

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 ^{Annexe 1}.

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 ^{Annexe 2,}
A3, A4, A5, A6, A7, A8, et Annexe 9

Il a entendu ..

- o le 29 Juin 2001, Monsieur TOMADINI, représentant le Fonds de Garantie Automobile

- o 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^e siècle). Elles reprennent avec les grandes catastrophes ferroviaires du début du 20^e 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^{Annexe 12}, **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 ^{Annexe 13}.

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 ^{Annexe 14}

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 ^{Annexe 15} le nombre de **places spécifiques** aux traumatisés crâniens serait le suivant :

Nombre de places	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 défaillante : 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 :

- o 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.

- o 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.
- o 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 sages-médecins, 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 sage-médecin, encore faut-il avoir conscience du problème) ;

La conjonction de l'anosognosie (négarion 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 ^{Annexe 16} 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 ^{Annexe 17}
- o celle effectuée par le SAEI ^{Annexe 18}

Le Docteur ATTAMIAN (Président de FFAMCE) a établi une note du 5 juillet ^{Annexe 19}.

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 ^{Annexe 20} 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^{er} temps relatif à la détermination des causes de l'accident (expert en accident médical)

*le 2^{ième} 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 ^{Annexe 21}.

Les diverses sessions de formation continue n'abordent pas directement cette spécificité ^{Annexe 22} (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 ^{Annexe 23} 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 séquentaire.

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 ^{Annexe24}, 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 ^{Annexe 25}.

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 ^{Annexe 26} 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 " ^{Annexe 27}, une " enfant " ^{Annexe 28} au 14 décembre 2001) ;
- o du recueil des observations de la FFSA, du GEMA ^{Annexe 30}, du FGA ^{Annexe 31} et de l'UNAFTC ^{Annexe 29}.

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^{ème} 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 ^{Annexe 32,}
- les pages 21 à 29 du barème de la Société de Médecine Légale ^{Annexe 33,} : la fonction neuropsychique.

L'UNAFTC, dans les pages 17 et 18 de son document ^{Annexe 10}, 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)

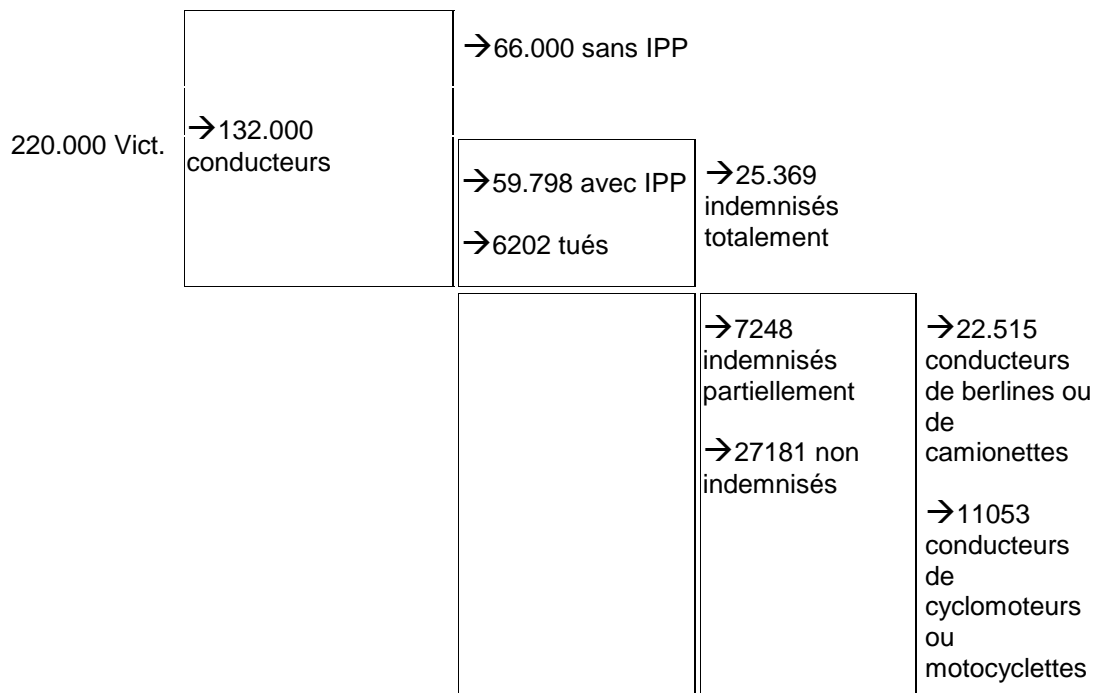
- o 70 % des traumatisés crâniens sont dus à des accidents liés à la circulation routière dont les victimes sont :
 - * 60 % des adultes en voiture,
 - * 20 % des adolescents en moto ou scooter
 - * 20 % des enfants ou des personnes âgées à pied ou à bicyclette
- o 30 % des traumatisés crâniens sont 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 cm³.

Depuis quelques mois, un repli du marché des 125 cm³ 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 ^{Annexe 36}

-Une étude faite à la demande de la Présidente du Groupe de travail, par Mme LELIEVRE-BOUCHARAT ^{Annexe 37}.

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 ^{Annexe 38} 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^o 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 ^{annexe34} 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 ^{Annexe 36} 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 ^{annexe43}.

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 ^{annexes 39,annexe 40 et annexe 41} 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 ^{annexe45}.

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 ^{Annexe44} 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