutique : la violence faite à la vie en plein élan d'un jeune, la prise en compte de l'angoisse liée au deuil inachevé (« mobile mourning ») de la culpabilité aussi fréquente qu'injustifiée, du déni et de l'espoir démesuré, mais aussi la redistribution des rôles familiaux, constituent des spécificités du traumatisé crânien grave. Elles conduisent à recommander une information cohérente, adaptée au moment, donc évolutive et pédagogique (accord professionnel).*

*La présence de psychologues ayant une connaissance de la problématique spécifique du traumatisé crânien, est nécessaire pendant la phase du coma et de l'éveil, pour aider les familles, mais aussi l'équipe soignante, soumises à une charge émotionnelle parfois insupportable. Pendant cette période, un soutien médicamenteux parallèle doit souvent être proposé aux membres de la famille. Cependant, l'accompagnement psychologique ne saurait être limité à cette phase, mais doit se poursuivre aussi longtemps que nécessaire, tant pour soulager l'angoisse de la famille que pour lui permettre d'accompagner son blessé. C'est une condition essentielle de la qualité des soins. En outre, la qualité de la relation entre la famille, l'équipe soignante et le médecin est un facteur important de la prise en charge et du devenir du blessé. De même, une liaison entre le médecin hospitalier et le médecin de famille (souvent désarmé face à cette pathologie) doit être une préoccupation constante (accord professionnel).*

*Les familles et l'Union Nationale des Associations de Familles des Traumatisés Crâniens (UNAFTC) insistent, à juste titre, sur l'absence ou l'insuffisance et l'hétérogénéité des filières de soins. L'UNAFTC a fait, en relation avec les professionnels, une priorité de la prise en charge des éveils retardés, des états végétatifs et pauci-relationnels.*

## FIN DE CITATION



#### 4) « PARCOURS » D'UNE VICTIME DE TRAUMATISME CRANIEN GRAVE ET LACUNES RENCONTREES

(voir schéma joint : Appendice C)

#### 5) POLITIQUE DES POUVOIRS PUBLICS

5.1) Prise en compte de ce « handicap » d'un type nouveau : rapport de l'I.G.A.S. J.H. LEBEAU sur demande de Madame WEIL, Ministre des Affaires Sociales (1995)

5.2) Attribution de crédits spécifiques « T.C. » (champ médico-social) : 50 MF en 1996 – 1998 – 2000. 150 MF pour 3 ans 2001-2003 (plan JOSPIN), soit 300 MF sur 8 ans. **Or, sur cette période, les données, non issues de l'U.N.A.F.T.C. évaluent le nombre de T.C. ayant perdu leur autonomie à 14 800 (1 800/an) auxquels il faut ajouter 11 200 TC ayant conservé des séquelles** (mode de calcul : 4 000 T.C.G. par an, dont 1 800 perdent leur autonomie. Il faut retrancher également de ce chiffre total annuel 70 % des autres T.C. graves, soit 1 400 qui conservent des séquelles. Donc au total cela représente sur les 8 années concernées 11 200 T.C conservant des séquelles mais avec un certain degré d'autonomie. **LE TOTAL GENERAL EST DONC LE SUIVANT SUR 8 ANS 26 000 TC. GRAVES POUR LESQUELS ONT ETE DEVELOPPES 300 MF DE CREDITS SOIT 11 200 F PAR PERSONNE CONCERNEE.**

Un autre « angle de vue » permet d'évaluer les crédits alloués pendant ces 8 ans, s'ils n'avaient été investis qu'en places de M.A.S. (coût annuel de la place : 420 000 F) auraient permis de créer 740 places de M.A.S., chiffre à rapprocher des 14 800 T.C. qui ont perdu leur autonomie pendant la même période ... On peut de plus légitimement s'interroger sur le nombre cumulé de T.C. non pris en charge avant 1996 ?

5.3) Cette approche, même très grossière, du ratio besoins / moyens montre que l'effort financier de l'Etat dans le champ médico-social est sans rapport avec les besoins. La dichotomie financière, secteur médico-social de l'Etat / Aide Sociale Départementale aggravant encore les difficultés à résoudre dès lors qu'une structure nécessite un double financement. Trop souvent si l'une des parties consent à un effort financier, l'autre ne suit pas.... et le projet devient irréalisable !

#### 6) CONCLUSIONS

Nous reconnaissons tout à fait la légitimité des besoins de prise en charge non satisfaites des malades mentaux. Nous la reconnaissons d'autant plus volontiers qu'un certain nombre de Traumatisés Crâniens n'ont eu, faute de structures adaptées, d'autre solution que de s'adresser à l'institution psychiatrique, dont les praticiens ont, le plus souvent admis, qu'ils ne pouvaient proposer de solutions adaptées aux Traumatisés Crâniens.

**NOUS AVONS EU LE SOUCI DE CLARIFIER CE CONCEPT DE HANDICAP PAR TRAUMATISME CRANIEN DU CONCEPT DE « HANDICAP PSYCHIQUE » CONSECUTIF A UNE MALADIE MENTALE.**

**MALGRE LA COMPLEXITE DES APPROCHES, QUELQUES SIMILITUDES AU PREMIER ABORD (troubles du comportement en particulier), NOUS ESPERONS VOUS AVOIR CONVAINCU QUE LES PRISES EN CHARGE, LOURDES DANS LES DEUX CAS, DEVAIENT ETRE RADICALEMENT DIFFERENTES (TOUTE TENTATIVE DE « COHABITATION » (en supposant résolus les problèmes de responsabilité sanitaire / médico-social, ce qui est loin d'être mineur) SERAIT TERRIBLEMENT NEFASTE AUX VICTIMES DE L'UN COMME DE L'AUTRE DE CES DEUX HANDICAPS.**

**AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C**

## APPENDICE « B »

Citation de l'ouvrage « LES TRAUMATISES CRANIENS »

De François COHADON, Jean Pierre CASTEL, Edwige RICHER, Jean Michel MAZAUX  
Hugues LOISEAU – Editions ARNETTE

*« Tomber sur la tête » n'est pas un accident ordinaire.*

*La traumatologie crânienne représente un champ pathologique original, complexe, surtout très spécifique parce que la biomécanique des chocs responsables est particulière, parce que l'architecture de l'enceinte crânio-rachidienne et l'organisation physiologique du tissu cérébral sont uniques.*

*Les traumatismes crâniens, quelle que soit leur gravité, quel que soit le moment de l'évolution où on les considère, posent des problèmes de prise en charge également très spécifiques parce que leurs déficits associent aux troubles neurologiques des désordres neuro-psycho-affectifs, parce que leur histoire est surdéterminée par des facteurs psycho-sociologiques au sens large.*

*Chaque blessure, chaque maladie de quelque importance affectant notre corps développe une aventure où sont engagées de façon durable toutes nos dimensions somatiques, psychologiques, sociales. Mais ce modèle général a ici une pertinence particulière : un traumatisme crânien représente toujours une agression affectant en cercles concentriques le sujet tout entier, son corps, sa personne, ses liens ».*

**PROJET DE MISSION TRAUMATISÉS CRÂNIENS GRAVES**  
au 1<sup>er</sup> décembre 1999

Cette mission est exclusivement destinée à l'évaluation finale des séquelles de traumatismes crâniens graves.

- 1 Prendre connaissance des commentaires annexés à la présente mission.
2. Se faire communiquer par la victime ou son représentant légal tous documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués.
3. Après s'être assuré de posséder tous les éléments nécessaires, en déduire le ou les lieux, le déroulement de l'expertise et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation, en présence d'un membre de l'entourage ou, à défaut, du représentant légal.
4. Fournir le maximum de renseignements sur l'identité de la victime, ses conditions antérieures d'activités professionnelles, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut exact et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi.
5. A partir des déclarations de la victime et de son entourage, de la description des circonstances de l'accident et des documents fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités du traitement, en précisant autant que possible les durées exactes d'hospitalisation et de retour à domicile, et, pour chaque période d'hospitalisation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés.
6. Indiquer la nature de tous les autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident et, si possible, la date de la fin de ceux-ci.
7. Retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de l'évolution.
8. Prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits, et notamment les bilans neuro-psychologiques. Un examen neuro-psychologique récent est indispensable.

9. Recueillir toutes les doléances actuelles de la victime et/ou de ses proches en les interrogeant, au besoin séparément, sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences.
10. Décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et/ou son entourage, et en ne citant que les antécédents (atteinte(s) physique et/ou mentale) qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles.
11. Procéder à un examen clinique détaillé permettant :
  - de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne,
  - d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et comportementales et leur incidence sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion (ou de réinsertion) socio-économique.Si besoin, compléter cet examen par tout avis technique nécessaire.
12. Analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées, en se prononçant sur :
  - les lésions initiales,
  - l'état séquellaire,l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales, et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur.
13. Déterminer la durée de l'incapacité temporaire totale, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités professionnelles ou, si elle n'en a pas, a dû interrompre totalement ses activités habituelles.
14. Fixer, en la justifiant, la date de consolidation dès lors que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuro-psychologiques et des possibilités d'apprentissage s'il s'agit d'un enfant.

15. Chiffrer, par référence au «Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun» le taux d'incapacité permanente (ou déficit fonctionnel) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation.
16. a) Décrire précisément sur une semaine la vie quotidienne de la victime.
- b) En cas de vie à domicile, décrire précisément, en les justifiant, les différentes modalités de l'aide à la personne, humaine et/ou matérielle, nécessaires pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et/ou de troubles du comportement.
17. Dire si la victime est ou sera capable d'exercer une activité professionnelle, et dans quelles conditions, en s'entourant le cas échéant d'avis spécialisés.
18. Dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, para-médicaux, d'hospitalisation, d'appareillage, la nécessité de recourir à un transport spécifique pour bénéficier de ces soins, postérieurs à la consolidation, directement imputables à l'accident, sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative, lesquels ?
19. Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés.
20. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du dommage esthétique. L'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit fonctionnel proprement dit.
21. Lorsque la victime allègue l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de loisir, donner un avis médical sur cette impossibilité et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation.
22. Conclure en rappelant l'âge de la victime, la date de l'accident, la date de consolidation et la durée de l'incapacité temporaire totale et en évaluant les trois postes de préjudices suivants : incapacité permanente partielle, souffrances endurées, dommage esthétique.

**PROJET DE COMMENTAIRES DE LA MISSION**  
**au 1<sup>er</sup> décembre 1999**

**Point 2**

L'expertise doit se réaliser avec l'entier dossier médical, dossier déjà constitué en grande partie par les examens pratiqués avant consolidation. Si l'expert n'a pas procédé lui-même à ces examens, il doit reconstituer toute l'histoire clinique depuis l'arrivée des secours d'urgence jusqu'à la consolidation.

**Point 3**

**Où doit avoir lieu l'expertise ?**

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuropsychologique cependant il est recommandé que celle-ci se pratique sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps d'origine physique et mentale les rendant dépendants.

Lorsque le patient séjourne dans un centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante, étant entendu que le médecin expert reste seul maître de ses conclusions.

**En présence de qui ?**

Même si le patient est majeur, il est éminemment souhaitable qu'il soit accompagné par un membre responsable de la famille, l'entourage étant en effet à même de relater les troubles du comportement, de l'affectivité, du jugement, de la mémoire, éléments indispensables à l'appréciation de l'expert.

Tout particulièrement dans ce type de dossier, il n'y a que des avantages à ce que le patient soit assisté par un médecin le connaissant parfaitement, spécialisé dans ce type de pathologie, s'étant assuré au préalable que tous les documents nécessaires sont réunis. Sa compétence en évaluation du dommage corporel ne peut que faciliter un dialogue productif avec l'expert chargé de l'évaluation des séquelles.

### Point 11

Il convient de ne jamais perdre de vue que les traumatisés crâniens graves présentent des séquelles portant essentiellement sur les fonctions supérieures. Le médecin expert devra donc en faire l'étude complète et précise sans oublier de réaliser un bilan moteur par un examen neurologique somatique.

### Point 12

Il appartient à l'expert de procéder à la synthèse de tous les éléments recueillis (en particulier : entourage, examens complémentaires, avis spécialisés).

### Point 14

Fixer une date de consolidation est indispensable, mais n'est pas aisé ; en effet :

les déficits neurologiques sont généralement fixés au cours de la deuxième année

les déficits neuropsychologiques sont généralement fixés au cours de la troisième année

il est plus difficile de fixer un terme aux modifications du comportement ce qui ne doit pas empêcher l'expert de déterminer une date de consolidation. En règle générale celle-ci ne saurait survenir moins de trois ans après l'accident.

chez les enfants, l'expert doit disposer de bilans itératifs fiables effectués si possible par la même équipe . En effet, comme chez l'adulte, seul un suivi régulier de l'évolution des séquelles permet de juger de leur stabilisation et de l'époque la plus opportune pour procéder à une évaluation de l'ensemble du dommage corporel.

Il n'est donc pas toujours obligatoire d'attendre l'âge adulte.

Lorsque les séquelles sont d'ordre essentiellement neuropsychologiques, une consolidation trop précoce peut entraver différents projets thérapeutiques et même ruiner l'espoir de certaines familles en la poursuite d'une amélioration.



### point 16

L'expert doit décrire toutes les modalités d'aide adaptées à chaque cas particulier, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif.

Tel patient pourra vivre d'une manière quasi indépendante dans un environnement adapté, tel autre devra recevoir des incitations intermittentes dans la journée, ou même dans la semaine, incitations pouvant se faire à distance (téléphone par exemple), ou grâce à des instruments de mémorisation.

Les troubles du comportement sont également très variables d'un patient à l'autre, accentués dans certains cas et pouvant alors les rendre dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, légers ou modérés dans la majorité des cas et permettant alors une bonne socialisation.

Les actes élémentaires correspondent aux activités essentielles de la vie courante (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger). Les actes élaborés correspondent à la faculté qu'a la victime de gérer sa vie et de s'insérer socialement et économiquement.

### Point 17

Une évaluation dans une structure spécialisée peut être nécessaire telle qu' une Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS), une Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA), un centre de préorientation, .....

### Projet de mission AREDOC TRAUMATISMES CRANIENS GRAVES

Au 19 septembre 2001

Non validée par le Conseil d'administration

Comme les précédentes, cette mission a été élaborée dans le même esprit que celui qui a présidé à la réalisation de la mission-type droit commun 1994.

Dans un premier temps, il a été tenté de garder un tronc commun et d'annexer un module de questions spécifiques aux traumatisés crâniens. Pour logique qu'elle fût, cette démarche n'a pu cependant être poursuivie dans la mesure où certaines questions devenaient incohérentes.

C'est ainsi qu'il a été décidé de personnaliser certaines demandes portant sur des aspects bien particuliers, tout spécialement sur l'aide à la personne et sur l'analyse détaillée de l'état séquellaire.

Cette mission est exclusivement réservée à l'évaluation définitive des séquelles de traumatismes crâniens graves.

Elle n'est pas adaptée à des examens précoces ou intermédiaires et encore moins aux traumatismes crâniens bénins ou peu graves.

#### A - LA MISSION

1. Prendre connaissance des commentaires annexés à la précédente mission.
2. Se faire communiquer par la victime ou son représentant légal tous documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués.
3. Après s'être assuré de posséder tous les éléments nécessaires, en déduire le lieu ou les lieux du déroulement de l'expertise et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation, en présence d'un membre de l'entourage ou, à défaut, du représentant légal.
4. Recueillir le maximum de renseignements sur l'identité de la victime, ses conditions antérieures d'activités professionnelles, son niveau scolaire s'il s'agit d'un enfant ou d'un étudiant, son statut exact et/ ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi.

5. A partir des déclarations de la victime et de son entourage, de la description des circonstances de l'accident et des documents fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités du traitement en précisant autant que possible les durées d'hospitalisation et de retour à domicile, et pour chaque période d'hospitalisation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés.
6. Indiquer la nature de tous les autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident et, si possible, la date de la fin de ceux-ci.
7. Retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de leur évolution.
8. Prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits, et notamment les bilans neuro-psychologiques. Un examen neuropsychologique récent est indispensable.
9. Recueillir toutes les doléances actuelles de la victime et/ou de ses proches en l'(les) interrogeant, au besoin séparément, sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences.
10. Décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et /ou son entourage, et en ne citant que les antécédents (atteinte (s) physique et/ou mentale) qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles.
11. Procéder à un examen clinique détaillé permettant
  - de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie courante,
  - d'analyser en détail les déficits neuro-psychologiques et leur incidence sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion (ou de réinsertion) socio-économique.

Si besoin est, compléter cet examen par tout avis technique nécessaire.

12. Analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées, en se prononçant sur les lésions initiales, l'état séquellaire, l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales, et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur.
13. Déterminer la durée de l'incapacité temporaire totale, période pendant laquelle pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités professionnelles ou, s'il (elle) n'en a pas, a dû interrompre totalement ses activités habituelles.
14. Fixer, en la justifiant, la date de consolidation dès lors que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuro-psychologiques et des possibilités d'apprentissage s'il s'agit d'un enfant.
15. Chiffrer, par référence au «*Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun*» du Concours médical 2001, le taux d'incapacité permanente (ou déficit fonctionnel) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation.
16. En cas de séjour à domicile, décrire la vie de la victime sur 24 h, les modalités de l'aide à la personne, humaine et/ou matérielle, nécessaires pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes et gestes de la vie courante, et préciser éventuellement les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et/ou de troubles dangereux du comportement. En cas d'alternance de vie entre structure spécialisée et domicile, rapporter cette description sur une semaine.
17. Dire si la victime est ou sera capable d'exercer une activité professionnelle, et dans quelles conditions.
18. Dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, para-médicaux, d'hospitalisation, d'appareillage postérieurs à la consolidation, directement imputables à l'accident, sont actuellement prévisibles ou certains. Dans l'affirmative, lesquels ?

19. Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés.
20. Lorsque la victime présente une répercussion de ses séquelles sur son activité sexuelle, la décrire en détail en se reportant aux doléances exprimées, aux données de l'interrogatoire, aux résultats de son examen clinique et d'éventuels examens paracliniques spécialisés pratiqués, et se prononcer sur l'imputabilité de ces troubles à l'accident en cause.
21. Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du dommage esthétique. L'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit fonctionnel proprement dit.
22. Lorsque la victime allègue l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de loisir, donner un avis médical sur cette impossibilité et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation.
23. Après avoir, dans le chapitre discussion, décrit et rappelé les éléments caractérisant l'existence d'un retentissement professionnel, sexuel ou d'agrément, conclure en rappelant l'âge de la victime, la date de l'accident, la date de consolidation et la durée de l'incapacité temporaire totale et l'évaluation des trois postes de préjudices suivants : incapacité permanente partielle, souffrances endurées, dommage esthétique.

## **B - LES COMMENTAIRES**

### **Point numéro 2**

L'expertise doit se réaliser avec l'entier dossier médical, dossier déjà constitué en grande partie par les examens pratiqués avant consolidation. Si l'expert n'a pas procédé lui-même à ces examens, il doit reconstituer toute l'histoire clinique depuis l'arrivée des secours d'urgence jusqu'à la consolidation.

### Point numéro 3

Où doit avoir lieu l'expertise ?

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuro-psychologique cependant il est recommandé que celle-ci se pratique sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps d'origine physique et mentale les rendant dépendants.

Lorsque le patient séjourne dans un centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante, étant entendu que le médecin expert reste seul maître de ses conclusions.

En présence de qui ?

Même si le patient est majeur, il est éminemment souhaitable qu'il soit accompagné par un membre responsable de la famille, l'entourage étant en effet à même de relater les troubles du comportement, de l'affectivité, du jugement, de la mémoire, éléments indispensables à l'appréciation de l'expert.

Tout particulièrement dans ce type de dossier, il n'y a que des avantages à ce que le patient soit assisté par un médecin le connaissant parfaitement, spécialisé dans ce type de pathologie, s'étant assuré au préalable que tous les documents nécessaires sont réunis. Sa compétence en évaluation du dommage corporel ne peut que faciliter un dialogue productif avec l'expert chargé de l'évaluation des séquelles.

### Point numéro 11

Il convient de ne jamais perdre de vue que les traumatisés crâniens graves présentent des séquelles portant essentiellement sur les fonctions supérieures. Le médecin expert devra donc en faire l'étude complète et précise sans oublier de réaliser un bilan moteur par un examen neurologique somatique.

### Point numéro 12

Il appartient à l'expert de procéder à la synthèse de tous les éléments recueillis (en particulier : entourage, examens complémentaires, avis spécialisés).

## Point numéro 14

Fixer une date de consolidation est indispensable, mais n'est pas aisé ; en effet :

Les déficits neurologiques sont généralement fixés au cours de la deuxième année.

Les déficits neuropsychologiques sont généralement fixés au cours de la troisième année.

Il est plus difficile de fixer un terme aux modifications du comportement ce qui ne doit pas empêcher l'expert de déterminer une date de consolidation.

En règle générale celle-ci ne saurait survenir moins de trois ans après l'accident.

Chez les enfants, l'expert doit disposer de bilans itératifs fiables effectués si possible par la même équipe . En effet, comme chez l'adulte, seul un suivi régulier de l'évolution des séquelles permet de juger de leur stabilisation et de l'époque la plus opportune pour procéder à une évaluation de l'ensemble du dommage corporel.

Il n'est donc pas toujours obligatoire d'attendre l'âge adulte.

Lorsque les séquelles sont d'ordre essentiellement neuro-psychologiques, une consolidation trop précoce peut entraver différents projets thérapeutiques et même ruiner l'espoir de certaines familles en la poursuite d'une amélioration.

**PROJET DE MISSION- ADULTE**

*Etat des travaux du groupe interministériel au 14 .12 . 2001*

1) Prendre connaissance des commentaires annexés à la présente mission;

2) Se faire communiquer par les parties ou leurs conseils:

- les renseignements d'identité de la victime

- tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident,

- tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués ( y compris bilans neuro-psychologiques)

- tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé, antérieur à l'accident:

\* degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapports aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne,

\* conditions d'exercice des activités professionnelles,

\* niveau d'études pour un étudiant,

\* statut exact et/ou formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi et carrière professionnelle antérieure à l'acquisition de ce statut,

\* activités familiales et sociales s'il s'agit d'une personne restant au foyer sans activité professionnelle rémunérée,

- tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé contemporain de l'expertise (degré d'autonomie, statut professionnel..., lieu habituel de vie...).

3) Après recueil de l'avis des parties, déduire de ces éléments d'information, le lieu ou les lieux , de l'expertise et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation en présence d'un membre de l'entourage ou à défaut du représentant légal



4) Recueillir de façon précise, au besoin séparément, les déclarations de la victime et du membre de son entourage;

- sur le mode de vie antérieure à l'accident,

- sur la description des circonstances de l'accident,

- sur les doléances actuelles en interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences sur les actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne;

5) Après discussion contradictoire en cas de divergence entre les déclarations ainsi recueillies et les documents produits,

- \* indiquer précisément le mode de vie du blessé antérieur à l'accident ( degré d'autonomie, d'insertion sociale et / ou professionnelle) retenu pour déterminer l'incidence séquellaire

- \* restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho- affectif,

puis:

- \* avec retranscription intégrale du certificat médical initial, et totale ou partielle du des autres éléments médicaux permettant de connaître les principales étapes de l'évolution, décrire de façon la plus précise que possible les lésions initiales, les modalités du ou des traitements, les durées d'hospitalisation ( périodes, nature, nom de l'établissement, service concerné), les divers retours à domicile ( dates et modalités), la nature et la durée des autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident,

- \* décrire précisément le déroulement et les modalités des 24 heures quotidiennes de la vie de la victime , au moment de l'expertise, et ce , sur une semaine, en cas d'alternance de vie entre structure spécialisée et domicile.

6) Procéder à un examen clinique détaillé permettant

- de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne,( cf Aredoc n°8)

- d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement, et leur incidence sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion (ou de réinsertion) socio-économique.

Un examen neuro-psychologique récent appréciant les fonctions intellectuelles et du comportement est indispensable.

7) Après avoir décrit un éventuel état antérieur physique ou psychique, pouvant avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles et rechercher si cet état antérieur était révélé et traité avant l'accident (préciser les périodes, la nature et l'importance des déficits et des traitements antérieurs), et analyser, dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à l'accident des séquelles invoquées en se prononçant sur les lésions initiales, leur évolution, l'état séquellaire et la relation directe et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident, si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme.

Dans le cas d'une aggravation de l'évolution prévisible due à l'accident, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

8) Dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise, indiquer quels sont les projets thérapeutiques et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle...) et en tout état de cause, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe suivant.

9) Evaluer les séquelles aux fins de

- fixer la durée de l'I.T.T et de l'I.T.P, périodes pendant lesquelles pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ou partiellement ses activités habituelles,

- fixer la date de consolidation en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuro-psychologiques,

- fixer par référence au barème X.... le taux du déficit fonctionnel imputable à l'accident résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation.

Préciser, en outre, le taux de déficit fonctionnel actuel résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur ;

- en cas de vie à domicile, se prononcer sur la nécessité pour le blessé d'être assisté par une tierce personne ( cette assistance ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires ou élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement.

Dans l'affirmative , préciser si cette tierce personne doit , ou non , être spécialisée , ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé .Donner à cet égard toutes précisions utiles .

Se prononcer, le cas échéant , sur les modalités des aides techniques

-se prononcer sur l'aménagement éventuel du logement ;

- après s'être entouré, au besoin , d'avis spécialisés, dire si la victime est ou sera capable d'exercer une activité professionnelle; si oui, laquelle et dans quelles conditions;

- dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, para-médicaux, d'hospitalisation, d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative préciser lesquels et pour l'appareillage, le véhicule automobile et son aménagement , préciser la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût,

- décrire les souffrances physiques et morales endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,

- décrire la nature et l'importance du dommage esthétique et l'évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,

- décrire le préjudice d'agrément , perte de la qualité de vie de la victime qui s'entend de l'ensemble des autres préjudices personnels et non économiques .Ils comprennent , notamment , non seulement les loisirs mais aussi le préjudice d'établissement , le préjudice sexuel , le préjudice de procréation , le préjudice lié à la perte de l'identité .

10) Etablir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission.

L'expert établira un pré-rapport et répondra, dans le rapport définitif , aux éventuelles observations écrites des parties.

L'expert indiquera , dans les deux mois à compter de sa désignation , le montant de sa rémunération définitive prévisible afin que soit éventuellement ordonnée une provision complémentaire dans les conditions de l'article 280 du NCPC ; à défaut d'une telle indication, le montant de la consignation initiale constituera la rémunération définitive de l'expert .

## COMMENTAIRES DE LA MISSION

### *Point numéro 2*

L'expertise doit se réaliser avec le dossier médical , dossier déjà constitué en grande partie par les examens pratiqués avant consolidation. Si l'expert n'a pas procédé lui-même à ces examens, il doit reconstituer toute l'histoire clinique depuis l'arrivée des secours d'urgence jusqu'à la consolidation.

Elle doit aussi se réaliser avec le maximum d'éléments permettant à l'expert de discuter contradictoirement puis d'indiquer quel était l'état du blessé, antérieur à l'accident.

Les actes élémentaires correspondent aux activités essentielles de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger).

Les actes élaborés correspondent notamment à la faculté qu'a la victime de gérer son budget , faire ses courses , se déplacer seul à l'extérieur ...

L'analyse du handicap comporte aussi d'autres dimensions , à savoir l'examen du maintien ou de la perte du rôle familial du blessé , de ses capacités d'intégration sociale et d'insertion professionnelle .

### *Point numéro 3*

Où doit avoir lieu l'expertise?

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuro-psychologique; cependant il est recommandé que celle-ci se pratique sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps les rendant dépendants pour des raisons physiques, intellectuelles ou comportementales.

Lorsque le patient séjourne dans une centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante.

En présence de qui?

Même si le patient est majeur, il est éminemment souhaitable qu'il soit accompagné par, au moins, un membre de la famille ou de l'entourage, ceux-ci étant en effet à même de relater les troubles intellectuels et du comportement dont le traumatisé crânien n'a pas toujours une juste appréciation.

Tout particulièrement dans ce type de dossier, il n'y a que des avantages à ce que le patient soit assisté par un médecin de son choix.

#### ***Point numéro 5***

La détermination de l'état du blessé antérieur à l'accident revêt une grande importance, celle-ci doit donc être faite après discussion contradictoire des preuves de cet état, lorsqu'il y a divergence d'appréciations.

S'il persiste encore des divergences sur le degré d'autonomie et d'insertion sociale et/ou professionnelle antérieur à l'accident, et qu'une discussion reste encore possible sur l'importance des séquelles imputables à l'accident, il est recommandé à l'expert de formuler une fourchette d'évaluation desdites séquelles qui tienne compte de l'état revendiqué et de celui retenu par lui, afin de donner au mandant tous les éléments d'appréciation du préjudice quelques soient les hypothèses.

Pour la description de la vie quotidienne ou hebdomadaire du blessé, l'expert peut, si besoin est, recueillir tous avis techniques nécessaires, notamment celui d'un ergothérapeute.

#### ***Point numéro 6***

Les facultés de gestion de la vie comprennent aussi l'analyse de la capacité de la victime de recevoir et gérer les fonds provenant de l'indemnisation. L'expert devra se prononcer sur la nécessité éventuelle d'une mesure de protection.

Il convient de ne jamais perdre de vue que les traumatisés crâniens graves présentent des séquelles portant essentiellement sur les fonctions supérieures. Le médecin expert devra donc en faire l'étude complète et précise sans oublier de réaliser un bilan moteur par un examen neurologique somatique.

Il appartient à l'expert de procéder à la synthèse de tous les éléments recueillis (en particulier : entourage, examens complémentaires, avis spécialisés).

### ***Point numéro 9***

Fixer une date de consolidation est indispensable, mais n'est pas aisé: en effet:

- les déficits neurologiques sont généralement fixés au cours de la deuxième année,
- les déficits neuro-psychologiques ne sont généralement pas fixés avant la troisième année,
- il est plus difficile de fixer un terme aux modifications du comportement ce qui ne doit pas empêcher l'expert de déterminer une date de consolidation.

En règle générale, elle n'interviendra pas avant la 3<sup>ème</sup> année après l'accident, à l'exception des états végétatifs persistants et des états pauci-relationnels.

Lorsque les séquelles sont d'ordre essentiellement neuro-psychologiques, une consolidation trop précoce peut entraver différents projets thérapeutiques et même ruiner l'espoir de certaines familles en la poursuite d'une amélioration;

Il est rappelé que les souffrances endurées sont celles subies jusqu'à la consolidation

Pour le préjudice d'agrément, perte de qualité de vie, il s'agit d'apprécier tant les impossibilités, les limitations que les perturbations.

Le préjudice d'établissement s'entend de la difficulté ou de l'impossibilité de former un couple, de fonder une famille et/ou de les assumer.

Il y a lieu d'évaluer l'ensemble des besoins objectifs en aide humaine, même si elle est assurée bénévolement par les proches.

\* \* \*

Les documents validés peuvent aider l'expert dans sa démarche

-un outil global d'évaluation des Traumatisés Crâniens : le document EBIS

- des documents sectoriels

\* la NRS-R

\* la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF)

**Il est précisé que les références bibliographiques de ces outils d'évaluation doivent être données par le Professeur Truelle.** (L'absence de ces précisions ne modifie pas le sens du texte).

Pour l'analyse des capacités professionnelles, une évaluation dans une structure spécialisée peut être nécessaire telle qu'une unité d'évaluation de réentrainement et

d'orientation sociale et professionnelle pour cérébro-lésés ( UEROS) , une association pour la formation professionnelle des adultes ( AFPA) un centre préorientation...

L'analyse des besoins en matériels divers , de leur renouvellement et de leur surcoût , peut relever de l'avis d'un ergothérapeute.

## PROJET DE MISSION-ENFANT ( au 14.12.2001 )

Prendre connaissance des commentaires annexés à la présente mission;

2) Se faire communiquer par les parties ou leurs conseils:

les renseignements d'identité de la victime

- tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident,

- tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués ( y compris bilans neuro-psychologiques)

- tous les éléments relatifs au degré de développement de l'enfant ou de l'adolescent, antérieur à l'accident:

- degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapport aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne, en rapport avec l'âge.
- systématiquement les bulletins scolaires pré - traumatiques et toutes précisions sur les activités extra scolaires.

- ces mêmes éléments contemporains de l'expertise: dans l'aide au patient bien spécifier le soutien scolaire mis en place ( soutien individualisé en dehors et à l'école , soutien en groupe) et le comportement face au travail scolaire. Bien préciser le cursus ( classe redoublées, type de classe, type d'établissement).

- toutes précisions sur l'activité professionnelle et sociale des parents et de la fratrie ( niveau de formation par exemple).

3) Après recueil de l'avis des parties, déduire de ces éléments d'information, le lieu ou les lieux , de l'expertise et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation en présence d'un membre de l'entourage ou à défaut du représentant légal

4) Recueillir de façon précise, au besoin séparément, les déclarations de la victime et du membre de son entourage;

- sur le mode de vie antérieure à l'accident,



- sur la description des circonstances de l'accident,
- sur les doléances actuelles en interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences,

5) Après discussion contradictoire en cas de divergence entre les déclarations ainsi recueillies et les documents produits,

\* indiquer précisément le mode de vie du blessé antérieur à l'accident (degré d'autonomie en rapport à l'âge, niveau d'apprentissage scolaire, soutien pédagogique, ...) retenu.

\* restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho-affectif,

puis,

\* avec retranscription intégrale du certificat médical initial, et totale ou partielle du des autres éléments médicaux permettant de connaître les principales étapes de l'évolution, décrire de façon la plus précise que possible les lésions initiales, les modalités du ou des traitements, les durées d'hospitalisation (périodes, nature, nom de l'établissement, service concerné), les divers retours à domicile (dates et modalités), la nature et la durée des autres soins et traitements prescrits imputables à l'accident,

\* décrire précisément le déroulement et les modalités des 24 heures quotidiennes de la vie de la victime, au moment de l'expertise, et ce, sur une semaine, en cas d'alternance de vie entre structure spécialisée et domicile, en précisant la répercussion sur la vie des parents et des frères et sœurs, voir l'aide et la surveillance que doit apporter la famille et qu'elle ne devrait pas normalement apporter compte tenu de l'âge de l'enfant.

6) Procéder à un examen clinique détaillé permettant

- de décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne ;

- d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement et leur incidence sur les facultés d'insertion sociale et d'apprentissages scolaires .

L'évaluation neuro-psychologique est indispensable. Elle doit comporter plusieurs bilans (appréciation du retentissement immédiat et du retentissement sur la dynamique d'apprentissage).

Compléter ces évaluations par les données des bulletins scolaires actuels . Dans l'appréciation des bulletins, différencier ce qui revient au comportement, des performances

scolaires proprement dites; Ne pas se contenter du niveau de classe qui n' a parfois aucune valeur.

Rapporter le niveau de l'enfant à celui de sa classe, et le niveau de sa classe aux normes.

Compléter si possible par un bilan éducatif.

7)Après avoir décrit un éventuel état antérieur physique ou psychique, pouvant avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles, rechercher si cet état antérieur était révélé et traité avant l'accident ( préciser les périodes, la nature et l'importance des déficits et des traitements antérieurs) . Pour déterminer cet état antérieur chez l'enfant, il convient de différencier les difficultés d'apprentissage et de comportement.

Décrire comment ces troubles antérieurs ont été pris en charge : type de rééducation, type de soutien scolaire, autre type de soutien, type de scolarité, en précisant bien la chronologie .

Analyser, dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à l'accident des séquelles invoquées ense prononçant sur les lésions initiales , leur évolution , l'état séquellaire et la relation directe

et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident, si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme.

Dans le cas d'une aggravation de l'évolution prévisible due à l'accident, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

8) Il est nécessaire de connaître, avant de consolider, la dynamique des apprentissages scolaires ainsi que la qualité d'insertion sociale de l'enfant puis de l'adolescent.

Dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise, indiquer quels sont les projets thérapeutique , de scolarité et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci ( aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle, soutiens scolaires ,établissement adapté , soutien des activités extra-scolaires , rééducations telles que ergothérapie et psychomotricité , ...) et en tout état de cause, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe suivant.

9)Lorsque la consolidation semble acquise, l'évaluation des séquelles doit préalablement tenir compte des données suivantes:

- La description des déficiences ET du handicap doit être rapportée à ce qui est attendu pour l'âge. Bien préciser l'incidence sur la vie familiale, sur la scolarité (type de scolarité, type d'aide nécessaire), décrire les activités extra scolaires et l'insertion sociale de l'enfant. La scolarité et les activités extra scolaires sont à comparer avec celles des frères et soeurs et éventuellement avec celles pré-traumatiques. Indiquer les conséquences financières pour les parents (soutien scolaire, école privée, transport scolaire, tierce personne, psychothérapie, ergothérapie, psychomotricité, activités de loisir, vacances).

Analyser les besoins exprimés par la famille compte tenu du défaut d'autonomie pour l'âge.  
Analyser la qualité de vie du blessé et de sa famille ( parents, frères et soeurs);  
Donner une idée du retentissement ultérieur sur la vie professionnelle et sur les possibilités d'autonomie sociale sur les possibilités de fonder une famille.

En intégrant et discutant ces données, évaluer les séquelles aux fins de :

- fixer la durée de l'I.T.T et de l'I.T.P, périodes pendant lesquelles pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ou partiellement ses activités habituelles,

- fixer la date de consolidation en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuro-psychologiques,

- fixer par référence au barème X... le taux du déficit fonctionnel imputable à l'accident résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation.

Préciser , en outre , le taux de déficit fonctionnel actuel résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur .

- en cas de vie à domicile, se prononcer sur la nécessité pour le blessé d'être assisté par une tierce personne ( cette assistance ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires ou élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement .

Dans l'affirmative , préciser si cette tierce personne doit , ou non ,être spécialisée , ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé .Donner à cet égard toutes précisions utiles .

Se prononcer, le cas échéant , sur les modalités des aides techniques

se prononcer sur l'aménagement éventuel du logement

- après s'être entouré , au besoin ,d'avis spécialisés, dire si la victime est ou sera capable d'exercer une activité professionnelle, si oui, laquelle et dans quelles conditions,

- dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, para-médicaux, d'hospitalisation, d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative préciser lesquels et pour l'appareillage, le véhicule automobile et son aménagement , préciser la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût,

- décrire les souffrances physiques et psychiques endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,

- décrire la nature et l'importance du dommage esthétique et l'évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,

- décrire le préjudice d'agrément , perte de la qualité de vie de la victime qui s'entend de l'ensemble des autres préjudices personnels et non économiques .Ils comprennent , notamment , non seulement les loisirs mais aussi le préjudice d'établissement , le préjudice sexuel , le préjudice de procréation , le préjudice lié à la perte de l'identité , le préjudice lié à la privation des joies d'une vie normale d'enfant ( camarades et jeux ..... ) .

10) Etablir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission.

L'expert établira un pré-rapport et répondra, dans le rapport définitif , aux éventuelle: observations écrites des parties.

L'expert indiquera , dans les deux mois à compter de sa désignation , le montant de sa rémunération définitive prévisible afin que soit éventuellement ordonnée une provision complémentaire dans les conditions de l'article 280 du NCPC ; à défaut d'une telle indication, le montant de la consignation initiale constituera la rémunération définitive de l'expert .

## COMMENTAIRES DE LA MISSION-ENFANT

### ◆ Quand consolider ?



◆ L'enfant à un moment donné, possède des acquis et un potentiel. C'est un être en devenir. Longtemps il a été dit que le pronostic après atteinte cérébrale acquise était bon du fait de la plasticité neuronale . ( “ principe de Kennard” : plus on est jeune au moment de l'atteinte, moins c'est grave. En fait , (données cliniques et expérimentales) plus l'enfant est jeune au moment de l'atteint, moins bon est le pronostic d'autant plus que l'atteinte initiale est diffuse et importante. Car les acquis au moment de l'accident sont minimes et le traumatisme va altérer les capacités d'apprentissage. L'enfant ne sera pas celui qu'il aurait du devenir ( effet à retardement). Il ne s'agit pas d'un retard mais d'un décalage qui peut aller en s'accroissant au cours du temps.

Apprécier l'incidence du traumatisme sur le développement de l'enfant implique donc que la consolidation soit la plus tardive possible. Ne jamais consolider précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme crânien grave, a fortiori quand l'enfant était jeune au moment de l'atteinte ( ou alors très précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme extrêmement sévère) ou lorsque existe une localisation frontale.

On ne peut comme pour l'adulte, dans le but d'apprécier les conséquences du traumatisme crânien, comparer l'enfant à ce qu'il était. Il doit être comparé à ce qu'il aurait du devenir (capacités antérieures, fratrie).

La récupération motrice est souvent rapide et complète, les séquelles sont avant tout cognitives et comportementales ( handicap invisible comme chez l'adulte),

Ces séquelles:

- peuvent être très sous-estimées
- sont les éléments pronostiques majeurs à considérer dans l'appréciation des possibilités d'apprentissage, d'insertion et de réinsertion. La motivation , les capacités d'attention, de compréhension, de jugement, de mémoire, les capacités de synthèse, de flexibilité mentale, de contrôle de soi sont autant d'outils nécessaires à un développement harmonieux de tout enfant.

◆ **Imputabilité:** Si l'existence d'un état antérieur est alléguée, l'imputabilité ne pourra être

déterminée qu'à partir d'une description la plus précise possible de l'état antérieur, du type de troubles constatés , de la dynamique de l'évolution. Ceci rend absolument indispensable la répétition des évaluations neuro -psychologiques et si possible éducatives , ainsi qu'un recul suffisant avant la consolidation.

**Tierce Personne:** Il est nécessaire d'apprécier la tierce personne avant même la consolidation en fonction de l'autonomie que l'enfant n'a pas, compte tenu de son âge Il est nécessaire de distinguer le rôle qu'auraient eu les parents sans l'accident, en fonction de l'âge de l'enfant , de celui qui relève de la tierce personne. L'enfant a, en dehors du cas d'un état végétatif ou d'un état pauci-relationnel, une espérance de vie normale; Il y a donc nécessité d'anticiper sur les besoins futurs en tierce personne.

◆ **Considérer la scolarité comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique.** Faciliter le soutien scolaire, la scolarité à petit effectif dans le but de favoriser l'insertion réinsertion de l'enfant.

◆ Considérer les prise en charge autres non prises en charge par la Sécurité Sociale: rééducation par ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, ordinateur portable. Poussette adaptée, siège - auto...

◆ Ne pas oublier lors de la consolidation d'apprécier incidence sexuelle, professionnelle et d'établissement.

Il est rappelé que les souffrances endurées sont celles subies jusqu'à la consolidation

Pour le préjudice d'agrément , perte de qualité de vie , il s'agit d'apprécier tant les impossibilités , les limitations que les perturbations .

Le préjudice d'établissement s'entend de la difficulté ou de l'impossibilité de former un couple , de fonder une famille et/ou de les assumer .

Il y a lieu d'évaluer l'ensemble des besoins objectifs en aide humaine ,même si elle est assurée bénévolement par les proches .



# UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS

BREST, le 10 Décembre 2001

## Annexe 29

### Le Président

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART

N/REF : 2001.289/JP/FS

OBJET : Projet de mission d'expertise « T.C. »

Madame la Présidente,

Je vous remercie de votre souci de rechercher les observations de 'U.N.A.F.T.C.

### 1) REMARQUES PREALABLES

- a) **Si le projet de mission d'expertise « T.C. » est « officiellement » accepté, et rendu applicable par la Chancellerie, NOUS DEMANDONS QUE SON CHAMP D'APPLICATION CONCERNE NON SEULEMENT LES EXPERTISES JUDICIAIRES, MAIS AUSSI LES « EXAMENS-BADINTER ». C'est, en effet, dans ce dernier champ, que se produisent des abus évidents, CELA NECESSITERAIT DE MODIFIER EN CONSEQUENCE LE DECRET ASSOCIE A LA LOI ET NE POURRA QUE RESPONSABILISER LES MEDECINS-CONSEILS D'ASSURANCES QUI DEVIENDRAIENT, LE CAS ECHEANT, SUSCEPTIBLES DE DEPOT DE PLAINTES PAR LA VICTIME EN CAS D'ERREUR MANIFESTE :** (pour information, voir l'article, d'un ton modéré mais reflétant la réalité, du « CANARD ENCHAINE » (et oui !) du 5 Décembre 2001- page 4).
- b) **L'U.N.A.F.T.C. va s'efforcer de constituer un réseau informel de médecins conseils de victimes** compétents et « déontologiquement » réellement indépendants ! (L'ANAMEVA propose une liste de noms qui répond au dernier critère mai qui ne présente pas de garantie de « compétence T.C. »).
- c) **Je vous « maile » également aujourd'hui, le texte que j'ai préparé pour Mr CHARZAT, chargé d'une mission parlementaire par Mme ROYAL, pour l'éclairer sur les différences entre handicap mental, retard mental et d'autres formes de handicaps** se manifestant par des troubles des fonctions supérieures. Bien que le D.I.U. vous ait apporté bien des connaissances, cela vous proposera un angle d'éclairage un peu différent. Bien entendu, si vous le souhaitez, vous pouvez en faire état. J'ai eu un entretien le 9 Décembre avec Mr CHARZAT sur le sujet.

- d) L'U.N.A.F.T.C. souhaiterait que, au stade de l'examen « BADINTER », prévu par la loi, la convocation de la victime comporte le détail de la mission reçue par le Médecin-conseil de l'assurance, et non la formule lapidaire habituelle. A l'issue, il devrait recevoir un compte rendu détaillé dans la même forme que celle imposée aux experts judiciaires. Il serait également normal que l'en tête du courrier de convocation de la victime par le médecin conseil de l'assurance ne fasse pas état de sa qualité « d'expert judiciaire » afin de ne pas « impressionner » la victime (voir article du CANARD ENCHAINE cité ci-dessus).
- e) **Je vous adresserai, dans quelques jours, par courrier, un document de travail du « Projet de Directive Européenne spécifique pour les personnes handicapées »** élaboré par la seule organisation européenne des personnes handicapées (« European Disability Forum », qui regroupe 36 millions de citoyens !) reconnue par les « autorités européennes » (Commission – Conseil - Parlement) et dont l'U.N.A.F.T.C. fait partie. Ce texte pourrait éventuellement rejoindre la documentation des « ENTRETIENS D'AIX ».

## 2) PROPOSITIONS SUR LE PROJET DE TEXTE

- a) **NOUS N'AVONS PAS D'OBSERVATIONS SUR L'ARTICULATION DE LA MISSION :** articulation des items / commentaires de la mission. Nous en approuvons l'esprit. Nos observations concernent donc essentiellement des parties de texte, qui, à nos yeux, risquent de rendre le texte sujet à interprétation différente par les parties.
- b) **La première proposition d'ordre général de l'U.N.A.F.T.C. est la nécessité, D'INTRODUIRE L'EVALUATION D'UN PREJUDICE MORAL DE LA VICTIME.** Le Professeur COHADON (« LES TRAUMATISES CRANIENS, DU COMA A LA RE INSERTION ») a bien distingué dans la préface de cet ouvrage de référence, la singularité des atteintes du Traumatisme Crânien : UN LE TRAUMATISME PSYCHIQUE, UN TRAUMATISME DU PSYCHISME (considéré au sens large : capacité cognitive... ..). La réparation du « simple » traumatisme psychique n'est-elle d'ailleurs pas prise en compte dans **les cas de personnes concernées par un événement « hors norme » : attentat ?**.
- c) **Projet Point 2 : 4è alinéa – 1<sup>er</sup> sous alinéa.**  
Nous proposons la rédaction suivante : « *DEGRE D'AUTONOMIE* .actes *élémentaires, d'une part, et élaborés, d'autre part, de la vie quotidienne* ».
- d) **Projet Point 2 : 4è alinéa – 3è sous alinéa.**  
Nous proposons la rédaction suivante : « *niveau d'études et cursus scolaire, et le cas échéant, supérieur pour un étudiant* ». (Raison de cette modification : adjonction d'un facteur permettant de mieux apprécier l'état).
- e) **Projet Point 2 : 4è alinéa – 4è sous alinéa :**  
Nous demandons d'ajouter l'expression suivante : « *cursus professionnel* » (même raison que pour observation d) ci-dessus).
- f) **Projet Point 2 : 5è alinéa :**  
Nous proposons d'ajouter in fine le texte suivant : « *principales activités sociales de loisirs* » (Raison : cela peut être une référence utile pour l'évaluation de la perte du préjudice d'agrément).



**g) Projet Point 3 : 2<sup>e</sup> ligne :**

Nous souhaitons modifier le texte comme suit : « *de un ou deux membres de l'entourage, (père et mère / conjoint et un enfant par exemple)* ». Par ailleurs, faut-il que les conseils des victimes puissent s'exprimer dès ce stade ? nous le souhaitons, pour que les victimes se sentent psychologiquement soutenues....

**h) Projet Point 4 : 1<sup>e</sup> ligne :**

Si la proposition ci-dessus est retenue, ajuster la rédaction pour lire (*du ou des » membres*)

**i) Projet Point 4 : dernière ligne,**

nous demandons que soit ajouté in fine « *conséquences, dans les actes essentiels élaborés de la vie quotidienne* »

**j) Projet Point 5 : 1<sup>er</sup> alinéa**

(« indiquer précisément le mode de vie..... »)

Cette rédaction ne nous paraît pas assez précise pour permettre l'évaluation du degré d'autonomie. Cette rédaction laisse le champ ouvert à toutes formes d'expression engendrant des débats entre régleurs et avocats. Or il est très important que le degré d'évaluation du préjudice soit déterminé à partir de définition homogène. *L'U.N.A.F.T.C. PROPOSE QUE LES FACTEURS CITES : « DEGRE D'AUTONOMIE » D'INSERTION SOCIALE ET / OU PROFESSIONNELLE (OU SCOLAIRE) RETENUS ... SOIENT CHACUN DETERMINE PAR UNE APPRECIATION QUALITATIVE TELLE QUE : « TOTALE » - « EXCELLENTE » - « BONNE » - « MOYENNE » - « FAIBLE » - « TRES MEDIOCRE »*. Nous souhaitons que cette échelle soit incluse dans le libellé du point concerné.

**k) Projet Point 5 : 4<sup>e</sup> alinéa, (« décrire précisément..... »)**

Il nous apparaît nécessaire que la description comporte aussi les périodes où les activités citées et qui ne peuvent être accomplies que si la victime dispose d'une aide humaine et / ou technique. Cela peut aider à la détermination du temps de « TIERCE PERSONNE ».

**l) Projet Point 7 : dernier alinéa ( dans le cas d'une..... »).**

La rédaction actuelle (sauf si elle correspond à une rédaction juridique précise) ne nous apparaît pas claire ; ne faudrait-il pas lire « *dans le cas d'une aggravation prévisible de l'évaluation due à l'accident.....* » et non « *d'une aggravation de l'évolution prévisible* » ? Par ailleurs, il nous semble extrêmement difficile de prédéterminer « une proportion » (faut-il comprendre un « pourcentage » ?) d'aggravation. La notion ainsi introduite ne risque t-elle pas d'être un chiffre plafond sur lequel se fonderait l'assureur pour déterminer les chiffrages limites induits par l'aggravation ?

**m) Projet Point 9 : 3<sup>e</sup> alinéa « *fixer.....au barème X de référence* »**

Serait -il possible, ce que souhaite l'U.N.A.F.T.C., d'officialiser un barème unique « judiciaire / amiable » élaboré par la CHANCELLERIE, et non de prendre en compte le barème, du « CONCOURS MEDICAL », ou celui, récent du « GUIDE BAREME de REFERENCE ». Ces deux barèmes minorent très notablement les préjudices et troubles des fonctions supérieures. A notre connaissance, ces deux textes essentiels pour la réparation ne semblent pas comporter dans la liste des professionnels qui ont contribué à leur rédaction, des médecins, personnels para-médicaux ou sociaux dont la compétence est indiscutée dans le domaine concernant l'évaluation des conséquences séquellaires d'un Traumatisme Crânien.

**A noter que le barème utilisé par les COTOREP est un document du Ministère des Affaires Sociales, il constitue donc une référence officielle, ce qui n'est pas le cas des barèmes cités qui sont en fait auto proclamés. CETTE SITUATION NE CONSTITUE PAS UNE GARANTIE NI D'IMPARTIALITE NI DE COMPETENCE POUR LES JUSTICIABLES « TRAUMATISES CRANIENS ».**

n) **Projet Point 9 : 4<sup>e</sup> alinéa** (« en cas de vie... .. »).

Nous souhaiterions que la dernière phrase soit remplacée par le texte suivant qui nous semble plus complet : « *se prononcer sur les modalités des aides humaines, sur l'adaptation, aux capacités d'accès et de déplacement du lieu de vie choisi. De même la possibilité pour la victime, d'accéder depuis son lieu de vie et avec l'aide appropriée aux lieux de loisirs et de vie sociale doit être prise en compte.* »

o) **Projet Point 9 : 9<sup>e</sup> alinéa** « décrire le préjudice d'agrément

Lire « ..... et la perte de la qualité de vie »

**Remarque** : le concept de « perte de la qualité de vie » est à peu près impossible à définir dans la mesure où il n'y a pas de définition de la « qualité de vie » (pas plus d'ailleurs que d'échelle d'évaluation). On pourrait contourner cet écueil sémantique en regroupant sous l'expression « préjudice d'agrément » une définition plus large impliquant, par exemple :

. le déficit psycho – affectif considérable subi (pris en compte actuellement dans le préjudice d'établissement et de procréation)

'incapacité d'établir une relation de couple durable, d'élever des enfants

. la perte économique potentielle de la victime, soit qu'elle puisse raisonnablement bénéficier d'une amélioration de sa carrière professionnelle, soit surtout qu'elle n'est pas encore rentrée dans la vie professionnelle. (Ces derniers éléments ne sont pas toujours pris en compte dans un éventuel préjudice d'établissement qui pourrait être adapté et à la limite supprimé).

### **3) COMMENTAIRES**

a) **Point n° 2 : dernière phrase** (Les actes élaborés... ..)

Nous souhaiterions, par souci de clarification (du point de vue de notre lecture du texte) la rédaction suivante pour cet alinéa « LES ACTES ELABORES CONCERNENT EN PARTICULIER : L'ACCOMPLISSEMENT DES ACTIVITES SOCIALES ET CITOYENNES, LA CAPACITE DE POUVOIR GERER LA TOTALITE DES ASPECTS D'UNE VIE DE COUPLE, DE POUVOIR ACCEDER AUX ACTIVITES DE LOISIRS PRATIQUEES « ANTE ACCIDENT », DE POUVOIR SATISFAIRE « SES BESOINS NORMAUX » (ACCES AUX SERVICES, AUX MAGASINS...), EN RESUME, DE GERER SA VIE OU, S'IL NE LE PEUT PLUS DU FAIT DE SON HANDICAP, IL CONVIENT DE LUI DONNER LES MOYENS DE SUBSTITUTION NECESSAIRES, QU'ILS SOIENT SOUS FORME D'AIDE HUMAINE, ET LE CAS ECHEANT, TECHNIQUE. ».

b) **Point n° 3 : 3<sup>e</sup> ligne** (« cependant il est recommandé... »).

L'U.N.A.F.T.C. estime qu'une éventuelle « recommandation » a de fortes chances de rester à l'état de vœu pieux et souhaiterait que les termes suivants soit employés : « Cependant il est tenu ».

c) **Point n° 3 : 2<sup>e</sup> alinéa, dernière ligne :** « *d'origine.* »

Lire : « *physique et / ou neurologique* »

d) **Point n° 5 : 2<sup>e</sup> alinéa, 1<sup>ère</sup> ligne :** « *et d'insertion sociale* ».

Ajouter : « *scolaire* ».

#### **4) CONCLUSIONS**

**MIS A PART DES DEMANDES DECOULANT DE SOUCI DE CLARIFICATION DU TEXTE, UTILE MAIS NON ESSENTIELLES, L'U.N.A.F.T.C. AVANCE SIX PROPOSITIONS QU'ELLE CONSIDERE IMPORTANTES :**

- 1) APPLICATION DE LA MISSION TANT AU NIVEAU « AMIABLE » QU'AU NIVEAU JUDICIAIRE**
- 2) COMMUNICATION DE LA MISSION A LA VICTIME PAR LE MEDECIN CONSEIL DE L'ASSURANCE RESPONSABLE EN MEME TEMPS QUE LA « CONVOCATION A L'EXAMEN ».**
- 3) EVALUATION, DANS LA MISSION DU PREJUDICE MORAL DE LA VICTIME (suite logique et inattendue de l'arrêt « PERRUCHE » ?)**
- 4) DEFINITION DANS LE PREJUDICE D'AGREMENT DE CE QUI EST CONSTITUTIF, DE LA QUALITE DE VIE ET QUALIFICATION DE SON NIVEAU.**
- 5) DEFINITION PLUS EXHAUSTIVE DES « ACTES ELABORES DE LA VIE QUOTIDIENNE » (sinon cela sera un sujet de débat fondamental entre les Régleurs et les Avocats conseils)**
- 6) DEMANDER QU'UN GUIDE BAREME D'EVALUATION SPECIFIQUE « OFFICIEL » SOIT ELABORE PAR UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE PROFESSIONNELS COMPETENTS EN MATIERE DE TRAUMATISME CRANIEN, ET D'INSERTION SOCIALE. CE BAREME DOIT ETRE LE SEUL UTILISE QUELLE QUE SOIT LA VOIE CHOISIE : JUDICIAIRE OU « BADINTER ».**

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C

**VIEUX Elisabeth**

De BROUSSEAU Serge <serge.brousseau@axa.com>  
 À : <elisabeth.vieux@justice.fr>  
 Cc : <helene.hugues@aredoc.com>; <bessiere@aredoc.com>; <catherine.traca@gema.fr>; <pechinot@ffsa.fr>  
 Envoyé : mardi 15 janvier 2002 12:48  
 Joindre : 2002 01 victime par nature d'usagers.xls; AUTO APSAD 07-97.pdf; Remarques AREDOC sur missions TC Graves.doc.doc  
 Objet : Positionnement des assureurs sur les projets de missions traumatisés crâniens graves et éléments chiffrés sur les nombres des accidents de la route, coûts, garanties individuelles:

Permettez moi, tout d'abord, de vous présenter mes meilleurs voeux pour cette nouvelle année.

Lors de notre dernière réunion je m'étais engagé à vous fournir des précisions et tendances, notamment sur les projets de missions d'expertise des TC Graves et sur les données chiffrées (évolution dans le temps du nombre de blessés et de morts, répartition des victimes selon leurs qualités, chiffrage des garanties d'assurances du conducteur fautif en intégrant les paramètres franchise et plafonds d'indemnités).

1) Le premier fichier que je vous adresse fournit un tableau sur le nombre de blessés et de tués recensés par les forces de l'ordre par nature d'usager. Vous constaterez une forte croissance du nombre de motards victimes. Cette évolution est en corrélation directe avec le développement du parc des deux roues lié à un accès facilité aux motos 125 cm<sup>3</sup>. Depuis quelques mois nous observons un repli du marché dès 125 cm<sup>3</sup> qui aura peut être pour conséquence de limiter la hausse des accidents de moto.

2) Le second fichier vous donnera toutes les précisions voulues sur le nombre et le coût des accidents de la route et sur le coût des garanties individuelles du conducteur fautif. Vous constaterez que les tarifs des garanties individuelles sont évidemment très variables selon la nature de l'usager (conducteur automobile ou motard) et la formule choisie (avec franchise et/ou plafond d'indemnité). Cette étude de notre Fédération date de quelques années mais je me suis assuré que les chiffres sont toujours actuels.

3) Le troisième fichier vous donnera la position officielle de l'AREDOC en accord avec la FFSA et le GEMA sur les projets de mission que vous m'avez transmis. Pour résumer cette note et être très précis je tiens à dire, que certains points, des missions proposées nous posent de réels problèmes. Nous reconnaissons que, dans l'ensemble, les missions constituent des avancées significatives ; nos " réserves " portent sur des points de méthodologie essentiels et sur une lisibilité ou un réalisme des projets qu'il faut retravailler si on veut les rendre opérationnels.

Parmi les points qui nous posent un problème majeur je relève

-Le choix d'un barème : pour les assureurs le barème qui, seul, peut faire l'objet d'une méthode objective c'est à dire de la même façon par tous les

médecins qui pratiquent l'expertise est le barème du Concours Médical. Pour nous, cet outil est destiné à permettre au médecin une évaluation la plus juste possible des séquelles, sans notion subjective et dans le respect du caractère égalitaire de l'évaluation : à séquelles identiques il est essentiel d'avoir un taux d'incapacité identique (pour un statut physico-psychique identique, bien entendu) ; l'éventuelle incidence sociale, personnelle, professionnelle doit faire l'objet d'une description spécifique. Seul le juge ou le régleur d'assurance peut en déduire l'indemnisation qui, elle, sera évidemment adaptée selon chaque personne.

-Le périmètre des missions : pour les assureurs, les missions spécifiques des TC ne peuvent concerner que les affaires graves ce qui suppose que nous les définissions avec précision. On ne peut, en effet, utiliser des missions aussi lourdes pour des affaires bénignes.

- La distinction adultes / enfants : le fait de créer une mission spécifique enfant suppose que nous sachions avec précision quand on doit l'utiliser. Il est donc impératif de définir ce que nous entendons par "enfant" ce qui est loin d'être simple. C'est pourquoi il nous semble plus opérant d'avoir une seule mission TC grave qui pourrait avoir par ailleurs, une déclinaison enfant ou des commentaires adaptés.

- Le rôle de l'expert : il ne peut être question de demander à un expert médecin de répondre à des questions qui ne relèvent pas de son domaine de connaissance. Pour les assureurs il n'est pas concevable de lui demander, d'une manière ou d'une autre, de se prononcer sur l'aménagement du logement, ou du véhicule, le préjudice d'établissement... Dans cet esprit, le point 9 de la mission enfant nous semble, pour l'essentiel, échapper à l'expert médecin.

- Les préjudices nouveaux : pour les assureurs, les préjudices à indemniser sont définis, soit par la loi, soit par la jurisprudence à supposer que celle-ci soit claire et majoritaire. C'est pourquoi les postes de préjudices tels que préjudice de perte d'identité, de privation des joies normales de la vie d'enfant, d'établissement...ne peuvent, à notre sens, figurer dans des missions générales.

Voilà les différents points que je souhaitais porter à votre connaissance dans les délais que nous avons convenus.

Les remarques de mon point 3 sont essentielles pour le "monde" de l'assurance ; elles n'interdisent pas d'imaginer un consensus à terme, mais il est nécessaire, avant de l'envisager, de lever les réserves que nous formulons ; comme je vous l'ai indiqué, j'ai préféré dire très clairement ce qui nous posait des problèmes majeurs, ceci pour éviter tous malentendus pour le futur.

Je reste bien sur à votre disposition et je pense que nous examinerons toutes ces questions lors de notre prochaine réunion. Je vous laisse le soin de communiquer, si vous le souhaitez, les éléments de ma réponse aux membres du groupe de travail.

Paris le 15 janvier 2002

Serge Brousseau

<<Excel 2.x Chart>> <<AUTO APSAD 07-97.pdf>> <<Remarques AREDOC sur missions TC Graves.doc.doc>>

---

AXA Group Management Services

Serge BROUSSEAU  
Direction Technique Centrale / Directeur Technique Sinistres IARD Groupe  
Group Insurance Organization / Group P&C Claims Manager

GIE AXA, 21, rue La Boétie - F75008 PARIS

tel. : +33 1 40 75 59 27

fax : +33 1 56 69 93 27

e-mail : [serge.brousseau@axa.com](mailto:serge.brousseau@axa.com) <<mailto:serge.brousseau@axa.com>>

---

**ÉTUDE DES PROPOSITIONS DE MISSION D'EXPERTISE  
DU GROUPE DE TRAVAIL INTERMINISTÉRIEL "TRAUMATISÉS  
CRÂNIENS" EN DATE DU 14/12/2001**

**PRÉAMBULE**

Nous rappelons qu'il est impératif de faire apparaître clairement que cette mission, que ce soit pour l'adulte ou pour l'enfant, doit concerner exclusivement les traumatisés crâniens graves.

Par ailleurs, il nous semble nécessaire de rappeler aussi que l'AREDOC, en 1999, a procédé à des modifications substantielles de la mission qui avait été élaborée en 1997 après une réunion d'un groupe de travail que présidait Mme Vieux.

En particulier, avaient été prises en considération les demandes relatives aux bilans neuropsychologiques sur lesquels des détails avaient été apportés, ainsi que l'annexion de commentaires à la mission dont l'expert doit prendre connaissance (point 1).

Par la suite, le Conseil d'administration de l'AREDOC a approuvé ces modifications et accepté l'ajout formel du point 22 concernant les problèmes posés par les répercussions des séquelles sur l'activité sexuelle et la prise en compte des difficultés rencontrées par ces victimes en cas d'alternance de vie entre une structure spécialisée et le domicile, en demandant à l'expert de rapporter la description sur la vie de la victime sur une semaine, et non pas sur 24 heures.

Enfin, il convient de noter que les travaux élaborés par l'AREDOC sont le fruit de réflexions menées par des spécialistes de terrain (médecins et juristes) et qu'ils sont le résultat d'un véritable consensus entre tous les adhérents, ce qui est le cas particulièrement de cette mission d'expertise TC graves.

## REMARQUES GÉNÉRALES

Il est à observer que les qualités de la mission de l'AREDOC sont implicitement reconnues puisque, à quelques mots près parfois, tous ses points ont été repris dans le projet du groupe de travail.

Sur un plan général, il nous est apparu que ce projet regroupe à la fois des questions et les commentaires qui s'y attachent. Il conviendrait sûrement de modifier cet aspect du texte afin de le rendre plus clair et de bien montrer l'aspect très spécifique de ce type de victimes qui demandent à être examinées par des experts spécialisés.

Par ailleurs, il est également préjudiciable à la bonne objectivité de l'expert de lui poser des questions qui sortent de la sphère médicale (aménagement du logement, aménagement du véhicule, préjudice d'établissement).

Il n'est de plus pas possible, dans une mission d'expertise, de créer des postes de préjudice qui n'ont aucune définition préalable, ce qui risque de mettre l'expert en difficulté. C'est l'exemple du préjudice de perte d'identité ou du préjudice lié à la privation des joies d'une vie normale d'enfant... dans la mission enfant.

Enfin, il conviendrait de se référer au barème du Concours médical afin qu'il n'y ait pas, dans le chiffrage de l'IPP, une double, voire une triple prise en compte des séquelles fonctionnelles.

Etant donné que la mission spécifique "enfant" reprend de très nombreux éléments de la mission "adulte", ne serait-il pas plus simple d'intégrer les commentaires concernant l'enfant soit dans des questions, soit même dans les commentaires annexés à la mission. Il convient également d'attirer l'attention sur le fait que l'on n'a pas de définition très précise sur ce qu'on entend, en l'occurrence, par "enfant".



### Point 1

Le texte reprend celui de la mission AREDOC. Pas de commentaires.

### Point 2

Cette question ayant pour but d'obtenir le maximum de renseignements sur la victime, il conviendrait de l'inclure dans les commentaires, dans un but pédagogique et non pas dans la mission.

### Point 3

Cette question reprend à peu de choses près le point 3 de la mission AREDOC. Les différences sont mineures et ne nécessitent pas de commentaires.

### Point 4

Cette question reprend à peu de choses près les points 4 et 9 de la mission AREDOC. Les différences sont mineures et ne nécessitent pas de commentaires.

Il convient cependant d'attirer l'attention sur le fait que les questions posées sur le mode de vie de la victime antérieur à l'accident ou ses circonstances sont déjà évoquées au point 2 et le seront à nouveau au point 5.

Par ailleurs, il serait souhaitable qu'une question spécifique portant sur les doléances actuelles soit détachée des déclarations sur les faits antérieurs à l'expertise.

### Point 5

Cette question reprend en gros les points 5, 6 et 7 de la mission AREDOC.

Par contre, est-il réellement nécessaire d'instaurer un débat "contradictoire" sur les déclarations recueillies auprès de la victime et les documents produits ? Cela relève de toute façon plus de la méthodologie que du contenu d'une mission.

Par ailleurs nous ne comprenons pas très bien la question concernant la restitution de l'accident dans son contexte psycho-affectif surtout lorsqu'il s'agit d'un accident de la circulation (?).

Bien entendu, nous ne pouvons qu'approuver la description du déroulé de la vie de la victime sur 24 heures que l'on retrouve au point 16 de la mission AREDOC et que l'on retrouve par ailleurs aussi au point 9 de la mission du groupe de travail interministériel.

#### Point 6

Ce point concerne l'examen clinique proprement dit. On retrouve pratiquement dans les mêmes termes les points 11 et 8 de la mission AREDOC. Cela ne nécessite donc pas de commentaires.

#### Point 7

La rédaction de cette question est très alambiquée. Nous ne comprenons pas l'intérêt d'une telle rédaction.

Par ailleurs, il n'est pas souhaitable de regrouper l'étude de l'état antérieur avec la discussion de l'imputabilité qui doit faire l'objet d'une question spécifique (question 12 de la mission AREDOC). Le problème posé par l'étude de la proportionnalité de l'état antérieur sur un taux d'IPP ne manquera pas de soulever de réels problèmes. Pourquoi ne pas s'en tenir à la question classique simple sur l'état antérieur ?

#### Point 8

Si la précision demandée dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise paraît judicieuse, il est cependant imprudent d'indiquer une fourchette d'évaluation prévisible. En effet, il est certain que le taux plancher ou l'évaluation plancher des préjudices est important pour permettre à l'assureur de provisionner son dossier, mais obliger à mettre un taux maximum est une situation qui provoquera certainement de nombreux conflits au cours des expertises judiciaires et qui n'est peut-être pas indispensable pour le juge dans ce cas. Par ailleurs, cela sera-t-il bien compris par la victime si le taux s'avère nettement inférieur à ce qui était prévu dès lors qu'elle a mieux récupéré qu'espéré ?

### Point 9

Ce point reprend les points 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 21 de la mission AREDOC à quelques mots près.

Le 4<sup>e</sup> paragraphe introduit la notion de gestes élémentaires ou élaborés de la vie quotidienne sur lesquels nous avons longuement discuté et qui ne nous apparaissait pas utile . Par contre nous sommes tout à fait d'accord avec le fait d'insister sur les séquelles neuropsychologiques à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et/ou de troubles du comportement.

La référence au barème X fait apparaître l'existence d'un déficit fonctionnel et non plus d'une incapacité permanente partielle, ce qui peut être une dérive. La notion simple d'IPP nous paraît plus adaptée que le terme déficit fonctionnel et mieux correspondre aux travaux européens qui sont en cours actuellement.

Toujours au point 9, il ne relève pas de la sphère médicale d'étudier l'aménagement du logement, l'aménagement du véhicule, ni surtout leur coût.

Le paragraphe concernant le préjudice d'agrément et la perte de la qualité de la vie regroupe - entre autres -, mais sous une autre forme, les points 20 et 22 de la mission AREDOC. Là aussi, à part lorsqu'il y a des séquelles physiologiques évidentes, est-ce du domaine du médecin de décider qu'une victime peut ou non se marier, fonder un foyer ?... Qu'est-ce que la perte de l'identité ?...

C'est pourquoi nous estimons que cette question mériterait d'être éclatée en plusieurs points pour éviter toute confusion.

### EN CONCLUSION

La nécessité d'avoir refait une mission ne nous apparaît pas évident. En revanche, le caractère pédagogique des précisions apportées dans la mission pourrait faire l'objet d'une annexion dans les commentaires.

Il faut cependant attirer l'attention sur le fait qu'il s'agit d'une mission et non pas d'un ouvrage de méthodologie ou de formation sur les traumatisés crâniens graves.



Vincennes, le 14 janvier 2001

Madame Elisabeth VIEUX  
Cour d'Appel d'Aix en Provence  
20, place de Verdun

13616 AIX EN PROVENCE CEDEX 1

*Nos références:*  
AT/MLL

Madame,

Votre lettre du 20 décembre 2001 relative aux projets de missions d'expertise médicale concernant les traumatisés crâniens graves m'est bien parvenue et je vous en remercie.

La volonté exprimée de disposer d'une mission spécifique aux traumatisés crâniens graves ne peut que rencontrer l'approbation des spécialistes de la réparation du dommage corporel. Je vous avoue toutefois être surpris par les projets présentés puisque des magistrats et des assureurs, avaient déjà eu à connaître de la création d'une mission spécifique aux traumatisés crâniens graves dans le cadre de la commission Assureurs/Magistrats qui les réunissait en 1995 et dont était membre Monsieur Nail, Conseiller à la Cour d'Aix en Provence. La mission dite de l'AREDOC, est d'ailleurs celle qui avait été validée en 1995 et qu'utilisent les personnels du Fonds de garantie pour le bon aboutissement des dossiers dont ils ont la charge.

Un point de désaccord subsistait seulement sur celui du médecin ou du régleur qui devait évaluer l'éventuel préjudice sexuel, voire le préjudice d'agrément.

La lecture des documents transmis montre que l'on engage l'expert médical dans des domaines qui ne sont pas de son art. C'est compréhensible de la part du juge qui veut être mieux informé et ne souhaite pas multiplier les investigations, cela constitue néanmoins une cause de dérive dont il me semble qu'il faille faire l'économie.

C'est sous ces importantes réserves que sont formulées les observations qui figurent dans l'annexe jointe.

Merci de considérer que le style rédactionnel est lié au besoin de vous répondre dans un très court délai. Je me suis efforcé d'apporter les observations critiques les plus complètes possibles pour que le groupe de travail puisse nourrir sa réflexion.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs

A. TOMADINI

Objet PROJET DE MISSION D'EXPERTISE MEDICALE RELATIVE AUX TRAUMATISES CRANIENS GRAVES, ADULTES

---

Le recueil de missions publié par le Concours Médical en 2001 présente celle relative aux traumatisés crâniens graves en incluant la notion de «grave» que l'on ne retrouve pas dans l'intitulé du projet. Par ailleurs, il y est dit en préambule que la mission est exclusivement réservée à l'évaluation définitive des séquelles de traumatismes crâniens graves et qu'elle est peu adaptée à des examens précoces ou intermédiaires et ne convient pas du tout aux traumatismes crâniens bénins ou peu graves. Ces précautions ne paraissent pas non plus dans le projet.

Le 2<sup>ème</sup> item semble traduire une mode pour ce qui concerne la demande de renseignements psychologiques et affectifs. A ce stade du dossier, il serait sans doute plus sage de s'en tenir aux données objectives. La narration des faits doit suffire à éclairer l'expert surtout si elle résulte du conseil de la victime qui pourrait avoir tendance à en rajouter, comme je le constate lors d'échanges épistolaires dans les dossiers du Fonds.

Au plan médical, on note souvent une perte de connaissance ou une amnésie des premiers instants, aussi la formulation est donc trop précoce.

Le début du 4<sup>ème</sup> item est redondant avec le 2<sup>ème</sup>.

Le 5<sup>ème</sup> item tel qu'il est rédigé, suppose qu'il y ait un désaccord alors qu'en toutes circonstances le rapport de l'expert devrait être suffisamment clair pour que le régleur y trouve des faits objectifs et vérifiés qui lui permettent de chiffrer l'indemnité. A ce titre l'item est inutile. Et, faut-il revenir sur le contexte psycho-affectif ? Il est aussi curieux de trouver exprimé là, le besoin de retranscription intégrale du certificat médical initial qui est une pièce maîtresse du dossier.

Le dernier paragraphe du 5<sup>ème</sup>, concernant le déroulement et les modalités des 24 heures quotidiennes de la vie de la victime, devrait être la conséquence des items suivants et non le contraire. Ce n'est d'ailleurs qu'une des modalités des questions exprimées plus après sans que l'on dise alors sur la base de quelles observations est faite l'évaluation.

La demande de description de la vie sur 24 heures ou plus, a pour objet d'apprécier les besoins en aides technique et humaine, pourquoi alors ne pas exclure de l'analyse le quotidien des sujets séjournant en structures spécialisées et totalement pris en charge dans ce contexte ?

Le 6<sup>ème</sup> item renvoie, entre parenthèses, au n° 8 de l'AREDOC. Ayant consulté les deux versions de la mission de l'Aredoc, elles ne contiennent pas de mention identique à celle de l'item. Dire les répercussions sur la vie professionnelle, sociale et familiale.

Le second paragraphe du 7<sup>ème</sup> item ne me paraît pas avoir sa place dans la mission. L'expert peut certes prévoir une aggravation mais il ne me semble pas qu'il doive évaluer les séquelles en intégrant un événement futur probable, voire incertain. Je m'en remets ici à l'avis des médecins.

L'item n° 8. Il est normal de donner une fourchette prévisionnelle d'IPP à l'assureur ou au Fonds pour que soit établie une réserve financière. Dans le cas d'une mission judiciaire, cela crée, de par le système revendicatif de certains et de par les espoirs que cela peut faire naître dans l'esprit de la victime, un contexte difficile au moment des conclusions définitives. Il est sans doute préférable de faire préciser par l'expert que l'IPP ne sera pas inférieure à X%. Cette formule constitue un bon point de repère et permet de chiffrer la ou les provisions à verser avant les conclusions définitives.

L'item n° 9 fait référence à un barème sans qu'il soit cité. Les médecins disposent aujourd'hui de deux barèmes récents dont l'un est utilisé dans la quasi totalité des cas et depuis 20 ans, c'est celui du Concours Médical dont la dernière mise à jour est de février 2001. La Cour de cassation a approuvé ce barème en jugeant qu'une Cour d'appel s'y était référée à juste titre (Cass. crim. 26 juin 1984, Guimber). Le groupe de travail envisage-t-il de rendre un barème obligatoire ? et dans l'affirmative saurait-on faire l'économie d'une guerre des barèmes ?

Le projet demande aussi à l'expert de dire, non seulement si la victime sera capable d'exercer une activité professionnelle, ce qui est de sa compétence, mais encore de dire laquelle et dans quelles conditions. C'est, là encore, et même si l'on permet un avis extérieur, une question qui ne relève pas de l'art médical et qui ouvre la porte aux plus légitimes contestations. Ce type de question relève du régleur et montre certainement la difficulté du juge à trouver une source de renseignement fiable sans investigation spécifique pourtant ordinaire au plan transactionnel.

Le même item demande à l'expert de s'exprimer sur un véhicule automobile et son aménagement, sur la fréquence de son renouvellement et son surcoût. C'est dans le cadre transactionnel et pour une plus grande autonomie des victimes qu'a été conçue l'idée d'aménager un véhicule. Cela n'a aucune raison de se trouver dans la mission d'expertise comme un fait incontournable et obligatoire. Par ailleurs, le médecin n'a pas à se prononcer sur des domaines qui ne sont pas de sa compétence et pour lesquels une actualisation permanente est nécessaire en raison de l'évolution des produits disponibles sur le marché. Dans le cadre transactionnel, les régleurs disposent généralement d'une documentation. Les magistrats doivent pouvoir apprécier les arguments et éléments des parties sans y faire ajouter un avis médical susceptible d'être immédiatement contesté.

L'addition des éléments d'un même poste sous les appellations de préjudice d'établissement, préjudice sexuel et préjudice de procréation pose la question de savoir si l'intention est de multiplier les postes pour contribuer à augmenter encore le niveau des indemnités ou si toutes les données doivent contribuer à évaluer un seul poste. Dans ce dernier contexte, l'amalgame avec le préjudice d'agrément reviendrait à simplifier.

Le préjudice lié à la perte d'identité est sans doute une création récente.

---

Le point n° 5 recommande à l'expert de formuler une fourchette d'évaluation des séquelles qui tienne compte de l'état revendiqué et de celui retenu par lui. Compte tenu des pratiques de la plupart des médecins dits «de recours» mandés pour cela par des conseils de victimes, il serait sage de fermer la porte à la polémique et à la surenchère en demandant, du moins dans le cadre judiciaire, que soit indiqué «que le taux ne sera pas inférieur à X%».

Point n° 6 : devant « l'expert devra se prononcer sur la nécessité éventuelle d'une mesure de protection » avis d'ajouter «Pour le cas où des dispositions n'auraient pas déjà été prises».

La question relève en effet des premières mesures que le régleur transactionnel vise à faire prendre pour pouvoir verser des provisions et disposer d'un interlocuteur responsable.

---

Le document EBIS est un outil d'évaluation très complet. Il est rarement rempli en totalité en raison du nombre de questions qu'il contient. Certains experts utilisent une référence simplifiée.

---

En résumé,

l'ordre des items mérite d'être revu pour une meilleure compréhension,

la mission doit rester objective et renoncer à inclure des facteurs qui traduisent plus les revendications de certains acteurs que le besoin d'une évaluation complète et équitable,

nous gagnerions à ce que les médecins, experts judiciaires ou non, reçoivent tous une même mission. Sachant que celle de l'Aredoc est très largement utilisée et que la part du judiciaire est modeste dans la solution des dossiers, il serait préférable de s'appuyer sur la mission de l'Aredoc, sans en altérer la structure, quitte à y apporter quelques ajouts. Par contre et lors d'une révision ultérieure, il serait utile que les régleurs, magistrats, assureurs et Fonds se réunissent pour dire leur besoin en terme de mission et convenir d'un texte commun. Pour sa part, le Fonds de garantie use de la mission de l'Aredoc sans y trouver d'insuffisance ou d'inconvénients.



### Objet : Mission TC Enfant :

Qu'est-ce qu'un enfant ? S'agit-il d'un jeune de moins de 18 ans, c'est-à-dire un mineur, ou est-ce un jeune d'âge scolaire de moins de 16 ans. L'âge de l'enfant est-il celui au moment de l'accident, de l'examen intermédiaire ou de l'examen final souvent effectué au moment de la majorité ? Cette question n'est pas neutre si l'on sait que la consolidation d'un traumatisé crânien grave ne doit pas être précipitée.

Comme l'adulte, le jeune traumatisé crânien doit être accompagné d'un membre de sa famille ou à défaut de son représentant légal.

La formulation du commentaire relatif à la comparaison de ce qu'aurait dû devenir l'enfant mérite sans doute une nouvelle écriture car elle peut paraître comme une approche de déterminisme social qui ne relève pas de l'art médical.

#### En résumé

La comparaison avec la mission concernant les adultes ne montre pas la nécessité absolue d'une mission spécifique aux enfants. Le texte d'une mission unique peut convenir aux deux populations.

**LE CONCOURS  
MEDICAL**

**Barème indicatif  
d'évaluation  
des taux d'incapacité  
en droit commun**

*d t o n 2 0 0 1*



Paris, Février 2001

**CENTRE DE DOCUMENTATION  
SUR LE DOMMAGE CORPOREL**

Téléphone : 01 53 32 24 91 / 89

Télécopie : 01 53 32 24 92

Internet : <http://www.lecddc.com>

<http://www.aredoc.com>

Cher adhérent,

Comme vous le savez, le CDDC a coordonné les travaux destinés à la révision du barème 1993 du Concours médical. Il confirme ainsi qu'il n'est pas seulement une banque de données efficace, mais qu'il continue à être partie prenante, comme il l'a toujours été, dans les réflexions concernant le dommage corporel.

De nombreux avis spécialisés ont été sollicités, reçus et harmonisés pour cette révision du barème de 1993 qui a été réalisée pour tenir compte des nouvelles données médicales, sans qu'il soit procédé à une quelconque modification de la notion objective de l'incapacité permanente partielle.

La 6<sup>ème</sup> édition intitulée "Barème indicatif des taux d'incapacité en droit commun" vient de paraître, et nous nous réjouissons de vous en adresser un exemplaire.

Ce nouveau barème remplace dès maintenant le "Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun" cité à l'article 15 de la mission-type droit commun 1994. Il est déjà annexé aux conventions liant les assureurs entre eux (ICA, CREC,...) et à beaucoup de contrats d'assurances individuelles. Il sera présenté très prochainement aux organismes sociaux en vue de son annexion au Protocole.

Vous souhaitant bonne réception de ce document, nous vous prions de croire à nos sentiments les plus cordiaux.

Pour le Comité scientifique du CDDC  
Le Président  
Docteur Claude FOURNIER

ONT PARTICIPÉ DANS LEUR SPÉCIALITÉ  
À L'ÉLABORATION DU PRÉSENT OUVRAGE :

- Dr ANCIAUX Pierre, gastro-entérologue, chargé de cours à l'université de Nancy I, expert près la Cour d'appel de Nancy
- Pr BÉJUI Jacques, chirurgie orthopédique et traumatologie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, expert près la Cour d'appel de Lyon
- Dr BUU-HOÏ Patrick, gynécologue, Paris
- Pr CANTALOUBE Daniel, chirurgien maxillo-facial, stomatologiste, chirurgien plasticien, hôpital Percy, Clamart, expert près la Cour d'appel de Versailles
- Dr CHIKHANI Luc, chirurgien maxillo-facial, stomatologiste, Paris
- Pr CHODKIEWICZ Jean-Paul, neurochirurgien, hôpital Sainte-Anne, Paris, expert agréé par la Cour de cassation
- Dr CHOUTY Fabrice, cardiologue, Paris
- Pr CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU de Poitiers, expert près la Cour d'appel de Poitiers
- Dr CORDIER Bernard, psychiatre, Hôpital Foch, Suresnes, expert près la Cour d'appel de Versailles
- Dr COURTAT Philippe, oto-rhino-laryngologiste, Paris, chargé d'enseignement à Paris V
- Pr DALPHIN Jean-Charles, pneumologue, CHU de Besançon
- Dr DAUPLEIX Denis, rhumatologue, Paris
- Dr DIONOT Thierry, psychiatre des hôpitaux, Paris
- Pr DUPUY Pierre, gastro-entérologue, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne
- Pr ELBAZ Pierre, oto-rhino-laryngologiste, Paris, expert agréé par la Cour de cassation
- Dr FOELS Alain, ophtalmologiste, Paris
- Dr FOYATIER Jean-Louis, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpital Saint-Luc, Lyon, expert près la Cour d'appel de Lyon
- Pr GANDJBAKHCH Iradj, chirurgien thoracique et cardiovasculaire, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris
- Dr GHÉRON Gérard, endocrinologue, Paris
- Dr GUEGUEN Bernard, neurologue, hôpital Sainte-Anne, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris
- Pr HAMARD Henry, ophtalmologiste, Paris, expert agréé par la Cour de cassation
- Pr JANOT Christian, hématologie, professeur des universités, Nancy, expert agréé par la Cour de cassation
- Dr JENOUDÉ Louis-Pierre, médecine interne, centre hospitalier Le Vinatier, Bron
- Dr KLEIN Marcel, ophtalmologiste, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris
- Dr LATIL Gérard, oto-rhino-laryngologiste, centre hospitalier d'Aix-en Provence, expert près la Cour d'appel d'Aix-en-Provence
- Dr LEFEVRE Raymond, gastro-entérologue, Biscarosse
- Pr LEFRANC Jean-Pierre, chirurgien gynécologue, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris
- Dr LEVY Gilbert, oto-rhino-laryngologiste, Nice, expert près la Cour d'appel de Nice
- Dr MALADJIAN Jacques, pneumologue, Orléans
- Dr MÉTREAU Roselyne, neurologue, Fontenay-aux-Roses
- Pr NORTH Pierre, neuropsychiatre, professeur conventionné, université Louis-Pasteur, Strasbourg, expert près la Cour d'appel de Colmar
- Dr PEYTRAL Claude, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, professeur associé au Collège de médecine, Montfermeil, expert agréé par la Cour de cassation
- Dr PUECH Denis, psychiatre, Paris, chargé d'enseignement clinique à la faculté
- Dr RUMILLY André-Georges, gastro-entérologue, Paris
- Dr SULMAN Thierry, rhumatologue, Paris

# SOMMAIRE

**Préface :** *Jean Michaud*

**Avant-propos :** *Pr Patrice Jourdain*

**Barème, humanisme et performance :** *Pr Jean-Paul Chodkiewicz*

**Un barème de professionnels :** *Dr Alain Papelard*

**Persévérance et continuité :** *Dr Claude Fournier*

**L'incapacité permanente : une définition**

<input type="checkbox"/> Neurologie	17
<input type="checkbox"/> Psychiatrie	25
<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	29
<input type="checkbox"/> Stomatologie	37
<input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie	41
<input type="checkbox"/> Appareil locomoteur	49
<input type="checkbox"/> Appareil cardio-vasculaire	67
<input type="checkbox"/> Appareil respiratoire	71
<input type="checkbox"/> Hépto-gastro-entérologie	75
<input type="checkbox"/> Endocrinologie Métabolisme	81
<input type="checkbox"/> Hématologie et maladies du sang	85
<input type="checkbox"/> Néphrologie Urologie	87
<input type="checkbox"/> Procréation Sexualité	91
<input type="checkbox"/> Séquelles cutanées des brûlures graves et étendues	95

## II - DÉFICITS COGNITIFS

*L'analyse des syndromes déficitaires neuropsychologiques doit faire référence à une séméiologie précise. Le syndrome dit « frontal » correspond en fait à des entités maintenant bien définies dont les déficits associés, plus ou moins importants, réalisent des tableaux cliniques très polymorphes.*

*L'évaluation du taux d'incapacité doit donc se baser sur des bilans médicaux précis et spécialisés, corrélant les lésions initiales et les données des examens cliniques et paracliniques.*

### A. Syndrome frontal vrai

● <b>Forme majeure</b> avec apragmatisme et perte de l'autonomie	60 à 85 %
● <b>Forme sévère</b> avec altération des conduites instinctives, perte de l'initiative, troubles de l'humeur, insertions sociale et familiale précaires	30 à 60 %
● <b>Forme mineure</b> avec distractibilité, lenteur, difficultés de mémorisation et d'élaboration des stratégies complexes ; autonomie totale	10 à 30 %

### B. Atteinte isolée de certaines fonctions cognitives

● <b>Langage</b>	
– Aphasie majeure avec jargonophasie, alexie, troubles de la compréhension	70 %
– Forme mineure : troubles de la dénomination et de la répétition, paraphasie. Compréhension conservée	10 à 30 %
● <b>Mémoire</b>	
– Altération massive, syndrome de Korsakoff complet	60 %
– Altération modérée à grave : oublis fréquents, gênants dans la vie courante, fausses reconnaissances, éventuellement fabulations	15 à 60 %
– Altération légère : difficultés d'apprentissage, nécessité d'aide-mémoire dans la vie courante, troubles de l'évocation	10 à 15 %
● <b>Perte totale ou partielle des connaissances</b> didactiques :	
<i>Les taux correspondants seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire.</i>	

### C. Troubles cognitifs mineurs

*En l'absence de syndrome frontal vrai ou d'atteinte isolée d'une fonction cognitive, certains traumatismes crâniens, plus ou moins graves, peuvent laisser subsister un syndrome associant :*

● Labilité de l'attention, lenteur idéatoire, difficultés de mémorisation, fatigabilité intellectuelle, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, persistant au-delà de deux ans	5 à 15 %
---	----------

## D. Démence

*Les états démentiels sont très hétérogènes, compte tenu de leur polymorphisme clinique et des étiologies variées.*

*Les démences post-traumatiques vraies sont rares et doivent être documentées par des lésions anatomiques majeures et bilatérales. Les démences dites « de type Alzheimer » ne sont jamais post-traumatiques. Cependant, un événement traumatique avéré et sévère peut accélérer l'évolution de ce processus dégénératif, accélération qui ne peut être traduite par un taux d'incapacité permanente partielle. L'expert devra donc comparer l'évolution modifiée à l'évolution habituelle de l'affection et s'efforcer de chiffrer en temps cette différence.*

## III DÉFICITS MIXTES COGNITIFS ET SENSITIVO-MOTEURS

*Ces déficits mixtes constituent les séquelles caractéristiques des traumatismes crâniens graves. Ils s'associent le plus souvent à des dysfonctionnements frontaux, des déficits cognitifs, des troubles du comportement, des syndromes pyramidaux et/ou cérébelleux, des troubles sensoriels (hémianopsies, paralysies oculo-motrices...) correspondant à des lésions visualisées par l'imagerie.*

*Ces associations réalisent des tableaux cliniques différents d'un sujet à l'autre, tels qu'on ne peut proposer de taux précis comme pour des séquelles parfaitement individualisées. Ces déficits feront l'objet d'une évaluation globale.*

*Il est cependant possible de reconnaître, dans le contexte de l'évaluation médico-légale, plusieurs niveaux de gravité en fonction du déficit global.*

---

● <b>Abolition de toute activité volontaire utile</b> , perte de toute possibilité relationnelle identifiable	100 %
● <b>Déficits sensitivo-moteurs majeurs</b> limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente	80 à 95 %
● <b>Troubles cognitifs majeurs</b> comportant, au premier plan, désinhibition et perturbations graves du comportement, compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivo-moteurs mais compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante	60 à 80 %
● <b>Troubles cognitifs</b> associant perturbation permanente de l'attention et de la mémoire, perte relative ou totale d'initiative et/ou d'autocritique, incapacité de gestion des situations complexes, avec déficits sensitivo-moteurs patents mais compatibles avec une autonomie pour les actes de la vie courante	40 à 65 %
● <b>Troubles cognitifs</b> associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes avec <b>déficits sensitivo-moteurs</b> n'entraînant pas de réelles conséquences fonctionnelles	20 à 40 %

---

*Société de Médecine  
légale et de Criminologie  
de France*

*Association des Médecins  
Experts  
en Dommage corporel*

*Barème d'évaluation  
médico-légale*



Editions  
**ESKA**



Editions  
Alexandre  
Lacassagne

Barème proposé par

*la Société de Médecine  
Légale et de Criminologie  
de France*

*l'Association des Médecins  
Experts  
en Dommage corporel*

*l'Association Nationale  
des Médecins Conseils  
de Victimes d'Accidents*

*la Compagnie Nationale  
des Experts Médecins près  
les Tribunaux*

---

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif.

Il a été coordonné, rédigé, relu et corrigé par une centaine de personnes, Professeurs de Médecine légale, experts judiciaires et experts spécialisés dans l'évaluation du dommage corporel.

Des personnalités étrangères, belges, italiennes, québécoises, portugaises, notamment, ont été consultées et ont donné de précieux avis. Qu'elles en soient tout particulièrement remerciées.

À tous ceux qui ont bien voulu apporter leurs compétences et consacrer de leur temps à ce travail, la Société de Médecine Légale et de Criminologie de France, l'Association des Médecins Experts en Dommage Corporel et les Associations qui se sont jointes à elle, expriment leurs très vifs remerciements et l'espoir que cette collaboration fructueuse trouvera d'autres occasions d'expression.

---

# SOMMAIRE

## PRÉAMBULE

<i>PRÉFACE</i> .....	11
<i>AVANT-PROPOS</i> .....	13
<i>GRILLE DE RÉFÉRENCE</i>	17

## CHAPITRE 1 : FONCTION NEUROPSYCHIQUE 19

## CHAPITRE 2 : FONCTION MOTRICE ..... 35

<i>2.1. Fonction de préhension</i> .....	39
<i>2.2. Fonction de locomotion</i> .....	50
<i>2.3. Fonction de soutien</i> .....	59
<i>2.4. Fonction d'équilibration</i> .....	63

## CHAPITRE 3 : FONCTIONS SENSORIELLES ..... 69

<i>3.1. Vue</i> .....	71
<i>3.2. Communication orale - Audition - Phonation</i> .....	82
<i>1. Communication orale</i> .....	82
<i>2. Audition</i> .....	83
<i>3. Phonation</i> .....	87
<i>3.3. Olfaction</i> .....	89
<i>3.4. Goût</i> .....	90
<i>3.5. Toucher</i> .....	91

## CHAPITRE 4 : FONCTION CARDIORESPIRATOIRE ... 93

## CHAPITRE 5 : FONCTION MÉTABOLIQUE

## CHAPITRE 6 : FONCTION URINAIRE .....

## CHAPITRE 7 : PRÉJUDICES PERSONNELS ..... 123

<i>7.1. Souffrances endurées</i> .....	125
<i>7.2. Dommage esthétique</i> .....	129
<i>7.3. Fonction sexuelle</i> .....	132

## INDEX



# 1. Fonction neuropsychique

## A. DÉFINITION

La fonction neuropsychique a une double dimension, l'une cognitive, l'autre affective, intervenant chacune dans la totalité des activités personnelles d'un sujet. Quelle que soit la nature de la souffrance en cause, lésionnelle ou émotionnelle, l'expert doit analyser chacune de ces composantes.

❶ Les *séquelles des traumatismes crâniens graves* sont maintenant mieux connues depuis que la neuropsychologie s'est intéressée à l'évaluation des victimes de lésions cérébrales, ou cérébrolésées. Deux points méritent cependant d'être rappelés :

- l'encéphale ne peut être assimilé à un ensemble de structures spécialisées, indépendantes les unes des autres, dont l'évaluation analytique, fonction par fonction serait suffisante pour appréhender les séquelles laissées par un accident. Si la spécialisation fonctionnelle de certaines régions du cerveau permet d'établir une corrélation anatomoclinique entre certaines lésions et certaines manifestations, l'ensemble de l'encéphale se trouve néanmoins toujours engagé dans chacune de ses activités ;
- les lésions encéphaliques étant diffuses et/ou multiples chez les traumatisés crâniens, seule une évaluation globale peut refléter la réalité d'une diminution de la capacité de la fonction neuropsychique chez ces blessés.

❷ L'évaluation de la fonction neuropsychique concerne également tous les **troubles psychiques ou psychopathologiques** qui apparaissent au décours d'un accident, qu'il y ait ou non traumatisme crânien, mais qui peuvent aussi résulter d'une maladie psychique évolutive non traumatique. Les troubles apparents ou allégués doivent être restitués dans une étude de la biographie, des conduites « instinctives » (activités générales, sommeil, comportement alimentaire, sexualité), de la régulation thymique et des traits de la personnalité. Le rôle de certains médicaments, notamment psychotropes, doit être pris en compte.

C'est dire que la séparation artificielle entre le champ d'investigation neurologique, dans le domaine neuropsychologique, et le champ d'investigation psychiatrique, doit conduire à mettre en place une méthode d'investigation simple. La mesure du taux d'incapacité doit reposer sur une étude fonctionnelle analytique des déficits, mais aussi sur une évaluation globale de la fonction neuropsychique.

Les **problèmes d'imputabilité**, et notamment d'état antérieur, parfois particulièrement difficiles, **doivent être résolus préalablement à toute tentative d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle. Certaines affections et certains troubles décrits ne sont jamais, ou exceptionnellement, d'origine traumatique.** Les propositions d'évaluation peuvent néanmoins être utiles à l'expert dans certains cadres particuliers (responsabilité médicale, assurances de personnes, par exemple...).

## B. PERTE DE LA FONCTION = 90 %

- 1 Absence totale de toute vie de relation, même s'il persiste une vie végétative = 99 % (état végétatif chronique, par exemple).
- 2 Altération massive des fonctions intellectuelles supérieures = 90 % (la fonction motrice étant préservée).

## C. CRITÈRES D'APPRÉCIATION D'UNE ALTÉRATION DE LA FONCTION NEUROPSYCHIQUE

Ces critères sont accessibles par un examen neurologique et psychiatrique systématique. Cet examen ne peut être correctement réalisé que par un praticien connaissant la spécialité. Il suppose un sens aiguisé de l'observation, une bonne qualité d'écoute et une technique d'entretien chevronnée. Il ne peut se limiter à un questionnaire type « check-list », nécessairement orienté et potentiellement inducteur. Un véritable examen n'est pas non plus un enregistrement de doléances ; il doit être une évaluation clinique globale et systématique de la fonction neuropsychique, se référant à des critères fiables et consensuels. Quelle que soit la technique d'examen, elle doit permettre d'établir une liste de signes ou symptômes positifs et négatifs, pour aboutir à leur classification en d'éventuels syndromes et à l'identification d'une ou de plusieurs unités, c'est-à-dire un ou plusieurs diagnostics. La classification internationale type CIM 10 et la « critérologie statistique » type DSM IV, sont des références utiles pour la discussion, mais beaucoup trop réductrices pour guider l'examen. L'expert doit pouvoir noter dans son rapport des indications sur le fonctionnement psychologique du sujet qui ne figurent pas dans les rubriques de ces classifications.

L'expert doit réaliser un examen clinique rigoureux, d'abord psychiatrique, puis neuropsychologique. Les tests sont à interpréter en fonction des lésions initiales et de l'évolution clinique. L'interprétation contradictoire de plusieurs tests, réalisés par des praticiens expérimentés, représente souvent une aide précieuse pour l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle, mais résout rarement les problèmes d'imputabilité.

L'exploration du niveau des acquis pré-traumatiques doit être systématiquement détaillée et documentée (livret

scolaire, cursus professionnel, éléments d'aptitude, activités de loisir...).

### 1. Les fonctions supérieures

La *vigilance* et l'*orientation* dans le temps et dans l'espace doivent être appréciées, de même que la *mémoire* d'évocation (et notamment la *mémoire* d'évocation différée) et de fixation, immédiate et de travail, l'*attention* tant spontanée que volontaire.

Pour apprécier la qualité du *langage*, il faut étudier la compréhension et l'expression, c'est-à-dire l'articulation, le ton (monotone, angoissé...), le débit (lent, hésitant, logorrhétique...), le comportement (cris, vociférations...), la forme et le contenu tant du point de vue du vocabulaire que sémantique. Les trois modes (oral, écrit et gestuel) doivent être explorés, de même que les modalités de calcul.

Le *jugement* est une notion complexe s'appliquant à la qualité de toute activité intellectuelle, appréciée sous l'angle de la *raison*. Il nécessite le concours de l'attention, de la réflexion, du sens critique, de la mémoire, du sens éthique, des possibilités intellectuelles.

L'*abstraction* est la capacité de passer aux symboles et d'établir des raisonnements crédibles et fiables à partir de la réalité.

### 2. Les fonctions thymiques et instinctives

L'*humeur* est la disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.

Le *sommeil* s'apprécie par sa durée, mais aussi par l'heure du coucher, l'heure de l'endormissement, les réveils précoces, les rêves pathologiques, les cauchemars, les terreurs nocturnes... et la sensation subjective de la qualité du repos.

Les troubles des *conduites alimentaires* oscillent de l'anorexie à la boulimie... sans oublier la toxicomanie et l'alcoolisme.

Il faut rechercher les variations de la libido et de l'*activité sexuelle* ; lorsque les troubles font partie intégrante de la pathologie neuropsychique, ils sont appréciés avec elle, alors que lorsqu'ils sont importants ou prépondérants, ils sont appréciés séparément, dans le cadre de l'analyse du dommage sexuel.

### 3. Fonctions relationnelles intrafamiliales

Il faut apprécier l'autonomie dans la vie quotidienne et les capacités à agir pour soi et pour les autres de façon harmonieuse dans un souci de collaboration efficace :

- toilette ;
- habillage ;
- changement de vêtements et de sous-vêtements ;
- choix des vêtements ;
- intérêt pour le travail scolaire des enfants ;
- liens affectifs avec les parents, frères et sœurs, etc.

### 4. Les fonctions sociales

La sociabilité est la capacité d'un individu à nouer des rapports positifs avec les autres. Elle implique les échanges, l'amitié, les activités de loisir et l'ébauche d'une vie collective. Son corollaire est l'adaptation, fonction de la stabilité :

- activités de loisir ;
- centres d'intérêt ;
- pratiques sportives.

## Barème d'évaluation médico-légale

### D. ÉLÉMENTS D'ORIENTATION

Les compétences neuropsychiques peuvent se décomposer en deux grandes catégories (à chaque fonction est attribuée une note de 0 à 6) (tableau 1).

<p>1. Les <b>CAPACITÉS PERSONNELLES</b> qui comprennent :</p> <p>A. Les fonctions supérieures B. Les fonctions thymiques et instinctives</p> <p>2. Les <b>COMPORTEMENTS RELATIONNELS</b> qui comprennent :</p> <p>C. Les fonctions relationnelles intra-familiales D. Les fonctions sociales</p>	<p>0 : Absence de troubles 1 : Détérioration très légère 2 : Détérioration légère 3 : Détérioration modérée 4 : Détérioration moyenne 5 : Détérioration grave 6 : Détérioration totale ou quasi totale</p>
--	--

Tableau 1.

L'addition des quatre notes donne un score qui permet d'apprécier le taux maximum d'IPP possible (schéma 1).

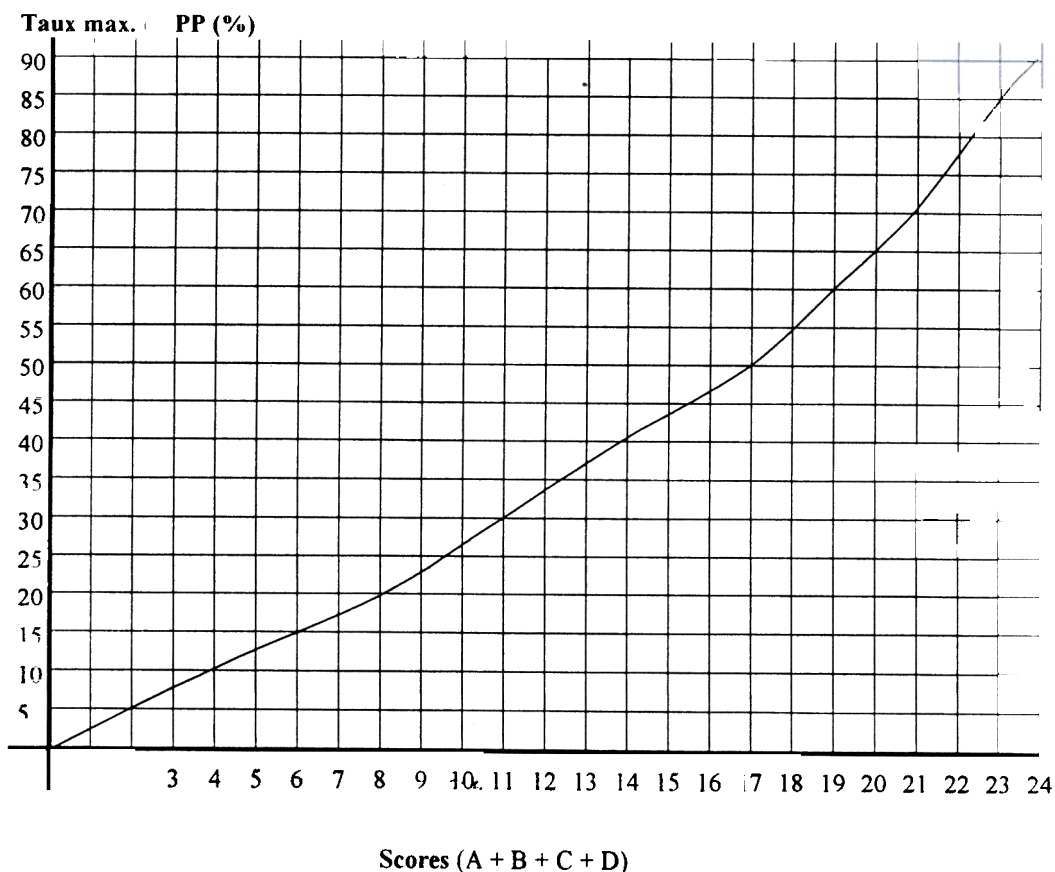


Schéma 1.

**E. TABLEAUX CLINIQUES**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. Troubles du langage et de la communication        | 7. Affections névrotiques :          |
| 2. Troubles frontaux                                 | • syndrome subjectif                 |
| 3. Troubles de la mémoire                            | • névrose traumatique                |
| 4. Syndrome visuo-constructif de l'hémisphère mineur | • dépression chronique résistante    |
| 5. Agnosie visuelle                                  | 8. Affections psychotiques           |
| 6. Démence   | 9. Épilepsies                        |
|  | 10. Hydrocéphalie à pression normale |
|  | 11. Mouvements anormaux              |

**. Troubles du langage et de la communication**

Les **troubles aphasiques** d'origine traumatique (contusion, hématome) n'ont pas la systématisation relativement précise que l'on observe dans des lésions ischémiques cérébrales, sauf s'ils résultent de lésions des gros vaisseaux à destinée cérébrale (plaie ou dissection artérielle). Néanmoins, les troubles de la compréhension sont d'autant plus importants qu'il y a des *lésions temporales* et les troubles de l'expression orale prédominent nettement lorsqu'il existe des *lésions frontales*. Une aphasie peut également être introduite par les *lésions sous-corticales (thalamus)*. Si les troubles évidents de la compréhension et de l'expression du langage oral et écrit ne peuvent être méconnus, un trouble mineur du langage peut être sous-estimé (manque de mots, diminution de la fluence verbale, quelques paraphasies, quelques difficultés de compréhension des ordres complexes ou de situations abstraites) et certains troubles dissociés, par exemple le calcul, nécessitent une étude spécifique. Les troubles de la compréhension ont des conséquences beaucoup plus graves sur la vie de relation que les troubles de l'expression.

Si des troubles évidents de la compréhension et de l'expression du langage oral et écrit ne peuvent être méconnus, un trouble mineur du langage peut être sous-estimé (manque de mot, diminution de la fluence verbale, quelques paraphasies, quelques difficultés de compréhension des ordres complexes ou de situations abstraites), justifiant une étude orthophonique spécifique, tout comme certains troubles dissociés, du calcul par exemple.

Les troubles d'origine purement motrice, ainsi que les modifications de la voix sont abordés au chapitre 3.2. Phonation.

<b>MANQUE DU MOT (DISCRET), AUCUNE DIFFICULTÉ DE COMPRÉHENSION</b>	
<b>Pas de troubles du langage intérieur mais altération de la performance linguistique</b>	
<b>Fonctions intellectuelles conservées .....</b>	<b>5 à 15 %</b>
<b>APHASIE DE TYPE ANTÉRIEUR (BROCA)</b>	
• manque de mot, réduction + ou - importante de l'expression, quelques paraphasies	
• difficultés arthriques, agrammatisme modéré	
• sans agraphie ni trouble notable de la compréhension .....	jusqu'à 35 %
avec en plus :	
• agraphie, anarthrie	
• difficultés de compréhension .....	jusqu'à 50 %
<b>APHASIE DE TYPE POSTÉRIEUR (WERNICKE)</b>	
• paraphasies, ébauche de jargon	
• dysyntaxie	
• troubles de la compréhension modérés	
• jargon conséquent	
• troubles importants de la compréhension orale et écrite	
• alexie .....	jusqu'à 60 %
<b>APHASIE GLOBALE .....</b>	<b>50 % à 70 %</b>

Tableau 2.

## 2. Les troubles frontaux

Le **syndrome frontal** est une séquelle post-traumatique particulièrement fréquente en raison de la disposition anatomique des *lobes frontaux* qui expose cette partie de l'encéphale aux contusions directes et aux contrecoups. Un dysfonctionnement frontal peut également être observé lors de l'atteinte de voies se projetant sur les aires frontales, par exemple celles provenant des *noyaux gris*. Le tableau clinique associe généralement une réduction importante de l'activité motrice, une réduction de l'expression verbale spontanée, avec une perte de l'organisation du discours, la perte de la stratégie des activités séquentielles, l'indifférence ou l'euphorie naïve, avec souvent des éléments de *désinhibition*. Le dysfonctionnement frontal peut avoir deux présentations opposées, l'une marquée par la désinhibition des conduites motrices, sociales, sexuelles, sphinctériennes, l'autre dominée par un *apragmatisme* majeur. Tous les degrés entre ces deux formes caricaturales sont possibles, mais c'est le plus souvent la présentation apragmatique qui risque d'être minorée par l'absence même de demande du sujet. Il est nécessaire d'insister sur le rôle essentiel de l'interrogatoire de l'entourage pour suspecter un tel dysfonctionnement. Dans les formes modérées, le comportement du sujet, stimulé pendant la consultation, peut contraster avec la réalité de la vie quotidienne. En effet, si le sujet est parfois capable d'assumer les activités élémentaires de la vie quotidienne, il ne peut programmer, coordonner et organiser ces activités entre elles au cours de la journée.

Des épreuves cliniques permettent d'attester des perturbations mises en évidence par l'interrogatoire dans différents domaines : la communication orale et écrite, les activités gestuelles, l'attention et la mémoire, les capacités d'initiative et d'apprentissage, la flexibilité mentale, le calcul et la résolution de problèmes arithmétiques, le jugement et l'autocritique... En pratique, l'expert doit disposer d'un bilan neuropsychologique complet.

<b>FORME LÉGÈRE À MODÉRÉE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• troubles de la mémoire (discrets), difficultés d'apprentissage</li> <li>• lenteur globale, diminution de l'initiative</li> <li>• activités restant adaptées .....</li> </ul>	<b>15 % à 20 %</b>
<b>FORME MOYENNE, MÊME SYMPTÔMES QUE PRÉCÉDEMMENT AVEC EN PLUS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• labilité émotionnelle, dysthymie</li> <li>• tendance à l'hyperactivité, logorrhée ou au contraire apragmatisme et langage pauvre</li> <li>• diminution capacités de programmation et de planification .....</li> </ul>	<b>20 % à 35 %</b>
<b>FORME IMPORTANTE, AVEC EN PLUS DES SIGNES PRÉCÉDENTS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• troubles du caractère et du comportement .....</li> </ul>	<b>35 à 50 %</b>
<b>FORME SÉVÈRE, AVEC EN PLUS DES SIGNES PRÉCÉDENTS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• moria avec désinhibition importante</li> <li>• apragmatisme avec athymormie</li> <li>• troubles du jugement .....</li> </ul>	<b>environ 60 %</b>
<b>FORME TRÈS SÉVÈRE, AVEC EN PLUS DES SIGNES PRÉCÉDENTS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• troubles du contrôle sphinctérien</li> <li>• troubles des conduites instinctives .....</li> </ul>	<b>environ 80 %</b>

\*tableau 3.

### 3. Les troubles de la mémoire

Les **troubles de la mémoire** constituent une doléance fréquente des blessés et de leur entourage. Il peut s'agir :

- d'une *amnésie post-traumatique*, correspondant à la période de coma et/ou de confusion mentale ;
- d'une *amnésie rétrograde* dont la durée est à préciser ;
- d'une *amnésie antérograde*, représentant l'incapacité totale ou relative à acquérir de nouveaux souvenirs, c'est-à-dire l'impossibilité ou la difficulté d'apprendre ;
- de *troubles dissociés de la mémoire*, plus ou moins importants, qui se manifestent par des difficultés d'apprentissage et de rappel, liées à un défaut d'attention et de concentration ; dans ces situations, la mémoire reste intacte (les patients gardent le souvenir des faits anciens, et ils n'oublient pas les faits récents) ; ces troubles attentionnels peuvent être observés dans diverses situations, notamment au cours des lésions frontales, mais aussi au cours d'états anxieux et dépressifs.

<b>TRÈS DISCRET DÉFAUT MNÉSIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• petite lenteur de compréhension</li> <li>• pas de trouble du jugement</li> <li>• pas de perte du sens symbolique.</li> </ul>	jusqu'à 5 %
<b>FORME LÉGÈRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• difficultés en mémoire immédiate</li> <li>• lenteur dans l'apprentissage</li> <li>• pas d'amnésie rétrograde, orientation temporospatiale parfaite.</li> </ul>	10 % à 15 %
<b>FORME MODÉRÉE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• amnésie antérograde partielle</li> <li>• apprentissage déficient</li> <li>• difficultés à évoquer certains souvenirs anciens</li> <li>• retentissement au quotidien et sur les capacités à étudier.....</li> </ul>	15 à 30 %
<b>FORME SÉVÈRE</b>	
Type amnésie korsakovienne ou hippocampique :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• amnésie antérograde marquée parfois massive (quasi-oubli à mesure)</li> <li>• mémoire à court terme plus ou moins altérée</li> <li>• amnésie rétrograde souvent étendue</li> <li>• désorientation temporospatiale</li> <li>• parfois fabulations, fausses reconnaissances .....</li> </ul>	30 à 60 %

Tableau 4.

#### **4. Syndrome visuo-constructif de l'hémisphère mineur**

Le syndrome de l'hémisphère mineur s'observe après lésions du cortex pariétal ou frontal, parfois lors des lésions sous-corticales (notamment thalamiques) intéressant l'hémisphère *droit* (ou plus précisément l'hémisphère non dominant).

Ce syndrome associe de façon plus ou moins marquée :

- une NÉGLIGENCE SPATIALE UNILATÉRALE qui perturbe le comportement d'un patient dont l'activité n'est pas compromise par une hémiparésie ou un déficit sensitif gauche (trois aspects : visuelle, motrice, de représentation) ;
- une apraxie constructive, c'est-à-dire l'incapacité à manipuler les objets dans l'espace et à rendre compte de l'espace dans les activités graphiques ;
- des troubles de la lenteur, de l'écriture, du calcul, de type spatial ;
- des troubles de la mémoire topographique (mémoire des lieux, des trajets) et de l'orientation spatiale ;
- des troubles du schéma corporel ;
- des troubles de la reconnaissance des visages familiers (prosopagnosie) ;
- une anosognosie.

**L'anosognosie** : il s'agit d'une attitude du sujet qui est dans l'incapacité d'admettre l'existence des troubles et fait preuve d'une indifférence relative ou de conduites inadaptées compte tenu des troubles qui le frappent.

<b>FORME LÉGÈRE</b>	
• hémiparésie gauche limitée spécifiquement dans les doubles tâches	
• troubles constructifs limités	
• absence ou présence de troubles discrets du schéma corporel	
• et/ou de la mémoire topographique .....	<b>15 % à 30 %</b>
<b>FORME MODÉRÉE</b>	
• négligence visuelle (isolée)	
• troubles visuo-constructifs .....	<b>30 % à 45 %</b>
<b>FORME MAJEURE</b>	
Retentissement fonctionnel important, compte tenu de l'anosognosie et des difficultés à mettre en place des stratégies .....	<b>45 % à 60 %</b>

*Tableau 5.*



## 5. Agnosie visuelle

L'agnosie visuelle désigne l'impossibilité d'identifier par la vue les objets, les images ou les couleurs, alors que la perception est suffisante et qu'il n'y a pas d'affaiblissement démentiel. La cécité corticale en représente la forme majeure.

AGNOSIE VISUELLE DES OBJETS OU DES IMAGES	
• forme modérée incomplète .....	20 % à 40 %
• forme majeure .....	50 % à 70 %
ALEXIE AGNOSIQUE (alexie pure sans agraphie) .....	20 % à 40 %

Tableau 6.

L'alexie auditive peut également exister, mais elle est encore plus rare.

## 6. Syndrome démentiel

Le terme de démence conserve, de par sa définition, un certain nombre d'ambiguïtés, faisant trop référence implicitement à un mécanisme (le processus qui va déterminer un dysfonctionnement cérébral d'aggravation progressive), et par conséquent à une maladie causale (en l'occurrence la maladie d'Alzheimer, étiologie la plus fréquente des atteintes démentielles).

Il faut lui préférer le concept de « *syndrome démentiel* », cadre sémiologique permettant d'accepter l'ensemble des étiologies.

Ce syndrome est caractérisé par la perturbation de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension du calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Ce syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées), d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Une baisse des performances peut être aussi liée à des facteurs émotionnels ou à un manque de motivation, et plus particulièrement à une dépression, un ralentissement moteur ou une asthénie globale.

Un syndrome démentiel entraîne une altération manifeste du fonctionnement intellectuel et interfère habituellement avec les activités de la vie de tous les jours. Les manifestations de cette altération varient considérablement selon le contexte social ou culturel du sujet, son âge, et le délai écoulé depuis son apparition.

Le syndrome démentiel post-traumatique est une réalité, et son évaluation et la discussion du lien de causalité avec l'accident sont difficiles, nécessitant l'aide d'un spécialiste compétent en neuropsychologie. On n'admettra le caractère post-traumatique de la démence, que lorsqu'il existe une concordance anatomo-clinique claire, entre le siège du traumatisme, son importance et la symptomatologie. Une bonne connaissance de l'état antérieur clinique et, le cas échéant, paraclinique, est un élément essentiel à la discussion médico-légale. Il faut déceler, par une enquête méthodique, toutes les altérations des fonctions supérieures conduisant à une perte plus ou moins complète d'autonomie au sein du milieu socioprofessionnel et familial.

Il est habituellement rencontré en cas de lésions cérébrales multiples et bilatérales, consécutives à un traumatisme crânien grave.

Les taux peuvent atteindre jusqu'à 90 %

Tableau 7.

## 7. Affections névrotiques

### 7.1. Syndrome subjectif ou post-commotionnel des traumatisés crâniens

Il faut une commotion cérébrale certaine, attestée par une suspension de l'électroencéphalogramme, dont la perte de connaissance peut être le témoin.

La consolidation médico-légale ne peut être fixée avant 12 à 18 mois, lorsque persistent des troubles (céphalées, vertiges, éblouissements, troubles de l'attention, labilité émotionnelle, troubles du sommeil, intolérance au bruit...). Par définition, la symptomatologie est exclusivement subjective.

**Le taux d'IPP peut être évalué jusqu'à 5 %**

*Tableau 8.*

### 7.2. Névrose traumatique

Le diagnostic doit être précis, l'imputabilité démontrée après une étude approfondie de la personnalité antérieure et de la biographie du sujet (en particulier à la recherche d'une situation de rupture ou de pré-rupture de trajectoire, dans la période qui a précédé l'accident, tant sur le plan familial qu'affectif, social, financier, professionnel...). Les circonstances et le vécu, plus ou moins dramatiques, de l'accident, et l'environnement socioculturel devront être précisés.

La consolidation médico-légale ne peut être retenue qu'après une prise en charge active et de qualité pendant 1 à 2 ans, après trois mois de stabilité, avec ou sans traitement persistant.

<b>Labilité émotionnelle</b>	
<b>Émotivité</b>	
<b>Réactions inadaptées à certains stimuli</b>	<b>jusqu'à 10 %</b>
<b>Persistance de cauchemars avec réminiscences, et vécu diurne de moments où l'événement traumatique s'impose au sujet - en dehors de toute évocation par un tiers -, le sujet ne parvenant pas à chasser de son esprit l'événement traumatique (à différencier du simple mauvais souvenir)</b>	<b>10 % à 20 %</b>
<b>Syndrome de répétition (réactions de sursaut, cauchemars, envahissement diurne des pensées...).</b>	
<b>Modification de la personnalité (état permanent d'alerte, syndrome d'évitement, perte des intérêts, régression narcissique, repli sur soi et irritabilité).</b>	
<b>Symptômes névrotiques non spécifiques (asthénie, anxiété généralisée, troubles psychosomatiques, perturbation du comportement type crises de nerfs, tentative de suicide, accès de boulimie ou d'anorexie...).</b>	
<b>Troubles neurovégétatifs.</b>	
<b>L'existence d'un syndrome particulièrement intense de ce type, durable après un délai de deux ans, peut justifier un taux</b>	<b>jusqu'à 25 %</b>

*Tableau*

### **7.3. Dépression chronique résistante**

Il est nécessaire de faire un diagnostic positif, les simples allégations étant insuffisantes. Il faut vérifier qu'un traitement à doses efficaces a été prescrit pendant suffisamment longtemps. Il faut dissocier la constatation des symptômes (et l'analyse de leur intensité) des conséquences sur la vie quotidienne, qui doivent guider l'évaluation du taux d'incapacité fonctionnelle.

Les symptômes les plus fréquents sont : baisse de l'élan vital, repli sur soi, désintérêt, perte des initiatives, irritabilité, troubles du sommeil, ralentissement idéique et moteur, tristesse foncière, incapacité à se projeter dans l'avenir, troubles de l'alimentation, sentiment de dévalorisation ou d'hostilité ambiante...

<b>Chute isolée de l'élan vital .....</b>	<b>jusqu'à 10 %</b>
<b>Chute de l'élan vital, avec troubles du sommeil, et lenteur idéomotrice</b>	<b>jusqu'à 20 %</b>
<b>Troubles dépressifs importants, ralentissement idéomoteur important...</b>	<b>jusqu'à 30 %</b>

*Tableau 10.*

### **7.4. Autres états névrotiques**

Seules les affections névrotiques très structurées et très invalidantes, jamais imputables à un traumatisme, comme la névrose obsessionnelle sévère, peuvent justifier des taux d'IPP supérieurs à 30 %.

Le difficile problème de la conversion névrotique, ou hystérie de conversion, lorsqu'elle est installée et persistante, ce qui suppose un recul suffisant et l'instauration d'un traitement prolongé, doit faire l'objet d'une évaluation en rapport avec la perte fonctionnelle objective liée aux symptômes allégués.

## 8. Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique

Forme simple avec une vie quasi normale grâce à un traitement régulier.....	10 % à 20 %
Vie en milieu normal avec un traitement régulier et effets iatrogènes	
Capacités relativement réduites	
Vie « étriquée » .....	autour de 30 %
Productions délirantes	
Propos inadaptés et troubles du comportement	
Impossibilité d'insertion professionnelle .....	60 % à 70 %

*Tableau 11.*

## 9. Les épilepsies

L'épilepsie post-traumatique n'est pas toujours associée à un déficit neurologique. Le diagnostic médico-légal est souvent difficile ; il nécessite que soient établies l'existence clinique d'une authentique épilepsie (qui est caractérisée par la répétition des crises) et la relation de causalité entre cette épilepsie et le traumatisme crânien (critères de certitude tels qu'une plaie crânio-cérébrale, l'existence d'un hématome intracérébral ou d'une contusion cérébrale avec signes neurologiques cliniques définitifs et images neuroradiologiques évocatrices).

Le délai d'apparition de la première crise est inférieur à trois ans dans les trois quarts des cas, mais il peut exceptionnellement atteindre dix ans ou plus. La guérison électroclinique est possible après quelques années de traitement. La moitié des épilepsies post-traumatiques guérissent après un délai de cinq ans.

Le taux d'incapacité permanente est fonction du type de crises, de leur fréquence et de leur horaire, de l'efficacité du traitement et de ses effets secondaires (surtout cognitifs) éventuels :

Antécédents de crise remontant à plus de deux ans, sans traitement.....	0 %
Épilepsie bien maîtrisée par un traitement continu, en fonction des effets secondaires.....	jusqu'à 10 %
Épilepsie assez bien maîtrisée, avec cependant crises épisodiques, malgré un traitement ;	
en fonction de la fréquence des crises et des effets secondaires du traitement.....	
	autour de 15 %
Épilepsie mal contrôlée, avec crises fréquentes (une par semaine ou plus),	
malgré un traitement médicamenteux important avec effets secondaires gênants .....	
	20 à 30 %
Crises fréquentes interdisant une activité régulière .....	jusqu'à 50 %

*Tableau 12.*

## 10. L'hydrocéphalie à pression normale

L'hydrocéphalie à pression normale peut compliquer un saignement méningé traumatique ou une intervention intracrânienne, réalisant une dilatation chronique des cavités ventriculaires encéphaliques, par trouble de la circulation/résorption du liquide céphalo-rachidien.

Elle détermine une triade symptomatique assez caractéristique, associant en proportions variables, des troubles de la marche et de l'adaptation posturale, des troubles sphinctériens (essentiellement de type mictionnel) et un syndrome démentiel.

Les troubles neuropsychologiques sont assez proches du cadre sémiologique d'un syndrome frontal réduit, avec indifférence, apragmatisme, labilité attentionnelle, troubles mnésiques antérogrades, difficultés de programmation et d'exécution.

L'existence d'une atteinte intellectuelle globale ou d'un déficit avéré des fonctions cognitives instrumentales (aphasie, apraxie, agnosie) doit faire remettre en cause le diagnostic.

La mise en place précoce d'une dérivation de liquide céphalo-rachidien peut faire disparaître les troubles, mais la réversibilité du déficit intellectuel peut être incomplète, justifiant une évaluation au titre de l'incapacité fonctionnelle, qui doit être appréciée par référence à cette perte fonctionnelle.

<p><b>Le taux d'incapacité doit être apprécié en fonction du déficit neuropsychologique. La mise en place d'une dérivation n'occasionne, par elle-même, aucune incapacité, mais les contraintes de surveillance peuvent justifier un taux.....</b></p>	<p><b>jusqu'à 10 %</b></p>
--	----------------------------

Tableau 13.

## 11. Les syndromes parkinsoniens et cérébelleux

ainsi que les mouvements anormaux d'origine neurologique doivent être évalués en fonction de leur retentissement, notamment sur la fonction motrice (2).

APSAD  
Juillet 1997

## **- AUTOMOBILE -**

### **GARANTIE DU CONDUCTEUR RESPONSABLE**

#### **1 - APPROCHE ECONOMIQUE**

##### / Bilan des accidents de la circulation routière en 1996 (source DSCR)

Nombre d'accidents corporels	125.400
Nombre de victimes	178.200
- dont tués dans les 6 jours	8.100

##### / Correctif à appliquer aux données officielles

Le bilan officiel est établi à partir des rapports de police et de gendarmerie, or la collecte de ces rapports n'est pas exhaustive. Par comparaison avec les enquêtes effectuées par les assureurs, le nombre réel de victimes est supérieur en moyenne d'environ 25 % au nombre officiel. Le déficit est surtout important pour les blessés légers mais même un nombre non négligeable de blessés graves et de décès ne sont pas enregistrés dans la statistique officielle.

L'inventaire exhaustif 1996 donnerait, sur la base "assurance", environ 220.000 victimes dont 9.000 tués d'accidents de la route, quelle que soit la date de survenance du décès après l'accident.

##### / Victimes Indemnisées en Droit Commun

Le nombre de victimes indemnisées par les assureurs est estimé à 160.000 soit environ 73 % de l'ensemble.

Le nombre de conducteurs de véhicules à moteur de toute nature blessés ou tués dans un accident corporel de la circulation est estimé à 132.000 soit 60 % des victimes. Il se répartit de la manière suivante :

Conducteurs indemnisés totalement	56.000 )
Conducteurs indemnisés partiellement (responsabilité partagée)	16.000 ) 132.000
Conducteurs non indemnisés	60.000 )

#### 4/ Victimes non indemnisées en Droit Commun

Par hypothèse, toutes les victimes sont indemnisées à l'exception des conducteurs responsables. Pour une couverture totale, il faudrait donc prendre en charge totalement 60.000 conducteurs et partiellement 16.000. En appliquant les taux de gravité connus, la répartition des conducteurs restant à indemniser est la suivante :

	Voitures + camionnettes	Cyclomoteurs	Motocyclettes	Autres véhicules	Ensemble
<b>1/ <u>Totalement responsables</u></b>					
Blessés sans IP	19.600	5.350	4.300	750	30.000
Blessés avec IP	17.758	4.847	3.896	680	27.181
Décédés	1.842	503	404	70	2.819
	39.200	10.700	8.600	1.500	60.000
<b>2/ <u>Partiellement responsables</u></b>					
Blessés sans IP	5.250	1.400	1.150	200	8.000
Blessés avec IP	4.757	1.268	1.042	181	7.248
Décédés	493	132	108	19	752
	10.500	2.800	2.300	400	16.000

#### 5/ Coût de l'indemnisation

Sur la base du Droit Commun actuel, le coût moyen d'un conducteur indemnisé totalement en 1996, y compris le montant des recours des organismes sociaux, s'élève à :

Cas sans IP	18.000
Cas avec IP	125.000
Décédés	385.000

Or cette garantie intervient en complément des prestations des organismes sociaux qui n'exercent un recours qu'auprès d'un tiers responsable.

Il convient de retirer de ces coûts moyens une estimation globale des prestations sécurité sociale. Son montant relatif dépend de la gravité. Il est élevé pour les cas sans IP et avec un faible taux d'IP. Il diminue ensuite quand le taux d'IP augmente, puis se remet à croître pour les blessés les plus handicapés. Par contre, il reste faible pour les victimes décédées. La part des prestations de sécurité sociale dans le coût total peut être estimée à :

<u>Gravité</u>	<u>Part des prestations de sécurité sociale (en %)</u>
Victimes sans IP	35 %
Victimes avec IP	
- moins de 5 %	30 %
- 5% à moins de 20 %	20 %
- 20 à moins de 50 %	25 %
- 50 % et plus	35 %
Total victimes avec IP	25 %
Victimes décédées	15 %

Les coûts moyens par victime à la charge des assureurs sont en fait de

Cas sans IP	$18.000 \times 0,65 = 11.700$
Cas avec IP	$125.000 \times 0,75 = 93.750$
Décédés	$385.000 \times 0,85 = 327.250$

Si les assureurs devaient indemniser tous les conducteurs sur la base du Droit Commun, en complément des organismes sociaux, la charge des sinistres RC augmenterait de :

Blessés sans IP	$11.700 \times (30.000 + (8.000/2)) =$	397.800.000
Blessés avec IP	$93.750 \times (27.181 + (7.248/2)) =$	2.887.968.750
Décédés	$327.250 \times (2.819 + (752/2)) =$	<u>1.045.563.750</u>
Total (en francs)		4.331.332.500

soit au total 4,3 milliards de francs.

La charge totale RC, quand tous les sinistres survenus en 1996 seront définitivement réglés est, à l'heure actuelle estimée à 32,7 milliards de francs. Si toutes les victimes d'accidents de la circulation donnaient lieu à une indemnisation complète sur la base du Droit Commun, la charge RC serait accrue de l'ordre de 13,3 %.

En répartissant cette somme sur 33.425 millions de véhicules en circulation au 1/1/97, la prime moyenne par véhicule s'établit à :

$$4.331.332/33.425 = \underline{130 \text{ Frs}}$$

avec un chargement de 35 %, la prime commerciale serait en moyenne de 200 francs hors taxes.

## 6/ Approche tarifaire globale

### 6.1. Voitures particulières et camionnettes de PTAC au plus égal à 3,5 tonnes

En faisant le même calcul pour les véhicules de première catégorie, la charge supplémentaire s'élève à :

Blessés sans IP	$11.700 \times (19.600 + (5.250/2)) =$	260.032.500
Blessés avec IP	$93.750 \times (17.758 + (4.757/2)) =$	1.887.796.875
Décédés	$327.250 \times (1.842 + (493/2)) =$	<u>683.461.625</u>
Total (en francs)		2.831.291.000



En généralisant cette garantie à l'ensemble des voitures particulières et véhicules utilitaires ne dépassant pas 3,5 tonnes en circulation au 1er janvier 1997 (environ 30.067.000 véhicules), le prix de revient de la garantie serait de :

$$2.831.291/30.067 = \underline{94 \text{ francs}}$$

avec un chargement de 35 %, la prime commerciale serait de 145 francs hors taxes.

## 6.2. Cyclomoteurs

Avec la même méthode, la charge est de :

Blessés sans IP	$11.700 \times (5.350 + (1.400/2)) =$	70.785.000
Blessés avec IP	$93.750 \times (4.847 + 1.268/2) =$	513.843.750
Décédés	$327.250 \times (503 + (132/2)) =$	<u>186.205.250</u>
<b>Total (en francs)</b>		<b>770.834.000</b>

En généralisant cette garantie à l'ensemble des cyclomoteurs en circulation au 1er janvier 1997 (environ 1.682.000 véhicules), le prix de revient de la garantie est de :

$$770.834/1.682 = \underline{458 \text{ francs}}$$

avec un chargement de 35 %, la prime commerciale serait de 705 francs hors taxes

## 6.3. Motocyclettes

Le calcul donne

Blessés sans IP	$11.700 \times (4.300 + (1.150/2)) =$	57.037.500
Blessés avec IP	$93.750 \times (3.896 + (1.042/2)) =$	414.093.750
Décédés	$327.250 \times (404 + (108/2)) =$	<u>149.805.500</u>
<b>Total (en francs)</b>		<b>621.011.750</b>

En généralisant cette garantie aux motocyclettes en circulation au 1er janvier 1997 (environ 988.000 véhicules), le prix de revient de la garantie serait de :

$$621.012/988 = \underline{629 \text{ francs}}$$

avec un chargement de 35 %, la prime commerciale serait de 967 francs hors taxes.

## 6.4. Autres véhicules

La charge totale est de :

Blessés sans IP	$11.700 \times (750 + (200/2)) =$	9.945.000
Blessés avec IP	$93.750 \times (680 + (181/2)) =$	72.234.375
Décédés	$327.250 \times (70 + (19/2)) =$	<u>26.016.375</u>
<b>Total (en francs)</b>		<b>108.195.750</b>

En généralisant, cette garantie aux tracteurs routiers, camions de plus de 3,5 tonnes de PTAC, autobus et autocars (environ 638.000 véhicules) en circulation au 1er janvier 1997, le prix de revient de la garantie est de :

$$108.196/638 = \underline{170 \text{ francs}}$$

avec un chargement de 35 %, la prime commerciale serait de 261 francs hors taxes

## 7/ Aménagement de la garantie avec plafond et franchise

Pour rendre le prix plus attractif, la garantie peut être proposée avec un plafond et/ou une franchise.

### 7.1. Plafond de garantie

Les statistiques professionnelles actuellement disponibles permettent d'estimer pour les victimes indemnisées en Droit Commun la part des dommages corporels qui, en complément des prestations des organismes sociaux dépassent un certain montant.

<u>Plus de .....</u>	<u>Part des dommages corporels en %</u>
1.000.000 F.	19,6 %
2.000.000 F.	6,5 %
5.000.000 F.	1,5 %

Les ratios calculés sur les victimes indemnisées en RC sont supposés applicables aux seuls conducteurs responsables.

Sous réserve de cette hypothèse, les primes moyennes calculées précédemment sans limitation ni franchise seront réduites de 19,6 %, 6,5 % ou 1,5 % pour des plafonds de garantie de 1.000.000 F, 2.000.000 F ou 5.000.000 F.

### 7.2. Franchise

Le fichier AGIRA des victimes indemnisées permet d'estimer les économies de charge obtenues par des franchises atteintes (hors recours des organismes sociaux).

Si aucune victime sans IP n'était indemnisée, la réduction sur la prime pleine pourrait être de 9,2 %. De la même façon, il est possible d'envisager en plus d'exclure de la garantie les cas d'IP inférieurs à un certain taux.

<u>Victimes exclues de la garantie</u>	<u>% de réduction des dommages corporels</u>
cas sans IP	9,2
+ IP < 5 %	23,6
< 10 %	39,4
< 15 %	49,3
< 20 %	55,7
< 50 %	69,7

### 7.3. Combinaisons plafond x franchise

Le tableau ci-après donne les pourcentages de réductions en fonction du plafond de garantie et de la franchise.

	Plafond de garantie			
	1.000.000	2.000.000	5.000.000	illimitée
Sans franchise	19,6	6,5	1,5	-
Exclusion des cas:				
Sans IP	27,0	15,1	10,6	9,2
+ IP < 5 %	38,6	28,6	24,7	23,6
< 10 %	57,3	43,3	40,3	39,4
< 15 %	59,2	52,6	50,0	49,3
< 20 %		58,6	56,4	55,7
< 25 %			70,2	69,7

A titre d'exemple, avec un plafond de 2.000.000 F et une franchise d'IP de 15 %, la prime pleine est réduite de 52,6 %.

Pour cette garantie, les primes commerciales en francs seraient de

	Primes hors taxes (1)	TTC (taxe 9 %)
Voitures particulières	70	76
Cyclomoteurs	330	360
Motocyclettes	460	500
Utilitaires > 3,5t	125	136

(1) Chiffres rectifiés. Cette prime comprend les frais de gestion et de distribution.

## Victimes suivant la nature des usagers de 1990 à 2000

Source : Ministère de l'Équipement, des Transports et du Tourisme - Direction de la Sécurité et de la Circulation Routières.

	TUES		BLESSES		VICTIMES		GRAVITE
	Nombre	Variation	Nombre	Variation	Nombre	Variation	Tués/ 100 victimes
<b>Piétons</b>							
1990	1 407		26 666		28 073		5,0
1991	1 327	-5,7	24 046	-9,8	25 373	-9,6	5,2
1992	1 165	-12,2	23 107	-3,9	24 272	-4,3	4,8
1993	1 131	-2,9	21 986	-4,9	23 117	-4,8	4,9
1994	1 126	-0,4	21 810	-0,8	22 936	-0,8	4,9
1995	1 027	-8,8	21 197	-2,8	22 224	-3,1	4,6
1996	987	-3,9	19 789	-6,6	20 776	-6,5	4,8
1997	929	-5,9	19 152	-3,2	20 081	-3,3	4,6
1998	988	6,4	18 493	-3,4	19 481	-3,0	5,1
1999	882	-10,7	18 636	0,8	19 518	0,2	4,5
2000	793	-10,1	18 398	-1,3	19 191	-1,7	4,1
<b>Cyclistes</b>							
1990	401		8 257		8 658		4,6
1991	364	-9,2	7 332	-11,2	7 696	-11,1	4,7
1992	348	-4,4	7 146	-2,5	7 494	-2,6	4,6
1993	329	-5,5	7 106	-0,6	7 435	-0,8	4,4
1994	321	-2,4	7 429	4,5	7 750	4,2	4,4
1995	374	16,5	7 681	3,4	8 055	3,9	4,6
1996	300	-19,8	6 771	-11,8	7 071	-12,2	4,2
1997	329	9,7	7 191	6,2	7 520	6,3	4,4
1998	301	-8,5	6 366	-11,5	6 667	-11,3	4,5
1999	307	2,0	6 260	-1,7	6 567	-1,5	4,7
2000	255	-16,9	5 927	-5,3	6 182	-5,9	4,1
<b>Cyclomotoristes</b>							
1990	657		25 484		26 141		2,5
1991	504	-23,3	22 386	-12,2	22 890	-12,4	2,2
1992	504	-	21 577	-3,6	22 081	-3,5	2,3
1993	490	-2,8	19 847	-8,0	20 337	-7,9	2,4
1994	472	-3,7	20 072	1,1	20 544	1,0	2,4
1995	471	-0,2	21 487	7,0	21 958	6,9	2,2
1996	478	1,5	20 156	-6,2	20 634	-6,0	2,3
1997	471	-1,5	20 526	1,8	20 997	1,8	2,2
1998	418	-11,3	20 106	-2,0	20 524	-2,3	2,0
1999	466	11,5	20 126	0,1	20 592	0,3	2,3
2000	431	-7,5	19 956	-0,8	20 387	-1,0	2,1
<b>Motocyclistes</b>							
1990	946		21 072		22 018		4,3
1991	980	3,6	20 415	-3,1	21 395	-2,8	4,6
1992	945	-3,6	19 392	-5,0	20 337	-4,9	4,7
1993	861	-8,9	17 753	-8,5	18 614	-8,5	4,6
1994	816	-5,2	17 044	-4,0	17 860	-4,1	4,6
1995	780	-4,4	17 248	1,2	18 028	0,9	4,3
1996	741	-5,0	16 356	-5,2	17 097	-5,2	4,3
1997	831	12,1	18 066	10,5	18 897	10,5	4,4
1998	901	8,4	17 953	-0,6	18 854	-0,2	4,8
1999	901	0,0	19 106	6,4	20 007	6,1	4,5
2000	886	-1,7	19 311	1,1	20 197	0,9	4,4
<b>Usagers de voitures de tourisme</b>							
1990	6 295		135 173		141 468		4,4
1991	5 992	-4,8	123 168	-8,9	129 160	-8,7	4,6
1992	5 725	-4,5	118 638	-3,7	124 363	-3,7	4,6
1993	5 835	1,9	114 244	-3,7	120 079	-3,4	4,9
1994	5 423	-7,1	106 741	-6,6	112 164	-6,6	4,9
1995	5 389	-0,6	106 290	-0,4	111 679	-0,4	4,8
1996	5 240	-2,8	100 281	-5,7	105 521	-5,5	5,0
1997	5 069	-3,3	98 259	-2,0	103 328	-2,1	4,9
1998	5 491	8,3	99 034	0,8	104 525	1,2	5,3
1999	5 161	-6,0	96 953	-2,1	102 114	-2,3	5,1
2000	5 006	-3,0	92 961	-4,1	97 967	-4,1	5,1
<b>Usagers de camionnettes, poids lourds et autres véhicules</b>							

1990	583		9 208		9 791		6,0
1991	450	-22,8	8 621	-6,4	9 071	-7,4	5,0
1992	396	-12,0	8 244	-4,4	8 640	-4,8	4,6
1993	406	2,5	8 084	-1,9	8 490	-1,7	4,8
1994	375	-7,6	7 736	-4,3	8 111	-4,5	4,6
1995	371	-1,1	7 500	-3,1	7 871	-3,0	4,7
1996	334	-10,0	6 764	-9,8	7 098	-9,8	4,7
1997	360	7,8	6 384	-5,6	6 744	-5,0	5,3
1998	338	-6,1	6 583	3,1	6 921	2,6	4,9
1999	312	-7,7	6 491	-1,4	6 803	-1,7	4,6
2000	272	-12,8	5 564	-14,3	5 836	-14,2	4,7
<b>Ensemble</b>							
1990	10 289		225 860		236 149		4,4
1991	9 617	-6,5	205 968	-8,8	215 585	-8,7	4,5
1992	9 083	-5,6	198 104	-3,8	207 187	-3,9	4,4
1993	9 052	-0,3	189 020	-4,6	198 072	-4,4	4,6
1994	8 533	-5,7	180 832	-4,3	189 365	-4,4	4,5 r
1995	8 412	-1,4	181 403	0,3	189 815	0,2	4,4
1996	8 080	-3,9	170 117	-6,2	178 197	-6,1	4,5
1997	7 989	-1,1	169 578	-0,3	177 567	-0,4	4,5
1998	8 437	5,6	168 535	-0,6	176 972	-0,3	4,8
1999	8 029	-4,8	167 572	-0,6	175 601	-0,8	4,6
2000	7 643	-4,8	162 117	-3,3	169 760	-3,3	4,5

**Notes des magistrats de liaison sur la place de la faute du  
conducteur et ses conséquences dans les accidents de la  
circulation et les accidents du travail**

**Italie  
Allemagne  
Pays-Bas  
Espagne**

# MINISTÈRE DE LA JUSTICE

---

Paris, le 10 juillet 2001

SERVICE  
DES AFFAIRES EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

BUREAU  
DU DROIT COMMUNAUTAIRE ET DU DROIT COMPARÉ

c:/mes documents/guénole/études/traumacraniens.wpd

LE CHEF DU BUREAU

à

MADAME CATHERINE CHADELAT  
SOUS-DIRECTRICE DE LA LÉGISLATION CIVILE,  
DE LA NATIONALITÉ ET DE LA PROCÉDURE

DIRECTION DES AFFAIRES CIVILES ET DU SCEAU

OBJET : Demande d'information en droit comparé - contributions des magistrats de liaison allemands et italiens.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les réponses d'une part, de notre magistrat de liaison en poste en Italie et d'autre part, du magistrat de liaison allemand en poste en France, sur la question des traumatisés crâniens.

Plus généralement, les contributions renseignent également la question de la place du conducteur fautif, notamment au regard de son indemnisation.



Lionel RIN

**MINISTRE DE LA JUSTICE**

---

Rome, le 9 juillet 2001

MAGISTRAT DE LIAISON EN ITALIE  
traumatisme

**NOTE**

**A**

**MONSIEUR LE CHEF DU SERVICE DES AFFAIRES  
EUROPEENNES ET INTERNATIONALES**

**OBJET : groupe de travail sur les traumatismes crâniens**

**REF. : votre demande en date du 6 juillet 2001**

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les éléments d'informations «sur la place de la faute du conducteur et ses conséquences dans les accidents de la circulation», la partie relative aux accidents du travail n'ayant pu être traitée du fait du défaut de clarté de la demande et de la brièveté du délai pour communiquer les réponses.

Le code civil dispose à l'article 2054 alinéa 1 que le conducteur d'un véhicule ne circulant pas sur des rails est obligé de réparer le préjudice occasionné aux personnes ou aux choses par la circulation du véhicule, s'il n'établit pas qu'il a fait tout son possible pour éviter la survenance du dommage. En vertu de l'alinéa 2, en cas de collision entre des véhicules, il est présumé jusqu'à la preuve contraire que chaque conducteur a concouru de façon égale à la réalisation du dommage subi par chacun des véhicules.

Les dispositions de l'article qui excluaient la présomption de responsabilité égale lorsque l'un des véhicules ne présentait pas de trace de choc a été déclarée inconstitutionnelle.

L'article 2054 du code civil régit deux situations : d'une part le dommage subi par une personne ou une chose, d'autre part le heurt entre véhicules. La présomption de faute générée par cet article oblige chacun des deux conducteurs à supporter à part égale l'intégralité du dommage subi. Par ailleurs l'article 2055 institue la responsabilité solidaire qui conduit à créer, à la charge de chacun des conducteurs à qui le dommage est imputé, une obligation in solidum, avec faculté, une fois le préjudice indemnisé, de se retourner contre ceux qui ont concouru à la réalisation du dommage dans la mesure de leur faute.

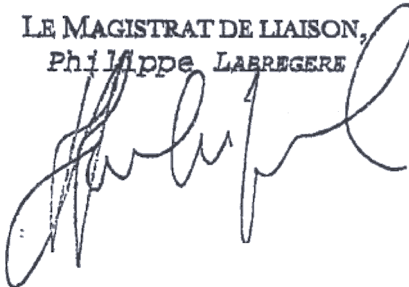
La présomption de faute instituée par l'article 2054 alinéa 2 du code civil est considérée par la jurisprudence comme subsidiaire dans la mesure où elle ne s'applique que dès lors qu'il n'a pas été possible de déterminer les responsabilités de chaque conducteur dans la



réalisation de l'accident. Elle emporte alors l'obligation pour chaque conducteur d'apporter la preuve du défaut de commission de faute. D'autre part pour exonérer l'un des conducteurs impliqués, il ne suffit pas que soit attribuée à l'autre partie la cause déterminante et exclusive du dommage, il faut également que celui-là se soit entièrement conformé aux règles de la circulation routière et de prudence générale. En particulier il doit démontrer qu'il a fait tout son possible pour éviter la survenance de l'événement à l'origine du dommage (Cass. 11 février 1980).

Par ailleurs la présomption de faute est destinée à garantir les droits des tiers étrangers au véhicule. La personne transportée ne peut s'en prévaloir qu'à l'encontre du conducteur de l'autre véhicule : la cour de cassation par arrêt en date du 16 novembre 1987 a précisé que la règle selon laquelle la personne transportée ne peut se prévaloir des dispositions de l'article 2054 du code civil n'exclut pas que le conducteur de l'autre véhicule soit tenu à l'indemnisation de l'intégralité du dommage subi par la personne transportée en application de la présomption de responsabilité créée par ledit article, sauf pour celui-ci à exercer une action récursoire à l'encontre de l'autre conducteur dans les limites définies par la gravité de fautes de chacun d'eux, dans la mesure où la condition de l'existence d'un dommage réciproque peut résulter du préjudice subi par ce tiers.

LE MAGISTRAT DE LIAISON,  
Philippe LABREGERE



**Magistrat de liaison d'Allemagne  
auprès du Ministère de la Justice**

*Angelika Schlunck  
13, place Vendôme  
75042 Paris, Cedex 01*

*Tel : 0033 1 44 86 13 56  
Fax : 0033 1 44 86 13 53  
E-mail : [Angelika.Schlunck@justice.gouv.fr](mailto:Angelika.Schlunck@justice.gouv.fr)*

10/07/01

A l'attention de

**Monsieur  
Jean-Baptiste AVEL  
Directeur adjoint  
SAEI**

**Objet :** Groupe de travail sur les traumatisés crâniens

**Référence :** Demande de droit comparé du 5 juillet 2001

En réponse à la demande du 5 juillet 2001 concernant les dispositifs d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation j'ai l'honneur de vous communiquer les éléments suivants sur le droit allemand :

- 1 La victime d'un accident de la circulation a droit à une indemnisation selon le § 7 alinéa 1 de la loi relative à la circulation routière du 19 décembre 1952 (« *Stassenverkehrsgesetz* »). Elle peut faire valoir ce droit contre le détenteur du véhicule automobile.

La victime de la circulation peut aussi réclamer une indemnisation de la personne qui a causé l'accident selon le § 823 Code civil (« *Buergerliches Gesetzbuch* ») pourvu que cette personne a commis une faute volontaire ou a agi d'une manière négligente. Par conséquent, le conducteur fautif qui a subis des blessures ne peut pas réclamer une indemnisation sur la base de ce dispositif.

2. Le conducteur fautif n'a pas non plus droit à une indemnisation selon les règles de la loi relative à la circulation routière du 19 décembre 1952.

Le § 7 alinéa 2 phrase 1 de la loi relative à la circulation routière précise que la victime d'un accident ne peut pas demander une indemnisation du détenteur du véhicule automobile si l'accident s'est produit suite à un événement inévitable (« *unabwendbares Ereignis* »). Ainsi est considéré comme « événement inévitable » la faute commise par la victime (§ 7 alinéa 2 phrase 2 de la dite loi).


3. Selon le § 1 de la loi sur l'assurance obligatoire des détenteurs des véhicules automobiles du 5 avril 1965 (« *Gesetz ueber die Pflichtversicherung fuer Kraftfahrzeughalter* »), le détenteur d'une automobile doit avoir une assurance automobile.

La victime d'un accident routier a droit à une indemnisation contre l'assureur de l'automobile selon le § 3 de la dite loi. Cependant, elle ne peut faire valoir ce droit que si elle a droit à une indemnisation selon les règles du droit civil (Code civil et loi relative à la circulation routière, voir ci-dessus). Le conducteur fautif qui se trouve lui-même blessé dans l'accident ne peut donc pas réclamer une indemnisation de l'assureur automobile.

Lorsque le détenteur du véhicule qui a évoqué un dommage n'est pas couvert par une assurance automobile, la victime de l'accident peut s'adresser au fond de garantie selon le § 12 de la loi sur l'assurance obligatoire des détenteurs des véhicules automobiles.

Pour conclure, le conducteur fautif ne peut se retourner que vers son assurance « accidents », pourvu qu'il ait une telle assurance, pour obtenir une indemnisation de ses dommages subis, ou vers son assurance « maladie » qui couvrira le traitement médical des blessures sur la base de son contrat d'assurance.

Il reste à préciser qu'il n'y a pas de projet législatif actuellement en cours pour mettre en place des dispositifs d'indemnisation des conducteurs fautifs.

  
Angelika Schlunck  
*Magistrat de liaison*

**Note sur la place de la faute du conducteur et ses conséquences dans les accidents de la circulation et les accidents du travail**

1 – Les victimes de traumatismes crâniens :

Saisi d'une demande d'indemnisation formée par une personne victime d'un traumatisme crânien, dont les conséquences n'apparaissent pas nécessairement immédiatement, le juge néerlandais peut reporter totalement ou partiellement l'évaluation d'un préjudice, dont l'existence ne serait pas encore avérée ou l'étendue non encore susceptible d'appréciation. Il peut également procéder à l'évaluation immédiate du préjudice après une estimation des probabilités. Dans ce cas, le juge peut contraindre le débiteur à payer à la victime une somme en un versement unique ou par versements échelonnés. Dans son jugement, le magistrat peut décider que le montant de ces versements pourra être modifié à la demande de l'une ou l'autre des parties si de nouvelles circonstances, qui n'auraient pas été prises en considération, affectent l'étendue de l'obligation à réparation (article 105 du livre 6 du Code civil)

2 – La faute du conducteur :

La faute du conducteur est prise en compte dans l'évaluation du préjudice. Dans l'hypothèse d'un accident du travail, la faute sera prise en considération uniquement si le conducteur a commis une faute intentionnelle ou une imprudence. Si tel n'est pas le cas, l'employeur doit indemniser l'ensemble du préjudice subi par le conducteur salarié.

Le magistrat de liaison,

## **La faute du conducteur et ses conséquences dans les accidents de la circulation et les accidents du travail en Espagne.**

### **1°) en matière d'accidents de la circulation.**

La matière est régie par la "loi sur la responsabilité civile et l'assurance dans la circulation des véhicules à moteur" (loi 30/1995 du 8 novembre 1995).

Le principe est la responsabilité du conducteur pour les dommages causés aux personnes ou aux biens du fait de la circulation d'un véhicule, en vertu des risques créés par la conduite même du véhicule.

L'exonération de cette responsabilité suppose la preuve que les dommages ont résulté uniquement de la conduite ou la négligence de la victime, ou d'une force majeure étrangère à la conduite ou au fonctionnement du véhicule, n'étant pas considérés comme cas de force majeure les défauts du véhicule ni les ruptures ou défaillances d'une pièce ou mécanisme.

En cas de concours de négligence ou faute, il sera procédé à un partage de responsabilité.

Dans ce système, la faute exclusive du conducteur l'exclut de toute possibilité d'indemnisation. L'assurance automobile obligatoire prévue par la loi exclut de son champ la réparation des dommages causés à la personne du conducteur du véhicule assuré (art. 5 loi). Des assurances complémentaires sont bien sûr possibles dans un cadre contractuel.

Ainsi la situation espagnole est sensiblement équivalente à l'actuelle situation française issue de la loi du 5 juillet 1985, et aucun projet de réforme n'est actuellement envisagé.

### **2°) en matière d'accidents du travail.**

La situation est différente et beaucoup plus favorable à la victime auteur de l'accident.

Fondé sur le principe de la responsabilité objective, le droit du travail espagnol ne prend en considération ni la faute de l'employeur ni celle du salarié-victime comme pouvant être exclusive de la réparation. L'imprudence professionnelle n'exclut pas la qualification "d'accident du travail" et le système de réparation qui en découle, sauf cas "d'imprudence téméraire" de la victime appréciée souverainement par les tribunaux.

Tout accident du travail reconnu comme tel donne droit à réparation versée par la sécurité sociale selon un barème fixé par la Loi Générale de la Sécurité Sociale, loi 1/94 du 20 juin 1994. Dans ce cadre, une grande invalidité donne droit à versement à vie d'une pension d'invalidité de 100%, calculée sur la base du dernier salaire perçu, plus une pension de 50% en cas de nécessité d'assistance d'une tierce personne.

Un accident mortel du travail donne droit à versement à vie à la veuve d'une pension de 45%, sans considération de ressources ou de travail, et de 20% par enfant mineur de 21 ans.

La faute de l'employeur permet à la victime de demander aux chambres sociales des tribunaux, sur le fondement de l'article 127-3 de la loi de 1994 complétée par l'article 42-1 de la loi 31/95 du 8 novembre 1995 sur la prévention des risques du travail, une indemnisation complémentaire en réparation de l'intégralité des dommages et préjudices

subis. La faute de la victime entraîne, selon son degré partage de responsabilité ou exclusion de la faute de l'employeur.

Madrid, le 17 juillet 2001;

François Badie, Magistrat de liaison.

L'indemnisation du préjudice corporel des victimes  
d'accidents de la route  
dans les régimes sans égard à la faute

Le Québec  
Les Etats-Unis  
La Nouvelle Zélande  
L'Australie  
La Suède

## Les systèmes d'indemnisation des accidents de la route sans égard à la faute

Plusieurs Etats ont choisi un système d'indemnisation des accidents de la route sans égard à la faute. De nombreux autres Etats réfléchissent à l'adoption d'un tel système.

L'argument souvent avancé est celui de la diminution du coût de l'assurance qui proviendrait d'une gestion moins onéreuse des dossiers d'indemnisation puisque le système supprime le contentieux qui coûte cher et aussi parce que ce système s'accompagne d'une restriction des chefs de préjudices indemnifiables. Ces régimes excluent l'indemnisation des préjudices non-économiques, parfois sous réserve de l'indemnisation des préjudices les plus graves.

Un autre argument est que les victimes feraient l'économie de frais d'avocat qui peuvent être très lourds (notamment aux Etats-Unis où l'avocat de la partie qui demande l'indemnisation d'un préjudice moral peut toucher jusqu'à 40% de l'indemnisation allouée).

Enfin, le gouvernement du Québec, explique que ce choix permet de garantir à chacun que quelles que soient les circonstances de l'accident, il sera indemnisé facilement de son préjudice et qu'il lui sera épargné des poursuites en responsabilité en cas de faute dans l'accident.

### **Les régimes d'indemnisation sans égard à la faute peuvent présenter différents degrés**

ils sont dits « purs » lorsqu'ils ne prennent jamais en compte la faute des protagonistes et qu'ils interdisent dès lors tout recours de droit commun fondé sur la responsabilité. C'est le cas du Québec notamment,

certaines régimes permettent à la victime, après avoir été indemnisée sur une base de non-responsabilité, d'avoir un recours de droit commun contre l'auteur fautif, d'autres régimes restreignent l'indemnisation d'une victime en raison de sa faute grave, plus ou moins strictement définie, lors de l'accident (tel que celui de la Nouvelle Zélande),

certaines régimes encore offrent un choix aux assurés, au moment de la souscription de leur police d'assurance, d'opter pour un régime d'indemnisation sans égard à la faute ou pour un régime classique de responsabilité (c'est le cas de certains Etats des Etats-Unis et ce sont les recherches faites par l'Etat fédéral américain).

enfin, notre système de droit français propose un régime sans égard à la faute en raison de la qualité de la victime : piétons et passagers sont distingués des conducteurs qui restent seuls soumis à un régime tenant compte de la faute. (Mis à part les cas très marginaux de prise en compte de la faute du piéton ou du passager).

Les régimes mixtes semblent souvent être le résultat d'un compromis dû au fait que la population accepte mal certains aspects d'un régime totalement dégagé de la prise en compte de la faute ou de l'impossibilité de recevoir une indemnisation intégrale. Très souvent les



avocats sont très hostiles à de tels régimes car ils voient leur échapper un important contentieux.

Le choix d'un régime d'indemnisation sans égard à la faute demande de renoncer à la recherche d'une responsabilité. Il n'est pas toujours évident d'en faire accepter l'idée. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle en France la loi de 1985 avait réalisé un compromis alors que ceux qui l'avaient préparée, et notamment le professeur Tunc, préconisaient un abandon total de la notion de faute.

Ce changement de régime demande aussi de renoncer à une indemnisation intégrale. Le coût de l'indemnisation semblerait être trop élevé si l'on en maintenait le principe puisqu'un plus grand nombre de victimes pourront être indemnisées. Mais aussi, comme le disent certains auteurs, l'indemnisation sans égard à la faute ne recherche plus tant de remettre la victime dans l'état antérieur à l'accident (pour autant qu'une indemnisation puisse le faire), que de répondre aux besoins de la victime . Bien évidemment le montant de cette évaluation peut varier selon le coût que chaque pays est prêt à y consacrer.

Les régimes d'indemnisation automatique prévoient souvent l'existence d'un fonds, d'un organisme, d'une assurance unique, financé exclusivement ou principalement par des taxes sur les voitures et conducteurs, et qui prendra seul en charge l'indemnisation des victimes. Mais on peut aussi imaginer que l'indemnisation sera prise en compte par des assurances privées. C'est d'ailleurs ce qu'envisage la proposition de réforme du droit fédéral américain.

---

V. Luntz, Harold, « Compensation for Loss of an Economic Nature : an Australian Perspective », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

## Le Québec

### Le Québec connaît plusieurs régimes d'indemnisation.

En premier lieu, une responsabilité de **droit commun** pour faute fondée sur l'article 1457 du code civil québécois . Le principe est alors celui d'une réparation intégrale du dommage.

Ce régime avait subi quelques aménagements dans les années 60 pour accepter des présomptions de responsabilité au bénéfice de la victime.

### Le Québec connaît ensuite trois régimes dérogatoires :

**Le premier régime dérogatoire instauré au Québec fut celui de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.** Ce régime est le résultat d'un compromis, d'une négociation entre employeurs et employés. Il institue une réparation du préjudice sans prise en compte de la faute . Seul le préjudice et le cadre professionnel dans lequel il est survenu sont pris en compte. Le régime est donc détaché de la recherche d'une responsabilité . L'indemnisation est faite par un fonds financé par les employeurs. Des barèmes d'indemnisation permettent d'en fixer le montant.

La victime conserve la possibilité d'un recours de droit commun pour l'excédent de l'indemnisation non couvert par le fonds.

Ce régime est bien accepté et n'est pas remis en cause au Québec. Le problème étant toutefois de bien adapter les barèmes d'indemnisation.

**Le deuxième régime dérogatoire est celui de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.** Un fonds financé par des fonds publics, prend en charge l'indemnisation de ces victimes. Mais ce régime n'est pas exclusif du régime de droit commun. En effet, la victime peut choisir de poursuivre en responsabilité plutôt que de demander réparation au fonds. Elle peut faire une telle demande

---

V. LETARTE René, « L'indemnisation des victimes en fonction des pertes non économiques résultant de blessures ou de décès : régime d'Etat ou droit commun ? », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Tétrault, Robert, « Comportement criminel et régimes étatiques d'indemnisation », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Sauf le cas de la négligence grossière et volontaire de la victime et à condition que celle-ci ne soit pas décédée ou ne subisse pas une atteinte permanente grave.

Excepté le comportement criminel d'un employeur qui ne serait pas l'employeur de la victime.

après échec d'un recours contre l'auteur de l'acte. Elle peut aussi, après avoir été indemnisée par le fonds, poursuivre l'auteur pour le surplus. En effet, l'indemnisation de ce régime n'est pas une indemnisation intégrale. Le fonds a aussi un recours subrogatoire à l'encontre de l'auteur, pour le montant versé à la victime. Il s'agit d'un régime de garantie qui permet à la victime d'être plus facilement, plus rapidement indemnisée, et d'être aussi indemnisée quand l'auteur est inconnu ou insolvable. L'Etat prend à sa charge les aléas d'un recours en responsabilité. Mais ce régime ne rompt pas avec le principe de la recherche d'une responsabilité et celui du droit à une indemnisation intégrale.

**Le troisième régime est celui de l'assurance automobile.** C'est le résultat d'un choix de société, fait en 1977. L'indemnisation du préjudice corporel résultant d'un accident de la route est assurée sans égard à la faute, sans recherche de responsabilité.

### Présentation du régime de l'assurance automobile :

La réforme est guidée par l'idée de « la personne avant toute chose ». Même le comportement criminel n'a pas d'incidence sur l'indemnisation. **L'indemnisation se fait sur les mêmes bases, pour toutes les victimes et toutes les familles de victimes**, sans prise en compte du comportement de la victime ou de l'auteur de l'accident ou de la qualité de conducteur, passager ou piéton des uns et des autres.

**Le principe d'indemnisation intégrale est écarté** au profit d'une indemnisation de certains chefs du préjudice . Cette indemnisation se fait principalement par une rente, qui évolue en fonction de l'évolution de l'état de la victime. Le régime semble assurer une bonne indemnisation des victimes gravement blessées, mais montre ses limites à l'égard des victimes par ricochet .

Il s'agit d'un **régime obligatoire** : dès lors que le préjudice est soumis à la loi sur l'assurance automobile, seule cette loi peut s'appliquer . Aucun recours de droit commun n'est possible, ni pour la victime , ni reconventionnellement pour l'auteur du dommage, ni pour la Société d'assurance automobile qui ne se retrouve pas subrogée dans les droits de la personne indemnisée.

---

Pour un historique, v. ROUSSEAU-HOULE Thérèse, juge à la Cour d'appel du Québec, « Le régime québécois d'assurance automobile, vingt ans après », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Sur les chefs de préjudice indemnisables et les barèmes, v. LETARTE René, op. cit., p. 2.

GARDNER Daniel, professeur à la Faculté de droit de Laval, Québec, « Comparer l'incomparable : les indemnités pour préjudice corporel en droit commun et dans la Loi sur l'assurance automobile », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Les indemnités « tiennent lieu de tout droit et recours en raison d'un dommage corporel ».

Décision Tardif c. Berude de 1986 : La définition du mot 'accident' ne permet pas de distinguer selon que le dommage a été causé « par une automobile à la suite, tout simplement, d'un accident de la circulation (... ou) volontairement par les gestes criminels d'une personne ».

Même lors d'une condamnation de l'auteur de l'accident au pénal, la Cour d'appel a préféré alourdir la peine d'emprisonnement prononcée en première instance et supprimer l'indemnité versée à la famille au motif que dans tous les cas, l'indemnisation du préjudice corporel doit uniquement se faire sur la base du régime de l'assurance automobile.

L'assurance automobile ne se contente pas de son rôle d'indemnisation : elle a aussi **une part active dans la politique de prévention des accidents de la route**. Les accidents mortels ou les blessés graves sont d'ailleurs en diminution constante au Québec , ce qui montre bien, si cela était nécessaire, que la prévention des accidents n'a pas à s'appuyer sur un hypothétique effet dissuasif de la réduction de l'indemnisation de la victime fautive.

C'est donc un régime dérogatoire, obligatoire, sans égard à la faute et qui limite l'indemnisation à laquelle peut prétendre une partie.

**La seule hypothèse dans laquelle est prise en compte la faute d'un des protagonistes** est celle dans laquelle la " victime est incarcérée dans un pénitencier, emprisonnée dans un établissement de détention ou en détention dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation (...) en raison d'une infraction prévue au Code criminel ". Dans cette hypothèse, l'indemnisation de remplacement du revenu qui doit être versée en compensation des dommages dus à l'accident, est diminuée d'un pourcentage qui dépendant de la présence ou non de personnes à charge et de leur nombre. Cette spécificité peut s'expliquer par la volonté de restreindre l'indemnisation de ces victimes, mais elle peut aussi s'expliquer beaucoup plus simplement par le fait que l'incarcération de la victime entraîne sa prise en charge au moins partielle par l'Etat. La diminution de l'indemnisation prend d'ailleurs fin avec la libération de la personne.

**L'intérêt d'un tel régime** est qu'il garantit à tous les Québécois une indemnisation rapide, sans recours, à un moindre coût et qu'il leur assure aussi la tranquillité de savoir qu'ils ne seront pas poursuivis pour leur responsabilité dans les accidents de la route qu'ils pourraient provoquer.

En revanche, par l'adoption de ce système, les Québécois renoncent à la possibilité d'un recours de droit commun. Les victimes ne peuvent espérer dans les vertus d'un procès en responsabilité civile un soulagement à leurs peines. Elles sont aussi indemnisées de façon limitée et renoncent au principe d'indemnisation intégrale. La responsabilité de l'auteur de l'accident ne peut être recherchée que dans un procès pénal dans le cadre duquel la victime peut se constituer partie civile.

Le professeur Gardner le présente ainsi :

« L'avantage incontestable de la méthode est sa grande simplicité. Par la standardisation opérée au niveau de la gravité des blessures, elle assure une indemnisation identique et sans discussion des pertes non pécuniaires.

---

V. le rapport d'activité pour l'an 2000 de l'assurance automobile du Québec, disponible sur le site Internet de l'Assurance.

L'inconvénient majeur de la méthode résulte évidemment de sa totale absence de considération de la situation particulière de la victime » .

**Apparemment bien accepté dans son propre pays , ce système d'indemnisation automatique fait pourtant l'objet de contestations parmi les juristes et dans la population (notamment par certains groupes de victimes).**

Il est reproché au régime d'éluider totalement la responsabilité de l'auteur de l'accident Ce reproche est principalement fait dans les hypothèses dans lesquelles l'auteur de l'accident conduisait en état d'ivresse. Certains souhaitent que le conducteur au comportement criminel puisse être poursuivi dans le cadre d'un procès civil, d'une part pour qu'une décision énonce sa responsabilité, d'autre part pour qu'il réponde des dommages non couverts par le fonds d'indemnisation.

**Il a donc été question, en 1998, d'une réforme de la loi.** Le gouvernement a publié en février 2000 un livre blanc à cet effet. La population a été consultée en 2001, ainsi que les divers organismes concernés . Cette consultation avait sans doute pour objet de recueillir l'avis de la population mais aussi de faire mieux connaître un régime qui reste mal compris . **La remise en cause du régime semble vouée à l'échec, tant sur le plan judiciaire que législatif.**

Les critiques de certains s'élèvent surtout à l'égard des **conducteurs soûls**. Ils souhaitent que la victime puisse alors tenter un recours, d'une part pour obtenir réparation d'un préjudice intégral et, d'autre part, en raison du caractère « réparateur » d'un procès qui énonce la responsabilité du fautif. Ils souhaitent également, qu'à titre de punition, la victime fautive ne puisse recevoir une indemnisation équivalente à celle de la victime « innocente ». Le parallèle est alors fait avec le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels et l'idée est avancée selon la qu'elle il suffirait de considérer les victimes des conducteurs soûls comme soumises à ce régime. L'organisme payeur disposerait alors aussi d'un recours subrogatoire à l'encontre du responsable .

Ces critiques reposent donc sur des raisons morales de responsabilité, ainsi que sur la revendication du droit à une réparation intégrale.

Mais d'admettre une réforme en ce sens modifierait toute l'économie de la loi. De nombreuses raisons techniques rendent très difficile le renvoi à la loi sur les victimes d'actes criminels. Plus fondamentalement, une réforme en ce sens remettrait en cause tout le principe

---

GARDNER D., « L'évaluation du préjudice corporel », Cowansville, éd. Yvon Blais, 1994, n° 222, p. 158.

V. ROUSSEAU-HOULE Thérèse, op. cit.

V. " Le régime public d'assurance automobile du Québec ", document de référence aux fins de la consultation en commission parlementaire, 25 mai 2001, établi par la Société de l'assurance automobile du Québec, disponible sur Internet : [www.saaq.gouv.qc.cr](http://www.saaq.gouv.qc.cr)

V. BELLEAU Claude, professeur à la Faculté de droit de Laval, Québec, « L'assurance des dommages matériels au Québec et l'indemnisation directe : un régime efficace mais encore mal compris », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Mme ROUSSEAU-HOULE Thérèse estime que ce genre de propositions n'apporterait en fait aucune économie au système. Cet argument n'est qu'un prétexte pour réintroduire la notion de faute.

d'indemnisation sans égard à la faute. Elle exclurait certaines personnes et leur famille d'une indemnisation qui se veut ouverte à tous. Elle permettrait de chercher à étendre la définition du comportement criminel : car pourquoi seuls les conducteurs soûls seraient concernés ? Elle entraînerait de nombreux recours alors que le choix est justement, pour des questions de facilité et de coût, de limiter au mieux les recours . Elle risquerait enfin de permettre au conducteur criminel d'intenter un recours de droit commun à l'encontre de la victime « innocente » qui aurait partiellement été responsable du dommage.

Le régime d'indemnisation des accidents de la route au Québec est donc un régime d'assurance. Il fonctionne bien parce qu'il est un régime « pur » d'indemnisation sans prise en compte de la faute. Cette réforme très large permet de tirer les avantages du système en termes de coûts, de simplicité, d'efficacité. Il est visiblement plutôt bien admis, même si les Québécois ne le connaissent pas toujours bien et peuvent parfois le trouver injuste.

---

---

Les tribunaux ne peuvent être saisis qu'en appel des décisions prises par la Société automobile du Québec. Celle-ci est compétente pour interpréter la loi et pour entendre et décider en première instance de toute affaire relative à l'indemnisation des victimes.

---

*Rapport élaboré par Martine Lelièvre-Boucharat, docteur en droit,  
vacataire à l'Université d'Aix-Marseille III et à l'Université d'Avignon,  
assistante de justice à la 10<sup>e</sup> chambre de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence.  
Date du document : 19 novembre 2001 - page 8 sur 17*

## Les Etats-Unis

L'indemnisation du préjudice non économique s'est très largement développée aux Etats-Unis au cours du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècle, et elle est certainement appelée à s'étendre encore . Cette affirmation est plus ou moins marquée selon les Etats, mais elle reste une constante dans l'indemnisation des victimes d'accident. Cette très large prise en compte du préjudice non économique est sans doute un frein à l'adoption d'un système de responsabilité sans égard à la faute des préjudices résultant d'un accident de la route. Ces systèmes d'indemnisation s'accompagnent en effet d'une restriction des chefs de préjudices indemnifiables.

Certains Etats des Etats-Unis ont pourtant recherché la possibilité d'une telle réforme , mais sans que celle-ci se concrétise. Une réflexion est également menée au niveau fédéral et l'option qui pourrait aboutir serait celle d'un choix offert à l'assuré entre une indemnisation sans égard à la faute, mais limitée, et une indemnisation intégrale, dans le cadre classique de la responsabilité civile.

### Le droit américain de la responsabilité civile :

Le droit des Etats-Unis est hérité de la Common Law britannique, exception faite de l'Etat de Louisiane qui connaît un droit mixte de droit civil et de common law. Les premiers juristes des Etats-Unis se sont appuyés sur les documents de droit qu'ils avaient en leur possession, c'est à dire surtout les "Commentaries on the the Law of England" de Blackstone. Si bien que s'est développé aux Etats-Unis un droit des "torts" qui est à la base de la réparation du préjudice causé par un tiers. Mais les Etats-Unis ont aussi rompu brusquement et violemment leurs rapports avec l'Angleterre en 1776. Contrairement au Canada, à l'Australie, à la Nouvelle Zélande, ils n'ont pas gardé le recours devant le Privy Council britannique. C'est donc un droit propre qui s'est développé et un droit très hostile à toute centralisation : il y a donc autant de common law que d'Etats aux Etats-Unis. Aucun système de précédent n'impose aux juridictions d'un Etat de respecter les solutions adoptées par un autre Etat. Bien sûr, toutes les décisions des Etats-Unis ont une valeur de référence, elles peuvent être invoquées à titre d'exemple, mais chaque Etat choisit ses propres solutions concernant la matière.

L'héritage historique des Etats-Unis reflète aussi ces particularités dans le mode de désignation des juges et dans l'importance du jury. Parmi les premiers colons, les juges ont

---

C. Henderson, Roger, "Compensation for Non Economic Loss, the Tort Liability Insurance System, and the 21<sup>st</sup> Century", in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Tel que le Massachusetts en 1971.

tout naturellement été élus en raison du manque de structures de formation. Leur place, leur prestige, est donc tout différent de celui des juges britanniques. Pour les mêmes raisons historiques, les jurys ont pris une place considérable et les solutions aux litiges relèvent aujourd'hui encore très souvent de leur compétence .

Ce point est très important en ce qui concerne l'indemnisation du préjudice car le jury est toujours enclin à prendre partie pour la victime. C'est un des facteurs qui a amené à des indemnisations très généreuses aux Etats-Unis.

La révolution industrielle va entraîner avec elle des demandes de réparation de nombreux préjudices et les litiges qu'elle suscite vont surtout faire apparaître une indemnisation des préjudices non économiques, en plus des préjudices économiques .

Dans le cadre de la common law, la réparation du préjudice est morcelée entre différents torts. Mais la volonté d'élargir la réparation des préjudices, surtout lorsque aucune faute ne peut être prouvée, a amené, dans tous les pays de common law, un développement du "tort of negligence". C'est ce qui s'est passé aux Etats-Unis et c'est dans le cadre de ce tort que la réparation du dommage non économique s'est le plus généralisée.

Selon les Etats, la réparation du préjudice non économique sans impact physique est plus ou moins reconnu. Il en va de même de l'indemnisation de la peur, de l'émotion, soit de la victime directe, soit de celle qui se retrouve en état de choc parce qu'elle est témoin de l'accident ou parce qu'elle en apprend les conséquences sur un proche. L'indemnisation de la perte des joies de la vie est aussi largement admise. Les cours de deux Etats indemnisent aussi explicitement ce préjudice pour les personnes dans un état végétatif persistant. L'Etat souvent leader dans l'extension de la réparation et dans la prise en compte de nouveaux préjudices est l'Etat de Californie.

Les autres facteurs qui ont aussi amené à une indemnisation beaucoup plus généreuse sont:

La création en 1946 de l' "Association of Trial Lawyers of America" (ATLA) . Il s'agit d'une association d'avocats qui a eu une très grande influence aux Etats-Unis. Association qui a défendu systématiquement un élargissement de l'indemnisation auprès de la population et qui a sans doute eu une grande influence sur les jurys. L'association a fait campagne contre la recherche de systèmes de réparation sans égard à la faute en faisant valoir que les victimes risquaient de perdre beaucoup de leur indemnisation.

Un autre facteur certainement essentiel est aussi celui de l'augmentation du niveau de vie : une indemnisation plus large n'est envisageable en effet que dans la mesure où le niveau social de développement permet d'y faire face. Elle entraîne aussi inévitablement avec elle l'augmentation du montant des primes d'assurance.

---

Le droit à être jugé par un jury est inscrit dans les droits fédéraux et dans le droit fédéral des Etats Unis. Il s'agit d'un fondement essentiel du droit américain.

L'Angleterre du 17° et 18° siècle semble indemniser déjà le préjudice non économique, mais de façon non explicite. En revanche, au début du 19° siècle, les décisions anglaises et américaines font apparaître une indemnisation de la peine et la douleur. V. J. O'Connell and R.J. Simon "Payment for Pain and Suffering : Who Wants What, When and Why", 1972 U.Ill.L.Rev.1, 90 91, cité par C. Henderson, Roger, article op. cit.

<http://www.atlanet.org/>



## La recherche d'une indemnisation sans prise en compte de la faute au niveau fédéral :

En 1970, l'Etat fédéral recherche l'élaboration de standard d'une indemnisation sans prise en compte de la faute. Mais le Watergate de 1974 et la démission de Nixon font échouer ces projets.

Presque tous les Etats des Etats-Unis sont donc restés sur des recours de common law, fondés sur la responsabilité et qui limitent donc l'indemnisation de la victime fautive. Seule le mécanisme d'assurances privées permet une indemnisation de la victime en dehors de ce cadre.

Pourtant depuis 10 ans certains préconisent l'adoption d'un système d'indemnisation sans égard à la faute . La solution la plus souvent préconisée est celle du "choice no fault", c'est à dire la possibilité laissée à l'assuré d'être indemnisé soit dans le cadre du droit de la responsabilité, soit sans égard à la faute mais avec une limitation de l'indemnisation. C'est la solution adoptée par le Kentucky et la Pennsylvanie et c'est la solution que proposait M. Bush dans sa campagne électorale.

Une réforme a été introduite en ce sens devant le congrès . Elle est régulièrement repropoosée par le sénateur Dick Arney, de l'Etat du Texas . La réforme prévoit de laisser le choix au consommateur, au moment où il choisit sa police d'assurance, soit d'être indemnisé sans égard à la faute mais en renonçant dès lors à l'indemnisation de la peine et de la souffrance, soit de pouvoir prétendre à une indemnisation intégrale mais de pouvoir alors se voir opposer sa propre faute. La possibilité d'un recours pour les dommages non économiques serait cependant toujours préservée, quel que soit l'option choisie, pour les cas les plus sérieux. L'appréciation se ferait en fonction d'un montant ou d'un degré de préjudice. Dans la présentation de la réforme, sa justification est celle de la diminution des coûts d'assurance et de la liberté laissée au consommateur .

La réforme a ses partisans et ses opposants. L'"Association of Trial Lawyers of America" (ATLA), notamment, a fait campagne contre la perte d'indemnité qu'amènerait l'adoption du système.

L'Union des Consommateurs de Washington s'oppose au projet tel qu'il est rédigé mais défend par contre l'idée d'un véritable système d'indemnisation sans égard à la faute . Cette Union des Consommateurs reproche à la réforme de diminuer l'indemnisation à laquelle pourront prétendre les victimes puisque ceux qui auront choisi l'assurance sans prise en compte de la faute ne seront indemnisés que du préjudice corporel. L'Union conteste aussi

---

O'Connell Jeffrey

"Auto Choice Reform Act" 1997, <http://www.lawyersweeklyusa.com/treas/auto.htm>

Après la proposition de loi de 1997, il en a introduite une nouvelle en 1999, <http://freedom.house.gov/autochoice/bill/hr1475.asp>, et en 2001. Sur cette dernière, v. <http://www.collision-insight.com/news/20010719-asa.htm>

<http://freedom.house.gov/library/autochoice/testimony9805.asp>

Consumers Union Washington, D.C. Office, <http://www.consunion.org/finance/0430auto.htm>

l'évaluation avancée quant aux économies que permettrait l'adoption d'un tel système. Elle souligne également que le conducteur qui a choisi de rester dans le cadre classique de la responsabilité ne sera intégralement remboursé que si l'autre conducteur à lui-même choisi la même forme de garantie. Dans l'hypothèse inverse, l'autre conducteur serait protégé des poursuites en responsabilité si bien que le choix du premier serait sans effet.

L'Union des Consommateurs fait référence à l'Etat du Michigan qui aurait un régime bien établi d'indemnisation sans égard à la faute. Ce régime permet à la victime d'un accident de la route de demander indemnisation de son préjudice à sa propre assurance plutôt que de rechercher un paiement de la part de l'assurance de l'autre conducteur, comme c'est le cas dans un système de responsabilité. Le système diminue effectivement les frais de gestion des assurances et fait faire l'économie des procès en responsabilité. Sont exclus de l'indemnisation les préjudices non économiques en dessous d'un certain seuil de préjudice. L'Union estime qu'il est bien préférable de viser ainsi un seuil de préjudice et non un montant d'indemnisation car sinon l'évaluation du montant est exagérée pour donner droit à une réparation.

## La Nouvelle Zélande

La Nouvelle Zélande a choisi un régime d'indemnisation sans prise en compte de la faute des préjudices résultant de **tous les accidents**. Donc aussi bien des accidents de la route, des accidents médicaux, des accidents domestiques, des accidents du travail, des accidents survenus pendant des loisirs...

Ce régime est énoncé dans une loi de 1982, réformée en 1992 par le « Rehabilitation and Compensation Insurance Act ». La réforme a apporté des limites aux indemnisations possibles. Depuis 1992, **ne sont plus indemnisés les préjudices exclusivement psychologiques** résultant de l'accident, alors qu'ils l'étaient dans le cadre de la loi de 1982 :

pour être indemnisée, la victime doit apporter la preuve de l'accident et du dommage personnel, or depuis la loi de 1992, l'accident doit être un événement extérieur qui provoque un dommage physique. La loi de 1982 ne restreignait pas l'indemnisation au dommage physique. Il a été jugé que la dépression nerveuse d'un employé ou le choc psychologique d'une mère qui a vu mourir son enfant à l'hôpital après avoir été torturé par un gang, ne sont plus indemnisables dans le cadre de ce régime. Le préjudice psychologique qui résulte du préjudice physique dû à l'accident est par contre indemnisé, s'il est d'une certaine importance.

La victime privée de l'indemnisation automatique peut, en revanche, tenter un recours en responsabilité.

Il ne s'agit donc pas d'un régime « pur » d'indemnisation sans égard à la faute puisque la victime conserve la **possibilité d'un recours de droit commun** :

pour le préjudice psychologique exclu par la loi de 1992 (mais qui risque de ne pas pouvoir non plus être indemnisé en droit des torts)

pour demander des « Exemplary damages » pour une négligence grave comme pour une faute intentionnelle . La loi de 1982 et celle de 1992 les excluent pourtant du régime. Mais une décision de la Cour d'appel de 1982 en a décidé autrement. L'auteur du dommage pourra être condamné à des « exemplary

---

Miller, John Michael, « Compensation for Motor Vehicle Injuries in New Zealand », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Les « exemplary damages », comme les « punitive damages » sont propres au droit des torts de common law. Ils montrent clairement la double nature de la somme que l'auteur du dommage est condamné à payer : celle de réparation intégrale du dommage et de sanction de la faute ou de la négligence de son auteur.

damages ». Ceci est d'autant plus fréquent depuis qu'une décision de 1996 a étendu cette sanction à la négligence. Il doit tout de même s'agir d'une négligence particulièrement grave et qui mettait à l'évidence en jeu la sécurité du plaignant.

pour discuter du montant de l'indemnisation de certains dommages qui étaient réparés sur une base forfaitaire dans la loi de 1982 et qui sont désormais fonction d'un pourcentage de handicap.

### **Les recours en responsabilité ont donc augmenté depuis la réforme de 1992.**

**La faute de la victime** peut également interférer dans l'indemnisation qu'elle recevra. L'indemnisation du conducteur soûl est toujours en débat. L'indemnisation du préjudice de telles victimes est mal perçue. En Nouvelle Zélande, dès lors qu'un des protagonistes de l'accident conduit en état d'ivresse, il est automatiquement poursuivi au pénal, sans que la victime n'ait à intervenir au procès. Une des décisions citées montre une condamnation à trois ans et demi de prison, une autre de neuf ans.

Qu'en est-il de l'indemnisation du conducteur fautif ? Dans la loi de 1982, est exclue l'indemnisation de celui qui a volontairement recherché le dommage ou qui a voulu se suicider. Est aussi exclue l'indemnisation de l'assassin et de celui qui est en prison. Donc le conducteur soûl condamné à de la prison pour sa conduite en état d'ivresse ne sera pas indemnisé s'il a été blessé lors de l'accident. Seule une procédure spéciale, apparemment complexe, peut éventuellement amener à son indemnisation, si le tribunal n'estime pas que cette indemnisation serait « repugnant to justice », trop contraire à l'ordre public. A l'issue de cette procédure, l'indemnisation pourra être totale, ou diminuée, ou supprimée. Dans la pratique, la diminution de l'indemnisation (diminution de 50% dans 2 affaires citées et dans une affaire où la victime fautive se retrouvait paraplégique) est appliquée. Parfois l'indemnisation est totalement refusée. Ces dispositions se retrouvent dans la loi de 1992. Seule les dépenses médicales sont alors prises en charge.

L'indemnisation est assurée par l' « Accident Compensation Corporation » (ACC). L'ACC est financée par de multiples sources : par les employeurs, par une taxe sur les revenus, par une taxe sur les automobiles et les conducteurs, par une taxe sur les revenus des capitaux et par le gouvernement.

Est couvert par la loi le préjudice qui découle d'un accident survenu en Nouvelle Zélande.

## L'Australie

L'Australie est un Etat fédéral dont trois Etats fédérés ont adopté des régimes de réparation du préjudice résultant des accidents de la route sans égard à la responsabilité.

Il s'agit du Northern Territory, du Victoria et de la Tasmanie. L'Etat du New Wales, qui est le plus peuplé, réfléchit à l'adoption d'un tel système. Ces primes d'assurances sont en effet bien plus élevées que celles demandées dans les Etats qui ont réformé leur droit. Cet Etat s'orienterait vers un système « pur » d'indemnisation sans égard à la faute.

L'Etat fédéral avait aussi manifesté son désir en 1983 mais en a finalement laissé le soin aux Etats fédérés.

### Northern Territory :

Cet Etat a adopté un système de véritable indemnisation sans égard à la faute pour ses résidents. Le régime fixe une limite maximale d'indemnisation des préjudices non économiques.

Les non-résidents doivent tenter leur recours dans le cadre du droit commun et sont également soumis à la même limite pour les dommages non économiques.

### Victoria :

L'Etat du Victoria voulait également un système sans aucune prise en compte de la faute, mais la réforme a partiellement échoué lors de son adoption par le Parlement : le régime est donc un compromis. Les recours de common law restent possibles pour les préjudices « sérieux » (en fonction du % d'invalidité, ou en raison de l'accord de l'organisme en charge du système, ou de l'accord du juge).

L'indemnisation n'est pas limitée aux préjudices économiques, mais il ne s'agit pas d'une indemnisation intégrale.

La "Transport Accident Commission" est en charge du système et, comme au Québec, elle s'occupe aussi de la création ou l'amélioration d'hôpitaux ou de centres de rééducation, de prévention par campagne, amélioration des routes ou systèmes de surveillance vidéo.

Le régime a visiblement permis une bonne maîtrise des coûts et la fixation de primes d'assurance bien moins chères qu'à Sydney.

---

Luntz, Harold, « Compensation for Loss of an Economic Nature : an Australian Perspective », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Tasmanie :

La Tasmanie a entrepris ses premières réformes en 1973-74. Les premiers textes laissaient la possibilité d'un recours de common law pour ce qui excédait la part indemnisée. Cette possibilité a ensuite disparu.

Les accidents de trams et de trains sont indemnisés dans le cadre du même régime que les accidents de la route.

Le régime ne permet que l'indemnisation des préjudices économiques.

La Suède a adopté une loi spécifique sur l'indemnisation des accidents de la route en 1975. Mais l'adoption d'un système « pur » de responsabilité sans égard à la faute n'a pas été possible. Un compromis a donc mené à conserver la possibilité d'un recours de droit commun pour l'excédant non couvert par le régime. Mais dans la pratique, les juridictions ont fait évoluer le régime vers un véritable système d'indemnisation sans égard à la faute. L'indemnisation repose donc sur l'assurance de la victime. Mais la répartition des coûts entre les différents assureurs se fait toujours en référence au droit commun de la responsabilité. Le système est donc simplifié pour la victime mais présente certaines difficultés dans sa mise en oeuvre.

Le comportement de la victime peut avoir une incidence sur son indemnisation

- La faute de la victime peut entraîner **la réduction partielle ou totale de l'indemnisation des dommages matériels** en application des règles normales de la responsabilité civile. Même le conducteur d'une voiture peut être partiellement indemnisé du dommage matériel causé à sa voiture par un cycliste fautif. Cette solution est vivement critiquée par la doctrine.
- **En ce qui concerne les dommages corporels**, la loi de 1976 prévoit une diminution d'indemnisation pour dol ou négligence grave de la victime, d'interprétation très stricte. En pratique, le partage de responsabilité n'a donc presque jamais lieu. Une disposition particulière vise le conducteur en état d'ébriété et qui s'est rendu coupable d'une pratique négligente. Il peut voir son indemnisation diminuer. C'est une disposition introduite par le Parlement lors de la discussion de la loi. La doctrine l'estime contraire à l'esprit de la loi. Les ayants droit de la victime qui s'est suicidée voient aussi leur indemnisation diminuer. Mais les tribunaux ont jugé que le juge a la faculté de diminuer ou non l'indemnisation.

---

DUFWA Bill W., professeur à l'Université de Stockholm, Suède, « Assurance no-fault dans le cadre des règles de la responsabilité civile » », in Les Cahiers du droit de l'Université de Laval, juin/septembre 1998, publication du colloque sur les 20 ans de la réforme du droit québécois de l'indemnisation des accidents de la route.

Note destinée au groupe de travail sur les traumatisés crâniens  
présidé par Madame Vieux

- OBJET : 1 - Essai d'évaluation du nombre de conducteurs de véhicules terrestres à moteur circulant sans assurance de responsabilité civile.
- 2 - Observations sur l'idée d'une assurance obligatoire pour les dommages corporels subis par le conducteur.

#### 1 – NOMBRE DE CONDUCTEURS CIRCULANT SANS ASSURANCE

Il n'existe pas à notre connaissance de données statistiques sur le sujet.

Divers indicateurs permettent d'évaluer le parc de véhicules terrestres à moteur français qui est estimé à 36 millions en l'an 2000. Il est par contre malaisé de donner le chiffre relatif aux personnes circulant sans assurance qui reste du domaine de l'approximation, ne serait ce qu'en raison du caractère délictuel qui s'attache à la situation des dites personnes.

Les infractions pour défaut d'assurance constatées par les autorités de police et de gendarmerie peuvent nous éclairer sur la tendance.

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
40 097 *	65 430	89 459	86 395	84 327	90 983	85 943

\* sans la gendarmerie

Le nombre des dossiers de sinistres ouverts par le Fonds de garantie est un autre indicateur. Il est toutefois considérablement réduit par les dispositions de la loi du 5 juillet 1985 portant sur l'amélioration de l'indemnisation des victimes, loi qui met un plus grand nombre d'accidents à la charge des assureurs.

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
25 143	24 327	25 151	23 578	24 018	21 703	22 148

Une approche mathématique pourrait consister à rechercher le pourcentage représentatif des conducteurs non assurés en rapportant le nombre de sinistres enregistrés par le Fonds de garantie ( $\pm 22\ 600$  sur les trois dernières années) à celui du nombre des accidents de responsabilité civile enregistrés annuellement par les assureurs ( $\pm 1\ 700\ 000$ ), soit 1,3%. Ce pourcentage lui-même rapporté au parc automobile français (36 millions) conduirait à estimer les non assurés au nombre de 468 800.



Le chiffre qui précède n'est toutefois pas représentatif pour les motifs suivants :

- un certain nombre des conducteurs en fuite est normalement assuré. Les dossiers du FGA relatifs aux délits de fuite sont au nombre de  $\pm$  103 900 par an,
- de très nombreux responsables de dommages aux conséquences matérielles et corporelles modestes, assurés ou non, indemnisent directement les victimes pour éviter les ennuis susceptibles d'être générés par leur situation. Cette pratique est régulièrement mise en évidence lors des études relatives aux effets générés par la clause obligatoire de bonus/malus (article A 121-1 du code des assurances),
- un grand nombre de cyclomoteurs, volés ou non, circulent sans assurances et sans que l'on puisse sérieusement les contrôler. La difficulté des pouvoirs publics à légiférer sur l'obligation d'immatriculation de ces engins est à cet égard révélatrice,
- l'accord de Schengen ne permet pas de contrôler les véhicules immatriculés à l'étranger. Les banlieues contiennent un nombre impressionnant de véhicules immatriculés en Allemagne et sur les plaques desquelles la pastille témoignant de l'existence d'un contrat d'assurance n'est plus. En l'état du système de la carte verte c'est fréquemment le Bureau du lieu d'immatriculation qui prend le sinistre en charge, ce qui réduit la connaissance du phénomène. Le projet de 5<sup>ème</sup> directive européenne permettra certains contrôles mais dans des conditions qui ne promettent pas une grande efficacité,
- des victimes bénéficiant de garanties dommages se font indemniser à ce titre sans donner suite à leur préjudice corporel dont les frais sont couverts par la sécurité sociale et une mutuelle, voire une assurance individuelle,
- des conducteurs non assurés se causent seuls des dommages sans l'intervention d'un tiers.

Ces motifs et d'autres, font que l'évaluation mathématique n'est pas crédible.

Lors de la réunion du 29 juin à la Chancellerie, Madame Lambert-Faivre a cité le pourcentage de 3,5 comme celui des non assurés, ce qui eu égard au parc représenterait 1 260 000 conducteurs.

On peut ajouter que des disparités existent comme par exemple à la Réunion où le nombre de dossiers du Fonds auto était de 407 en l'an 2000 pour une moyenne de 266 dans les autres départements.

Les Britanniques citent le chiffre de 5%, ce qui rapporté à la France représenterait 1 800 000 conducteurs.

Dans leur rapport annuel au Comité Européen des Assurances, les assureurs belges soulignent l'augmentation constante du nombre des non assurés. Ils communiquent le chiffre de + 21,4% en 1999 et celui de + 15% pour 2000, mais nous ne connaissons pas le pourcentage par rapport au parc.

## **2 – OBSERVATIONS SUR L'IDEE D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE POUR LES DOMMAGES CORPORELS DU CONDUCTEUR**

---

En matière de circulation routière, le principe de l'assurance de responsabilité civile n'est pas universel

Aux USA par exemple, environ 50% des Etats ont un système de RC, les autres Etats retenant le principe d'une assurance pour son propre compte.

En France, l'assurance de RC obligatoire a pour corollaire l'intervention d'un Fonds de garantie qui se substitue aux responsables non assurés afin d'indemniser les victimes.

Les victimes bénéficient d'une indemnisation rapide et le Fonds exerce ensuite ses recours contre les auteurs non assurés.

Dans le cas d'une assurance obligatoire du conducteur la situation deviendrait pour le moins paradoxale puisque c'est le conducteur fautif, auteur de son propre dommage corporel et non assuré à ce titre, qui aurait un intérêt à rechercher une indemnisation auprès du Fonds.

Dans ce cas, on comprendrait mal que la demande soit accueillie car cela reviendrait à faire bénéficier de la solidarité des autres conducteurs une personne que seul son incivisme aurait mis dans une situation de solliciteur.

On pourrait malgré tout vouloir obtenir l'indemnisation des conducteurs fautifs en rappelant que la loi du 5 juillet 1985 portant sur l'amélioration de l'indemnisation des victimes a ouvert une brèche en permettant celle d'une catégorie de personnes dite faible. Ce serait ignorer que la loi de 1985 n'interdit pas le recours contre celui qui bénéficie de l'indemnisation en raison de son état ou contre ses civilement responsables. Ce serait aussi ignorer que l'organisme chargé d'indemniser le conducteur fautif ne pourrait naturellement pas exercer un recours contre lui le privant ainsi de l'application du principe de l'indemnisation intégrale. La pratique d'une franchise d'indemnité ne modifierait rien à l'affaire.

On pourrait aussi arguer de ce que l'indemnisation civile vise à ne pas laisser des personnes en situation de détresse mais que cela n'interrompt pas la poursuite pénale. Ce serait méconnaître qu'en présence de la seule rédaction d'un constat amiable l'auteur de son propre dommage irait sans doute solliciter une indemnisation mais aurait peu de chances d'informer les autorités de police ou de gendarmerie de sa situation, sachant qu'il s'exposerait à des poursuites pénales. On voit mal aussi que l'organisme versant l'indemnisation ait pour tâche d'informer le parquet des situations délictueuses portées à sa connaissance.

Ce qui précède incite à penser que le système de l'assurance facultative du conducteur reste le plus adapté car protecteur en équité des victimes non fautives. Il importe aussi de souligner que le régime général de la sécurité sociale est plus protecteur des blessés graves qui bénéficient de pension. L'accident du travail qui couvre le trajet est lui-même générateur de rentes, sans que la notion de responsabilité soit en cause.

Il faut ajouter que le marché propose, outre de l'assurance individuelle, divers types de contrats visant à garantir les accidents de la vie.

A. TOMADINI

MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

N° d'appel du télécopieur : 01.40-56-75-22

En cas de mauvaise réception  
appeler le n° 01-40-56-71-12.

***BORDEREAU D'ENVOI DE TELECOPIE***

**Date 20/11/01**

nombre de pages y compris la page de garde: 2

**Expéditeur :** S/Direction de l'accès aux soins  
des prestations familiales  
et accidents du travail  
Bureau : 2C  
(Accidents du travail)

Personne chargée du dossier : Mme MOULANIER  
Téléphone : 01.40.56.72.56

**Destinataire :** Mme TARDIF  
Ministère de la justice

**Télécopie :** 01 44 77 22 76

**Observations :** Comme suite à votre fax du 15 novembre 01 je vous adresse ci-joint les éléments de réponse que vient de me remettre le service compétent de la direction de la sécurité sociale en ce qui concerne les droits des handicapés à l'assurance maladie.

Je vous en souhaite bonne réception.  
Très cordialement.

G. Moulanier

**Remise immédiate -**

## LES DROITS DES HANDICAPÉS À L'ASSURANCE MALADIE

### **I - Handicapés exerçant une activité**

#### **- Handicapés exerçant une activité salariée en milieu ordinaire ou protégé**

Les intéressés relèvent du régime général de sécurité sociale et sont assujettis, à ce titre, aux conditions d'ouverture du droit aux prestations des assurances maladie et maternité définies aux articles R.313-2 à R.313-6 du code de la sécurité sociale.

- 60 heures de travail dans un mois ou 120 heures dans un trimestre ouvrent droit à un an de prestations en nature (remboursements) ;
- 200 heures de travail salarié pendant trois mois ouvrent un droit à des prestations en espèces (indemnités journalières d'assurance maladie-maternité) pour une durée de 6 mois maximum ;
- 800 heures de travail salarié au cours de douze mois civils ou de 365 jours précédant l'interruption de travail, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois, ouvrent un droit potentiel de trois ans d'indemnités.

#### **- Handicapés exerçant une profession non salariée :**

Ces personnes sont affiliées aux régimes correspondants et leur droit aux prestations est ouvert à la seule condition d'avoir acquitté au préalable des cotisations d'assurance maladie (travailleurs indépendants, exploitants agricoles...).

### **II - Handicapés n'exerçant pas d'activité professionnelle**

S'ils ne dépendent pas d'un assuré-social en qualité d'ayant droit ou s'ils ne sont pas titulaires de l'allocation aux adultes handicapés, les intéressés sont affiliés au régime général sur critère de résidence (couverture maladie universelle) et bénéficient à ce titre des prestations en nature. Une cotisation est acquittée personnellement par la personne handicapée si elle dispose de ressources annuelles supérieures à 6 505 \* (42670 F).

#### **Handicapés en stage de reclassement professionnel**

S'ils n'ont pas droit à un quelconque autre titre à une couverture maladie, ils ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dès leur inscription en centre de préorientation ou de rééducation professionnelle.

### **III - Titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**

Les bénéficiaires de cette allocation qui ne sont pas assujettis à un autre titre (activité professionnelle par exemple) à un régime obligatoire d'assurance maladie, sont affiliés au régime général et bénéficient à ce titre des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (Articles L.381-27 et R.381-96 du CSS).

### **IV - Titulaires d'une pension d'invalidité**

Ces pensionnés ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité sans limitation de durée et au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur (Article L.313-4 du CSS).

DIRECTION DU TRÉSOR  
SERVICE DU FINANCEMENT DE L'ÉTAT ET DE L'ÉCONOMIE  
MARCHES ET PRODUITS D'ASSURANCE  
BUREAU C1TELEDOC 267  
139, RUE DE BERCY  
75572 PARIS CEDEX 12  
TELECOPIE : 01.44.87.20.09  
TEL. 01 44 87 21 89

Annexe 40

## TELECOPIE

Expéditeur Bruno GEERAERT Destinataire Fax Line TARDIF  
01.44.77.22.76  
Pages 1+3 Date 31.10.01

□ Commentaires :

En réponse à votre question relative  
à la fiscalisation des ~~RAA~~ routes voyages  
Cordialement



### 3. Le régime fiscal des indemnisations

Avant tout, il est nécessaire de distinguer le régime fiscal applicable aux indemnisations selon qu'elles sont fixées en capital ou sous forme de rentes.

L'indemnité versée en capital est exonérée d'impôt (mais pas les intérêts du capital), alors que l'indemnisation sous forme de rente est généralement traitée comme un revenu imposable.

Les rentes viagères, doivent être soumises à l'impôt sur le revenu, mais il existe cependant des exceptions. En effet, sont affranchies de l'impôt :

- les rentes viagères allouées *judiciairement* en dommages et intérêts pour la réparation d'un dommage corporel ayant entraîné pour la victime une incapacité permanente totale l'obligeant à avoir recours aux services d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (art.81-9° bis du Code Général des impôts).
- les rentes versées en exécution d'une transaction entre la victime et la compagnie d'assurance en application de la Loi Badinter du 5 Juillet 1985 et cela depuis une circulaire administrative<sup>14</sup> du Ministère des Finances du 1/12/1988.

---

<sup>14</sup> Circulaire 5F 1263.

Ce système, qui semble soumettre à l'impôt toutes les rentes allouées par transaction dans le cas des accidents hors circulation, inciterait donc les victimes gravement blessées, à préférer la voie judiciaire.

Par ailleurs, les victimes ne présentant pas une incapacité permanente totale au sens d'une IPP à 100 %, mais nécessitant l'assistance d'une tierce personne vont préférer, dans le cadre des accidents hors circulation, la réparation en capital au versement d'une rente indexée imposable.

Le même phénomène pourra être observé dans le cadre des accidents de la circulation, mais seulement en cas de décision judiciaire.

Face à ce problème, les assureurs ont décidé de considérer qu'il y a incapacité permanente totale dès lors que l'état de la victime nécessite l'assistance d'une tierce personne. En dépit de certaines améliorations, il apparaît donc que les rentes sont soumises à un régime fiscal plus ou moins favorable selon les cas.

Enfin, on peut également noter que les rentes versées en réparation de la perte de revenus futurs, étant considérées comme un revenu, sont soumises à l'impôt sur le revenu. Par contre, les rentes versées pour les frais de tierce personne future ne sont pas soumises à l'impôt.

## 4. Conclusion

En France, dans le cadre de l'indemnisation des victimes de préjudices corporels graves, l'utilisation des rentes est la règle. Pourtant, il apparaît que différents problèmes se posent aux assureurs lors du provisionnement des rentes.

Dans le cadre des accidents de la circulation, les assureurs qui n'ont pas à se préoccuper de la charge de l'indexation des rentes font actuellement face à une augmentation importante du coût des sinistres due à la baisse du taux technique applicable lors du calcul des provisions.

En effet, cette réduction de taux associée à l'utilisation d'une table de mortalité actualisée (TD 88/90) génère, à un âge donné, des facteurs de capitalisation plus élevés que ceux fournis par le barème en vigueur jusqu'au 31/12/1996 (CR 4,75 %).

Dans le cadre des accidents hors circulation, le problème est tout autre. Les assureurs doivent ici prévoir le coût de l'indexation mais l'absence de règles précises en matière de provisionnement entraîne des pratiques et par conséquent des coûts très différents.

En dépit de ces problèmes, l'utilisation des rentes continue à se développer. Cependant, les acteurs français de l'indemnisation pourraient, à moyen terme, essayer de développer des systèmes plus élaborés. Ainsi, les « structured settlements » à l'anglaise, qui sont connus pour présenter des avantages tant du côté de la victime que de celui de l'assureur, pourraient être utilisés pour « les prochaines générations de rentes », sous réserve d'une adaptation nécessaire de cette modalité de paiement au contexte législatif et réglementaire français, ainsi qu'aux pratiques du marché. Le mécanisme des « structured settlements » est abordé plus loin (Grande-Bretagne).

## Annexe 41

---

Auteur : DGAS-PHAN-ADULT-HAND à DAS-MONTFARNASSE  
Date : 10/10/01 11:46  
Normale  
Accusé de réception demandé  
pour : DGAS-PHAN-ADULT-HAND-ETABLISSEMENTS (JULIE VILLIGER)  
Objet : groupe de travail traumatisés crâniens  
----- Contenu du message

NOTE A L'ATTENTION DE MADAME TARDIF,  
MAGISTRAT AU BUREAU DU DROIT CIVIL GENERAL,  
DIRECTION DES AFFAIRES CIVILES ET DU SCEAU,  
MINISTERE DE LA JUSTICE

Objet : groupe de travail "traumatisés crâniens"

Réf : votre demande du 25 octobre 2001

Comme suite à votre demande, j'ai l'honneur de vous adresser, ci-dessous, note relative à l'impact d'une indemnisation pour dommage corporel sur l'attribution et la détermination du montant de l'AAH. Cette note a été préparée par le bureau des minima sociaux (DGAS-1C), auquel il convient d'adresser toute question complémentaire à ce sujet.

La question précise de l'impossibilité d'une indemnisation versée sous forme de rente viagère ou de capital relève, quant à elle, du ministère de l'économie des finances, direction générale des impôts, service du contentieux, qu'il conviendrait de contacter.

La question des conditions d'affiliation à l'assurance-maladie relève de la Direction de la sécurité sociale, représentée dans le groupe de travail.

En vous souhaitant bonne réception de la présente,

Jean-Luc FLORA  
Chef du bureau DGAS-3B



## **Incidence du versement de l'indemnisation sur le droit à bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (AAH)**

L'appréciation des ressources pour l'attribution et la détermination du montant de AAH repose sur deux principes :

1/ En vertu des dispositions des articles R. 821-4 et R. 531-10 du code de la sécurité sociale, « les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu » et après divers déductions et abattements (cf CSS, art. R. 531-10).

De plus, les prestations familiales, la retraite du combattant, les pensions attachées aux distinctions honorifiques et l'allocation de logement ne sont pas prises en compte pour l'attribution de l'AAH ainsi que les rentes viagères constituées en faveur de la personne handicapée ou par la personne handicapée elle-même (dans la limite d'un montant).

En résumé, c'est le revenu net catégoriel calculé à partir de revenus soumis à imposition qui constitue la base ressources de cette prestation.

En l'espèce, il s'agit de vérifier si l'indemnisation est imposable ou non.

Toutes les rentes viagères sont en principe imposables, à l'exception de certaines d'entre elles et notamment celles servies au titre de dommages-intérêts aux victimes d'une incapacité permanente totale, en vertu d'une condamnation judiciaire ou d'une transaction avec la compagnie d'assurances en cas d'accident de la circulation (cf Lefebvre 1999, p. 325).

2/ L'AAH est une prestation subsidiaire par rapport à tout autre avantage de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail et n'est donc pas cumulable avec les avantages servis en raison de l'âge ou de l'invalidité ou d'un accident du travail (CSS, art. L. 821-1), c'est-à-dire que son montant ajouté à l'un desdits avantages ne peut dépasser le montant de l'AAH à taux plein.

Il s'agit donc de s'assurer que cette indemnisation n'est pas un avantage d'invalidité.

En l'occurrence, il semble que ce ne soit pas le cas (réparation d'un dommage corporel causé par un tiers). Dans ces conditions, le cumul est possible : les sommes perçues par le titulaire de l'AAH durant l'année civile de référence (actuellement année 2000), dès lors qu'elles sont imposables, sont prises en compte pour l'attribution et la détermination du montant de l'AAH accordée pour la période allant du 01.07.2001 au 30.06.2002.

Enfin, les modalités de versement de l'indemnisation (rente ou capital) peuvent modifier les conditions d'accès à l'AAH puisque si la somme versée en capital durant l'année 2000 excède le plafond de ressources fixé pour bénéficiaire de la prestation (revenu net catégoriel de 43 947F pour une personne seule, doublé pour un couple), l'AAH ne sera pas accordée pour la période de juillet 2001 à juin 2002).

Si cette somme est versée sous forme de rente sur un an par exemple et si elle chevauche deux années civiles de référence, l'AAH pourrait être versée sous forme différentielle pour les périodes de 07.2001 à 06.2002 et 07.2002 à 06.2003, puisque seuls 6 mois de chacune des années de référence seront considérés (07 à 12.2000 et 01 à 06.2001) et, ainsi, le plafond pour l'attribution de l'AAH ne sera pas dépassé. Bien évidemment, si la somme est substantielle et les versements durables, l'AAH ne pourra plus être versée

(toujours en cas de fortes sommes). Elle serait au mieux minorée, en fonction du montant de la rente.

Au total, le choix entre le capital et la rente est une question d'opportunité selon les montants de l'indemnisation et la durée de la rente.

En tout état de cause, si cette indemnisation n'est pas imposable et ne présente pas le caractère d'un avantage d'invalidité, il n'y aura aucun impact sur les conditions d'attribution et le montant de l'AAH.



République française

8 avenue de Ségur – 75350 PARIS 07 SP  
Tél : 01 40 56 60 00 – télécopie : 01 40 56 75 22

## Annexe 42

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Paris, le 18 décembre 2001

-----  
Sous-direction de l'accès aux soins,  
des prestations familiales  
et des accidents du travail  
-----

Bureau 2C  
Personne chargée du dossier : Mme Ginette MOULANIER  
Tél : 01 40 56 72 56

### **Groupe de travail sur les traumatisés crâniens**

#### **Indemnisations des victimes d'accidents du travail**

##### **I - Application de la législation sur les accidents du travail**

La législation relative à la réparation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles couvre selon les mêmes règles l'ensemble des victimes, quelle que soit la nature de leur lésion.

Cette réparation quasi-automatique repose sur la présomption d'imputabilité dont bénéficie tout accident survenu au temps et au(x) lieu(x) du travail. En contre partie la faute de l'employeur ou de la victime n'est pas à rechercher sauf lorsque la faute inexcusable ou intentionnelle de l'un ou de l'autre est pressentie. La victime, de même que ses ayants droit, n'est pas autorisée à exercer contre l'employeur une action en réparation conformément au droit commun.

Non soumise au droit commun, l'indemnisation est forfaitaire et couvre les seules atteintes à l'intégrité physique. Les séquelles indemnissables consécutives à l'accident sont mesurées selon un barème indicatif d'invalidité. Le taux d'incapacité permanente reconnu tient compte, des facultés physiques et mentales de la victime de l'âge et des ses aptitudes et qualifications professionnelles

Cette législation considérée à l'origine comme une avancée sociale dans l'indemnisation des victimes exposées à un risque professionnel est remise en cause, malgré les aménagements apportés par le législateur et la jurisprudence, compte tenu de l'émergence d'autres régimes d'indemnisation proposant aux victimes d'accidents du travail une réparation intégrale de tous leurs préjudices. Le rapport remis par M. le professeur Masse à la ministre de l'emploi et de la solidarité constate qu'une évolution de la législation sur les accidents du travail vers une réparation intégrale des victimes est nécessaire.

## II - Les exceptions à la réparation forfaitaire

### *Exceptions jurisprudentielles*

#### 1 Victime par ricochet

Dans un arrêt rendu le 2 février 1990 (affaire Carlat), la Cour de cassation a estimé que l'expression « ayants droit » utilisée par le code de la sécurité sociale vise les personnes qui au décès de la victime perçoivent une rente. En conséquence lorsque la victime n'est pas décédée, le conjoint n'a pas la qualité d'ayant droit et peut en qualité de victime par ricochet demander une réparation de droit commun de son préjudice propre. Ainsi, s'agissant d'un accident de la circulation provoqué par un préposé de l'employeur, la conjointe de la victime était en droit de demander réparation de son préjudice moral en application de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 dite Badinter.

#### 1 L'accident de trajet

Pour marquer la distinction entre l'accident du travail proprement dit et l'accident du trajet, la Cour de cassation -assemblée plénière- a défini dans un arrêt du 5 novembre 1992 l'accident du trajet comme étant "tout accident dont est victime le travailleur à l'aller ou au retour, entre le lieu où s'accomplit le travail et sa résidence, dans des conditions où il n'est pas encore ou n'est plus soumis aux instructions de l'employeur". En l'espèce, il s'agissait d'une salariée en mission qui, alors que celle-ci était achevée, regagnait son domicile et était montée dans le véhicule d'un collègue de travail. Dans ce cas les dispositions de la loi Badinter s'appliquent.

En 1994, la Cour va plus loin en décidant que constitue un accident de trajet l'accident dont est victime le salarié qui a pris place dans le propre véhicule de l'employeur. Cette décision est motivée par le fait que "l'employeur n'avait, en l'absence de tout transport en commun, fait que rendre service à son salarié et que celui-ci n'était pas tenu de profiter de la commodité ainsi offerte".

#### 1 Victime d'infraction

L'accident du travail peut résulter d'une infraction. Dans un arrêt du 18 juin 1997 la Cour 2<sup>ème</sup> chambre civile précise que l'article 706-3 du code de procédure pénale n'a pas exclu les victimes de ces accidents du bénéfice des dispositions de la loi sur les victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.; elles peuvent donc présenter devant les CIVI une demande d'indemnisation de leurs préjudices résultant de faits présentant le caractère matériel d'une infraction, en complément des prestations sociales.

### *Exceptions législatives*

### δFaute inexcusable de l'employeur ou de son préposé

Le code de la sécurité sociale donne à la victime ou à ses ayants droit la possibilité d'obtenir devant la juridiction de sécurité sociale la réparation des préjudices causés par ses souffrances physiques et morales, ses préjudices esthétiques et d'agrément et celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle.

En cas d'incapacité permanente totale, la victime reçoit en plus un capital égal au SMIC. Ces dispositions s'appliquent également en cas de faute intentionnelle.

### δAccident de la circulation

L'article 15 de la loi n°93-121 du 27 janvier 1993 autorise la victime d'un accident du travail proprement dit survenu sur une voie ouverte à la circulation publique et impliquant un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur ou son préposé, à se prévaloir des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 pour obtenir une réparation intégrale de ses préjudices.

### δExposition des salariés à l'amiante

L'article 53 de la loi n°2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit la réparation intégrale des personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante et de celles qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante.

Cette réparation qui est également accordée à leurs ayants droit est assurée par le "fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante".

## **III- Vers une réparation intégrale**

Le professeur Masse constate dans son rapport que le système issu des lois fondatrices du 9 avril 1898 et du 30 avril 1946 qui étaient historiquement novateur n'est plus aussi favorable aux victimes. En particulier, le principe de la réparation forfaitaire sur lequel il repose apparaît aujourd'hui en retrait face aux attentes de la société et aux évolutions récentes du droit de l'indemnisation des victimes. Il propose une mise en œuvre progressive du principe de la réparation intégrale.

Un groupe de travail animé par M. Yahiel a pour mission d'examiner les moyens d'engager une telle réforme. Ses conclusions devront être remises à la ministre de l'emploi et de la solidarité à la fin du mois de mars.

Les réflexions du groupe de travail sur l'indemnisation des traumatisés crâniens, notamment en ce qui concerne les barèmes applicables, l'évaluation du dommage corporel et la mission d'expertise seront un apport utile à l'étude actuellement menée par le ministère sur l'amélioration de la réparation des risques professionnels.



# UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS

BREST, le 5 Octobre 2001

## UNAFTC

## Annexe 43

**Le Président**

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART

Madame Elisabeth VIEUX  
Présidente de la 10<sup>ème</sup> Chambre  
Cour d' Appel d' AIX  
Palais de Justice – Place Verdun  
13100 AIX EN PROVENCE

N/REF ; 2001.225/JP/FS

Objet : Incidences des rentes viagères versées par décision de justice au titre de la réparation d'un dommage corporel en droit commun

Madame la Présidente,

A la suite de la réunion du groupe de travail que vous présidiez et qui s'est tenue le 20 Septembre, vous m'avez demandé de faire le point sur l'incidence des rentes viagères allouées au titre d'indemnisation, sur les avantages consentis aux personnes handicapées, dans certaines conditions.

Je vous joins, à cet effet, à ce courrier

une annexe explicative qui cherche (?) à rendre plus accessible la documentation

un dossier juridique sur l'allocation des handicapés adultes « Travail Social Actualités » paru dans l'hebdomadaire « T.S.A. » dont la notoriété et la crédibilité constituent des références indiscutables bien que parfois insuffisamment précises.

Les extraits du Code de la Sécurité Sociale concernant le même sujet et en précisant certains aspects.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments distingués.

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C

---

COPIES : SIEGE U.N.A.F.T.C. – Maître PREZIOSI – Mme LAMBERT-FAIVRE

---

## ANNEXE

---

Je vous communique ci-après quelques commentaires et informations complémentaires.

### **1) IMPOSABILITE DE CES RENTES AU TITRE DE L'I.R.P.P..... ET DE L'IMPOT SUR LA FORTUNE :**

a) Ces rentes ne sont pas imposables au titre de l'I.R.P.P. , ni prises en compte pour le calcul de « l'impôt sur la fortune » au titre de l'ART. 83 du Code des Impôts « SI ELLES SONT ATTRIBUEES PAR DECISION JUDICIAIRE ET DANS LE CAS OU LA PERSONNE BENEFICIAIRE D'UNE TELLE RENTE EST TOTALEMENT INVALIDE ET NECESSITE L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE ».

b) Ce texte a été étendu aux rentes présentant les mêmes critères et allouées dans un cadre transactionnel.

c) L'interprétation de l'administration du texte de l'article 83 considère (compte tenu que l'invalidité totale, soit 100 %, correspondant concernant les Traumatisés Crâniens, à l' Etat Végétatif Persistant) est, après recherches de la F.F.S.A. « PERSONNE DANS L'INCAPACITE TOTALE DE SUBVENIR A SES BESOINS PAR SES PROPRES MOYENS ».

d) En complément sur la forme d'imposabilité (I.R.P.P.) des personnes handicapés, vous savez, que sous certaines réserves (reconnaissance par la COTOREP d'un certain taux d'imposabilité) que la personne handicapée a le choix entre une déclaration d'impôt séparé, ou sa prise en compte dans le foyer fiscal parental sous la forme de 0,5 part supplémentaire à laquelle s'ajoute la part d'un enfant « non infirme ».

### **2) LE CALCUL DES REVENUS PRIS EN COMPTE POUR L'ATTRIBUTION DE PRESTATIONS SPECIFIQUES (exemple d'une personne célibataire)**

#### **2.1) Ces prestations spécifiques sont :**

. Les prestations versées par l'ETAT (qui charge la C.A.F. des calculs et règlements) : « l'A.A.H », « l'A.L.S. » (Allocation de Logement Sociale)

. Au titre de l'Aide Sociale qui relève des Conseils Généraux du Département d'origine : « L'Allocation Tierce Personne » (A.C.T.P.), et « L' Aide Sociale Départementale » essentiellement destinée à prendre en charge le différentiel entre tous les revenus (dont la Rente Viagère par conséquent) de la personne et le montant effectif de l'hébergement en foyer, fixé par arrêté annuel des Présidents des Conseils Généraux. Ce prélèvement sur les revenus de la personne handicapée est au maximum de 90 % (plafond abaissé dans certains départements) de la totalité des ressources du bénéficiaire de l'Aide Sociale Départementale. Il est plafonné à 10 % de l'A.A.H. pour une personne célibataire, puis modulé en cas de situation familiale (mariage, enfants à charge.....). A titre d'exemple (loin d'être exceptionnel), il ne peut rester à une personne handicapée que 355 F/mois pour ses frais personnels (loisirs, habillement, frais.....)

. **En cas de retour à « MEILLEURE FORTUNE »** (expression juridiquement non définie dans la loi d'orientation de 1975, mais presque toujours admise comme limitée aux sommes provenant d'héritage parental), la participation versée par l'Aide Sociale Départementale est récupérée dans la limite de l'héritage et des sommes versées à la personne concernée au titre de l' Aide Sociale . Il est également « récupéré » au décès de la personne handicapée qui a le bénéfice de l'Aide Sociale (avec certaines dérogations !).

## **2.2) LE MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS SOCIALES CONCERNEES (2001) :**

A.A.H. : 3 550 F/mois

A.L.S. : 1 650 F/mois

A.C.T.P. : de 2 200 F/mois à 5 600 F/mois selon le taux accordé par la COTOREP

Allocation Sociale Départementale : (exemple pour un foyer à double tarification : coût moyen journalier à la charge du Conseil Général : 700 F/jour soit 21 000 F/mois)

## **3) REVENUS PRIS EN COMPTE POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS RELEVANT DE L'ETAT (A.A.H. – A.L.S.)**

3.1) **RENTE VIAGERE SERVIE EN REPARATION** (judiciaire ou transactionnel) d'un accident de droit commun dans la limite de la réduction fiscalement habituelle des rentes (ex : 30 % sur le montant d'une rente allouée à une personne âgée de moins de 30 ans, puis montant dégressif).

**TOUS LES AUTRES REVENUS** : livret de la Caisse d' Epargne ( !) ainsi que tous ceux soumis à prélèvement forfaitaire : SICAV monétaires si ce choix de règlement de l'impôt correspondant a été choisi , revenus mobiliers et immobiliers... Le montant total de ces revenus est minoré selon certaines dispositions fiscales (abattements personnalisés aux invalides : 12 000 F par an, abattement dans la limite de 12 000 F/an pour les rentes constituées pour les personnes handicapées (CAS DES RENTES « VIAGERE – ACCIDENT ») ou dérogatoire en droit fiscal commun ( Rentes « SURVIE ».....).

**LA RENTE « TIERCE PERSONNE » N'EST PAS UN « REVENU ».**

**3.2) INCIDENCE SUR LE MONTANT DE L'A.A.H. (L'A.L.S. SERA EGALEMENT AFFECTEE SELON LES MEMES REGLES).**

a) **LE TOTAL DES REVENUS PRIS EN COMPTE POUR LA DETERMINATION DU MONTANT DE L'A.A.H. A PERCEVOIR (et qui peuvent fort bien ne pas être soumis à l'impôt !) VIENT EN DEDUCTION DU MONTANT DE L'A.A.H. IL EN EST DONC AINSI DU MONTANT DE LA RENTE JUDICIAIRE APRES ABATTEMENT DE 30, 40 OU 50 % SELON L'AGE DE LA PERSONNE LORS DE LA DECISION D'ATTRIBUTION ET SOUS LA RESERVE DE LA DEFINITION INDIQUEE DANS LE PARAGRAPHE 1 a) CI-DESSUS.**



b) HORS LA REDUCTION DU MONTANT DE L'A.A.H. A LAQUELLE CONTRIBUE L'ATTRIBUTION D'UNE RENTE IL FAUT SAVOIR (VOIR DOSSIER « T.S.A. » JOINT – page 11) QUE « LES BENEFICIAIRES » de l'A.A.H. SONT AFFILIES GRATUITEMENT AU REGIME GENERAL D'ASSURANCES MALADIE » (ce qui veut dire que, à contrario, la suppression de l'A.A.H. pour cause de revenus à prendre en compte trop élevés) QUE CETTE DISPOSITION IMPLIQUE LA SUPPRESSION DE CE DROIT ANNEXE, sauf si la personne handicapée (cas très rare) de possibilité de bénéficier de la « couverture » C.M.U.

Les personnes handicapées perdent alors le droit à l'A.A.H. pour cause de revenus trop élevés (dont rente) et sont donc conduits à adhérer à un régime de sécurité sociale à titre volontaire (coût environ 1 200 F/ mois !).

### EN CONCLUSION :

- 1) ON PEUT AINSI PERCEVOIR QUE L'ATTRIBUTION D'UNE RENTE NE PEUT SE CONCEVOIR, DANS L'ETENDUE DE SES CONSEQUENCES, QU'APRES UNE ETUDE PERSONNALISEE, ET DANS UN CADRE DE GESTION PATRIMONIALE ! (exemple placements en capitalisation). CECI EST LA CONSEQUENCE DES REGLEMENTATIONS COMPLEXES, SOUVENT INCOHERENTES FIXEE PAR LE : CODE DES IMPOTS, DES ASSURANCES, DU DROIT SOCIAL ET DE LA FAMILLE .....
- 2) UN EXEMPLE PRECIS : Pour percevoir 600 F d' A.A.H / mois, une personne qui se voit allouer une rente viagère correspondant à un accident survenu avant 30 ans (cas très majoritaire dans la population des Traumatisés Crâniens). Cette rente ne doit pas être supérieure à 4 200 F / mois (en supposant qu'elle ne dispose d'aucun autre revenu) et continuer à être assuré social à titre gracieux.

DANS CE CAS, LES REVENUS DE LA PERSONNE HANDICAPEE SERONT :  
4 200 F (rente viagère) + 1 200 F (A.L.S.) + 600 (A.A.H.) = 6 000 F / mois net d'impôt + l'avantage de la Sécurité Sociale gratuite.

SI LES PARENTS ONT SOUSCRIT UNE RENTE VIAGERE (donc versée lors du décès du souscripteur) ET / OU SI LA PERSONNE HANDICAPEE SOUSCRIT UNE « RENTE SURVIE » (servie à 60 ans), CES DEUX REVENUS N'ON T PAS D'INCIDENCE SUR LE MONTANT DE L'A.A.H. PERCUE ET MAINTIENNENT DONC L'AVANTAGE « SECU- GRATUITE ».

AMIRAL (E.R.) JEAN PICART  
PRESIDENT DE L'U.N.A.F.T.C.



<p><b>Mutuelle Assurance des Instituteurs de France</b></p> <p><b>200 avenue Salvador Allende</b></p> <p><b>79038 NIORT Cedex 9 .</b></p> <p><b>Département Accidents de la Circulation</b></p> <p><b>Fax : 05 49 73 71 09</b></p>	<p><b>F A X</b></p> <p><b>Niort, le 22/11/2001</b></p> <p><b>Nbre de pages (y compris page de garde) : 3</b></p>
--	--

de la part de Pierre BOULÉ, Responsable Division Dommages Corporels, ☎ 05 49 73 83 58

à l'attention de Madame Line TARDIF

**Émetteur Pierre BOULÉ**

Comme convenu, je vous prie de trouver ci-joint la note relative à l'indemnisation des victimes gravement atteintes, dans le cadre d'indemnités contractuelles.

En vous priant de bien vouloir présenter à Madame VIEUX et à tous les membres du groupe de travail mes excuses pour cette absence inopinée

## **MESURES DE PROTECTION DES INCAPABLES ET INDEMNITÉS CONTRACTUELLES**

### **LE CONSTAT**

Dans le cadre de garanties individuelles contractuelles, les compagnies d'assurances peuvent être redevables d'indemnités parfois importantes en faveur d'assurés victimes de séquelles graves.

La mise sur le marché de contrats proposant des indemnités calquées peu ou prou sur les indemnités versées dans la cadre du droit commun multiplient ces situations.

Or les bénéficiaires peuvent présenter des troubles altérant leurs facultés mentales, soit en raison d'un état préexistant au fait accidentel, soit en raison de séquelles liées à l'accident.

Dans les deux cas se pose la capacité à gérer les fonds.

Que peut faire l'assureur conscient de cette incapacité et qui est dans l'obligation d'exécuter le contrat ?

Il ne figure évidemment pas dans les listes des personnes en mesure de présenter une requête au juge des tutelles afin d'ouvrir une mesure de protection.

Peut-il exiger, avant versement des fonds, la preuve d'une mesure de sauvegarde ?

Il se heurte dans la majorité des cas à une réticence des proches, le risque que soit prise une mesure de tutelle dévalorisant à leurs yeux la personnalité de la victime atteinte de handicap.

Si l'indemnisation peut être réglée sous forme de rente, le risque de dilapidation des sommes versées est réduit dans ses conséquences, mais ce n'est pas une modalité d'indemnisation très fréquemment appliquée en droit commun et encore moins dans le cadre des garanties contractuelles.

Quant au versement en capital, il comporte évidemment tous les risques liés à son bon usage dans l'intérêt de la personne handicapée.

## **LA PRATIQUE**

On peut conseiller aux gestionnaires de s'inspirer des formalités normalement imposées dans le cadre de la loi 85.677 du 5 juillet 1985 ( loi Badinter), intégrées dans le code des assurances à l'art. L. 215-15 s'il ne convainc les proches du bien fondé d'une mesure de protection. Le gestionnaire adresse au moins 15 jours avant le règlement le rapport d'expertise qui fait apparaître l'inaptitude de la victime, l'informe des sommes qui lui reviennent et des modalités de règlement. Ainsi prévenu, le juge des tutelles sera en mesure de contrôler le bon usage des fonds.

**P. BOULÉ**

**propositions relatives à l'assistance juridique par un avocat dans la phase d'évaluation médicale du dommage corporel adoptées par le groupe de Travail  
l'expertise dans l'évaluation du dommage corporel »  
Conseil National de l'Aide aux Victimes**

**- Préambule :**

**Si l'avocat apparaît comme un défenseur nécessaire des victimes d'accidents corporels, l'absence d'une spécialisation reconnue, les carences de formation qu'elle induit, le désarroi des victimes qui ne savent à qui s'adresser et le faible engagement des avocats dans la phase d'évaluation médicale, essentielle pour une juste évaluation de l'indemnisation, fondent les propositions suivantes :**

**- Première proposition :**

**Le groupe de travail recommande à l'unanimité la création d'une spécialisation droit du dommage corporel dans les spécialisations réglementairement reconnues. Il souhaite vivement que le Conseil National des Barreaux adopte cette mesure dans le cadre de la révision des spécialisations en cours.**

**- Deuxième proposition :**

**La compétence des avocats dans le domaine complexe du droit du dommage corporel et de la détermination et l'évaluation des préjudices subis serait naturellement induite par la reconnaissance de cette spécialisation. Les formations universitaires (maîtrise, DEA, DESS, Institut d'études judiciaires... ) et les formations continues organisées ou validées par les barreaux devront conforter cette nouvelle spécialisation par l'organisation d'enseignements spécifiques.**

**- Troisième proposition :**

**La reconnaissance officielle d'une spécialisation doit favoriser une meilleure orientation des victimes. Le groupe de travail rappelle la liberté de choix des conseils par les victimes.**

**- Quatrième proposition :**

**Dans la phase d'évaluation médicale d'un dommage corporel, l'assistance juridique de la victime par un avocat, en liaison avec le médecin conseil de victime, constitue une meilleure garantie du contradictoire.**

**L'avocat doit en effet aider la victime à établir la réalité des dommages qu'elle invoque et leur imputabilité au fait générateur, ceci en vue de permettre au régleur ou à la juridiction saisie d'apprécier la causalité, de déterminer les chefs de préjudices indemnifiables et d'évaluer le montant de la réparation.**

**- Cinquième proposition :**

**Les honoraires des conseils de la victime, avocat comme médecin-conseil, sont une conséquence de l'accident et conformément au principe de la réparation intégrale doivent être à la charge du responsable et le cas échéant de son assureur RC. La convention d'honoraires doit permettre d'intégrer ce poste de préjudice dans l'évaluation du dommage corporel.**

**Le groupe de travail souhaite approfondir les questions des honoraires d'avocats - notamment celle des honoraires de résultats - et de l'application des articles 700 NCPC et 475-1 CPP, qui se posent avec une acuité particulière s'agissant des victimes de dommage corporel. Ces dispositions pourraient être étudiées par le groupe de travail missionné par le CNAV en 2002.**

**- Sixième proposition :**

**Conformément à la Directive européenne du 22 juin 1987 intégrée en droit français par la loi du 31 décembre 1989, les contrats d'assurance Protection Juridique doivent garantir aux assurés le libre choix de leur avocat. Les clauses des contrats d'assurance P.J français comportent de nombreuses dispositions qui contreviennent à cette règle, notamment, une limitation différentielle des honoraires d'avocats, ou l'interdiction de saisir librement un avocat avant l'accord de l'assureur : aux motifs d'éviter un "sinistre" unilatéralement déterminé par l'assuré, la pratique a créé une garantie potestative de l'assureur. Ces clauses doivent être profondément modifiées pour redonner aux assurés-victimes le libre choix que le droit européen a consacré.**

**Un groupe de travail conjoint au Ministère de la justice et au Ministère de l'économie et des finances étudie actuellement le problème. Le groupe de travail du CNAV souhaite qu'il soit informé de l'ensemble de nos propositions relatives à l'évaluation médicale du dommage corporel et à l'assistance juridique par un avocat dans la phase d'évaluation médicale du dommage corporel et désire réciproquement être destinataire de leur rapport.**



**PROPOSITIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION MÉDICALE  
DU DOMMAGE CORPOREL ADOPTÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL  
«L'EXPERTISE DANS L'ÉVALUATION DU DOMMAGE CORPOREL»  
CONSEIL NATIONAL DE L'AIDE AUX VICTIMES**

**-Préambule :**

Ces propositions ont pour objet l'expertise médicale et les examens médicaux non judiciaires pour la réparation du dommage corporel, quelle qu'en soit la cause. Elles ont pour but d'offrir aux victimes d'un dommage corporel des garanties d'impartialité dans le respect du principe du contradictoire ainsi qu'un soutien psychologique et technique.

**- Première proposition**

La compatibilité entre les fonctions de médecin-conseil d'assurance, de médecin-conseil de victime et de médecin-expert judiciaire est vivement mise en cause. Pour clarifier une situation ambiguë, source de confusion, et dénoncée tant par les victimes que par de nombreux professionnels du droit et de la médecine, il est proposé de créer trois catégories de médecins chargés de l'évaluation médicale du dommage corporel :

1. les médecins-conseils de compagnies d'assurance (assurance de responsabilité civile ou assurances de dommages corporels), dont la liste pourrait être établie et publiée par l'AREDOC, sur proposition des entreprises d'assurance;
2. les médecins-conseils de victimes, dont la liste pourrait être établie et publiée par le CNAV, sur proposition des associations de victimes et d'aide aux victimes;
3. les médecins experts judiciaires, inscrits sur les listes des cours d'appel ou agréés par la Cour de cassation.

Un médecin ne pourrait désormais être candidat et figurer que sur une seule catégorie de liste.

Les compagnies d'assurance Protection Juridique devraient permettre à leurs assurés victimes de choisir librement le médecin qui les assiste, sur la liste des médecins conseils de victimes.

**- Deuxième proposition :**

Le groupe de travail préconise la mise en place :

-d'un agrément temporaire pour les candidats à l'inscription sur chacune des listes, assorti d'une obligation de formation initiale ;



**-après la période probatoire, d'une inscription sur les listes pour une durée renouvelable sous condition d'une formation continue.**

**Ces dispositions pourraient être étudiées par le groupe de travail missionné par le CNAV en 2002.**

**A titre exceptionnel, des médecins ne figurant sur aucune liste, ne pourraient se voir confier des missions d'examen ou d'expertise médical que sur une motivation explicite. Ces dispositions pourraient être étudiées par le groupe de travail missionné par le CNAV en 2002, qui en précisera les modalités.**

**- Troisième proposition :**

**La multiplicité des expertises ou examens médicaux requis en cas de dommage corporel constitue une plainte récurrente des victimes. Conformément à l'expérience d'une seule expertise, contradictoire et opposable à toutes les parties, diligentée pour les victimes d'actes de terrorisme ou d'accidents collectifs, le groupe de travail recommande l'extension d'une procédure simplifiée qui serait mise en œuvre par l'ensemble des organismes et institutions impliqués dans l'indemnisation des victimes. Ces dispositions pourraient être approfondies par le groupe de travail missionné par le CNAV en 2002.**

**- Quatrième proposition :**

**Dans toutes les procédures amiables, notamment dans le cadre de l'indemnisation des accidents de la circulation, pour garantir l'équité et respecter le principe du contradictoire, le groupe de travail recommande que tous les examens médicaux pratiqués en vue de la réparation d'un dommage corporel soient conduits conjointement par le médecin-conseil d'assurance et le médecin-conseil choisi par la victime.**

**S'ils ne peuvent se mettre d'accord sur les conclusions de l'examen, ils devront rédiger un rapport précisant leurs points d'accord et de désaccord, document qui devra être remis aux parties et soumis à la juridiction éventuellement saisie.**

**Les textes du Code des assurances relatifs aux procédures d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation et les textes d'information des victimes devront tenir compte de ces modifications, notamment l'article R-211 du Code des assurances**

**- Cinquième proposition :**

Dans toute expertise médicale judiciaire d'un dommage corporel de quelque nature qu'il soit, la victime a le droit d'être assistée par un médecin-conseil de victime qu'elle a librement choisi.

**- Sixième proposition :**

Le médecin-conseil de la victime a notamment pour rôle de l'informer sur les modalités et les enjeux de l'expertise ou de l'examen médical, de rassembler l'ensemble de son dossier médical et de ses annexes, et de le communiquer dès que possible à l'expert judiciaire ou au médecin-conseil de la compagnie d'assurance, afin que celui-ci puisse l'étudier avant le jour de l'expertise ou de l'examen médical.

Il devra rédiger un rapport et l'adresser aux parties qui le mandatent. A chaque étape de la procédure, il doit informer et conseiller les victimes.

**- Septième proposition :**

On constate dans la pratique que des formules relatives à l'exercice expertal sont très fréquemment utilisées et de souvent de manière ambiguë sur les papiers à en-tête des praticiens, en violation de l'article 79 du Code de déontologie médicale.

Le groupe de travail souhaite, qu'en liaison avec le Conseil national de l'ordre, une réglementation plus précise n'autorise la mention d'une qualité d'expert ou de médecin-conseil que précisée par la référence à l'une des trois catégories ci-dessus définies.

Cette qualification devrait figurer obligatoirement sur les convocations aux examens médicaux et expertises, ainsi que sur les rapports.

**- Huitième proposition :**

La convocation adressée à la victime et au médecin-conseil qu'elle déclare avoir choisi doit comporter :

- une copie de la mission d'expertise ;
- un rappel de la nécessité pour la victime et son médecin-conseil de constituer un dossier médical aussi complet que possible et de le transmettre à l'expert judiciaire ou au médecin-conseil de la compagnie d'assurance avant le jour de l'expertise ou de l'examen médical.

**- Neuvième proposition :**

La qualité de l'accueil de certains médecins experts ou médecins-conseil est trop souvent mise en cause. Lors de tout examen ou expertise médical, la victime a le droit d'être assistée, si elle le souhaite, par la présence d'un proche. Les plaintes récurrentes des victimes à l'encontre du comportement d'un expert ou d'un médecin conseil devrait conduire à sa radiation de la liste dont il relève.

**- Dixième proposition :**

Dans le cadre de la responsabilité civile encourue du fait d'un dommage corporel, les honoraires du médecin-conseil de victime sont une conséquence de l'accident ; ils doivent être intégralement à la charge du responsable de l'accident et le cas échéant de son assureur R.C. Dans le cadre des assurances de dommages corporels, les honoraires de médecin-conseil de l'assuré-victime devraient systématiquement être inclus dans les garanties contractuelles. Le groupe de travail souhaite que la FFSA et la GEMA recommandent une telle clause aux entreprises de leur groupe.

**- Onzième proposition :**

Tout rapport d'expertise ou d'examen médical devrait clairement rappeler toutes les doléances exprimées par la victime et y répondre dans la limite de la mission, en rendant compte des arguments contradictoirement débattus.

**- Douzième proposition :**

Tout rapport d'expertise ou d'examen médical en vue de l'indemnisation d'un dommage corporel, quelle que soit sa nature, devrait être intégralement transmis à la victime, sous réserves des dispositions du Code de déontologie médicale (article 35). Dans le cadre des expertises ordonnées en matière pénale, le groupe de travail recommande que la victime puisse obtenir le rapport la concernant, pour en faire tout usage.

**-Treizième proposition :**

Il est souhaité que les propositions ici présentées soient étendues à tous les types d'expertises et d'examens médicaux (sécurité sociale, accidents du travail, mutuelles, etc...)

