

Questions particulières d'imputabilité traumatique

D. ROUGÉ¹, N. TELMON²

Mots-clés: Imputabilité, Pathologie, Traumatisme.

TITLE: Specific Questions on Traumatic Imputability.

Key-words: Imputability, Pathology, Trauma.

L'imputabilité est le lien de causalité médico-légale qui rattache une situation (effet, séquelle) à un événement (cause, traumatisme).

L'objet de ce travail exposé est de démontrer l'importance de la mise en évidence de l'imputabilité en médecine («*l'intelligence de l'expertise*») alors que l'évaluation des préjudices découle de ce lien. Il existe un mode de raisonnement qui permet d'aboutir à la détermination de ce lien de causalité en utilisant

quelques «scripts» de raisonnement en sachant que toutes les situations ne peuvent pas être abordées car un livre, voire une très longue formation ne pourrait y suffire.

I. LA NATURE DU LIEN DE CAUSALITÉ

Ce lien entre le traumatisme et le dommage fait l'objet parfois d'une preuve, c'est une évidence, ou la démonstration de la vérité. Parfois il s'agit de présomptions qui constituent un ensemble de faits permettant de soupçonner la vérité et il ne peut s'agir que de convictions. Parfois nous avons des doutes car aucune certitude ne peut se dégager du raisonnement.

Ce lien peut prendre différentes formes [1, 2, 4, 5, 9, 14] :

-
1. Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef de Service du Service de Médecine Légale et Pénitentiaire, CHU Rangueil, TSA 50032, 31059 TOULOUSE Cedex 9 (France).
 2. Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Service du Service de Médecine Légale et Pénitentiaire, CHU Rangueil, TSA 50032, 31059 TOULOUSE Cedex 9 (France).

I.1. Il peut être «certain ou hypothétique»

Tantôt l'évidence, la preuve matérielle amènent une certitude, tantôt il existe des éléments en faveur et d'autres en défaveur de ce lien et l'expert ne peut exprimer que son doute. Il en va ainsi de la médecine et des sciences de la vie où tout ne peut être prouvé.

I.2. Ce lien est tantôt «total ou partiel»

S'il est total, le traumatisme constitue à lui seul l'intégralité de la cause du dommage. Quand il est partiel, plusieurs causes sont mêlées dans la détermination du dommage. Souvent il s'agit d'un état antérieur ou d'un état postérieur ayant contribué pour une part à la détermination du dommage. Si le lien peut être partiel, par contre l'imputabilité ne se partage pas car il n'y a pas de «pourcentage» dans l'imputabilité. Un lien partiel permet dans certains cas d'aportionner l'évaluation d'un dommage, notamment s'il s'agit de l'aggravation d'un état antérieur.

I.3. Le lien peut être «direct ou indirect»

Quand il est indirect, le lien sous-entend des mécanismes agissant les uns sur les autres ; le point essentiel d'un mécanisme indirect est l'évaluation d'une faute médicale qui peut être de nature à rompre le lien de causalité entre cause initiale et le dommage. Parfois le lien est indirect mais les événements se sont succédés dans une continuité avec la cause initiale et représentent en terme de causalité une filiation naturelle entre le traumatisme et le dommage.

II. LES ÉLÉMENTS À DISCUTER POUR LA DETERMINATION DU LIEN DE CAUSALITÉ

Il s'agit de ce que l'on appelle habituellement les critères du raisonnement médico-légal [13]. Ils sont habituellement reconnus au nombre de 7 :

- ✓ la nature du traumatisme doit être plausible ;
- ✓ le siège du traumatisme doit être concordant avec la lésion ;
- ✓ l'enchaînement anatomo-clinique doit être continu et en particulier il doit y avoir un enchaînement morbide à la suite de la lésion (certificats, hospitalisation, traitement...) ;

- ✓ les conditions de temps doivent être respectées, en particulier le délai entre le traumatisme et le dommage doit être compatible avec la lésion et son mécanisme physio-pathologique ;
- ✓ les états pathologiques antérieur ou postérieur doivent être exclus de la filiation du traumatisme ; s'ils y sont inclus, ils doivent contribuer à un lien de causalité partiel ;
- ✓ une cause étrangère au traumatisme doit être exclue (fait d'un tiers ou force majeure) ;
- ✓ la nature du dommage doit être compatible avec la nature du traumatisme.

Ces différents critères se résument souvent à trois critères :

- ✓ la relation topographique est «*l'espace*» ;
- ✓ la relation chronologique représente le «*temps*» ;
- ✓ la nature physio-pathologique équivaut à la «*pathogénie*».

III. QUELQUES SCRIPTS DU RAISONNEMENT DE L'IMPUTABILITÉ

III.1. Un diagnostic préalable indispensable

Il n'est pas possible de réaliser un raisonnement médico-légal si le diagnostic des lésions n'a pas été posé. Le raisonnement médical est un raisonnement analogique. A partir de quelques informations se constitue, dans l'esprit du médecin, une forme approximative de diagnostic qui est infirmée ou confirmée par les différentes informations qu'obtient le praticien par les examens cliniques ou les examens para-cliniques.

Exemple 1 : Monsieur P..., 45 ans, au cours d'un accident présente des lésions intitulées «*entorse de la cheville gauche*», aucun antécédent n'est relevé. Après différentes radiographies, une scintigraphie montre une augmentation de la fixation et une tomodensitométrie montre une lacune de l'extrémité inférieure du péroné. Lors de l'expertise, le diagnostic est incertain, il ne peut pas y avoir de discussion sérieuse d'imputabilité. On ignore s'il s'agit d'une ostéonécrose qui peut avoir un caractère traumatique ou un ostéome ostéoïde qui, à l'évidence, ne peut avoir aucune cause traumatique.

La proposition, par le médecin traitant, d'une biopsie amène le diagnostic de certitude qui est celui d'un ostéome ostéoïde simplifiant le raisonnement.



Exemple 1.

III.2. La concordance topographique

C'est la discussion de «*l'espace*». Le plus souvent le raisonnement utilise une argumentation issue du savoir médical.

Deux exemples :

1 – Exemple 2 : Monsieur R... 42 ans présente un traumatisme du coude gauche après lésion osseuse ; rapidement après les faits apparaissent des dysesthesies dans le quatrième et le cinquième doigt gauche. Progressivement s'installent sur quelques mois une fonte du premier espace interosseux et une parésie cubitale. Le raisonnement doit prendre en compte la possibilité d'un syndrome canalaire au coude et sa décompensation possible par le traumatisme. Dans le cas d'espèce, un muscle épitrochléo-olécrânien constitue ce syndrome canalaire [8].



Exemple 2.1 et Exemple 2.2.

Cf. Exemple 2.1 et Exemple 2.2.

2 – Exemple 3 : M^{me} X... présente une brûlure superficielle de la main [12]. Le traitement se fait par cicatrisation dirigée. L'œdème transitoire rend la mobilisation difficile. Lors de l'expertise plusieurs mois plus tard, la main présente un syndrome de Finochietto (ischémie des muscles inter-osseux). Le raisonnement doit prendre en compte le fait que certes la brûlure a été superficielle, mais l'œdème a entraîné un syndrome de loge passé inaperçu entraînant une ischémie des muscles inter-osseux et donc les séquelles fonctionnelles.

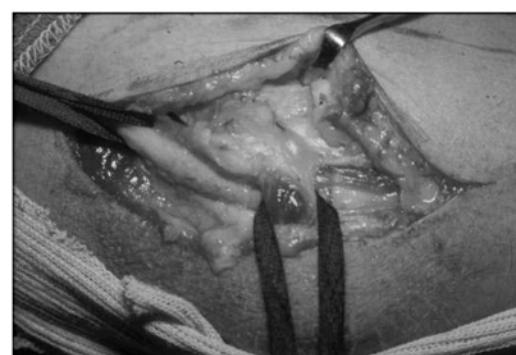
Cf. Exemple 3.1 et Exemple 3.2.

III.3. Le rôle de l'état antérieur et postérieur

III.3.1. Tantôt l'état antérieur ou l'état postérieur sont indépendants de la cause du traumatisme

Ils constituent une cause étrangère de nature à interrompre le lien de causalité avec le traumatisme.

a – Exemple 4 : Monsieur L..., 52 ans, en soulevant un poids présente un lumbago aigu. La tomodensitométrie montre une petite hernie discale postéro-latérale gauche. Il est opéré et garde des douleurs résiduelles. Lors de l'expertise on note, 8 ans avant les faits, des documents radiographiques montrant une arthrose, des ostéophytes et un état dégénératif ayant été la source d'une lombo-sciatique gauche, une cause traumatique ayant été retenue et un taux d'IPP de 10 % évalué. L'imputabilité des troubles au dernier accident ne sera pas reconnue car les lésions et l'état dégénératif n'ont pas été modifiés depuis le premier accident. La nature du traumatisme initial est modeste. Il s'agit





Exemple 3.1 et Exemple 3.2.

d'un état antérieur qui évolue «*pour son propre compte*».

Cf. Exemple 4.1 et Exemple 4.2.

b – **Exemple 5 :** M^{me} H... 22 ans, est victime d'un polytraumatisme avec coma. Dans le certificat médical initial est mentionné «*contusion du membre inférieur droit*». Lors de l'expertise, plusieurs mois plus tard, sont évaluées les séquelles du traumatisme crânien. Huit ans après les faits, elle accouche d'un beau «*bébé*». Six mois après l'accouchement, elle présente des douleurs de la hanche droite. Quelques examens complémentaires font poser le diagnostic d'ostéonécrose conduisant après forage à une prothèse totale de hanche. L'accident initial ne sera pas reconnu comme la cause de l'ostéonécrose. La grossesse constitue un état postérieur [6, 15]. L'hypothèse d'aggravation d'un trouble latent de la vascularisation de la hanche ne peut

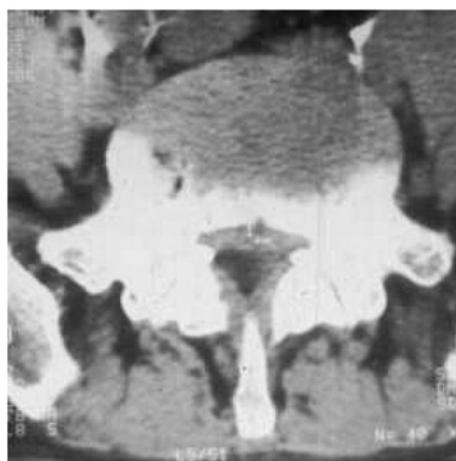
pas être reconnu car le délai entre l'action possible de l'état postérieur et l'éventuel état antérieur traumatique latent est trop long (8 ans).

Cf. Exemple 5.

III.3.2. Parfois l'état antérieur se mêle à la causalité traumatique

Il est alors indispensable d'évaluer rétrospectivement cet état antérieur pour savoir :

- ✓ s'il a été décompensé par le traumatisme, le préjudice est entier ;
- ✓ s'il a été aggravé par le traumatisme, un double taux d'IPP doit être évalué, un pour l'état antérieur, l'autre pour le déficit actuel global ;



Exemple 4.1 et Exemple 4.2.



Exemple 5.

- ✓ s'il a été accéléré, il convient d'évaluer la différence entre l'évolution naturelle de l'état antérieur et son accélération post-traumatique.

Exemple 6 : Monsieur T..., 38 ans, présente une chute sur les fesses d'un lieu élevé occasionnant une fracture-tassement de L1 pour lequel il est traité par décubitus prolongé. A la verticalisation apparaît une lombosciatique gauche. La tomodensitométrie met en évidence une hernie discale postéro-latérale gauche. Il existe un état antérieur latent documenté, mis en évidence lors d'un examen systématique 4 ans avant les faits et pour lequel est reconnue une discopathie L5-S1. On peut reconnaître à l'expertise un état antérieur connu, non symptomatique pour lequel la nature du traumatisme est telle qu'elle peut être la source de lésions discales par mécanisme de compression. L'éva-

luation de l'état antérieur doit être réalisé par l'expert car, si l'état antérieur était symptomatique, il faudrait réaliser un double taux ; par contre, s'il était latent et asymptomatique, l'évaluation de l'IPP devrait prendre l'intégralité des séquelles.

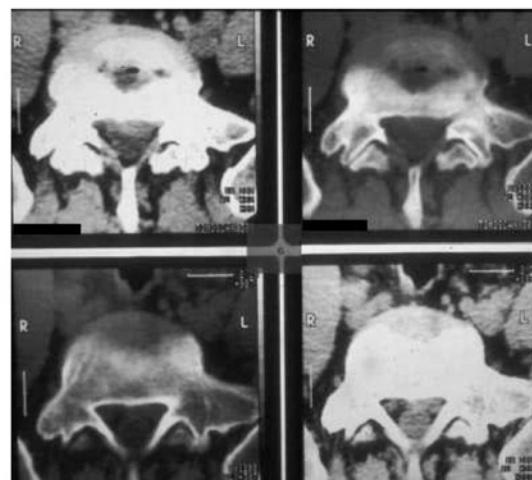
Dans ce cas, la discussion mêle le savoir médical et le raisonnement médico-légal.

Cf. Exemple 6.1 et Exemple 6.2.

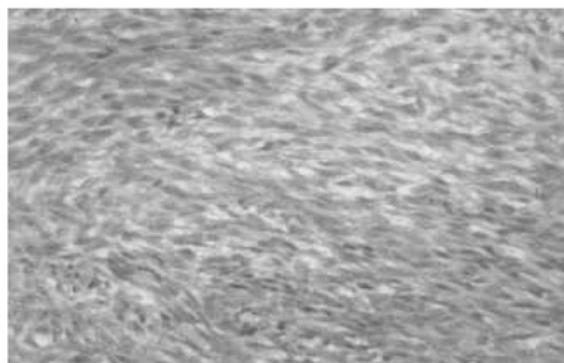
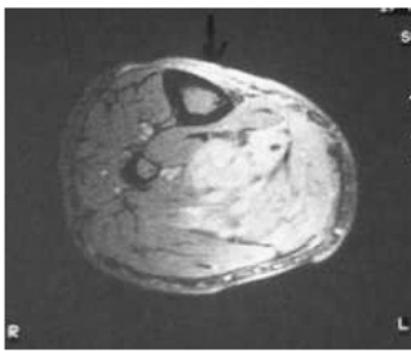
III.4. La concordance entre la nature du traumatisme et la nature du dommage

Souvent il s'agit des cas les plus difficiles de l'évaluation de l'imputabilité. Il peut s'agir de pathologies complexes, la discussion portant sur la pathogénie du dommage. Dans ce cas, le savoir médical et une bibliographie sont indispensables.

1 – Exemple 7 : Monsieur B... 55 ans, est victime d'un accident par chute d'une ardoise occasionnant une plaie du mollet droit. Hospitalisé à plusieurs reprises, il existe des difficultés de cicatrisation, une suppuration chronique, une instabilité de la cicatrice et différentes aggravations. Il est indemnisé 3 ans après les faits. Un an après l'indemnisation, on découvre une masse suspecte du mollet droit dont l'exérèse permet de porter le diagnostic de fibro-sarcome. La revue de la littérature fait apparaître la possibilité de dédifférenciation des fibroblastes et d'évolution vers la néoplasie ; l'inflammation chronique apparaît comme un facteur de la carcinogénèse de même que certains constituants métalloïdes de l'ar-



Exemple 6.1 et Exemple 6.2.



Exemple 7.1 et Exemple 7.2.

doise. L'imputabilité aux faits pourra être retenue [10].

Cf. Exemple 7.1 et Exemple 7.2.

2 – Exemple 8 : Monsieur E... 49 ans, victime d'un accident de la voie publique alors qu'il conduit son véhicule, présente un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Le scanner crânien réalisé rapidement met en évidence un accident ischémique sylvien droit et une rupture anévrismale source d'une hémorragie associée. Ces signes sont corrélés avec un déficit moteur de l'hémicorps gauche à une hémianopsie latérale l'homonyme gauche, une hémignégligence et une apraxie.

La discussion doit évoquer 3 hypothèses :

- ✓ une rupture d'anévrysme congénital avant l'accident,
- ✓ une rupture d'anévrysme congénital après l'accident,
- ✓ une rupture d'anévrysme post-traumatique.

Cf. tableau I.

La synthèse de la littérature [7] et des critères retenus permet d'évoquer l'hypothèse d'un anévrysme congénital rompu par l'aggravation d'une hypertension artérielle connue antérieurement ; les circonstances de l'accident et les précisions des témoins font évoquer l'hypothèse (sans certitude) d'une possible rupture anévrismale après l'accident.

III.5. Les intervalles libres longs et les enchaînements discontinus

Ici la discussion est un mélange de savoir médical et de «*bon sens*» [3]. C'est la question posée par l'ex-

plosion du 21 septembre 2001 à Toulouse et l'évaluation distance des faits (trois à six ans après) du dommage de victimes ne produisant pas de documents proches des faits et présentant des pathologies auditives ou psychologiques. L'expert doit discuter les pathologies selon leur pathogénie et leur possibilité d'être perçues dans un délai logique après les faits. Concernant les troubles auditifs, il est classique de préciser que les enfants de moins de 7 ans sont protégés par une otite séromuqueuse très fréquente, par contre chez les adultes jeunes la perception d'un trouble auditif net ne peut être reconnu à distance des faits en retenant l'imputabilité aux faits sur ce simple critère. Chez des personnes plus âgées ayant des raisons (presbyacusie ou état antérieur) d'avoir une audition altérée, il sera difficile de reconnaître un intervalle très long pour la perception d'une aggravation de leur symptomatologie.

Concernant les troubles psychologiques, même si le diagnostic précis d'un syndrome post-traumatique contient en lui-même un élément d'imputabilité sur la cause traumatique, il n'en reste pas moins que les autres troubles psychologiques ne constituent pas des diagnostics permettant une présomption d'imputabilité traumatique. Dans un syndrome post-traumatique un intervalle libre très long n'est pas impossible même si cette hypothèse est rare. Dans les autres troubles psychiques, la discussion doit porter sur la nature du traumatisme source de cet état pour savoir s'il a pu être antérieur, voire postérieur aux faits.

IV. EN CONCLUSION

Les quelques principes dessinés plus haut pourraient nécessiter :

Tableau I.

	Rupture d'anévrisme congénital avant l'accident	Rupture d'anévrisme congénital après l'accident	Rupture d'anévrisme post-traumatique
Circonstance de l'accident	malaise ou perte de connaissance avant l'accident souvent responsable de l'accident	conscience jusqu'au moment du choc patient responsable ou victime selon l'accident	
Présence d'un témoin oculaire	confirme le malaise ou la perte de connaissance avant l'accident	confirme la persistance du niveau de conscience jusqu'au moment du choc	
Terrain familial	présence possible d'antécédents familiaux		non
Terrain pathologique	notion d'HTA, prise d'anticoagulant possibles		non
Localisation	artères cérébrales antérieures, communicantes antérieures		artères cérébrales moyennes, cérébrales antérieures (artère péricaleuse) à distance des jonctions vasculaires
Aspect radiologique	sacculaire		absence de collet
Délai	avant l'accident !	immédiatement ou à distance	immédiatement ou à distance, en moyenne en 2 à 3 semaines
Lésions associées	variables selon l'intensité du choc, mais l'anévrisme peut souvent être isolé		choc souvent violent car l'artère sous-jacente est saine : souvent des fractures des os du crâne et des contusions cérébrales

- ✓ un diagnostic préalable ;
- ✓ le rôle important dans la discussion de l'état antérieur et état postérieur ;
- ✓ une précision dans la concordance topographique qui peut être parfois complexe ;
- ✓ une discussion poussée sur la concordance entre la nature du traumatisme et la nature du dommage ;
- ✓ et la nécessité d'absence de préjugés sur certains cas où des intervalles libres peuvent être longs ou très longs.

Le travail de l'expertise se fait « *au cas par cas* ». Ces quelques règles ne seraient résumer toutes les situations mais elles constituent des schémas de raisonnement (des « *scripts* »). Il ne faut pas hésiter à travailler en groupe, se présenter les cas cliniques les uns aux autres, pour en discuter de manière à observer la mise en concordance des raisonnements effectués par rapport aux standards de raisonnement de référence... c'est l'évaluation des pratiques. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ARBUS L., ROUGÉ D. – *Le rôle du médecin traitant dans les expertises*. Editions Eska 1995.
- [2] BEJUI-HUGUES H., BESSIERES-ROQUES I., FOURNIER C. – *Précis d'évaluation du dommage corporel*. Editions l'Argus de l'assurance 2005 (3^e édition).
- [3] CREUSOT G., DUMASDELAGE G., CARBONNIE C. ROUGÉ D. – *Expertises médicales. Dommages corporels, assurances de personnes, organismes sociaux*. Editions Masson 2006 (6^e Edition).
- [4] FOURNIER C., BEJUI-HUGUES H. – L'imputabilité médicale en droit commun. Un siècle de réflexion sur la relation de cause à effet en dommage corporel. *Revue Française du Dommage Corporel*, 2003, 29, 3, 277-288.
- [5] HUREAU J., POITOUT D. – *L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel*. Editions Masson 2005.
- [6] JONES L.C., HUNGERFORD D.S. – Osteonecrosis : ethiology, diagnosis, and treatment. *Cuur. Opin Rheumatol.*, Juillet 2004, 16, 4, 443-449.
- [7] JUVELA S., PORRAS M., POUSSA K. – Natural history of unruptured intracranial aneurysms : probability of and risk factors for aneurysm rupture. *J. Neurosurg.*, Septembre 1993, 93, 3, 379-387.
- [8] NORDIN J.Y., BOCCON-GIBOD L. – *Pathologie chirurgicale. 3. Chirurgie de l'appareil locomoteur*. Editons Masson 1992.
- [9] RICHE F., BEJUI-HUGUES H., BESSIERES-ROQUES I., FOURNIER C. – *Précis d'évaluation du dommage corporel*. Editions Dalloz-Sirey 2001 (2^e édition).
- [10] ROUGÉ D., DELPLA P.A., ROUQUETTE I., DURROUX R., ARBUS L. – Tumeurs conjonctives intramusculaires et traumatismes. Les difficultés de la relation de causalité. *Journal de Médecine Légale. Droit Médical*, Février-Mars 1995, 38, 1, 17-25.
- [11] ROUGÉ D., DELPRAT J. – *L'expertise du déficit fonctionnel séquellaire du membre supérieur*. Editions Eska 1999.
- [12] SCOLAN V., ROUGÉ D., MAUPAS E., ROQUES C.F. – Rétraction ischémique incomplète des muscles intrinsèques de la main. *Journal de Médecine Légale Droit Médical, Victimologie, Dommage corporel*, Octobre 1999, 42, 6, 517-521.
- [13] SIMONIN – *Médecine Légale Judiciaire*. Masson Paris 1960.
- [14] SNYERS B. – Traumatisme et imputabilité. *Bull. Soc. Belge Ophtalmol.*, 2004, 291, 53-58.
- [15] STEIB-FURNO S., LUC M., PHAM T., ARMINGEAT T., PORCU G., GAMERRE M., CHAGNAUD C., LAFORGUE P. – Pregnancy-related hip diseases : incidence and diagnoses. *Joint Bone Spine*, Juillet 2007, 74, 4, 373-378.