

L'expertise de la personne victime d'un traumatisme crânien : quelques remarques, principes et difficultés, Par JJ. Dumond et É. Guillermou
 EXPERTS, n°95, 2011, Av., I - pp. 21 à 26
 ST, J, 0 2, 09 - ST, J, 05, 00

MOTS CLÉS

APR / AVKAT / Ú-RURAL / (IF (CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT)) / (oc-Nmr / COM / EXPERNSR / HANDOP / M(DECIN / Nrn ROCHIRURGIKAL / Nrn AD-PSYCHOLOGUE / Nrn BURAOICR / LOGIQUE / T((TRAUMATISME CRANIEN) / RU-OAPTATION / REEDUCATION / RINSUTION

L'expertise de la personne victime d'un traumatisme crânien

Quelques remarques, principes et difficultés



Jean-Jacques Dumond

Psychiatre
 Expert près la Cour de cassation
 Responsable du Pôle des blessés de l'encéphale à Limoges



Émeric Guillermou

Avocat au Barreau de Toulon et au Barreau de Paris

1 Résumé

Lors de l'expertise des traumatismes crâniens sévères, le médecin expert et l'avocat sont confrontés à des enjeux éthiques, visant une juste réparation d'un être vivant atteint physiquement et psychologiquement. Voici les enjeux éthiques.

Summary · Toothing or protruding stone work

Summary

Deux articles abordant le thème des Traumatismes crâniens (TC) sévères ont déjà été publiés dans cette revue. Le plus ancien, médical, très largement inspiré d'un article écrit pour l'Encyclopédie médico-chirurgicale de psychiatrie par l'un de nous aborde les réalités médicales du traumatisme crânien grave. Plus récemment Maître Ceccaldi a développé une réflexion sur l'approche citoyenne, éthique et de réparation de la personne en situation de grand handicap. Par ailleurs, l'ensemble des problèmes médicaux, juridiques, techniques et de principes sera présenté dans un guide réalisé par les professionnels de l'association France Traumatisme crânien à paraître sur le site de l'association à la rubrique Espacejuridique.

Fort de ces apports, nous souhaiterions questionner à deux voix les difficultés et les principaux repères d'une réparation juste pour un traumatisme crânien grave. Les exigences de compétences, de rigueur, d'humani-

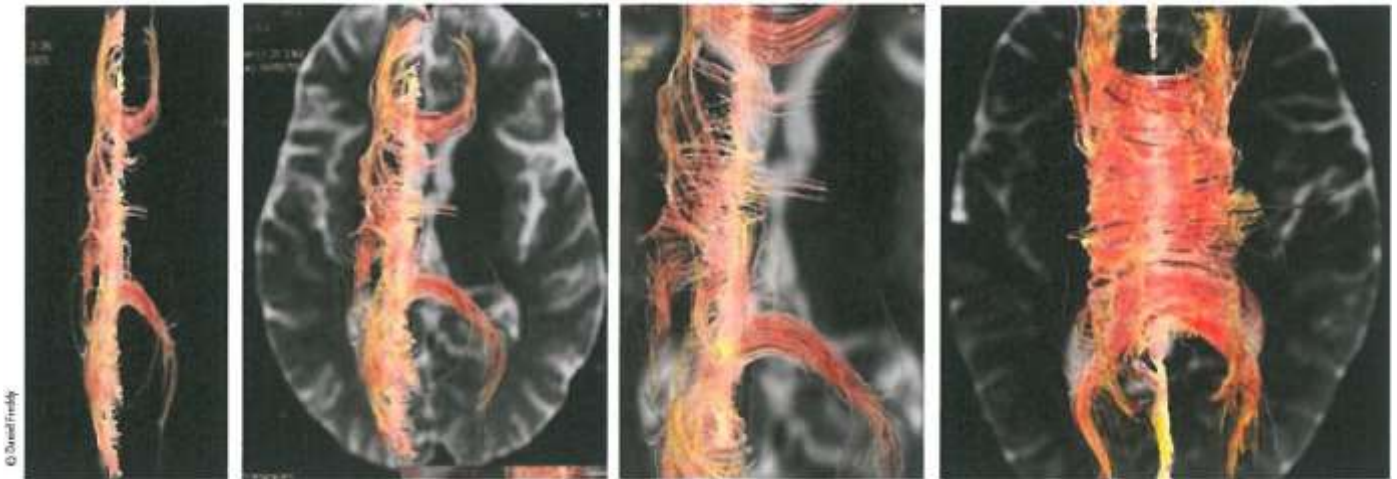


té dans la rencontre non pas d'une lésion mais d'une personne modifiée par l'ébranlement traumatique dans sa relation à elle-même et à l'autre, dans sa capacité à faire, à décider, à traiter l'information pourront être extrapolées des TC sévères aux TC modérés et aux TC dits légers. Les rédacteurs de cet article partagent chacun dans leur spécialité la pratique quotidienne du traumatisme crânien. Ces pratiques nous rapprochant, nous nous devons de garder nos identités, complémentarités et positions respectives.

1. LE CONTEXTE EXPERTAL

Dans la procédure judiciaire, dans le meilleur des cas, trois acteurs travaillent en synergie pour la juste réparation et, au-delà, vers la réincorporation du blessé dans sa dimension citoyenne et désirable.

Le juge garant et arbitre est l'ultime décideur de la réparation intégrale et individualisée.



Tenseur de diffusion 3D. Corps Calleux normal

C'est dire d'emblée l'importance de la mission, de la prise en compte du rapport de groupe de travail Dintilhac chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, de l'intégration du fonctionnement individuel dans une conception globale de la santé à travers la CIF (Classification internationale du fonctionnement). Pour intégrer l'ajustement aux difficultés spécifiques cognitivo-comportementales des blessés, la

Confrontant le blessé et son environnement à des bouleversements identitaires mobilisant des réactions variées, le TC génère une étrangeté à soi-même et à l'autre.

mission spécifique Traumatisme crânien dite mission Vie ux est un guide sûr pour l'expert tant pour le TC adulte que pour le TC enfant ou adolescent.

L'expert est de principe compétent sur les réalités médicales de l'approche des cérébro-lésés ainsi que sur les règles de procédure. Il est l'acteur incontournable permettant de traduire en continuum

pathologique ce qui s'est passé, de l'onde de choc aux difficultés séquellaires du blessé. L'approche lésionnelle exclusive est heu-

reusement généralement évitée. Subsistent néanmoins trop souvent des débats experts englués dans des affrontements dépassés entre lésionnel et fonctionnel.

Le conseil spécialisé de la victime - comment laisser ce rôle au patient lui-même ou à sa famille ? - prépare et ordonne les traces des parcours médicaux et personnels parfois chaotiques. Il défend la dignité, la perte de participation, et légitime la demande de reconnaissance du blessé.

Bien sûr les acteurs sont plus nombreux : médecins conseils de victime, médecins conseils d'assurance, proches, occasionnant parfois des débats houleux devant un blessé

Atteinte bilatérale droite et surtout gauche du 1/4 postérieur du corps callosus et de son aileron postérieur gauche



médusé. Il appartient à l'expert de ne pas laisser celui-ci être dépossédé de son histoire traumatique.

2. LES RÉFLEXIONS DU MÉDECIN EXPERT

2.1. L'aventure traumatique

Le TC grave conjugue fulgurance et chronicité. La fulgurance instantanée de l'onde de choc traverse et endommage la matière cérébrale et ses circuits. En une fraction de seconde c'est l'harmonie du fonctionnement cognitif qui se joue. Effectivement, les délabrements tissulaires étendus ou les lésions des réseaux neuronaux perturbent souvent définitivement l'appareil cognitif dans ses fonctions cérébrales d'intégration les plus élaborées, dans ses systèmes de contrôle, d'inhibition ou de facilitation. Au total c'est l'information et la prise de décision qui seront ébranlées. Après cet instantané lésionnel et malgré les efforts de la réanimation et de la protection cérébrale, des phénomènes complexes biochimiques et vasculaires vont déclencher une cascade métabolique potentiellement lésionnelle.

Coma, polytraumatisme, scanner initial, décision d'intervention neurochirurgicale ou pas, mesure de la pression intracrânienne, maintien de l'homéostasie et de la perfusion cérébrale sont les réalités de la réanimation. Le coma traduit la vague de destruction axiale fonctionnelle. Le réveil manifeste une réappropriation des fonctions élémentaires dans des modalités variées, parfois via la

réapparition de schémas archaïques mais toujours dominés par l'amnésie de l'événement. L'amnésie post-traumatique (APT) comporte des conséquences psychodynamiques durables.

La rééducation vise au retour de l'autonomie psychomotrice et de la restructuration des grandes fonctions cérébrales instrumentales. Retrouvant un proche, la famille va progressivement en découvrir un autre. La nature des lésions et les tentatives de réappropriation de son environnement vont influencer le comportement des blessés, selon les modes déficitaires ou productifs, avec toujours une méconnaissance du handicap. Cette anosognosie n'est pas spécifique du trauma crânien. Elle mêle à une dimension neurologique (jusque dans les moments de l'éveil la négation de l'accident et les confabulations de la récupération mnésique) des strates successives complexes et ténues dont témoigne cette curieuse capacité à dire ses difficultés pour l'instant d'après le sien dans le projet mis en avant.

Réadaptation, réinsertion familiale, c'est maintenant le temps des bilans : médicaux, d'imagerie, neuropsychologiques et ergothérapeutiques. Ils comportent des difficultés : syndrome frontal, terme générique souvent pas assez analytique. Sont au premier plan les troubles attentionnels, les difficultés en récupération active de mémoire, les troubles de l'initiative, de la planification, du contrôle, de la cognition sociale. Le handicap est dit « invisible ». Il ne faut pour autant pas méconnaître les difficultés neurologiques, motrices et sensorielles, le déficit neuromoteur, la dystonie et la spasticité, l'atteinte cérébelleuse,

la dysarthrie, les troubles de l'oculomotricité et de la sphère olfactive, etc.

Confrontant le blessé et son environnement à des bouleversements identitaires mobilisant des réactions variées, le TC génère une étrangeté à soi-même et à l'autre. L'environnement médical, familial, plus tard professionnel souligne l'importance en terme d'invalidation des troubles omniprésents dans les registres de l'aboulie, de l'irritabilité et de l'impulsivité. Le thérapeute ou l'expert analyse ces troubles du comportement sous trois rubriques :

- réaction anxieuse et dépressive à l'événement et aux mises en échec successives ;
- troubles directement liés à l'atteinte lésionnelle : désinhibition, voire déstructuration majeure de la conscience et

de la relation ;

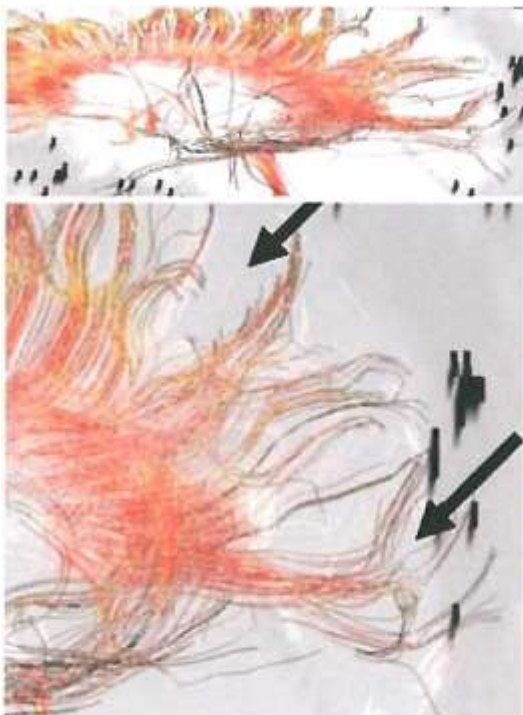
- troubles que nous dirions compensateurs même si très perturbants : tentatives mal ajustées de faire sens, de maîtriser et d'assumer une permanence identitaire - ainsi en est-il des troubles interprétatifs parfois d'allure hallucinatoire.

Il y aura beaucoup à dire sur certaines réinterprétations du comportement des blessés en terme de personnalité antérieure. Dans une bibliothèque sinistrée par un séisme, hormis les livres détruits, nous avons accès aux mêmes livres. Peut-on pour autant reprendre l'ancien classement ?

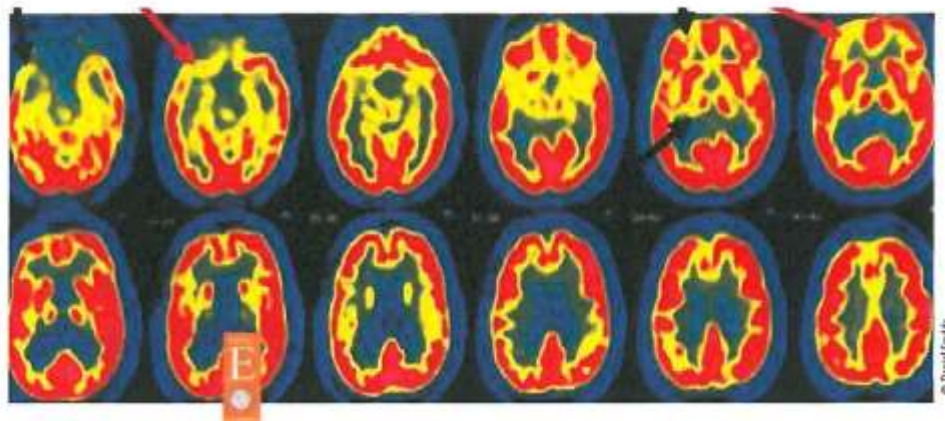
2.2. L'indispensable

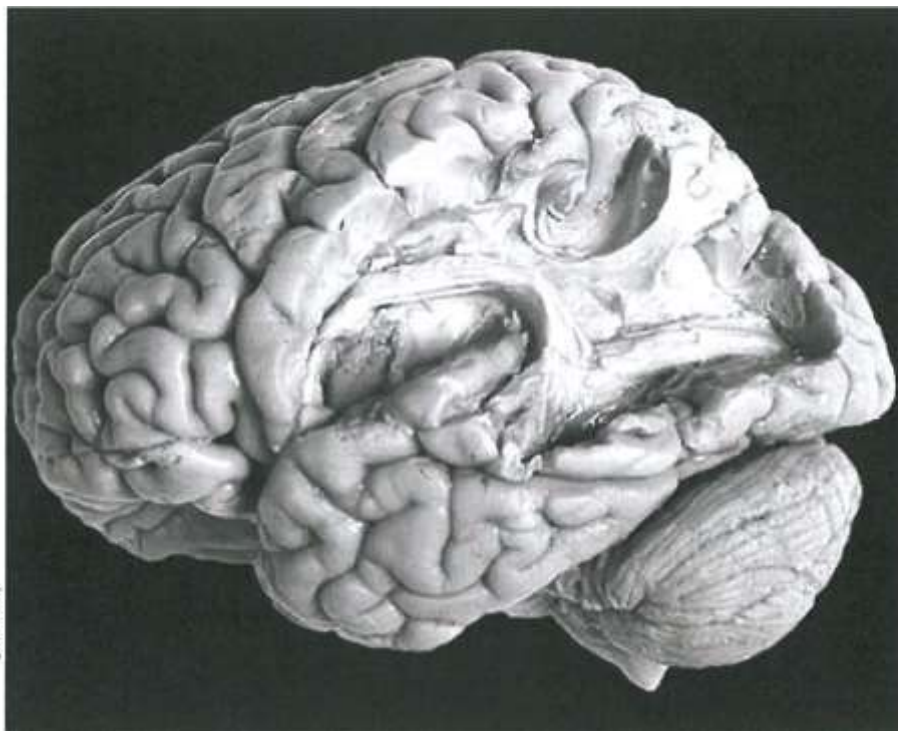
Un cadre nécessaire pour l'expert. Ce cadre requiert la mise en œuvre des recommandations du rapport de la nomenclature dite Dintilhac et de la mission spécifique. Trois

L'expert permet de traduire en continuum pathologique ce qui s'est passé, de l'onde de choc aux difficultés séquellaires du blessé.



TEPTDM FDG11/04/2007 : anomalie poleant.etint. du LT droit, pôleant. du LF droit (-12%) hypofixation thalamique droite (-10%). Cartographie automatisée "scénium" : IE droit.





Faisceau arqué : fibres intra-hémisphériques

questions s'imposent au médecin pour le guider face au blessé : Qui était-il ? Que lui est-il arrivé ? Qu'est-il devenu ?

La blessure cérébrale elle-même . il faut essayer de décrire le mécanisme lésionnel, si possible la biomécanique dans les grandeurs physiques en présence, quantifier la gravité du coma et son évolution, repérer les lésions associées, les complications cérébrales avec une attention particulière à l'anoxie, reprendre le scanner initial et les évolutions de l'imagerie, quantifier l'APT, etc.

L'évolution. C'est toute la chaîne de soins qu'il faudra reconstituer avec l'évolution des troubles neuromoteurs et instrumentaux, la durée des soins aigus, les interventions chirurgicales, l'accès ou pas à une prise en charge adaptée en milieu de rééducation. Certains dossiers sont encore parfois sidérants de vacuité, d'autres fois les itinéraires sont complexes mais bien documentés. Les comptes rendus - exemple de ceux, précieux, des Ueros (Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle) - sont à réinterpréter dans une logique d'évaluation alors qu'ils ont souvent été rédigés dans une dynamique positive de reconquête de l'auto-

nomie. Il faut toujours faire une place au récit du blessé et aux difficultés des familles.

À ce stade trois points nous paraissent être incontournables :

Trois questions s'imposent au médecin pour le guider face au blessé: Qui était-il ? Que lui est-il arrivé ? Qu'est-il devenu ?

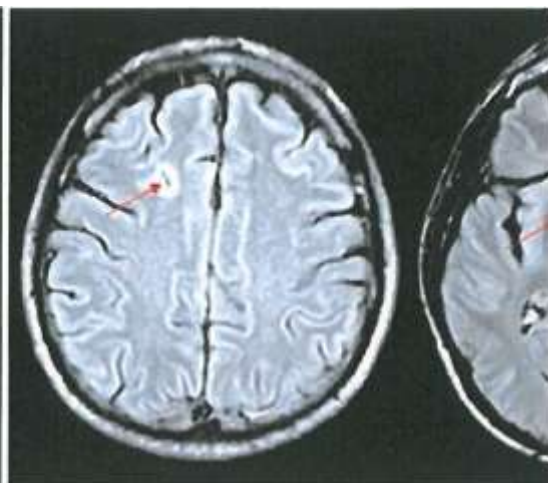
on ne devrait plus pouvoir consolider un patient sans une imagerie récente : une IRM avec des séquences spécifiques • imagerie interprétée par un neuroradiologue familiarisé avec les TC ; absolument indispensable, le bilan neuropsychologique doit être complet, réalisé par un neuropsychologue formé et comporter une approche de l'empathie et des cognitions sociales ;

on ne répare pas une lésion mais ses conséquences. On apprend beaucoup à écouter les proches, à décrypter les aléas de la rééducation, les bilans ergothérapeutiques. On aura

le plus souvent recours à une évaluation ergothérapeutique dans les conditions de vie mêmes du sujet.

Entre l'analyse de l'impact cérébral et le bilan récent minimal que nous venons d'indiquer, on dispose à notre avis des bases pour discuter et imputer les troubles dits psychocomportementaux et plus largement les difficultés à être du blessé.

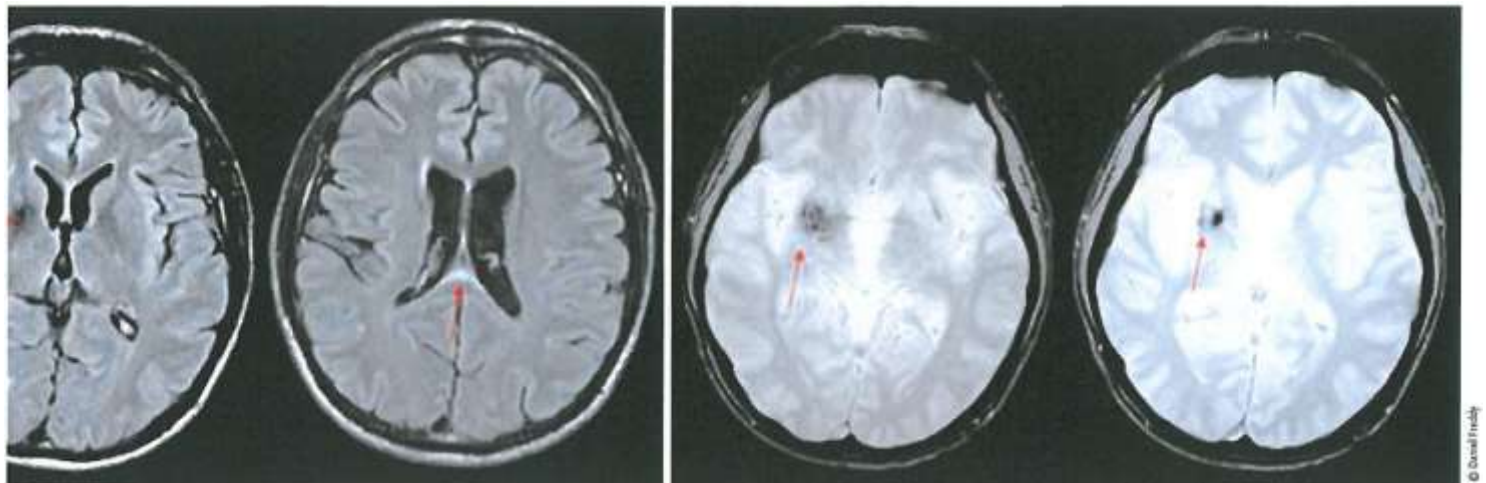
Quelques autres repères restent à évoquer.



Axiales FLAIR : les t

La date de consolidation n'est rarement acquise chez l'adulte avant un délai minimum de deux ans. Chez l'enfant, la logique d'être en développement exige que la date de consolidation soit beaucoup plus tardive, souvent à la majorité. La tierce personne doit ne plus être abordée seule ment en terme de substitution aux actes élémentaires de la vie. Appuyée par le bilan ergothérapeutique, il s'agira de qualifier et de quantifier le soutien humain à la surveillance et à la participation. Les aides techniques et le rôle de l'environnement peuvent être utiles. Leurs mises en place ne doivent pas remplacer l'exigence de contact, de relation d'humanité pour ce blessé. En ce qui concerne le choix de l'expert, on ne peut que souhaiter qu'il s'agisse d'un spécialiste du TC. Nous ne sommes pas loin de penser avec certains qu'il ne devrait pas mélangier missions judiciaires et missions d'assurance. Il doit aussi maîtriser les règles de procédure. En un mot l'expert idéal est rare, les missions nombreuses.

Les grands points abordés devraient pouvoir limiter la mobilisation d'hyper-spécialistes aux missions complexes. Deux écueils principaux sont potentiellement dommageables pour le blessé et pour une réflexion sociétale sur le handicap. Le premier est celui d'une vision où il faudrait ramener la réparation à la lésion avec en négligeant la spécificité des difficultés des traumatismes crâniens. La « barémisation » comporte des dangers. À l'autre extrême c'est l'absence de construction physiopathologique qui risquerait de réduire l'expertise à un constat, à un bilan « photographique » de l'état actuel du blessé. Enraciné dans l'art médical, l'art de l'expert est de lier la lésion au devenir et de discuter ce devenir, en fonction de l'atteinte de l'intégrité somatique et psychique.



varieties of atrophy and edema

Axiales T2 : grains de ferritine et d'hémiosidérine en hypoflash T2

3. LES RÉFLEXIONS DE L'AVOCAT

3.1. Le handicap cognitif de la lésion à la personne

La lésion cérébrale, au confluent de l'organe et de l'esprit, engendre débats, perplexité et querelles d'analyses, à moins de considérer que l'esprit se réduit au substrat de l'organe. Les séquelles fonctionnelles ne se livrent pas spontanément à l'étude, elles doivent être recherchées. Les outils de cette recherche - parfois ignorés de la pratique expertale, ont des performances limitées. Il n'y a pas obligatoirement de proportion mathématique entre une quantification de la lésion et l'ampleur du handicap qui en résulte.

Dans la démarche médicale scientifique, il y a deux mondes : celui dans lequel la démonstration d'une certitude est apportée, et celui où cette preuve n'est pas faite. Pour le juriste, il y a aussi deux mondes, celui d'avant l'évènement et celui d'après. Le changement constaté suite à l'évènement doit être interrogé. En son absence, il s'agit d'envisager si les difficultés seraient apparues chez le sujet. Le juriste est donc l'homme de la mesure des écarts, le médecin celui de la recherche du lien, parfois impossible à réduire au seul critère objectif.

Les nouvelles définitions posées par la CIF sont l'occasion d'interpeller ces regards croisés. Celle-ci rappelle que le but d'une évaluation expertale n'est pas du soin, mais bien de l'évaluation et de la compensation. Cette logique appelle une analyse de l'imputabilité qui, en focalisant les esprits, était parvenue à établir une proportion organicité/handicap. La corrélation implicite taux d'incapacité/besoin de compensation est encore un dogme actif qui démontre la puissance d'une vision

organocentriste voire mécaniste du handicap. Cette vision est totalement fautive pour plusieurs raisons :

- au carrefour de l'organe et de la conscience, la lésion cérébrale aboutit à une perturbation de l'identité ;
- le traumatisme psychique engendré par l'atteinte identitaire est un « surtraumatisme » qui rend toute vision barémique absurde ;
- le besoin en aide humaine n'est pas corrélé de manière parallèle au taux d'incapacité ; la démonstration d'une causalité certaine en la matière tient souvent d'une vanité de l'esprit... mais qui rassure l'humilité de son auteur ;
- la complexité du handicap généré par des troubles de la mémoire, de l'attention, de la planification, du comportement ne permet plus une analyse barémique ;
- les barèmes existants démontrent une constante pauvreté en la matière définis-

sant des taux d'incapacité qui varient avec la cause du handicap constaté.

La méthodologie expertale doit refléter l'expression fidèle du vécu au quotidien et rechercher dans le même temps l'explicitation de ce vécu. Il y a une difficulté spécifique aux lésions cérébrales, tenant à l'adéquation lésion/handicap. Ceci tient en particulier

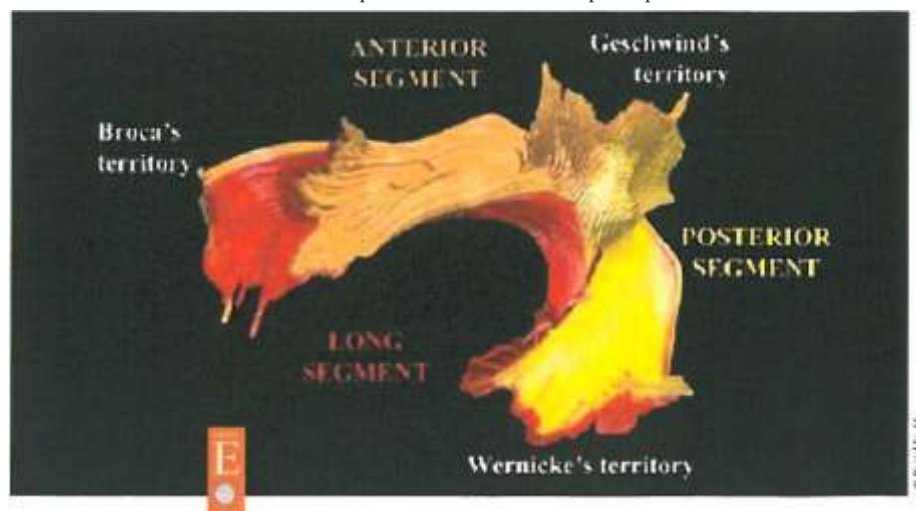
On ne répare pas une lésion mais ses conséquences.

aux limites actuelles de l'imagerie, d'une atteinte non contusive mais des réseaux neuronaux, de la régulation au sens cognitif propre mais aussi affectif. Les progrès de l'imagerie,

de l'électro-physiologie et plus largement des neurosciences soulèvent des pistes permettant la remise en question d'une idée fautive mais insistante : pas de lésion visible, pas de séquelle objective.

La démarche expertale consiste encore souvent à fonctionner de manière linéaire. Ainsi,

Faisceau arqué : fibres intra-hémisphériques



CHRONIQUE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

l'absence de preuve par l' image de la lésion cérébrale conduit le plus souvent au déni de l'imputabilité, et en tout cas à un classement par défaut psychiatrique. On va alors aller chercher des explications dans l'histoire ancienne du sujet ou même penser à une recherche de bénéfices. C'est méconnaître que l'effraction engendrée par le traumatisme initial à laquelle peut se surajouter une prédisposition antérieure, conditionne une souffrance générée par les difficultés cognitives incluant la part psychodynamique et psychiatrique.

3.2 . La rencontre croisée des concepts et des acteurs

Les derniers développements de la jurisprudence démontrent que l'analyse juridique du lien entre fait générateur et dommage diffère totalement du mécanisme de la causalité scientifique (raison de survenance du fait dommageable).

3.2.1. La rencontre des concepts de causalité scientifique et d'imputabilité juridique

Par un arrêt du 28 janvier 2010, la Cour de cassation s'est prononcée pour une indépendance des deux notions. Il faut y voir l'application d'un raisonnement présomptif c'est-à-dire probabiliste qu'autorise l'article 1353 du Code civil. Au bénéfice de ce raisonnement il faut retenir que l'incertitude de l'expert sur un lien de causalité scientifique ne saurait empêcher le juge dans son pouvoir souverain d'appréciation de retenir une causalité juridique. Ce mode de pensée comporte un intérêt particulier pour les personnes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral car si expertiser des lésions apparentes répond à une méthodologie établie, expertiser une personne souffrant de troubles cognitifs ou de comportement dans les suites d'un accident ou d'une agression est beaucoup plus délicat pour deux raisons : les limites de la puissance de l'imagerie et de la connaissance sont d'autant plus marquées que les séquelles sont moins apparentes et l'intraction organique/ psychique induit la nécessaire tentative d'analyse d'un être et de sa trajectoire. Dans une telle situation, les réponses catégoriques liées à l'exigence scientifique sont souvent délicates à poser: ne pas les donner peut être constitutif d'une non reconnaissance et les donner d'une privation de droits. Il faudrait donc admettre que l'expert puisse répondre par l'expression de ses propres interrogations, lorsqu'elles existent, afin que sa démarche soit accessible à ceux qui vont le lire.

3.2.2. La distinction dommage / préjudice

Depuis fort longtemps, il est acquis que ces deux notions diffèrent, en ce que le dommage est constitué par la lésion elle-même et les séquelles qui en résultent, alors que le préjudice en est la traduction au quotidien et ses conséquences en terme de coût. On voit ainsi que l'expertise purement organiciste est spoliatrice des droits de la victime en ce qu'elle est impuissante à traduire de manière exhaustive les conséquences du dommage.

3.3. La pensée environnementale et l'expertise ergothérapeutique situationnelle

L'expertise n'a aucun intérêt si elle ne se cantonne qu'à évaluer en quantifiant, car évaluer a un objectif : permettre à la victime d'être reconnue, prise en charge, de bénéficier de moyens de compensation, qu'il s'agisse d'une logique de solidarité ou d'une logique de responsabilité. Le rôle fondamental du médecin expert ne suppose pas son exclusivité ; la qualité de son intervention peut nécessiter l'intervention de tiers, sapiteur, neuropsychologue (obligatoire), ergothérapeute {encore trop souvent discuté}, architecte, expert comptable, etc.

L'ergothérapeute se doit d'évaluer les besoins de compensation en aide humaine et technique, l'aménagement du domicile et du véhicule et au besoin aider à la rédaction voire rédiger un projet de vie, ce en situation de vie quotidienne et non dans un bureau. Cette mission est désormais prononcée par de nombreux tribunaux et d'ailleurs validée par la Cour de cassation puisque le rapport Dintilhac utilise le terme « d'expertise environnementale ». Elle est conforme à la loi du 11 février 2005 {article 114 Code de l'action sociale et des familles}, à la convention internationale consacrant les droits fondamentaux des personnes handicapées du 30 mars 2007 intégrée dans notre droit interne depuis avril 2010, enfin à la CIF.

La mission d'expertise spécifique traumatisme crânio-cérébraux validée en 2002 et ordonnée aujourd'hui par la plupart des juridictions précise également que l'expertise « se pratique sur le lieu de vie pour tous les cérébro-lésés présentant des handicaps les rendant dépendants pour des raisons physiques, intellectuelles ou comportement-

tales ». L'exemple simple de la personne privée de toute initiative qui répondrait de manière satisfaisante aux injonctions d'un expert mais sera incapable d'avoir au quotidien la moindre initiative pertinente démontre la nécessité de l'analyse situationnelle. Cette analyse doit se faire en respect des droits fondamentaux. Ceci signifie en particulier que la personne en situation de handicap doit pouvoir choisir son lieu de vie, le concept de projet de vie étant au service des désirs de la personne et non un outil de gestion limitant ses choix.

4. CONCLUSION

Dans ce domaine irréductible à une vision binaire classificatoire barémisée, les qualités de l'expert et de l'expertise sont

génériques : indépendance, compétence, méthode analytique et globale, humanisme. Le traumatisme crânien dans sa complexité induit et peut être considéré un paradigme pour aborder le handicap. Expertise et être vivant susceptible d'être atteints dans son identité nécessite la mise en œuvre d'une méthodologie spécifique qui conjugue multiplicité des outils, des acteurs, des regards, et ce dans un contexte de réflexion particulièrement nuancée. Gageons que l'échange de ces perspectives puisse être au service de ceux qui en ont l'impérieux besoin. •

Le traumatisme psychique engendré par l'atteinte identitaire est un « surtraumatisme » qui rend toute vision barémique absurde.

