

La fréquence des traumatismes crâniens et en particulier des traumatismes crâniens sévères augmente nettement ces dernières décennies du fait des progrès de la réanimation et paradoxalement de la sécurité routière. En effet, de nombreuses victimes qui auparavant décédaient dans les suites immédiates d'un accident de la circulation, actuellement survivent dans des conditions plus ou moins satisfaisantes.

La limitation accrue de la vitesse, une meilleure conception des véhicules automobiles, l'amélioration des infrastructures routières limitent la mortalité routière.

On constate actuellement, depuis une quinzaine d'années, de profonds changements dans l'indemnisation des traumatisés crâniens sévères grâce à une meilleure reconnaissance de l'importance des postes de la tierce personne, du préjudice professionnel et des frais futurs.

Cette avancée a été permise par la ténacité des avocats spécialisés en dommage corporel, en particulier de l'ANADAVI (Association Nationale des Avocats des Victimes de Dommage Corporel), le dévouement des associations de patients en particulier de l'Association Française des Traumatisés Crâniens (AFTC) et des magistrats qui ont reconnu le particularisme de l'indemnisation des traumatisés crâniens par une mission d'expertise judiciaire individualisée dite « mission Vieux » du nom du magistrat auteur de ce concept. L'évaluation et l'indemnisation des traumatisés crâniens sévères constitue donc un sujet d'actualité en pleine mutation justifiant un numéro spécial du *Journal de Médecine Légale*.

Dans ce numéro, le Professeur Azouvi effectue une synthèse des troubles cognitifs et du comportement des traumatisés crâniens sévères et détaille l'actualité des programmes de rééducation et de réadaptation dont l'efficacité est largement démontrée.

Une deuxième partie traite de sujets peu connus jusqu'ici, les états végétatifs persistants et paucirelationnels, la réinsertion sociale des traumatisés crâniens, les aspects médico-psychologiques des traumatisés crâniens ainsi que de sujets plus classiques mais peu abordés dans des revues médicales : l'évaluation neuropsychologique des traumatisés crâniens et l'évaluation ergothérapique des traumatisés crâniens sévères.

Les auteurs sont, soit des spécialistes nationaux comme le Dr Tasseau pour les états végétatifs persistants soit des personnalités à l'expérience reconnue telles que Madame De Jouvencel, expert judiciaire ; Mesdemoiselles Orsoni et Bourdon, neuropsychologues de recours et Mademoiselle Leroux, ergothérapeute à la fois en milieu hospitalier de rééducation et en ville dans un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Une troisième partie traite des aspects récents de l'évaluation de certains handicaps neuropsychologiques et de l'actualité indemnitaire.

Le Docteur Sindres, neuropsychiatre, aborde le sujet sensible des troubles psychotiques post traumatiques jusqu'ici niés par le monde assurantiel ; le Dr Serfati, médecin conseil d'assistance aux blessés en particulier des traumatisés crâniens depuis des dizaines d'années détaille le rôle du médecin de recours dans l'assistance spécifique aux traumatisés crâniens ; Maître Afonso, avocate spécialisée dans la prise en charge des traumatisés crâniens développe de façon remarquable les principes de l'indemnisation de l'aide humaine chez les traumatisés crâniens qui ont révolutionné leur indemnisation. Dans un deuxième article elle aborde le sujet brûlant du caractère indemnitaire de la prestation de compensation du handicap dont les assureurs demandent la déduction de l'indemnisation du poste tierce personne.

DOMMAGE
CORPOREL
EST UNE SÉRIE DU
JOURNAL DE MÉDECINE
LÉGALE, DROIT MÉDICAL

En conclusion, l'épaisseur de ce numéro ne doit pas rebuter mais au contraire illustre l'actualité brûlante du débat sur l'indemnisation des traumatisés crâniens.

Les auteurs se sont d'ailleurs efforcés avec mérite de rendre abordable à un lectorat non spécialisé des thèmes parfois difficiles et abstraits tel que par exemple le bilan neuropsychologique des traumatisés crâniens. L'indemnisation des cérébro-lésés continue à poser un problème éthique et social du fait des enjeux financiers et moraux.

La société française ne peut abandonner sur le bord de la route les victimes des accidents de la circulation. L'Etat doit garantir la sécurité des citoyens, les assureurs doivent assumer leurs responsabilités. ■

Dr Vincent DANG VU

*Rédacteur en chef adjoint du Journal de Médecine Légale,
Responsable de la section dommage corporel.*

Novembre / November 2014 • N°3 • Volume 57

ARTICLE ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL

1
 ÉDITORIAL V. Dang VU
 FOREWORD

5
 ÉTAT VÉGÉTATIF CHRONIQUE,
 ÉTATS PAUCI-RELATIONNELS
 (EVC / EPR) : DÉFINITION DES
 CONCEPTS, ÉVALUATION DES
 SITUATIONS, INDEMNISATION
 ET « PROJET DE VIE »
 THE CONCEPTS OF VEGETATIVE STATE (VS)
 AND MINIMALLY CONSCIOUS STATE (MCS):
 CONCEPT DEFINITION, SITUATION EVALUA-
 TION, INDEMNIFICATION, LIFE PROJECTS
 T. SARRAF, N. MONTROBERT,
 C. BOURRAIN, M. JACQUIN, F. TASSEAU

9
 L'ÉVALUATION NEUROPSYCHO-
 LOGIQUE DANS L'EXPERTISE DU
 BLESSÉ TRAUMATISÉ CRÂNIO-
 CÉRÉBRAL
 NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION IN
 THE CONTEXT OF MEDICO-LEGAL EXPERT
 TESTIMONY OF PATIENTS WITH SEVERE
 BRAIN INJURY
 C. BOURDON, V. ORSONI

27
 LES TROUBLES COGNITIFS ET DU
 COMPORTEMENT DES TRAUMA-
 TISÉS CRÂNIENS SÉVÈRES
 COGNITIVE AND BEHAVIOURAL IMPAIRMENTS
 AFTER SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY
 P. AZOUVI

31
 TRAUMATISME CRÂNIO
 CÉRÉBRAL ET ASPECTS MÉDICO-
 PSYCHOLOGIQUES
 TRAUMATIC BRAIN INJURY AND MEDICAL-
 PSYCHOLOGIC ASPECTS
 M. de JOUVENCEL, I. ZURBACH-RENAUDIN

47
 IMPUTABILITÉ DES SYMPTÔMES
 PSYCHOTIQUES DANS LES SUITES
 D'UN TRAUMATISME CRÂNIEN :
 DE LA DOCTRINE À LA PRATIQUE
 IMPUTABILITY OF PSYCHOTIC SYMPTOMS
 FOLLOWING BRAIN TRAUMA / HEAD
 INJURY: FROM DOCTRINE TO PRACTICE
 M. SINDRES, F. BENOUDIBA

57
 LA PROBLÉMATIQUE
 DE RÉINSERTION DES
 TRAUMATISÉS CRÂNIENS
 THE PROBLEMATIC ISSUE OF REIN-
 TEGRATION OF CRANIAL TRAUMA
 PATIENTS
 Y. VIGNAUD

63
 LE MÉDECIN DE RECOURS :
 CE MILITANT INCONNU
 THE MEDICAL ADVISOR AN UNK-
 NOWN MILITANT
 O. SERFATI

71
 SPÉCIFICITÉ DE L'INDEMNISA-
 TION DE L'AIDE HUMAINE
 CHEZ LE BLESSÉ AYANT SUBI
 UN TRAUMATISME CRÂNIO-
 CÉRÉBRAL
 SPECIFICITY OF ASSESSMENT AND COM-
 PENSATION OF HUMAN ASSISTANCE IN
 PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY
 M.-E. AFONSO

91
 L'ERGOTHÉRAPIE : L'APPORT
 D'UNE DYNAMIQUE SPÉCI-
 FIQUE DANS L'ÉVALUATION
 DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS
 OCCUPATIONAL THERAPY:
 CONTRIBUTION OF A SPECIFIC DYNAMIC
 IN THE ASSESSMENT OF PEOPLE WITH
 BRAIN INJURY
 C. LEROUX

101
 ARTICULATION ENTRE L'INDEMN-
 NISATION DE DROIT COMMUN
 DES PERSONNES HANDICAPÉES
 ET LA PRESTATION DE COMPEN-
 SATION DU HANDICAP VERSÉE
 PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE
 LINKAGE BETWEEN COMPENSATION FOR
 COMMON LAW DISABILITY AND THE PRO-
 VISION OF DISABILITY COMPENSATION
 PAID BY THE NATIONAL SOLIDARITY
 M.-E. AFONSO

4 BULLETIN D'ABONNEMENT
 SUBSCRIPTION FORM

100 RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS
 INSTRUCTIONS TO AUTHORS

SOMMAIRE
 CONTENTS

ARTICLE ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL

BULLETIN D'ABONNEMENT 2014 / SUBSCRIPTION FORM 2014

LES 6 SÉRIES DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE SERIES 6 THE INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE



À partir de 2014 Six séries

Série A : Journal des Instituts de Médecine légale
Série B : Conflits, Catastrophes, Situations humanitaires
Série C : Criminalistique
Série D : Dommage Corporel
Série E : Droit, Santé et Société
Série F : Médecine Légale du Vivant

Starting 2014 Six series

Series A: Forensic Medicine Institutes Journal
Series B: Conflicts, Disasters, Humanitarian Situations
Series C: Criminalistic
Series D: Physical Injury
Series E: Health, Law and Society
Series F: Clinical Forensic Medicine

☐ **JE DÉSIRES M'ABONNER AUX 6 SÉRIES DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE**
I WANT TO SUBSCRIBE TO THE 6 SERIES INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

	Version papier Print version	Version numérique Online version	Version papier + numérique Print + Online version
Avant le 31/12/2014 - Before 31/12/2014			
EUROPE			
Particulier / Personal	<input type="checkbox"/> 274 €	<input type="checkbox"/> 274 €	<input type="checkbox"/> 274 € 412€
Institution / Institutional	<input type="checkbox"/> 340 €	<input type="checkbox"/> 340 €	<input type="checkbox"/> 340 € 513€
ÉTRANGER / OUTSIDE EUROPE			
Particulier / Personal	<input type="checkbox"/> 329 €	<input type="checkbox"/> 329 €	<input type="checkbox"/> 329 € 492€
Institution / Institutional	<input type="checkbox"/> 398 €	<input type="checkbox"/> 398 €	<input type="checkbox"/> 398 € 596€
ÉTUDIANT / STUDENT	<input type="checkbox"/> 169 €	<input type="checkbox"/> 169 €	<input type="checkbox"/> 169 € 254€

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip Code Ville / Town Pays / Country

Email Tel

Je joins mon règlement à l'ordre des EDITIONS ESKA SOIT UN MONTANT TOTAL DE€ par :

I enclose my payment in order ESKA EDITIONS FOR A TOTAL AMOUNT € by:

☐ Chèque à l'ordre des/Check payable to Editions ESKA

☐ Virement bancaire aux/Bank transfert to Editions ESKA - BNP Paris Champs Elysées 30004 / 00804 / compte: 00010139858 / 36

☐ Carte de crédit/Credit card ☐ Visa ☐ Mastercard Date d'expiration/Expiration date :

n°

Date

Signature

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE



<http://www.eska.fr>

ÉTAT VÉGÉTATIF CHRONIQUE, ÉTATS PAUCI-RELATIONNELS (EVC/EPR) : DÉFINITION DES CONCEPTS, ÉVALUATION DES SITUATIONS, INDEMNISATION ET « PROJET DE VIE »

*THE CONCEPTS OF VEGETATIVE STATE (VS)
AND MINIMALLY CONSCIOUS STATE (MCS):
CONCEPT DEFINITION, SITUATION EVALUATION,
INDEMNIFICATION, LIFE PROJECTS*

Par T. SARRAF*, N. MONTROBERT**, C. BOURRAIN***, M. JACQUIN***, F. TASSEAU****

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Les concepts d'état végétatif et d'états pauci-relationnels sont apparus dans le vocabulaire médical il y a une quarantaine d'années. Aujourd'hui les progrès réalisés en imagerie médicale et en électrophysiologie permettent une meilleure évaluation de ces situations même si le diagnostic reste clinique.

Ces personnes sont prises en charge dans le cadre d'une organisation sanitaire en filière depuis les ser-

vices de réanimation jusqu'aux unités dédiées ou au domicile.

Dans ces contextes particuliers le projet de vie est élaboré par la famille aidée par l'équipe pluridisciplinaire en tenant compte de l'existence ou non d'une indemnisation.

Mots-clés : État végétatif, état de conscience minimale, état pauci-relationnel, cérébrolésion.

Centre Médical de l'Argentière/Fondation des Caisses d'Épargne pour la solidarité (FCEs)
L'Argentière, 69610 AVEIZE

* Médecin Chef de Service

** Cadre socio-éducatif

*** Ergothérapeute

**** Directeur Médical

Coordonnateur :
F. TASSEAU - Centre Médical de l'Argentière/FCEs
L'Argentière, 69610 AVEIZE

SUMMARY

Progress in neuroimaging and electrophysiology allow a better evaluation of these conditions but the diagnosis is always clinical.

Today in France the public health response to the need to better manage patients in VS or MCS is being structured.

Once a diagnosis of VS or MCS is made the patients are then transferred to a long-term unit (called "proximity units) or to home.

Keywords: Vegetative state, minimally conscious state, brain injury.

L'approche médico-légale des personnes en EVC/EPR repose sur une évaluation rigoureuse des lésions cérébrales et de leurs conséquences. Chez ces patients, la diversité et la complexité des déficiences, des incapacités et du handicap, nécessitent une évaluation pluridisciplinaire par des professionnels formés à la prise en charge de ces personnes. D'autre part, du fait du caractère inconstant des réponses, de la lenteur et de la fatigabilité..., il est impératif que le temps d'évaluation soit suffisamment prolongé.

Pour appréhender ces questions, nous aborderons trois aspects :

- La définition des concepts depuis leur apparition en 1972 jusqu'aux progrès récents en imagerie fonctionnelle et électrophysiologie ;
- L'évaluation de ces situations dans le cadre d'une organisation sanitaire et d'un accompagnement qui leur sont dédiés ;
- Le processus d'indemnisation et la mise en place d'un « projet de vie ».

DÉFINITION DES CONCEPTS

L'expression Etat Végétatif est apparue dans le vocabulaire médical en 1972 dans un article du Lancet intitulé « Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name ». Ses auteurs, Bryan Jennett et Fred Plum, souhaitaient alors attirer l'attention des médecins sur une des issues possible du coma, peu fréquente mais particulièrement déroutante [7]. Le terme « état végétatif » a donné lieu à de nombreux débats et aujourd'hui encore il est controversé, certains lui préférant l'expression « état d'éveil non répondant » [8].

Dans l'état végétatif, tout se passe comme si, après une période de coma plus ou moins longue, (quelques jours à deux ou trois semaines), un processus d'éveil s'amorçait puis s'interrompait précocement laissant le patient dans une position surprenante. Il n'est plus dans le coma puisque ses yeux sont ouverts et qu'il existe une alternance veille/sommeil mais aucun signe d'activité consciente n'est perceptible. Le patient ne parle pas, il ne répond pas aux demandes, y compris les plus simples, il n'a aucun geste finalisé et sa dépendance est totale. Cet état peut être transitoire, constituant alors une étape dans le processus d'éveil ; malheureusement il peut aussi se prolonger et devenir chronique, permanent, c'est-à-dire irréversible. Le délai retenu pour parler de chronicité est de un an en cas de lésions traumatiques et de trois mois en cas de lésions non traumatiques (accidents vasculaires, anoxie...).

Le diagnostic d'état végétatif est posé à partir de l'observation et de l'examen clinique du patient complété

par la réalisation d'examens complémentaires permettant de localiser le siège des lésions et des dysfonctionnements cérébraux.

Cliniquement le diagnostic est retenu lorsque sept critères sont réunis [9] :

- Absence de preuve d'une conscience de soi et de l'environnement ;
- Absence de preuve d'un comportement approprié en réponse à des sollicitations ;
- Absence de preuve de la compréhension et de l'expression du langage ;
- Présence de cycles « veille/sommeil » ;
- Maintien des fonctions autonomes de l'hypothalamus et du tronc cérébral ;
- Incontinence sphinctérienne ;
- Préservation des réflexes du tronc cérébral et médullaires.

Les examens complémentaires font appel à l'électrophysiologie et à l'imagerie. Les potentiels évoqués permettent d'étudier de façon objective la manière dont le cerveau traite les stimuli extérieurs. Leur intérêt pronostic, d'éveil ou de non éveil, est variable selon les modalités d'enregistrement et selon l'étiologie. Ainsi l'absence bilatérale des PES dans la pathologie anoxique permet d'identifier de façon quasi certaine les patients qui vont rester en état végétatif [4]. En imagerie conventionnelle l'aspect des lésions, leur nombre et leur localisation sont des éléments déterminants du pronostic à long terme. L'IRM fonctionnelle permet de montrer l'activation des différentes régions cérébrales mais cet examen n'est pas de pratique courante. Quant à la tomographie par émission de positons elle est encore du domaine de la recherche [5].

Le concept d'EPR a été introduit par Vigouroux en 1972 lors d'une communication portant sur les aspects séquellaires graves des traumatismes crâniens [11]. Ce terme n'est utilisé que dans les pays francophones, les anglo-saxons préférant l'expression « état de conscience minimale » (minimally conscious state) dont la définition et les critères diagnostiques ont été précisés en 2002 [6]. Dans notre expérience c'est souvent la famille qui attire l'attention des professionnels sur l'existence de signes attestant d'un contact relationnel. Il s'agit soit de manifestations émotionnelles que l'on peut relier à des circonstances déterminées, soit de réponses à des demandes simples, soit encore d'attitudes ou de gestes dont la signification est compréhensible par l'observateur.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT

Chez les patients cérébrolésés graves, l'orientation dans une filière adaptée est l'élément essentiel

déterminant non seulement la prise en charge immédiate mais, au-delà, les conditions de réadaptation et de réinsertion à long terme. C'est d'ailleurs ce que préconise la circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniocérébraux [3].

Cette filière comporte plusieurs étapes [10] :

- Le traitement du coma et de ses conséquences (réanimation et neurochirurgie) ;
- La période d'éveil (service de rééducation post réanimation – SRPR) [1] ;
- L'évaluation des déficiences et incapacités et la mise en œuvre de techniques de rééducation pour tenter de les réduire (Médecine Physique et de Réadaptation – MPR) ;
- Le retour dans le milieu de vie habituel si cela est possible ou le transfert dans une unité dédiée aux personnes en EVC ou EPR où un projet de soins et de vie spécifique sera élaboré.

La notion de « projet de vie » pour ces personnes regroupe un ensemble d'éléments incluant les modalités d'hébergement, le maintien de liens familiaux et sociaux et la détermination d'un niveau de soins et de thérapeutiques adaptés (lever quotidien, soins d'hygiène, soins d'apparence, mobilisations...).

Les unités dédiées encore appelées unités de proximité ont été mises en place à la suite de la circulaire ministérielle publiée le 3 mai 2002 [2]. Le choix a été fait de maintenir ces personnes dans le secteur sanitaire afin qu'elles puissent bénéficier de soins adaptés à leur situation aussi longtemps que nécessaire, qu'elles soient dépourvues de toutes aptitudes à communiquer (EVC) ou qu'elles manifestent quelques capacités de communication (EPR).

Des recommandations concernant l'organisation générale de ces unités ont été formulées dans un cahier des charges annexé à la circulaire : six à huit lits par bassin de 300 000 habitants, installation dans la proximité d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation et évaluation pluridisciplinaire avant l'admission.

La circulaire insiste également sur l'importance pour ces unités d'être intégrées dans un fonctionnement en filières et réseaux prenant en compte d'autres services susceptibles d'apporter une aide occasionnelle : hôpital de secteur, service de MPR neurologique, réseau de lutte contre les infections nosocomiales... Enfin, il est recommandé que ces unités travaillent en liaison avec des structures d'éthique médicale.

Dans ces unités le personnel veille à l'accompagnement des proches et organise des séjours au domicile si la famille en exprime la demande. Elles doivent également pouvoir offrir aux patients pris en charge à domicile des séjours temporaires programmés afin de « soulager les aidants ».

INDEMNISATION ET ÉLABORATION D'UN « PROJET DE VIE »

L'équipe pluridisciplinaire accompagne l'entourage dans l'élaboration d'un « projet de vie » en apportant « sa propre expertise » au sujet des séquelles et de leurs conséquences sur la vie quotidienne.

Dans la situation des personnes EVC EPR le projet est défini à partir de la demande de la famille. Cette démarche nécessite une préparation par rapport aux orientations retenues (retour à domicile ou placement en institution) et à ses contraintes. Cette préparation revêt différents aspects permettant une adaptation de l'entourage : informations, mises en situation (participation aux soins, journées en appartement thérapeutique, permissions à domicile, congés thérapeutiques de durée variable), soutien social...

Il est important de noter que la décision d'un retour à domicile ou d'un placement peut être reconsidérée si cela semble nécessaire.

L'élaboration du « projet de vie » sera menée différemment selon qu'il y a ou non indemnisation.

En cas de traumatisme crânio-encéphalique les patients peuvent prétendre à une réparation du dommage subi si la responsabilité d'un tiers est engagée. L'EV et l'EPR n'excluent aucun chef d'indemnisation. Concernant les préjudices extrapatrimoniaux de la victime le taux de déficit fonctionnel permanent (DFP) est élevé, souvent supérieur à 85 % ; de même le préjudice d'agrément, les souffrances endurées, le préjudice d'établissement sont pris en compte.

Les préjudices extrapatrimoniaux des ayants droits peuvent aussi être pris en compte.

Les préjudices patrimoniaux permanents comportent l'assistance par une tierce personne, les frais d'adaptation du logement, les dépenses de santé futures et le préjudice professionnel.

Lors des expertises médico-légales il n'y a pas de difficulté quant à l'évaluation de l'ensemble des postes de préjudices, sauf concernant l'aménagement du domicile, les aides techniques et surtout l'évaluation des besoins en tierce personne. Pour celle-ci les difficultés portent sur deux points, d'une part la nécessité de recourir à des personnes formées aux soins spécifiques devant être réalisés et d'autre part le volume horaire car à certains moments de la journée l'aide simultanée de deux personnes est nécessaire.

En conséquence l'indemnisation est un processus long et compliqué et il existe un délai important entre l'initiation de la procédure et le versement de l'indemnisation totale qui n'intervient que plusieurs années après l'accident. De ce fait les démarches doivent commencer tôt, dès le séjour au SRPR, mais à ce stade la famille nourrit encore un espoir de récupération et souvent ne perçoit pas les enjeux. D'autre part face à la méconnaissance et à la complexité de la démarche l'entourage appréhende souvent l'engagement de la

procédure ; il convient donc de le rassurer par une information et un soutien constant.

Vis-à-vis de ces situations de réadaptation particulières que constitue la population des patients EVC/EPR du fait de leurs besoins spécifiques, l'intervention et le suivi par un avocat spécialisé paraît un pré requis.

Une première expertise médicale est indispensable pour permettre de débloquer une provision. D'autres suivront au rythme des demandes de la famille en attendant l'indemnisation définitive.

L'offre de provision intervenant avant la consolidation revêt une importance considérable dans la mise en route du « projet de vie » en permettant d'engager différents financements (organisation de permissions, de congés thérapeutiques, installation au fauteuil...).

Jusqu'en 2005, le retour à domicile d'un patient EVC/EPR ne pouvait s'organiser que dans le cadre d'une indemnisation. La loi n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a permis qu'un projet soit accessible à toute personne grâce à la création de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) chargée de compenser les charges liées au handicap. Décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sur la base d'un « projet de vie », sous condition de handicap, d'âge, et de résidence, mais sans condition de ressources. Elle est versée par le Conseil Général cependant son montant est plafonné. Elle couvre les aides humaines et participe à couvrir les aides techniques spécifiques et celles liées à l'aménagement du domicile et du véhicule. Cependant alors que les prestations versées par l'assurance maladie font l'objet d'une action récursoire, ce n'est pas le cas pour l'instant de la PCH.

Un débat existe à ce sujet sur le rôle respectif de la compensation et de l'indemnisation.

En conclusion il apparaît que d'importants progrès ont été réalisés dans l'approche médicale et la prise en charge des personnes en état végétatif chronique et/ou en état pauci-relationnel. Cependant ces situations restent toujours délicates et douloureuses comme l'attestent les débats de société actuels. Il convient de rappeler que chaque situation est singulière et doit être traitée dans le respect de la personne en situation de handicap. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BÉRARD E., CHOUGRANI M., TASSEAU F., An Evaluation of a post-acute rehabilitation unit after five years of operations, *Annals of Physical Rehabilitation Medicine* 2010, 53, 457-473.
- [2] Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel.
- [3] Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.
- [4] FISCHER C., LUAUTÉ J., NEMOZ C. *et al.*, Improved prediction of awakening or non-awakening from severe anoxic coma using tree-based classification analysis. *Crit Care Med* 2006, 34, 1520-4.
- [5] GALANAUD D., PUYBASSET L., Exploration par IRM des traumatisés crâniens – *Réanimation* – 2008, 17, 651-656.
- [6] GIACINO J., ASCHWAL S., CHILDS N. *et al.*, The minimally conscious state : definition and diagnostic criteria, *Neurology* 2002, 58, 349-353.
- [7] JENNET B., PLUM F. Persistent vegetative state after brain damage, A Syndrome in search of a name, *Lancet* 1972, I, 734 – 737.
- [8] LAUREYS, S., *et al.*, Unresponsive wakefulness syndrome : a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC Med* 2010, 8, p68.
- [9] Multi-society Task Force on PVS; *N Engl J med* 1994, 330, 1499-1508.
- [10] TASSEAU F., SARRAF T. MONTROBERT N. *et al.*, Place des unités de proximité dans la filière de soins des états végétatifs et pauci-relationnels, cahier des charges, critères d'admission et de sortie, Pellas F., Kiefer C., Weiss J-J. Péliissier J., *Eveil de coma et états limites – Problèmes en médecine de rééducation*, Masson 2008, p 9-15.
- [11] VIGOUROUX R., États actuels des aspects séquellaires graves dans les traumatismes crâniens de l'adulte. *Neurochirurgie* 1972, 18, suppl. 2, 25-46.

L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS L'EXPERTISE DU BLESSÉ TRAUMATISÉ CRÂNIO-CÉRÉBRAL

NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION IN THE CONTEXT OF MEDICO-LEGAL EXPERT TESTIMONY OF PATIENTS WITH SEVERE BRAIN INJURY

Par **Caroline BOURDON** (1), **Virginie ORSONI** (2)

RÉSUMÉ

L'évaluation neuropsychologique est une évaluation à la fois longue, quantitative, qualitative, clinique et écologique. Elle se déroule en 2 temps : un entretien clinique semi-structuré puis une évaluation comprenant des tests, des questionnaires et des échelles. L'entretien va fournir des informations sur la personnalité pré-traumatique, l'état prévisionnel du blessé (post hospitalisation, post consolidation) et la qualité du soutien de l'entourage. Les tests vont préciser la nature et l'étendue des dysfonctionnements cérébraux et documenter l'aspect lésionnel et fonctionnel de l'évaluation. L'analyse de ces 2 temps représente la discussion qui va mettre en lumière les répercussions situationnelles et subjectives du handicap. L'évaluation neuropsychologique apporte donc des conclusions pratiques qui contribueront à l'élaboration des soins futurs, à la mise en évidence de la détresse du blessé, et l'incidence sur l'entourage. L'évaluation neuropsychologique dans l'expertise médico-légale est *un avis technique et standardisé* autant que *clinique et singulier* comportant une part

de lésionnel (neuropsychologique), de réactionnel (psychologique), et de pré-traumatique (les antécédents). En raison de son objectif particulier, il existe *une spécificité de l'évaluation neuropsychologique dans l'expertise*. Elle contribue à la réparation juridique du dommage corporel des blessés victimes de violences intentionnelles ou non intentionnelles en documentant non seulement le registre cognitif (lésionnel et fonctionnel) mais également le domaine peu exploré de la cognition sociale, qui vient étayer les répercussions situationnelles et subjectives du traumatisme crânio-cérébral.

Mots-clés : Evaluation neuropsychologique, traumatisme crânio-cérébral, expertise, dommage corporel, lésionnel, fonctionnel, situationnel, subjectif, cognition sociale.

SUMMARY

The neuropsychological evaluation is at the same time a long, quantitative, qualitative, clinical and ecological evaluation. It is a two step process: a semi-structured clinical interview then an evaluation including the tests, the questionnaires and the scales. The interview will provide information about the pre-traumatic personality, about the expected condition of the casualty (post hospitalization, post consolidation) and the quality of the support of the entourage. The tests will specify the nature and the extent of the cerebral dysfunctions and will document the organic and functional aspect of the evaluation. The analysis of these 2 steps represents the discussion which will clarify the situational and subjective conse-

(1) Psychologue spécialisée en Neuropsychologie
Centre de Rééducation Fonctionnelle Champs Elysées, Hôpital privé d'Evry
5 rue de la Clairière, 91024 Evry Cedex

(2) Psychologue Clinicienne Spécialisée en Neuropsychologie
Chargée d'enseignement en Neuropsychologie à l'Université Paris 8 et Paris 10
Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux, CHIMM, 78
Cabinet Médical Curnonsky, 75017 Paris

quences of the handicap. Thus, the neuropsychological evaluation brings practical conclusions which will contribute to the development of the future care, the description of the distress of the casualty, and estimate the incidence on the entourage. The neuropsychological evaluation in medico-legal expert testimony is a technical and standardized opinion as much as a clinical and singular opinion, including an organic (neuropsychological), reactional (psychological), and pre-traumatic (antecedents) part. Because of its particular objective, there is a particularity in the neuropsychological evaluation in expert testimony. It contributes to the legal compensation for the physical injury of the victims of intentional or non-intentional violence by documenting not only the cognitive aspect (organic and functional) but also the little explored field of social cognition, which demonstrates the situational and subjective repercussions of the brain injury.

Keywords: Neuropsychological evaluation, brain injury, expert testimony, physical, organic, functional, situational, subjective injury, social cognition.

1. L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE : GÉNÉRALITÉS

La **psychométrie** est la branche de la psychologie qui vise à mesurer les phénomènes mentaux tels que les fonctions cognitives (attention, mémoire...). L'objectif de l'évaluation est de pouvoir classer un sujet par rapport à un échantillon représentatif d'une tranche de la population identique selon certains critères, l'âge étant le critère principal, afin de le situer dans une zone normale ou pathologique. Les **tests standardisés** représentent le matériel, les consignes ainsi que le système de codage et de notation devant être les mêmes pour tous les sujets. Il s'agit de situer un individu au sein d'un groupe biologiquement et socialement déterminé, appelé population parente. Les quatre qualités essentielles des tests neuropsychologiques sont la fidélité, la validité, la spécificité et la sensibilité. Un test est dit **fidèle** quand il donne des résultats comparables à chaque fois qu'il est administré dans des situations identiques. Il convient toutefois de faire attention aux effets d'apprentissage lors de situations de re-test (nouvelle administration du test au même sujet). La **fidélité inter-juges** correspond au degré de similarité entre les évaluations faites par des observateurs différents. La **validité** est la capacité d'un test à mesurer correctement le phénomène qu'il est censé mesurer. On peut distinguer principalement la **validité de contenu** (le test doit répondre à la définition de ce qu'on veut mesurer) et la **validité en référence à un critère externe** (un autre instrument de mesure évaluant la même chose et considéré comme

fiable) ces deux critères devant idéalement être réalisés pour valider le test. Par ailleurs le **pouvoir discriminant du test** renvoie à sa sensibilité et sa spécificité : la **sensibilité** est la capacité d'un test à identifier tous les patients porteurs d'un dysfonctionnement (vrais positifs) et la **spécificité** est la capacité d'un test à ne détecter que des sujets présentant le critère mesuré, à l'exclusion de tout autre. **Ces critères peuvent s'avérer essentiels selon les objectifs poursuivis.** Ainsi, s'il s'agit de procéder à un dépistage chez des sujets ne se plaignant de rien, et qui sont *a priori* « sains », il conviendra de choisir un test à sensibilité élevée, tandis que si l'évaluation est à visée diagnostique, il conviendra de choisir un test avec une spécificité élevée. On tendra cependant en général à rechercher des tests à sensibilité et spécificité élevée.

La **démarche en psychométrie** consiste à **rechercher une baisse de l'efficacité intellectuelle**, utilisant le plus souvent :

- La **méthode de Babcock**, consistant à **comparer des tests « qui tiennent »** (qui évaluent le niveau antérieur, qui font référence au concept « *d'intelligence cristallisée* ») et des **tests qui ne tiennent pas** (qui évaluent le niveau actuel du sujet, c'est le concept d'« *d'intelligence fluide* »). Les tests de vocabulaire ou de connaissances acquises (Mill Hill), sont supposés « tenir » donc résister à la détérioration, tandis que les tests qui ne tiennent pas, qui font appel aux capacités d'abstraction, d'analyse et de synthèse, tels que les épreuves de PM38, PM47 (Matrices progressives de Raven, épreuves de logique visuelle) sont censés s'effondrer de manière dite « significative » en cas de baisse d'efficacité.
- Il existe également la **méthode indirecte** qui consiste à comparer les performances obtenues à des normes. Dans ce cas, les tests choisis doivent être sensibles, adaptés, bien étalonnés. **L'interprétation des scores est réalisée en comparant la note obtenue au niveau attendu pour le groupe de référence** (tenant compte des critères de l'âge, du niveau socio-culturel et du genre). Le résultat est dit « normal » ou « pathologique » après **transformation du score brut en z-score** qui permet de situer le sujet sur la courbe de Gauss. Les z-scores sont des indicateurs de performance qui donne l'écart relatif entre la valeur mesurée et la valeur cible; un signe négatif ($z = - \dots$) indique que la valeur mesurée est inférieure à la valeur cible, un signe positif ($z = + \dots$) que la valeur mesurée est supérieure à la valeur cible. Le z-score exprime donc le nombre d'écart type qui sépare le résultat du sujet de celui de la moyenne du groupe de référence; 1,65 écart-type est le seuil de significativité pour dire qu'un test est « normal » ou pas. De façon conventionnelle, on retient 5% de risque d'avoir des erreurs.

Il existe toutefois des **limites méthodologiques** : en effet, elles concernent les **étalonnages anciens ou insuffisants en termes d'échantillon**. Certaines

épreuves sont dépourvues de normes pour certaines tranches d'âges, souvent au-delà de 60 ans. Enfin, certaines **batteries trop longues paraissent inadaptées**, notamment en raison de la fatigabilité qu'elles génèrent chez des patients déjà fragilisés.

Néanmoins, de **nouvelles générations de tests mieux étalonnées ont été créés**, tandis que certains tests anciens ont vu leur étalonnage mis à jour, c'est notamment le cas des épreuves du Stroop, du Trail Making Test, de la double tâche de Baddeley (GREFEX 2007) ou encore de la figure de Rey (Meyers 1995). Enfin, sur le plan conceptuel, certains tests ne sont plus valides au vu des connaissances scientifiques récentes et ne correspondent parfois pas non plus totalement aux définitions actuelles des fonctions qu'ils sont censés évaluer (l'échelle de Wechsler Mémoire Révisée par exemple, ne constitue pas une bonne épreuve de mémoire épisodique car les variables mnésiques ne sont pas assez contrôlées pour chacun des subtests).

Au cours de l'évaluation neuropsychologique, il est important d'**ajuster la sensibilité des tests au niveau socio-culturel du patient** : ainsi des épreuves trop complexes peuvent induire un **effet plancher** (tous les patients auront de mauvaises performances car le test est trop difficile) et seront susceptibles de générer du stress et entraîner des réactions d'abandon par crainte de mise en échec, tandis que des épreuves trop simples induiront des **effets plafonds** (tous les patients réussissent le test car il est trop facile) et **empêcheront d'objectiver la présence de troubles**, c'est souvent le cas des batteries de débrouillage comme le MMS (Mini Mental State de Folstein), qui n'a été conçu *que* pour le dépistage de maladies neuro-dégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer), outil utilisé à outrance dans le milieu médical, notamment auprès de patients jeunes, et victimes de traumatismes crânio-cérébraux, ce qui n'a aucun sens.

Le niveau socio-culturel du patient est évalué en comptabilisant les années d'études et en fonction du niveau de scolarisation, en étudiant bien les conditions d'équivalence avec les métiers manuels sans certificat d'aptitude professionnelle (CAP), avec CAP, et autre formation post-scolaire. Bien entendu, un autodidacte (donc sans diplôme) qui a créé sa société sera évalué en fonction de la grille correspondant à son niveau présumé. Les niveaux culturels sont classés de 1 à 7 – (Gil, 2013).

Par ailleurs, il sera aussi nécessaire au cours de la passation, d'**ajuster et de compléter l'examen selon les déficits observés** (si un patient présente par exemple des difficultés à dénommer des images, il sera utile de lui proposer une épreuve afin de vérifier la préservation de ses capacités de perception neuro-visuelle, ou « gnosies visuelles »).

Lorsque l'**étiologie des troubles ou la localisation des lésions est connue**, le psychologue spécialisé en neuropsychologie pourra, à partir de ses connaissances

sémiologiques et anatomo-fonctionnelles, choisir des épreuves permettant de mettre en évidence les troubles cognitifs habituellement observés au sein du syndrome. Les doléances du patient seront par ailleurs déterminantes pour choisir les épreuves qui mettront en situation son fonctionnement cérébral, et objectiver au mieux ses plaintes dites « subjectives ».

2. LES FONCTIONS COGNITIVES ÉVALUÉES

2.1. Évaluation de l'attention

L'évaluation des fonctions attentionnelles est indispensable car elles constituent un pré-requis à toute autre fonction cognitive. La réduction du degré de conscience, la fatigabilité, les difficultés de concentration, une distractibilité sévère peuvent altérer une activité tant physique qu'intellectuelle. Ceci est particulièrement vrai dans les suites d'un traumatisme crânien, dont les conséquences les plus fréquentes consistent précisément en des troubles de l'attention. Le système attentionnel est un ensemble de sous systèmes que l'on peut scinder en deux versants :

1. Le versant « intensité » qui comporte les différents processus tels que :

- **la vigilance** : état de préparation à détecter et à réagir à certains changements → la conduite d'un véhicule sur une autoroute dégagée et dans des conditions climatiques favorables,
- **l'alerte phasique** : focalisation de l'attention sur une tâche donnée, facilitation instantanée de la performance par un signal avertisseur, capacité de mise en alerte → le coureur qui attend le départ dans les starting blocks,
- **l'attention soutenue** : mobilisation durable des ressources attentionnelles qui nécessite un traitement actif et continu → l'interprète en traduction simultanée lors d'un congrès (*Figure 1*).

2. Le versant « sélectivité » qui regroupe les processus de :

- **l'attention sélective** : élimination des stimulations non pertinentes → réunion familiale, au cours de laquelle les invités sont capables de traiter sélectivement les informations en provenance de différents interlocuteurs en dépit des éléments distracteurs auxquels ils sont confrontés, tels que d'autres conversations, la musique d'ambiance, la sonnerie d'un téléphone, etc.,
- **l'attention divisée** : distribuer son attention sur plusieurs tâches simultanées → tenir une conversation activement tout en composant un numéro de tel, ou en prenant des notes (*Figure 2*).

La **batterie de tests informatisée d'évaluation de l'attention (TEA = Test d'Evaluation de l'Attention)** élaborée par Zimmerman et Fimm (1994) représente le

protocole d'évaluation attentionnelle le plus fiable. Ces épreuves ont été développées en **tenant compte des besoins de spécificité du diagnostic en neuropsychologie où l'on est souvent confronté à des troubles attentionnels spécifiques et des atteintes multiples.**

La tâche consiste à appuyer sur un bouton réponse et les critères utilisés pour apprécier la performance du sujet sont les temps de réponses décisionnels (temps de réaction) et le nombre d'erreurs.

Au subtest de *l'alerte phasique* (un subtest est un test qui vise à évaluer un point plus particulier au sein d'une batterie générale), le sujet doit réagir le plus rapidement possible à la vue d'une cible donnée (celle-ci pouvant être précédée d'un avertisseur sonore) en appuyant sur une touche-réponse précédée. Au subtest *d'attention divisée*, le sujet doit partager son attention entre deux sources de stimuli, l'une visuelle et l'autre auditive.

L'appréciation de *l'attention soutenue*, maintien continu de l'attention sur une durée moyenne, doit s'effectuer par le biais d'épreuves sollicitant des charges cognitives variées et exigeantes. Le TEA propose une séquence de stimuli à l'écran qui vont varier en fonction de différents paramètres : dimensions, couleur, forme, taille et contenu. Afin d'adapter la difficulté de la tâche à un sujet donné, le programme

permet de sélectionner différents niveaux de difficulté, à savoir la nécessité de réagir à la « forme » uniquement, ou à « la couleur ou la forme ».

L'ensemble des tâches ne sollicitent donc que des réactions simples à des stimuli visuels (non verbaux), facilement identifiables et ne requérant qu'une réponse sélective et spécifique (ce test convient à tous les niveaux socio-culturels).

Il existe d'autres tests que nous ne développerons pas ici.

2.2. Evaluation des fonctions mnésiques

La mémoire (ou les mémoires) est une fonction qui permet **d'encoder, de stocker** et de **récupérer** les informations, et qui comporte deux versants :

- la **mémoire rétrograde**, ce qui s'est passé avant l'accident,
- la **mémoire antérograde**, qui renvoie à l'acquisition de nouvelles informations et la création de nouveaux souvenirs post lésionnel.


On considère la mémoire comme étant formée de plusieurs systèmes (d'où **les** mémoires).

Au sein de ces mémoires, la modélisation la plus aboutie est composée de cinq systèmes: (*Tulving, 1972, Eustache et al, 2008*) avec :

Exemples de subtest :

Attention soutenue

Au cours de cette épreuve apparaîtront successivement à l'écran des figures de formes, de couleurs et de tailles différentes.



De temps à autre, les figures qui se succèdent sont de même forme ou de même couleur. Dans ce cas, appuyez aussi vite que possible sur la touche réponse !

Appuyez sur une touche, svp. (interrompre avec X)

Figure 1 : Epreuve d'attention soutenue (15 minutes) issue de la Batterie TEA de Zimmerman et Fimm, 1994.



Epreuve d'attention divisée / double tâche																	
<p>Dans cette épreuve, vous aurez 2 tâches à accomplir:</p> <p>Tâche no. 1: Sur l'écran vont apparaître un ensemble de croix. Lorsque 4 croix contiguës formeront un carré, vous appuierez sur la touche réponse le plus rapidement possible.</p> <p>Exemple:</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table style="margin: auto;"> <tr><td>×</td><td>.</td><td>×</td><td>.</td></tr> <tr><td>×</td><td>.</td><td>×</td><td>×</td></tr> <tr><td>.</td><td>.</td><td>×</td><td>×</td></tr> <tr><td>.</td><td>×</td><td>.</td><td>.</td></tr> </table> </div> <p>Tâche no. 2: Vous entendrez une suite de sons alternant de l'aigu au grave. De temps à autre, 2 sons aigus ou graves se succéderont. Dans ce cas, appuyez le plus vite possible sur la touche réponse !</p> <p>Votre tâche consiste donc à prêter attention en même temps à l'apparition des carrés et des sons identiques.</p>		×	.	×	.	×	.	×	×	.	.	×	×	.	×	.	.
×	.	×	.														
×	.	×	×														
.	.	×	×														
.	×	.	.														
<i>Appuyez une touche pour entendre les sons</i> <i>Appuyez une touche svp. (Interruption avec X)</i>																	

Figure 2 : Epreuve d'attention divisée issue de la batterie Tests d'Evaluation de l'Attention (TEA) de Zimmerman et Fimm, 1994.

1. La mémoire à court terme, elle comprend :

- **La mémoire immédiate/mémoire de travail**, qui permet de stocker et de manipuler des petites quantités d'informations sur de courtes durées : elle est constamment sollicitée dans nos activités quotidiennes : elle peut être évaluée à l'aide d'empans présentés soit oralement pour la modalité auditivo-verbale, soit par la désignation de séquences de cubes pour la modalité visuo-spatiale. L'empan mnésique désigne le nombre d'éléments que l'on peut restituer immédiatement après les avoir entendus. Comme pour l'ensemble des tests neuropsychologiques, il existe des normes bien établies prenant en compte l'âge et le niveau socio-culturel (Grégoire *et al*, 1997). L'épreuve consiste à citer oralement des séries de chiffres que le sujet doit restituer à l'endroit puis à l'envers, telles que présenté sur la figure 3 ; la taille de l'empan correspond au nombre d'éléments maximum que le sujet peut restituer sans erreur. **L'empan visuo-spatial** est évalué à l'aide de l'épreuve des blocs de Corsi (Corsi, 1972) (figure 4): 10 cubes sont disposés de manière aléatoire sur une planche face au sujet, et le thérapeute touche un nombre croissant de cubes suivant une séquence particulière que le sujet doit reproduire, à l'endroit, puis à l'envers.

• La mémoire de travail

Quelques exemples de vie quotidienne faisant intervenir la mémoire de travail :

- *lors de la recherche d'informations*: vous allez à un rendez-vous, vous ne connaissez pas le quartier,

Item/essai	réponse	Note (0 ou 1)
1	Essai 1 : 1-7	
	Essai 2 : 6-3	
2	Essai 1 : 5-8-2	
	Essai 2 : 6-9-4	
3	Essai 1 : 6-4-3-9	
	Essai 2 : 7-2-8-6	
4	Essai 1 : 4-2-7-3-1	
	Essai 2 : 7-5-8-3-6	
5	Essai 1 : 6-1-9-4-3-7	
	Essai 2 : 3-9-2-4-6-7	
6	Essai 1 : 5-9-1-7-4-2-8	
	Essai 2 : 4-1-7-9-3-8-6	
7	Essai 1 : 5-8-1-9-2-6-4-7	
	Essai 2 : 3-8-3-9-5-1-7-4	
8	Essai 1 : 2-7-5-8-6-2-5-8-4	
	Essai 2 : 7-1-3-9-4-2-5-6-8	

Figure 3 : Liste des séries d'items présentée pour l'empan chiffré endroit.

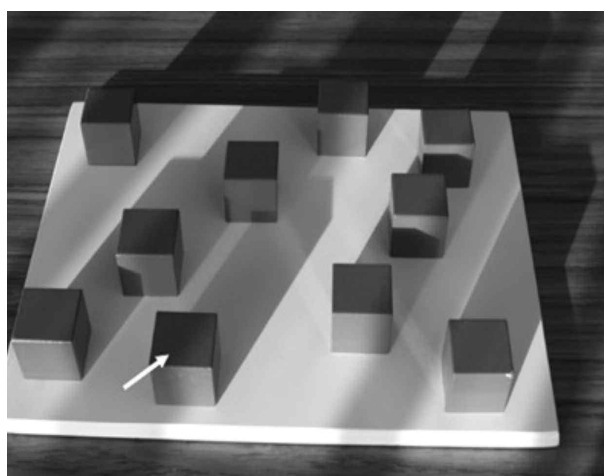


Figure 4 : L'épreuve des blocs de Corsi permettant de mesurer les empan visuo-spatiaux.



vous regardez le plan qui vous indique 36B (p3-4): pour trouver la rue il vous faudra retenir ce code le temps de trouver la bonne page, la bonne zone, la bonne case.

Lors d'une activité de raisonnement « Fabrice et Bruno réalisent un projet, chacun a plusieurs idées en tête et y réfléchit avant de les soumettre à l'autre. **Pour élaborer et comparer** les différentes idées qui leur viennent à l'esprit, ils **gardent en mémoire** les avantages et les inconvénients de chacune des solutions proposées.

Lors de la compréhension verbale : **pour comprendre le sens de la phrase** ci-après vous devez garder le début en mémoire, le **temps de lire** ou de l'entendre jusqu'à la fin. Vous devez retenir le sujet et les compléments qui s'y rapportent. Sans cela vous arriverez à lire/à entendre la phrase mais **sans en saisir le sens**, cela permet également de **suivre une conversation**.

2. La mémoire à long terme, elle comprend :

- **la mémoire perceptive** : c'est le **registre des informations sensorielles diverses** qui nous permettent d'identifier des stimuli connus, en associant un stimulus externe à un élément stocké en mémoire (voir une fleur et la reconnaître). Cette mémoire perceptive stocke les informations sur la forme et la structure des mots et des objets, sans notion de sens. C'est aussi par exemple ce système de mémoire qui permet de reconnaître une odeur, ou une sensation gustative : la madeleine de Proust en est un exemple parfait, où le protagoniste voit ressurgir des images et des sensations de l'enfance enfouies dans sa mémoire alors qu'il mange une madeleine, met antérieurement préparé par sa mère alors qu'il était enfant...
- **la mémoire procédurale** : c'est la **mémoire des automatismes** : conduire une voiture, faire de la bicyclette, connaître les lettres sur le clavier de l'ordinateur,
- **la mémoire sémantique**, qui est la mémoire des connaissances générales, des connaissances très larges, sur le monde mais aussi sur soi-même, ce sont les acquisitions scolaires, sans contexte spatio-temporel précis. Nous savons que la capitale de l'Italie est Rome, mais nous ne nous souvenons pas précisément du moment où nous l'avons appris,
- **la mémoire épisodique**, qui est LA mémoire des souvenirs et qui permet de se représenter consciemment les événements passés et de les intégrer à un projet futur. Elle permet à un sujet de se souvenir et de prendre conscience des événements qu'il a vécus dans un contexte spatial et temporel précis (exemple : le jour de son mariage, de la naissance du premier enfant). **La mémoire épisodique est l'un des systèmes mnésiques les plus fragiles notamment chez les cérébro-lésés, et une fonction cognitive souvent perturbée.** Elle constitue en effet un **motif fréquent d'évaluation neuropsychologique sur la base des plaintes du patient ou de son entourage.** L'évaluation de la mémoire épisodique participe

également à l'établissement de certains diagnostics de pathologies dégénératives. L'évaluation doit, de ce fait, être **la plus exhaustive possible et permettre de discriminer les différents mécanismes impliqués.** Il existe également **différents types d'analyses de la mémoire épisodique**: des méthodes d'analyses portant sur le **traitement des informations auditivo-verbales** et des méthodes d'analyses portant sur le **traitement des informations visuo-spatiales.**

D'une façon générale, examiner la mémoire (à court terme et à long terme) revient à distinguer **trois étapes de traitement** :

- l'encodage, qui est un processus par lequel les caractéristiques d'un stimulus ou d'un événement sont traitées et converties en une trace mnésique,
- le stockage en mémoire, c'est la trace mnésique de l'information apprise,
- et la récupération des informations mémorisées.

L'évaluation débute classiquement par un interrogatoire sur l'anamnèse, l'orientation temporelle et spatiale, les différents événements de l'actualité, et complétée par un Questionnaire d'évaluation de la mémoire (QAM – Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire de Van der Linden, 1989) rempli par le patient, ainsi qu'une forme parallèle reprenant les mêmes questions mais complétées par un proche (le terme QHM n'est jamais utilisé) et qui interroge différents aspects de la mémoire dans les activités de vie quotidienne – telle que le patient le vit au quotidien, tels que la mémoire de l'information récente, des personnes connues, la capacité à se souvenir de l'utilisation des objets d'utilisation courant (télécommande de la télévision, smart-phone...). L'intérêt d'une double évaluation par le patient et l'accompagnant permet d'évaluer les différences de perception des troubles, et notamment la non conscience des difficultés par le patient, ou l'anosognosie. Ces différents éléments vont nous orienter sur la conscience des troubles par le patient, les mécanismes déficitaires et orienter le choix des épreuves spécifiques au sein du second temps de l'évaluation : les tests.

Avant d'entamer les tests, il sera, par ailleurs, essentiel d'examiner avec soin l'intégrité des capacités perceptives et sémantiques du patient pour encoder le matériel à mémoriser. Par exemple, il faut évaluer la sensoricité: le patient voit-il correctement ? Pour ne pas confondre une myopie avec une agnosie visuelle, d'origine neurologique, Entend-il correctement ? Pour ne pas confondre une hypoacousie avec une surdité verbale d'origine neurologique, A-t-il une bonne proprioception ? Pour ne pas confondre un trouble de la sensibilité profonde avec une apraxie... ! Et bien sûr, a-t-il un niveau culturel suffisant pour passer certaines épreuves ? Sait-il lire et écrire ? Afin de ne pas confondre un bas niveau culturel et un déficit organique (Kostova *et al*, 2008).

Les batteries les plus fiables et les plus classiques incluent des épreuves de mémoire épisodique, telle

que l'*Echelle Clinique de Mémoire de Wechsler (MEM)* dont la version la plus récente est la « MEM IV » datant de 2012. Cette échelle qui est constituée d'épreuves composites visant à explorer plusieurs aspects de la mémoire permet fournir une évaluation diversifiée des fonctions mnésiques en obtenant différents indices en mémoire épisodique, mais aussi un indice de mémoire de travail. Cependant, si les batteries telle que la MEM III ont l'avantage d'offrir des normes solides en raison d'un étalonnage important, et par conséquent de situer de manière fiable les scores des sujets par rapport à leur groupe de référence, elles apparaissent peu pertinentes pour identifier la nature et les processus déficitaires (encodage, stockage, récupération). Ainsi, des épreuves plus « spécifiques » ont été plus spécialement élaborées afin de mettre en évidence les mécanismes impactés telle que l'épreuve de Grober & Buschke (1987).

*L'épreuve de Grober et Buschke, 1987
ou la RL/RI 16 (Rappel Libre et Rappel Indiqué 16)
(Van der Linden et al, 2004)*

Le *RL/RI/16* est l'une des épreuves de référence en mémoire épisodique verbale car elle permet d'avoir des informations fiables sur la qualité des traitements évoqués plus haut : encodage d'une liste de mots, stockage et récupération des informations, avec ou sans indices. Il s'agit d'une liste de 16 mots (items) présentés 4 par 4, 4 planches de 4 items, ex : « hareng, gilet, domino, jonquille ». Le but est de mémoriser cette liste. Afin de contrôler au mieux l'encodage, on demande au patient de lire la planche de 4 mots, on lui indique la catégorie sémantique de chaque mot (hareng = poisson, jonquille = fleur) puis on fait un rappel immédiat avec la catégorie sémantique : « quel est le nom du poisson, du vêtement, du jeu, de la fleur ». Si le patient arrive à se souvenir de cette liste dans un premier temps, on suppose que l'encodage a été effectué. Il est censé pouvoir se souvenir de cette liste sur 3 rappels, et s'améliorer d'un rappel à l'autre. Le patient doit donc ensuite effectuer 3 rappels dit « libres », ou spontanés, puis il bénéficie d'un rappel « indicé » pour chaque mot oublié au sein du rappel « libre » : « quel était le nom de la fleur ? ». Ce, pour 3 rappels, avec une tâche interférente de quelques secondes entre chaque rappel (Compter de 3 en 3 jusqu'à 40 en commençant par 1, compter à rebours de 20 à 1...cela afin d'éviter l'effet de récence immédiat qui désigne la facilité à rappeler les derniers éléments d'une liste de stimuli que l'on doit mémoriser). Un rappel différé est effectué au bout de 20 minutes (il s'agit donc alors d'évaluer la mémoire à long terme des mots). Un RLRI 16 visuel existe pour les patients illettrés.

Les fonctions cognitives étant intriquées, cette épreuve nous donne également des informations sur

les fonctions exécutives, que nous verrons au chapitre suivant, en ce sens qu'elle permet de voir si l'information est disponible en rappel libre ou uniquement en rappel indicé. Si le patient peut se souvenir des 16 mots sans indices, alors sa mémoire est indemne. S'il a besoin des indices pour récupérer, ses troubles mnésiques sont dus à une lésion de type frontale ou sous corticale, mais le module mémoire n'est pas forcément affecté. S'il a du mal à se souvenir des mots en rappel libre, et avec les indices, c'est sa mémoire épisodique qui est plutôt altérée.

2.3. Évaluation des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives correspondent aux capacités nécessaires à une personne pour **s'adapter à des situations nouvelles, c'est-à-dire non routinières**, pour lesquelles il n'y a pas de solution préétablie. Par exemple : *Tous les jours, Sophie part de son travail et prend le RER D pour rentrer chez elle. Un jour, le trafic est suspendu (situation nouvelle) et elle doit donc chercher un nouvel itinéraire (adaptation à cet imprévu). Elle décide de prendre un bus qui l'emmènera jusqu'à la moitié du parcours puis le RER C (modification de l'activité routinière en fonction de la situation inattendue).* Ou bien : *Cet été, Elodie et François ont décidé de partir à Naples. Ils s'y prennent bien à l'avance (anticipation) afin d'éviter les mauvaises surprises. Ils se renseignent donc sur les différents hôtels de la ville qu'ils choisissent en tenant compte de la distance par rapport au centre historique et aux magasins les plus proches, des lieux à visiter et des transports en commun existants (avec leurs prix et leurs fréquences) (planification en fonction des contraintes).*

Dans ces deux situations, il n'y a pas de solution toute faite. Il est nécessaire de faire des choix, de prendre des décisions. **Un plan d'action** doit être élaboré et mis en œuvre.

Le point commun entre les situations routinières et les situations nouvelles est de **sélectionner** une action dans un ensemble d'actions possibles. Une situation devient routinière lorsqu'elle se répète fréquemment dans notre vie quotidienne quelle qu'en soit la complexité. Par conséquent, la manière dont on y répond peut devenir, à force de répétition, automatique.

Lorsqu'on est à nouveau confronté à cette situation, cela active chez nous le **schéma (ou scénario) d'action** qui **pilote** l'action attendue : tous les jours, « *Sophie prend le RER D à la voie 1 à gare de Lyon pour se rendre à son travail* », « *tous les soirs en sortant du métro, Charlie achète son pain à la boulangerie qui fait l'angle de la rue* ». Toutes ces actions sont routinières au sens où leur enclenchement s'effectue automatiquement. *Charlie n'a pas besoin de réfléchir au trajet qui mène à la boulangerie.* Par contre, les situations nouvelles exigent que nous leur accordions davantage d'attention et que nous y répondions d'une façon plus **contrôlée**. *Sophie prend le RER D pour se rendre à son travail, se dirige vers la voie 1 mais se rend compte que le train est*

*finalement annoncé à la voie 4, Elle décide rapidement d'interrompre sa marche et change de direction. Si Sophie a pu s'empêcher de continuer sa route vers la voie 1 (inhiber son action première) c'est parce que son attention était suffisamment portée sur les éléments environnants et que sa flexibilité mentale lui a permis de modifier rapidement l'action en cours. Elle a pu détecter les changements annoncés aux panneaux d'affichage et **inhiber** (réfréner) sa trajectoire vers la voie 1. « Ce qui lui a permis d'interrompre sa trajectoire est appelé le **système attentionnel de supervision** (= SAS).*

Charlie sort du métro, et se souvient que la boulangerie est fermée deux semaines pour congés annuels. Dans ce cas, il doit prendre une décision : sortir du métro et prendre tout de suite la direction d'une autre boulangerie.

Si Charlie a pris cette décision, c'est parce qu'il a pris en compte les **différentes contraintes** de la situation. A ce nouveau, c'est le S.A.S qui sous-tend le processus de décision.

Aujourd'hui dimanche, Sophie a décidé de rendre visite à sa cousine pour lui annoncer son mariage. Elle se rend à la gare de Lyon, prend le RER D à la voie 1. Comme elle est occupée à penser à la nouvelle qu'elle va lui annoncer, elle se rend compte trop tard qu'elle a pris son RER dans la mauvaise direction. Elle est allée à la voie 1 au lieu de la voie 2. »

Qu'est-ce qui explique que Sophie se soit trompée de voie ?

Tout en marchant, Sophie a son attention dirigée principalement vers ce qu'elle va annoncer à sa cousine et non sur le trajet qu'elle est en train d'emprunter. Elle s'est comportée comme en situation routinière : le **système attentionnel de supervision** a **sélectionné** le trajet qu'elle emprunte le plus fréquemment. Ceci s'est produit parce qu'elle pensait à autre chose et donc que son S.A.S n'était pas orienté vers la sélection du trajet. Ceci est aussi dû aux **capacités limitées** du S.A.S qui ne peut traiter plusieurs tâches en même temps avec la même efficacité.

Comme nous venons de le voir, le S.A.S remplit plusieurs fonctions. Nous allons en préciser quatre : l'inhibition, la flexibilité mentale (réactive ou spontanée), la planification et l'élaboration, la déduction et le maintien de règles ou de consignes qui ont pour dénominateur commun le fonctionnement exécutif. Comme pour la mémoire, il existe différentes épreuves pour **évaluer les dysfonctionnements exécutifs et leur retentissement au quotidien** :

- Des tests classiques, de la première génération, où **l'objectif est précisément déterminé par l'évaluateur**, de durée brève et dans un contexte structuré et épuré (avec un minimum d'éléments distracteurs),
- **Des épreuves en situation écologique**, dans la réalité et dans l'environnement du patient, plus proches des conditions naturelles, où **l'objectif est plus dépendant des motivations, de l'humeur, des émo-**

tions actuelles du sujet, la durée est plus longue et le contexte plus ouvert, avec ses exigences et ses imprévus.

Lors de l'évaluation des fonctions exécutives, les cliniciens sont confrontés à de nombreuses questions : « *les désordres cognitifs et comportementaux présentés par le patient sont-ils classiquement associés au syndrome dys-exécutif ?* », « *comment ces difficultés se répercutent-elles dans la vie quotidienne ?* », « *ces troubles dysexécutifs ont-ils des répercussions sur d'autres fonctions cognitives (langage, mémoire...)* ? », « *quelles sont les difficultés qui génèrent le plus de souffrance ?* », « *le patient pourrait-il retourner à l'école ou au travail ? Pourra-t-il avoir même une activité professionnelle ?* », « *Quel type de traitement peut-on lui proposer ?* ».

A. L'inhibition : est la **capacité à s'empêcher** de produire une réponse automatique, à arrêter la production d'une réponse en cours et écarter les stimulations non pertinentes pour l'activité en cours : *Fabrice a modifié ses tiroirs de rangements dans son garage. Il a changé les vis de tiroir. Depuis quelques jours, il doit s'empêcher d'aller les chercher à l'ancien endroit. Inès et Thibault parviennent à rester attentifs à leur conversation bien qu'ils entendent ce qui se dit dans le wagon du train.*

1. La tâche de go-no-go (figure 5)

Pour évaluer les capacités à inhiber les stimuli non pertinents (sur sortie motrice), l'épreuve la plus communément utilisée est le « **go-nogo** » qui peut être réalisé soit manuellement, soit avec support informatique (Logiciel TEA – Test d'Évaluation de l'Attention) :

Le contrôle inhibiteur peut également être évalué en association à une contrainte supplémentaire « d'incompatibilité » qui par définition est une situation conflictuelle au sein de laquelle des informations divergentes doivent être traitées en parallèle et pourtant, activent simultanément différentes réactions potentielles. L'effet Stroop que nous verrons ci-après (interférences couleur/mot) constitue également un exemple classique d'incompatibilité.

2. Le subtest incompatibilité de la TEA

Le 2^e test le plus utilisé est le subtest « **incompatibilité** » qui teste la tendance à l'interférence en termes d'incompatibilité stimulus-réponse (aussi appelé « effet Simon »). Dans cette épreuve, des flèches, pointant tantôt vers la gauche tantôt vers la droite, sont présentées de part et d'autre d'un point de fixation. Le sujet a alors pour consigne de réagir d'appuyer sur le bouton correspondant à la direction pointée par la flèche et ce, indépendamment du côté de l'écran où elle apparaît.

3. L'épreuve du Stroop (Stroop 1935) (figure 6)

Le **Stroop** est également souvent utilisée et vise plus particulièrement à évaluer l'inhibition des processus automatiques, en l'occurrence celui de lecture. Le sujet est soumis à trois conditions successives : il doit tout d'abord dénommer sur une première planche et

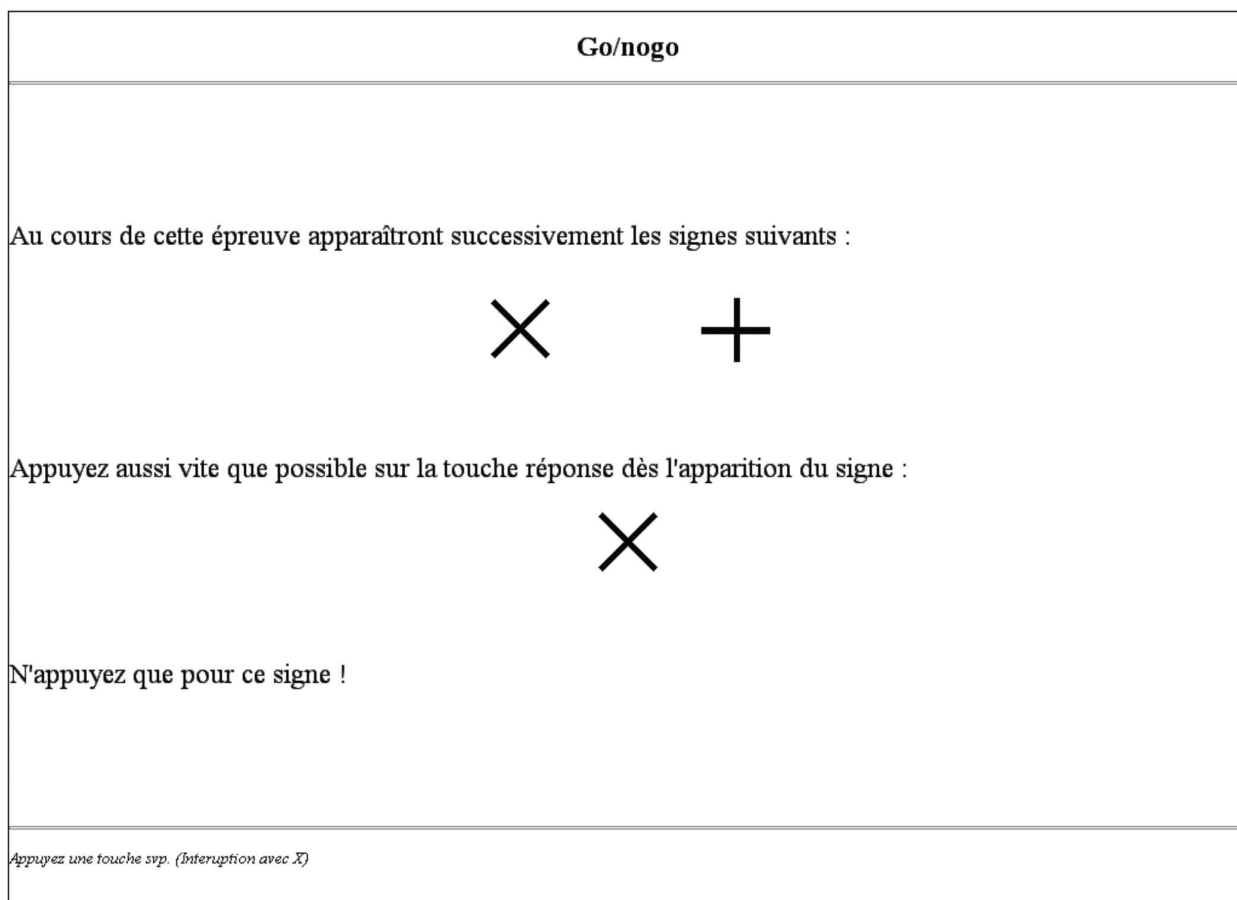


Figure 5 : Epreuve du go-nogo (2 stimuli dont 1 cible) issue de la TEA de Zimmerman et Fimm, 1994 permettant notamment d'évaluer le contrôle inhibiteur.

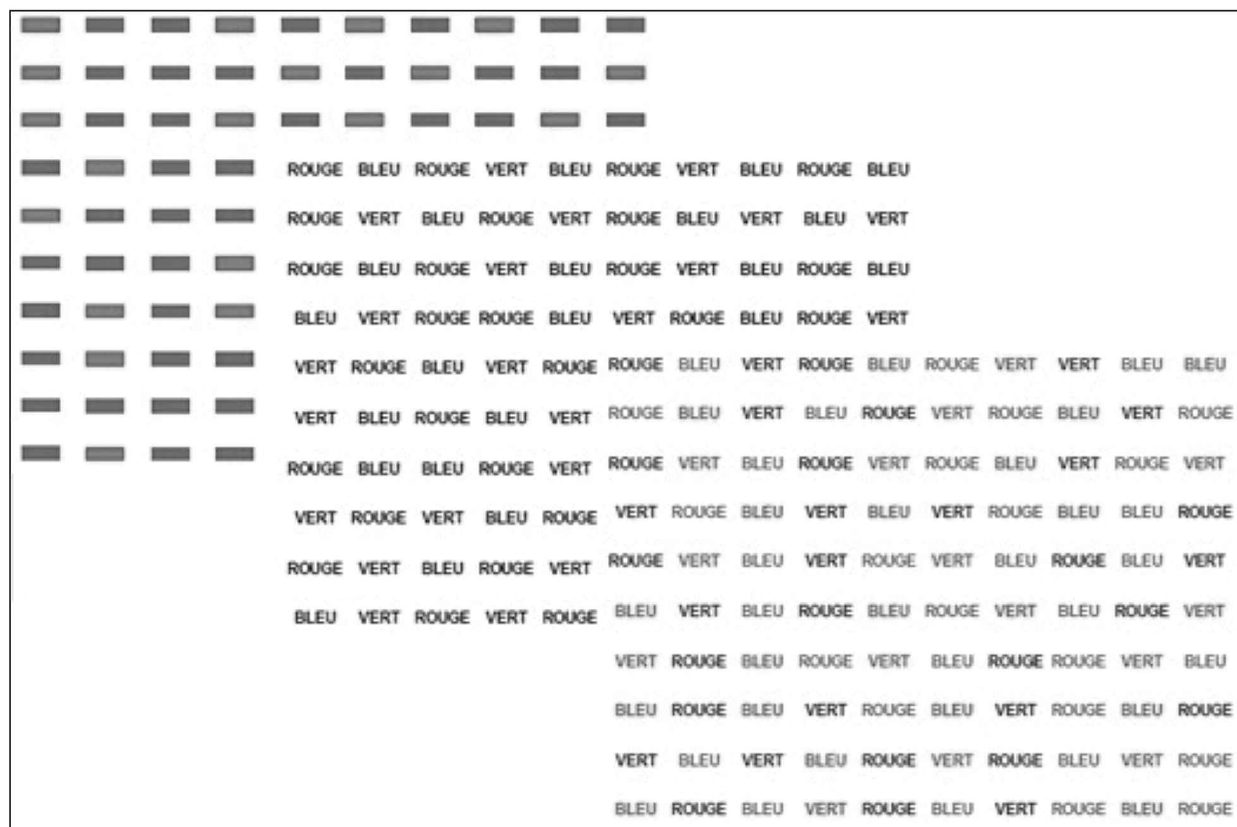


Figure 6 : Epreuve du Stroop, composé de trois planches d'évaluation : dénomination, lecture et interférence.



le plus rapidement possible la couleur de chaque rectangle, en travaillant par ligne, puis sur une deuxième planche, il devra lire les noms de couleurs à haute voix et toujours le plus rapidement possible, en travaillant ligne par ligne, et enfin dans la troisième condition, dite « interférente », le sujet doit inhiber le processus automatique de lecture et ainsi non pas lire le mot (nom de couleur) mais dire la couleur de l'encre où il est écrit.

B. La flexibilité mentale correspond à la capacité de **passer d'un comportement à un autre** en fonction des exigences de l'environnement : « *Julie prépare les ingrédients dont elle aura besoin pour réaliser un gâteau au chocolat en utilisant sa balance. Elle suit les indications de la recette. Elle pèse d'abord 125 g de chocolat puis mesure 100 ml de lait. Elle pèse ensuite 100 g de sucre...* », « *Léa est une élève de 6^e primaire. Elle fait son devoir de calcul. Il lui est demandé d'effectuer en alternance une addition suivie d'une soustraction* », « *Lucie est surveillante au bac : Elle range les copies d'examen. Elle jette à la poubelle les feuilles de questions, fait une pile devant elle avec les copies et intercale, dans l'autre sens, entre chaque copie, les feuilles de brouillon correspondantes* ».

1. Le Trail Making Test (Reitan, 1958) (figure 7)

L'épreuve la plus couramment utilisée pour évaluer les capacités de **flexibilité mentale réactive** (c'est-à-dire où la contrainte d'alternance est imposée) est le **Trail Making Test**. Divisée en deux parties, la première consiste à relier le plus rapidement possible les chiffres de 1 à 25. Dans la seconde partie, une contrainte de flexibilité est imposée et le sujet doit donc relier alternativement les lettres et les chiffres tout en respectant l'ordre croissant pour les chiffres et l'ordre alphabétique pour les lettres.

2. Les fluences verbales (Cardebat *et al*, 1990)

En ce qui concerne les capacités de **flexibilité mentale spontanée** (c'est-à-dire où le patient doit mettre spontanément en place cette stratégie pour optimiser sa performance), le test le plus utilisé est l'épreuve des fluences verbales. Tout d'abord, les fluences « sémantiques », où le sujet est invité à donner en 2 minutes le plus de noms d'animaux possible : la performance sera optimisée si la personne organise son évocation en faisant des « regroupements », par exemple les animaux domestiques, puis les animaux sauvages, de ferme ... Puis, le sujet est invité à réaliser une fluence « littérale » en donnant le plus de mots (excepté les noms propres) commençant par une lettre donnée (P, R, V).

C. La planification

C'est la capacité à **organiser une série d'actions** en une séquence optimale visant à atteindre un but.

« *Guillaume invite 25 personnes à dîner à la maison. Il prévoit une entrée, un plat et un dessert. Son objectif est que les plats arrivent chauds à table. Dans la préparation, il devra tenir compte des temps de cuisson des différents plats, de l'heure d'arrivée des convives, du temps consacré à l'apéritif...* »

Différentes tâches sont couramment utilisées en neuropsychologie pour évaluer les capacités d'organisation et de planification : celles-ci renvoient toutefois à différents niveaux de complexité selon la présence ou non, et le nombre de contraintes à gérer.

La tâche la plus simple et n'impliquant aucune contrainte particulière est le subtest d'« **arrangements d'images** » de la Wechsler Adult Intelligence Scale – troisième édition (WAIS III). Il s'agit d'images sur plusieurs cartes que le patient doit remettre dans l'ordre afin de reconstituer une histoire logique :

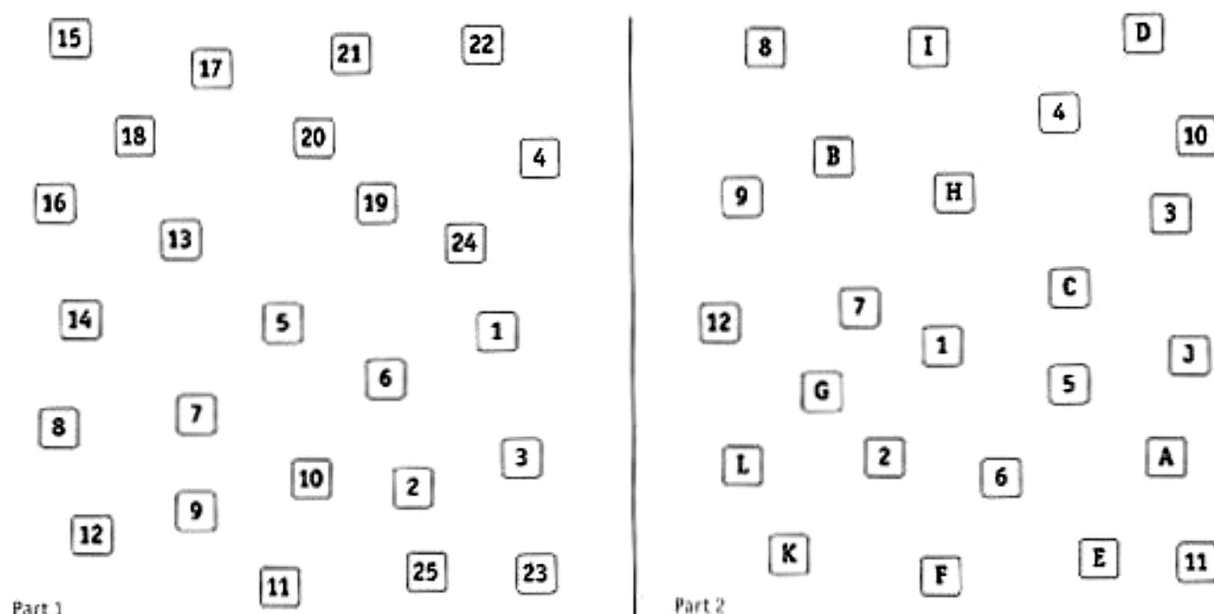


Figure 7 : Epreuve du Trail Making Task (TMT).

c'est-à-dire agencer les différentes étapes d'une action à partir d'un support imagé en se basant sur les détails fournis sur chacune d'entre elle.

1. Le test des Commissions (Martin, 1972)

Une autre épreuve est le « **Test des commissions** », où à partir d'un plan de quartier composé de 11 magasins/infrastructures, le sujet est invité à élaborer un parcours structuré et cohérent, le contraignant à passer dans chacune des infrastructures, tout en tenant compte des horaires d'ouverture/fermeture avec des contraintes qui l'obligent à faire un parcours logique (il ne doit pas faire de détours inutiles, il a des objets lourds à porter et d'autres, à reprendre, certains magasins sont fermés tôt d'autres ou au contraire ouvrent plus tard...) le sujet doit classer les courses dans l'ordre, et il est évalué sur l'ordre de passage des différents sites. Le patient doit prendre en compte tous les paramètres de contrainte, et faire un parcours cohérent. C'est bien sa capacité de planification et d'anticipation qui est évaluée.

2. Le test de Brixton (Shallice et Burgess, 1997) (figure 8)

Les capacités d'élaboration et de déduction de règles peuvent être évaluées par le « **test de Brixton** » qui **évalue les capacités de déduction de règles opératoires**. Le sujet est soumis à une série de feuilles qui comportent chaque fois 10 cercles dont un est noir. Ce cercle noir change de position. Les changements de position se font de façon logique mais les séquences logiques changent parfois sans prévenir. La tâche consiste à découvrir la séquence logique la plus vite possible en indiquant là où le sujet pense que le cercle noir va apparaître à la feuille suivante.

3. Le Wisconsin modified Card Sorting Test (Nelson, 1976) (figure 9)

Le « **modified card sorting test** » permet d'évaluer les capacités d'élaboration, de déduction et de maintien de règles. Dans cette épreuve, sont présentées **quatre**

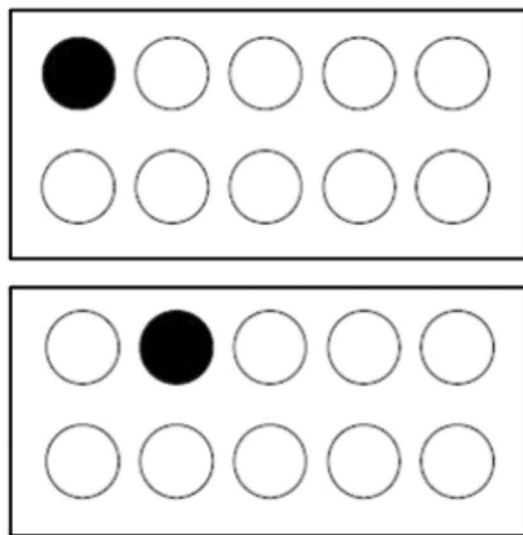


Figure 8 : Test de Brixton permettant d'évaluer les capacités d'élaboration et de déduction de règles logiques.

cartes cibles différentes: un triangle rouge, deux étoiles vertes, trois croix jaunes, quatre ronds bleus. L'examineur fait défiler devant le sujet, une à une, chacune des cartes d'un paquet de 24 cartes. Il lui est alors demandé d'associer, d'assortir chacune des cartes montrées avec l'une des quatre cartes cibles en fonction d'un critère, d'une règle du choix du sujet. (Couleur, Forme, nombre) La particularité du test est que l'examineur ne doit pas dire quelle est la règle. Le sujet doit la trouver lui-même en essayant les différentes règles possibles. Cependant, chaque fois que le sujet montre du doigt une des quatre cartes, l'examineur indique 'Oui' ou 'Non'. Si l'examineur dit 'Oui', alors le sujet doit conserver la même règle pour la carte suivante, mais si l'examineur dit 'Non', le sujet doit en changer. Une fois ces consignes données, quelle que soit la catégorie choisie par le sujet, elle est considérée comme correcte et, si les réponses suivantes obéissent à ce même critère, elles sont correctes. Après six réponses correctes consécutives, l'examineur dit : « **Maintenant, la règle change, vous devez trouver une autre règle.** »

D. La cognition sociale

La **théorie de l'esprit** est la capacité à repérer et déduire des états mentaux sur soi-même et sur autrui (peur, joie, colère, tristesse, dégoût, étonnement) capacité qui nous permet d'interpréter et de prédire le comportement de nos pairs dans une situation donnée (Duval *et al*, 2011). La théorie de l'esprit fait partie de la **cognition sociale** qui correspond à l'ensemble des processus cognitifs permettant de décoder et encoder le monde social : perception, mémorisation, raisonnement, connaissance des règles régissant les interactions interpersonnelles, etc. Cette capacité cognitive a fait l'objet de nombreux travaux, d'abord en psychopathologie cognitive, puis en neuropsychologie, notamment auprès de populations de patients présentant des atteintes frontales comme ceux souffrant de démence frontotemporale (Adenzonato *et al*, 2010), ou ceux ayant subi un traumatisme crânien (Havet *et al*, 2006).

Le test de la « **theory of mind 15** » (TOM 15, 15 pour 8 fausses croyances de premier ordre et 7 fausses croyances de second ordre) (Desgranges *et al*, 2012) (Figure 10) étudie la théorie de l'esprit par une épreuve de fausses croyances. Les histoires proposées montrent des situations quotidiennes, qui engendrent pour l'un des personnages une **croyance erronée sur l'état effectif du monde**. Chaque histoire est découpée en trois parties représentées sur la même planche sous forme de trois dessins en couleur (voir exemple ci-après), chacun accompagné d'une légende. Cette présentation a pour objectif de réduire autant que possible l'implication d'autres fonctions cognitives susceptibles d'interférer avec les capacités de théorie de l'esprit. La première partie de l'histoire décrit une situation matérielle ou interpersonnelle dans laquelle un personnage X prend connaissance d'un certain

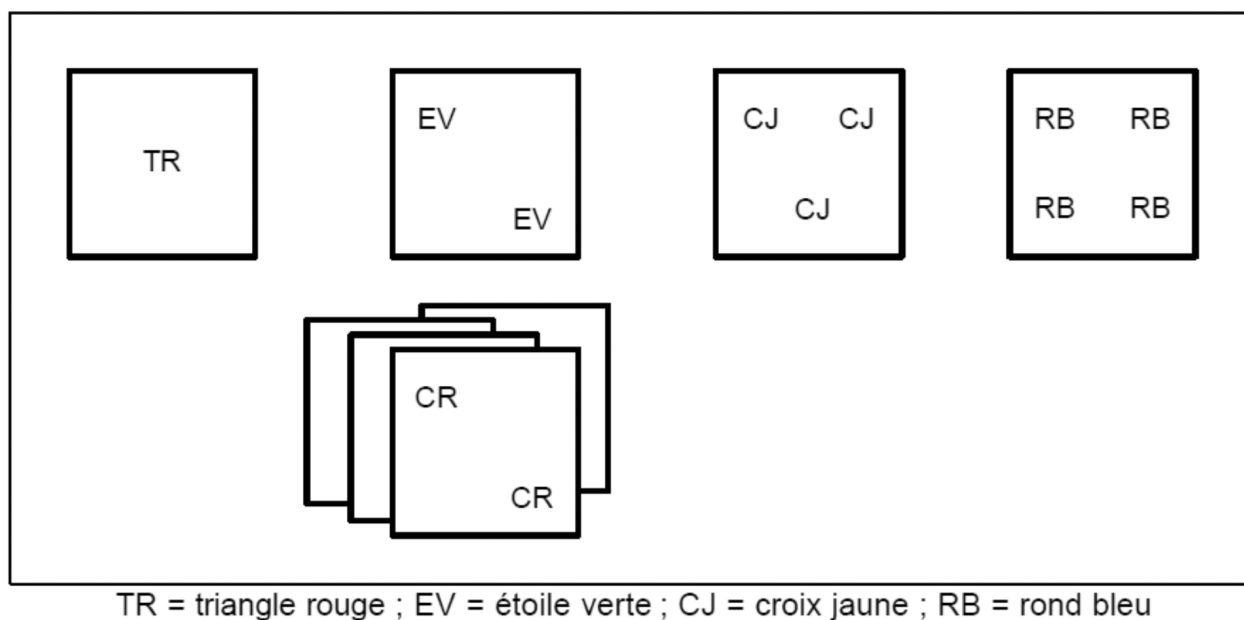


Figure 9 : Epreuve du Wisconsin modified Card Sorting Test permettant d'évaluer les capacités d'élaboration, de déduction et de maintien de règles.

nombre d'informations. Dans la deuxième partie, à l'insu du personnage, la situation évolue. Enfin, la troisième partie présente la situation dans laquelle la croyance du personnage X est désormais erronée. Après avoir regardé les dessins et lu les légendes, le sujet doit répondre à la question posée, en choisissant parmi deux propositions celle qui lui semble correcte. (La charge cognitive imposée en mémoire de travail est donc réduite au maximum puisque le matériel et la question sont visibles sur une même page lorsque le sujet répond). Les histoires de fausses croyances de premier ordre sont présentées en premier.

La première tâche proposée au participant est celle de fausses croyances de « premier ordre » c'est-à-dire dans laquelle la question porte sur la croyance d'un personnage **qui ne possède pas tous les éléments de la réalité**, par exemple : « Linda est toujours en retard, elle donne RV à Sébastien. Le jour J, elle a un accident, *ce que ne sais pas Sébastien* : Que croit alors Sébastien en l'attendant ? »

La réponse correcte est dictée par cette méconnaissance de l'évolution du monde (« Il pense que Linda est en retard »).

La réponse incorrecte correspond, quant à elle, à la réalité et donc à la perspective du participant qui a connaissance de toutes les informations (« Linda a eu un accident »). **Le participant doit alors faire abstraction de ce qu'il sait pour répondre correctement.** L'échec dans une tâche de fausse croyance de premier ordre indique que le sujet ne peut pas envisager qu'autrui ait une croyance différente de la sienne, et puisse parfois avoir une croyance erronée.

La détection des fausses croyances de second ordre est une tâche est plus complexe. En effet, elle nécessite

de **comprendre qu'une personne a une croyance erronée de la croyance d'une tierce personne**, autrement dit « la personne X pense que la personne Y pense que ». Dans l'exemple présenté ci-après, à la question posée « *si on demande au plongeur ce que le pêcheur pense avoir au bout de sa ligne ?* » la bonne réponse est « un poisson » puisque le sujet prend en compte le fait que la personne X (plongeur) sait que la personne Y (pêcheur) ne sait pas qu'il avait une botte accrochée au bout de sa ligne. En revanche, si le sujet répond « une botte » cela signifie que le sujet n'a pas réussi à inférer la croyance erronée de la personne Y (pêcheur). Le sujet n'a pas compris que le pêcheur ne pouvait pas savoir que c'était une botte. L'échec dans une tâche de fausse croyance de second ordre implique que le sujet n'a pas conscience qu'autrui peut avoir une représentation des états mentaux d'une tierce personne, et qu'il peut aussi avoir une croyance erronée des connaissances de celle-ci.

E. Les troubles du comportement

L'évaluation des troubles du comportement est **indispensable**, car ils constituent, plus que les séquelles physiques et cognitives, **le principal facteur de handicap et d'entrave à la réinsertion**. Ils demeurent toutefois souvent mésestimés au cours de l'évaluation, et particulièrement dans le cadre des expertises (Backchine *et al*, 2000).

Leur évaluation apparaît complexe car **trois dimensions interfèrent** :

- **neuropsychologique**, (conséquences directe de la lésion sur le comportement : désinhibition par exemple) ;
- **psychopathologique** (état antérieur, personnalité, antécédents psychiatriques) ;

Exemple de fausse croyance de premier ordre



Sébastien et Linda se donnent rendez-vous à 19h pour aller dîner. Sébastien, qui connaît bien Linda, lui demande de ne pas être, pour une fois, en retard

Condition expérimentale

Que croit Sébastien ?

- Que Linda a eu un accident
- Que Linda est en retard comme d'habitude



En se rendant au rendez-vous, Linda a un accident



Sébastien est à l'heure au rendez-vous. Il s'impatiente car Linda n'est toujours pas là

Condition contrôle

Pourquoi Linda n'est-elle pas encore arrivée au rendez-vous ?

- Parce qu'elle a eu un accident de voiture
- Parce qu'elle est en retard comme d'habitude

Exemple de fausse croyance de deuxième ordre



Un pêcheur sent qu'il a attrapé quelque chose au bout de sa ligne

Condition expérimentale

Si on demande au plongeur ce que le pêcheur pense avoir attrapé, que va-t-il répondre ?

- Une botte
- Un poisson



Le plongeur voit qu'une botte s'est accrochée à la ligne du pêcheur



Le pêcheur remonte sa ligne sous les yeux du plongeur

Condition contrôle

Qu'est ce que le pêcheur a attrapé ?

- Une botte
- Un poisson

Figure 10 : Epreuve de la TOM 15 permettant d'évaluer les capacités à détecter les fausses croyances de 1^{er} et de 2^e ordre.

– **psychosociologique** (Truelle *et al*, 2004). (Mode de vie, cursus professionnel, contexte social, vie de famille, situation financière).

L'évaluation des troubles du comportement doit aussi tenir compte des conditions de leur apparition en fonction des événements et de l'environnement. (Aggression ? accident ?).

L'examen comporte une phase de recueil des plaintes du patient, mais aussi d'un proche, suivi d'un entretien semi-structuré (le psychologue suit une trame de questions dont l'ordre n'est pas forcément prédéfini, possibilité d'aborder de manière spontanée des axes non définis au préalable; il est plus standardisé que l'entretien non structuré et laisse encore une liberté au psychologue) et

d'une échelle de comportement, la plus utilisée pour les personnes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral est l'échelle neurocomportementale révisée qui permet de regrouper les perturbations comportementales les plus fréquentes en quatre catégories : les symptômes déficitaires (défaut d'initiative, apathie), les symptômes productifs (désinhibition, agitation, irritabilité, agressivité), les comportements à composante somatique (addictions) et les troubles affectifs (dépression, anxiété).

Par ailleurs, il convient de ne pas méconnaître les troubles du comportement en dehors du cadre de l'examen neuropsychologique où ils peuvent être contenus par le cadre de l'environnement. De même, les patients victimes d'un traumatisme cranio-céré-

bral, fréquemment atteints de troubles de la cognition sociale sont souvent plus en difficulté à ce niveau en situation écologique qu'en situation dite « de laboratoire ».

Au total, le contenu de l'évaluation neuropsychologique doit tenir compte à la fois du patient et de ses plaintes, de la demande, couvrir suffisamment de domaines cognitifs, avoir une sensibilité suffisante pour objectiver la présence des troubles, leur nature et leur intensité, et pouvoir ouvrir des hypothèses quant à la nature des déficits.

3. ÉVALUATION DE SOINS VERSUS ÉVALUATION EXPERTALE

a) Les similitudes

L'évaluation neuropsychologique, qu'elle soit réalisée dans un cadre de soin à l'hôpital ou dans le cadre de l'expertise au pénal ou au civil, reste une **évaluation classique puisqu'il s'agit de dresser l'inventaire des fonctions restées intactes et celles qui se trouvent altérées** (Meulemans *et al.*, 2004) : les fonctions de base (attention et contrôle), les fonctions mnésiques, les fonctions instrumentales (phasiques : *voix, parole et langage*, praxiques et gnosiques : *perception*), les fonctions exécutives (contrôle inhibiteur, flexibilité mentale, planification) :

- **d'analyser** les troubles du comportement, notamment les facteurs d'inhibition (**inertie, stéréotypie, indifférence, désintérêt, dépendance, diminution de l'attention, trouble de la programmation, perte du contrôle intellectuel**) et de désinhibition (**agitation, impulsivité, euphorie, jovialité, indifférence aux règles sociales, attention non sélective, troubles du caractère, perte du contrôle émotionnel**), les capacités résiduelles (les ressources du blessé).

b) Les spécificités de l'évaluation neuropsychologique dans le cadre expertal

Les outils utilisés sont donc les mêmes que dans une évaluation à visée diagnostique ou de prise en charge réadaptative, en **tenant compte bien sûr de la nature des lésions** (traumatique, développementale ou dégénérative) mais aussi de leur **localisation**. Cependant, les objectifs inhérents à l'évaluation dans le cadre expertal impliquent certaines contraintes sur le **choix des tests et sur le travail interprétatif demandé**. « Il faut souligner l'importance de la **qualité normative des épreuves utilisées en expertise** ; ceci d'autant plus que le rapport pourra être soumis à un avis contradictoire, et par conséquent, une conclusion qui serait fondée sur des résultats obtenus avec des tests aux normes discutables pourrait être remise en question :

dans ce cas c'est l'ensemble du rapport qui est discrédité » (Meulemans *et al.*, 2003).

Priorité est donnée aux épreuves **standardisées (étalonnées = qui permettent de mesurer les performances d'un patient) qui permettront de comparer les performances du patient à un groupe contrôle apparié au moins selon deux des trois critères suivants : genre, âge, et niveau socio-culturel**, afin de pouvoir **affirmer avec suffisamment de rigueur s'il présente une performance déficitaire ou non** (toutefois, les performances doivent aussi être comparées au niveau antérieur présumé du patient qui demeure le meilleur référentiel). Ceci oblige par conséquent les thérapeutes à **choisir des tests issus de la tradition psychométrique qui possèdent des normes solides, notamment en termes d'étalonnage**, alors qu'il existe une marge de tolérance beaucoup plus large pour le choix des tests utilisés dans les évaluations de soin « classiques ».

Mention spéciale est faite pour les épreuves non standardisées qui ne sont ni comparables ni mesurables, et donc pas fiables. Elles n'ont pas fait la preuve de leur sensibilité et de leur spécificité, n'ont pas été étalonnées sur un échantillon représentatif de la population normale, et sont source d'erreurs diagnostiques. Les livrets de tests donnés par les laboratoires pharmaceutiques par exemple, qui constituent souvent un bel outil gratuit, sur papier glacé et coloré, sont constitués d'épreuves disparates, non étalonnées, et ne peuvent se substituer à une évaluation neuropsychologique. Il existe des épreuves de débrouillage étalonnées, mais essentiellement dans le domaine des maladies neuro-dégénératives, (MMS, Montreal Cognitive Assessment – MOCA – (Smith *et al.*, 2007)) dont nous avons parlé plus haut et très peu pour les traumatisés crânio-cérébraux, dont les troubles sont bien plus complexes qu'un simple déficit à une épreuve de mémoire verbale composée de quelques mots.

Lors de l'évaluation dans le cadre de l'expertise, **le premier temps** est entièrement dévolu à **l'entretien avec le blessé, le plus souvent sous la forme d'un entretien semi-structuré** (étayé par des tests ou questionnaires tel que l'échelle neuro comportementale révisée (ou Neurobehavioral Rating Scale-Revised / NRS-R) (Levin, 1987).

L'entretien clinique semi-structuré (ou semi-directif) se caractérise dans le fait que thérapeute suit une trame de questions préparées au préalable mais dont l'ordre n'est pas forcément défini : il est plus standardisé que l'entretien non-structuré mais laisse encore une certaine liberté au patient comme au psychologue. Il se distingue *d'une part* de **l'entretien clinique non-structuré (ou non-directif)** où le thérapeute se base uniquement sur le discours du patient, c'est une forme libre proche du style d'une conversation courante (mais il manque de standardisation), et *d'autre part* de **l'entretien clinique structuré (ou directif)** où le thérapeute suit uniquement une série de questions

prédéterminées, c'est un entretien standardisé.

Dans un deuxième temps, le recueil d'information par l'entourage pouvant être accompagné de questionnaires tels que les Questionnaires d'Auto-évaluation de l'Attention : Q.A.A et Questionnaires d'Auto-évaluation de la Mémoire: Q.A.M (Van Der Linden, 1989) qui offrent deux versions, la première pour le patient, la seconde pour un proche à remplir séparément afin de confronter les deux points de vue, ou encore le questionnaire d'évaluation du comportement de la Behavioural Assessment Dysexécutive Syndrome (BADDS) et le questionnaire d'hétéro-évaluation frontale qui évalue le comportement du blessé depuis l'accident. Ce temps peut être aussi l'occasion de recueillir des informations sur le déroulement d'une journée type (entretien avec le patient et sa famille).

Le 3^e temps est celui du dépouillement des tests, c'est-à-dire leur cotation, c'est la performance du sujet mesurée par des notes (QI, indices, centiles...) normales ou pathologiques en fonction des seuils et des normes. Signalons que ces chiffres s'analysent en regard du contexte particulier du patient qui les obtient. Si par exemple un Quotient Intellectuel de 100 se situe dans la moyenne, il doit être corrélé au niveau antérieur présumé du patient, aussi, si cette performance est obtenue chez un universitaire à BAC + 5, il est certain qu'il ne pourra être considéré comme moyen mais comme déficitaire (des corrélations ont été établies entre le niveau culturel et les QI présumés).

Enfin, le 4^e temps est celui de l'analyse des résultats, la mise en relation les éléments de l'entretien avec le patient et l'accompagnant, des éléments de l'imagerie, des résultats aux tests, de la personnalité du blessé et de son ressenti face aux handicaps. (Cédile *et al*, 2014).

Les particularités de l'évaluation réalisée dans le cadre de l'expertise concernent également les critères de sélection des tests, la relation entre la notion de « déficit » et de « handicap », et dans ce contexte, la prise en compte des difficultés telles qu'elles se manifestent dans la vie quotidienne du patient.

Le temps dévolu à une évaluation dans le cadre de l'expertise est en moyenne de 7h30. Il peut varier de 5h00 à 10 h00 sur plusieurs séances (2 à 4 séances) en fonction de la fatigabilité du patient, de sa lenteur, de la quantité d'information à collecter, des proches à interroger. Le temps de dépouillement des tests, d'analyse et de réflexion varie entre 10h et 15h00, ce qui revient à une vingtaine d'heures en moyenne pour la réalisation d'une évaluation neuropsychologique dans le cadre de l'expertise. A priori, cela diffère notablement du bilan de soins qui est souvent réalisé sur un temps plus court. Et quand bien même les bilans de soins sont très précis et très détaillés, ils n'apporteront pas les mêmes informations.

En effet, dans le cadre de l'expertise, la tâche du psychologue ne consiste pas uniquement à identifier et quantifier les déficits, mais aussi d'en évaluer l'impact dans la vie quotidienne, ce qui donne d'autant plus d'importance à l'entretien clinique, avec le patient et les proches. Le recueil des informations médicales permet d'avoir une représentation aussi complète que possible du contexte dans lequel évolue le blessé (Meulemans *et al*, 2000), d'autant que les évaluations dans le cadre d'une expertise sont souvent réalisées une ou plusieurs années après la lésion cérébrale, souvent lorsque l'état cognitif s'est chronicisé et stabilisé, ayant déjà contraint la victime à modifier son mode de vie pour l'adapter à son état post traumatique. Nous nous devons alors d'analyser les stratégies élaborées par le patient pour s'adapter au mieux à son handicap, et à son coût tant psychique que cognitif. (Orsoni *et al*, 2014).

Une autre particularité importante qu'il convient de prendre en compte dans le cadre de l'expertise, est que la victime se trouve ici contrainte de se soumettre à une évaluation pour obtenir gain de cause et faire reconnaître ses doléances. Les blessés parlent alors souvent de « double peine » : ils ont subi un accident, ont des déficits, mais ils doivent passer de nombreux examens et doivent établir la preuve de leurs difficultés.

Une autre différence entre ces deux contextes porte sur l'attitude du psychologue à l'égard du patient, déterminée par la différence d'objectif entre l'évaluation neuropsychologique « de soins », qui va insister sur les progrès du patient sur lesquels il va pouvoir s'appuyer pour la réadaptation neuropsychologique, sans mentionner les répercussions de ses déficits au quotidien, et l'évaluation neuropsychologique dans le cadre de l'expertise, qui va axer sur les déficits mais surtout leur impact dans la vie quotidienne du patient, dans divers domaines, et faire des projections à court et moyen terme, jusqu'à la consolidation, et à long terme, post-consolidation, pour évaluer sa capacité à avoir des activités (scolaires, professionnelles, sociales, intimes, de loisirs...) et quel prix cela va lui coûter en terme d'effort physique, cognitif, psychologique.

Ainsi, l'évaluation neuropsychologique en expertise est standardisée mais spécifique : en effet, il s'y ajoute deux volets supplémentaires par rapport aux évaluations de soins hospitalières : d'une part le recueil exhaustif des plaintes et des doléances de la victime: son point de vue subjectif sur les plans physiques, cognitifs, sociaux et affectifs, et d'autre part un recueil détaillé de son histoire: sa psychobiographie, qui comprend les dimensions familiale, scolaire et professionnelle, et sociale (vie de loisirs et d'agrément). Ces deux volets vont permettre d'aboutir à une discussion qui singularise l'évaluation psychologique et neuropsychologique des patients victimes de traumatismes crânio-cérébraux, où les résultats obtenus

sont interprétés en considérant le niveau pré-morbide de la personne, afin de déterminer l'importance de la perte mais aussi en tenant compte des dimensions lésionnelles, fonctionnelles, situationnelles et subjectives. Cette discussion abordera également la qualité de l'environnement (familial, scolaire/professionnel) et la rédaction du rapport d'examen contribue au nouveau plan de vie de la victime.

En ce sens, l'évaluation neuropsychologique dans un cadre expertal, bien que standardisée, est **unique et singulière car elle documente les particularités de l'histoire de la victime et sa projection dans l'avenir**, alors que la conclusion de l'évaluation de soin et l'interprétation des résultats aux tests s'attacheront quasi exclusivement à l'identification des troubles dans le but d'élaborer un protocole de soin (prise en charge réadaptative de ces troubles).

4. L'INTÉRÊT DE L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE

Dans le cadre d'une expertise, l'intérêt de l'évaluation neuropsychologique est de **contribuer à la réparation du dommage corporel des blessés victimes de violences intentionnelles ou non intentionnelles** dans le registre cognitif en objectivant la présence de **séquelles cognitives, comportementales ou émotionnelles**, mais aussi des **changements de personnalité consécutifs à l'accident**, et d'en déterminer les **répercussions en termes de handicap**. Indemniser une victime à la hauteur de son dommage, c'est lui donner les moyens de se réadapter et de se réinsérer, et d'être reconnu dans son dommage. L'indemnisation a pour but de **maintenir le niveau de vie que la personne avait au moment de l'accident**, de donner des moyens de compenser, mais aussi d'offrir des aides, afin de mieux appréhender ce qui lui manque pour retrouver au plus près sa vie d'avant le traumatisme.

Cet examen prend notamment tout son sens chez les victimes de **traumatismes crâniens légers** ou les patients victimes de **whiplash** où les **plaintes perdurent parfois plusieurs années après l'accident**, et ont des **répercussions sur leur vie professionnelle et/ou familiale**. Chez ces personnes, il convient tout particulièrement de prendre en compte des facteurs tels que les **maux de tête, les vertiges, les douleurs chroniques, la personnalité pré-morbide, le traitement médicamenteux**. L'examen doit donc être très spécifique, et contenir à la fois des outils d'évaluation mais aussi des questionnaires afin d'**appréhender les différents facteurs confondants susceptibles de jouer un rôle dans le fonctionnement cognitif**.

La question de la validité écologique des évaluations neuropsychologiques constitue une préoccupation

constante qui devient centrale dans le cadre de l'expertise. Le neuropsychologue s'interroge constamment sur la **capacité de son évaluation à prédire les capacités de la victime à réaliser ses activités de la vie quotidienne**. Pour cela, il est nécessaire que le psychologue, outre les épreuves psychométriques, **recueille des informations complémentaires, par le biais de questionnaires, d'entretiens** (notamment auprès de l'entourage) afin de réaliser des inférences quant aux conséquences des troubles cognitifs dans la vie quotidienne. A cet effet, le neuropsychologue va devoir se confronter à certaines difficultés comme l'établissement d'un **lien de causalité entre la maladie et les incapacités lorsque les déficiences sont peu ou faiblement établies** (traumatismes crâniens légers, whiplash), mais aussi l'établissement de relations entre les incapacités et les handicaps.

La discussion du rapport d'examen neuropsychologique se décline alors en quatre points : le lésionnel, le fonctionnel, le situationnel et le subjectif, alors que la conclusion de l'évaluation de soin se centrera plus particulièrement sur la dimension fonctionnelle uniquement.

Ainsi, une victime ne peut être évaluée en dehors de son mode de vie et de son contexte social. Le **Système d'identification et de mesure du Handicap (SIMH)** élaboré par le Pr Hamonet (Hamonet *et al*, 2000) qui permet de définir le handicap et les personnes en situation de handicap, en recherchant les mécanismes qui aboutissent à leur exclusion de la participation sociale et d'indiquer les moyens de leur réinsertion. Le SIMH constitue donc un **dispositif « d'identification » quadridimensionnel (corporel, fonctionnel, situationnel et de la subjectivité) qui se concentre sur la personne humaine dans son contexte social**.

L'expertise médico-légale constitue un cadre privilégié pour valider ce nouveau concept du handicap. L'évaluation neuropsychologique dans le cadre de l'expertise reprend les 4 dimensions fondamentales de la SIMH (Jouvencel (de) *et al*, 2005) :

- *Le Lésionnel* : (imagerie cérébrales notamment). Ce sont les lésions cérébrales du blessé objectivées par l'imagerie.
- *Le Fonctionnel* : ce sont les troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux du blessé.
- *Le situationnel* : Cette dimension est essentielle car les troubles cognitivo-émotionnels et l'exigence du milieu dans lequel la personne évolue vont majorer les difficultés d'adaptation par rapport à la situation extrêmement cadrée de testing de l'évaluation neuropsychologique, et peuvent produire des situations de handicap et une dépendance humaine. Ainsi, même pour les personnes ayant obtenus des résultats « dans les normes attendues », il convient d'être prudent quant à l'interprétation et la généralisation des scores observés. En effet, ces résultats aux tests neuropsychologiques sont souvent contenus par le cadre de l'examen.

- Toutefois, la dynamique progressive des tests peut effacer les difficultés d'adaptation chez des patients avec des lésions frontales récentes, tandis qu'une mise en situation écologique nécessite la gestion de l'environnement et de ses exigences. C'est pourquoi, il convient d'émettre une réserve sur le retentissement fonctionnel des lésions cérébrales (surtout lorsque l'accident reste récent). La reprise d'activités domestiques voire professionnelles comporte un coût cognitif qu'il est difficile de mesurer dans une évaluation neuropsychologique standard. Elle ne permet pas d'apprécier la fatigabilité et la surcharge cognitive dans les processus d'adaptation aux événements de vie quotidien par exemple. De plus, les troubles du comportement réactionnels dans un mouvement agressif de défense contre la prise de conscience douloureuse du handicap peuvent apparaître lorsqu'une personne est en difficulté et sont habituellement aggravés en cas de lésion cérébrale acquise.
 - **Les troubles de la cognition sociale** qui nécessitent de l'empathie comportent eux aussi un coût cognitif puisque cette capacité à se mettre à la place de l'autre et à ressentir nécessite un seuil minimal de flexibilité mentale, et de contrôle émotionnel. Ces capacités sont fragilisées dans le cas de lésions cérébrales frontales. Cette dimension situationnelle exprime donc le retentissement des troubles cognitivo-émotionnels dans la vie quotidienne du blessé qui peuvent se traduire à la fois par **des répercussions à son domicile et des répercussions dans la communauté sociale** (réduction de sa participation dans les activités domestiques, administratives, gestion du budget, non reprise concluante d'activité scolaire ou professionnelle, impossibilité à l'apprentissage de la conduite automobile, restrictions de loisirs et de sorties), mais aussi par **des difficultés pour suivre des conversations** à un niveau élaboré qui nécessite de bonnes performances en mémoire de travail et de vitesse de traitement de l'information, ce que souvent les victimes ne peuvent plus mettre en œuvre.
 - **Le Subjectif**: C'est le ressenti du patient face à son handicap. il s'agit de reconnaître le vécu subjectif du patient qui peut avoir une perception de ses manques et de ses pertes sans pouvoir y faire face, entraînant une perte d'estime de soi, un effondrement narcissique et donc une souffrance importante. L'équilibre psycho affectif a ainsi été rompu au moment de l'accident. Cette dimension subjective est par essence individuelle et unique : ainsi une agueusie ne sera pas vécue de la même manière par un gourmet que par un adepte du micro-onde.
- En conclusion**, une évaluation neuropsychologique dans l'expertise est particulière en ce sens qu'elle met en exergue les difficultés du patient et les projette dans leur quotidien actuel et futur, avec des préconisations

pour l'avenir qui vont concerner la situation professionnelle (capacité à retravailler ou non) personnelle (dans quelle mesure une tierce personne est nécessaire), et enfin médicale et paramédicale (suivi psychiatrique/psychologique/neuropsychologique/orthophonique). (Cédile *et al*, 2014).

Une évaluation neuropsychologique dans le cadre d'une expertise doit permettre de se représenter globalement un blessé, ce qu'il était, faisait et ressentait AVANT l'accident, et ce qu'il est, fait et ressent APRÈS l'accident.

L'évaluation est non seulement un avis technique mais un véritable plan de vie pour la personne cérébro-lésée.

Les psychologues spécialisés en neuropsychologie possède des outils et des compétences spécifiques qui leur permettent d'apporter un éclairage singulier et fondamental dans l'expertise des patients cérébro-lésés. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ADENZATO M, CAVALLO M, ENRICI I. Theory of mind ability in the behavioural variant of frontotemporal dementia: an analysis of the neural, cognitive, and social levels. *Neuropsychologia*. 2010 ; 48 : 2-12.
- [2] BACKCHINE S. Syndromes frontaux : certitudes et hypothèses. *Revue Française du Dommage Corporel* 2000 ; 3, 233-44.
- [3] CARDEBAT D, DOYON S, PUEL M, GOULET P ET JOANETTE Y. Evocation lexicale formelle et sémantique chez les sujets normaux. Performances et dynamique de production en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'étude. *Acta neurologica Belgica*. 1990, 207-217.
- [4] CÉDILE G, LOPEZ G, LABADIE D, *L'aide mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique* Dunod, 2014.
- [5] CORSI, P.M. (1972). Human memory and the medial temporal region of the brain (Ph.D.). McGill University.
- [6] DESGRANGES B, LAISNEY M *et al*. TOM-15: Une épreuve de fausses croyances pour évaluer la Théorie de l'Esprit cognitive. *Revue de neuropsychologie*, Volume 4, Numéro 3, Juillet-Août-Septembre 2012.
- [7] DUVAL C, PIOLINO P, BEJANIN A, *et al*. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Rev Neuropsychol*, 2011; 3 : 41-51.
- [8] EUSTACHE, F et DESGRANGES, B, Mnésis: towards the integration of current multisystems models of memory. *Neuropsychology Review*, 2008; 18, 53-69.
- [9] GIL R. *Abrégé de Neuropsychologie*, 5^e édition, Masson ; 2013.

- [10] GRÉGOIRE J, & VAN DER LINDEN M. (1997). Effect of age on forward and backward digit spans. *Aging, neuropsychology and Cognition*, 4(2), 140-149.
- [11] GROBER E, BUSCHKE H. Genuine memory deficits in dementia. *Develop Neuropsychology* 1987; 3 13-36.
- [12] HAMONET C ET MAGALHAES T – *Système d'identification et de mesure des handicaps*, SIMH Guide (broché). Paru en 11/2000.
- [13] HAVET-THOMASSIN V, ALLAIN P, ETCHARRY-BOUYX F, *et al.* What about theory of mind after severe brain injury? *BrainInj* 2006 ; 20 : 83-91.
- [14] JOUVENCEL M. (DE), FREDY D. HAMONET C. Apport de l'imagerie du Système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) dans l'évaluation médico-légale des lésions cérébrales et de leurs conséquences. *J. Réadapt méd.*, 2005; 25: 159-75.
- [15] JOUVENCEL M. (DE), HAMONET C. L'expertise médico-légale du traumatisme crânien grave: origines des troubles neuropsychologiques et psychopathologiques. *Revue française du dommage corporel*, 1999.
- [16] KOSTOVA M., ORSONI V. (2008) L'évaluation neuropsychologique. In S. Ionescu A. Blanchet (Eds), *Psychologie clinique, Psychopathologie, Psychothérapie*, Paris: P.U.F., pp 297-317.
- [17] LEVIN H S, HIGH W M, GOETHE K E, *et al.* The neurobehavioural rating scale: assessment of the behavioural sequelae of head injury by the clinician. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987 50: 183-193.
- [18] MARTIN R (1972) *Test des commissions. Épreuve d'adaptation méthodique*. 2^e édition.
- [19] MEYERS J, MEYERS K (1995) "The meyers Scoring system for the Rey Complex Figure and Recognition Trial: Professional manual" Odessa, Fla : "Psychological Assessment ressourcesneuroanatomical and neuropharmacological perspectives." *Progress in Neurobiology*, 53,431-450. *Neurosci* 4 (10): 829-39.
- [20] MEULEMANS, T. (2003) « Lévaluation des troubles de la mémoire dans le cadre de l'expertise medico-légale » dans le livre « *Évaluation et prise en charge des troubles mnésiques* » de Meulemans, T, Desgranges B *et al.*, 2003 ; édition SOLAL.
- [21] MOR G, *Evaluation du préjudice Corporel, stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation 2014-2015*. Éditions encyclopédie DELMAS.
- [22] NELSON, H.E. A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defect. *Cortex*, 12, 313-324, 1976.
- [23] ORSONI V, JOUVENCEL M. (DE), *Neuropsychologie et Santé : La neuropsychologie dans ses aspects médico-légaux*, Dunod, 2014.
- [24] REITAN R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept. Mot Skills*, 8, 271-276.
- [25] SHALLICE T ET BURGESS P.W. Bizarres responses, rule detection and frontal lobe lesions. *Cortex*, 32, 241-259, 1996.
- [26] SMITH T *et al.* *The Montreal Cognitive Assessment: validity and utility in a memory clinic setting.* *Can J Psychiatry*, 2007 May; 52(5):329-32.
- [27] STROOP, J. R. Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, Vol 18(6), 643-662, 1935.
- [28] TRUELLE J.L, et FAYADA C. Les troubles affectifs et comportementaux des adultes traumatisés crâniens graves ; *La lettre du neurologue* – n°5, vol VIII, Mai 2004.
- [29] TULVING E. Episodic and semantic memory. In E. Tulving, W. Donaldson (Eds), *Organization and memory*, 1972, Academic Press, New-York ; 381-403.
- [30] VAN DER LINDEN, M., COYETTE, F., POITRENAUD, J., KALAFAT, M., CALICIS, F., WYNS, C., & ADAM, S. (2004). L'épreuve de rappel libre / rappel indicé à 16 items (RL/RI-16). In M., Van der Linden, *L'évaluation des troubles de la mémoire : présentation de quatre tests de mémoire épisodique avec leur étalonnage* (pp. 25-47). Marseille, France: Solal.
- [31] VAN DER LINDEN, M., WIJNS, C., VON FRENKELL, R., COYETTE, F., SERON, X. (1989). *Un questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire (QAM)*. Bruxelles: Editest.
- [32] WECHSLER D. *Echelle clinique de mémoire (forme 1)* (éd. française). Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1969.
- [33] WECHSLER D. *Échelle clinique de mémoire* – quatrième édition – adaptation française ; Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 2012.
- [34] WECHSLER D. *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition* The Psychological Corporation, San Antonio, TX (1997).
- [35] WHEELER MA, STUSS DT, TULVING E. Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychol Bull*, 1997 ; 121 : 331-54.
- [36] ZIMMERMANN P, FIMM B. *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung [Testbattery of Attentional Performance (TAP)]*. Würselen, Germany, Psytest 1993.

LES TROUBLES COGNITIFS ET DU COMPORTEMENT DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS SÉVÈRES

COGNITIVE AND BEHAVIOURAL IMPAIRMENTS AFTER SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Par **Philippe AZOUVI** (1)

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Les traumatismes crâniens (TC) sévères sont responsables de troubles cognitifs complexes associant troubles de la mémoire, troubles de l'attention, ralentissement cognitif, déficits des fonctions exécutives et de la cognition sociale, fatigue mentale, modification du caractère et du comportement. Ces déficits peuvent être sous-estimés s'ils ne sont pas évalués par des équipes spécialisées, ce d'autant que les patients sont souvent anosognosiques (« handicap invisible »). Ces troubles peuvent compromettre la réinsertion sociale et/ou professionnelle. Toutefois, des progrès importants ont été réalisés depuis quelques années, tant dans le domaine de la rééducation que dans celui de la réadaptation-réinsertion.

Mots-clés : Traumatismes crâniens (TC), sévères troubles cognitifs complexes.

Journal changes. These impairments may have a deleterious impact on social and vocational reintegration. They may be difficult to detect and there is a need for a comprehensive neuropsychological assessment including ecological measures.

Keywords: Severe traumatic brain injury, complex cognitive deficits.

SUMMARY

Severe traumatic brain injury is associated with complex cognitive deficits including memory problems, attentional deficits, slowed information processing, a dysexecutive syndrome, impairments of social cognition, and behav-

Les troubles cognitifs et du comportement, sont la principale source de handicap des traumatisés crâniens sévères, risquant de compromettre la réinsertion sociale, familiale et professionnelle. Si le diagnostic est relativement simple dans les formes les plus sévères, chez les patients ayant une bonne récupération apparente, leur dépistage peut être plus difficile, nécessitant une évaluation plus approfondie. En effet des modifications subtiles des fonctions exécutives, pouvant perturber de façon importante le fonctionnement du patient dans sa vie quotidienne, peuvent ne pas être détectées par les évaluations psychométriques traditionnelles [1].

LES TROUBLES DES FONCTIONS COGNITIVES INSTRUMENTALES

Si les troubles aphasiques sont relativement peu fréquents, en revanche des troubles de la communication verbale sont fréquents et parfois invalidants. Il s'agit surtout de troubles de la parole et de la voix (dysarthrie, dysprosodie), présents dans près de 30% des cas de traumatisme crânien grave. Des troubles de la compétence communicative et de la structuration du

(1) AP-HP, Hôpital Raymond Poincaré, Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Garches Et EA 4047 ECIPSY, Université de Versailles-Saint Quentin
Correspondance : Philippe Azouvi, Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital Raymond Poincaré, 92380 Garches ; philippe.azouvi@rpc.aphp.fr

discours en rapport avec un syndrome frontal sont également fréquemment retrouvés et peuvent rendre le discours de ces patients fragmenté, insignifiant et incohérent. Quant aux troubles sévères du langage, ils sont plus rares mais l'existence d'une aphasie anémique est relativement fréquente.

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

C'est une des plaintes les plus fréquentes des patients et de leurs familles.

L'amnésie post-traumatique (APT) correspond à la période suivant le réveil du coma durant laquelle le patient, est confus, désorienté, incapable de mémoriser des informations nouvelles et souffre d'une amnésie rétrograde. Ces troubles régressent progressivement et la durée de la phase d'amnésie post-traumatique a une valeur pronostique majeure.

Les déficits persistants de la mémoire. Des troubles de la mémoire persistent fréquemment après la sortie d'APT. Ces troubles respectent la mémoire à court terme du moins telle qu'elle est évaluée par l'empan à l'endroit. En revanche, la mémoire à long terme est déficitaire dans toutes ces modalités : verbale, visuelle, en rappel comme en reconnaissance. Les déficits sont surtout marqués en situation de rappel libre, et sont améliorés par l'indication sémantique ou par la situation de reconnaissance. Ces troubles persistent de nombreuses années après le traumatisme crânien dans les cas les plus graves et ont un impact péjoratif sur la réinsertion notamment professionnelle.

Les mécanismes en sont encore discutés. Il est vraisemblable qu'ils sont en grande partie la conséquence d'un dysfonctionnement frontal. Il s'agit rarement d'un véritable oubli à mesure mais plus souvent d'une mauvaise stratégie d'apprentissage (par exemple mauvaise utilisation de l'imagerie mentale et de l'encodage sémantique) [2].

LES TROUBLES DE L'ATTENTION ET LE RALENTISSEMENT DU TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Les difficultés de concentration et d'attention sont également une plainte fréquente (entre 30 à 50% des traumatisés crâniens sévères) [3]. La lenteur cognitive a été largement démontrée.

Les déficits spécifiques des fonctions attentionnelles ont été le plus souvent étudiés dans le cadre du modèle de Van Zomeren et Brouwer [4] distinguant : le domaine de l'intensité attentionnelle (alerte phasique ou capacité à réagir à un signal avertisseur, et attention soutenue ou capacité à maintenir l'attention stable durant une longue période de

temps sur une tâche monotone) ; et le domaine de la sélectivité attentionnelle (attention focalisée ou capacité à concentrer l'attention sur une tâche en ignorant les distracteurs, et attention divisée ou capacité à gérer deux tâches simultanément). La plupart des études expérimentales concordent pour admettre l'existence chez les traumatisés crâniens sévères, d'un déficit de l'attention divisée. Il est possible que ce déficit soit en grande partie la conséquence d'une diminution des ressources attentionnelles. En effet, les patients traumatisés crâniens sévères réussissent bien à faire deux tâches à la fois si ces deux tâches sont assez simples et peuvent être réalisées de façon automatique. En revanche, la réalisation simultanée de deux tâches plus complexes, mettant en jeu un contrôle exécutif, ou comportant une charge forte en mémoire de travail, est beaucoup plus difficile [5]. Au-delà du ralentissement, il semble que les patients TC sévères aient des difficultés en situation d'attention sélective ou d'attention soutenue si les tâches sont complexes et demandent un niveau de contrôle exécutif élevé [6].

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DE TRAVAIL

La mémoire de travail est à la frontière entre attention et fonctions exécutives. Ce concept renvoie à la capacité à, maintenir une information en mémoire à court terme et à effectuer simultanément des opérations cognitives plus ou moins complexes. Selon le modèle de Baddeley [7], la mémoire de travail comporte plusieurs composantes : un système de contrôle, à capacité limitée (administrateur central), deux systèmes esclaves (la boucle phonologique et le calepin visuo-spatial) et un buffer épisodique, interface avec la mémoire à long terme. De nombreux travaux ont montré que les patients TC sévères présentent des déficits dans la réalisation de tâches dépendant de l'administrateur central. Ce déficit pourrait expliquer certaines difficultés décrites par ces patients au quotidien (pour suivre une conversation à plusieurs personnes, comprendre un texte complexe, réaliser plusieurs tâches à la fois...) [5, 8].

LES TROUBLES DES FONCTIONS EXÉCUTIVES

Ils sont fréquents et jouent un rôle majeur péjoratif sur la réinsertion professionnelle. Il s'agit à la fois de difficultés d'initiatives et de difficultés de contrôle, de modifications dans l'organisation des stratégies, de difficultés de conceptualisation [9]. Une perturbation des mécanismes d'inhibition ainsi que de la flexibilité mentale a également été retrouvée. La mise en évidence de ces perturbations des fonctions exécutives est

toutefois difficile du fait du manque de sensibilité et de spécificité des tests neuropsychologiques traditionnels.

Une évaluation dans des conditions dites « écologiques », proche de celles de la vie de tous les jours paraît souhaitable, avec des épreuves telles que le test des errances multiples ou le test des 6 éléments, ou le test de recherche d'itinéraire. Ce type de tests peut mettre en évidence dans des situations ouvertes et non structurées, des déficits qui n'apparaissent pas dans les tests fermés et structurés de la neuropsychologie plus traditionnelle [10-12].

On rattache à ces troubles des déficits de la cognition sociale : déficit de la théorie de l'esprit (capacité à inférer des états mentaux chez autrui ou à attribuer des intentions à une tierce personne), capacité à reconnaître des signaux émotionnels sur des visages [13].

LA FATIGUE MENTALE

Une fatigabilité accrue est une plainte fréquente des patients, même longtemps après l'accident (72% deux ans après l'accident dans une étude australienne) [14]. Cette fatigue peut être par elle-même une source de handicap. Elle est probablement la conséquence des efforts supplémentaires que doivent produire les patients pour compenser leurs difficultés cognitives et est donc très liée aux troubles attentionnels [15].

LES MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT ET DE LA PERSONNALITÉ

Ces troubles qui peuvent survenir chez 50 à 70% des traumatismes crâniens sévères sont d'une gravité variable. Ils peuvent retentir fortement sur l'équilibre familial et sont source, comme cela a été démontré par Brooks & McKinlay [16], d'une sensation de stress importante pour l'entourage familial. Il peut s'agir soit de modification sur le versant de l'inhibition avec un apragmatisme et un manque d'initiative, soit sur le versant de la désinhibition avec une impulsivité, une intolérance aux contrariétés et aux frustrations [17, 18].

L'ANOSOGNOSIE ET LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE DE SOI

Les patients ont fréquemment une mauvaise conscience de leurs difficultés cognitives et comportementales, alors qu'ils ont bien conscience de leurs incapacités physiques. Cette anosognosie rend l'éva-

luation des blessés encore plus difficile, car spontanément, les patients ne se plaignent que peu, voire pas du tout. Le témoignage des proches est essentiel pour obtenir des informations sur les difficultés cognitives et les modifications du comportement dans la vie quotidienne.

BASES ANATOMIQUES DES TROUBLES COGNITIFS POST-TRAUMATIQUES

Les corrélations anatomo-cliniques sont difficiles à établir dans cette pathologie, car les lésions causales sont surtout des lésions axonales diffuses, perturbant la connectivité au sein de réseaux neuronaux complexes [19]. L'imagerie traditionnelle (scanner, IRM standard) est donc souvent peu contributive [20]. Certaines séquences d'IRM (T2*) et surtout les techniques plus modernes d'IRM fonctionnelle ou en tenseur de diffusion permettent néanmoins maintenant de détecter des lésions de la substance blanche qui passaient totalement inaperçues auparavant [21].

En conclusion, les séquelles des traumatismes crâniens sévères sont caractérisées par des troubles de la mémoire, des fonctions exécutives et de l'attention, un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, et des modifications du comportement de la personnalité. Ces troubles nécessitent une évaluation spécialisée par une équipe expérimentée. La détection de ces déficits est d'autant plus importante qu'il existe aujourd'hui des programmes de rééducation et de réadaptation efficaces [22]. ■

RÉFÉRENCES

- [1] AZOUVI, P., C. VALLAT-AZOUVI, and A. BELMONT, Cognitive deficits after traumatic coma. *Progress in Brain Research*, 2009. 177: p. 89-110.
- [2] VAKIL, E., The effect of moderate to severe traumatic brain injury (TBI) on different aspects of memory: a selective review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2005. 27(8): p. 977-1021.
- [3] LECLERCQ, M., *et al.*, Dual task performance after severe diffuse traumatic brain injury or vascular prefrontal damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2000. 22: p. 339-350.
- [4] VAN ZOMEREN, A.H. and W.H. BROUWER, *Clinical Neuropsychology of Attention*. 1994, New York: Oxford University Press.
- [5] AZOUVI, P., *et al.*, Divided attention and mental effort after severe traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 2004. 42(9): p. 1260-8.

- [6] WHYTE, J., *et al.*, Sustained arousal and attention after traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 1995. 33: p. 797-813.
- [7] BADDELEY, A., Recent developments in working memory. *Current Opinion in Neurobiology*, 1998. 8: p. 234-238.
- [8] VALLAT-AZOUVI, C., *et al.*, Working memory after severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2007. 13: p. 770-780.
- [9] AZOUVI, P., *et al.*, Les troubles des fonctions exécutives dans les encéphalopathies post-traumatique et post-anoxique, in *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*, O. Godefroy, Editor. 2007, Solal: Marseille. p. 65-92.
- [10] CAZALIS, F., *et al.*, Script knowledge after severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2001. 7: p. 795-804.
- [11] CHEVIGNARD, M., *et al.*, An ecological approach to planning dysfunction: script execution. *Cortex*, 2000. 36(5): p. 649-69.
- [12] CHEVIGNARD, M.P., *et al.*, Ecological assessment of the dysexecutive syndrome using execution of a cooking task. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2008. 18(4): p. 461-485.
- [13] McDONALD, S., Impairments in social cognition following severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*: JINS, 2013. 19(3): p. 231-46.
- [14] PONSFORD, J.L., J.H. OLVER, and C. CURRAN, A profile of outcome: 2 years after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 1995. 9: p. 1-10.
- [15] BELMONT, A., N. AGAR, and P. AZOUVI, Subjective fatigue, mental effort, and attention deficits after severe traumatic brain injury. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 2009. 23(9): p. 939-44.
- [16] BROOKS, D.N. and W.W. MCKINLAY, Personality and behavioural change after severe blunt head injury: A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1983. 46: p. 336-344.
- [17] ROCHAT, L., *et al.*, Assessment of impulsivity after moderate to severe traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2010. 20(5): p. 778-97.
- [18] ARNOULD, A., *et al.*, A multidimensional approach to apathy after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rev*, 2013. 23(3): p. 210-33.
- [19] HAM, T.E. and D.J. SHARP, How can investigation of network function inform rehabilitation after traumatic brain injury? *Curr Opin Neurol*, 2012. 25(6): p. 662-9.
- [20] AZOUVI, P., Neuroimaging correlates of cognitive and functional outcome after traumatic brain injury. *Curr Opin Neurol*, 2000. 13(6): p. 665-9.
- [21] KRAUS, M.F., *et al.*, White matter integrity and cognition in chronic traumatic brain injury: a diffusion tensor imaging study. *Brain*, 2007. 130(Pt 10): p. 2508-19.
- [22] CICERONE, K., D., *et al.*, Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2011. 92: p. 519-30.

TRAUMATISME CRÂNIO CÉRÉBRAL ET ASPECTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

TRAUMATIC BRAIN INJURY AND MEDICAL- PSYCHOLOGIC ASPECTS

Par Marie de JOUVENCEL (1), Isabelle ZURBACH-RENAUDIN (2)

RÉSUMÉ

Un Traumatisme Crânio-Cérébral (TCC) modifie le psychisme du blessé.

En faisant effraction dans la structure psychique, le trauma précipite un ébranlement des fondements de l'identité du blessé. Ainsi, il est à l'origine d'une rupture dans la continuité d'être et d'avoir.

Dans un premier temps, le psychisme, accaparé par la question de sa survie, est fragilisé. De nombreux troubles psychopathologiques sont observables.

Dans un second temps, alors qu'un réaménagement psychique est à l'œuvre, la possibilité d'un dépassement du trauma est interrogée.

Vivre des situations de handicap au quotidien conduit le blessé à se heurter continuellement aux limitations corporelles, cognitives et psychiques. Ce vécu peut favoriser une prise de conscience, trop souvent attendue.

Ces situations de handicap renvoient au TCC qui concentre toutes les projections en même temps qu'il nourrit une idéalisation figée du temps d'avant.

Il est important de ne pas oublier qu'une personnalité de fond est à l'œuvre au-delà du TCC, affaiblie par le déficit cognitif et le déséquilibre psycho-affectif.

Ainsi, lors de l'expertise médico-légale, ces constats permettront d'apprécier l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique et la souffrance psychique qui

entrave la réadaptation du blessé. Dans les soins futurs, les thérapeutes s'attacheront à la mise en place de psychothérapies spécifiques.

Mots-clés : Trauma, identité et personnalité, TCC, psychotraumatisme, syndrome de stress post-traumatique.

SUMMARY

Traumatic brain injury (TBI) changes the psyche of the injured.

By breaking into the psychic structure, trauma leads to a shaking of the basis of the injured identity. Thus, it is the cause of a break into the continuity of being and having. Firstly, the psyche, occupied by the question of its survival is weakened. Many psychopathological disorders are observed.

Secondly, while a psychic readjustment is at work, the possibility of going beyond the trauma is questioned.

Living daily situations of disability leads the injured constantly to come up against personal, cognitive and psychological limitations. This experience can promote more awareness too often expected.

TBI is a source of disabilities which concentrates all the projections at the same time as it feeds a frozen idealization of the previous time.

A personality is at work beyond the TBI, weakened by cognitive impairment and psycho-emotional imbalance. Thus, when the medical-legal expertise is carried out, these findings provide evidence of a post-traumatic stress syndrome and a psychological suffering that hinders the rehabilitation of the injured. Future care will focus on the implementation of specific psychotherapies.

Keywords: Trauma, identity and personality, traumatic brain injury, psychological trauma, post-traumatic stress syndrome.

(1) Psychologue spécialisée en Neuropsychologie
Diplômée de Psychiatrie Légale Paris Sud – Expert près la Cour d'Appel de Versailles
mariedejouvencel@wanadoo.fr

(2) Psychologue – Psychothérapeute
107, rue de la Fosse aux Moines, 95230 Soisy-sous-Montmorency

INTRODUCTION

Le psychisme se donne à voir et à entendre par toutes les manifestations de ressentis, d'affects et d'angoisses. Il est ce qui module et modèle nos comportements et nos conduites. Par opposition au corps, il est l'âme du sujet, ce qui en fait une réalité totalement abstraite, cliniquement impalpable au toucher, insaisissable à la preuve et au résultat.

On le conçoit, la vie mentale offre un champ d'études complexe parce qu'il y a *ce que l'on pense, ce que l'on ressent et ce que l'on fait*. Si la psychologie permet d'étudier scientifiquement les faits psychiques propres à l'être humain, la psychopathologie correspond à une approche plus individuelle et subjective. Elle propose ainsi une lecture et une analyse des phénomènes psychiques à l'œuvre chez tout être humain et s'attache à décrire finement les troubles, expression des symptômes eux-mêmes constitutifs d'une maladie ou d'un syndrome.

Si nous considérons la lésion cérébrale et ses effets neuropsychologiques, il est donc nécessaire de tenir compte de l'expérience vécue et de la réalité psychique du blessé. Cependant, il ne s'agit pas ici de dresser un tableau clinique psychopathologique spécifique de la victime d'un TCC car l'aspect psychopathologique et neuropsychologique des troubles est difficile à identifier. Le parcours du blessé depuis le vécu post-traumatique de violences intentionnelles ou non intentionnelles pose la question de l'intégration possible du trauma et de sa dimension traumatique.

Survivre et vivre après avoir été blessé à la tête est une expérience de vie singulière. C'est pourquoi les victimes d'un TCC présentent une clinique médico-psychologique complexe qu'il ne faut pas perdre de vue au-delà de toute tentative de réadaptation-réinsertion.

I. IMPACT, VIOLENCES INTENTIONNELLES ET NON INTENTIONNELLES

L'histoire du TCC débute au premier temps de l'impact où le blessé subit un choc induit par une ou des violences intentionnelles ou non intentionnelles.

L'impact

Au-delà de l'accidentologie qui décrit les circonstances de l'évènement traumatique, l'impact est le moment déterminant où la vie organique et psychique est engagée.

Parmi les « premiers traumatismes » qui font suite au choc, le plus important concerne la souffrance endurée par le cerveau lui-même. Les premières séquelles vont dépendre des mouvements subis par le cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne, effet « coup et contre-

coup », des rotations qui vont entraîner des cisaillements associés ou non à un écrasement de la matière cérébrale avec une torsion voire un arrachement des vaisseaux sanguins et un étirement des fibres nerveuses.

En un temps très court, le destin de la victime est engagé. L'impact représente le point d'entrée et le basculement dans la dimension traumatique. Il est le temps zéro d'une autre histoire à construire et qui n'était pas prévue.

Dès lors, les lésions cérébrales ont déjà altéré les fonctions cognitives et détérioré les mécanismes de la pensée. Pour certains auteurs comme H. Oppenheim [1], en raison des conséquences des lésions cérébrales, l'univers subjectif des patients et leur compréhension du monde basculent. Ils sont en panne psychologiquement pour percevoir l'intensité et le sens émotionnel de ce qui les entoure.

« Ces patients sont des héros, des victimes, des martyrs, des voyageurs perdus, rescapés d'un voyage qui a failli être sans retour. »

L'accident ou l'agression constitue dans la vie du blessé non seulement une atteinte portée à l'intégrité du corps mais aussi une rupture dans sa continuité d'être. C'est un traumatisme physique et un traumatisme psychique dans un contexte de violence. La violence est un trou noir dans l'existence de chacun. C'est une mise en acte de nos fantasmes, une fracture qui laisse « à voir » la pulsion. Elle se nourrit du regard de l'autre et se fragmente en une multitude de points de résonance (vol, agression, viol, meurtre...).

Les violences intentionnelles et non-intentionnelles

Etre une victime de violences intentionnelles et/ou non-intentionnelles, c'est vivre une rupture.

Pour Y. Michaud [2], « la violence, ce sont non seulement des faits, mais tout autant nos manières de les appréhender, de les juger, de les voir (de ne pas les voir) (...). L'usage d'un concept comme celui de la violence suppose la référence à des normes qui peuvent ne pas être partagées par tous ».

Lors de la toilette, Monsieur P. frappe l'auxiliaire de vie si celle-ci est trop intervenante dans l'aide à la toilette (toucher du corps). Pour Monsieur P., il revit là, les moments de contention, de contrainte de soins, des moments de vécu persécutif et réagit avec des comportements violents.

La notion de violence est complexe car elle a un caractère multiforme (verbale, physique, psychologique, économique, sexuelle, évènement d'exception). Les modèles explicatifs de la violence sont nombreux : éthologique, neurobiologique, pulsionnel, psychodynamique et psychologique. Ils contribuent à comprendre les fondements de la violence.

« Il n'y a aucune évidence qu'une lésion d'une quelconque partie du cerveau conduise inévitablement à la violence. Lorsque la violence survient, des facteurs circonstanciels d'une part, constitutionnels et psychosociaux de l'autre, entrent dans l'équation » affirme C. Derouesné [3].

Un modèle intégratif qui rendrait justice à chacune de ces théories permet de ne pas occulter le fait que la violence ne peut être considérée comme un phénomène isolable de son contexte.

Dans un contexte de violence physique, c'est l'intégrité du corps qui est touchée, venant ainsi affaiblir voire détruire son enveloppe psychique. Pour le chirurgien plasticien M. Mimoun [4], « il faut bien mettre la douleur quelque part ». Le corps devient la terre d'accueil de la souffrance. Il fait écran permettant à la souffrance psychique de trouver une voie de dégagement par le biais du symptôme physique.

Monsieur G. fait le constat que dans les suites immédiates de son accident, il injurait et avait levé la main sur sa mère. Mais aujourd'hui, avec une bonne évolution de son autonomie physique, la relation filiale est devenue plus sereine.

Les expériences s'ancrent corporellement et psychologiquement. Cette interdépendance complexifie la compréhension du vécu corporel et la souffrance induite par le traumatisme.

Trois niveaux de lecture du corps doivent être pris en considération. Tout d'abord, dans son organicité, il sera le lieu fonctionnel qui génère le handicap. L'intégration de cette dimension prendra du temps et sera toujours remise en cause comme un moyen possible de récupération d'une représentation de soi antérieure au choc traumatique. Il est ce qui mobilisera une grande ambivalence entre la réalité du corps et l'idéalisation d'un corps imaginaire qui n'aurait jamais vécu d'impact traumatique.

Le deuxième niveau de lecture concerne la dimension psychologique du corps. C'est celle qui tient compte de l'espace psychique où s'exprime le vécu corporel en termes de ressentis, de représentations inconscientes et de mécanismes permettant de se défendre face au traumatisme. L'évènement traumatique ayant bouleversé ses repères internes, le blessé devra en priorité trouver les moyens d'assurer sa survie. Dans ce premier mouvement, c'est au niveau du corps que la pensée va concentrer tous ses efforts. Puis, lorsque reviendra un meilleur sentiment de sécurité interne, corps et pensée s'associeront vers un même objectif : la réparation et le retour à une identité pleine et entière capable de faire face aux aléas de l'existence.

Enfin, le corps prend une dimension d'autant plus symbolique qu'il est au cœur de la relation sociale, celle justement qui posera désormais problème conti-

nuellement dans la vie du blessé avec un TCC. Décrit comme un handicap invisible, ce traumatisme a une spécificité ambiguë car il laisse cohabiter une apparente normalité aux côtés de troubles psychopathologiques et neuropsychologiques émergeant en situation.

Pour Monsieur O., la demande itérative de faire de la musculation comme les jeunes de son âge, l'empêche de prendre en compte, le risque d'aggravation physique d'un hémicorps paralysé. Il se vit avec la représentation d'un corps dans le sport intensif pratiqué avant l'accident.

Le vécu corporel de ces blessés nous apprend qu'il n'y pas que le corps organique qui est impacté, alors qu'il deviendra le lieu de projection de tous les fantasmes de récupération et de réparation, y compris identitaire. L'image inconsciente du corps est aussi altérée. Ces blessés vivent à la fois avec la représentation d'un corps entier, vivant, en bonne santé, corps qui coïncide avec celui d'avant le choc traumatique, mais aussi avec un corps abîmé, fracturé, cassé, éclaté.

II. LE TRAUMATIQUE, LE TRAUMA ET LE TRAUMATISME

Dans le discours médical, ces trois termes sont couramment employés pour évoquer l'impact psychique d'un événement qui aurait marqué douloureusement l'existence d'une victime et contre lequel elle n'aurait pas pu se défendre. Mais que désignent-ils réellement ? Il nous paraît nécessaire de les spécifier car ils ne reflètent pas la même dimension de l'organisation psychique soumis à un événement à valence désorganisatrice.

Il y a d'abord le *traumatique* qui englobe le vécu de l'évènement traumatique et la notion d'état de stress post-traumatique. Le traumatique est probablement ce qui reflète le mieux la dimension psychopathologique de l'évènement traumatisant car nous nous situons là au niveau des conséquences induites par le vécu d'un tel évènement dans la vie du blessé.

Ces conséquences sont déterminées par une cause appelée *trauma*. La notion de trauma rend compte de ce que pourrait être la substance active et fondamentale du *traumatisme*, en même temps que la trace indélébile laissée par l'évènement.

Le traumatique et le trauma s'articulent donc tous deux au cœur de tout traumatisme dont ils permettent la compréhension. De plus la notion de traumatisme est la seule qui tiendra compte des répercussions au-delà du blessé, notamment celles de l'entourage et celles qui s'établiront à long terme lorsque le cours de la vie reprendra.

II.1. Le traumatisme

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies - Version 10)¹ définit l'évènement traumatique comme étant la « *situation ou évènement stressant (de courte ou longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus* ». Le traumatisme est donc un facteur déclencheur d'une réaction de stress, réaction qui mobilise les ressources de l'individu au niveau biologique, physiologique et psychologique. Cette réaction de stress concerne la mise en œuvre des possibilités adaptatives du blessé face à la situation dont il doit se protéger et y survivre. Dans les réactions immédiates, sans altération de l'état de conscience, le cortège des premières manifestations pathologiques, appelé « *stress dépassé* », englobe un débordement émotionnel et des troubles dissociatifs. Le débordement émotionnel représente le symptôme qui illustre l'envahissement du traumatisme sur l'espace psychique et la mise en défaut de sa capacité de protection. Ce qui contient l'émotionnel ne tient plus, laissant place à des réactions pouvant aller de la sidération à l'agitation bruyante et désordonnée. Ainsi, les troubles dissociatifs (troubles de la conscience, déréalisation, automatismes, amnésies) ont probablement un enjeu protecteur majeur permettant au blessé de se distancier de l'envahissement et se soustraire de l'horreur de la situation vécue. Des échelles spécifiques de détresse péritraumatique et de dissociation péritraumatique permettent d'évaluer l'importance de ces troubles précoces, dont l'évolution peut aboutir à un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT). « *La survenue d'un syndrome de stress aigu, tel qu'il est défini dans la CIM-10 ou le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),² est un bon prédicteur d'ESPT ultérieur, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un trouble de dissociation ou de détresse péritraumatique* » [5].

A distance de quelques jours à quelques semaines de l'impact traumatique, les troubles post-traumatiques sont surtout liés au stress. Celui-ci apparaît brutalement sous forme de « *queues de stress* » ou de « *stress différé* », sans que l'environnement sécuritaire puisse permettre au blessé de se rassurer et de canaliser ses réactions. Le stress déclenche donc des troubles neurovégétatifs (état de qui-vive, réactions de sursaut, troubles du sommeil, troubles cognitifs). Il s'accompagne de troubles plus spécifiquement liés à l'effraction traumatique (intrusions de pensées, d'images, de cauchemars de répétition, de conduites d'évitement). Ces manifestations sont d'ailleurs révélatrices « *l'empreinte traumatique* » [6], c'est-à-dire de la trace laissée dans le psychisme par la violence et la détresse vécues.

¹ CIM-10 (Classification Internationale des Maladies - Version 10) Publication OMS 1992 (Genève).

² DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Publication American Psychiatric Association 1994.

Dans les suites ultérieures, l'évolution des troubles psycho-traumatiques est variable et dépend d'une part, de l'évènement traumatique vécu (catastrophe naturelle, accidents de la circulation, attentats, viols), d'autre part, de facteurs internes liés à la capacité d'adaptation de la structure psychique du blessé ainsi que de facteurs externes liés à la prise en charge immédiate et à l'accompagnement de l'entourage (conjoint, enfants, amis). Le risque de développer un ESPT est souvent corrélé à la présence des troubles dissociatifs péritraumatiques. Toutefois, certains états dissociatifs aigus se résorbent sans séquelles à long terme tandis qu'un ESPT pourra se déclarer à distance de l'impact traumatique sans troubles précoces.

Des enquêtes [5] ont permis d'évaluer la potentialité traumatique de l'évènement vécu à partir de la prévalence de l'ESPT. Le viol apparaît comme étant l'évènement le plus traumatogène (ESPT évalué entre 50 et 80%). Viennent ensuite les agressions criminelles et terroristes (30 à 35%), les accidents de la circulation (à 4 mois, 18 à 20%) puis les catastrophes naturelles (3 à 40%). Ces chiffres ne sont cependant qu'une photographie établie sur une masse d'individus. Ils ne doivent en aucun cas se substituer à la capacité propre de la victime à dépasser l'évènement traumatique.

Ainsi, certains ESPT resteront transitoires (1 à 3 mois) là où d'autres s'organiseront plus tard sur un mode chronique (au-delà de 3 mois). Sa prise en charge nécessitera une évaluation préalable menée à partir d'entretiens structurés ou semi structurés et de tests psychométriques. Cette évaluation tiendra compte d'une part des éléments majeurs constitutifs du syndrome d'ESPT, d'autre part, des troubles associés que sont les troubles anxieux (anxiété généralisée, attaque de panique, phobie), la dépression et le risque suicidaire, les conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie, pharmacodépendance), les troubles sexuels et les affections psychosomatiques.

La symptomatologie qui détermine le tableau clinique de l'ESPT regroupe le *syndrome de répétition*, la *persistance de l'évitement*, un *hyper-éveil*.

L'*hyperactivation neurovégétative* est sans aucun doute la manifestation la plus visible de la présence du stress. L'état d'alerte et d'hyper vigilance est permanent. Il s'associe à des réactions disproportionnées face à des événements anodins (sursauts, tremblements, crises de larme). Il témoigne surtout d'une impossibilité pour le blessé de se mettre psychiquement au repos. L'envahissement est permanent, tant diurne que nocturne, ce qui occasionne bon nombre de troubles du sommeil (troubles de l'endormissement, insomnie). Le manque de repos est alors responsable de l'accroissement des troubles associés que sont l'irritabilité, l'anxiété et surtout la dépression. Cependant, les troubles du sommeil ont également une autre cause. Ils sont aussi liés à la tentative d'évitement des images traumatisantes survenant pendant le sommeil.

Le syndrome d'évitement est, quant à lui, comparable à « une sorte de « zapping » des pensées, images, sensations et situations rappelant ou symbolisant les circonstances du traumatisme initial ». Il traduit une sorte de trop-plein psychique associé à l'impossibilité à pouvoir réinvestir l'environnement par peur d'être à nouveau assiégé par l'ennemi. L'évitement va ainsi trouver des voies de dégagement dans l'inhibition et la régression. Il ne doit pas pour autant être confondu avec la conduite phobique car il est toujours en rapport avec l'événement traumatique. Les échanges affectifs vont ainsi avoir tendance à s'appauvrir considérablement. Le manque d'intérêt et d'implication laissera place au désarroi et à l'impuissance surtout exprimés par l'entourage.

Les apports théoriques du psychanalyste S. Ferenczi [6] ont largement contribué à mieux comprendre la régression induite par le traumatisme. Cette régression n'est que la recherche d'un plaisir intense où l'autre n'aurait pas sa place. Elle est primordiale car elle permet de récupérer un sentiment de bien-être, de satisfaction dans un contexte encore marqué par la destruction et la violence de la perte. Elle n'est pourtant pas toujours comprise et acceptée par l'entourage (parents, conjoints, enfants) car elle modifie considérablement les relations intra familiales.

Les attitudes régressives de dépendance sans docilité nécessiteront une grande adaptabilité dans la prise en charge. Cependant, nous observons des réactions d'incompréhension, d'agressivité voire de rejet de la part de l'entourage qui est face à un autre...qui n'est plus le même, n'a plus les mêmes demandes, les mêmes attentes, les mêmes possibilités d'échange. Face à celui dont on a angoissé la perte définitive, survit une personne transformée, voire déformée par des changements parfois visibles, souvent invisibles et jamais totalement réversibles. Enfin, l'élément majeur et constitutif de l'ESPT reste le syndrome de répétition également appelé « syndrome intrusif ». Il est déterminé par « l'empreinte traumatique » qui contraint à la compulsion de répétition. Ainsi, le psychisme à travers ce mécanisme semble exercer une sorte de poussée continue vers ce qui a été traumatique, vers la violence, la détresse et la destructivité. Ce mécanisme n'a pourtant rien de masochiste. Il vise à permettre au psychisme de trouver de meilleures voies de dégagement en même temps qu'une certaine accoutumance à l'effroi en répétant l'effroi. « Les intrusions constituent des sortes de « mini expositions » naturelles » devant permettre « une habitude progressive à l'horreur ». La victime répète ainsi le traumatisme de façon interne par les pensées, les images et les sensations physiques lui donnant l'illusion que l'agression ou la catastrophe va se reproduire à tout moment. Mais la répétition est en totale contradiction avec l'évitement. Ce paradoxe interne où d'un côté le psychisme prend la fuite tout en tentant de retourner sur les lieux du drame accapare le blessé, l'isole du reste du monde qui ne peut que lui laisser le temps de se récupérer. Le syndrome de répé-

tion est ce qui révèle le fondement du processus traumatique appelé trauma.

II.2. Le trauma

Telle une forteresse assiégée et menacée par l'ennemi omniprésent, le psychisme doit organiser ses dernières défenses pour y survivre. Cette plongée vertigineuse dans l'abîme de sa propre destruction déclenche une lutte psychique interne entre des poussées violentes destructrices et les défenses pour y survivre. Rien ne compte plus que la survie tant que la mort n'est pas prononcée. Ainsi, le trauma regroupe deux facettes : celle qui vise à détruire et celle qui lutte pour y survivre. Il active une violence interne en même temps qu'une lutte pour la neutraliser.

Au cœur de l'événement vécu, la victime fait une expérience ultime et terrifiante, celle de la rencontre avec la possibilité de sa propre destruction, ce que C. Barrois [7] désigne également comme « une soudaine intimité avec la mort ». Or, cette prise de conscience est impossible à concevoir car elle est tout simplement trop effroyable pour le psychisme. Le psychanalyste J. Roisin [8] souligne le fait que « l'anéantissement est pire que la mort ». La mort renvoie à la perte de la vie et en ce sens, est une réalité qui peut être pensée pour soi comme pour l'autre. Mais l'anéantissement en tant que processus de destruction psychique totale est bien trop violent. Il pétrifie d'effroi et confronte à un sentiment massif d'impuissance et de sidération, venant presque murmurer à l'oreille de la victime : « Vois comment tu vas mourir et... tu ne pourras rien faire pour y survivre ». Cet affect d'effroi qui en découle s'apparente à un épisode de déréalisation, à une menace de catastrophe psychique, de désintégration interne, qui peut engendrer un syndrome post-traumatique, à plus ou moins brève échéance.

L'intensité du trauma perturbe gravement les rouages de la pensée à tel point que penser peut devenir douloureux, insupportable voire même dangereux. La réflexion et la mise à distance se verrouille. La parole est muselée par l'effroi. Or, la difficulté supplémentaire du blessé est que le trauma s'associe à des troubles neuropsychologiques. La capacité à penser l'événement traumatique se trouve donc entraver par la concomitance de ces deux facteurs : l'impossibilité de penser du fait du trauma et les troubles purement cognitifs ralentissant le raisonnement, le traitement de l'information et la capacité de distanciation grâce à une flexibilité mentale et un contrôle de l'interférence efficaces.

Ainsi, l'élaboration qui permettrait le dépassement du trauma se limitera aux compétences retrouvées à la suite de la rééducation neuropsychologique. Comme le temps de cette récupération sera long, les voies de dégagement du trauma prendront encore plus de temps, voire pour certains, resteront impossibles. Nous le constatons notamment lorsque, des années après, les empreintes laissées par l'événement trauma-

tique dans la réflexion correspondent toujours à des traces sensorielles.

A distance de son accident, Monsieur V. se souvient encore du bruit de verre brisé lors de l'impact. Il le décrira maintes fois en entretien comme un point de fixation resté intact. La chute de son corps et la douleur du choc ne sont jamais évoqués, tombés sous le coup du clivage dans le silence et la béance du trauma.

Enfin, pour D.W. Winnicott [9], qui prolonge les propositions de S. Ferenczi, le trauma est aussi en relation avec la temporalité. On peut observer le « resurgissement » du trauma au cours de cycles annuels. Une telle vulnérabilité pourrait nous laisser penser que continue toujours à subsister la trace indélébile du trauma.

II.3. Le traumatisme

Le traumatisme regroupe à la fois ce qui incombe au traumatique en même temps que le fondement du trauma. Il agit donc sur plusieurs niveaux et mobilise des mouvements contradictoires avec comme enjeu central, l'identité. Pour le blessé, cet enjeu de l'identité restera une conquête perpétuelle car aux processus inhérents à tout traumatisme s'ajoute la problématique du handicap invisible. Il favorise ainsi l'illusion que la restauration de l'identité antérieure à l'évènement traumatique sera possible puisque la récupération ne laissera que des traces invisibles. L'anosognosie renforcera d'autant le processus, empêchant le lourd travail de renoncement, de perte et de deuil qui attend le blessé.

Le TCC fige et complexifie le processus d'historicisation du blessé. Il engendre, au sein du psychisme, une fracture ouverte qui appelle sans cesse à se refermer dans un interminable processus de cicatrisation. G. Hougardy [10] parle également de « déchirure du sentiment de sécurité interne ». La continuité de l'existence est maintenant « infiltré » par l'évènement traumatique, l'avant devenant un temps énigmatique, sujet au mouvement de deuil et de rejet et l'après, le lieu de toutes les projections inconscientes tant de la part du blessé que de son entourage comprenant la famille et les soignants.

Agée de 19 ans, Mademoiselle B. présente un TCC qui n'a laissé que des troubles neuropsychologiques à 10 mois de son accident. « Je suis toujours triste. Je n'ai pas d'amis. Je pleure tout le temps. Je ne comprends rien en cours. Je n'ai pas envie de vivre. J'ai l'impression d'avoir été balancée dans un autre corps, une autre vie ou qu'on a balancé quelqu'un d'autre dans mon corps et dans ma vie. »

Il est important de considérer que l'état de deuil est une étape primordiale dans la reconstruction identitaire du blessé. Il constitue un mode d'adaptation à la perte, qui concerne ici, la perte d'une partie de soi, le soi du temps d'avant l'évènement traumatique.

Pour le blessé, la récupération d'une identité antérieure est impossible du fait des troubles neuropsychologiques. Ce fait accentue la profondeur de la blessure interne et mobilise d'autant plus les résistances au travail de deuil. L'enjeu de la perte est un terrible renoncement qui alimente d'autant plus le potentiel destructeur du trauma. Nous comprenons aisément que dans certains cas, le deuil puisse devenir impossible et produit un état pathologique en renforçant les troubles dépressifs préexistants ou en évoluant vers la mélancolie (définie comme le deuil pathologique).

Au sortir de l'amnésie post traumatique, le blessé est parfois confronté à la dépression de l'entourage qui « décompense » au moment où il prend conscience que leur proche est « sauvé ». Cette décompensation peut même parfois prendre des allures d'effondrement catastrophique. Celle-ci n'est généralement pas admise par le blessé qui aura tendance à se sentir abandonner au moment où justement il a besoin de soutien, d'aide, d'attention. Ce « lâcher prise » de la part des proches est aussi mal compris des équipes de soins qui se sentent alors surinvesties par leur patient. Pourtant, il sera primordial que chacun retrouve sa place, sans jugement mais avec empathie.

Le travail de deuil est donc un travail à partager car il faut considérer la famille dans son ensemble comme un système concerné par les enjeux du traumatisme.

Monsieur G. était pourtant un homme d'affaires brillant à la tête d'une importante entreprise. Il « savait manager ses équipes » dira son épouse. « Aujourd'hui, je ne le reconnais plus. Il se comporte comme un adolescent en se levant à pas d'heure. Il traîne habiller en pyjama et regarde la télévision toute la journée. Il donne un mauvais exemple à ses enfants lui qui était un père si fort, si présent ». L'impossibilité de Monsieur G. à réinvestir la place attendue par son épouse en tant qu'homme et en tant que père témoigne d'un positionnement très régressif, vécu comme une atteinte personnelle par son épouse.

La violence du traumatisme réactualise ou crée des relations fusionnelles au sein de la famille, parfois même des rapports d'aliénation, des scénarii oedipiens, mais aussi accentue les rivalités fraternelles. L'addition de toutes ces difficultés engendre un syndrome déficitaire. En effet, sur le plan psychologique, quelle que soit la personnalité antérieure du blessé, le déficit va entraîner une régression vers des processus archaïques et faire surgir des comportements « inadaptés » et nouveaux, qui s'avèreront être non seulement le produit des « symptômes organiques », mais également des tentatives du blessé pour se réadapter à

une dynamique psychique dont le noyau est désorganisé. Ainsi, le blessé réclame à l'entourage une réparation qu'elle n'est pas en mesure de lui fournir, et ses tentatives désespérées pour se faire accepter aboutissent souvent à des conflits majeurs que seuls les professionnels pourront potentiellement désamorcer. L'irritabilité, l'agressivité, les crises clastiques apparaissent lorsque l'idéal familial est déçu par rapport à cet autre que l'on n'imaginait pas, que l'on ne pouvait se représenter ainsi.

III. COMPORTEMENT ET PSYCHOLOGIE DE LA VIE QUOTIDIENNE À L'ÉPREUVE DU HANDICAP

Les troubles du comportement des blessés sont la résultante de facteurs interagissant à des différents niveaux : biologique, cognitif, psychique, relationnel. Une lecture clinique rigoureuse doit prendre en compte la complexité du phénomène, et oblige les professionnels à travailler en interdisciplinarité.

C'est dans la phase de rééducation – réadaptation que se manifestent les premières cohortes de troubles du comportement qui vont souvent réduire la participation aux séances de rééducation, compromettre la durée d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation et précipiter des retours au domicile ou des tentatives de poursuite de réadaptation en structure médico-sociale.

III.1. Les troubles du comportement : une lecture toujours délicate

Un certain nombre d'études montrent une prédominance des troubles du côté de la passivité avec une diminution de la motivation et des initiatives, ainsi qu'une tendance au repli sur soi. Pourtant ce sont surtout les troubles qualifiés de bruyants, tels que l'agitation, qui sont les plus interpellant.

La présence des troubles a conduit à déterminer deux types de profil comportemental identifié après un TCC. Le profil dit « *inhibé* » sera marqué par l'inertie, les stéréotypies, l'indifférence, le désintérêt, la dépendance, la diminution de l'attention, les troubles de la programmation, la perte du contrôle intellectuel. À l'inverse, le profil appelé « *désinhibé* » sera marqué par l'agitation, l'impulsivité, l'euphorie, la jovialité, l'indifférence aux règles sociales, l'attention non sélective, les troubles du caractère, la perte du contrôle émotionnel. Nous pouvons observer un profil mixte inhibé et désinhibé chez le même blessé.

Une part importante de ces modifications comportementales est attribuée au syndrome frontal post-traumatique. La première description dans la littérature d'un syndrome frontal post-traumatique est celle du célèbre cas de « *Phineas Gage* », cas décrit il y a plus

d'un siècle par Harlow. Employé des chemins de fer en 1848, alors qu'il utilisait une barre de fer pour enfoncer une charge de dynamite, celle-ci a explosé, propulsant la barre dans sa joue gauche puis dans la partie antéro-médiale de son cerveau. En 1994, A. Damasio *et al.* [11] ont « reconstruit » la lésion qui se situait au niveau de la partie ventro-médiale des cortex frontaux bilatéraux et qui épargnait les régions motrices et prémotrices. F. Eustache le décrit ainsi : « *bien connu pour son sérieux et son efficacité au travail, Gage était devenu têtu, capricieux, euphorique, puéril, avec une instabilité affective et une incapacité de planifier ses activités* » [12]. Les travaux réalisés depuis ont permis de noter des profils comportementaux différents en fonction de la zone frontale la plus touchée. Ainsi, le syndrome préfrontal dorso-latéral où prédominent l'apragmatisme et la passivité se distinguera du syndrome orbito-basal dans lequel la désinhibition est au premier plan. A. Damasio [11] évoque, en référence au DSM III, la notion de sociopathie acquise. Le GREFEX (Groupe de Réflexion sur l'Évaluation des Fonctions Exécutives) a proposé une classification des principaux troubles comportementaux associés à un syndrome [13]. Il distingue : « *l'hypoaboulie globale avec aboulie et/ou apathie et/ou aspontanéité ; l'hyperactivité globale avec distractibilité et/ou impulsivité et/ou désinhibition ; les persévérations et les stéréotypies ; le syndrome de dépendance à l'environnement : comportements de préhension pathologique, d'imitation et d'utilisation* ».

Depuis, nous inscrivons surtout les modifications comportementales en miroir avec le niveau biologique lésionnel. Ce niveau est essentiel mais il est bien évident qu'il reste insuffisant pour appréhender la complexité des changements d'attitudes des victimes d'un TCC. La clinique « *reflète à la fois une lésion cérébrale, des atteintes cognitives et une expérience existentielle majeure* » [14]. Une lecture psychopathologique doit permettre un dialogue de ces différents niveaux : biologique, psychique et social.

III.2. Le travail de deuil plus marqué pour le jeune adulte TCC

Le parcours des jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans, victimes d'un TCC en Rééducation-Réadaptation puis en Réadaptation-Réinsertion, survient dans un moment de vie caractérisé par un processus d'autonomisation. C'est le temps où l'on quitte le domicile des parents, celui de l'entrée dans les études supérieures, dans la vie active, les premières relations amoureuses... L'accident vient marquer une rupture dans ce processus d'autonomisation, et de projection dans un futur encore à construire.

Un jeune à qui le milieu parental, la société en général, attribuaient de plus en plus de liberté, se retrouve dans une situation imposée de dépendance. Il va devoir réaliser un véritable travail de deuil dans un

milieu hostile à ses yeux : le centre de réadaptation. La réalité à laquelle il est confronté est souvent jugée comme inacceptable. Dans ces conditions « le déni, la colère et la contestation » peuvent être les principales modalités relationnelles auxquelles sont confrontés l'entourage et le personnel de soins et de rééducation. Les soins associés aux sollicitations, voire aux pressions de l'entourage familial peuvent être vécus comme autant d'intrusions sans possibilité de s'en distancier. Le jeune blessé peut se rendre compte progressivement, face aux difficultés et à la lenteur des récupérations, que « rien ne sera plus comme avant ». Cette première étape qui amorce le processus de deuil dont nous avons parlé en amont, peut survenir trop tôt pour le psychisme qui n'est pas encore prêt à un tel renoncement. La tentative est grande de nier la réalité pour se débarrasser de la souffrance psychique. La lutte contre la dépression normative va favoriser l'émergence de la colère, une émotion qui se comprend mais surprend toujours l'entourage et les équipes de soins. Cette colère apparaîtra en lien avec un profond sentiment d'injustice et une réaction de contestation systématique. Toutes ces étapes sont certes difficiles à traverser car elles vont véhiculer bon nombre de comportements violents d'opposition aux soins, ralentissant la rééducation. Elles sont cependant indispensables pour que le blessé réinvestisse un projet de soins plus réaliste.

Monsieur L., âgé de 25 ans, est victime d'un grave TTC et d'une contusion médullaire C6-C7. Persuadé qu'il sera sur pied au printemps suivant, sa violence verbale est extrême envers les infirmières et les aides-soignantes. « Elles ne sont jamais là... Elles sont payées pour venir quand je sonne... ». Monsieur L. déplace son vécu d'anxiété majeure par la colère et la contestation alors que la réalité existentielle témoigne d'un vécu douloureux.

La connaissance du travail de deuil est essentielle pour saisir toute la complexité de ses réponses comportementales. Ben-Yishay Y. [15] propose une évolution en quatre stades reflétant la reconstruction psychodynamique de l'identité après un TCC. Le premier stade serait celui de « la prise de conscience, au cours de laquelle le blessé mesure l'ampleur de ses déficiences et leurs conséquences sur sa vie actuelle ». A ce stade, « il peut exister de grands états d'agitation anxieuse ou dépressive ». S'ensuit une nouvelle étape où « le patient est encouragé à modifier les comportements indésirables ou inopportuns pour les autres » et à mobiliser « une attitude compliant sollicitée par les thérapeutes et par le groupe ». Cette tentative de rendre le patient « malléable » va susciter de nouvelles « réactions d'opposition et de défiance à l'autorité ». La troisième étape sera celle d'une nouvelle voie de dégagement où les « processus de compensation » seront plus « maîtrisés ». Au « cours

de cette étape, le patient a perçu ses limites et développe un savoir-faire nouveau pour les compenser ». La dernière étape rend compte de l'aboutissement du travail de deuil marqué par « l'acceptance » : « le patient est capable d'évoquer ses limites et ses capacités résiduelles, le projet de vie reprend (...) c'est la phase ultime de la reconstruction d'un « ego identity » [16] au sens d'E.H. Erikson.

À un an et demi après le TCC, Mademoiselle V., âgée de 27 ans, garde des séquelles physiques invalidantes et un comportement inhibé. Elle dira : « J'ai pensé mourir... Mon mari, je l'aime « de l'amour d'avant » mais lui il n'accepte pas ce que je suis devenue... Les infirmières essaient de me réconforter mais elles, elles ne m'ont pas connue avant ».

« L'aspect par lequel nous différons des patients neurologiques, n'est pas tant dans la faculté mentale « d'interprétation consciente » que nous partageons intégralement avec eux, » explique le neurologue L. Naccache [17], « mais plutôt dans la capacité à incorporer les autres données du monde réel et à les utiliser pour corriger sans cesse les scénarios mentaux que nous construisons à la lumière de la réalité objective ». Comment rester en lien avec le patient TCC en respectant son libre arbitre, ses limites et surtout le temps de sa récupération ? La lecture de son comportement du seul aspect neurologique fonctionnel est donc insuffisante. Elle doit forcément se niveler sur le neurologique corrélé au psychodynamique [18] sans que l'un prenne le pas sur l'autre ou sans que l'un exclut l'autre.

III.3. Croyances et idées reçues : un frein à la lecture des comportements

McClure J *et al.* [19] décrit le TCC comme une sorte de maladie affaiblissante que l'on classe comme un « déficit » incluant la perte de la mémoire, de la concentration, une désinhibition, de la fatigue, des troubles du sommeil ainsi que du comportement. De ce fait, il est donc nécessaire que les professionnels du champ médicosocial aient suffisamment de connaissance sur ce déficit mais également sur la qualité des soins à prodiguer.

Au vu de nombreuses idées reçues et erronées sur cette pathologie, fournies notamment par la population, les proches et les professionnels de santé, il n'est pas rare que les soins donnés aux personnes souffrant de TCC soient inadaptés et compromis par une stigmatisation. Les idées reçues sont courantes et amènent communément une frustration chez ces victimes et ces professionnels du champ médicosocial.

– Gouvier WD *et al.* [20] ; Willer B *et al.* [21]; Guilmette TJ *et al.* [22] ont montré le manque de connaissance et les grandes idées reçues sur les TCC. Ces idées erronées, particulièrement celles



concernant l'amnésie et le rétablissement sont communes : un grand nombre de personnes pensent que le rétablissement dépend des efforts de la victime et qu'une personne souffrante peut être tout à fait normale excepté son problème d'amnésie. Ces croyances proviennent généralement de l'histoire citée par les médias impliquant des personnes qui récupèrent totalement leurs capacités après des lésions cérébrales.

- Osborn CL [23] constatait que les travailleurs sociaux surestiment les capacités des patients ayant une lésion cérébrale traumatique, sans réaliser les difficultés que peuvent impliquer une simple tâche comme faire sa valise.

Ces idées reçues peuvent également provenir du manque d'expérience des professionnels de la santé ainsi que du personnel éducatif.

- Farmer JE et Johnson-Gérard M [24] observaient qu'un grand nombre d'éducateurs ne savent pas qu'un enfant victime d'un traumatisme crânien aura tendance à s'énervier facilement.
- Selon Swift TL et Wilson SL [25], certains spécialistes de la rééducation/réadaptation pensent que c'est une certitude que ces enfants s'énervent facilement car ils souffrent du regard des autres.

III.4. Attributions et projections :

une lecture subjective des comportements

En plus de surestimer les personnes souffrant de TCC, il est fréquent d'attribuer certains comportements en fonction de la visibilité du handicap, c'est-à-dire lors de la présence d'une cicatrice.

- Swift TL et Wilson SL [25], McClure *et al.* [26] ont remarqué que les personnes présentant des cicatrices visibles de leurs lésions cérébrales sont perçues différemment de ceux qui n'en ont pas : une surestimation des capacités des personnes avec un handicap invisible (l'altération cognitive) est beaucoup plus fréquente que pour celles dont le handicap est perçu à partir des lésions visibles sur le corps.
- McClure J *et al.* [26] ont réalisé une étude dans laquelle deux groupes observaient deux photos différentes de la même personne (une photo par groupe). On expliquait aux deux groupes que l'adolescent avait été victime d'un accident, qu'il avait changé de comportement (irritabilité, fatigabilité, manque de motivation et perte d'estime de soi). Sur l'une des deux photos, on apercevait une cicatrice visible au niveau temporel, tandis que sur l'autre photo, on n'apercevait aucune cicatrice. Les résultats ont montré que les stigmates visibles du traumatisme crânien affectaient les attributions/renforcements d'un comportement indésirable. Quand les participants voyaient la photo avec la cicatrice, ils attribuaient l'attitude aux lésions cérébrales. A contrario, ceux qui avaient observés la photo sans trace visible, attribuaient le comportement du jeune

garçon à la période d'adolescence plutôt qu'aux lésions cérébrales.

Ces résultats montrent que les lésions cérébrales ne sont pas prises en compte pour expliquer un comportement indésirable lorsqu'il n'y a aucune trace visible.

Un grand nombre de personnes attribuent les comportements aux « comportements adolescents », plutôt qu'à des causes familiales ou à des lésions cérébrales, parce qu'ils ont l'habitude de cette période d'adolescence. La visibilité des stimuli amène également à un jugement. Les marques visibles amènent plus d'attention et renforcent les croyances sur les lésions cérébrales. Sans marques visibles, la tendance est de ne pas faire de lien entre un comportement inhabituel et des lésions cérébrales. Le revers de ce constat est un risque de stigmatisation. En effet, les personnes ayant des cicatrices visibles, disent rencontrer des difficultés dans le monde du travail.

Monsieur S., 19 ans, présente une logorrhée (débit verbal important) après un grave TCC qui laisse essentiellement un syndrome frontal (troubles comportementaux avec difficultés d'autocontrôle). Encouragé à écrire ce qu'il ressent face à ses difficultés de comportement qui perturbe sa réadaptation et compromet sa réinsertion sociale, il écrit : « Je souffre beaucoup en parlant à des personnes et je me mets à pleurer et aussi je m'énervais facilement et tout le monde dit que je suis agressif. C'est normal, c'est que je souffre de trop. »

Nous avons mené une étude universitaire dans un centre de réadaptation fonctionnelle (1998) [27] en utilisant le Test de Frustration de Rosenzweig [28]. Ce test cherche à observer les réactions du sujet mis en situation de conflit ou de frustration à partir de 24 saynètes mettant en scènes deux personnages. Les réponses apportées par le sujet examiné peuvent être de trois ordres :

- *Extrapunitif* : il met en cause son interlocuteur
- *Impunitif* ou *neutre* en expliquant que ce n'est pas de la faute de la personne.
- *Intrapunitif* : le sujet engage sa responsabilité : c'est de sa faute.

Le protocole de réponses apporte des éléments de compréhension dynamique sur la personnalité des sujets victimes d'un TCC. Les résultats nous ont permis d'observer un nombre important de réponses intra punitives. Ce résultat implique outre une difficulté de contrôle, un sentiment de faiblesse devant le réel et devant autrui, un manque de confiance en soi, une tendance à la culpabilité.

La même étude universitaire fut conduite dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (2008) [29] incluant des résidents victimes de TCC. Les résultats ont montré une meilleure distribution des réponses intrapunitives, extrapunitives et neutres. Certes s'il s'agit d'une restauration partielle de cette capacité de résistance à



la frustration, les blessés témoignaient dans le contenu de leurs réponses d'une grande difficulté à gérer le relationnel en même temps que la situation de frustration à vivre.

Ce constat nous a permis de transmettre aux accompagnants professionnels et familiaux des recommandations d'attitude : être à la portée de l'autre pour répondre à sa demande mais ne pas se précipiter alors qu'il essaie de gérer seul une situation pouvant être vécue comme frustrante.

Comment comprendre un règlement intérieur régressif donnant peu de liberté aux résidents dans un foyer d'accueil médicalisé dont la vocation affichée est l'autonomie ? Ce hiatus ici cité comme exemple peut induire l'apparition d'un sentiment de frustration dont le débordement déclenche la colère, mise en actes de violence. L'altération des capacités cognitives perturbe la gestion de la frustration.

Comme nous le rappelle H. Oppenheim, « *les troubles du comportement des patients cérébrolésés sont la rencontre entre un sujet avec son histoire personnelle et familiale et les conséquences neuropsychologiques et subjectives des lésions cérébrales. Une meilleure connaissance de la personnalité et de la dynamique familiale antérieure permettrait une compréhension plus fine de la spécificité des troubles du comportement dans le syndrome frontal* » [30]. La qualité de l'environnement, qu'il soit familial, scolaire, professionnel contribue au pronostic d'évolution du blessé dans sa réinsertion.

III.5. Psychologie de la vie quotidienne à l'épreuve du handicap

Les théories de la psychologie cognitive et sociale, notamment les découvertes et les biais, expliquent pourquoi les comportements des personnes victimes d'un TCC ne sont pas expliqués uniquement par les lésions cérébrales. Chaque cas est différent mais dans tous il est important :

- de composer avec l'histoire individuelle de chacun,
- d'évaluer les mécanismes de défenses mis en place,
- d'identifier quand la réalité devient pensable après le déni, la colère, la culpabilité, les défenses maniaques dans une sorte de fuite en avant pour lutter contre l'effondrement dépressif,
- de répondre au patient qui n'accepte pas d'être aidé mais veut être soigné.

Lorsque l'un des membres de la famille est victime d'un TCC, le traumatisme psychique toujours présent, est aussi un traumatisme familial. Le traumatisme familial est à identifier, d'après J. Laplanche et J.B. Pontalis [31] comme : « *un événement de la vie qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet et sa famille d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* ».

Les blessures visibles induisent en erreur. Elles influencent fortement le comportement des professionnels du monde social, la famille et la société.

IV. EXPERTISE PSYCHOLOGIQUE ET SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Dans son rapport du groupe de travail (2002), E. Vieux, Présidente de la Cour d'Appel d'Aix en Provence [32] précise « *La neuropsychologie est du ressort de façon de plus en plus marquée des psychologues et non des médecins... La co-évaluation médecin-psychologue, en dommage corporel, se heurte aux habituelles répartitions des compétences et ne se pratique que dans des cercles déjà sensibilisés à ces spécificités* ».

Cette mission remplie par les deux co experts médecin-psychologue est un idéal vers lequel il faut tendre. En effet dans la mission spécifique des TCC, il est demandé de :

- « – *Restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho affectif,*
- *Procéder à un examen clinique détaillé, permettant d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement et leur incidence :*
- *L'évaluation neuropsychologique est indispensable : Un examen neuropsychologique récent appréciant les fonctions intellectuelles et du comportement doit être réalisé.*
- *Bien préciser l'incidence sur la vie familiale, analyser la qualité de vie du blessé et sa famille (parents, frères et sœurs),*
- *Donner une idée du retentissement sur la vie professionnelle. »*

L'examen neuropsychologique décrit les fonctions cognitives et du comportement et en apprécie les troubles.

Cette évaluation est insuffisante pour se représenter l'appareil psychique en développement de l'enfant, de celui de l'adolescent en construction identitaire et de l'adulte obligé à des remaniements psychiques de sa personnalité pour survivre au traumatisme [33].

IV.1. L'examen médico-psychologique

Selon l'article 81 du Code de Procédure Pénale relatif à l'examen médico-psychologique, le juge d'instruction peut faire appel aux psychologues afin de constituer le dossier de personnalité chaque fois que cela paraît nécessaire à la manifestation de la vérité.

« *La qualité de la rencontre expertale constitue la condition du recueil d'une information la plus authentique possible... Dans le domaine de la psychopathologie post-traumatique encore plus que dans les autres, l'écoute et le maintien d'une position la plus proche pos-*

sible de celle de la relation de soins s'avèrent indispensables... La rencontre expertale peut-être un moyen privilégié de reconnaissance, voire de reconstruction de l'identité du sujet, en favorisant l'intégration des images et des représentations concernant l'accident et le corps, les soins plus ou moins prolongés et pénibles. Il ne faut pas hésiter parfois à faire bénéficier le blessé d'un entretien en tête-à-tête (sans les proches ni les médecins conseillent des ou, lorsque cela paraît nécessaire, de l'adresser un sapiteur (expert) psychologue. » J. Vedrinne [34].

L'entretien dirigé permet de retracer l'anamnèse, d'évaluer la mémoire auto biographique et d'observer l'organisation chronologique des souvenirs. Cet aspect psycho-biographique donne une représentation subjective de la victime. Ce récit détaillé permet de rencontrer le sujet dans son histoire sans le réduire à un état antérieur pathologique.

La subjectivité représente le point de vue de la personne sur son histoire personnelle, son état de santé et son statut social. Les victimes d'un TCC ressentent des difficultés subjectives tant par leurs limitations fonctionnelles, que par la problématique relationnelle due aux situations de handicap.

Les plaintes et doléances physiques, neuropsychologiques et affectives, propres à chaque victime, pourront être recueillies grâce à un entretien semi-directif, effectué avec l'Échelle Neuro comportementale (NRS H.S. Levin). Ce questionnaire garantit un inventaire détaillé du vécu subjectif fonctionnel et situationnel de la victime [35].

Cependant les troubles repérés par la victime sont à explorer en hétéro-évaluation avec un proche, car il y a toujours des zones aveugles sur la représentation que la personne a d'elle-même, quel que soit le niveau de prise de conscience de soi et la facilité avec laquelle se fait cette conscience de soi. Ainsi, l'indispensable recueil des informations (hétéro évaluation) de l'entourage (parents, conjoints, frères et sœurs...) complète et corrige cette représentation de l'autre devenu une victime en situation de handicap. Il contribue également au diagnostic médical, par l'évaluation des troubles cognitifs et émotionnels des victimes. Enfin, il décrit l'adaptation de cette victime en termes de modifications de son comportement et d'expression de sa personnalité.

« Dans un contexte médico-légal, il s'agit d'évaluer avec précision la nature et l'importance de ces difficultés, ainsi que leur impact en termes de handicaps sur la vie quotidienne du patient. Cette évaluation permettra aux médecins experts d'estimer le dommage subi par le patient et de déterminer les compensations financières ou autres auxquelles il a droit. L'objectif de cet ouvrage est de présenter, de manière aussi concrète que possible, le contexte général et les spécificités de l'examen neuropsychologique d'expertise. Dans ce but, les auteurs décrivent, en soulignant les vertus et les limites, les méthodes et les outils dont dispose aujourd'hui le neuropsychologue pour objec-

tiver les séquelles cognitives (et, plus largement, psychologiques) présentées par un patient impliqué dans un processus d'expertise. » [36]

Dans la pratique médico-légale, la fonction est rattachée, de manière linéaire et quasi-exclusive, à la lésion. Ce constat n'est pas aussi évident car la séméiologie clinique (symptômes) et l'imagerie cérébrale des lésions ont des représentations très variables [37].

Selon le DSM IV, la simulation est une « production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures ». Dans le cas des victimes d'un TCC grave, elle est peu retrouvée. Les résultats aux tests sont des indicateurs mais les raisons pour lesquelles un blessé aura de plus mauvais résultats le jour de l'expertise peuvent être liées aussi au stress de cet examen particulier. « La simulation vraie est rare » souligne S. Brion [38].

D. Weber, expert psychologue souligne l'importance du psychologique dans la réparation du dommage corporel : « ...ce qui est attendu est une mesure, qui déterminera un taux, lequel correspondra à une somme ! Reste que l'ouverture au psychologique laisse place à des constatations plus larges, touchant l'existence du sujet ou, comme on le dit aujourd'hui, sa qualité de vie, même si ces considérations peuvent être jugées encombrantes au moment de leur traduction en taux. » (39)

La psychologie clinique recentre l'expertise sur la personne et donne des représentations : *Ce qu'elle était, comment se vivait-elle ? Quel était le moteur de sa vie ? Quelles étaient ses ressources défensives et adaptatives antérieures ? Ses ressources actuelles et ses attentes ?*

Les troubles cognitifs et affectifs associés à ses atteintes, la personnalité et l'histoire du sujet créent une expérience de vie toujours unique, dont il est important de mettre en évidence les spécificités [40]. Ainsi, N. Cremel constate « ... que l'individu, dans sa singularité et son atteinte, peut être complètement gommé par son déficit jusqu'à ne plus offrir qu'un catalogue des signes. Le sujet est englué dans son handicap, débordé par lui, n'ayant plus d'autres ressources que de s'y identifier, parfois momentanément, d'autres fois durablement. » [41]

L'étude quantitative et qualitative des réponses doit favoriser l'analyse de la dynamique psychique de la victime.

« Les résultats des tests psychométriques doivent obligatoirement être éclairés par une approche psychodynamique pour prendre un sens. » affirme G. Steinbach [42].

Cette approche psychodynamique se base notamment sur les techniques projectives.

Dans le Test du Rorschach, l'examineur présente au sujet des planches avec des tâches noires, rouges et de couleurs pastel. Il lui demande ce que cela représente pour lui et évalue la perception de son monde interne. Au Thematic Aperception Test (TAT), le sujet est invité à raconter une histoire à partir de

scènes imagées à plusieurs interprétations. Celle qui sera choisie révélera les mécanismes de défense mis en jeu dans les histoires racontées. Après un TCC, la problématique personnelle, c'est-à-dire le handicap, la perception de soi et le vécu personnel peuvent être observés dans l'étude du contenu et de la structure du récit [43]. Les tests de personnalité sont à utiliser afin que ces épreuves projectives mettent en relation le cognitif et les affects. L'objectif est alors de décrire le profil psychodynamique de la victime pour rendre compte de ses capacités d'adaptation à sa nouvelle vie.

E. Muzio [44] souligne des moyens statistiquement significatifs entre les variables du Test du Rorschach et les mesures neuropsychologiques cognitives (capacité d'abstraction, d'intégration et complexité perceptivo cognitive).

Les progrès de l'imagerie cérébrale ne confèrent plus guère une évaluation de l'organicité des troubles au Test de Rorschach. Cependant, 25% des neuropsychologues utilisent ce test projectif dans leur pratique clinique pour chercher des informations sur la structure et le fonctionnement de la personnalité dans un but de planification du traitement [45].

Après un TCC, le protocole indique l'organicité des troubles (réponses peu nombreuses et stéréotypées). Les mécanismes de défense mis en place et les problématiques récurrentes illustrent souvent une personnalité fragilisée et parfois déstructurée.

« Tout sujet demande à se dire, et d'autant plus qu'il a été blessé, traumatisé, méprisé ; c'est précisément un signe de la persistance du traumatisme que de ne pas pouvoir synthétiser son histoire et de la raconter comme en temps réel. » nous dit D. Weber [39].

La personnalité pré-traumatique, l'état prévisionnel ainsi que la qualité de l'entourage du blessé sont les informations qui documentent l'examen psychologique. Dans tous les cas, ce temps d'évaluation est rendu difficile par le sentiment de brutalité, l'impossibilité de se défendre, la brusque dévalorisation de soi, accentuée par la dégradation de la souffrance, et l'humiliation de devoir la montrer aux autres, notamment à sa famille. C'est un constat dans ces examens d'expertise [46].

Le deuxième traumatisme se révèle autour de la réparation. Les déficits physiques et psychiques n'auront pas la même signification ni d'un blessé à l'autre, ni à un même niveau symbolique. Car la compensation des déficits moteurs et neuropsychologiques ne dépend pas uniquement des aides matérielles et humaines (tierce personne). Faire face aux situations de handicap mobilise également toutes les capacités psychiques du blessé [33].

La victime suggère à la fois sa souffrance et son désir, sans se départir de ce qui lui semble essentiel : la réparation. Ce déplacement du symptôme vers le préjudice, masque en fait un trouble plus profond : la douleur psychique in élaborée parce qu'ignorée des autres.

Les séquelles affectives reposent sur la capacité du sujet à réagir, mais aucune réparation ne pourra indemniser la souffrance psychique.

Le handicap n'est pas un absolu mais il est relatif :

- au vécu subjectif de la victime handicapée,
- aux interactions avec son milieu,
- à l'évolution du mode de réaction au handicap.

Chaque personne ne donne pas le même sens à sa perte d'autonomie. Le registre du handicap renvoie à la question de l'identité. La victime se fabrique une pseudo-identité constituée de bribes du passé, de perceptions partielles, modifiées par les déficits physiques, neuropsychologiques et psychiques. Le déni, en tant que première étape de travail de deuil, s'inscrit comme une passerelle, un passage, entre la perte d'identité et l'inconnu. C'est un espace psychique entre une réalité non acceptée, le principe de réalité, et un modèle auquel la victime cherche à se conformer, l'idéal de soi à jamais différé [47].

IV.2. La douleur psychique et le pretium doloris

La victime réclame vengeance. Le fait de voir basculer son existence par un autre, que ce soit dans un contexte de violence intentionnelle comme l'agression, ou non intentionnelle comme la plupart des accidents de la voie publique, la conduit à réclamer vengeance. Les blessés que nous examinons expriment parfois très clairement une punition, un châtiment, une peine pour celui qui les a mis dans cet état, et qui, bien souvent, « s'en est mieux sorti dans l'accident ! ».

La perception subjective des faits accidentels et de leurs conséquences par la victime est à considérer. Il faut éviter, en cas d'échec de la réadaptation sociale, que le patient se perçoive non seulement victime de ces faits accidentel ou volontaire mais aussi victime de l'injustice et de l'incompréhension humaine.

La souffrance à reconnaître dans l'expertise médico-légale est un point de la mission difficile à estimer. « *Le prix de la douleur* », cette expression désigne, au sein du langage juridique les dommages et intérêts accordés en réparation à des dommages physiques et moraux subis par une personne. On peut éviter que le malade ne « se victimise » par l'écoute de la plainte. Ignorer une plainte, c'est prendre le risque qu'elle s'enkyste ou qu'elle ne se chronicise sous une forme ou sous une autre. « *Il n'y a rien de pire pour une victime que de voir sa parole mise en doute quand elle se sait victime* » [48].

C'est aussi l'évaluation d'un vécu douloureux à prendre en compte dans la quantification du *pretium doloris*. L'isolement et le repli sur soi sont les sorts qui guettent ces victimes non reconnues, non légitimées en tant que victimes lors d'expertises trop hâtives et succinctes.

IV.3. La prise en charge psychothérapeutique

Les victimes ont un vécu subjectif de leur corps agressé et abîmé. La plainte, c'est ce qui reste de vivant en eux. Ils ne sont que « plaintes ». Le temps de la plainte dure et perdure s'il ne s'accompagne pas d'une reconnaissance de l'état de victime, c'est-à-dire que le thérapeute doit accéder au vécu subjectif de cette victime, et l'entourage se doit d'avoir une capacité d'empathie à l'égard de son proche. L'accès à la subjectivité de l'autre, c'est, pour le thérapeute, énoncer un état qui va faire résonance intime chez cet autre. Dans la période de sidération et du temps de latence, la prise en charge doit être rapide afin de favoriser l'abréaction. La victime pourra alors se libérer de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, ce qui lui permettra de ne pas devenir ou rester pathogène [47].

Cette prise en charge peut-être un « debriefing » (soulager les réactions de stress aigu), ou une psychothérapie (prévenir l'apparition de troubles tardifs). L'absence de prise en charge à ce stade peut entraîner une chronicisation ou favoriser une évolution sur un mode de sinistrose, avec une conduite addictive ou une accentuation des traits névrotiques. Il faut alors un traitement pour la victime sur le long terme, avec un accompagnement psychologique de l'entourage pour qu'il soit le plus proche possible de la victime (écoute et informations).

La victime qui développe un syndrome post-traumatique présente une clinique proche de l'état limite plutôt que d'un état névrotique. La prise en charge psychothérapeutique doit s'occuper des cadres, des enveloppes, et développer des pansements psychiques afin de produire une restauration narcissique. La psychothérapie, quelle que soit sa forme, est à séparer d'un constat médico-légal ou d'une aide judiciaire avec un accueil. Elle doit s'effectuer sans neutralité, puisqu'elle se met en place avec la volonté d'une restauration narcissique pour le blessé.

Progressivement, les modifications comportementales et les réaménagements psychiques vont se mettre en place afin de favoriser la réinsertion. La prise en charge des traumatismes psychiques est aujourd'hui bien connue des services de soins spécialisés en victimologie.

Plus spécifiquement, la victimologie du TCC a été récemment documentée. L'étude d'E. Lagarde, responsable de l'équipe Inserm « *Prévention et prise en charge des traumatismes* » s'appuie sur un échantillon de 2143 patients rencontrés aux urgences du CHU de Bordeaux entre décembre 2007 et février 2009. Il constate que les personnes souffrant d'un traumatisme crânien ont 4 fois plus de risque de présenter des signes de stress post-traumatique que les individus touchés à d'autres endroits du corps (9% contre 2,2%) [49].

En ce qui concerne le suivi psychothérapeutique du traitement de l'ESPT, trois types de psychothérapies

sont à considérer : psycho dynamique, systémique et comportementale. Les thérapies cognitives et comportementales avec l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) et l'hypnose se développent pour cette population avec des troubles neuropsychologiques associés.

CONCLUSION

Après un TCC, le parcours de soins et de réparation juridique du dommage corporel est long et complexe. La période de rééducation qui suit l'hospitalisation en soins d'aigu avec la restauration de la conscience, est le lieu de débordement des capacités défensives et adaptatives du blessé. Elle favorise une cohorte de troubles comportementaux.

La période de réadaptation- réinsertion, lieu de passage de la maladie au handicap est à soutenir pour éviter l'aggravation des troubles psychopathologiques réactionnels.

L'examen médico-psychologique est désigné pour en rendre compte et tenter d'en décrire le dommage subi, avec le stade de développement psychoaffectif, le profil de personnalité, les atteintes psychopathologiques éventuelles en réaction à l'événement traumatique et les ressources psychiques de la victime pour y faire face.

Les théories de la psychologie cognitive et sociale, notamment les découvertes et les biais, expliquent pourquoi les comportements des victimes d'un TCC ne sont pas expliqués uniquement par les lésions cérébrales.

La clinique impose un regard sur le neuropsychique qui reste la référence pour le législateur. Cette ouverture sur le neuropsychique de l'homme permet de retrouver une thérapeutique de l'homme dans sa globalité. Reconnaître un syndrome psycho-traumatique et évaluer un état de stress post-traumatique (ESPT) est à développer dans les expertises de victimes d'un TCC.

Une psychothérapie constitue une voie de restauration narcissique et de soutien pour la victime. Elle doit pouvoir intégrer à son histoire l'expérience traumatique et ses conséquences. Les crises identitaires, qui surviennent après toute violence subie de quelque nature que ce soit, produisent une souffrance, créent une différence, et peuvent provoquer une exclusion de la victime. Pour le thérapeute, pour l'expert, l'accès à la subjectivité de l'autre permet de lui signifier que nous la reconnaissons comme victime afin de lui permettre de se reconstruire.

Ne plus être victime, mais redevenir sujet de son histoire...

... Même si l'histoire ne se réécrit pas de la même façon. ■

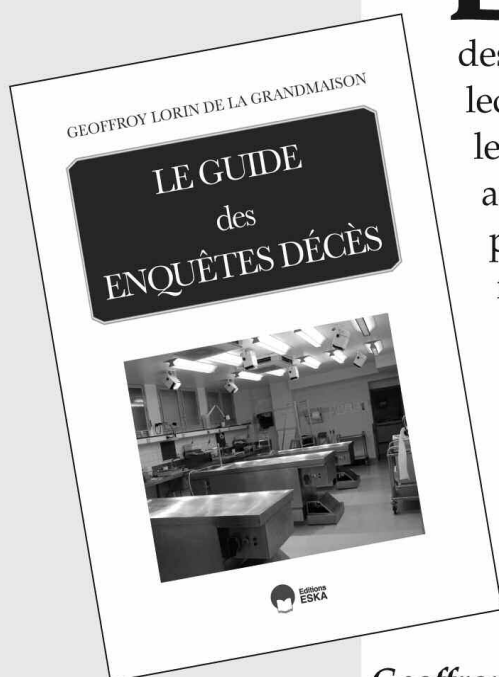
RÉFÉRENCES

- [1] OPPENHEIM-GLUCKMAN H., *La pensée naufragée*, Paris, Economica, 2006.
- [2] MICHAUD Y., *La violence*, Que sais-je ?, 7^e édition Presses Universitaires de France, Paris 2012.
- [3] DEROUESNÉ C. BACKCHINE S. Syndrome frontal in : *EMC, Neurologie*, 17-035-B-10, Paris : Elsevier Masson SAS ; 2000, 7p.
- [4] MIMOUN M., *L'impossible limite Carnets d'un chirurgien*, Albin Michel Paris 2011.
- [5] LEMPÉRIÈRE T., FÉLINE A., ADÈS J., HARDY P., ROUILLON F., *Psychiatrie de l'adulte*, Elsevier Masson, 2006.
- [6] FERENCZI S., KORFF-SAUSSE S., *Le traumatisme*, Payot, 2006.
- [7] BARROIS C. *Les névroses traumatiques*-Collection Psychismes – Dunod Paris 1998.
- [8] ROISIN J., L'approche psychanalytique des personnes traumatisées, *Stress et Trauma*, 2005 ; 5 (4) : 235-24.
- [9] WINNICOTT D. W., *La capacité d'être seul*, Payot, 2012.
- [10] HOUGARDY G., Névroses actuelles et traumatiques. Psychopathologie de l'angle de la mort, *Evolution psychiatrique*, 1982, 57/3.
- [11] DAMASIO AR *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- [12] EUSTACHE F.; LAMBERT J.; VIADER F. Rééducations neuropsychologiques Séminaires J.L. Signoret ; de Boeck- Bruxelles 2002.
- [13] GODEFROY O. Le GREFEX (Groupe de Réflexion sur l'Evaluation des Fonctions Exécutives) *Rev. Neuro* (Paris) 2004 ; 160 : 10, 899-909
- [14] CAROLI F., MERCUEL A., Prise en charge des traumatismes psychiques, *Abstract Psychiatrie*, N°246, Novembre-Décembre 2002.
- [15] BEN-YISHAY Y, SILVER SM, PIASETSKY E *et al.* (1987) Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1.2: 35-48.
- [16] BOURGEOIS M.L. Identité et développement du moi selon Erik H. Erikson. *Confrontations psychiatriques* 1998 , n° 39 ; pp. 57-71.
- [17] NACCACHE L. *Le nouvel inconscient Freud, le Christophe Colomb des Neurosciences* Odile Jacob 2009.
- [18] JOUVENCEL M. (DE), CASTOR N., LEMELLE A., ORSONI V., Après un traumatisme crânien. Une vie sous contrôle et surveillance pour le blessé. La détresse psychologique des familles Conférence du 17 juin 2011, Bobigny.
- [19] MCCLURE J., BUCHANAN S., MCDOWALL J., & WADE K. Attributions for behaviours of persons with brain injury: The role of perceived severity and time since injury ; *Brain Injury*, August 2008; 22(9): 639–648.
- [20] GOUVIER WD, PRESTHOLD PH, WARNER MS. A survey of common misconceptions about head injury and recovery. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1988;3:331–343.
- [21] WILLER B, JOHNSON WE, REMPAL RG, LINN RA. A note concerning misconceptions of the general public about brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1993;8: 461–465.
- [22] GUILLEMETTE TJ, PAGLIA MF. The public's misconceptions about traumatic brain injury: A follow up survey. *Archives of Clinical - Neuropsychology* 2004;19:183–189.
- [23] OSBORN CL. *Over my head: A doctor's own story of head injury from the inside looking out*. Kansas City, Missouri: Andrews McMeel Publishing; 1998.
- [24] FARMER JE, JOHNSON-GERARD M. Misconceptions about traumatic brain injury among educators and rehabilitation staff: A comparative study. *Rehabilitation Psychology* 1997;42:273–286.
- [25] SWIFT TL, WILSON SL. Misconceptions about brain injury among the general public and non-expert health professionals: An exploratory study. *Brain Injury* 2001;15: 149–165.
- [26] MCCLURE J, DEVLIN ME, MCDOWALL J, WADE K. Visible markers of brain injury influence attributions for adolescents' behaviour. *Brain Injury* 2006;20:1029–1035.
- [27] FRADET-VALLÉE Y. *Mémoire universitaire psychologie clinique*. CRF Richebourg (78) (1998).
- [28] ROSENZWEIG P. *Test de Frustration de Rosenzweig*, 3^e édition Pichot P. et S. Danjon S.,
- [29] COSSOUL B. *Mémoire universitaire de psychologie clinique FAM Maule* (2008).
- [30] OPPENHEIM-GLUCKMAN H., Où en sont les recherches actuelles sur la psychopathologie des patients cérébro-lésés ?, *L'information psychiatrique*, 2000.
- [31] LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. *Vocabulaire de psychanalyse* PUF Paris.
- [32] VIEUX E., Présidente de la Cour d'Appel d'Aix en Provence ; Groupe de travail sur les traumatisés crâniens rapport définitif (juin 2002), Ministère de la Justice Paris.
- [33] JOUVENCEL M. (de), FREDY D., HAMONET C., Apport de l'imagerie et du Système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) dans l'évaluation médico-légale des lésions cérébrales et de leurs conséquences, *Journal de Réadaptation Médicale*, 2005.
- [34] VEDRINNE J. Evaluation du dommage psychique La rencontre avec l'expert – *Stress et Trauma, revue francophone du stress et du trauma*, 2009 ;9 (4) : 245-249.
- [35] SOURY S., J.M. MAZAUX J.M., J. LAMBERT J., DE SEZE M., JOSEPH P.A. A, LOZES-BOUDILLON

- S., McCAULEY S., M.VANIER M., LEVIN H.S. Échelle neurocomportementale révisée : étude de la validité concourante *Annales de réadaptation et de médecine physique* Volume 48, n° 2 pages 61-70 (mars 2005).
- [36] MEULEMANS T, SERON X. *L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale*, Sprimont : Mardaga, 2004.
- [37] JOUVENCEL M (de), HAMONET C. L'expertise médico-légale du traumatisme cérébral grave : Origine des troubles neuropsychologiques et psychopathologiques, *Revue française du dommage corporel*. 1999.
- [38] BRION S., Névroses, dépression et traumatismes : problèmes d'imputabilité, *Experts*, 1994.
- [38] WEBER D., Expertise psychologique des troubles « neuropsychologiques ».
- [40] ELLIS D. W., ZAHN B.S, Psychological functioning after severe closed head injury, *Journal of Personality Assessment*, 1985.
- [41] CREMEL N., L'utilisation des techniques projectives en neuropsychologie, *Bulletin de psychologie*, tome XLIII, 1987.
- [42] STEINBACH G., Du bon usage des tests psychométriques, *Revue française du Dommage corporel*, 1996.
- [43] JOUVENCEL M. (de) *L'évaluation neuropsychologique in Expertise après traumatisme crânien* A-Laurent-Vannier et J. Pelissier Sauramps medical 2010 : 41-47.
- [44] MUZIO E., Le Rorschach Système Intégré en Neuropsychologie : articulation du cognitif et de l'affectif.
- [45] EXNER J.E., COLLIGAN S.C., BOLL T. J., STISCHER B., HILLMAN L., Rorschach findings concerning closed head injury patients, Assessment, 1996.
- [46] JOUVENCEL M. (de). Les violences dans l'expertise médico-légale, 8^e Colloque francophone de Noirlac, (Cher), 2003.
- [47] JOUVENCEL M. (de) ; ZURBACH I., NARCYZ F. Approche psychologique des victimes handicapées *J. Réadapt. Méd.*, 2007, 27, n° 2-3, pp. 50-54.
- [48] JOUVENCEL M. (de), Du corps blessé au corps expertisé, in *Envie d'Amour* de Joëlle Berrewaerts, Christine Delhaxhe, Michel Mercier, Facultés universitaires, Notre-Dame de la Paix Namur (Belgique).
- [49] LAGARDE E., SALMI L.R. ; HOLM L.W. ; CONTRAND B. ; MASSON F. ; RIBÉREAU-GAYON R. ; LABOREY M. ; CASSIDY D. ; Association of Symptoms following Mild Traumatic Brain Injury with Posttraumatic Stress Disorder vs post concussion Syndrome, *Jama Psychiatry*, July 16, 2014.

LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS

GEOFFROY LORIN DE LA GRANDMAISON



L'intérêt et les limites des investigations médico-légales mises en œuvre au cours des enquêtes décès ne sont pas toujours bien connus des enquêteurs ni des magistrats en charge de l'affaire. De même, la lecture d'un rapport médico-légal, qu'il s'agisse d'une levée de corps ou d'une autopsie, est souvent une tâche ardue pour un non-spécialiste. Cet ouvrage a pour principale ambition de faciliter le dialogue entre les médecins légistes, les magistrats et les Officiers de Police Judiciaire dans les situations courantes d'enquête décès, y compris les affaires criminelles. Ce livre s'adresse en particulier aux professionnels de justice (magistrats et avocats), aux services de police et de gendarmerie ainsi qu'aux étudiants en médecine légale.

Geoffroy Lorin de la Grandmaison est professeur de médecine légale à la faculté des sciences de la santé de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, anatomo-pathologiste, chef du service d'anatomie pathologique et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).



**Editions
ESKA**

12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

ISBN 978.2.7472.1773.6
15 x 21 cm - 468 pages

Prix : 30 €
+ 3,51 € de frais de port

BON DE COMMANDE

Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : **LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS - CODE EAN 978-2-7472-1773-6**

au prix TTC de 30,00 € + 3,51 € de frais de port, soit € x exemplaires = €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire :

☐ Carte Bleue Visa n° Date d'expiration :

Signature obligatoire :

☐ Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z

Société / Nom, prénom

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél. : Fax : E-mail :

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :
EDITIONS ESKA – Contact : Catherine Duval - e-mail : catherine.duval@eska.fr
12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

IMPUTABILITÉ DES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES DANS LES SUITES D'UN TRAUMATISME CRÂNIEN : DE LA DOCTRINE À LA PRATIQUE

IMPUTABILITY OF PSYCHOTIC SYMPTOMS FOLLOWING BRAIN TRAUMA / HEAD INJURY: FROM DOCTRINE TO PRACTICE

Par M. SINDRES (1), F. BENOUDIBA (2)

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

En matière de symptômes psychotiques dans les suites d'un traumatisme crânien, la doctrine médico-légale française a le mérite de la simplicité : « *Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique* ». Aujourd'hui, le débat sur l'imputabilité éventuelle de symptômes psychotiques, toujours difficile à trancher, mérite d'être abordé à la lumière des données épidémiologiques, de l'évaluation comportementale et cognitive et des données d'imagerie.

Mots-clés : Traumatisme crânien, symptômes psychotiques, schizophrénie.

SUMMARY

In matters of psychotic symptoms following brain trauma head injury, the French forensic doctrine has the merit of simplicity: "Psychotic disorders are never traumatic". Today, the debate regarding the possible causes of psychotic symptoms, which is always difficult, deserves to be addressed in the light of epidemiologic data, cognitive and behavioral assessment and imaging data.

Keywords: Brain trauma, psychotic symptoms, schizophrenia.

(1) Neurologue, psychiatre.
6, Hameau La Fontaine – 75016 Paris
docteur@sindres.fr

(2) Neuroradiologue.
PH, Chef de service adjoint du service de neuroradiologie, CH Bicêtre.

INTRODUCTION

En matière de symptômes psychotiques dans les suites d'un traumatisme crânien, la doctrine médico-légale française a le mérite de la clarté et de la simplicité : « *Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique* ». On pourrait donc penser que l'application de la doctrine permet de prendre position de façon simple et reproductible sur le plan médico-légal. La réalité médico-légale est bien différente et l'expérience montre que le processus médico-légal concernant les blessés présentant des symptômes psychotiques dans les suites d'un traumatisme crânien modéré ou grave est le plus souvent long et complexe. Aujourd'hui, au-delà de la position doctrinale, le débat sur l'imputabilité éventuelle de symptômes psychotiques, toujours difficile à trancher, mérite d'être abordé à la lumière des données épidémiologiques, des données d'imagerie et de l'analyse comportementale et cognitive.

Nous présenterons dans ce travail quatre observations de blessés jeunes, victimes d'un traumatisme crânien grave avant l'âge de trente ans, qui ont développé des symptômes psychotiques dans les suites du traumatisme crânien. Nous présenterons ensuite les données actuelles de la littérature, les données d'imagerie et proposerons quelques pistes de réflexion médico-légale.

Observation N°1

LIO..JO.. était âgé de 17 ans, élève en classe de première lorsqu'il a été victime d'un accident de la voie publique en 1992. Il n'avait pas d'antécédent connu.

Il a présenté une perte de connaissance initiale avec un coma de stade 2, sans score de Glasgow mesuré. Il n'y a jamais eu de signe de localisation neurologique, la date de reprise de conscience après la levée de la sédation intervenant probablement à J18.

Le scanner mettait en évidence une contusion frontale gauche accompagné d'un œdème cérébral. A J9, l'œdème cérébral avait disparu, mais il existait des lésions pré-frontales et frontales gauches.

4 mois après l'accident, LIO..JO.. reprend sa scolarité pour quelques semaines alors qu'il est en rééducation à plein temps. Les tentatives ultérieures de scolarisation vont toutes être marquées par des échecs, chez ce jeune homme de bon niveau scolaire et intellectuel présumé pré-traumatique.

7 mois après l'accident, une première IRM montrait des lésions bi-temporales à prédominance droite, bi-frontales à prédominance gauche ainsi que des lésions diffuses de la substance blanche. L'aspect sera strictement identique sur une IRM réalisée 5 ans plus tard. À la même date, le bilan neuropsychologique retrouve des capacités de conceptualisation supérieures à la moyenne de l'âge, associées à un déficit de rétention, d'attention et d'organisation visuo-spatiale.

18 mois après l'accident, les doléances consistent en de rares épisodes de céphalées et de vertiges, des troubles de l'attention et des problèmes d'apprentissage scolaire dans certaines matières, mais pas en mathématiques.

Au même moment, le bilan neuropsychologique montre des résultats normaux pour les connaissances lexicales et la rapidité d'exécution, mais pathologiques pour ce qui est du rappel différé, de la mémoire de travail et de l'organisation visuo-spatiale.

Un bilan neuropsychologique réalisé 3 ans et demi après l'accident montre un fonctionnement intellectuel global correct, y compris dans le domaine verbal et abstrait, mais pénalisé par l'exigence de rapidité.

Une première expertise est conduite trois ans et demi après l'accident. L'expert retient ce qu'il qualifie de « *syndrome frontal* » et rapporte des « *éléments sub-déli-rants* », en fait des éléments interprétatifs et persécutatoires et peut-être un automatisme mental. Il ne propose pas d'hypothèse diagnostique au regard de ces symptômes qu'il impute aux suites du traumatisme crânien, fixant l'IPP à 50%.

Sur le plan clinique, l'évolution va être marquée par l'installation puis l'aggravation progressive d'un trouble grave de l'humeur, de troubles des conduites et de troubles graves du comportement, de troubles du cours de la pensée, de productions délirantes interprétatives et hallucinatoires, d'un apragmatisme majeur. Cette aggravation des symptômes a conduit à la multiplication des expertises en aggravation qui n'ont jamais abordé la question de la nature des troubles qualifiés de « *psycho-comportementaux* ». Finalement, 20 ans après les faits, l'IPP était fixée à 70%, le besoin en aide humaine à 24h/24.

Observation N°2

ROY..SE.. né en 1976, a été victime en 1996 d'un polytraumatisme comportant un traumatisme crânien avec score de Glasgow initial à 6. Il était donc âgé de 20 ans au moment des faits.

Son histoire pré-traumatique restera imprécise en dépit de multiples expertises. Il a redoublé le CP, peut-être la classe de troisième puis, après avoir obtenu le Brevet des collèges, il choisit la voie d'un BEP qu'il n'obtient pas puis s'oriente vers une école de dessin dont on ignore s'il réussit l'examen de sortie.

Ses parents se sont séparés lorsqu'il était âgé d'une dizaine d'années. Il sera élevé essentiellement par sa mère. Selon sa mère, il n'a jamais présenté le moindre symptôme psychiatrique et n'a jamais eu de prise en charge spécialisée avant les faits en cause.

Il ne sera donc pas retenu d'état antérieur.

Sur le plan lésionnel crânien, il présentait une contusion pariéto-temporale droite avec hémorragie de la corne postérieure du ventricule latéral droit, mais également vraisemblablement des contusions hémorragiques frontales hautes antérieures fronto-orbitaires, temporales droites et peut-être également frontales gauches.

Le bilan neuro-psychologique effectué 5 mois après l'accident retrouve des troubles de la concentration modérés, un ralentissement intellectuel et une fatigabilité.

Il va passer le permis de conduire avec succès en 1998 alors qu'en mars 1999, un nouveau bilan neuro-psychologique conclut à une quasi-normalisation.

Monsieur ROY..SE.. ne reprendra aucune activité éducative ou professionnelle après l'accident. Il va vivre pendant un an avec sa compagne qui va le quitter pour des raisons non précisées, puis il va partager son studio avec sa sœur jusqu'à la fin de l'année 1999. Fin 1999, on voit apparaître un changement symptomatique comportant un état de sidération et de panique, des productions délirantes hallucinatoires auditives et peut-être visuelles, probablement interprétatives, accompagnées d'éléments dépressifs.

De multiples hospitalisations vont se succéder, alors que le tableau clinique dominé par le trouble du cours de la pensée, les hallucinations auditives, les troubles du comportement ne va cesser de s'aggraver, l'aggravation étant probablement favorisée par de multiples ruptures thérapeutiques.

De multiples demandes de reconnaissance d'aggravation vont se succéder afin d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité du tableau psychiatrique au traumatisme crânien. A l'issue d'un processus médico-légal long et complexe, les experts retiendront les conséquences d'un traumatisme crânien grave caractérisant un « *syndrome frontal* » qui justifiera une AIPP de 45%.

Ils exclueront l'imputabilité du trouble psychotique, écrivant : « *En tout état de cause, Monsieur ROY..SE..*

serait devenu schizophrène et ce même sans l'accident en cause. La pathologie schizophrénique se serait déclenchée seule même en l'absence du fait accidentel ».

Observation N°3

VIC.. LU.. né en 1980, a été victime d'un accident de circulation en 1998, à l'âge de 18 ans.

Fils unique, très entouré par ses parents, il est un brillant élève, scolarisé de façon traditionnelle jusqu'à la classe de 6^e. A partir de la classe de 5^e, il est retiré du système scolaire classique et suivra une scolarité au domicile, sans aucune exposition sociale.

Parallèlement, il va suivre un cursus de formation musicale avec l'objectif de devenir soliste de haut niveau. Il sera admis au Conservatoire National de Musique à Paris dont il suivait les cours au moment où il a été victime de l'accident qui nous intéresse.

Lors de l'accident qui nous intéresse, VIC.. LU.. a été victime d'un traumatisme crânien grave, Glasgow initial à 7, avec au bilan d'imagerie une contusion hémorragique frontale gauche et une hémorragie méningée. Plusieurs poussées d'hypertension intracrânienne survenaient, réagissant bien au Mannitol, associé pour la dernière d'entre elles au Nesdonal.

Il était noté initialement une hémiplegie droite qui a régressé de façon assez rapide.

Le blessé obéissait aux ordres simples à J14, il a été extubé le 13 septembre 1998, soit 3 semaines après l'accident. L'amnésie post-traumatique a duré environ 6 semaines.

Quelques semaines après l'accident, il persistait des troubles mnésiques antérogrades modérés, des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi qu'un syndrome dysexécutif modéré et une désinhibition évoquant un syndrome frontal.

Le blessé qui était en cours d'études au Conservatoire National Supérieur de Musique a repris la pratique musicale 4 mois après l'accident, de façon limitée.

L'évolution va être favorable comme le souligne le compte rendu d'hospitalisation en hôpital de jour dans le service de rééducation neurologique qui s'est terminée 6 mois après l'accident : « ... *Persistance d'un syndrome frontal discret associant un trouble du contrôle attentionnels, un manque de flexibilité mentale, une légère réduction de la fluidité verbale, et une note comportementale à type de familiarité. Il s'y associe également un ralentissement global. Par contre, dans le domaine mnésique et physique, les progrès ont été importants comme l'objective le bilan neuropsychologique de novembre 98* ».

Sur le plan neuropsychologique, un bilan réalisé 7 ans après l'accident conclut à l'existence d'un ralentissement et à des difficultés de maintien attentionnel, sans trouble de la mémoire de travail, des difficultés d'apprentissage verbal mais une efficacité normale en mémoire épisodique visuelle avec persistance de difficultés d'élaboration verbale.

Une dernière évaluation neuropsychologique 12 ans après l'accident est quasiment superposable, mettant en évidence une atteinte dysexécutive cognitive et comportementale ainsi que des troubles attentionnels et, à un moindre degré, langagiers. Cette dernière évaluation est peu différente de l'évaluation de février 1999.

Pour ce qui est des bilans d'imagerie, quatre IRM encéphaliques réalisées 2 mois après l'accident, 7 ans, 8 ans et 12 ans après l'accident, étaient parfaitement normales.

L'EEG de 24 heures ne retrouvait pas d'anomalies de type épileptique, les potentiels évoqués moteurs n'objectivaient pas de ralentissement périphérique ou central aux 4 membres, enfin un SPECT ne révélait pas d'hypo-perfusion des aires frontales, temporales, ni des noyaux gris.

VIC.. LU.. a obtenu le permis de conduire deux ans après l'accident, permis délivré sans restriction.

Sur le plan scolaire, il a pu reprendre après l'accident une scolarité, qui pour la première fois depuis qu'il était en classe de 5^e, comportait des interactions directes avec les enseignants et d'autres élèves puis étudiants.

À partir de mars 1999, six mois après l'accident, le tableau clinique va se transformer avec apparition de troubles comportementaux : difficultés de contrôle des impulsions (qui n'étaient pas présentes alors que VIC.. LU.. avait repris son cursus musical), troubles du sommeil et de l'appétit, puis hallucinations auditives, troubles du cours de la pensée qui ne cèderont que partiellement sous traitement neuroleptique.

Il pourra néanmoins poursuivre sa scolarité. C'est ainsi qu'il obtient un bac S en juin 2001 puis il entreprend des études de mathématiques à partir de septembre 2001 avec une moyenne en première année de DEUG de 18/20, deuxième année avec une moyenne de 16/20. VIC.. LU.. a obtenu son DEUG en juin 2003 puis il s'est inscrit pour l'année 2003-2004 en licence de Mathématiques, qu'il interrompt en fin de premier trimestre avec 16,3/20 de moyenne.

Les troubles du comportement, les productions hallucinatoires et la désorganisation de la pensée vont alors s'aggraver, imposant l'arrêt définitif de la scolarité et nécessitant de multiples hospitalisations en milieu spécialisé, un suivi psychiatrique et un traitement neuroleptique au long cours.

En 2012, le tableau est très sévère sur le plan psychiatrique : humeur mixte, désinhibition comportementale, sentiment de toute-puissance, fading, barrages, écholalie, automatisme mental, discordance...

Le processus médico-légal va être très long et complexe. En 2012, l'expert retiendra un syndrome dysexécutif cognitif imputable justifiant un DFP de 40%. Il retiendra également que le blessé présente une schizophrénie typique, dont il précisera qu'elle se serait développée de toute façon, indépendamment de l'accident et qu'elle n'est pas imputable à celui-ci.

Observation N°4

CHR...TA., née en 1982, droitère, a été victime d'un accident de la voie publique en 2001, alors qu'elle était âgée de presque 19 ans. Elle n'avait aucun antécédent connu.

CHR...TA. présentait un traumatisme crânien grave, de grande sévérité, Glasgow 6 d'emblée. L'évolution initiale a été très difficile, marquée par plusieurs tentatives successives de levée de la sédation et d'extubation, avec nécessité de réintubation et maintien prolongé d'une sédation et d'une ventilation mécanique. Alors que de façon assez surprenante, le tout premier scanner avait été considéré comme normal, on va voir très rapidement se constituer une vaste lésion hypodense pariéto-occipitale droite accompagnant un oedème cérébral.

Lors du retour à la conscience et du rétablissement d'un contact, on va identifier très rapidement des difficultés majeures de compréhension du langage oral, et, dans une moindre mesure, du langage écrit.

Le tableau clinique va être identifié comme étant celui d'une surdité verbale et d'une surdité corticale.

Environ quatre à six mois après l'accident, CHR...TA. a présenté des hallucinations auditives pures, sans aucun autre phénomène hallucinatoire dans un autre registre sensoriel, ces hallucinations disparaissant spontanément en un an environ.

Les bilans d'imagerie à distance étaient tout à fait cohérents au tableau clinique : outre de multiples dépôts d'hémosidérine et de multiples micro-saignements de la substance blanche, on identifiait une atteinte bilatérale des gyri temporaux supérieurs, s'accompagnant d'une très nette atrophie du côté gauche, ainsi que de lésions sous corticales bilatérales, pariéto-temporo-occipitales, s'accompagnant d'une véritable nécrose de l'isthme temporal du côté gauche. Il existait également des lésions frontales beaucoup plus discrètes.

3 ans après l'accident, les doléances exprimées par CHR...TA.  taient essentiellement centrées sur des troubles de la mémoire et de la compréhension, alors qu'il existait une franche anosognosie sans élément dépressif. On notait des modifications du caractère marquées par des difficultés du contrôle des impulsions en même temps que par une apathie.

CHR...TA. a fait l'objet de différentes évaluations sur le plan neuropsychologique, mettent en évidence une surdité verbale majeure, accompagnée d'une atteinte de la mémoire de travail et d'un syndrome dysexécutif cognitif, très nettement au second plan de la symptomatologie. La fluence verbale était diminuée, il existait une dysprosodie qui était la conséquence de la surdité verbale du fait de la perte du feed-back auditif. Pour ce qui est des sons non verbaux, il existait à la fois une agnosie auditive et une surdité corticale.

La mémoire sémantique était assez bien préservée. Il existait des difficultés d'encodage mais l'indig ge était efficace, notamment en modalité visuelle. Il n'existait pas de troubles praxiques purs mais des difficultés d'organisation liées au trouble de la programmation qui rentrait dans le cadre du syndrome dysexécutif.

Une première expertise a lieu en 2004 et conclut à la consolidation médico-légale, le DFP étant fixé à 60% et l'aide humaine à 2h00 par jour.

En 2005, on voit s'installer des éléments délirants très sévères, comportant des idées délirantes   thématique de filiation, d'empoisonnement, de persécution, ainsi que des hallucinations auditives et visuelles accompagnées d'angoisse sévère ainsi que d'agressivité difficilement contrôlable qui vont motiver plusieurs hospitalisations et un suivi continu depuis lors en milieu spécialisé.

Un traitement anti-psychotique   polarité anti-hallucinatoire, associé à un ISRS a été mis en route très rapidement, il sera poursuivi depuis lors mais peu efficace.

Fin 2005 et en 2006, CHR...TA. a probablement présenté un épisode d'exaltation de l'humeur, d'euphorie inappropriée au cours duquel elle a fait des dépenses excessives, sans notion de la valeur de l'argent.

A partir de 2009, elle a fait des séjours temporaires de quelques jours par mois dans un centre d'accueil médicalisé dans lequel elle va être admise pour un séjour permanent à la fin de l'année 2010. On va alors constater que les difficultés comportementales, qui restent importantes au centre, sont néanmoins mieux maîtrisées.

Le diagnostic retenu est celui de schizophrénie parano ide résistante au traitement.

Une demande de reconnaissance d'aggravation est faite en 2012. A cette occasion, une nouvelle évaluation neuropsychologique est tout-à-fait superposable à celui de 2004 pour la surdité verbale et la surdité corticale. Le syndrome dysexécutif et les troubles attentionnels sont plus sévères qu'en 2004 mais cette aggravation s'explique parfaitement, d'une part par la maladie psychiatrique, d'autre part par le traitement psychotrope. Il n'est donc pas retenu d'aggravation de nature organique.

Tout le débat va être celui de la nature des troubles psychiatriques. L'expert retiendra que le contact, rendu difficile par la surdité verbale, n'est pas du tout évocateur d'un trouble psychotique classique. L'hypothèse avancée sera celle de troubles d'allure psychotique de nature organique, qui résultent d'une déprivation sensorielle majeure, étant rappelé que la blessée présente de lésions temporales droites sévères, qui peuvent à elles-seules entraîner un trouble de la perception de la réalité.

L'imputabilité sera donc retenue dans ce dossier très particulier.

ÉTUDES CAS-CONTRÔLE

L'étude principale de Sachdev qui a été publiée en 2001[1] est une étude dans laquelle l'auteur, entre 1987 et 1997, a apparié 45 patients chez lesquels il avait porté le diagnostic de « *schizophrenia-like psychosis* » (SLP) à 45 sujets d'âge identique au moment du traumatisme crânien et au moment de l'étude.

Il conclut à l'apparition de symptômes psychotiques à un âge moyen de 26,3 ans avec une latence moyenne de 54,7 mois après le traumatisme crânien. Il donne une description clinique qui est reprise par différents auteurs, en notant que des délires de type paranoïde et des hallucinations auditives étaient les symptômes prédominants, alors que les troubles du cours de la pensée, les symptômes catatoniques et les symptômes négatifs étaient peu fréquents.

Il relevait que chez les patients présentant un SLP, les lésions cérébrales étaient plus diffuses en imagerie, particulièrement au niveau du lobe temporal gauche et du lobe pariétal droit. Enfin, il discutait le rôle d'une épilepsie en tant que comorbidité traumatique ou facteur contributif et soulignait que les meilleurs prédicteurs de la survenue d'une SLP étaient une histoire familiale de psychose et la durée de la perte de connaissance.

Dans le deuxième article publié par Sachdev en 2003 [2], l'auteur reprend essentiellement la description clinique qu'il a déjà présentée dans l'article publié deux ans auparavant.

Une étude publiée par Fujii [3] en 2001, donc contemporaine de l'étude de Sachdev, concerne un très petit effectif de 25 patients, dont il est d'ailleurs intéressant de noter que 14 avaient des antécédents de consommation de drogues et parmi ceux-ci, 8 avaient une consommation de drogues pouvant induire une psychose.

Exactement comme Sachdev, Fujii et Ahmed ont conduit une étude rétrospective de cas cliniques en appariant les sujets à 21 témoins qui leur avaient été adressés pour une évaluation neuropsychologique après un traumatisme crânien. Dans leur article, Fujii et Ahmed développent l'hypothèse qu'un état antérieur neurologique est fréquemment retrouvé chez les patients présentant une psychose dans les suites d'un traumatisme crânien, que cet état antérieur soit un premier traumatisme crânien ou une pathologie néonatale.

Ils rappellent également que les patients à risque de psychose sont également à risque élevé de traumatisme crânien.

Outre l'hypothèse d'un rôle possiblement révélateur du traumatisme crânien, Fujii et Ahmed notent la fréquence de lésions frontales et temporales. Cependant, ils concluent leur étude en soulignant ses limitations méthodologiques : faible effectif qui diminue la puissance statistique et la possibilité de

généraliser les conclusions. Ils soulignent également qu'il s'agit d'une étude rétrospective de cas cliniques comportant un biais de recrutement, du fait que les patients témoins comme les patients de l'étude étaient adressés pour un bilan neuropsychologique. Ils concluent à la nécessité d'études prospectives de plus grande taille.

Les mêmes auteurs ont publié en 2002 une nouvelle étude portant sur un effectif de 69 patients [4] colligés sur la base d'une étude exhaustive de la littérature publiée de 1971 à 1997. Il est intéressant de noter que les auteurs ont analysé 39 articles pour aboutir à un total de 69 cas cliniques ce qui témoigne donc du très faible effectif par étude et amène à souligner la très grande hétérogénéité des données.

Ils retrouvent des caractéristiques cliniques très comparables à celles qui avaient été notées dans l'article de Sachdev.

Tout aussi intéressant, Sachdev, à son tour, a commenté le travail de Fujii et Ahmed portant sur 25 patients. L'auteur souligne que l'effectif de son étude (N=45) est de taille plus importante (N=29 pour l'étude Fujii). Il retrouve essentiellement les mêmes données concernant l'âge du traumatisme crânien et le délai d'apparition des symptômes psychotiques, mais il insiste sur le fait que les patients de son étude étaient généralement des patients ayant subi un traumatisme crânien plus sévère que ceux de Fujii et Ahmed.

Enfin, il regrette que Fujii et Ahmed ne précisent pas le nombre de patients qu'ils ont exclus sur la base d'antécédents familiaux, ajoutant que si l'on essayait de regrouper les données des deux études, on pourrait probablement soutenir que le traumatisme crânien intervient sur un cerveau déjà vulnérable, qu'il s'agisse d'une prédisposition génétique, comme le pense Sachdev, ou d'antécédents neurologiques comme le pensent Fujii et Ahmed.

Un nouvel article publié par Fujii [5] propose essentiellement une analyse du délai de survenue de symptômes psychotiques après un traumatisme crânien. Pour cela, les auteurs se sont livrés à une analyse de la littérature en retenant, outre l'étude de Sachdev déjà citée, cinq autres études extrêmement hétérogènes, dont deux études que les mêmes auteurs ont publiées et sur lesquelles nous reviendrons. Ils citent également deux études publiées respectivement en 1969 et 1991, cette dernière sur une cohorte de vétérans finlandais de la deuxième Guerre Mondiale.

Sur la base de ces données extrêmement hétérogènes, les auteurs s'interrogent sur des facteurs de risque préexistant au développement d'une psychose. Ils discutent essentiellement trois types de relations possibles entre le traumatisme crânien et la psychose :

- le traumatisme crânien est la cause essentielle de la psychose,
- le traumatisme crânien contribue au développement de celle-ci,

- enfin, les deux pathologies sont sans lien l'une avec l'autre.

Les auteurs n'apportent pas d'argument spécifique pour retenir l'une de ces hypothèses plutôt que l'autre. Ils discutent par ailleurs la signification clinique du très long délai d'apparition des symptômes psychotiques dans la plupart des études (mais le délai est extrêmement variable puisqu'il est de deux jours dans certains cas, plus de vingt ans dans d'autres), en discutant le rôle d'une épilepsie ou de phénomènes de seuil.

Ils entendent par-là que des phénomènes essentiellement de dégénérescence neuronale ou de mort neuronale pourraient être très progressifs, les symptômes n'apparaissant que lorsqu'un seuil critique est atteint. Fujii et Fujii ont publié un nouvel article en 2012 [6] dans lequel ils ont colligé trente articles publiés entre 1989 et 2011, portant sur un total de 64 sujets, donc sur un effectif qui reste faible et peu exploitable, compte-tenu de l'hétérogénéité des critères d'inclusion et d'évaluation.

On peut citer un article publié par Arciniegas en 2003 [7].

En fait, l'auteur se livre à une compilation des articles précédemment publiés, en particulier ceux des auteurs que nous avons cités : Sachdev, Fujii et Ahmed, sans proposer de critère diagnostique spécifique autre que ceux du DSM IV pour les psychoses.

→ On constate donc clairement, à la lecture d'articles de méthodologie comparable, que le corpus de patients, à partir duquel différentes hypothèses ont pu être avancées, reste un corpus de très faible taille, qui va être analysé dans différentes études dont aucune ne comporte d'analyse statistique ayant un niveau de puissance satisfaisant.

Compte tenu de la très grande hétérogénéité des études, il n'était du reste pas envisageable de les regrouper pour conduire une méta-analyse.

ÉTUDES DE GRAND EFFECTIF

Nous avons tout d'abord repris une étude publiée par Halbauer et coll. [8]. Il ne s'agit pas d'une étude clinique à proprement parler, mais d'une analyse de la littérature sur les suites neuropsychiatriques des traumatismes crâniens légers à modérés, au cours d'actions de guerre. Le champ de cette étude est donc très spécifique, mais il est intéressant de noter, à propos des « *psychoses post-traumatiques* » dans ce cadre précis, que la relation est considérée comme « *unclear* » c'est-à-dire peu claire ou, en d'autres termes, non démontrée.

En 2007, Kim [9] publie une revue fondée sur l'analyse de 66 articles publiés entre 1978 et 2006. Aucun des articles n'atteint le niveau de preuve I ou II, la vaste majorité se situe au plus faible niveau de preuve :

IV. Cette revue concerne les complications neuropsychiatriques des traumatismes crâniens. A propos des troubles psychotiques, les auteurs concluent sur l'absence de critères clairs d'inclusion et d'évaluation, l'hétérogénéité des méthodes et des critères. Ils écrivent qu'il n'est pas possible de retenir de conclusion claire sur l'incidence et la prévalence des symptômes psychotiques post-traumatiques et sur l'impossibilité de distinguer les patients qui présenteraient des symptômes psychotiques post-traumatiques de ceux qui présenteraient une psychose et qui auraient des antécédents de traumatisme crânien. Ils soulignent qu'il n'est pas possible de résoudre la question de la nature de la relation entre traumatisme crânien et symptômes psychotiques : relation purement temporelle ou relation de causalité ?

Une étude publiée par Bryant [10] en 2010 offre l'intérêt d'être l'une des rares études prospectives de grand effectif dont nous disposons. L'étude comporte deux limitations importantes au regard du sujet qui nous intéresse : on ne retrouve pas de TC grave dans la cohorte de patients et le suivi a duré douze mois seulement. Cependant, sur un effectif initial de 1 084 patients dont 437 ont subi un TC modéré, aucun cas de psychose n'est rapporté.

Dans une revue très documentée, David et Prince font à leur tour une revue critique des études de psychoses après des traumatismes crâniens [11]. Leurs conclusions sont tout à fait claires : ils estiment que les études de cas cliniques (telles que celles publiées par Sachdev ou encore Fujii) ne sont pas contributives.

Ils estiment que des études de long terme de suivi sont nécessaires en soulignant que les études de cas contrôle amènent à des résultats totalement divergents concernant l'association entre un traumatisme crânien et la schizophrénie. Ils soulignent qu'une grande étude nord-américaine a été négative et finalement, ils concluent de façon très claire qu'une psychose préexistante prédispose à un traumatisme crânien, mais qu'il n'existe que de faibles indices qui iraient dans le sens de traumatisme crânien causant une psychose.

Enfin, nous avons relevé une étude de cohorte publiée en 2006 [12] qui a été conduite en Suède sur une population de 748 patients présentant un diagnostic de schizophrénie selon les critères ICD-9 ou 10, appariés à 14 960 contrôles d'une part, 1 526 patients réunissant les critères de psychose non affective selon l'ICD-9 ou ICD-10, appariés à 30 520 contrôles d'autre part. Les participants à cette étude sont nés en 1973 et 1980.

Dans cette étude de très grand effectif, les auteurs concluent de façon très claire :

« ...Le risque de schizophrénie n'est pas augmenté après un traumatisme crânien, bien qu'il existe une discrète augmentation du risque de psychose non affective... »

Il est intéressant de noter que Sachdev a commenté les résultats de cette étude, rappelant qu'une étude

danoise récente de cas contrôlés n'a pas mis en évidence de commotion cérébrale ou traumatisme crânien grave comme facteur de risque chez une population de patients schizophrènes. Il rappelle également que si l'on prenait en compte le délai entre le traumatisme crânien et l'apparition des symptômes de schizophrénie, celui-ci était de douze mois. Commentant l'étude de Harrison, Sachdev écrit :

« ... »

Globalement, cette excellente étude, combinée avec la littérature déjà publiée, montre qu'il est hautement non vraisemblable qu'il y ait un lien entre traumatisme crânien et schizophrénie... »

Il poursuit en indiquant qu'il existe une possibilité que chez certains patients – notamment du fait de facteurs génétiques – le traumatisme crânien joue un rôle, tout comme les facteurs néonataux ou obstétricaux pourraient jouer un rôle.

IMAGERIE

L'imagerie conventionnelle (Scanner et IRM) a mis en évidence une diminution de volume de la substance grise chez les patients schizophrènes [13], [14], [15], [16], [17].

Cette atrophie corticale est localisée au niveau du cortex pré-frontal, des hippocampes, de la région amygdaloïde et du cortex visuel. Cette atteinte est bilatérale. Il a été également décrit un élargissement ventriculaire et des vallées sylviennes [18], [19].

Les lésions encéphaliques post traumatiques vont être de même localisation à savoir le cortex frontal et les lobes temporaux, également bilatérales le plus souvent. La sensibilité plus importante de l'IRM pourra mettre en évidence des dépôts d'hemosidérine [20], [21].

L'IRM fonctionnelle a mis en évidence une moindre activation chez les patients schizophrènes au niveau des régions fronto-cingulaires et pariétales bilatérales ainsi qu'une hypoperfusion cérébrale au niveau des régions frontales [22].

On sait que des traumatismes crâniens dans l'enfance peuvent modifier le développement cérébral [23] mais il est difficile de caractériser le *primum movens* de ces troubles psychotiques en imagerie à moins d'avoir une imagerie normale avant le traumatisme et l'apparition de la symptomatologie.

DISCUSSION

L'incidence (nombre de nouveaux cas) des traumatismes crâniens (TC) modérés ou graves est élevée chez les adultes jeunes, particulièrement dans la tranche d'âge de 18 à 30 ans. Parallèlement, la troisième décennie, de 20 à 30 ans, est l'âge de début

habituel de la phase symptomatique des schizophrénies, alors que le risque d'événement traumatique, accidentel ou non, est beaucoup plus élevé chez les patients schizophrènes qu'au sein de la population générale de même âge.

Au sein de la population de cette tranche d'âge, il n'est donc pas surprenant que la question se pose avec une particulière acuité, de la survenue dans un délai de quelques semaines à quelques années après un TC, d'une symptomatologie qui, chez un patient n'ayant pas d'antécédent de TC, ferait porter sans beaucoup d'arrière-pensées, un diagnostic de schizophrénie. Sur tous les plans : personnel, familial, médical et médico-légal, il est essentiel d'essayer de parvenir à clarifier la nature du lien entre TC et symptômes psychotiques (SP) : coïncidence temporelle ? relation de causalité directe ? rôle favorisant ?

Les observations que nous rapportons illustrent la difficulté médico-légale. Dans trois des quatre observations (observations 1, 2 et 4), on note l'existence de lésions traumatiques temporales droite, classiquement accompagnées de perturbation du contact à la réalité. En revanche, l'imagerie est restée strictement normale dans l'observation 3. Par ailleurs, la sévérité des lésions était très différente, majeure dans l'observation 4.

On doit également relever que l'évolution cognitive a été tout-à-fait classique dans les trois premières observations, marquée par une amélioration des performances cognitives après la phase initiale : fonctionnement intellectuel global correct simplement pénalisé par la contrainte de temps à trois ans du TC dans l'observation 1, troubles de la concentration modérés, ralentissement intellectuel et fatigabilité à 5 mois du TC dans l'observation 2, persistance d'un syndrome frontal discret associant un trouble du contrôle attentionnels, un manque de flexibilité mentale, une légère réduction de la fluidité verbale, une note comportementale à type de familiarité et un ralentissement global 6 mois après le TC dans l'observation 3.

Sur le plan clinique, les sujets des observations 1 et 4 étaient exempts de tout état antérieur et de tout signe qui aurait pu être considéré comme précurseur d'une schizophrénie. En revanche, le contexte personnel et familial était beaucoup plus problématique dans les observations 2 et 3, même si nous ne les avons pas développés ici en détail.

Sur le plan symptomatique, les observations 1, 2 et 3 sont assez similaires, le délai d'apparition des symptômes psychotiques étant de l'ordre d'un à trois ans après le TC. Si les sujets n'avaient pas été victimes de TC, il est vraisemblable que le diagnostic de schizophrénie n'aurait pas été discuté.

En revanche, le sujet de l'observation 4 pose un problème assez différent. En effet, le tableau clinique initial était celui d'une déprivation sensorielle majeure, associant une surdité verbale, c'est-à-dire une perte de la capacité d'associer des sons à leur signification ver-

bale, à une surdité corticale, c'est-à-dire la perte de la capacité à associer des sons à leur signification en toute généralité. Comme cela s'observe fréquemment, le sujet a présenté au bout de quelques mois, des hallucinations dans le domaine sensoriel en cause, hallucinations qui ont disparu spontanément mais dans un délai inhabituellement long, de près d'un an. Il a été ensuite reconnu une aggravation imputable sur des éléments cliniques : contact n'évoquant pas du tout un sujet psychotique, et anamnétique : rôle considéré comme délétère sur le plan cognitif d'une déprivation sensorielle majeure.

Dans l'observation 1, l'imputabilité a été retenue sans véritablement qu'un diagnostic soit porté. Elle a été récusée dans les observations 2 et 3, les experts précisant dans chacun des deux cas que la schizophrénie serait de toutes façons apparue.

En même temps, on constate que dans ces deux derniers cas, alors qu'explicitement tout lien de causalité direct ou indirect, complet ou partiel, a été écarté, les experts ont manifestement retenu des taux de DFP clairement surévalués par rapport aux séquelles qu'ils ont considéré comme imputables.

Autant dire que derrière la formulation dichotomique de la doctrine, les difficultés persistent.

L'analyse de la littérature nous montre qu'en l'état actuel de la science, il n'est pas possible, en toute généralité, d'établir de relation de causalité, fondée sur une approche méthodologique rigoureuse, entre un TC et la survenue de SP dans les mois ou années qui suivent celui-ci. En dépit de la fréquence des TC, notamment chez le sujet jeune, et de celle la schizophrénie, il n'y a pas de sur-risque statistique de survenue de schizophrénie chez les patients victimes de TC, alors que l'on ne retrouve pas, rétrospectivement, de sur-représentation d'antécédents de TC chez des patients schizophrènes.

Ceci revient à dire que la survenue d'un TC de sévérité ou grave puis d'une schizophrénie, et plus généralement de symptômes psychotiques, doivent être considérés comme des événements indépendants, sans lien entre eux.

Pour autant, on peut s'interroger sur la coïncidence chez certains patients d'un TC suivi quelques mois ou années plus tard de SP.

Il convient tout d'abord de tenter de faire la différence entre la survenue de ce qui aurait été considéré comme une schizophrénie, si le traumatisme crânien n'était pas survenu (nos observations 2, 3 et probablement 1), et des symptômes psychotiques incomplets ou inhabituels dans les schizophrénies (observation 4).

Lorsqu'il s'agit de symptômes psychotiques qui ne rentrent pas dans le cadre d'une schizophrénie typique, le rôle du TC peut être évalué sur la base d'un mécanisme physiopathologique spécifique et identifié (ici, la déprivation sensorielle). D'une certaine façon, le débat peut en être facilité.

Lorsqu'il s'agit d'un tableau de schizophrénie, en admettant que la pathologie psychotique est indépendante de la survenue du TC sur la base des données de la littérature, on peut se poser la question de l'intrication des troubles comportementaux et cognitifs qui relèvent respectivement du TC et de la schizophrénie. Classiquement, les lésions temporales droites sont susceptibles d'altérer le contact à la réalité. Au-delà de ce constat ancien, on sait que les lésions frontales sont particulièrement fréquentes lors des TC, responsables de tableaux cliniques spécifiques selon leur sévérité et leur topographie, alors que l'imagerie morphologique et l'imagerie fonctionnelle montrent qu'il existe au moins des recouvrements entre les lésions et altérations fonctionnelles post-traumatiques et ce qui est observé chez des schizophrènes n'ayant pas subi de TC.

Du point de vue cognitif, chez le schizophrène, du moins en début d'évolution, on observe très fréquemment des troubles des fonctions exécutives, troubles attentionnels, troubles de la concentration, troubles de la planification et du contrôle inhibiteur cognitif et comportemental, troubles de la mémoire de travail.

Il existe donc une coïncidence symptomatique qui oblige à s'interroger sur l'interaction négative entre les deux volets.

On peut ainsi formuler l'hypothèse que chez certains patients qui auraient développé une schizophrénie mais qui ne présentaient pas encore de symptômes prodromiques ou pré-cliniques, la survenue d'un TC a réduit la réserve cognitive, donc les possibilités de remédiation cognitive. On peut d'ailleurs penser que les lésions axonales peuvent être plus diffuses et plus sévères que ce que l'imagerie peut montrer, singulièrement chez les patients ayant présenté une HTIC difficile à contrôler, réduisant encore la réserve cognitive. Ceci revient à dire que le TC ne jouerait pas de rôle direct dans l'apparition des SP, mais qu'il réduirait les capacités implicites ou explicites de remédiation cognitive à la phase pré-symptomatique ou prodromique, contribuant peut-être ainsi à l'apparition plus précoce d'une schizophrénie qui serait apparue en toute hypothèse.

Il ne s'agit là que d'hypothèses que l'on ne peut valider ou exclure qu'au cas par cas. Il n'en reste pas moins qu'une ré-évaluation du dogme médico-légal actuel serait probablement la bienvenue.

CONCLUSION

L'analyse de la littérature montre qu'il n'y a pas de lien démontré entre la survenue d'un TC modéré ou grave et l'apparition secondaire de symptômes psychotiques. Ceci valide d'une certaine façon la doctrine médico-légale actuelle selon laquelle « *Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique* ». Il est néanmoins nécessaire de s'interroger le rôle possible d'une réduc-

tion de la réserve cognitive dans les suites d'un traumatisme crânien modéré ou grave au regard de la sévérité d'une schizophrénie qui serait de toutes façons apparue. On peut également s'interroger dans certains cas spécifiques sur le rôle de troubles cognitifs particuliers qui peuvent expliquer la survenue de symptômes psychotiques post-traumatiques. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SACHDEV P, SMITH JS, CATHCART S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury : a chart-based descriptive and case-control study. *Psychol Med.* 2001 Feb ;31(2) :231-9.
- [2] ZHANG Q, SACHDEV PS. Psychotic disorder and traumatic brain injury. *Curr Psychiatry Rep.* 2003 Jul ;5(3) :197-201.
- [3] FUJII D, AHMED I. Risk factors in psychosis secondary to traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13:61-9.
- [4] FUJII D, AHMED I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury : an analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14: 130-40.
- [5] FUJII D, AHMED I. Psychotic disorder following traumatic brain injury : a conceptual framework. *Cogn Neuropsychiatry.* 2002 Feb ; 7(1) : 41-62.
- [6] DARYL FUJII, PH.D., DANIEL C. FUJII. Psychotic Disorder Due to Traumatic Brain Injury: Analysis of Case Studies in the Literature. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 24:278-289.
- [7] ARCINIEGAS D., HARRIS S., BROUSSEAU K. Psychosis following traumatic brain injury. *International Review of Psychiatry* (November 2003), 15, 328-340.
- [8] JOSHUA D. HALBAUER et coll. Neuropsychiatric diagnosis and management of chronic sequelae of war-related mild to moderate traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development.* Volume 46 Number 6, 2009 :757-796.
- [9] Neuropsychiatric Complications of Traumatic Brain Injury: A Critical Review of the Literature (A Report by the ANPA Committee on Research). Edward Kim, M.D. et coll. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 19:106-127
- [10] RICHARD A. BRYANT, O'DONNELL M., CREAMER M., MCFARLANE A. CLARCK C.R., SILOVE D. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am. J. Psychiatry.* 2010; 167 : 312-320
- [11] A. S. DAVID and M. PRINCE. Psychosis following head injury : a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005 ; 76 :i53-i60. Doi : 10.1136/jnnp.2004.060475.
- [12] HARRISON et coll. Risk of schizophrenia and other non-affective psychosis among individuals exposed to head injury : case control study, *Schizophr Res* 2006 ; 88 :119-26.
- [13] DENNIS VELAKOULIS, MBBS, FRANZCP; STEPHEN J. WOOD, MA(Cantab), PhD et al. A Magnetic Resonance Imaging Study of Chronic Schizophrenia, First-Episode Psychosis, and Ultra-High-Risk Individuals *Arch gen psychiatry*/vol 63, feb 2006
- [14] C. EDGAR, MICHAEL A. HUNTER, MINGXIONG HUANG, ASHLEY K. SMITH, YUHAN CHEN, JOSEPH SADEK, BRETT Y LU, GREGORY A. MILLER, AND JOSE M. CANIVE. Temporal and frontal cortical thickness associations with M100 auditory activity and attention in healthy controls and individuals with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012 September ; 140(1-3): 250-257.
- [15] JORDI SERRA'MESTRES, CAROL A. QREGORY, SUBASH TANDON, ALISON J. STANSFIELD, PAUL M. KEMP, PETER J. Mc KENNA. Simple Schizophrenia Revisited: A Clinical, Neuropsychological, and Neuroimaging Analysis of Nine Cases. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 26, No. 2, 2000.
- [16] MARIA CRISTINA LOMBARDO FERRARI, LUCI KIMURA, LUCIANA M. NITA, Structural brain abnormalities in early-onset schizophrenia. *Helio Elkis Arq Neuropsiquiatr* 2006;64(3-B):741-746
- [17] ASHOK K MALLA, JATINDER TAKHAR, ROSS MG NORMAN, LEO ASSIS. Computed tomographic findings in schizophrenia: relation with symptom. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* Vol 24, 2 1999.
- [18] TAMAS TENYI. Neurodevelopment and schizophrenia: data on minor physical anomalies and structural brain imaging. *Neuropsychopharmacologia hungarica* 2011.
- [19] ASHOK K. MALLA, MB BS; CHARU MITTAL, BScEng, MD; MARK LEE, MD; DEREK J. SCHOLTEN, BAHONS; LEO ASSIS, MD; ROSS M.G. NORMAN, PhD. Computed tomography of the brain morphology of patients with first-episode schizophrenic psychosis. *Rev Psychiatr Neurosci* 2002; 27(5)
- [20] CHANDLEE C. DICKEY, MD, ROBERT W. MCCARLEY, MD, and MARTHA E. SHENTON, MD. The Brain in Schizotypal Personality Disorder: A Review of Structural MRI and CT Findings. *Harv Rev Psychiatry.* 2002 ; 10(1): 1-15.

- [21] G. N. SMITH, S. W. FLYNN, L. C. KOPALA, A. S. BASSETT, J. S. LAPOINTE, P. FALKAI, W. G. A comprehensive method of assessing routine CT scans in schizophrenia. *Honer Acta Psychiatr Scand.* 1997 November ; 96(5): 395-401.
- [22] BASTOS-LEITE AJ, RIDGWAY GR, SILVEIRA C, NORTON A, REIS S, FRISTON KJ. Dysconnectivity Within the Default Mode in First-Episode Schizophrenia: A Stochastic Dynamic Causal Modeling Study With Functional Magnetic Resonance Imaging. *Schizophr Bull* 2014.
- [23] LYNN E. DELISI. The Concept of Progressive Brain Change in Schizophrenia: Implications for Understanding Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 34 no. 2 pp. 312–321, 2008.

LA PROBLÉMATIQUE DE RÉINSERTION DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS

THE PROBLEMATIC ISSUE OF REINTEGRATION OF CRANIAL TRAUMA PATIENTS

Par **Yannick VIGNAUD** (1)

RÉSUMÉ

Le traumatisme crânien constitue une rupture brutale de la vie psychique et nécessite un accompagnement adapté. La rééducation longue et difficile est un préalable à un accompagnement spécialisé vers l'insertion sociale et professionnelle. L'insertion en milieu dit « ordinaire » est à favoriser. L'évaluation et l'orientation des personnes traumatisées crâniennes sont au cœur de cet accompagnement médico-social qui doit se réaliser dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Mots-clés : Traumatisme crânien, insertion, accompagnement.

SUMMARY

Cranial traumatic injury is a sudden rupture in the psychic life and requires appropriate support. Long and difficult rehabilitation is a prerequisite for specialized support in view of social and professional integration. Insertion in "the normal world" must be preferred. The evaluation and orientation of head injury are central in the process of this medical and social support that must be provided in the best comfort and safety conditions.

Keywords: *Cranial traumatic injury, insertion, support.*

(1) Adjoint de Direction Chargé de Développement Sud-ouest
Ancien Chef de Service SAMSAH-TC / Appartements d'autonomisation
LADAPT UEROS
Ergothérapeute DE
26 Avenue du Rauzé, 33360 Cénac
vignaud.yannick@ladapt.net

La réinsertion est définie par le Dictionnaire de Français Larousse comme « l'action de réinsérer ». Ce verbe est défini comme « Insérer de nouveau quelque chose quelque part : réinsérer un maillon dans la chaîne ». Il est aussi défini comme « Agir pour que quelqu'un puisse se réadapter à la vie sociale ». Nous voyons là à la fois l'intervention du tiers et le fait de remettre comme avant, c'est l'exemple du maillon dans la chaîne. Pour autant, il est clair que suite à l'accident et à la rupture de la vie psychique que constitue la période de coma avec le handicap qui en résulte, rien ne sera plus comme avant.

Cet article se centrera sur la réinsertion et n'aura pour prétention que de donner des pistes de réflexions et des liens vers des acteurs spécialisés. Le propos s'appuie sur une expérience collective liée au développement du réseau d'insertion bordelais spécialisé sur la question de l'accompagnement de la personne cérébrolésée. Cette expérience repose sur une prise en charge globale allant du soin au travers de l'éveil de coma jusqu'à l'insertion professionnelle.

1. GÉNÉRALITÉS

La réinsertion se met en œuvre lors de la phase séquelair. Il n'y a plus d'évolution significative de la récupération fonctionnelle. L'état de santé est stabilisé, c'est l'annonce du handicap. Le handicap est défini par l'Article L114 du Code de l'action sociale et des familles de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation de la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un

polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Parler de séquelles ou de troubles sera un élément mais il faudra surtout évoquer les répercussions concrètes dans l'insertion socio-professionnelle. Ce sont ces répercussions, l'expression concrète et quotidienne du handicap, qu'il faudra évaluer pour mieux compenser, pour faire avec. On parle souvent de travail de deuil, d'acceptation. Nous avons pu observer que l'acceptation est extrêmement difficile. Comment accepter l'inacceptable ? Perte de son rôle social, perte de son travail, perte de ses projets, et parfois rupture familiale importante. Si la personne arrive à « faire avec » ce sera déjà un grand pas. Le handicap de la personne traumatisée crânienne sera à voir comme une difficulté majeure à la relation (à soi, aux autres, au monde).

L'accident et le traumatisme crânien constituent une blessure narcissique profonde. Suite à la période de coma et au parcours institutionnel, la personne cérébralisée va redécouvrir un corps et des aptitudes cognitives et comportementales plus ou moins fiables, des compétences sociales altérées. L'environnement découvrira une forme d'imprévisibilité. Malgré ce handicap le plus souvent invisible il faut pourtant continuer à vivre malgré tout. La personne cérébralisée ayant une vision dépréciée d'elle-même, anticipera une vision dévalorisante de la part des « valides ». L'estime de soi étant diminuée, son rapport au monde sera modifié. Il ne faut jamais perdre à l'esprit la souffrance que représente le traumatisme crânien : la perte de son statut social, de sa vie antérieure, de ces aspirations et de certaines croyances. Il est très difficile de « se perdre soi-même », puis de se reconstruire autour d'une nouvelle identité.

Le traumatisme crânien porte avec lui son lot de représentations sociales et de préjugés véhiculés par le langage commun. La tête est le lieu de la réflexion, le cerveau est considéré comme l'organe supérieur. Un grand nombre d'expressions en sont l'illustration ;

- « t'as vu ta tête ? »
- « avoir une sale tête »
- « avoir une tête de déterré »
- « c'est une tête ? »
- « avoir la tête fêlée »
- « avoir perdu la tête ».

Le traumatisme crânien est bel et bien un coup à la tête qui transforme un individu mais qui ne le rend pas fou. Le traumatisme crânien est la cause de situations de polyhandicaps du fait des multiples déficiences et incapacités qu'il entraîne (troubles physiques, sensoriels, cognitifs, comportementaux).

une chose et le niveau de satisfaction que l'on peut en avoir. Une personne peut ne pas être satisfaite de ses loisirs et n'y accorder aucune importance. Les loisirs ne représentent donc pas une situation de handicap pour la personne alors que cela peut justifier une inquiétude de l'entourage. La corrélation importance/satisfaction est une donnée de l'accompagnement qu'il faut conserver lors de son exercice professionnel.

On ne peut parler de « réinsertion » sans évoquer la question du lien social. On peut considérer qu'un individu n'existe socialement que s'il est intégré par des interactions et des relations au sein d'un ou plusieurs groupes sociaux (le travail, la famille, les loisirs...). La relation à autrui, au monde, est l'expression du lien social et c'est bien la question de la difficulté relationnelle qui est en cause dans le cadre de la réinsertion des personnes traumatisées crâniennes.

Les capacités à créer puis à maintenir des relations sociales permettant d'avoir un groupe d'appartenance, de se construire à travers et grâce à lui, sont en défaut pour la personne ayant eu un traumatisme crânien. Elle reste en quelque sorte en quête d'identité, elle fait régulièrement référence à « avant l'accident ». Son accident l'a changé, elle doit se reconstruire mais se retrouve handicapée dans la relation du fait des différents troubles et, le plus souvent, de la non-acceptation. Cette non-acceptation est la conséquence du souvenir de leur vie antérieure à l'accident, de leurs projets, de leurs aspirations personnelles.

Il leur faudra réapprendre les activités de la vie quotidienne, mais aussi réapprendre la relation à autrui et se confronter à la réalité de la société et du monde du travail. C'est tout un lien social qu'il faut recréer. Le groupe d'appartenance est devenu celui des personnes handicapées, vécu comme groupe stigmatisant. De nouvelles valeurs et normes vont prendre place et la reconstruction identitaire va s'étayer sur les expériences communes de réapprentissage. La personne devra alors se réaliser autrement, se mobiliser pour tendre vers une autre forme de réalisation de vie. C'est pourquoi travailler autour du groupe, des pairs lors de la réinsertion est un support à cette démarche.

La réinsertion se réalisera en partenariat avec les familles. Il faudra prendre en considération les désirs (de la personne, de la famille), et les capacités. Cela nous amène à considérer à ce moment de la construction du projet la question de l'évaluation. Cette évaluation est centrale. Pour autant, il faudra réaliser un compromis entre l'évaluation réalisée par des professionnelles (ergothérapeutes, neuropsychologues...), les désirs de la personne et les désirs de la famille.

2. LA RÉINSERTION

Dans le cadre de la réinsertion il faudra prendre en considération le rapport entre l'importance accordée à

3. L'ÉVALUATION, LE PROJET

Il est nécessaire d'évaluer les incapacités et le handicap. L'évaluation en « laboratoire » (test neuropsychologiques)

logique par exemple) n'étant pas toujours prédictive du handicap il faudra réaliser des évaluations les plus proches de la vie réelle. Lors de la réinsertion il est important de connaître les troubles (troubles des fonctions exécutives, troubles mnésiques...) mais il est indispensable de connaître leur répercussion concrète qui ne s'exprimera qu'en situation et sera dépendante de l'expression des troubles. Cette expression sera dépendante des acquis antérieurs et des habitudes de vie.

Il faudra évaluer les aptitudes à la vie sociale en se demandant « où vivre et comment vivre » ? Pour cela il est nécessaire de définir les aptitudes à maîtriser les interactions sociales, de préciser le projet de la personne, de définir les aides techniques et aides humaines et surtout d'accompagner cette réinsertion. Afin de réaliser cette étape d'évaluation et de formulation de projet il a été créé les Unités d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et socio-professionnelle (UEROS). Les UEROS ont été créées en 1996 par la « Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien » aussi appelée circulaire Bauduret. Un décret est paru en 2009 afin de consolider et d'élargir le champ de compétence des UEROS. Le « Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébrolésées » consolide le fait que les UEROS ont pour mission d'évaluer et d'accompagner à la formulation d'un projet professionnel et intègre la notion d'accompagnement social. Le décret nous dit que :

« Ces unités ont également pour mission :

1. À la demande d'un professionnel intervenant de sa propre initiative ou d'une maison départementale des personnes handicapées :

a) De réaliser des évaluations préliminaires médico-psychologiques de courte durée afin de déterminer si l'intéressé peut bénéficier d'un programme de réentraînement ;

b) D'aider l'intéressé à élaborer son projet de vie ;

c) D'informer les professionnels.

2. D'apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires mentionnées à l'article L. 146-8, notamment dans le cadre de conventions passées avec les maisons départementales des personnes handicapées ;

3. Sur décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées :

a) D'évaluer de manière approfondie les potentialités et les difficultés de l'intéressé, notamment en identifiant les troubles neuropsychiques en termes cognitif, comportemental, relationnel ou affectif ; de construire et mettre en œuvre un programme de réentraînement qui doit permettre de consolider et d'accroître l'autonomie de l'inté-

ressé ; de construire avec l'intéressé et son entourage un projet d'insertion sociale incluant, le cas échéant, une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire, adapté ou protégé en se fondant sur l'évaluation et le programme de réentraînement mentionnés précédemment. »

Enfin d'évaluer et d'accompagner nous avons pris le parti que l'accompagnement et la mise en place du projet de la personne fait partie intégrante de l'évaluation. Le réseau bordelais, grâce à des coopérations de longues dates entre différents acteurs a organisé l'UEROS Aquitaine en trois services avec trois missions distinctes. Tout d'abord l'Unité de Soins Neurologiques (USN) Tastet-Girard du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux qui réalise l'évaluation des troubles cognitifs et comportementaux. Ce service peut proposer des stages axés sur les troubles cognitifs (prise de conscience, métacognition...). Ensuite les Appartements d'autonomie sociale de L'ADAPT Gironde (Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des personnes handicapées) réalisent l'évaluation d'autonomie et peuvent proposer un réentraînement à la vie sociale puis accompagner la mise en œuvre du projet. Enfin, l'UGECA (Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie) Aquitaine intègre l'UEROS professionnelle au sein de son Centre de Rééducation Professionnelle de la Tour de Gassies. Les évaluations professionnelles y sont réalisées et les personnes sont accompagnées vers la formulation d'un projet professionnel en cohérence avec le handicap, les compétences et les désirs des personnes.

4. L'ACCOMPAGNEMENT DU PROJET

Il est donc clair que l'on ne peut accompagner un projet sans évaluation au préalable. Pour autant le projet ne peut s'accompagner de manière linéaire. Il faudra répondre à plusieurs questions en même temps. Au même moment il faudra penser à où habiter, avec quelles aides, comment se déplacer, quels sont les droits et les ressources financières, et enfin, que faire de ses journées ?

Ces cinq données sont incontournables et interdépendantes. La question du logement posera celle de l'aide humaine. En effet, les personnes cérébrolésées sont « consommatrices d'aides humaines ». L'idée est d'évaluer sur le plan qualitatif et quantitatif ; comment d'heures et pourquoi faire ? Cette évaluation ne doit pas se réaliser dans le cadre d'une rencontre unique en situation fictive. Elle doit prendre en considération les habitudes de vie, le contexte de vie, et surtout l'expression des troubles. En effet, deux personnes ayant les mêmes troubles n'auront pas le même handicap. L'expression des troubles sera différente et n'aura pas les mêmes répercussions en fonction des personnes.

Les troubles du comportement sont de plus imprévisibles. Il est nécessaire de multiplier les expériences afin de réaliser comment ils s'expriment et à quels moments. Nous pourrions voir si la personne peut vivre seule, en famille, en habitat regroupé de type maisons familiales (telles que celles de l'Association des Familles de Traumatisés Crâniens : AFTC de la Gironde) ou bien en structure spécialisée.

Le déplacement est aussi un élément central. Les troubles cognitifs et comportementaux entraînent un handicap de déplacement très important. Cela est lié directement aux troubles de l'orientation mais aussi au syndrome dysexécutif qui empêche de faire face à l'imprévu, qui ne permet pas de s'adapter, qui diminue la prise d'initiative, aux troubles attentionnels qui induisent nombres d'erreurs (adhérence à l'environnement ou fausses reconnaissances d'indices par exemple), et aux troubles du comportement qui peuvent induire un biais important dans l'utilisation des transports en commun. Une évaluation fine des capacités et des modes de compensation sera à réaliser.

L'accompagnement par une équipe spécialisée permettra aussi d'accompagner la personne autour de la question des droits et des ressources (Allocation Adulte Handicapé, Prestation de Compensation du Handicap, Indemnisation...). Il faut se poser la question de la mesure de protection face aux problématiques de gestion et aux difficultés à gérer les affaires administratives.

Lorsque la question du logement est « réglée », que l'on est clair sur les droits et ressources, que l'aide humaine est bien évaluée et que la problématique de déplacement est évaluée, cela ne répond pas à question : « et maintenant que faire de ses journées ??? »

La problématique professionnelle interviendra à ce moment. La personne peut-elle travailler ? Si oui est-ce en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé. On citera ici certaines entreprises adaptées qui peuvent accueillir des personnes cérébrolésées, des ESAT (Établissement et Service d'aide par le Travail) spécialisés (tel que celui de Floirac en Gironde) et certaines sections ESAT Hors-mur qui accompagnent des personnes vers un projet professionnel en milieu ordinaire. L'objectif de l'ESAT spécialisé est bien entendu de proposer du travail mais un travail adapté prenant en considération les difficultés des personnes. C'est pourquoi l'ESAT spécialisé de Floirac n'a pas de production propre (tel que espace vert, blanchisserie, restauration...) mais réalise des prestations de sous-traitance (routage, façonnage, mise sous pli, petite mécanique, divers petites prestations de services...). Cela permet d'avoir des postes de travail adaptés et variés (travail sur table par exemple) où l'on peut séquencer une tâche complexe en une multitude de monotâches afin de s'adapter aux troubles cognitifs. De plus, cela permet de s'appuyer et de valoriser les compétences antérieures à l'accident. Certains travailleurs d'ESAT sont investis dans des démarches de Reconnaissance

des Acquis d'Expérience (RAE). L'ESAT Hors-mur accompagne des personnes à la réalisation de leur projet professionnel en mettant en place des mises à disposition dans des entreprises. La personne reste salariée de l'ESAT mais travaille chaque jour au sein d'une entreprise en milieu ordinaire. Ce contrat de mise à disposition peut se prolonger pendant deux ans. À son terme ce contrat doit se poursuivre par un contrat de droit commun. Suite au nouveau contrat, un suivi peut être assuré pendant deux ans. Ce type de dispositif permet de mettre en œuvre une réelle sécurisation des parcours d'insertion tant pour la personne que pour l'entreprise. Cela est à différencier de la prestation de service réalisé par les ESAT. La prestation de service peut être réalisée par une personne, un groupe, sur une ou plusieurs interventions. Cette prestation n'est pas ciblée comme le contrat de mise à disposition qui a, dès sa signature, un objectif d'intégration par un contrat de droit commun. Ce contrat de mise à disposition engage l'entreprise.

Cette étape d'orientation et de définition de projet professionnel nécessite d'être accompagnée en amont pour la définition du projet par des structures telles que les UEROS.

Si la personne ne peut travailler ou ne le désire pas, il faudra accompagner vers une insertion occupationnelle. Un travail avec des Centres d'Accueil de Jour (CAJ), qui sont des Foyers Occupationnels sans hébergement, ou des Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) spécialisés sera à envisager. Les CAJ accueillent et accompagnent des personnes cérébrolésées en fonction de leurs besoins et de leur désir dans une insertion de loisirs et une socialisation. Comme tout service médico-social la personne y formule un projet. Elle est accompagnée dans la réalisation de ce projet d'activités (sports, culture, musique, expression artistique, sorties...). Le maintien du lien social et la prise de plaisir y sont souvent les maîtres-mots. L'orientation se réalisera en fonction du niveau d'autonomie et des souhaits de la personne. Les GEM accueilleront un public plus autonome. Les GEM ne sont pas des structures médico-sociales mais des associations loi 1901. Les personnes handicapées prennent une part active à la définition et à l'organisation du projet d'entraide du GEM. Le GEM est parrainé par une association, souvent une AFTC pour les personnes cérébrolésées.

5. LE SUIVI

Enfin, une fois le projet formulé par exemple au sein d'une UEROS, il faudra le suivre et le consolider. C'est le rôle des Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Le « Décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des

services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés » précisent les missions avec :

« L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ; L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;

Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;

Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;

Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;

Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;

Le suivi éducatif et psychologique.

Des soins réguliers et coordonnés

Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. »

On peut aussi retrouver des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) qui assurent un suivi de personnes cérébrolésées. Du fait du handicap important et de la nécessité du suivi médical et paramédical imposé par les séquelles du traumatisme crânien, le SAMSAH reste la structure la plus adaptée. Pour autant, lorsque la personne est stabilisée, que l'intervention de professionnels paramédicaux (ergothérapeutes, infirmières, neuropsychologue...) n'est plus nécessaire le suivi par un SAVS est opportun. La différence entre le SAVS et le SAMSAH repose d'ailleurs sur cette notion de soin.

Ces services font suite aux UEROS. Sur orientation de la MDPH ils vont pouvoir accompagner le projet et le consolider sur plusieurs années. La problématique de la réinsertion ne se termine pas avec la mise en place du projet. Il ne faut surtout pas en présupposer la stabilité comme il ne faut pas présupposer l'autonomie d'une personne cérébrolésée.

Ainsi le SAMSAH qui a une fonction de coordination importante sera un soutien à la famille et à l'entourage (auxiliaire de vie par exemple). C'est un service expert sur lequel s'appuient les intervenants du quotidien qui sont confrontés régulièrement à des situations de conflit, au sentiment de solitude avec la personne accompagnée, au jugement de la personne (« il est fatigant »), à l'imprévisibilité des troubles et au stress de la mise en danger (peut-il faire seul ?). Dans cet accompagnement à long terme il faudra s'appuyer sur la prise d'habitudes, la mise en place de rituels et d'automatismes. L'aide humaine est le Principe organisateur de la vie quotidienne. Le transfert d'apprentissage est très souvent difficile et les aides techniques sont souvent mises de côté après le centre de rééducation. Le SAMSAH interviendra sur l'évaluation, l'autonomisation, l'insertion sociale voir professionnelle et sur la question du soin.

Les SAMSAH retrouvent souvent des situations de mises en danger, des problématiques de gestion des situations à risque, des problématiques de gestion de l'imprévu, un isolement social et un risque de désocialisation important. La question de la dégradation de l'état de santé à distance de l'accident est une donnée importante, les personnes ayant souvent arrêtées tout suivi médical lorsqu'elles sont retournées à domicile.

6. CONCLUSION

Il faut appuyer sur la nécessité de travailler en réseau. Il existe un certain nombre de structures qui peuvent accompagner les personnes cérébrolésées et qui peuvent être sollicitées. Il est indispensable que ces structures se coordonnent entre elles afin d'accompagner au mieux le projet de la personne.

À long terme, et cela doit être pris en compte dans le cadre de l'évaluation, il ne faut jamais présupposer l'autonomie (vérifier les dires et mettre en situation) et ne pas penser qu'un projet est stable ; un élément qui change dans l'environnement de la personne peut faire basculer l'intégralité de son projet.

Au-delà de cet article il est à saluer le travail accompli par tous les acteurs de la réinsertion de la région Bordelaise ; Centre de Médecine Physique et de Réadaptation L'ADAPT Château Rauzé, UEROS Aquitaine, ESAT Gaillan Richelieu L'ADAPT Gironde, SAMSAH L'ADAPT Gironde, AFTC Gironde, GEM Neurofestifs 33, CAJ AFTC Avenir, les maisons familiales, les différents services prestataires. Cette filière spécialisée du sanitaire au médico-social, permet un véritable maillage accompagnant de l'éveil de coma à la réinsertion avec le souhait de s'adapter à la problématique de chacun tout en créant une dynamique collective indispensable à l'accompagnement. ■

BIBLIOGRAPHIE

Circulaire DAS/DE/DSS N°96-428 du 4 juillet 1996.

Code de l'action sociale et des familles, Michel Borgetto, Robert Lafore, Armelle Mavoka-Isana, Collectif Dalloz, Paris, Edition Dalloz, 2014, 1850 pages.

Décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement

- des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS) pour personnes cérébro-lésées.
- Dictionnaire critique d'action sociale*, Édition Bayard, Collection « travail social », 1995.
- COHADON François, CASTEL Jean-Pierre, RICHER Edwige, MAZAUX Jean-Michel, LOISEAU Hugues, *Les traumatisés crâniens, de l'accident à la réinsertion*, Éditions Arnette, 1998, 326 pages.
- C. LE GALL, G. LAMOTHE, J.-M. MAZAUX, F. MULLER, X. DEBELLEIX, E. RICHER, P.-A. JOSEPH, M. BARAT, Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine, *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol 50 - N° 1, pp 5-13, janvier 2007.
- CLEMENT A. « Quel devenir pour les traumatisés crâniens ? », Rencontre en médecine physique et réadaptation, n°4, Expériences en ergothérapie, Éditions Sauramps médical, 1998, pp 72-80.
- BOYER-LABROUCHE Anne, *Renaitre après l'accident, la rééducation psychothérapique des traumatisés crâniens*, Paris, Éditions Dunod, 1996, 157 pages.
- LEBEAU Henri-Jean « Rapport LEBEAU », Inspection Générale des Affaires Sociales. Site Internet : <http://www.traumacranien/rapleb.org>
- BLAISE Jean-Luc, Traumatisme crânien : blessure sociale, Handicap et Inadaptations - *Les cahiers du CTNERHI*, n°75-76, 1997.

LE MÉDECIN DE RECOURS : CE MILITANT INCONNU

THE MEDICAL ADVISOR AN UNKNOWN MILITANT

Par le Docteur Oliver SERFATI (1)

RÉSUMÉ

Médecin expert, médecin-conseil d'assurances, médecin de recours (dit aussi médecin conseil de blessé) sont trois sortes de médecins qui ne soignent pas mais qui interviennent dans le processus d'évaluation médico-légale en matière de dommage corporel. Quand bien même ils ont des formations similaires, leurs rôles et leurs missions sont très différents et ne doivent pas être confondus. L'intervention du médecin de recours est basée sur deux principes fondamentaux à savoir, d'une part, la charge de la preuve qui incombe à la victime et d'autre part, le principe du contradictoire. Le médecin de recours aide non seulement le blessé à constituer son dossier médical mais il le conseille, l'assiste et le défend afin d'obtenir une évaluation médico-légale juste. Le rôle du médecin conseil auprès d'une victime ayant subi un traumatisme crânio-cérébral est encore plus incontournable compte tenu de la spécificité du « handicap invisible » qu'occasionnent les lésions cérébrales.

Mots-clés : Médecin de recours, médecin de blessé, médecin-conseil d'assurance, médecin expert, expert judiciaire, dommage corporel, évaluation médico-légale, preuve, principe du contradictoire, traumatisé crânio-cérébral, handicap invisible®.

SUMMARY

Medical evaluator, insurance company medical advisor, medical advisor (known also as consultant for the injured party), are three types of doctors who do not provide treatment but take part in the medicolegal assessment process in respect of bodily harm. Even though they have similar training their roles and tasks are very different and must not be confused. The intervention of the med-

ical advisor is based on two fundamental principles, that is, on the one hand, the burden of proof incumbent upon the victim and, on the other, the adversarial principle. The medical advisor not only helps the injured party to constitute his personal medical data record but also advises, assists and defends him in order to obtain a fair medicolegal assessment. The role of the medical advisor vis a vis a victim having sustained a craniocerebral trauma is even more indispensable considering the specificity of the "invisible handicap" that brain injuries cause.

Keywords: Medical advisor, doctor for the injured party, insurance company medical advisor, medical evaluator, judicial expert, bodily harm, medico-legal assessment, proof, adversarial principle, craniocerebral trauma, invisible handicap®.

Face aux compagnies d'assurance chargées de les indemniser, les victimes se trouvent souvent démunies. Outre le dommage corporel dont elles sont victimes, elles ont souvent le sentiment de devoir se battre pour obtenir l'indemnisation qui leur est due.

Si un avocat spécialisé dans la réparation du dommage corporel peut aider les victimes à défendre leurs intérêts, bénéficier des conseils et du soutien d'un médecin de recours est indispensable pour obtenir une juste indemnisation.

MAIS QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN DE RECOURS, CE PROFESSIONNEL DONT ON NE PARLE JAMAIS ?

Le rôle du médecin dans l'évaluation du dommage corporel n'est ni de soigner, ni de tenter de guérir un patient, mais de faire des constatations médicales en vue de l'établissement d'une preuve, d'un lien de causalité entre un accident dommageable et ses conséquences corporelles. Le médecin de recours ne prescrit pas de médicaments. Il arrive après un parcours médi-

(1) Président de l'Association Handicap Invisible
Diplômé d'études relatives à la réparation juridique du dommage corporel

cal souvent très long. Ses honoraires ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale. Pourtant, il est indispensable pour aider la victime à être correctement évaluée. Si un tiers responsable existe, son assureur doit indemniser la victime à la hauteur des préjudices qu'elle a subi : ce n'est pas à la victime d'adapter ses préjudices au montant que veut bien lui accorder l'assureur.

Le médecin de recours est donc là pour permettre au principe de réparation intégrale de prendre tout son sens. Il va permettre une meilleure évaluation des dommages subis et donc œuvrer pour une meilleure indemnisation.

Les compagnies d'assurance enclenchent le processus indemnitaire dès la déclaration de sinistre : leur médecin conseil se rend très rapidement au chevet des victimes, souvent quelques jours seulement après l'accident, afin d'évaluer l'étendue du dommage et établir une première évaluation. Cela permet aux compagnies d'assurance de provisionner les sommes qui seront versées à la victime au moment de son indemnisation. Ainsi, dès la connaissance du dommage, l'assureur place les sommes indemnitaires sur un compte bancaire afin de les faire fructifier. Par conséquent, plus la victime sera indemnisée tardivement, plus les intérêts générés par les fonds placés suffiront en tout ou partie à l'indemniser.

Les compagnies d'assurance se portent très bien financièrement. Elles ont pourtant la fâcheuse tendance à chercher le moyen de se désister de leur obligation et à forcer la solidarité nationale à prendre le relais. La remise en cause du caractère social de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) en est la preuve. Les assureurs ont tout intérêt à ce que la victime ne s'entoure ni d'un avocat, ni d'un médecin conseil car aucun « contrôle » n'est alors exercé. Le principe du contradictoire n'existe plus pour le plus grand malheur de la victime. Cela leur permet de déterminer librement une indemnisation préjudiciable pour la victime. Actuellement, seulement 10% des victimes sont représentées par un médecin de recours, lors des opérations d'évaluation médico-légale.

Dans le cadre de la Loi Badinter, l'assureur a l'obligation d'informer la victime qu'elle peut se faire assister d'un médecin. Il est rare que les sociétés d'assurance oublient de le mentionner mais les victimes rapportent souvent les arguments que leur opposent les assureurs pour les dissuader de se faire aider par des professionnels de l'évaluation et de l'indemnisation.

Parfois, lorsque les victimes ont un contrat de protection juridique, elles cèdent à l'argument avancé par l'assureur de la gratuité de la mise à disposition d'un médecin dans le cadre de leur contrat d'assurance, alors que ce médecin n'est autre qu'un médecin conseil d'assurance...

Malheureusement, il arrive fréquemment que les victimes demandent à leur médecin traitant ou à un médecin proche du dossier qui n'a pas toujours les

compétences nécessaires en matière médico-légale de représenter leurs intérêts.

C'est pourquoi il ne faut pas négliger la place d'un médecin conseil de blessé compétent et indépendant : il est celui qui va guider la victime, qui va lui permettre d'être indemnisée au plus juste.

Les médecins des compagnies d'assurance raisonnent selon une logique de « barèmes ». Cela signifie qu'ils considèrent que le coût de chaque préjudice doit être préétabli. Or, chaque victime a une situation propre et chaque préjudice est vécu différemment. C'est là que le médecin de recours intervient : il permet à la victime d'être pleinement représentée devant l'expert judiciaire et d'insister sur les conséquences de son préjudice dans sa vie au quotidien.

Il n'existe pas de médecin de recours sans avocat spécialisé, et inversement. Le médecin conseil de blessé assure un bon résultat médico-légal et l'avocat, un bon résultat financier. Le couple avocat et médecin de recours est donc indispensable et indissociable.

C'est d'ailleurs grâce à l'indemnisation obtenue que les frais de médecin de recours sont remboursés à la victime par l'assureur puisqu'il s'agit de frais générés par l'accident, dont la charge finale pèse sur l'assureur.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ENTRE LE MÉDECIN DE RECOURS, LE MÉDECIN CONSEIL D'ASSURANCES ET L'EXPERT JUDICIAIRE ?

Le médecin conseil d'assurances pratique des évaluations du dommage corporel de manière principale et parfois quasi-exclusive pour les assureurs.

Il est missionné et rémunéré par les compagnies d'assurance afin de les représenter dans les procédures d'expertise amiables ou judiciaires.

Comme tout médecin intervenant dans le cadre d'une expertise, le rôle du médecin-conseil d'assurances est de convoquer une victime, de prendre connaissance des documents qu'elle présente, d'écouter et de noter ses doléances, de l'examiner, de rédiger un rapport comportant une discussion médico-légale avec les conclusions qui en découlent. Il doit appliquer les règles dictées par la compagnie d'assurance.

La finalité de son action est de permettre une indemnisation d'un dommage corporel directement par la compagnie d'assurance, sans passer par la phase contentieuse.

L'expert judiciaire, à la différence du médecin de recours qui est mandaté par la victime, est un auxiliaire de justice.

Il intervient sur mission d'un magistrat. Les experts judiciaires sont inscrits pour trois ans renouvelables sur des listes tenues par chaque Cour d'Appel, dans la spécialité de leur choix.

La mission de l'expert judiciaire est définie par le juge à l'origine de sa désignation. Son rôle est de fournir

une réponse argumentée sur le plan médico-légal qui permettra d'éclairer le juge, sans que celui-ci ne soit tenu par l'avis de l'expert. La finalité de son action est de permettre l'indemnisation d'un dommage corporel par le magistrat, qui va établir et chiffrer la totalité des préjudices au vu du rapport d'expertise.

L'expert judiciaire n'est donc pas un médecin de « partie » : il doit rester objectif en apportant des réponses claires, précises et argumentées, tout en veillant au respect du principe du contradictoire.

Les médecins conseil de victime et d'assurances interviennent face à l'expert pour permettre une représentation de leur partie et engager une discussion avec l'expert.

Le serment d'Hippocrate impose aux médecins d'exercer leur art de façon libre et indépendante. Dans le domaine de l'évaluation du dommage corporel, une double déontologie, juridique et médicale, doit être respectée.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les fonctions d'expert judiciaire sont incompatibles avec celles d'un médecin conseil d'assurance car cela engendre une situation de conflit d'intérêt. Et pour cause : un médecin rémunéré par une compagnie d'assurance a-t-il intérêt à évaluer le dommage à sa juste hauteur ou à le diminuer afin de limiter les sommes indemnitaires qui seront versées à la victime ?

Selon le même raisonnement, un bon médecin conseil de victime n'a donc pas de conflit d'intérêt avec les assureurs : il s'est positionné du côté des victimes et a choisi d'être un médecin « de partie » dans la procédure du contradictoire.

Le Conseil National de l'Ordre est très clair mais ne dispose d'aucun pouvoir pour constater qu'il existe un conflit d'intérêt. Les médecins sont appelés à déclarer leurs liens d'intérêt afin que l'expertise médicale se fasse dans la transparence et la sérénité, pour une évaluation optimale du dommage corporel subi par les victimes.

Des règles déontologiques médicales ont ainsi été édictées, notamment :

- le respect général et absolu du secret médical ;
- une obligation de compétence dans le domaine d'intervention ;
- le respect du contradictoire ;
- une obligation d'indépendance : même lorsqu'il défend la position d'une des parties, le médecin conseil doit conserver son objectivité scientifique et technique ;
- une obligation de clarté, de loyauté, d'intégrité et de respect des parties et des procédures.

Quelles compétences doit avoir un médecin de recours ?

Assister une victime lors d'une expertise médicale est un exercice qui requiert des compétences techniques et spécifiques.

Les compétences du médecin de recours nécessitent qu'il :

- ait une bonne connaissance des règles médico-légales de l'évaluation du préjudice corporel ;
- ait une expérience dans le domaine de l'expertise (5 à 10 ans sont généralement nécessaires) ;
- ait une bonne connaissance des différentes procédures et cadres juridiques d'intervention, associée à une bonne actualisation de ses connaissances juridiques ;
- doit être rigoureux dans l'exécution de sa mission, dans son raisonnement intellectuel, dans ses relations vis-à-vis de ses confrères et dans le respect du blessé qui se confie à lui ;
- présenter une indépendance professionnelle totale, en étant totalement engagé dans la représentation des victimes ;
- travaille avec un réseau d'avocats spécialisés, comme l'Association Nationale des Avocats de Victimes de Dommages Corporels qui est le réseau d'avocat de victimes, spécialisé dans la réparation du dommage corporel.

Un médecin de recours doit faire preuve d'un professionnalisme irréprochable tout en ayant de grandes qualités humaines telles que l'empathie et la bienveillance.

QUELLE EST LA PLACE DU MÉDECIN DE RECOURS DANS L'EXPERTISE ?

L'expertise médicale permet de déterminer chez une victime les séquelles imputables à un fait générateur de dommage corporel. C'est un processus long, qui ne se limite pas aux deux heures de réunion dans le cabinet de l'expert : le médecin conseil intervient avant, pendant et après l'expertise.

Avant l'expertise

Le médecin conseil doit bien appréhender l'expertise afin de rassurer son client et de toujours garder la même stratégie. Un changement de position en cours de procédure peut être catastrophique pour la suite du dossier.

Le médecin conseil de victime est celui en charge d'apporter la preuve des lésions et des séquelles de la victime. Il prépare l'expertise judiciaire en reconstituant précisément tout le dossier médical qui rappelle le peut émaner de plusieurs établissements en fonction de la durée et de la qualité de la prise en charge.

Ces pièces sont complétées par d'autres documents tels que les comptes rendus des examens de recours, ceux relatifs à l'accident, au suivi socio-professionnel de la victime qui seront versés par l'avocat.

Il est primordial de faire une synthèse avec l'avocat dans les 24 heures qui précèdent l'expertise afin de faire le point sur la suite de la stratégie : ce qui doit être dit, ce qui doit être tu. En effet, tout ne peut pas être dit sur la victime qui n'est pas le meilleur allié : il peut parfois cacher des éléments importants ou exagérer certaines situations.

Pendant l'expertise

Le médecin de recours va engager une véritable discussion avec l'expert judiciaire.

Pendant l'expertise, le médecin conseil ne doit pas tutoyer l'expert judiciaire, même s'il le connaît. Le milieu médical est un microcosme où tous les intervenants se connaissent. Le cadre de l'expertise nécessite une relation de distance et de neutralité avec l'expert judiciaire et le respect des procédures.

Il est important que le médecin de recours pèse bien les mots qu'il emploie. Se disputer avec l'expert serait très néfaste pour la bonne avancée du dossier (et pour la confiance du client). Il ne faut pas attaquer, au risque de se faire aussi attaquer.

Le médecin de recours doit démontrer immédiatement son ascendant et sa parfaite connaissance du dossier. Il doit défendre le blessé et le faire reconnaître comme victime.

Il connaît la victime, ses habitudes de vie et ses besoins. Aussi, pourra-t-il intervenir et expliquer pourquoi elle a besoin d'une aide humaine et l'aider dans l'établissement de son projet de vie.

À titre d'exemple, l'évaluation des préjudices des victimes de traumatisme crânio-cérébral (TCC) nécessite une connaissance toute particulière des difficultés rencontrées au quotidien. Les conséquences d'un TCC sont mal reconnues et constituent ce que l'on appelle un « handicap invisible ». Il est donc important que le médecin conseil soit à même de bien expliquer à l'expert judiciaire que ce n'est pas parce que son client marche sur ses deux jambes, sait utiliser ses deux bras et parle, qu'il est autonome et indépendant.

L'autonomie correspond à la capacité de se gouverner soi-même, à « penser l'action », tandis que l'indépendance est la capacité à « faire l'action ». Il est primordial que le médecin conseil démontre que la victime d'un TCC peut être indépendante sans être autonome, ce qui implique l'aide d'une tierce personne au quotidien. En outre, le médecin de recours est proche de la victime, mais aussi de la famille. C'est pourquoi il pourra également expliquer à l'expert judiciaire que ce besoin en aide humaine ne doit pas peser sur la famille de la victime, dans la mesure où il s'agit d'une conséquence de l'accident duquel la famille n'est pas responsable.

Récemment, dans le cas d'une jeune fille renversée par un automobiliste à l'âge de cinq ans, l'assureur a eu recours à un détective privé pour suivre cette jeune victime (aujourd'hui âgée de 27 ans) et contester le

nombre d'heure d'aide humaine retenues lors de l'expertise judiciaire. Ces pratiques sont regrettables et doivent être combattues car elles ne peuvent en aucun cas se substituer à un examen ergothérapeutique expertal. L'évaluation doit se faire selon des pratiques définies, qui permettent d'apprécier pleinement les difficultés quotidiennes de la victime. C'est pourquoi le médecin de recours est indispensable.

Après l'expertise judiciaire

Le rôle du médecin de recours ne s'arrête pas à la réunion d'expertise.

La mission d'expertise peut prévoir que l'expert doit remettre un pré-rapport avant de déposer son rapport définitif fixant les préjudices de la victime. Le pré-rapport est un document sur lequel les parties pourront faire des observations.

Le rôle du médecin de recours va être d'examiner le pré-rapport et de préparer, si besoin est, des observations ou des réclamations.

Ces observations sur le pré-rapport ont une grande importance dans la mesure où certains juges rejettent les contestations sur les rapports d'expertises qui ont été soumises à l'expert après le dépôt du rapport.

Tout au long de l'expertise, que ce soit avant, pendant ou après, le médecin conseil de victime doit toujours être vigilant. Il doit se méfier de la victime, de l'expert, des soignants, des médecins conseils d'assurance et même de lui-même car il peut être son pire ennemi.

Il doit, en effet, toujours garder un esprit critique car il arrive parfois qu'une victime, en toute bonne foi, oublie d'évoquer une pathologie concomitante ou tente de masquer un état antérieur. Le découvrir le jour de l'expertise est particulièrement contre-productif et ce d'autant plus que le médecin conseil d'assurance ne manquera pas, avec raison, de le mettre en avant.

QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DANS LA PRATIQUE DU MÉDECIN CONSEIL DE BLESSÉ AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

Si le médecin de recours dispose d'un rôle primordial dans l'évaluation médico-légale et la représentation des intérêts de tous les blessés, ce rôle devient incontournable s'agissant d'une victime ayant subi un traumatisme crânio-cérébral (TCC).

Le TCC est une victime très particulière à bien des égards :

- de par son âge,
- de par la gravité des séquelles,
- de par la multiplicité et la diversité des séquelles cérébrales diffuses et complexes,
- de par la très longue évolution de ses séquelles,

- du fait d'une réinsertion scolaire, universitaire, professionnelle, sociale, familiale très difficile à acquérir,
- de part l'impact que ses séquelles vont avoir sur son entourage familial, social et professionnel.

Les déficits fonctionnels sont eux aussi complexes et peu visibles.

Nous sommes dans le handicap invisible.

Le médecin conseil de recours devra se sensibiliser à tous ces troubles pendant toutes les années que va durer l'évaluation médico-légale.

Une telle somme d'énergie n'est pas envisageable si le médecin de recours n'est pas adossé à un cabinet d'avocat spécialisé dans la réparation du dommage corporel, et mieux encore, spécialisé dans les problématiques du TCC et de sa famille.

Si les années 70-80 ont vu la nette amélioration de l'évaluation des blessés médullaires, il a fallu attendre 2002 avec le rapport du groupe de travail interministériel présidé par Mme Elisabeth Vieux [...] pour une reconnaissance du TCC via une évaluation rigoureuse.

Il n'est qu'à constater les dégâts experts des Grands Experts des années 80 : consolidation à un an, taux d'incapacité ridicule, aucun préjudice annexe et la liste est très longue...

Ce constat est exprimé en ces mots par le groupe de travail sur les TCC en avril 2002 :

« 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 » (Association de Familles de Traumatisés Crâniens) ce qui a conduit le groupe de travail à proposer trois mesures « **indissociables** » :

- l'établissement d'une liste nationale d'experts en évaluation médico-légale et mesures de protection des cérébro-lésés ;
- une mission spécifique dite « Traumatisé crânien » pour l'adulte mais aussi pour l'enfant ;
- un programme de formation des juristes.

À notre connaissance, la première mesure n'a pas encore vu le jour, 12 ans après le rapport ce qui est problématique.

Aujourd'hui encore, il existe des accidents experts, tant ces blessés sont dans le handicap Invisible. C'est pourquoi il est indispensable de constituer une équipe médico-légale très solide autour de ces grands blessés. Le cabinet d'avocat spécialisé en est une partie **incontournable**.

Accepter de représenter les intérêts d'une victime lourdement touchée et de sa famille est une responsabilité qui va courir sur plusieurs années faites de hauts et de bas, de victoires et d'échecs, d'avancées, de blocages, de « reculade » tant pour le médecin conseil de victimes que pour la victime et pour sa famille.

Un « mieux être » du blessé peut parfois s'accompagner de catastrophes familiales ou chez les proches.

La problématique très spécifique des TCC dans leurs séquelles neurocognitives, neuropsychologiques, psychiatriques rendent les associations de soutien familial ... sont aussi **indispensables** que les soignants.

Arriver à un équilibre Victime-Famille-Association-Soignants-Avocat et équipe médico-légale est si délicat que s'en approcher est déjà un acte majeur vers une bonne évaluation.

Où le médecin de recours est-il susceptible de rencontrer des TCC ?

- dans les associations,
- chez les avocats,
- dans les institutions spécialisées via les systèmes sociaux,
- exceptionnellement par le bouche à oreille,
- par sa réputation (souvent discutée).

Si le TCC arrive « seul » il est urgent pour le médecin de recours de s'adosser à un cabinet d'avocats hautement spécialisé. Ils ne sont pas très nombreux en France. Une association (ANADAVI) en regroupe les principaux.

La deuxième étape après le premier entretien (une à deux heures) est de rencontrer l'entourage (familial ou pas). Rencontre d'abord seul, puis avec la victime.

La troisième étape est de se déplacer au domicile du TCC. Cette règle devrait être immuable !

L'assureur le fait. Pourquoi à votre avis ?

Travailler au service d'une victime sans connaître ses conditions de vie au quotidien, son domicile est incohérent.

La victime et sa famille étant le plus souvent démunie, ces diligences seront prises en charge à distance et toujours soumises à l'avocat afin qu'il en obtienne le remboursement au titre des frais générés par l'accident.

Ce travail d'approche représente déjà six à dix heures auxquelles s'ajoute le déplacement parfois en grande province, soit une à deux journées.

Dans le même temps, le médecin de recours se sera procuré les dossiers médicaux déjà existants et aura sollicité les comptes rendus manquants.

Bien entendu, chacun des rendez-vous avec le médecin de recours sera l'objet d'un examen spécifique. Il n'est pas envisageable d'évaluer, même succinctement, les séquelles neurologiques, psychologiques, cognitives, psychiatriques dans une même séance. Dix heures seraient nécessaires et ni le médecin de recours ni la victime ne seraient opérationnels.

Ces séquelles étant les plus visibles du Handicap Invisible. Si l'hémianopsie est détectable cliniquement ou la baisse d'acuité auditive, il est toujours nécessaire de s'entourer de spécialistes.

Toute la palette médicale est passée en revue :

- Un **examen ophtalmologique** spécialisé ainsi qu'une **visite ORL** sont indispensables.
- Un **neuroradiologue**, et ce même s'il existe toujours des examens radiologiques dans le dossier médical.

Il ne faut jamais confondre les bilans déjà effectués même hors urgence et les examens médico-légaux « de recours » à distance et à froid. Les thérapeutes ont, de manière bien compréhensive, des comptes rendus positifs et stimulants, encourageants pour le blessé. Mais au plan médico-légal, il convient d'évaluer le manque, la perte, pour qu'il y ait compensation par la réparation juridique.

Le neuroradiologue de recours observera d'un œil nouveau ses propres examens et ceux à sa disposition.

- Un **psychiatre** pourra et devra demander à revoir la victime, à s'entretenir avec la famille. Un TCC a « *plusieurs fauteuils roulants dans la tête* » comme le dit Pierre MITCHEL, Président de l'Association Québécoise des Traumatisés Crâniens.
- Un **urologue**.
- Un **épileptologue**.
- Un **ergothérapeute**.
- Un **architecte**.
- Un **médecin de médecine physique et de réadaptation**.

et nous en oublions toujours...

Le médecin conseil de victime devient une sorte de Tour de Contrôle car à chaque nouvelle information il doit tenir au courant tous les intervenants, de l'avocat au psychiatre, sans oublier les thérapeutes.

Il s'agit d'un travail gratifiant mais d'une lourdeur et durée très particulières.

Bien sûr dans l'avancée évaluative, le blessé, celui qui souffre, sera tenu informé de façon adaptée. Soit en lui proposant un rendez-vous à sa convenance soit par un écrit clair, intelligible et au mieux un entretien téléphonique doublé par la même occasion à la famille – entourage afin d'être certain d'avoir été parfaitement compris. Ce n'est qu'une fois le dossier de recours constitué que le médecin de recours pourra se présenter à l'expertise. Arriver avec un dossier incomplet, non actualisé, est fautif (ou stratégique).

Tout ceci engage des frais importants car il s'agit de conseils hautement qualifiés et donc correctement rémunérés.

Les experts judiciaires spécialisés dans ces lourdes évaluations disposent d'environ 3000 euros et chaque nouvel accédit représente 1000 euros supplémentaires.

Pour une évaluation de la victime de façon expertale, avec trois à six spécialistes, le dossier de recours a un coût sur la base de 150 €/ heure.

C'est là encore que l'avocat spécialisé est indispensable, car sans ce cabinet, pas de provisions substantielles et cohérentes. L'absence de provision empêche la victime de se défendre correctement.

Aucun dossier de TCC ne peut, selon nous, faire l'économie du Tribunal.

En dehors de l'indemnisation allouée qui est de 30 à 50% supérieures à ce que proposent les sociétés d'assurances, c'est la certitude d'une évaluation la plus complète possible.

Une telle évaluation est certes longue et fastidieuse mais elle est complète et déterminante pour le reste de la vie de la victime du TCC.

La victime doit être prévenue de la durée et de la lourdeur de la procédure sinon elle claquera la porte en traitant le médecin de recours d'incompétent et elle aura raison.

Menée à bien une évaluation et une procédure représentative deux à quatre ans chez l'adulte et 10 à 15 ans chez l'enfant (sauf exception). Mais tout le projet de vie en dépend.

Être Médecin conseil de victimes de TCC nécessite une formation spécifique à travers les Diplômes Inter Universitaires (DIU) disponibles et il en existe maintenant en province dont les qualités n'ont rien à envier à celui de la capitale.

Il faut être vigilant car la plupart de ces DIU emploient, par facilité, des médecins issus des sociétés d'assurances parfaitement compétents dans une logique d'assureur. C'est à dire l'inverse de ce qu'il faut penser.

Il faut compter une petite dizaine d'années d'expérience après la formation pour être un médecin de recours compétent, raisonnablement détesté par les assureurs, ce qui sera la seule gloire d'un médecin conseil de victime.

Ce métier est difficile, délicat, gratifiant, et une fois le dossier refermé en même temps que celui de l'avocat, il convient de le ranger et de le protéger car il n'est pas rare de le rouvrir en aggravation (naissance, divorce...).

C'est à ce prix qu'un jour le médecin de recours pourra peut être avoir un soupçon de satisfaction.

En conclusion, médecin de recours est un métier noble mais comme tout artisanat, c'est un métier difficile. Il nécessite rigueur, ultra compétence, probité, « agressivité positive ». Parfois il offre la satisfaction de sécuriser un jeune, un enfant, une famille, en leur apportant une qualité de vie retrouvée.

Il est dans l'intérêt des compagnies d'assurance que l'activité de médecin de recours ne se fasse pas trop connaître. Son philanthropisme pourrait le pousser à déterrer quelques-uns des milliers de dossiers oubliés, laissant des victimes démunies et sans indemnisation... Le médecin conseil, c'est celui qui milite au côté des victimes.

Aujourd'hui, il n'existe toujours pas de lobby des victimes comme il existe un lobbying très actif des sociétés d'assurances et des banques.

Le recours est donc un combat, parfois salissant, assez peu valorisant. Mais cela reste un acte médical citoyen. Emparez-vous de cette spécialité avant qu'il ne soit trop tard. Des milliers de victimes vous attendent. ■

BIBLIOGRAPHIE

Barème Indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun, Le Concours Médical, 2001.

- Code de déontologie médicale*, Dalloz, Éditions 2013.
Code de la Santé Publique, Dalloz, Éditions 2013.
- MARIE DE JOUVENCEL, psychologue-neuropsychologue, « *Les violences dans l'expertise médico-légale* », 8^e colloque francophone de Noirlac (Cher), 2003.
- DEROBERT et BESSON, *La réparation juridique du dommage corporel*, Éditions Flammarion – Médecine Sciences Publications, octobre 1995.
- BERNARD DREYFUS, *Souvenirs d'un médecin-conseil – Anecdotes d'une vie à l'écoute des victimes*, ESKA, Editions Alexandre Lacassagne, mai 2009.
- HÉLÈNE OPPENHEIM-GLUCKMAN, *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien – Guide à l'attention des familles et des proches*, Edition CTNERHI, janvier 2008.
- Rapport définitif du « Groupe de travail sur le traumatisés crâniens » du 24 avril 2002 site de La Documentation Française.
- JACQUELINE ROSSANT-LUMBROSO, « *Les experts médicaux et les médecins qui évaluent le dommage corporel* », Rapport adopté lors de la session du Conseil National des Ordre des Médecins du 21 octobre 2011.

CFEF organisme de Formation des Éditions ESKA agréé par le Conseil Régional de Formation Continue d'Ile-de-France N° 11753436775

SPÉCIFICITÉ DE L'INDEMNISATION DE L'AIDE HUMAINE CHEZ LE BLESSÉ AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

SPECIFICITY OF ASSESSMENT AND COMPENSATION OF HUMAN ASSISTANCE IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Par **Marie-Eléonore AFONSO***

RÉSUMÉ

Un traumatisme crânio-cérébral (TCC) occasionne des séquelles neurocognitives qui ne se voient pas au premier abord et qui souvent se doublent de troubles du comportement et des conduites sociales. Il est plus connu sous le nom de « Handicap Invisible ». A l'instar des blessés médullaires, le blessé TCC sait et peut réaliser les actes de la vie courante mais il est dépendant d'une tierce personne pour le stimuler, l'inciter, le contrôler, le surveiller et parfois même faire à sa place. Il n'est donc pas autonome. Alors que l'aide humaine est la pierre angulaire du projet de vie des TCC moyens et graves, elle est difficile à revendiquer par le blessé, mal conscientisée par l'entourage et minorée ou même ignorée par les régleurs de sinistre. Alors que l'assistance par aide humaine constitue le poste de préjudice le plus important financièrement (plus de 40% de l'indemnisation à lui tout seul) la détermination des besoins en aide humaine est un des derniers postes de préjudice de la mission d'un expert et fait rarement l'objet d'une discussion médico-légale satisfaisante.

* Avocat au Barreaux de Paris et de Bourges
DIU Traumatismes crânio-cérébraux, aspects médico et sociaux
DIU États Végétatifs Chroniques et États Pauci Relationnels
Avocat agréé par l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens (UNAFTC),
Membre de l'Association Nationale des Avocats de Victimes de Dommages Corporels (ANADAVI),
European Brain Injury Society (EBIS), Conseil National Handicap (CNH) et HANDICAP INVISIBLE
19 bis Quai de Bourbon - 75004 PARIS - afonsoavocat@orange.fr

Mots-clés : Traumatisme crânio-cérébral, séquelles cognitives, séquelles neurocomportementales, évaluation médico-légale, indemnisation, aide humaine, tierce personne, autonomie, dépendance.

SUMMARY

Traumatic brain injury causes neurocognitive sequelae which are not observed initially and which are often accompanied by behavioural and social behaviour disorders. It is better known as "Invisible Handicap". Like spinal injury patients, TBI patients know and can carry out everyday tasks, but depend on a third person to stimulate, incite, control and monitor them and sometimes even do it for them. Therefore, they are not autonomous. While human assistance is the cornerstone of the life project of a TBI, both moderate and severe, patients find it difficult to demand it, while it is poorly recognised by friends and family and underestimated or even ignored by insurance claim adjusters.

Even though human assistance is financially the biggest type of loss (more than 40% of the compensation on its own) the determination of the human assistance needs is among the last types of loss in an expert assessment and is rarely satisfactorily covered by a forensic discussion.

Keywords: Traumatic brain injury, cognitive sequelae, neurobehavioural sequelae, forensic assessment, compensation, human assistant, third party, autonomy, dependence.

INTRODUCTION

Après un traumatisme crânio-cérébral, les séquelles neurocognitives ne se voient pas d'emblée et s'accompagnent le plus souvent de troubles du comportement et des conduites sociales. Les situations de handicap qui en découlent constituent le « handicap invisible ». À l'instar des blessés médullaires, le blessé TCC sait et peut réaliser les actes de la vie courante mais il est dépendant d'une tierce personne pour le stimuler, l'inciter, le contrôler, le surveiller et parfois même faire à sa place. Il n'est donc pas autonome. Alors que l'aide humaine est la pierre angulaire du projet de vie des TCC moyens et graves, elle est difficile à revendiquer par le blessé, mal conscientisée par l'entourage et minorée ou même ignorée par les régulateurs de sinistre. Bien que l'assistance par aide humaine constitue le poste de préjudice le plus important financièrement (plus de 40% de l'indemnisation à lui tout seul) la détermination de ces besoins est un des derniers postes de préjudice de la mission de l'expertise médico-légale. Il est rare qu'un temps suffisant et acceptable soit accordé à ce poste dans la discussion médico-légale.

I. LA SPÉCIFICITÉ DE L'AIDE HUMAINE NÉCESSAIRE AU BLESSÉ AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

Le blessé ayant subi un traumatisme crânio-cérébral (TCC) n'est pas une victime comme les autres. Son handicap est dit « invisible » car il ne se voit pas au premier abord. Pourtant, les lésions subies par le cerveau, peuvent entraîner des **troubles cognitifs** qui souvent se doublent de **troubles du comportement**. (A)

L'aide nécessaire à ces blessés est une aide humaine spécifique pas seulement de substitution mais aussi de stimulation, incitation, contrôle, surveillance. S'il est indépendant pour la réalisation fonctionnelle des actes de la vie quotidienne, le blessé TCC n'est pas forcément autonome en situation dans la mesure où il ne peut initier et mener à bien l'action avec le résultat souhaité. (B)

A. Le Handicap Invisible des blessés TCC

Les lésions encéphaliques, suivant leur localisation et leur intensité, génèrent des troubles neuro-cognitifs qui se doublent bien souvent de troubles neuro-comportementaux et neuro-sensoriels.

Les difficultés que rencontrent ces blessés sont d'autant plus problématiques, que l'image du handicap dans notre société est restée bloquée sur le pictogramme du fauteuil roulant.

Pour Monsieur Pierre Mitchell, Président de l'Association Québécoise des Traumatés Crâniens « *Le blessé TCC a plusieurs fauteuils roulants dans la tête* ».

Bien que le statut de personne en situation de handicap leur soit reconnu par la MDPH, ces victimes ne sont pas identifiées comme tel par le reste de la population ce qui majore leur vécu douloureux.

a) Les troubles cognitifs

La cognition regroupe l'ensemble des connaissances et des processus complexes tels que le langage, le raisonnement, la mémoire, la prise de décision et les fonctions exécutives mais également des processus plus élémentaires comme la perception, la motricité ainsi que les émotions.

La fonction du langage, qui est la capacité à communiquer avec autrui, est souvent impactée de différentes manières : difficulté à trouver le mot juste pour exprimer une idée, discours pauvre sans véritable contenu informatif, discours réduit qui nécessite stimulation et relance régulière ou au contraire, discours très productif (logorrhéique) mais peu informatif, difficultés à comprendre les subtilités, le second degré, difficultés à suivre une conversation et à interagir avec l'interlocuteur... c'est ce que certains auteurs appellent « la perte de compétence communicative ».

La compréhension orale et écrite complexe peut également être altérée au point que le blessé ne comprend pas un texte et ne peut plus lire un livre ou un article de presse.

Les troubles attentionnels sont également une plainte fréquente et très invalidante au quotidien. L'attention est la concentration active de la conscience portée sur un objet, une situation ou une pensée déterminée. On retrouve dans ce domaine des atteintes spécifiques telles que des difficultés à maintenir sa concentration sur une tâche pour une période donnée, une grande distractibilité, une impossibilité à réaliser deux tâches simultanément, une difficulté à déplacer son attention d'une tâche à l'autre. L'atteinte des capacités attentionnelles constitue un handicap majeur puisque les actes de la vie quotidienne, même simples, requièrent de l'attention.

Les fonctions exécutives sont constituées par l'ensemble des processus qui permettent d'avoir un comportement dirigé vers un but, flexible et adapté au contexte. Là encore, les troubles des fonctions exécutives sont très fréquents chez la personne ayant subi un TCC et constituent le « syndrome dysexécutif » ou « syndrome frontal ».

Les capacités exécutives sont constituées par :

- l'initiative, la formulation d'un but et la prise de décision : « Je veux faire... »,
- l'anticipation : « mais pour cela, je dois faire attention à... »,

- la planification et l'organisation : « je vais m'y prendre comme ça... »,
- la résolution des problèmes : « face à cette difficulté je peux faire ça... »,
- l'ajustement : « le résultat obtenu est-il satisfaisant ? Si non, je pourrai faire comme ça... ».

Chez le TCC, dans une situation non routinière, le blessé réagit :

- de façon impulsive, se précipite dans la tâche à réaliser sans prendre le temps de réfléchir,
- sans prendre le temps d'élaborer une réponse adaptée ou une stratégie,
- sans prendre en considération tous les paramètres de la situation,
- sans s'ajuster aux imprévus et en ignorant les informations utiles,
- et souvent sans vérifier et sans autocritique.

Au quotidien, la victime va naturellement reproduire des actes automatisés, ritualisés, sans initiative nouvelle et ne sait pas s'adapter quand elle doit affronter des situations nouvelles ou imprévues.

La mémoire qui est la capacité à enregistrer, stocker des informations nouvelles et utiliser ses connaissances acquises antérieurement, est également perturbée après un TCC. La mémoire se compose de plusieurs systèmes (la mémoire des faits personnels, des connaissances sur le monde, la mémoire autobiographique, la mémoire des automatismes, des savoirs faire, la mémoire de travail, la mémoire prospective qui permet de se rappeler ce qu'on a à effectuer dans le futur...).

Le bon fonctionnement mnésique nécessite lui-même des capacités d'attention et exécutives performantes. Après un TCC, la mémoire des faits et connaissances acquises après l'accident est souvent très perturbée. Il est difficile à la victime d'acquérir de nouvelles informations ce qui perturbe les nouveaux apprentissages et impacte sur sa scolarité ou son accès au monde du travail. Au quotidien les troubles de la mémoire sont très invalidants et contribuent à l'émergence de troubles du comportement et à la dégradation de l'humeur (syndrome anxio-dépressif, dévalorisation...).

Le blessé ne se sent plus acteur de sa propre vie, il dépend du cerveau des autres.

La compensation des troubles de la mémoire, notamment prospective, est souvent difficile puisque cela implique de mettre en place des stratégies et... d'y penser...

C'est également le syndrome dit du « post-it » : quelle action est la plus urgente ou importante face à une kyrielle de post-it ?

Les troubles cognitifs génèrent :

- un fonctionnement cognitif ralenti,
- qualitativement très inférieur à ce qu'il était avant le TCC,
- très coûteux en ressources ce qui explique la grande fatigabilité du blessé qu'il qualifie souvent d' « épuisement ».

Ces déficits cognitifs rendent difficile leur propre perception et la compréhension des répercussions par le blessé lui-même.

C'est ce que l'on appelle l'anosognosie qui se définit par « un déficit dans la capacité de percevoir le « soi » dans des termes relativement « objectifs » » [1].

Quand bien même le blessé sait réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne, ces troubles cognitifs le rendent dépendant de l'intervention d'un tiers à travers des actions différentes dites de stimulation, incitation, contrôle, compensation, surveillance...

b) Les troubles du comportement

« Les troubles du comportement des victimes de traumatisme crânien constituent la séquelle majeure chez ces blessés et une sujétion considérable pour les familles et la société. » ainsi commence l'exposé du contexte qui a amené la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) à élaborer des recommandations de bonnes pratiques, en réponse à la lettre de cadrage du 19 avril 2010 des Ministres de la Santé et des Sports, du Travail de la Solidarité et de la Fonction Publique et du Secrétaire d'État chargé de la Famille et de la Solidarité [2]. Ces recommandations de bonnes pratiques ont reçu le label Haute Autorité de Santé en octobre 2013.

Quelques unes de ces recommandations sont utiles à rappeler ici :

Recommandation 2 : « Les troubles du comportement peuvent être classés en perturbations des comportements par excès ; perturbations des comportements par défaut ; en troubles du comportement secondaires à la dépression, à l'anxiété, à la psychose ; les tentatives de suicide et suicide ».

Constat : Les troubles du comportement sont deux fois plus fréquents après un traumatisme crânien par rapport à un traumatisme orthopédique sans TC. *Constat* : Les troubles du comportement après TC persistent dans le temps.

Recommandation 3 : Font partie des troubles du comportement par excès : l'agitation, l'opposition, les comportements de déambulation inadaptés, la déshinhibition, l'irritabilité, l'impulsivité, les cris, les prises de risque, la boulimie, les addictions, l'hypersexualité, l'exhibitionnisme, le syndrome de Klüver et Bucy, l'hostilité, l'agressivité, la violence verbale et physique...

Recommandation 6 : L'agressivité inclut l'agressivité verbale, physique contre soi, les objets, les autres personnes et aussi l'irritabilité sévère, le comportement violent, hostile, les attaques et la perte de l'auto-contrôle.

Recommandation 7 : L'irritabilité peut être définie comme une réactivité disproportionnée avec notamment des accès de colère non justifiés.

Recommandation 8 : L'apathie, l'apragmatisme, l'athymhormie, l'aboulie font partie des troubles du comportement par défaut observés chez les patients TC.

Recommandation 9 : *L'apathie est caractérisée par une réduction des comportements dirigés vers un but et implique des aspects motivationnels, émotionnels et/ou cognitifs.*

La lecture de ces recommandations, sur le seul thème des troubles du comportement, permet de mesurer l'étendue des situations de handicap dans laquelle se retrouvent ces blessés et ce que cela implique en terme d'aide pour les aider à vivre après un TCC.

Avoir un comportement « adapté » nécessite de mettre en œuvre des processus permettant d'interagir avec les autres ce qui implique:

- d'identifier les codes, règles et valeurs,
- de prendre en compte et de comprendre les signaux comportementaux et émotionnels que les autres renvoient,
- d'inférer sur l'état mental, les intentions et les croyances d'autrui,
- de se décentrer de son propre point de vue et de faire preuve d'empathie envers autrui.

Mais pour tout cela, encore faut-il avoir un fonctionnement cognitif fonctionnel...

Là encore, seule une aide humaine peut permettre au blessé d'adapter ses conduites sociales pour limiter l'isolement et le repli sur soi et éviter de majorer les troubles cognitifs grâce à l'interaction avec un « deuxième cerveau ».

c) Les troubles neurosensoriels

Au-delà des troubles organiques, neurologiques, neuropsychologiques et psychiques, un TCC occasionne également des troubles neurosensoriels, qui là aussi ne se voient pas :

- troubles du goût (agueusie) : il mange des aliments avariés sans s'en rendre compte,
- troubles de l'odorat (anosmie) : il ne détecte pas une fuite de gaz ou un aliment qui brûle,
- troubles de l'ouïe : perte d'audition totale ou partielle, agnosie auditive qui empêche de reconnaître les sons alors même qu'il n'y a pas de perte auditive,
- troubles de la vue : hémianopsie latérale homonyme se traduisant par la perte de la moitié du champ visuel, troubles gnosiques visuels qui perturbent la reconnaissance des choses ou des visages alors que la vue fonctionne parfaitement, syndrome de négligence unilatérale (le blessé n'est pas capable de détecter les informations qui viennent, généralement de la gauche : ne prête pas attention aux personnes situées à droite, ne lit pas les colonnes de gauche, ne se rase pas un côté du visage...).

Un blessé TCC peut donc « être sur ses deux jambes », ne pas présenter de handicap à première vue et avoir un taux de déficit fonctionnel permanent bien supérieur aux 75% du blessé médullaire (paraplégique.)

On a déjà vu un Président des Etats Unis d'Amérique en fauteuil roulant, un blessé médullaire avec une quadriplégie être ministre, pas un blessé TCC.

Quand il dispose de la fonctionnalité de ses membres, on pourrait penser qu'il n'a pas besoin d'aide pour « faire à sa place ». N'ayant pas de handicap « visible », il n'est pas rare que l'aide humaine soit purement et simplement oubliée dans l'évaluation médico-légale et donc non indemnisée.

B. La spécificité de l'aide humaine nécessaire au blessé ayant subi un TCC

Qu'il s'agisse des troubles cognitifs et/ou du comportement, l'aide nécessaire au blessé TCC est un « deuxième cerveau », c'est à dire une aide humaine et en aucun cas une aide domotique comme certains régleurs se prennent à rêver.

a) Notions d'autonomie et dépendance

Il n'est pas rare de lire dans des rapports médicaux ou para-médicaux que le blessé est « autonome » pour les actes de la vie quotidienne.

Il sait se laver et s'habiller mais compte tenu de ses troubles cognitifs, trois heures après s'être levé (grâce au rappel d'un tiers) il n'a toujours pas pensé à se laver, à s'habiller ou à prendre son petit déjeuner.

Quand on lui rappelle qu'il serait peut-être temps de s'habiller, il n'adapte pas toujours ses habits au temps qu'il fait dehors ou ne trouve aucun problème à remettre les vêtements qu'il porte depuis plusieurs jours.

Si les concepts d'autonomie (libre arbitre) et de dépendance (besoin d'aide) ne sont pas opposés et se complètent mutuellement, bien souvent, ils sont confondus et certains médecins-conseils d'assurance utilisent précisément à contre-sens la notion d'autonomie pour soutenir que le blessé TCC n'a pas besoin d'aide humaine.

La **dépendance** est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

L'**autonomie** (du grec *autos*, soi-même, et *nomos*, loi) est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté [3].

Le terme autonomie a la même signification que l'on parle d'un individu valide ou en situation de handicap.

Elle se décompose avant, pendant et après l'action.

- avant l'action : l'individu doit avoir, de lui-même, l'idée d'une action qu'il doit ou veut entreprendre. Il doit pouvoir penser seul à l'action et cette idée naît d'un ou plusieurs besoins. Puis vient l'intention, qui

est le fait de vouloir entreprendre cette action, et l'autodétermination qui est la volonté d'atteindre l'objectif menant à la réalisation de l'acte ;

- pendant l'action : l'individu doit utiliser son savoir-faire et maîtriser les différentes étapes du processus pour réaliser l'action. Il doit savoir également gérer les imprévus et trouver une solution face à des situations inopinées qui se présentent. Lorsqu'il y a interaction avec un tiers, l'individu doit avoir un comportement adapté ;
- après l'action : l'individu doit contrôler que le résultat souhaité est atteint et trouver des solutions pour s'adapter et recommencer en adaptant des stratégies si le résultat n'est pas obtenu dès la première tentative.

Le Dr Philippe Colbeau-Justin, spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation et médecin-conseil d'assurances, est bien un des rares parmi ses confrères travaillant pour les régleurs, à faire parfaitement la différence entre autonomie et dépendance [4] et cela en ces termes :

« La personne **AUTONOME** décide elle-même de l'organisation de sa vie, donc des actions à réaliser. La personne **INDEPENDANTE** a la possibilité de faire seule, mais n'est pas forcément autonome.

Indépendant - AUTONOME : « Je suis sale, je vais me laver. »

La personne **NON autonome** est incapable de décider elle-même de l'organisation de sa vie, qu'elle soit dépendante ou indépendante.

Non autonome - Indépendant : « Vous êtes sale, allez vous laver. »

Non autonome - Dépendant : « Vous êtes sale, je vais vous laver. »

La personne **AUTONOME** décide elle-même de l'action à réaliser, même si son handicap la rend dépendante et qu'elle a besoin d'une assistance humaine.

Dépendant - AUTONOME : « Je suis sale, veuillez me laver. »

L'autonomie est donc bien au cœur de la problématique du handicap invisible du TCC et lui fait cruellement défaut compte tenu des troubles cognitifs qu'il présente. En n'étant pas autonome, il est dépendant d'une tierce personne.

b) Les différentes catégories d'aide humaine nécessaires suite à un TCC

La dépendance physique et le recours à une aide de compensation « qui fait à la place » ne pose pas de difficultés et cela notamment en termes d'évaluation des besoins.

Par contre, les troubles cognitifs et du comportement du blessé ayant subi un TCC perturbent considérablement la possibilité d'interagir de façon adaptée dans la société où chacun doit respecter des codes, des règles, des valeurs qui constituent le socle commun d'une société.

Alors que depuis la petite enfance chaque individu apprend à interagir et à s'adapter avec son environnement, l'accident qui génère un TCC rompt brutalement des parcours de vie : celui du blessé mais aussi celui de son entourage.

A la suite d'un TCC, le blessé a les plus grandes difficultés à participer à la vie sociale c'est à dire :

- avoir des interactions sociales (réseau social),
- avoir des relations et du soutien avec la famille et des amis,
- jouer des rôles sociaux valorisants, se sentir utile,
- recevoir du soutien de la communauté.

Abraham Harold MASLOW, psychologue, a réalisé une **pyramide des besoins** en postulant que les premiers que l'on devait satisfaire étaient les besoins de base, tels que les **besoins physiologiques** (manger et dormir, par exemple) et les **besoins de sécurité** qui consistent à se protéger contre les différents dangers qui nous menacent.

Selon lui, ce n'est qu'après avoir comblé ces besoins fondamentaux que l'on peut assouvir des besoins plus sociaux, tels que le **besoin d'appartenance** qui consiste à se sentir accepté par les groupes dans lesquels on vit (famille, travail, association...), le **besoin d'estime** (qui prolonge le besoin d'appartenance et qui consiste à être reconnu en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels il appartient) et le **besoin de s'accomplir** qui est le sommet des aspirations humaines et qui vise à atteindre l'épanouissement personnel.

Pour pouvoir réaliser ces besoins, encore faut-il être motivé. La motivation est constituée de forces internes et externes qui orientent le comportement vers un but. La motivation constitue le moteur qui pousse à l'action et qui permet la réalisation de l'action et la satisfaction des besoins.

Pour être motivé, il faut avoir du désir et pour avoir du désir il faut ressentir du plaisir.

L'aide humaine nécessaire à la suite d'un TCC n'est pas l'aide-ménagère traditionnelle et bien souvent le personnel envoyé par des sociétés d'aide à domicile est désemparé en arrivant chez le blessé et cela d'autant plus quand il est jeune et « sur ses jambes ».

En fonction des troubles cognitifs révélés par le bilan neuropsychologique et la mise en situation (réalisée au domicile mais aussi dans la ville) du blessé par un(e) ergothérapeute, l'aide humaine nécessaire au blessé doit avoir plusieurs rôles.

L'aide humaine n'est pas simplement l'aide de substitution dans les actes élémentaires de la vie quotidienne. La Classification Internationale des Handicaps (CIH), la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ont modifié notre manière de voir le handicap. La loi du 11 février 2005 « **Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** » utilise les termes de limitation d'activité et de restriction de par-

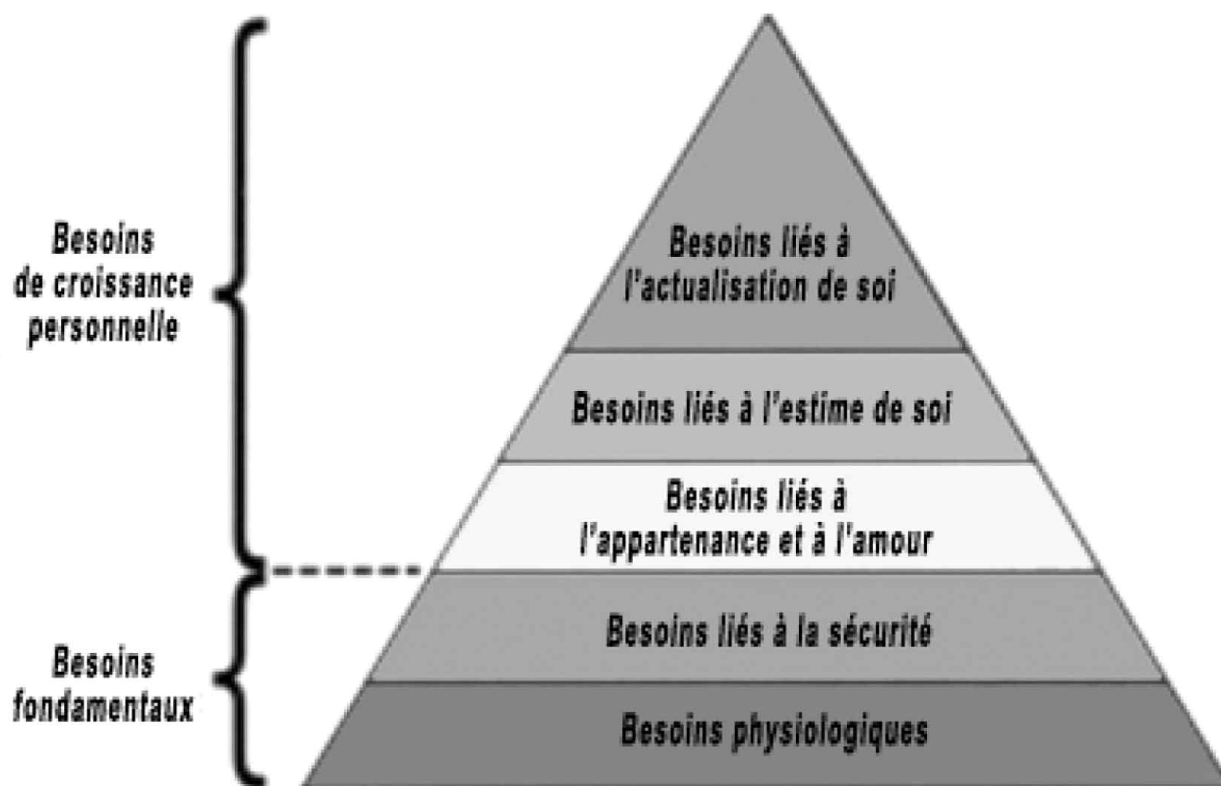


Figure 1. Pyramide des besoins (Maslow, 1943)

Source : Spencer A. Rathus. *Initiation à la psychologie*, 5^e éd., Montréal, Groupe Beauchemin, 2005, p. 223.

ticipation issus de la C.I.F à l'article 2 sur la définition du handicap :

« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

C'est donc en tant qu'être Humain, doté de Droits Fondamentaux mais également Citoyen vivant dans la Cité, que les besoins en aide humaine du blessé ayant subi un TCC doivent être évalués pour le replacer dans ce qui était sa vie avant l'accident.

• Aide humaine de stimulation-incitation/ Aide de supervision

C'est une aide qui répond aux besoins se situant dans différents domaines des actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne et plus particulièrement au niveau des tâches relevant des apprentissages élémentaires, de l'application des connaissances, des tâches à exigence générale, de la communication, de l'entretien, personnel, des relations et interactions avec autrui.

C'est le deuxième cerveau qui motive.

C'est une **aide active et spécialisée de type Aide Médico-Psychologique (AMP)** ayant une forma-

tion complémentaire à la problématique des personnes cérébro-lésées pour permettre une meilleure prise en compte des séquelles et une adaptation de la pratique de l'aidant aux réelles capacités de la personne tout en tenant compte de son environnement.

• Aide humaine de compensation

Elle compense la lenteur, la fatigabilité, les difficultés fonctionnelles sur certaines tâches comme par exemple l'aide à la compensation des difficultés de mobilité, de port de charges, de déplacements ainsi qu'une aide à la vie domestique (courses, préparation des repas, ménage, gestion du linge). La tierce personne fait à la place du blessé.

C'est notamment le cas lorsque le blessé présente une épilepsie ou une Hémianopsie Latérale homonyme qui sont deux contre-indications formelles à la conduite automobile.

C'est également une aide active de type aide-ménagère.

• Aide humaine de surveillance bienveillante

C'est une aide humaine qui doit être présente en continu et qui est susceptible d'intervenir à tout moment quand :

- les séquelles cognitives ne permettent pas au blessé de mesurer une situation de danger ou de prendre les mesures qui s'imposent,
- le blessé présente des troubles du comportement qui génèrent une mise en danger personnelle ou d'autrui.

• Aide humaine à la parentalité

Lorsque le blessé était parent avant l'accident, ou le devient, les troubles cognitifs peuvent être une entrave à son rôle de père ou de mère auprès des enfants pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne de l'enfant : alimentation, éducation, soins, scolarité. Un tiers compétent, agréé, doit l'aider dans ces attributions.

Il s'agit là aussi d'une aide active, spécialisée du type travail social ayant les qualités requises pour assurer cette mission tel un Technicien d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) là aussi avec une formation spécifique TCC.

• Protection juridique

Les difficultés cognitives et/ou comportementales peuvent justifier l'aide d'un tiers pour s'occuper de la gestion de l'argent, du patrimoine, des prestations, de l'indemnisation du blessé TCC.

Lorsque l'altération des facultés d'une personne ne lui permet plus de gérer et défendre ses intérêts, le juge des tutelles prononce une mesure de protection juridique (curatelle ou tutelle).

La mesure doit être la plus adaptée possible, la moins contraignante, limitée dans le temps, et révisable.

La curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile.

Depuis la loi du 5 mars 2005, entrée en vigueur le 1^{er} Janvier 2009, portant réforme de la protection juridique des majeurs, il existe plusieurs degrés de curatelles :

- **simple** : la personne accomplit seule les actes de gestion courante mais doit être assistée pour des actes plus importants tels qu'un emprunt, achat ou vente d'un bien immobilier...,
- **aménagée** : le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non,
- **renforcée** : le curateur perçoit les ressources et règle les dépenses.

Lorsque la personne n'est plus en mesure de gérer tout ou partie de son patrimoine, un tuteur est désigné et la **représente** dans les actes de la vie civile.

L'avocat spécialisé doit conseiller.

• Et l'aidant sexuel ?

« Les lésions cérébrales interfèrent sur les mécanismes de libido et d'initiative comme sur le retentissement émo-

tionnel, le plaisir et la satisfaction sexuelle » (J.-F. Mathé et al., 1996) [5].

« La persistance des troubles neurocomportementaux et le bouleversement des investissements narcissiques et libidinaux donnent une coloration différente de la sexualité du blessé : adhérence ou indifférence affective, labilité émotionnelle, régression affective... »

Quel ajustement va pouvoir s'établir dans la relation amoureuse ? Les études sur la blessure cérébrale et la sexualité soulignent un « effet de sexe ».

Comment vivre sa sexualité pour une femme lorsque l'on a perdu son pouvoir de séduction et pour un homme son pouvoir de domination ?...

Notre réflexion psychologique, dans sa finalité de prise en charge individuelle ou commune du couple, nous amène à considérer la désorganisation de la relation amoureuse du traumatisé cérébral comme un symptôme post-traumatique manifeste » (Marie de Jouvenel, psychologue neuropsychologue, expert judiciaire près la Cour d'Appel de Versailles) [6].

Le problème de l'assistant sexuel ne se pose pas uniquement pour les blessés médullaires mais bien aussi pour les victimes de TCC.

L'aidant ou « assistant sexuel » est une forme d'accompagnement qui consiste à raviver le plaisir sensuel, érotique ou sexuel chez les adultes en situation de handicap qui en expriment la demande.

C'est aux États-Unis que le statut d'assistant sexuel a pour la première fois été reconnu.

En Europe, il est apparu au Pays Bas en 1980 et les prestations réalisées sont remboursables par la sécurité sociale.

Même si dans une majorité de pays, le statut d'assistant sexuel n'est pas reconnu, voir même illégal, plusieurs pays reconnaissent néanmoins cette activité :

L'Allemagne autorise cette pratique.

En Autriche une formation pour devenir assistant sexuel existe.

En Belgique, le statut d'assistant sexuel existe mais l'activité semble peu rependue.

En Suisse alémanique, il existe une formation depuis 2003 et depuis 2008 en Suisse romande, cette activité est légale.

En Israël, le corps médical a recours à des assistants sexuels dans le cadre de certaines sexothérapies.

En France, sur le plan légal, l'assistance sexuelle est assimilée à la prostitution. En avril 2007 a eu lieu, à Strasbourg, au Parlement Européen, un colloque sur le thème « *Dépendance Physique : intimité et sexualité* » à la suite duquel est né le Collectif Handicap et Sexualités (CHS) qui a permis de faire émerger la problématique de l'accompagnement sexuel avec en 2010 un colloque à Paris sur « Handicap et sexualité ».

En 2010, Madame BACHELOT, alors ministre de la Solidarité et de la Cohésion sociale s'est déclarée « rigoureusement opposée » au recours à des assistants sexuels pour les personnes handicapées.

Saisie en 2011 par la Ministre, le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé concluait dans l'avis n° 118 du 27 septembre 2012 rendu public le 11 mars 2013 [7] :

« *En conséquence en matière de sexualité des personnes handicapées, le CCNE ne peut discerner quelque devoir et obligation de la part de la collectivité ou des individus en dehors de la facilitation des rencontres et de la vie sociale, facilitation bien détaillée dans la Loi qui s'applique à tous. Il semble difficile d'admettre que l'aide sexuelle relève d'un droit-créance assuré comme une obligation de la part de la société et qu'elle dépende d'autres initiatives qu'individuelles.* »

Il semble que la France ne soit pas encore prête à évoluer sur ce sujet.

C. Les différents types d'aidants

Lorsque le blessé rentre enfin à domicile, la famille et ses proches n'imaginent pas ce qui les attend « *Il revient de si loin que maintenant qu'il rentre à la maison, on va pouvoir tourner la page* ».

C'est au fur et à mesure que l'entourage découvre une réalité à laquelle personne n'est jamais préparé. Une des plaintes récurrentes de l'entourage est de ne pas avoir été informé des séquelles qu'il conserve.

Or, au plan médico-légal, le blessé ne peut être consolidé qu'à trois ans du fait générateur et ce n'est qu'à ce moment que l'on connaît précisément l'étendue des déficits.

Il est donc fréquent que le blessé rentre définitivement chez lui bien avant les trois ans, qu'il bénéficie de soins en hospitalisation de jour puis des soins en ville et que ce délai de latence soit un temps où l'entourage continue à s'investir avec l'espoir que le blessé va récupérer.

L'entourage familial est donc, de fait, l'aide humaine et assume tout : déplacements, stimulation, surveillance. Bien souvent, le conjoint, un parent, est également de fait, celui qui gère et administre les revenus et les dépenses.

Convaincu qu'il peut aider le blessé à récupérer, l'entourage familial met souvent toute son énergie au service du blessé et se retrouve vite épuisé car inciter, stimuler, contrôler, surveiller une personne TCC au quotidien est épuisant moralement et physiquement. Le plus souvent les blessés et les familles ignorent que des provisions peuvent être versées par l'assureur tant que la consolidation n'est pas fixée. Quand bien même le blessé ne subit pas des pertes de salaires et qu'il n'a pas engagé des dépenses, les examens médicaux dits d'« étape », sont là pour déterminer les besoins en aide humaine et doivent se traduire par le versement de provisions substantielles.

Ces provisions doivent permettre au blessé d'avoir recours à des aides humaines extérieures ce qui a également le mérite d'apporter un peu de répit à la famille.

S'il n'est pas assisté par un médecin-conseil de blessé et un avocat spécialisé, l'expérience montre que le blessé n'obtient pas ces provisions qui permettent d'organiser le retour à domicile et de mettre en place un projet de vie pérenne.

Il est bien évident que sans finances, le blessé n'engage pas la dépense et que c'est donc la famille qui en subit les conséquences en premier lieu. Quand bien même la famille est un aidant naturel, elle n'a pas vocation à le rester. Des aides humaines extérieures doivent prendre le relai.

• L'aidant familial

L'aidant familial est une personne qui a un lien familial avec le blessé TCC. Il peut être dédommagé grâce à la PCH versée par le Conseil Général.

L'aidant familial peut être salarié quel que soit son lien familial avec le bénéficiaire si l'état de ce dernier nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante pour des besoins de soins.

Le salariat n'est pas possible lorsque l'aidant familial est un obligé alimentaire de 1er degré (parents ou enfants) du bénéficiaire, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS. Le membre de la famille ne doit pas être à la retraite, mais il doit néanmoins cesser ou renoncer totalement ou partiellement à une activité professionnelle. Un membre de la famille, désigné comme tuteur, ne peut pas être le salarié de son protégé pour des raisons évitables de conflit d'intérêt.

• Le service en mode « prestataire »

Que ce soit une société ou une association, ce type de structure propose une prestation complète dont elle a l'entière responsabilité : elle comprend la mise à disposition d'une aide humaine adaptée aux besoins ainsi que la gestion de tous les aspects administratifs. Le blessé TCC n'est pas l'employeur de l'aidant. Il passe un contrat avec la structure prestataire dont il est le client. Ce type d'aidant est le plus approprié pour le blessé TCC de part le transfert de responsabilités et de gestion administrative à la charge de la structure ce qui bien évidemment se traduit par un coût horaire plus important.

Comme il n'est pas obligé d'accepter un traitement ou une intervention pour minorer le préjudice indemnifiable, le blessé n'est pas non plus obligé de supporter le risque employeur.

• Le service en mode « mandataire »

Le blessé TCC est adhérent de la structure qui lui soumet des candidats pour un recrutement et qui parfois rédige le contrat de travail et édite ou non les feuilles de paie.

Le blessé est l'employeur de son aide humaine et supporte donc le risque prud'homal en cas de rupture suite à des troubles du comportement notamment.

Les Services d'Aide à Domicile (SAD) sont divers et variés, agréés ou non.

Les enjeux autour des SAD sont multiples que ce soit en termes de formation des intervenants, d'organisation des services, d'incidence sur les tarifications des prestations. Pour de plus amples explications, il est utile de se reporter au rapport HANDEO de Novembre 2009 « *Spécificités des services d'aide à la personne destinés aux adultes en situation de handicap* ». [8]

Enfin, on ne saurait oublier les SAMSAH et les SAVS qui sont des services médico-sociaux issus de la loi du 11 février 2005 qui contribuent à la réalisation du projet de vie d'adultes en situation de handicap par un accompagnement adapté favorisant ainsi leur insertion en milieu ordinaire. Bien que différents, ces services s'inscrivent dans la politique de libre choix de vie des personnes en situation de handicap et répondent à leur volonté de vivre à domicile.

Les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) sont des structures instituées par le décret 2005-223 du 11 mars 2005 définies dans l'article D312-166 du code de l'action sociale et des familles comme étant :

« *les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-162* », soit la contribution « *à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* ».

Plus précisément (CASF - Article D312-167), il s'agit d'apporter aux usagers :

- Des soins réguliers et coordonnés ;
- Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Et en plus des missions dévolues aux SAVS :

- Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Ce service composé d'une équipe pluridisciplinaire (éducateurs spécialisés, assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes) vise une plus grande autonomie des personnes et apporte une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne. Coordonné à un SAD, il constitue une alternative à l'institutionnalisation.

Pour en bénéficier il faut en faire la demande auprès de la MDPH et il est financé par les Conseils Généraux.

Les SAVS eux sont définis dans l'article D312-162 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) :

« *Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.* »

Leur mission, définie dans l'article D312-163 implique :

- Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Recommandation 115 des bonnes pratiques « *Troubles du comportement chez les traumatisés crâniens* » de la SOFMER 2013 : « *La mise en place d'aides humaines, adaptées à chaque situation, doit être anticipée pendant l'hospitalisation en lien avec la MDPH en s'attachant à une égalité nationale de prise en charge. En raison de la possible évolutivité des troubles du comportement, une révision du plan d'aide accordé en sortie d'hospitalisation peut être nécessaire, y compris au cours de la première année* ».

Recommandation 116 : « *La prise en charge des patients doit également s'appuyer sur les systèmes d'aide et de soins à domicile propres à chaque territoire géographique. L'accompagnement à domicile par des aidants professionnels doit être systématiquement et régulièrement proposé* ».

Une fois posée la spécificité du handicap invisible généré par les lésions cérébrales et celle de l'aide humaine nécessaire pour lui apporter plus d'autonomie, il convient de s'intéresser à l'évaluation médico-légale de ces besoins au regard du principe de réparation intégral du préjudice corporel subi par le blessé.

II. LA SPÉCIFICITÉ DE L'ÉVALUATION MÉDICO-LÉGALE ET DE L'INDEMNISATION DU POSTE « TIERCE PERSONNE »

En préambule :

La victime d'un accident causé par un tiers est en droit d'obtenir la réparation « intégrale » de son préjudice. L'assureur du tiers est redevable d'une créance d'indemnisation et répare les différents postes de préjudice selon les règles de droit commun.

La France ayant au fil des années organisé des systèmes d'indemnisation spécifiques, le blessé peut être indemnisé par un Fonds de garantie à qui les règles de droit commun s'appliquent.

Le principe de la réparation intégrale consiste à replacer la victime au plus proche de ce qu'aurait été sa situation si l'accident n'avait pas eu lieu.

Même si la réparation « intégrale » reste un mythe, au fil des années, la situation des victimes s'est améliorée que ce soit à travers :

- La loi de finances de la sécurité Sociale du 21 décembre 2006 qui prévoit en son article 25 que le recours des tiers payeurs (sécurité sociale et mutuelles entre autres) se fait poste par poste avec un droit de préférence pour la victime ce qui a pour conséquence de ne pas voir les frais de soins être prélevés sur la globalité de l'indemnisation lui revenant mais uniquement sur le poste dépenses de santé.
- Une nomenclature des chefs de préjudices corporels plus cohérente a été élaborée suite au rapport de juillet 2005 [9] du groupe de travail présidé par Monsieur Jean-Pierre DINTILHAC, Président de la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation qui distingue les préjudices en deux catégories : préjudices patrimoniaux et préjudices extrapatrimoniaux et dans chaque catégorie deux sous-catégories : avant et après consolidation.
- L'évolution de certains outils de calcul de l'indemnisation comme le barème de capitalisation appliqué aux indemnisations réglées sous forme de rente, réélabore en mai 2013 [10] pour tenir compte des dernières tables de mortalité de 2006 -2008 et d'un taux d'intérêt prenant en compte l'inflation qui est appliqué par de nombreuses Cours d'Appel même si celle de Paris reste encore en retrait.

Cependant des dangers et menaces guettent toujours les victimes, entre autre :

- Le lobby des assureurs continue à militer pour une barémisation des indemnisations ce qui est tout simplement contraire au principe de réparation intégrale d'une personne. Les 5% de victimes, qui refusent l'indemnisation offerte par l'assureur et osent se défendre en choisissant la voie judiciaire dérangeant. Et pour cause ! les indemnisations obtenues devant le Tribunaux sont bien plus importantes que celles proposées à l'amiable. Le poste d'indemnisation « Tierce Personne » en est une illustration flagrante.
- Le Fonds de Garantie a obtenu que la Cour de Cassation en mai 2013 reconnaisse à la PCH un caractère indemnitaire ce qui conduit les assureurs à en demander la déduction de l'indemnisation du poste tierce personne (cf article dans ce même numéro « *Articulation entre l'indemnisation de droit commun des personnes handicapées et la prestation de compensation du handicap versée par la Solidarité Nationale* »).
- La situation de conflit d'intérêt de certains experts judiciaires qui bien qu'auxiliaire de justice acceptent les missions de médecins-conseils d'assurance. Dans son rapport « Les experts médicaux et les médecins qui évaluent le dommage corporel » adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 21 Octobre 2011 [11]

l'Ordre National des Médecins rappelle la différence entre l'expert, désigné par un Tribunal et le médecin-conseil d'assurance et l'incompatibilité qu'il y a à exercer à ces deux titres. Le CNOM recommande au chapitre « déontologie de l'évaluation du dommage corporel » « que les fonctions d'expert judiciaire soient incompatibles avec celles de médecin conseil d'assurance ». Au prétexte de la pénurie d'expert judiciaire ayant les compétences requises pour évaluer un blessé TCC, on constate encore que des experts, et non des moindre, puisque l'un d'entre eux est inscrits sur la liste nationale de la Cour de Cassation, sont médecins-conseils d'assurance. Le CNOM rappelle « *Il n'y a pas d'expertise judiciaire juridiquement valable sans indépendance absolue de l'expert, condition indispensable de son impartialité. Les médecins conseil sont des assistants techniques, chargés de défendre la position de la partie qu'ils assistent dans une discussion technique* ».

Compte tenu de l'enjeu de l'évaluation médico-légale pour la victime et pour l'assureur, mais aussi pour le contribuable qui finance la Solidarité Nationale, il n'est pas concevable qu'il y ait encore des experts judiciaires qui soient économiquement dépendants des régleurs.

A. Les enjeux du poste « Tierce Personne » dans le processus d'indemnisation

Les chiffres nous sont donnés par les assureurs eux-mêmes à travers L'Etude « *Indemnisation des dommages corporels graves en France* » de la Caisse Centrale de Réassurance [12] établie en octobre 2012 sur la base des dossiers de « RC Corporels automobiles » graves de 1391 victimes issues de 1360 sinistres automobiles survenus depuis le 1^{er} janvier 1999 :

- 80% des victimes ont soit un traumatisme crânien grave soit des lésions médullaires (paraplégies, tétraplégies). **Le Traumatisme crânien grave représente 55% ;**
- 82% des victimes gravement atteintes ont un Déficit Fonctionnel Permanent égal ou supérieur à 50% ;
- **L'Assistance par tierce personne représente 43% du coût de l'indemnisation** versée au blessé ;
- Le coût moyen de l'assistance tierce personne active indemnisée est de **19 euros** ;
- **15 heures par jour d'assistance par tierce personne** sont en moyenne allouées aux victimes de dommages corporels graves dont les blessés TCC.

54% des frais divers sont liés au coût de la tierce personne **avant** consolidation.

Le poste « assistance par tierce personne » reste donc le plus important financièrement pour les régleurs. Avec le poste « Pertes de Gains Professionnels Futurs » c'est également le poste qui permet au blessé de mettre en place un projet de vie pérenne et de qualité.

Dans la nomenclature des préjudices corporels dite « Dintilhac » :

- l'aide humaine avant consolidation ne fait pas l'objet d'un poste spécifique mais est incluse au titre des frais divers ;
- l'« assistance par tierce personne » après consolidation est un poste distinct des préjudices patrimoniaux définitifs et est définie comme les **dépenses** « liées à l'assistance permanente d'une tierce personne pour aider la victime handicapée à effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne. Elles visent à indemniser le coût pour la victime de la présence nécessaire, de manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie.

Si l'évaluation des besoins en aide humaine après consolidation est déterminante pour le projet de vie du blessé, l'aide humaine avant consolidation ne doit jamais être oubliée ni négligée car son enjeu est d'autant plus important qu'il permet de mettre en place un retour à domicile de qualité pour le blessé mais aussi pour son entourage dans la mesure où il évite à terme l'épuisement de la famille.

L'aide humaine dite « passée » pour les blessés TCC est d'autant plus spécifique que le blessé adulte ne peut pas être consolidé avant la troisième année qui suit l'accident. Lorsqu'il s'agit d'un bébé victime d'un secouement, d'un enfant ou d'un adolescent, la consolidation n'est acquise qu'à la majorité voire à l'achèvement des apprentissages scolaires et des possibilités d'insertion professionnelle. Ce sont donc parfois entre dix et vingt ans d'aide humaine passée qui

doivent être évalués et indemnisés ce qui représente une indemnisation très conséquente pour le blessé.

Seuls des examens médicaux d'étape, réguliers, peuvent permettre de déterminer les besoins en aide humaine tout au long de ces années. Il est illusoire de penser qu'après avoir perdu son temps en examens amiables pendant plusieurs années sans obtenir la fixation des justes besoins en aide humaine, un expert judiciaire pourra refaire l'histoire et évaluer au plus juste les besoins de l'enfant dix ou quinze ans avant. Ces examens d'étape, s'ils sont menés dans le cadre judiciaire, par un expert judiciaire permettent d'obtenir des provisions substantielles et cohérentes et d'éviter que le blessé ou sa famille n'aient recours à la Solidarité Nationale.

Recommandation 108 des bonnes pratiques « Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens » de la SOFMER 2013: « *Si le patient est éligible à une indemnisation, et après mise en place d'une mesure de protection, si celle-ci s'avère nécessaire, une indemnisation précoce sous forme de provision doit être mise en place selon les besoins* »

L'indemnisation du poste « tierce personne » est fixée en droit commun après détermination par un médecin des besoins en aide humaine qui doit faire abstraction de la présence de l'entourage auprès du blessé. C'est un principe posé par la Cour de Cassation et régulièrement rappelé : Cass Civ 2^e 10 juin 2004 pourvoi n° 02-19719 ; Cass Civ 2^e 15 avril 2010, pourvoi N° 09-14042.

De l'évaluation médico-légale dépend l'indemnisation ce qui impose que l'évaluation soit de bonne qualité et réalisée par un expert connaissant bien la problématique des traumatisés crâniens.

A titre d'exemple :

Julie a été victime d'un accident grâce d'équitation en 2003 alors qu'elle n'avait que 9 ans. En juillet 2004 deux experts judiciaires sont désignés. A l'issue d'un premier examen ils ne consolident pas l'enfant mais fixent en terme de fourchettes tous les postes de préjudice, mais aussi les besoins en aide humaine nécessaires depuis le retour à domicile jusqu'au jour de l'examen en juin 2005. En juillet 2010 Julie est réexaminée, consolidée, le taux de Déficit Fonctionnel Permanent est fixé à 80% et ses besoins en aide humaine évalués comme suit :

- 4 heures par jour pour la toilette, l'habillage, les courses, les repas, ménage,
- 4 heures par jour pour les sorties, incitation et occupation,
- et 16 heures de surveillance bienveillante sous le toit.

Entre 2004 et 2011, les provisions obtenues par le biais judiciaire totalisent la somme de 963 000 euros à la charge de l'assureur du Centre Equestre soit 137 571 euros par an = 11 500 euros par mois. Ces provisions ont permis d'aménager le domicile et d'éviter le recours à la PCH pour la maman qui a fait office d'aide humaine.

Le jugement de liquidation a été rendu en **Avril 2013**. Il est définitif et accorde à Julie les indemnisations référencées in *La Gazette du Palais* du 8 octobre 2013 édition Spéciale dommage corporel page 43 [13].

Au titre de la tierce personne passée durant les six ans qui séparent le retour à domicile et la consolidation a été indemnisée à hauteur de 760 000 euros.

Il est paradoxal de constater que ce poste de préjudice, déterminant pour le reste de la vie du blessé, est souvent examiné en toute fin d'expertise judiciaire, qu'il est l'un des derniers postes de préjudice à faire l'objet de la discussion médico-légale, souvent succincte, et que, dans bien des cas, les parties ont le sentiment qu'il est « fixé à la louche », certains ayant leur « tarif », quand il n'est pas refusé au motif que le blessé est « autonome ».

L'importance de ce poste de préjudice impose que :

- l'avocat spécialisé de la victime sensibilise le juge lorsqu'il lui est demandé de désigner un expert judiciaire dans un tel dossier,
- l'avocat demande au juge de fixer la mission spécifique dite « Traumatisés crâniens »,
- le blessé soit assisté d'un médecin de recours formé à cette problématique très délicate,
- des examens de recours et notamment une mise en situation par un ergothérapeute soit fournis à l'expert,
- qu'une discussion médico-légale digne soit accordée à ce poste.

B. L'évaluation médico-légale du poste

« Tierce Personne »

Dans son rapport définitif du 24 avril 2002 le groupe de travail sur les traumatisés crâniens [14] faisait plusieurs constats et recommandations afin que l'évaluation médico-légale de ces blessés soit la plus adaptée possible.

Douze ans après, il est intéressant de voir comment la situation a évolué.

1) Concernant l'expert médical qui évalue

Le groupe de travail constatait notamment que :

- *La conjonction de l'anosognosie (négaration 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.*
- *Le cercle étroit des spécialistes n'est constitué que de cliniciens car seule l'observation répétée de la pathologie permet de résoudre les difficultés d'appréciation et seuls les cliniciens peuvent résoudre les cas discutés. Le bon expert dans le cas des TCC est impérativement un clinicien. Il faut éliminer les experts qui ne sont que spécialistes et qui ne sont donc plus cliniciens.*
- *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.*
- *Les expertises médicales d'évaluation du dommage des TCC ne sont pour la plupart pas effectuées par des cliniciens et encore moins des cliniciens du traumatisme crânien.*

Il recommandait :

« 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 collège spécialisé ».

Douze ans après, on déplore que cette liste nationale unique spécifique des experts médicaux n'existe toujours pas.

La situation est particulièrement grave car :

- Sur certaines Cours d'Appel, il n'y a aucun expert ayant une expérience clinique quotidienne des TCC.
- Dans certaines listes, il existe bien un expert clinicien, mais répertorié dans une rubrique qui ne permet pas de bien l'identifier par le juge.
- Dans de nombreuses Cours d'Appel existent encore des experts non cliniciens et en situation de conflit d'intérêt avec leur mission de médecins conseil d'assurance ce qui ne semble toujours pas choquer grand monde. Certains experts interpellés s'offusquent même que l'on puisse remettre en cause une telle pratique.

L'un d'eux écrivait encore en mars 2013 *« Tous les Médecins membres de la Compagnie des experts près la Cour d'Appel d'Orléans, dont j'ai été le secrétaire général pendant neuf ans, y compris les universitaires, acceptent des missions de compagnies d'assurance, directement ou dans le cadre d'un arbitrage ... et qu'il en est de même pour la grande majorité des Compagnie d'Experts près des Cours d'Appel, à un moindre degré toutefois de celle de Paris compte tenu du grand nombre de facultés de médecine ».*

L'aveu est édifiant !

Recommandation 105 des bonnes pratiques « Troubles du comportement chez les Traumatisés Crâniens » de la SOFMER 2013 : *« L'expert judiciaire désigné, doit avoir une expérience clinique du TC afin d'appréhender aussi justement que possible les troubles affectant la personne et la mesure de protection la plus adaptée ».*

2) Concernant les intervenants impliqués

Le groupe de travail relevait en 2002:

« L'avocat :

« 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. »

Le groupe de travail constatait qu'il n'y avait pas de spécialité du handicap et encore moins du grand handicap et recommandait que soit créé une spécialisation « droit du dommage corporel ».

Ces recommandations ont été suivies d'effet puisque :

- En 2003 une association nationale des avocats de victimes de dommages corporels a vu le jour (ANADAVI) et regroupe des avocats spécialisés et compétents en droit de la responsabilité et de la réparation du dommage corporel et qui agissent dans l'intérêt exclusif des victimes de dommages corporels et non dans celui des compagnies d'assurances.
- En 2009, l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens (UNAFTC) a publié un « *Guide pratique de l'indemnisation* » avec la liste des avocats faisant partie du réseau national des avocats agréés par l'UNAFTC.
- En 2011, une mention de spécialisation « droit du dommage corporel » et une qualification spécifique « Réparation du préjudice corporel » ont été créées suite à la refonte du régime des spécialisations en Mai 2011. On peut regretter que cette spécialité soit encore mal connue du grand public et des soignants.

Recommandation 107 des bonnes pratiques « Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens » de la SOFMER 2013: « *Précocement pendant le séjour à l'hôpital d'un patient victime d'un TC l'équipe soignante et le service social doivent s'informer de l'éligibilité à une indemnisation et le cas échéant orienter le patient et son entourage vers un avocat spécialisé dans le dommage corporel du traumatisme crânien* ».

Plusieurs DIU ont été mis en place ou refondés à travers toute la France. Néanmoins, si obtenir un DIU spécifique en la matière est indispensable, il n'est pas suffisant pour faire de l'avocat un spécialiste de la réparation du dommage corporel du blessé TCC.

L'avocat, même spécialisé en droit du dommage corporel, ne peut obtenir une évaluation médico-légale satisfaisante de son client sans travailler en étroite collaboration avec un médecin-conseil de blessé également formé et une équipe de recours pluridisciplinaire composée de neuropsychologue, psychiatre, neuro-radiologue et ergothérapeute.

« Les magistrats »

« Les réponses obtenues de l'Ecole Nationale de la Magistrature (ENM) démontrent qu'aucun enseignement particulier n'est dispensé en formation initiale sur les spécificités du traumatisme crânien.

Les diverses sessions de formation continue n'abordent pas directement cette spécificité.

Une intervention d'une heure sur le sujet a été faite en 2002 dans le module « œuvre de justice et victime ». »

Les recommandations :

« Compte tenu de l'incidence annuelle des traumatisés crâniens, de l'enjeu majeur de leur équitable indemnisation qui conditionne souvent leur réinsertion et du défi-

cit de connaissances en ce domaine, il semble important... de mettre en place un programme spécial de rattrapage de niveau de l'ensemble des magistrats de l'ordre administratifs et judiciaire concernés avec dégagement de moyens financiers adéquats. »

Là aussi, ces recommandations ont été suivies d'effet puisque l'ENM a mis en place une formation spécifique des magistrats.

Avocats et magistrats ont également bénéficié pendant plusieurs années d'un rendez-vous annuel à travers « Les entretiens d'Aix ». Constituée le 19 novembre 2001, l'association « Les Entretiens d'Aix » a pour objet principal de promouvoir la recherche interprofessionnelle – neurologie / neuropsychologie / droit – permettant de proposer, de dégager ou de mettre en œuvre des remèdes aux problèmes médico-légaux et de protection juridique des victimes de lésions cérébrales acquises par accidents de toute nature, maladie ou vieillissement.

On peut regretter que depuis 2012 ce rendez-vous annuel n'ait plus lieu car il était l'occasion pour les professionnels du monde médical et judiciaire de se rencontrer et d'avoir des échanges constructifs.

3) Concernant la mission spécifique

Le Groupe de travail de la commission présidée par Mme VIEUX, relevait en 2002 :

« 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 œuvre pour la réalisation d'un projet thérapeutique tendant à la réalisation d'un projet de vie possible et adapté aux nouvelles capacités.

... Il convient 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 inadéquate pour un traumatisé crânien, de préservation de l'avenir ».

C'est ainsi qu'une mission spécifique a été rédigée l'une pour les adultes, l'autre pour les enfants et a été revue en 2008 pour s'adapter à la nomenclature « Dintilhac ».

Elle est longue et didactique et comporte des commentaires adossés à la mission.

En ce qui concerne plus particulièrement la tierce personne la mission prévoit :

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 séquel-

laire ;
* 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 ;

...

- *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 sœurs, voir l'aide et la surveillance que doit apporter la famille et qu'elle ne devrait pas normalement apporter compte tenu de l'âge de l'enfant.*

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

...

- *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.*

Au titre des commentaires de la mission remarquons plus particulièrement :

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 un centre d'accueil, il peut être intéressant qu'elle se fasse dans ce centre, afin de recueillir l'avis de l'équipe soignante.

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.*

La pratique quotidienne nous permet de constater à ce jour que :

– Lorsque l'assureur mène seul le processus d'évaluation médico-légale, la victime (qui n'est pas assistée que ce soit d'un médecin-conseil de victime et/ou d'un avocat) n'a aucun moyen de savoir si l'assureur a fixé à son médecin-conseil la mission spécifique TCC. La plupart du temps, elle n'a même pas conscience que celui qui l'indemnise est juge et partie et que le médecin qui l'examine est un médecin-conseil missionné par l'assureur, formé par l'AREDOC et réglé par l'assureur. Quand en plus, le médecin-conseil de l'assureur convoque le blessé avec un papier entête faisant état de sa qualité d'« Expert près la Cour d'Appel de... » la confusion est totale et le blessé désinformé.

Le rapport du groupe de travail de la commission relevait en 2002 :

« 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.

– Il n'est pas rare de constater que des évaluations médico-légales de blessés TCC, qui plus est de blessés graves, sont encore faites sans bilan neuropsychologique, l'évaluateur se contentant parfois d'un bilan orthophonique ou d'une évaluation médicale avec des tests destinés à la détérioration intellectuelle (MMSE).

Compte tenu de :

– la complexité de l'évaluation médico-légale,
– de l'importance de l'indemnisation pour que le blessé puisse avoir un projet de vie pérenne ce que tous les acteurs s'accordent à retenir,

l'indemnisation par voie de transaction entre l'assureur et le blessé devrait pouvoir être déclarée nulle si le blessé n'est pas assisté d'un avocat et d'un médecin spécialisés en dommage corporel et traumatisme crânien.

La protection juridique que nous avons tous dans nos contrats d'assurance ne permet pas au blessé d'être mieux informé ou défendu puisque le médecin désigné au titre de la protection juridique n'est autre qu'un médecin-conseil d'assurance.

Lorsque le blessé est assisté d'un avocat, comme cela a été vu précédemment, encore faut-il qu'il soit spécialisé en Droit du dommage corporel et qu'il ne travaille que pour les victimes. Au-delà d'être spécialisé en dommage corporel, il est indispensable qu'il bénéficie de formations spécifiques à la problématique à travers des DIU mais aussi qu'il se forme en permanence et travaille avec une équipe de recours pluridisciplinaire où chaque membre dans sa spécialité connaît la problématique du TCC.

L'évaluation médico-légale du blessé TCC, compte tenu de sa spécificité et des conséquences importantes

qu'elle implique pour le reste de la vie du blessé, doit être confiée à un expert judiciaire ayant une expérience clinique quotidienne des TCC, expérience clinique qui ne s'arrête pas au bloc opératoire mais qui va jusqu'à la réadaptation du blessé.

C'est à cette condition que l'on peut obtenir la désignation d'un expert judiciaire, avec une mission spécifique et l'obtention de provisions indispensables à la réinsertion.

4) Concernant l'examen médico-légal

Aujourd'hui encore, on constate que :

- l'examen médical se fait toujours au cabinet de l'expert. Ce n'est que dans les cas de blessés en état végétatif chronique ou pauci relationnel que l'expert se déplace dans un établissement ;
- la durée de l'expertise est en moyenne de deux à trois heures ;
- pour les experts judiciaires cliniciens, ils recourent spontanément, ou à la demande de l'avocat, à des examens confiés à des sapiteurs (professionnels d'une autre spécialité) tels que le *neuropsychologue* pour un bilan récent qui met en évidence les éléments cliniques des troubles cognitifs, le *psychiatre* qui met en évidence les troubles du comportement et les répercussions psychoaffectives du traumatisme et si les déficits fonctionnels sont présents un orthopédiste, un ORL, un ophtalmologiste, un neurologue (si l'expert ne l'est pas) ;
- l'expertise est un temps difficile pour le blessé et souvent une deuxième réunion est nécessaire mais pas toujours organisée. La rémunération des experts judiciaire reste un problème car les provisions pour frais d'expertise sont souvent faibles et beaucoup d'experts judiciaires n'osent pas demander des consignations complémentaires alors que le travail nécessaire à une juste évaluation le justifie pleinement ;
- il est rare que les experts acceptent de recourir à un sapiteur ergothérapeute qui pourtant est, de part son métier, le plus à même de mettre en situation dans son environnement personnel le blessé. Avec le neuropsychologue, il est le seul à passer plusieurs heures de suite avec le blessé et à pouvoir mesurer, en temps réel, ses difficultés ;
- il est également rare qu'un juge désigne un collègue d'experts avec parmi eux un ergothérapeute. Certains juges interrogés renvoient à la mission qui prévoit que l'expert peut s'adjoindre tout sapiteur de son choix qu'il estime nécessaire... Les experts eux voient rarement l'intérêt d'y recourir sauf lorsque l'avocat spécialisé produit le rapport d'un ergothérapeute saisi dans le cadre du recours et que l'assureur réfute ce document au motif qu'il n'est pas contradictoire.

À la décharge des experts et des magistrats, on constate en 2014 qu'il n'existe en France que douze

experts judiciaires ergothérapeutes, et aucun sur les Cours d'Appel de Paris et Versailles... Au-delà de cette pénurie, c'est seulement au cas par cas que l'on sait si l'ergothérapeute connaît ou pas la spécificité du traumatisme crânien.

Lorsqu'il la connaît, on est parfois surpris de constater des écarts substantiels d'évaluation des besoins en aide humaine. Tel dossier nous a permis récemment de voir trois ergothérapeutes connaissant la problématique du TCC retenir : 4 heures par jour pour l'ergothérapeute de recours, 9h30 pour l'ergothérapeute sapiteur de l'expert et ... 1 heure pour l'ergothérapeute de l'assureur...

Recommandation 33 des bonnes pratiques « Troubles du comportement chez les Traumatisés Crâniens » de la SOFMER 2013 : « *L'évaluation écologique en condition de vie réelle qui complète les bilans neuropsychologiques est fortement recommandée* ».

Alors que le poste Tierce Personne est déterminant par son enjeux financier et les possibilités qu'il offre au blessé, on constate qu'il est souvent abordé en toute fin de réunion, lorsque la fatigue s'est installée (et cela d'autant plus quand la réunion commence en fin de journée) et fait l'objet d'une discussion contradictoire souvent frustrante car trop rapide et désagréable, pour ne pas dire conflictuelle. Il n'est pas rare de voir des médecins-conseils d'assurance tergiverser et monopoliser le temps expertal sur un détail ce qui raccourci d'autant plus le temps consacré à la journée type et aux besoins en aide humaine qui en découlent. Une seconde réunion d'expertise pour ces dossiers lourds est indispensable et d'autant plus justifiée quand les rapports des sapiteurs arrivent afin que les parties et l'expert judiciaire aient une vision d'ensemble.

5) Les examens de recours et le médecin conseil de blessé

Là aussi ils sont déterminants. En faire l'économie est fautif.

Non seulement ils sont nécessaires dans l'administration de la preuve dont la charge incombe au blessé mais en outre ils constituent des frais générés par l'accident, donc remboursables par l'assureur !

Ces examens sont indispensables au processus médico-légal car ils ont pour objet de démontrer les doléances, exprimées ou non. Ils sont réalisés dans une logique d'évaluation. Ils n'ont donc pas du tout le même objectif des bilans de soins qui eux s'inscrivent dans une logique de valorisation, bien compréhensible, tant du patient que du soignant et qui sont bien souvent interprétés « à charge » par les médecins-conseils des régles.

Enfin, ces examens de recours, permettent également d'obtenir des provisions cohérentes avant consolidation et sont toujours éclairant pour les juges qui liquident le préjudice corporel.

Ils sont bien sur contestés par les régleurs au motif qu'ils ne sont pas contradictoires mais n'oublions pas que 95% des dossiers de sinistres sont réglés à l'amiable, sur la base d'un examen médical effectué par le médecin de l'assureur et que cet examen n'a rien de contradictoire !

Le médecin de recours ou médecin conseil de blessé est également incontournable (Cf. article Le médecin de recours du présent numéro).

Il est indispensable pour le blessé car il permet d'être à égalité des armes avec le régleur qui est toujours assisté de son médecin conseil, voir de plusieurs médecins dont des spécialistes, et même des chefs de service...

Il est également indispensable à l'avocat spécialisé car, comme le médecin conseil d'assurance fourni à son mandant une note technique confidentielle qui fixe des fourchettes d'évaluation sur chaque poste avant consolidation ce qui permet à l'assureur de provisionner financièrement son dossier. Le médecin conseil du blessé est également en mesure de fournir cette évaluation prévisionnelle ce qui là encore permet de revendiquer des provisions cohérentes.

Nous ne saurions terminer cette présentation sans rappeler les recommandations de bonnes pratiques énoncées par la SOFMER en 2013 (labélisées par la Haute Autorité de Santé) au chapitre « 5.9.2. Réparation du dommage corporel et réparation juridique » par la SOFMER en 2013 :

Recommandation 107 : « *Précocement pendant le séjour à l'hôpital d'un patient victime d'un TC l'équipe soignante et le service social doivent s'informer de l'éligibilité à une indemnisation et le cas échéant orienter le patient et son entourage vers un avocat spécialisé dans le dommage corporel du traumatisme crânien* ».

Recommandation 108 : « *Si le patient est éligible à une indemnisation, et après mise en place d'une mesure de protection, si celle-ci s'avère nécessaire, une indemnisation précoce sous forme de provision doit être mise en place selon les besoins* ».

Recommandation 109 : « *L'évaluation médico-légale a pour objet de déterminer et de quantifier les différents chefs de préjudice en vue d'en favoriser l'indemnisation. Les outils médico-légaux en vigueur en droit positif doivent évoluer pour mieux prendre en compte les spécificités des séquelles des victimes cérébro-lésées, tout particulièrement en ce qui concerne les troubles cognitifs, les troubles du comportement et leurs conséquences dans la vie quotidienne et relationnelle* ».

Recommandation 110 : « *Lorsque la victime est une personne cérébro-lésée, il est indispensable d'exiger du régleur (cadre amiable) ou du Juge que la mission confiée au médecin soit, non pas la mission de droit commun, mais la mission spécifique élaborée par le groupe de travail instauré par la Chancellerie et présidé par Mme Elisabeth VIEUX* ».

Recommandation 111 : « *Il est nécessaire de permettre à la victime d'être assistée d'un médecin conseil, si possi-*

ble lui-même spécialiste de la problématique du traumatisme crânien, lequel sera à même de sensibiliser son confrère sur les spécificités de la matière ».

Recommandation 113 : « *Il est recommandé une information des aidants sur les supports sociaux tout au long du parcours de soin car cette information est un élément déterminant du fonctionnement familial, de l'intégration à domicile du blessé et de l'intégration sociale à terme* ».

Il est temps que les blessés et leur famille ne soient plus tenus dans l'ignorance de l'enjeu du processus médico-légal, du rôle précis de chaque intervenant, de l'importance des provisions qui leur sont dues et de manière générale de l'importance de l'indemnisation qui impacte non seulement sur leur vie, mais également sur les professionnels de santé qui dispensent en amont **et en aval** des soins (frais futurs), ainsi que sur les contribuables que nous sommes et qui financent la Solidarité Nationale indispensable au blessé qui n'est pas indemnisable mais qui ne peuvent se substituer aux régleurs qui évaluent et indemnisent à minima les préjudices et notamment les besoins en aide humaine. Un blessé mal indemnisé, est un citoyen qui va, à terme, nécessairement demander l'aide sociale à la MDPH à travers la PCH (cf article sur ce thème dans le présent numéro).

6) L'évaluation médico-légale par l'expert

C'est un faisceau d'éléments qui doit permettre à l'expert d'évaluer les besoins en aide humaine :

- Écoute du blessé et de son entourage,
- Examen des documents :
 - médicaux,
 - des bilans de soins
 - des examens de recours,
 - des rapports de sapiteurs,
 - des mises en situation que ce soit dans le cadre du soin et de la réinsertion (les bilans UEROS n'ayant pas valeur d'expertise) ou de l'expertise judiciaire.

Les besoins en aide humaine ne sont pas proportionnels au taux de Déficit Fonctionnel, qu'il soit temporaire ou permanent, mais dépendent de la nature de l'atteinte fonctionnelle, de l'évolution séquelaire, des facteurs environnementaux et personnels du blessé, de ses limitations d'activités et de ses restrictions de participation. Les besoins en aide humaine ne sont pas transposables d'un blessé TCC à l'autre.

Ils doivent être déterminés en faisant abstraction de l'aide apportée par l'entourage familial.

Ils doivent non seulement être déterminés en fonction des actes élémentaires de la vie quotidienne mais aussi en fonction des droits fondamentaux tels que la liberté, la dignité, la sécurité. Ces droits ne sont pas suffisamment pris en compte, à notre sens, dans les évaluations médico-légales des experts. Il s'agit d'un argument fort de l'avocat de la victime qui est souvent mieux « entendu » par les juges qui ne sont pas liés par le rapport d'expertise.

Exemples de formulation des juges :

Arrêts de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence en date des 7 février 2001, 10 mai 2006 et 16 janvier 2007 :

« *La détermination des temps de tierce personne reposant à la fois sur des notions purement médicales (possibilité de transfert, évacuations des urines, soins à prodiguer, vérification de la force musculaire...) et sur des notions exclusivement juridiques, telles que le respect de la dignité et de la sécurité des personnes ou les moyens de remettre autant que possible le blessé dans l'état antérieur qui était le sien, il appartient aux juridictions de rechercher si, au-delà de la quantification de l'expert par laquelle elles ne sont pas liées, elles trouvent dans le rapport de celui-ci les éléments de réponse aux données juridiques dont la détermination leur appartient exclusivement* ».

« *Le principe de l'indemnisation étant de compenser les handicaps par rapport à un état antérieur, l'allocation d'une tierce personne ne saurait être limitée aux seuls besoins médicaux ou de survie, mais s'entend également des palliatifs aux agréments aussi essentiels par exemple que visionner un film au moment désiré, boire au moment de la soif, se prémunir immédiatement contre une sensation de chaleur ou de froid, sans être dépendant, pour la satisfaction de ces besoins des horaires d'une tierce personne...* »

« *... il convient de retenir que X. est sujet à des encombrements pulmonaires, qu'il ne peut faire face, seul, à une situation de danger. Dépendant totalement pour ses transferts d'une aide humaine, non autonome, y compris la nuit, X. ne peut, au nom de la dignité de la personne humaine et de sa sécurité, attendre les passages programmés et séquencés d'aides humaines pour satisfaire ses besoins ou ses envies (changement de position, d'activité, boire, expectorer, sortir)* »

Une fois l'évaluation médico-légale réalisée, l'avocat spécialisé va pouvoir calculer et revendiquer l'indemnisation la plus juste possible de ce poste de préjudice corporel.

C. L'indemnisation de poste « Tierce personne »

Tout comme l'évaluation médico-légale, la pratique démontre que l'indemnisation est plus juste et adaptée lorsque c'est un juge la fixe.

Là encore, il n'y a pas de mystère ! Les juridictions ayant des chambres spécialisées en dommages corporels font la différence et permettent à la matière de progresser dans l'intérêt des victimes.

Même si le juge n'est pas tenu par le rapport de l'expert judiciaire, il s'y réfère et l'homologue quand cela lui est demandé. Le juge détient un « pouvoir souverain d'appréciation » qui lui permet d'aller au-delà de ce que l'expert judiciaire préconise si cela est demandé et démontré par l'avocat de la victime.

Bien que le rapport médico-légal soit la base de travail de chiffrage pour l'avocat et le juge, il n'est pas rare de

voir les juges reconsidérer les besoins en aide humaine si l'expert judiciaire n'a pas tenu compte du rapport de l'ergothérapeute produit par la victime, ne l'a pas critiqué ou contredit et que l'assureur s'est contenté de soutenir qu'il n'était pas contradictoire.

Lorsque le rapport d'expertise judiciaire n'est pas acceptable, l'avocat du blessé peut demander une contre-expertise en la motivant et avec des éléments techniques à l'appui.

Le juge peut également faire doit à la demande d'expertise ergothérapique lorsque l'expert médical a mal évalué les besoins en aide humaine si là encore l'avocat lui présente des éléments utiles.

Globalement, et cela d'autant plus depuis les formations spécifiques dispensées par l'ENM, les juges sont attentifs aux arguments présentés par l'avocat spécialisé qui plus est quand ils sont soutenus par des documents techniques de professionnels compétents.

L'avocat a également à sa disposition les Droits Fondamentaux issus plus particulièrement de la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées adoptée le 13 décembre 2006 [15] qui se veut être un OUTIL des Droits de l'Homme comportant une dimension sociale explicite. Elle effectue un large classement des personnes handicapées par catégories et réaffirme que toutes les personnes qui souffrent d'une quelconque infirmité doivent bénéficier de **tous les droits et libertés fondamentaux**. Elle éclaire et précise la façon dont toutes les catégories de droits s'appliquent aux handicapés et désigne les domaines où des adaptations permettraient à ces personnes d'exercer effectivement leurs droits, ainsi que les domaines où il y a eu violation de droits et où il convient de renforcer la protection de ces droits.

À cette convention est joint un Protocole qui met en place le Comité des droits des personnes handicapées (« le Comité ») qui a compétence pour recevoir et examiner les communications présentées par des particuliers ou groupes de particuliers ou au nom de particuliers ou groupes de particuliers relevant de sa juridiction qui prétendent être victimes d'une violation par un État Partie des dispositions de la Convention.

La France a signé la Convention le 30 mars 2007 et le protocole le 23 septembre 2008 et les a ratifiés la Convention le 18 février 2010 et le Protocole le 18 février 2010.

Sur la base de cette convention internationale qui est donc une norme supra législative, qui s'impose à tous y compris aux experts judiciaires et aux juges, les besoins en aide humaine doivent être évalués et indemnisés au regard des droits fondamentaux tels que :

- Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;
- La non-discrimination ;

- La participation et l'intégration pleines et effectives à la société ;
- Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;
- L'égalité des chances ;
- L'accessibilité ;
- L'égalité entre les hommes et les femmes ;
- Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

La liberté que donne le recours à la Justice n'existe bien évidemment pas dans le processus amiable car jamais aucune victime seule, voir même assistée, ne peut réussir à faire accepter à un régleur ce qu'il ne veut pas.

Or, un assureur est avant tout un financier et ses intérêts sont diamétralement opposés de ceux du blessé.

L'indemnisation de l'assistance tierce personne obéit à certains principes :

- elle doit être fixée en fonction des besoins de la victime et non en fonction de la dépense justifiée : le blessé n'a pas à produire des factures pour être indemnisé. Ce principe est régulièrement rappelé par la Cour de Cassation (Cass 2^e civile 22 novembre 2012 pourvoi N° 11-25.494). Malgré tout, des assureurs conditionnent encore souvent la liquidation de ce poste à la production de factures...
- « *L'indemnité allouée ne saurait être réduite en cas d'assistance d'un membre de la famille* ». (Cass 2^e Civile, 10 juin 2004, pourvoi n° 02-19719). « *Il ne saurait revenir aux proches d'une victime cette charge qui est une conséquence de l'accident* » (Cass 2^e civile, 14 octobre 1992).

Contrairement à l'idée répandue, les provisions ne viennent pas diminuer l'indemnisation lorsque le préjudice est bien évalué au plan médico-légal.

C'est précisément le cas de l'évaluation et de l'indemnisation de l'« aide humaine passée » (de la date du retour à domicile à la date de consolidation et de la date de consolidation à la date du jugement). Cette indemnisation se fait en capital après avoir appliqué au nombre d'heures retenu par jour ou par semaine, un taux horaire fixé par le juge.

Si des factures sont présentées, il n'y a aucune raison pour que le juge ne calcule pas le préjudice en appliquant au nombre d'heures le taux horaire payé par le blessé.

Si des factures ne sont pas présentées (pour les raisons exposées plus haut) le juge apprécie et fixe une valeur horaire qui varie en fonction de l'aide humaine « passive » et l'aide humaine « active ».

Concernant l'indemnisation de la tierce personne future (entre la consolidation et le jugement puis à compter du jugement) là encore, elle est fixée en appliquant au nombre d'heures retenu un taux horaire qui lui est généralement plus important que le taux horaire de l'aide humaine passée.

Si la victime ne peut pas produire de factures, l'avocat doit démontrer au juge la réalité du taux horaire qui sera appliqué par les Services d'Aide à la Personne.

Le rapport d'octobre 2013 d'HANDEO « *Services à la personne en situation de handicap : quels coûts ?* » [16] (Handéo est une association ayant pour objectif d'assurer aux personnes en situation de handicap des services à la personne de qualité et adaptés à leurs besoins indépendamment de la nature du handicap, de lieu de résidence ou du montant de ses ressources. L'association est reconnue d'intérêt général. L'enseigne Handéo a été créée en 2007 sous l'impulsion de plusieurs associations, fédérations et unions nationales du handicap) démontre de manière rigoureuse et étayée que le coût horaire moyen d'une prestation de service d'aide à domicile adaptée aux personnes en situation de handicap est de 23 euros de l'heure. Cette étude menée auprès de services labélisés est très utile même si elle n'intègre pas dans le taux horaire les frais de déplacement ni les surcoûts liés au travail du dimanche et des jours fériés. Néanmoins, l'avocat spécialisé a à sa disposition des techniques de calcul pour pouvoir intégrer ces paramètres.

L'indemnisation de la tierce personne future se fait le plus souvent sous forme de rente trimestrielle viagère (versée jusqu'à la fin de la vie du blessé) et cela d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un blessé TCC jeune, ce qui est le souvent le cas.

Enfin, on ne saurait oublier que, comme tous les autres préjudices, les besoins en aide humaine peuvent toujours être revus à la hausse en cas d'aggravation qu'elle soit médicale ou situationnelle.

Quelques arrêts méritent d'être ici rappelés car ils concernent des modifications de la situation de handicap, alors que l'incapacité séquellaire est restée inchangée :

- Cass. civ. 2^e, 19 février 2004, pourvoi n° 02-17954 : Une femme paraplégique sans enfant au moment de la consolidation, le devient après. Son projet de vie a évolué, au delà des besoins personnels, l'arrivée de l'enfant nécessite des besoins supplémentaires.
- Cass. crim, 9 juillet 1996, pourvoi n° 95-81143 : une modification importante dans les « fonctions organiques » a nécessité un changement de projet de vie (vie à domicile avec une puis deux puis trois tierces personnes puis passage dans un foyer médicalisé) au sein duquel les « facteurs environnementaux » (la suppression des remboursements CPAM) ont entraîné une aggravation de la situation de handicap.
- Cass. civ. 2^e, 28 mars 2002, pourvoi n° 00-12079 : La suppression de l'aide sociale constitue la modification de la composante « facteurs environnementaux ».
- Cass. civ. 2^e 22 octobre 2009, pourvoi n° 08-12033 : Le changement de la législation sociale et

l'augmentation du coût des TP constituent la modification de la composante « facteurs environnementaux ».

L'aide humaine, passée et future, est le poste de préjudice qui de part son mode de calcul et de règlement, met de manière pérenne le blessé TCC à l'abri.

CONCLUSION

Les besoins en « Assistance par Tierce Personne » sont difficiles à évaluer alors qu'ils sont LE poste de préjudice fondamental pour le projet de vie du blessé et qu'ils représentent à eux seuls 40% de l'indemnisation versée.

L'expert judiciaire est au cœur de cette problématique médico-légale car c'est lui qui fixe les besoins en aide humaine qui permettent au juge d'indemniser ce poste de préjudice.

Les recommandations du Groupe de Travail sur les Traumatismes Crâniens d'avril 2002 ont permis des progrès de part la mise en place de la mission spécifique « Traumatismes Crâniens » qui est fixée à l'expert quand un avocat spécialisé la demande à un juge sensible à la problématique du Handicap Invisible généré par la lésion cérébrale.

Pourtant, 12 ans après, des progrès restent à faire, notamment en terme de liste nationale d'Expert judiciaires répondant aux préconisations du rapport Vieux de 2002, du CNOM d'octobre 2011 et de la SOFMER en 2013.

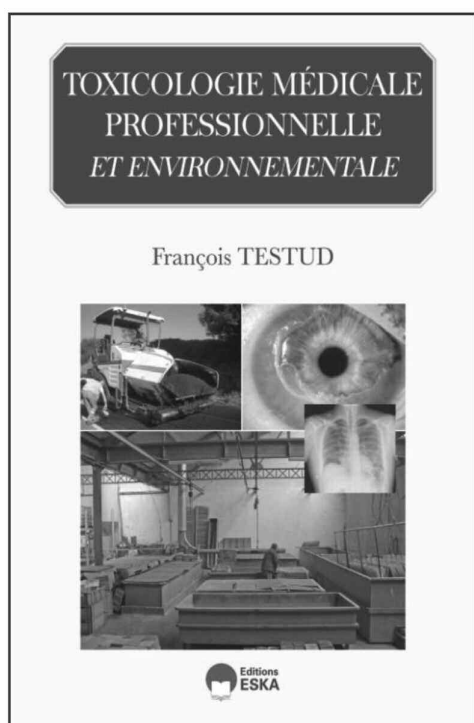
L'« Epidémie Silencieuse » que constitue le traumatisme crânien (180 000 par an) chez des personnes jeunes, le plus souvent, qui ont une espérance de vie « normale » mais avec des besoins en aide humaine importants, nécessite un plus grand nombre d'experts judiciaires ayant une expérience clinique quotidienne des TCC et un nombre plus important d'experts judiciaires ergothérapeutes.

Une évaluation correcte sur le plan médico-légal doit aboutir à une indemnisation de ces blessés qui leur permette, d'une part, d'avoir recours à des aides humaines spécialisées et mieux formées et, d'autre part, de ne pas avoir à solliciter le bénéfice de la PCH financée par la Solidarité Nationale.

Experts judiciaires, avocats, magistrats et assureurs ont donc un rôle majeur dans cette problématique. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Awareness of Deficit after Brain Injury : Clinical and Theoretical Issues » Prigatano & Schachter, 1991, p.13.
- [2] Recommandations de bonnes pratiques « Troubles du Comportement chez les Traumatismes Crâniens : quelles options thérapeutiques ? » SOFMER 2013.
- [3] Autonomie et dépendance, chapitre 8 Ressources d'enseignement, Corpus de Gériatrie, sur www.chups.jussieu.fr/polys/gériatrie.
- [4] autonomie et dépendance – Institut du Mai www.le-mai.org/autonomie_dependance.html Docteur Philippe Colbeau-Justin.
- [5] J-F MATHÉ et al., 1996.
- [6] M. DE JOUVENCEL, F. NARCYZ, L'état amoureux après un traumatisme crânien, *Journal de réadaptation médicale* Vol 21, N° 2 – juillet 2001, p. 49.
- [7] « Vie affective et sexuelle des personnes handicapées Question de l'assistance sexuelle » Avis n° 118 du 27 septembre 2012 du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.
- [8] Rapport HANDEO « Spécificités des services d'aide à la personne destinés aux adultes en situation de handicap » Novembre 2009.
- [9] Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, 2005, La Documentation Française.
- [10] La Gazette du Palais, 27 et 28 Mai 2013, pages 3 et 22 et suivantes.
- [11] « Les experts médicaux et les médecins qui évaluent le dommage corporel » rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 21 Octobre 2011.
- [12] « Indemnisation des dommages corporels graves en France » Caisse Centrale de Réassurance 2012 ;
- [13] *La Gazette du Palais*, 8 octobre 2013, édition Spéciale Dommage Corporel, page 43.
- [14] Rapport définitif du groupe de travail sur les traumatismes crâniens, 24 avril 2002, La Documentation Française.
- [15] Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées 13 décembre 2006.
- [16] Rapport HANDEO « Services à la personne en situation de handicap : quels coûts ? » Octobre 2013.



ÉDITIONS ESKA
TOXICOLOGIE MÉDICALE, PROFESSIONNELLE
ET ENVIRONNEMENTALE

François TESTUD

Toxicologie Médicale, Professionnelle et Environnementale présente une synthèse des connaissances et données toxicologiques portant sur les principales substances chimiques manipulées en milieu de travail, mais que l'on rencontre aussi dans l'environnement général. L'ouvrage fait une revue extensive des intoxications - aiguës et chroniques - professionnelles mais aborde également les thématiques intéressant la population générale comme les amalgames dentaires, le saturnisme infantile ou les risques sanitaires associés aux toxiques « médiatiques » récents (phtalates, bisphénol A, composés perfluorés...). Il apporte des informations claires, validées et utiles pour la pratique reposant sur l'analyse critique de la littérature internationale, effectuée à la lumière des 25 ans d'expérience en Toxicologie médicale de l'auteur, libre de tout conflit d'intérêt.

Aujourd'hui, la difficulté n'est pas dans l'accès à l'information mais dans l'interprétation, le tri et la hiérarchisation des données - parfois contradictoires - recueillies. Le praticien doit pouvoir disposer de synthèses reposant sur l'analyse de sources fiables et intégrant les principes de la médecine fondée sur les preuves : la prise en charge des patients intoxiqués, la surveillance des travailleurs exposés tout comme l'évaluation du risque doivent reposer sur des données factuelles. Dans cette optique, il importe de ne pas confondre médecine et sciences fondamentales, faits établis et hypothèses de recherche. Ce livre s'adresse avant tout aux médecins du travail impliqués dans l'évaluation, la prévention et la surveillance du risque toxique professionnel, aux cliniciens (médecins urgentistes, spécialistes, légistes) confrontés aux intoxications aiguës et chroniques par les produits industriels, mais aussi à l'ensemble du corps médical intervenant en santé publique et en charge de la veille sanitaire.

François TESTUD est médecin toxicologue (il a exercé 25 ans en CHU au centre antipoison et de toxicovigilance de Lyon) et médecin du travail dans le BTP. Expert du réseau Phyt'Attitude de la MSA, il est également l'auteur de *Produits phytosanitaires : Intoxications aiguës et Risques professionnels*, paru chez le même éditeur en 2007.

BON DE COMMANDE

Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **Toxicologie médicale, professionnelle et environnementale** », par **François TESTUD** - Code EAN 978-2-7472-1896-2

au prix de : 190,00 € + 3,51 € de frais de port, soit € x exemplaires = €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° Date d'expiration :
 Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Tél. : **Fax :** **E-mail :**

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

EDITIONS ESKA – Contact : adv@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

L'ERGOTHÉRAPIE : L'APPORT D'UNE DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE DANS L'ÉVALUATION DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS

OCCUPATIONAL THERAPY: CONTRIBUTION OF A SPECIFIC DYNAMIC IN THE ASSESSMENT OF PEOPLE WITH BRAIN INJURY

Par **Chloé LEROUX**¹

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui intervient auprès de personnes en situation de handicap. Son objectif est de leur permettre de maintenir ou développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie, dans leur environnement et à tous les niveaux d'aptitudes (personnel, social, scolaire, professionnel, etc.). Il intervient au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, neuropsychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.) et dispose d'outils spécifiques pour évaluer la personne, analyser ses besoins, ses habitudes de vie et son environnement.

L'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes traumatisées crâniennes présente un intérêt non négligeable. Sa capacité à évaluer la personne en situation réelle, dite écologique, offre une dimension supplémentaire à l'évaluation et la prise en charge des troubles dits neuropsychologiques. Seule l'analyse combinée d'évaluations pluridisciplinaires permet en effet d'identifier correctement ces troubles, responsables de ce qui est couramment qualifié de « handicap invisible ».

Mots-clés : Ergothérapie, traumatisme crânien, handicap invisible, mise en situation écologique.

SUMMARY

The occupational therapist is a healthcare professional who works with people with disabilities. His/her purpose is to help them maintain or develop their independence and autonomy, in their own environment, at all levels (personal, social, school, professional...). The occupational therapist is part of a multidisciplinary team (doctors, neuropsychologists, speech therapists, physiotherapists) and uses specific tools to assess people, their needs, their lifestyle and their environment.

The occupational therapist's intervention with people with brain injury is of interest. His/her ability to assess people in real (ecological) situation, gives an additional dimension to the assessment of neuropsychological disorders. Only the combined analysis of the multidisciplinary assessments can correctly identify those disorders which contribute to invisible disability.

Keywords: Occupational therapy, brain injury, invisible disability, ecological assessment.

I. INTRODUCTION

Le traumatisme crânien (abr. TC) est un véritable tournant dans la vie d'un individu. Il est question d'un tel traumatisme lorsque la boîte crânienne subit un choc mécanique portant atteinte par divers procédés à l'encéphale et ses différentes enveloppes. La littérature spécialisée s'accorde pour dire que ce type de

¹ Ergothérapeute. SAMSAH 92 spécialisé cérébrolésés UGECAM IDF, Hôpital Raymond Poincaré, 104 Bd Raymond Poincaré, 92380 GARCHES / SSIAD Atmosphère, 22 rue du Sentier, 75002 PARIS chloeleroux21@gmail.com

traumatisme induit des lésions responsables de troubles très variables d'un individu à un autre. Au-delà du préjudice physique, les atteintes cognitivo-comportementales sont à la base de ce qu'on appelle communément un handicap invisible. Si une rééducation adaptée permet une régression de ces troubles, la restitution des fonctions cognitivo-comportementales reste incomplète dans de nombreux cas. On observe alors des difficultés parfois majeures dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, nécessitant la mise en place de moyens de compensation, techniques ou humains. Dans ce contexte, l'ergothérapeute est en mesure d'enrichir une expertise médico-légale, au sein d'une évaluation pluridisciplinaire, en évaluant les situations de handicap et les moyens de compensations possibles.

II. L'ERGOTHÉRAPEUTE

L'ergothérapie est une profession de santé qui intervient dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation et de l'insertion. Elle se réfère aux sciences humaines, médicales, psychologiques, sociales et techniques [3]. L'objectif de l'ergothérapie est de permettre à des personnes en situation de handicap de maintenir ou développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale ou professionnelle. L'ergothérapeute a plusieurs missions : évaluation, analyse des besoins, amélioration des performances, mise en place de compensations, etc. Les pratiques diffèrent selon le contexte dans lequel il intervient. Le cadre médico-légal est, par exemple, différent de celui du soin et de la réadaptation. L'ergothérapeute doit répondre spécifiquement à la mission qui lui incombe et uniquement à celle-ci. Il est chargé en premier lieu d'évaluer des capacités, des performances, des adaptations environnementales et des situations de handicap. Par la suite, il apprécie les moyens à mettre en œuvre pour compenser ces situations de handicap. Il est nécessaire qu'il ait pour cela des compétences spécifiques sur la pathologie, les troubles et les modes de prise en charge des personnes qu'il évalue.

III. LE TRAUMATISÉ CRÂNIEN

Les lésions provoquées par un traumatisme crânien diffèrent d'un individu à un autre. Elles peuvent notamment avoir pour conséquences des troubles physiques neurologiques, orthopédiques, visuels, perceptifs, du langage et des atteintes cognitives et comportementales aux expressions cliniques très diverses. Les atteintes cognitivo-comportementales sont au cœur des recherches en neurosciences et neuropsychologie

et nécessitent une approche spécifique et individualisée. Elles concernent notamment l'attention, la mémoire, la métacognition, les fonctions exécutives et sont à l'origine d'un handicap invisible.

Les incapacités cognitivo-comportementales générées par un traumatisme crânien entraînent des difficultés diverses et plus ou moins persistantes pour le blessé dans la réalisation de l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Elles engendrent également des difficultés psycho-sociales majeures, qu'il est important de prendre en compte.

Les lésions diffèrent d'un cérébrolésé à l'autre. Il en va de même pour les perturbations qui en résultent, mais surtout de leurs environnements, leurs expériences passées, leurs habitudes de vie, leurs ressources familiales et financière, si bien que deux d'entre eux ne peuvent se ressembler [8]. Leur vie quotidienne est différente et nécessite une approche individualisée.

Pour repérer, anticiper ou prédire les difficultés d'un individu donné dans sa vie quotidienne, il est indispensable de prendre en considération divers facteurs et leurs interactions. Plusieurs modèles existent comme base méthodologique à la définition du handicap.

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001, peut être utilisée pour décrire le processus du fonctionnement et du handicap. Une version pour enfant et adolescents (CIF-EA) a été publiée en 2012 [12]. Elle reprend la CIF dans son intégralité et y ajoute des items spécifiques aux enfants et adolescents. Ce modèle met en avant le fait que le fonctionnement d'une personne dans un domaine particulier est déterminé par une relation complexe entre son problème de santé et des facteurs contextuels. C'est-à-dire notamment que l'état de santé de la personne, ses facteurs personnels (âge, sexe, culture, etc.) et ses facteurs environnementaux (environnement humain, environnement architectural, etc.) vont avoir une influence sur ses performances en vie quotidienne. La CIF part du principe que ces différents éléments sont en interactions permanentes et dans les deux sens avec les activités (exécutions de tâches) et la participation (implication dans une situation de vie réelle) de la personne. Notre évaluation vise dans ce cadre à identifier des limitations d'activités (difficultés pour mener une activité) et des restrictions de participation (problèmes rencontrés pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle) de la personne.

Le Processus de Production du Handicap (PPH) [6] est une classification québécoise. Il s'agit d'un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies sur un individu. Il est basé sur l'interaction de facteurs personnels (caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socio-culturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.), de facteurs environnementaux (humains, architecturaux, etc.,

pouvant être facilitateurs [favorisant la réalisation des habitudes de vie] ou obstacles [entravant la réalisation des habitudes de vie]) et des habitudes de vie du sujet (activités courantes ou rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel). Notre évaluation vise dans ce cadre à identifier des situations de handicap (réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux).

Quel que soit le modèle choisi, la détermination des facteurs en jeux dans la définition du handicap et de leurs interactions nécessite une évaluation spécifique. Il est assez difficile d'appréhender ces difficultés de vie quotidienne à partir des seuls scores obtenus aux différents tests neuropsychologiques existants. L'évaluation en situation réelle, par l'ergothérapeute, dans l'environnement propre de la personne, prend tout son sens dans ce contexte et tend par ailleurs à se développer aujourd'hui. Les éléments relevés au cours de l'évaluation ergothérapique sont associés aux résultats des tests neuropsychologiques afin de mieux identifier et analyser les difficultés en vie quotidienne. La complémentarité des données servira de base pour déterminer les compensations et les aides techniques et humaines nécessaires à la personne. Ceci est rendu possible par la dynamique spécifique de l'ergothérapie dans sa méthodologie d'évaluation.

IV. UNE DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE EN ERGOTHÉRAPIE

a. L'analyse d'activité

L'ergothérapie utilise l'activité humaine comme base de construction de sa méthodologie, comme le rappelle le préfixe « ergo » (du grec *ergon*, signifiant travail, tâche humaine). De par leur formation, les ergothérapeutes sont en mesure d'analyser les composantes sensitivo-motrices, biomécaniques et neuropsychologiques d'une activité. Ils appliquent cette méthodologie, tant pour apprécier des moyens de rééducation à mettre en œuvre que pour évaluer les capacités d'une personne en situation et déterminer les compensations nécessaires à mettre en place en conséquence. L'étude neuropsychologique de l'activité doit être systématique en ce qui concerne les personnes cérébrolésées. Elle se révèle indispensable pour choisir les mises en situation à réaliser et analyser leur réalisation par le sujet. Les données alors observées seront ensuite analysées grâce au bilan neuropsychologique.

b. Les mises en situations écologiques

À l'heure actuelle, les outils d'évaluation à disposition des professionnels concernant les personnes cérébrolésées

possèdent tous des intérêts mais aussi des limites. Plusieurs catégories d'outils existent :

- Des questionnaires qui comprennent par exemple des échelles remplies par les patients, leur famille ou les thérapeutes sur leur perception des difficultés en vie quotidienne ;
- Des tests papier/crayon qui sont des exercices sur table visant à simuler sur papier des situations de la vie quotidienne et leur complexité. Par exemple, le test des commissions (décrit par Martin, réédité en 1972) évalue les capacités de la personne à prendre en compte plusieurs consignes en même temps. Dans un temps limité (15 min), à l'aide du plan d'un quartier et d'une fiche d'instruction, la personne doit noter sur une fiche réponse le trajet le plus rationnel et logique qu'il choisirait pour effectuer des achats imposés, dans différentes boutiques, en respectant diverses contraintes (horaires d'ouverture, un objet lourd qu'il faudra penser à acheter plutôt à la fin pour éviter de le porter longtemps, etc.) ;
- Des simulations de vie quotidienne en situation (par exemple la préparation d'un repas dans la cuisine thérapeutique d'un centre de rééducation) ou en réalité virtuelle (par exemple la réalisation de courses dans un supermarché reproduit virtuellement sur ordinateur, à l'image d'un jeu vidéo) ;
- Des mises en situations réelles dites écologiques, au sein du lieu de vie habituel de la personne (par exemple la préparation d'un repas dans la cuisine de son domicile).

La notion d'écologie est intimement liée à la notion d'environnement. Il s'agit d'un concept omniprésent en ergothérapie [9] et c'est donc l'ergothérapeute qui réalise ce type d'évaluation. Elle est indispensable et complète, d'un point de vue méthodologique, l'évaluation neuropsychologique [2], notamment car l'environnement a un impact sur la performance de l'activité [13]. Il peut y avoir une contradiction entre les résultats aux tests classiques et ceux en situation écologique. Cet antagonisme peut se traduire de deux façons : des résultats encourageants aux tests neuropsychologiques et un échec en vie quotidienne, ou bien des déficiences importantes illustrées par les tests mais une bonne réalisation des activités dans le milieu habituel de vie. Ce type d'évaluation sera donc indispensable pour déterminer les justes moyens de compensations nécessaires.

c. La connaissance des modes de compensation du handicap

Il est établi que l'ergothérapeute est compétent pour d'une part, « prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement » ; et d'autre part, « évaluer les besoins en aides humaines et animales, et argumenter les attributions de moyens

correspondants » [11]. Les compensations préconisées par l'ergothérapeute à l'issue de son évaluation pourront être de trois ordres : le matériel et les aides techniques, le lieu de vie (aménagement ou déménagement) et les aides humaines. Comme le rappelait le Ministère de la Justice en 2002 [10], « les ergothérapeutes sont les mieux placés pour préciser les qualifications et temps des aides humaines ». Chaque préconisation sera argumentée en fonction des évaluations précédemment réalisées.

V. L'ÉVALUATION ERGOTHÉRAPIQUE EN PRATIQUE

L'ergothérapeute base sa pratique sur des modèles conceptuels. Il s'appuie sur ses compétences personnelles, sur son expérience professionnelle et sur des évaluations quantitatives et qualitatives. [1]. L'évaluation d'une personne traumatisée crânienne se fait sur un ou plusieurs rendez-vous, de durée variable, en fonction des objectifs fixés dans la mission de l'ergothérapeute. Cette évaluation est nécessairement réalisée in-situ, au domicile de la personne. Elle est essentiellement basée sur l'observation. Certains outils validés peuvent être utilisés comme :

La Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE) [5]

Elle vise à évaluer l'influence de l'environnement sur la réalisation des activités courantes et la participation sociale d'une personne en relation avec ses capacités et ses limites. Il s'agit d'un questionnaire administré au blessé, dont les items sont les différents facteurs environnementaux que peut rencontrer la personne. Pour chaque item, l'échelle de notation détermine si le facteur concerné est considéré comme un obstacle, un facilitateur ou neutre dans la réalisation de ses habitudes de vie. Ceci permet une analyse des facteurs environnementaux ayant un impact sur la situation de handicap. Elle permet de cibler les obstacles à contourner ou à réduire, ainsi que les facilitateurs à valoriser afin de maximiser la participation sociale de la personne. Elle est donc très utile dans l'établissement des besoins en aides humaines et techniques du blessé dans son milieu habituel de vie.

La Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) [7]

Il s'agit d'un questionnaire visant à recueillir des informations sur un ensemble d'habitudes de vie que la personne réalise dans son environnement propre. Pour chacune des habitudes de vie, la personne indique de quelle façon il la réalise généralement dans son quotidien (niveau de réalisation et type d'aide). Il s'agit d'une moyenne de réalisation qu'il complète en

indiquant son niveau de satisfaction à l'égard de cette réalisation. Le répondant peut-être la personne, un proche ou un intervenant, à préciser dans l'évaluation.

Le Profil des Activités de la Vie Quotidienne (Profil des AVQ) [4]

Cet outil a été créé par et pour des ergothérapeutes, dans le but d'évaluer le degré d'indépendance de la personne traumatisée crânienne. Il permet donc de déterminer ses besoins dans les activités de la vie quotidienne, dans son environnement en général et à son domicile en particulier. Le Profil des AVQ est un outil validé basé comprenant deux modes d'évaluation complémentaires : l'entrevue et la mise en situation écologique.

L'entrevue est semi-structurée et se présente sous la forme d'un questionnaire destiné au patient et à une personne significative de son entourage. Les questions visent notamment à connaître les changements de rôles et d'habitudes de vie du sujet entre les situations pré et post-traumatiques. L'entrevue permet de mieux connaître la perception des conséquences du traumatisme par le blessé et son entourage en termes de difficultés, d'indépendance et de satisfaction. La comparaison des réponses peut donner à l'ergothérapeute une indication sur le degré de conscience des troubles ou d'anosognosie du sujet.

La mise en situation écologique repose sur l'observation directe du patient par l'ergothérapeute lors de la réalisation des différentes tâches proposées dans son environnement habituel. Au-delà de l'évaluation du niveau d'indépendance dans la tâche, l'évaluation va permettre de mettre en avant la nature et l'importance des difficultés rencontrées. Les consignes données au départ devront être le plus ouvertes possibles pour observer le comportement intentionnel.

Les deux modes d'évaluation sont complémentaires et permettent à l'examineur de comparer la performance de la personne dans l'accomplissement de tâches qu'on lui demande de réaliser, avec la perception de la personne et d'une personne significative de son fonctionnement quotidien réel. L'information recueillie sur les habitudes antérieures au traumatisme aide à l'interprétation des résultats.

L'ergothérapeute adapte le choix de ses outils en fonction de chaque situation pour répondre au mieux à la mission qui lui est confiée.

a. Les modèles conceptuels

Un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre des notions théoriques, épistémologiques et pratiques. Chaque modèle met en évidence certains aspects plutôt que d'autres. Depuis plusieurs années, les ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels plus structurés dans

leur pratique. Ce fondement théorique est indispensable et sert de toile de fond à l'évaluation ergothérapique.

Deux modèles sont particulièrement utilisés concernant l'évaluation des personnes traumatisées crâniennes : la Classification Internationale du Handicap (CIF) et le Processus de Production du Handicap (PPH). (cf III.)

b. L'objet de l'évaluation

Quel que soit le modèle choisi, l'objectif de l'évaluation ergothérapique est avant tout de déterminer le niveau d'indépendance de la personne dans ses activités de la vie quotidienne. Nous entendons ici par indépendance la notion de compétence de l'individu à s'occuper de lui-même en fonction des exigences de l'environnement dans lequel il évolue. Ceci implique sa capacité à décider de ce qu'il veut faire, à élaborer un plan d'action, à réaliser la tâche et à en contrôler le résultat. La capacité de la personne à réaliser chacune de ces étapes sera évaluée, et ce dans la majorité de ses activités de la vie quotidienne.

c. Le recueil de données

Le recueil et l'étude préalables des documents tels que l'évaluation médicale et le bilan neuropsychologique sont réalisés. Selon le contexte, l'ergothérapeute choisira d'exploiter ou non l'ensemble des informations avant de rencontrer le blessé et son entourage. Dans certains cas, il sera jugé préférable de ne disposer que d'un minimum d'informations en premier lieu pour ne pas être influencé par certaines données lors de la phase d'observation. Ces données objectives seront cependant utilisées par la suite dans la phase d'analyse.

Lors d'un premier rendez-vous, l'ergothérapeute informe le blessé et son entourage sur sa fonction et sa mission. Il entame alors sa démarche par un recueil d'informations auprès de la personne traumatisée crânienne et de ses proches. Pour cela, il peut procéder à une entrevue commune comme premier état des lieux. Il devra cependant ensuite s'entretenir séparément avec le blessé et au moins une personne significative de son entourage. Ceci permettra à chacun de s'exprimer librement. La comparaison des réponses obtenues nous éclairera également sur le niveau de conscience des troubles du blessé. Les entrevues seront semi-dirigées. C'est-à-dire qu'elles comprendront des questions ouvertes et fermées, concernant un ensemble de thèmes prédéfinis (soins personnels, activités liées au domicile, activités extérieures au domicile, etc.), ce qui permet d'obtenir des informations riches tout en cadrant la discussion sur les points qui nous intéressent. L'objectif est de déterminer les changements de rôles et d'habitudes de vie du sujet entre les situations pré et post-traumatiques

ainsi que le niveau et le type d'aide apportée par l'entourage.

Le rendez-vous se poursuit par la visite du lieu de vie de la personne. L'ergothérapeute conduira une description et une analyse de l'environnement architectural. Celle-ci sera indispensable pour la préconisation d'aides techniques et d'aménagement du lieu de vie à l'issue de la phase d'analyse de l'ensemble des données.

Cette phase initiale d'évaluation est impérativement complétée par des évaluations en situation réelle, ou mises en situation écologiques. L'entretien et les mises en situation permettent à l'ergothérapeute de comparer la performance de la personne dans l'accomplissement de tâches qu'on lui demande de réaliser, avec la perception de la personne et d'une personne significative de son fonctionnement quotidien réel.

d. Les mises en situation

Leur objectif est d'évaluer les aptitudes, l'indépendance et la participation de la personne dans les activités de son quotidien. Les observations réalisées, mises en regard des tests neuropsychologiques, serviront à déterminer et argumenter les préconisations de compensations.

Les mises en situation doivent être réalisées dans l'environnement du sujet. Selon la personne, ses habitudes de vie et la mission demandée, l'évaluation pourra s'étendre en dehors du lieu de vie.

L'évaluation se fera via l'observation directe de la personne dans diverses tâches de la vie quotidienne. L'ergothérapeute devra donner le minimum de structure et d'informations afin de recueillir un maximum d'éléments sur le processus de réalisation de la tâche, en plus du niveau d'indépendance du sujet.

Le choix des activités évaluées dépendra de chaque situation. Il sera fait en tenant compte des habitudes de vie du sujet, préalablement recueillies lors de l'entretien.

L'ergothérapeute doit garder à l'esprit que les tâches n'ont pas toutes la même sensibilité et ne mettront pas en avant les mêmes difficultés. Il est indispensable de choisir des tâches variées : familiales, nouvelles, simples, complexes. En effet, si nous pouvons, en nous basant sur certaines modélisations des fonctions supérieures, supposer que l'exécution quotidienne d'une tâche routinière ne pose pas de difficultés au sujet, il s'avère que la réalité est parfois toute autre.

L'ergothérapeute proposera donc des activités ciblées, en tâchant de toucher un maximum de domaines dans le laps de temps qui lui est accordé. Il n'apportera son assistance que si nécessaire, pour la sécurité ou le bien-être du sujet.

Il pourra notamment évaluer : l'entretien personnel (toilette, habillage, etc.), la vie domestique (entretien du logement, préparation des repas, etc.), le compor-

tement, les interactions avec autrui, les déplacements (intérieurs, extérieurs, en transports en commun, etc.), la vie communautaire (courses, loisirs, etc.), la gestion administrative, etc.

De nombreux éléments vont être pris en considération lors de cette évaluation, notamment la gestion du temps, la préparation, l'exécution de la tâche, la manière de la terminer, la durée d'exécution, le nombre et le type d'erreurs, les capacités d'initiation, le nombre et le type d'interventions extérieures nécessaires, les conditions de sécurité, les capacités d'adaptation à l'imprévu, les capacités de vérification et de correction, l'impact des éléments extérieurs, la distractibilité, le comportement, etc.

Chaque activité sera considérée pour ce qu'elle est mais également intégrée dans l'ensemble du déroulement d'une série d'activités. En effet, il est important de garder à l'esprit que l'ensemble des activités de la vie quotidienne peuvent s'influencer entre elles. Si une personne est performante sur une tâche isolée, elle ne le sera pas forcément après plusieurs tâches et ce pour diverses raisons (fatigue physique, surcharge cognitive sur certaines tâches, etc). Cependant, notre quotidien n'est qu'un enchaînement perpétuel de tâches. L'ergothérapeute doit par exemple déterminer si le sujet est en mesure de gérer ses démarches administratives, mais il doit également déterminer si celui-ci peut toujours le faire après avoir dû se préparer le matin, cuisiner, prendre son repas, etc.

e. Résultats de l'évaluation

À l'issue de l'évaluation, l'ergothérapeute procède à une analyse des données subjectives, objectives, recueillies et observées lors des différentes phases.

Ceci va lui permettre de préconiser les compensations nécessaires à la personne, en tenant compte de ses aptitudes, pour optimiser son niveau de participation, dans le cadre de son projet de vie et en cohérence avec ses habitudes antérieures.

Les préconisations de compensations matérielles (aides techniques, travaux d'aménagement) pourront donner lieu à des essais de matériel ou à la visite d'un technicien du bâtiment ou d'un architecte pour avis. Les préconisations d'aide humaine détailleront le temps et le type d'aide nécessaire.

L'ensemble des éléments observés et des préconisations réalisées seront rapportées dans un compte rendu objectif et argumenté.

VI. EXTRAIT DE CAS PRATIQUE

L'étude de cas ci-dessous illustrera plus précisément cet exposé. Il ne s'agit que d'un extrait résumé, représentatif de quelques tâches du quotidien.

Monsieur R, 56 ans, a été victime d'un Accident de la Voie Publique il y a 6 ans. L'autre conducteur en cause a été déterminé responsable de l'accident. Monsieur R a subi un traumatisme crânien grave. Celui-ci a des conséquences physiques (trouble de l'équilibre, perte d'endurance à la marche), cognitives (mémoire, attention, syndrome dysexécutif, anosognosie), comportementales (apragmatisme, irritabilité, impulsivité) objectivées par l'évaluation médicale et le bilan neuropsychologique. L'évaluation a été réalisée sur la base du Profil des Activités de la Vie Quotidienne (entretien avec Monsieur R, avec son épouse et mises en situation).

a. Mode de vie

Monsieur R est marié. Il vit avec son épouse dans une maison de 6 pièces dont ils sont propriétaires en région parisienne. Au moment de l'évaluation, leur fils unique (20 ans, étudiant en commerce) vit encore au domicile. Monsieur R est en bons termes avec le reste de sa famille (un frère, une sœur, ses parents, sa belle-famille) qui vit en province.

Monsieur R travaillait comme cadre dans l'agro-alimentaire. La problématique professionnelle est en cours d'évaluation au sein d'une Unité d'Évaluation et de RéOrientation Socioprofessionnelle (UÉROS). Il suivait régulièrement des cours d'œnologie et pratiquait beaucoup de sport (course à pied, natation). Avant son accident, Monsieur R gérait seul sans difficultés ses activités de la vie quotidienne. Il participait activement avec son épouse à l'entretien de leur logement. Il avait la charge exclusive de préparer les repas, faire les courses et entretenir le jardin. Il aidait régulièrement son fils dans ses études. La gestion administrative était sous sa responsabilité.

b. Plaintes et besoins évoqués par Monsieur R

Lors de l'entretien, Monsieur R exprime peu de plaintes et pas de demandes. Il reconnaît être gêné au quotidien par ses difficultés de mémoire et se plaint de ses difficultés de déplacement à pieds.

En terme d'activités de la vie quotidienne, Monsieur R estime toujours réaliser les activités relatives aux soins personnels (toilette, habillage, prise des repas,...) sans difficultés et environ à la même fréquence. En terme d'activités domiciliaires, Monsieur R décrit toujours participer à l'entretien du logement avec son épouse. Il estime préparer les repas de manière assez régulière bien que moins fréquente qu'auparavant. Il reconnaît que son épouse doit l'aider davantage pour faire les courses et gérer les papiers. Il ne se sent plus en mesure de s'occuper du jardin du fait de ses troubles moteurs, ni d'apporter son aide à son fils du fait des troubles de mémoire.

Nous pouvons constater que les réponses de Monsieur R, les données fournies par son entourage et les obser-

ventions réalisées ne sont pas corrélées. En effet, les proches de Monsieur expliquent que celui-ci « n'est plus le même », qu'il « ne fait plus rien de lui-même », que Madame R a dû reprendre intégralement à sa charge l'ensemble des tâches quotidiennes (courses, préparation des repas, entretien de la maison, gestion administrative, etc.) malgré sa profession très prenante (Madame R est au bureau de 8h à 19h voir 20h). On note également une incurie de la part de Monsieur R (négligence extrême de son hygiène) et un rythme de vie très décalé (coucher et lever très tardifs, repas nocturnes). Ceci confirme notamment les difficultés mnésiques et l'anosognosie déjà identifiées.

c. Accessibilité extérieure

L'accès à la maison de Monsieur R se fait de plain pied. Le logement est situé proche de toutes les commodités (commerces de proximité, transports en commun, etc.).

d. Accessibilité intérieure

Monsieur R peut accéder à l'ensemble des pièces de son appartement sans difficultés.

Des travaux ont été réalisés dans la salle de bain il y a un an pour en améliorer l'accessibilité. Monsieur R dispose maintenant d'un espace unique salle de bain – WC équipé d'une douche à siphon de sol, une paroi mi hauteur doublée d'un rideau, un siège de douche et diverses barres d'appui.

La douche à siphon de sol ou douche à l'italienne a la particularité d'être complètement de plain pied. Elle se fonde dans le sol et ne laisse voir que la bonde d'évacuation. Cette installation permet à Monsieur R de n'avoir absolument aucun seuil à franchir pour y accéder. Le revêtement de la douche a été choisi antidérapant.

La paroi de douche choisie permet une très large ouverture pour entrer et sortir de la douche sans difficulté. Sa demi-hauteur autorise l'aide de la tierce personne tout en garantissant une bonne étanchéité. Un rideau de douche complète cette installation afin de réduire les risques de chutes liés à des projections d'eau à l'extérieur de la douche.

Un siège de douche fixé au mur, rabattable et avec accoudoirs a été choisi pour Monsieur R. Celui-ci facilite et sécurise la réalisation de la toilette en permettant à Monsieur R de se doucher assis tout en limitant l'encombrement pour les autres utilisateurs de la douche. Les accoudoirs facilitent et sécurisent l'installation et le maintien en position assise. Cependant pour se relever Monsieur R est plus à l'aise en se tirant sur quelque chose qu'en poussant sur les accoudoirs. Une barre d'appui a donc été placée horizontalement en face du siège pour permettre à Monsieur R de se relever. Une autre barre a été placée de la même manière en face du WC.

e. Réalisation des actes de vie quotidienne

– Soins personnels :

Toilette : Monsieur R fait preuve d'incurie que l'on peut constater dès le premier abord. Lors de la mise en situation, il est constaté que Monsieur R a besoin d'une stimulation importante pour formuler le but de se laver, et pour initier la réalisation de la toilette. La salle de bain actuelle est facilitatrice. Une fois la toilette initiée sur stimulation verbale et avec négociations, Monsieur R parvient à réaliser la tâche dans sa totalité, avec lenteur, si l'ensemble du matériel lui est préparé (produits, serviette). Il a besoin d'une aide physique pour se laver le dos. Il utilise les produits de manière adaptée (bon produit selon la partie du corps, quantité nécessaire et suffisante) et ne se met pas en danger. Le robinet thermostatique lui permet d'avoir une température constante. Le réglage de la température de l'eau avec un robinet classique sur une autre tâche avait mis Monsieur R en échec du fait de ses difficultés d'initiation de l'action. Une surveillance reste nécessaire pour s'assurer que Monsieur R ne persévère pas sur la tâche et termine bien sa douche.

→ La réalisation de la toilette nécessite la préparation du matériel par une tierce personne, une stimulation importante avec négociations pour initier l'activité, une aide pour le lavage du dos et une surveillance du bon déroulement de l'activité.

Habillage : Monsieur R est en mesure de s'habiller seul, avec lenteur. Il a cependant besoin d'une aide verbale pour choisir des vêtements appropriés (propres et adaptés à une activité ou aux conditions météorologiques par exemple). Il parvient avec des indices verbaux (« Quel temps fait-il ? Qu'allez-vous donc porter ? ») à préparer lui-même ses vêtements, il n'est pas nécessaire de formuler des ordres précis (« Prenez ce pull. »), ni même de lui préparer.

→ Monsieur R nécessite une assistance verbale de type indigage pour le choix de ses vêtements (utilisation d'indices verbaux comme des questions ouvertes).

Régime alimentaire et prise de traitement : Monsieur R a besoin d'aide pour adopter une alimentation saine. Spontanément il ne choisit plus que des plats peu équilibrés, dont la réalisation n'est plus adaptée à ses capacités. Avec stimulation il parvient à proposer d'autres recettes, plus équilibrées et plus simples de réalisation.

Monsieur R a besoin d'aide pour gérer et prendre son traitement. Il n'est pas en mesure de suivre l'ordonnance, ni de gérer le stock de médicaments. La prise est oubliée quotidiennement si elle ne lui est pas rappelée par un tiers. L'achat de médicaments à la pharmacie ne peut être réalisé qu'avec une assistance verbale importante à toutes les étapes de la tâche (constat du manque de médicament qui se profile, formulation du but d'aller chercher des médicaments à la

pharmacie, réalisation de la tâche dans sa globalité [prendre l'ensemble des documents nécessaires, formuler la demande au pharmacien, ranger les médicaments en rentrant...], vérification de l'atteinte du but).

→ Monsieur R nécessite une assistance verbale de type indicage pour constituer des menus équilibrés et pour prendre ses médicaments. Une assistance verbale plus explicite et importante est nécessaire pour aller acheter ses médicaments (cf courses).

Assurer sa sécurité : Monsieur R ne se met pas en danger seul au quotidien. Cependant il semble incapable de répondre de manière adaptée à un danger extérieur. La formulation de script en réponse à une situation de danger (ex : comportement qu'il adopterait en cas d'incendie) est impossible. Il ne connaît pas les numéros des secours ou de son entourage et n'est pas en mesure de mettre en place une stratégie pour les retrouver.

→ Monsieur R nécessite une surveillance régulière.

– **Activités domiciliaires :**

Préparation d'un repas léger : Monsieur R est en mesure de réchauffer un plat au micro-ondes. Il parvient à initier l'action seul lorsqu'il a faim, ce qui peut être à n'importe quelle heure de la journée lorsqu'il est seul. Le plat doit être préparé à l'avance par une tierce personne et laissé en évidence dans le réfrigérateur. Sinon Monsieur R prend les premières choses qu'il trouve, sans même vérifier la date de péremption.

→ Monsieur R a besoin de repères pour choisir ses aliments et d'assistance verbale pour rythmer ses prises de repas.

Préparer un repas chaud : Monsieur R n'est plus en mesure de préparer un repas chaud seul. Il n'est pas en mesure de formuler spontanément le besoin de réaliser un repas de ce type. Une assistance verbale est indispensable pour le choix d'une recette relativement équilibrée et adaptée à ses capacités. L'absence d'initiative et de stratégies de Monsieur R est un frein majeur dans la réalisation de cette activité. Une assistance verbale très explicite est nécessaire à chaque étape pour obtenir un résultat convenable d'un point de vue de l'hygiène alimentaire. Monsieur R ne parvient pas à juger le résultat final pour déterminer s'il peut le manger ou non.

→ Monsieur R nécessite l'aide d'une tierce personne pour la préparation des repas.

– **Activités communautaires :**

Gestion administrative : Monsieur R est incapable de gérer ses factures et démarches malgré son expérience antérieure régulière de cette tâche. La mise en situation de « s'acquitter d'une facture » type EDF, par chèque, est un échec. Monsieur R a besoin d'une assistance verbale pour initier l'action. Il ne met en place aucune stratégie de recherche ni de vérification. Il commence à remplir le chèque avec le premier montant qu'il voit qui est en fait le montant hors taxes, sans se rendre compte de son erreur à aucun moment. Il présente des

difficultés à remplir le chèque, notamment en ne comprenant pas qu'il faut mettre l'ordre. Il oublie le but initial de l'action plusieurs fois au cours de la tâche.

→ Monsieur R nécessite l'aide d'une tierce personne pour la gestion des documents administratifs. La mise en place d'une mesure de protection sera discutée avec son épouse.

Courses : Monsieur R n'est pas en mesure de réaliser des courses malgré ses habitudes de vie antérieures. En situation, il n'est pas en mesure de formuler le but d'aller faire les courses en réponse à un manque de denrées. Il ne parvient pas à réaliser une liste de courses malgré une assistance importante. Une fois une liste réalisée, Monsieur R ne parvient pas à l'utiliser de manière efficace. On constate de grosses difficultés d'orientation dans le magasin, une absence totale de stratégies de recherche, un oubli des achats à réaliser et des achats supplémentaires non adaptés. Une assistance physique est nécessaire pour récupérer certains produits. Monsieur R se fatigue rapidement. En revanche, Monsieur R parvient à réaliser une course simple (acheter le pain, aller chercher ses médicaments) avec stimulation, surveillance et aide pour la gestion de la monnaie. Il se sent valorisé par ce genre d'activité et aimerait pouvoir aller chercher le pain chaque matin pour son foyer.

→ Monsieur R a besoin d'une tierce personne pour réaliser des courses importantes. Une assistance partielle (stimulation, surveillance, paiement) est nécessaire pour la réalisation de courses simples (pain, médicaments).

f. Conclusion

Monsieur R présente des difficultés majeures dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, notamment en terme d'initiation de l'action et de mise en place de stratégies. L'intervention d'une tierce personne est indispensable sur de nombreuses activités, à des degrés différents, allant de la stimulation à l'assistance totale. En ne considérant que les quelques activités présentées ici, l'intervention d'une aide humaine est indispensable à Monsieur R.

Celle-ci devra intervenir dans la matinée pour :

- Veiller à ce que Monsieur R se lève au plus tard à 10h pour améliorer son rythme de vie ;
 - Stimuler Monsieur R à la prise d'un petit déjeuner léger et de ses médicaments (15 minutes) ;
 - Assister partiellement, stimuler et surveiller Monsieur R pour la réalisation de sa toilette et des soins personnels (brossage de dents, rasage), assister verbalement Monsieur R dans le choix de ses vêtements (30 minutes au total) ;
 - Accompagner Monsieur R à la boulangerie pour acheter le pain (15 minutes) ;
 - Réaliser les courses et préparer les repas (60 minutes).
- Pour ces activités, Monsieur R a donc besoin d'une assistance sur une durée de 2 heures par jour, 7 jours

sur 7. Elle sera préférentiellement mise en place de 10h à 12h pour permettre d'améliorer le rythme de vie de Monsieur R, en le stimulant à se lever au plus tard à 10h et à prendre un repas à 12h. L'intervention sera complétée par un passage infirmier une fois par semaine pour préparer le pilulier de Monsieur R. La mise en place d'une mesure de protection sera discutée avec son épouse.

Cette préconisation est propre à la situation de Monsieur R qui n'est que partiellement décrite ici et ne peut en aucun cas être généralisée. Elle fait partie d'une préconisation plus globale pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

VII. CONCLUSION

Un traumatisme crânien entraîne des lésions complexes aux conséquences nombreuses, diverses, d'intensité variable, touchant l'ensemble de ce qui compose le quotidien de la personne (ses activités, son entourage, ses interactions sociales, etc.). Une évaluation pluridisciplinaire est indispensable pour appréhender au mieux les conséquences au sens large de ce traumatisme. En ce qui concerne l'impact des atteintes cognitivo comportementales sur la vie quotidienne, le neuropsychologue sera chargé d'identifier les déficiences. Mais les incapacités et les restrictions de participation de la personne ne pourront être objectivées qu'à l'aide de mises en situation d'activités de la vie quotidienne dans son environnement. De part sa méthodologie et sa dynamique spécifique, l'ergothérapeute est indispensable pour réaliser ces mises en situation écologiques et enrichir l'évaluation pluridisciplinaire, afin de déterminer objectivement les compensations nécessaires à la personne cérébrolésée. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CARLNO B. (2008) Les responsabilités et la méthodologie d'action de l'ergothérapeute dans l'expertise. Dans Caire J.-M. (coord.) *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. (p.326-331). Marseille, France : Solal.
- [2] CHEVIGNARD M., TAILLEFER C., PICQ C., PRADAT-DIEHL P. (2008) Évaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 51, 74-83.
- [3] DETRAZ M.-C., EIBERLE F., MOREAU A., PIBAROT I. TURLAN N. (2008). Définition de l'ergothérapie. Dans Caire J.-M. (coord.) *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. (p. 127-133). Marseille, France : Solal.
- [4] DUTIL E., BOTTARI C., VANIER M., GAUDREAU C. (2005). Profil des AVQ. Version 4. Montréal, Canada : EMMERSION.
- [5] FOUGEYROLLAS P., BOSCHEN K., NOREAU L. et SAINT MICHEL G. (1999). La mesure de la qualité de l'environnement (MQE 2.0). Québec, Canada : CQCIDIH.
- [6] FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., CÔTÉ J., SAINT MICHEL G. (1998). Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH.
- [7] FOUGEYROLLAS P., NOREAU L. (2003). La mesure des habitudes de vie. Instrument général détaillé. (MHAVIE 3.0). Québec, Canada : RIPPH.
- [8] LE GALL D. et ALLAIN P. (2008) Traumatisme crânien en vie quotidienne. Dans A.-C. Juillerat-Van der Linden, G. Aubin, D. Le Gall et M. Van der Linden (coord.) *Neuropsychologie de la vie quotidienne*. (p.107-130). Marseille, France : Solal.
- [9] MARGOT-CATTIN I. (2008) L'impact de l'environnement sur la performance de l'activité en ergothérapie. Dans M.-H. Izard (dir.) *Expériences en ergothérapie*, vingt et unième série. (p15-22). Paris, France : Sauramps.
- [10] Ministère de la justice, Groupe de travail sur les traumatisés crâniens (2002). Rapport à Madame la Garde des Sceaux, Ministre de la justice sur l'amélioration de l'indemnisation des traumatisés crâniens, Groupe interministériel de travail.
- [11] Ministère de la santé et des sports (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. Annexe II. Journal Officiel de la République Française, n°0156, du 8 juillet 2010 (p. 12558), texte n° 30.
- [12] Organisation Mondiale de la Santé (2012). Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Version pour Enfants et Adolescents. (CIF-EA). Nancy, France : Presses de l'EHESP.
- [13] SEENE M. (2008) L'évaluation écologique. Dans J.-M. Caire (coord.) : *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. (p. 168-171). Paris, France : Solal.

Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

MANUSCRIT

Tout **manuscrit, sollicité ou non**, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en 3 **exemplaires** à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

– Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.

– 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyés les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs.

Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : agpaedit@wanadoo.fr

Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.

— BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

– **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

– **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproductibles et fournis sur papier blanc ou sur calque.

Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE à la rédaction de la revue : Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

MANUSCRIPT

Every manuscript, whether solicited or not, is submitted to the reviewing committee for their opinion. They may decline the article or suggest alterations that they deem necessary. There are two reviewers, chosen from within the publication committee, but if needed, reviewers external to this committee may be called upon. In case of disagreement between the two reviewers, the editor in chief will have final decision after consulting a third reviewer.

Three copies of the text, typewritten with double spacing, one side only, 25 lines per page, should be sent.

We recommend the following lengths depending on the category of article:

– 20 pages maximum for original articles and literature reviews.

– 10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.

The pages are to be numbered in the top right-hand corner.

The first page should bear the title and/or the subtitle, the first name initials, the names of the authors, the title and complete address of the place (laboratory, hospital, university, etc.) where the work was carried out, along with the author's complete address to which proofs for correction, abstracts and any correspondence will be sent.

Key-words, in French and English, should be suggested by the authors.

The text of the article should begin on page two. We strongly recommend following the conventional plan: introduction, material and methods, results, discussion, conclusion. Sub-titles of equal value should be indicated in an identical way. Known international abbreviations may be used.

For less familiar terms, the meaning should be given in brackets the first time they appear in the text. Definitions may be given in a glossary.

The names of the authors quoted in the text should be followed, between brackets, by a number referring to the bibliography.

A brief summary of no more than 10 lines must be enclosed with the manuscript. A summary in English should be provided by the author (along with the translation of the title of the article). Otherwise the author shall accept the translation provided by the editors.

It is essential that an electronic version of the article proposed be sent to the following email address: agpaedit@wanadoo.fr

Please include the email address of the main author.

BIBLIOGRAPHY

References should be arranged in alphabetical order, and for each author in chronological order. They should be numbered and appear as follows:

– Article references should include in order: name and first name initials of authors, exact title in original language, name of journal according to Index Medicus international rules, year of publication, volume, first and last pages of article.

Example:

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

– Book references should include in order: name and first name initials of authors, title of book, identification of publisher (name and town), year of publication and, when appropriate, page(s) quoted.

We strongly recommend limiting the references to 20.

ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

- tables shall be numbered using Roman numerals and figures using Arabic numerals; all of them shall be quoted in the text;
- graphs and diagrams shall be provided in their original format, or as photographic reductions. They should be directly reproducible and supplied on white paper or tracing paper.

All illustrations must be accompanied by a detailed caption on a separate page.

ACKNOWLEDGEMENTS

They should not appear in the body of the article but individually on the last page of the article. Details of any grants awarded to the authors should also be mentioned here.

ALL CORRESPONDENCE SHOULD BE ADDRESSED TO The Editors, Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

ARTICULATION ENTRE L'INDEMNISATION DE DROIT COMMUN DES PERSONNES HANDICAPÉES ET LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP VERSÉE PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE

*LINKAGE BETWEEN COMPENSATION FOR
COMMON LAW DISABILITY AND THE PROVISION
OF DISABILITY COMPENSATION PAID BY
THE NATIONAL SOLIDARITY*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

Par **Marie-Eléonore AFONSO***

RÉSUMÉ

Une personne victime d'un dommage corporel générateur d'une situation de handicap peut cumuler l'indemnisation de droit commun réglée par le tiers responsable et la Prestation Compensatoire du Handicap (PCH) créée par la loi du 11 février 2005 au titre de la Solidarité Nationale.

Depuis mai 2013, ce cumul est remis en question par la Cour de Cassation puis le Conseil d'État qui ont décidé que la PCH est une prestation « indemnitaire » de sorte qu'elle doit être déduite de l'indemnisation du poste tierce personne réglé par le Fonds de Garantie. Les assureurs traditionnels se sont engouffrés dans cette voie et vont même plus loin en récla-

mant que les victimes revendiquent d'abord leurs droits auprès de la MDPH. Les avocats de victimes considèrent que la PCH n'a pas de caractère indemnitaire et cette position est partagée par la Cour des Comptes. La boîte de Pandore est ouverte et il semble que désormais seul le législateur pourra mettre un terme à la dérive à laquelle on assiste.

Mots-clés : Réparation du dommage corporel, dommages et intérêts, prestation compensatoire du handicap, solidarité nationale, fonds de garantie, assureurs, aide humaine.

SUMMARY

A person suffering from personal injury generating a disability can benefit from common law compensation paid by the third party and the Compensatory Disability Benefit (PCH) created by the Act of February 11, 2005 under National Solidarity.

Since May 2013, this combination has been called into question by the Court of Appeal and the Council of State who decided that the PCH is an "indemnity" provision so that it must be deducted from the third party compen-

* Avocat au Barreaux de Paris et de Bourges
DIU Traumatismes crânio-cérébraux, aspects médico et sociaux
DIU États Végétatifs Chroniques et États Pauci Relationnels
Avocat agréé par l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens (UNAFTC),
Membre de l'Association Nationale des Avocats de Victimes de Dommages Corporels (ANADAVI),
European Brain Injury Society (EBIS), Conseil National Handicap (CNH) et HANDICAP INVISIBLE
19 bis Quai de Bourbon - 75004 PARIS - afonsoavocat@orange.fr

sation paid by the Guarantee Fund. Traditional insurers have taken this road and go even further by claiming that the victims first claim their rights to the MDPH. Lawyers for the victims believe that the PCH has no compensatory character and this position is shared by the Court of Auditors. Pandora's box is open and now it seems that only the legislature can put a stop to the decline that we are seeing.

Keywords: *Damages for personal injury, damages, compensatory allowance of disability, national solidarity, guarantee fund, insurers, human assistance.*

INTRODUCTION

En France, lorsqu'une personne se retrouve en situation de handicap à la suite d'un accident causé par un tiers, elle peut cumuler la **Prestation de Compensation** – appelée **PCH** – versée par le Conseil Général et les **dommages et intérêts** réglés par l'assureur du tiers responsable au titre de l'indemnisation de son préjudice. Dans certaines situations, le blessé est indemnisé non pas par un assureur mais par un Fonds d'indemnisation. En fonction de leur mode de financement, il convient de distinguer :

- les **Fonds de Garantie financés par la Solidarité Nationale** c'est-à-dire les citoyens composés de la communauté des contribuables et de la communauté des salariés tels que :
 - l'**Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)** qui est financé par une dotation globale versée par l'assurance maladie, une dotation de l'Etat, le produit des pénalités et recours subrogatoires et une dotation versée par l'Etablissement Français du Sang (article L 1142-23 du Code de la Santé Publique) ;
 - le **Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA)** qui est financé par une contribution de l'Etat et par une contribution de la branche Accidents du Travail Maladies Professionnelles (ATMP) de la Sécurité Sociale (article 13 du Décret du 23 octobre 2001 relatif au FIVA créé par l'article 53 de la Loi du 23 décembre 2000 concernant le financement de la Sécurité Sociale). En 2011 la Sécurité Sociale accordait au financement du FIVA 340 millions d'euros.
- Les **Fonds de Garantie financés par la communauté des assurés** tels que :
 - le **Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et autres Infractions (FGTI)** qui est financé à 75% par une contribution forfaitaire prélevée sur chaque contrat d'assurance aux biens ainsi que les remboursements obtenus auprès des auteurs des infractions pour 20% et par des placements financiers pour 5% (article L 422-1 du Code des assurances complété par les articles R 422-4 et R 422-5 du Code des Assurances) ;

- le **Fonds de Garantie des Assurances Obligatoires (FGAO)** qui indemnise les victimes d'accident automobiles dont le tiers responsable est inconnu ou non assuré, et qui est financé par des contributions des compagnies d'assurance par le biais de prélèvements sur les cotisations d'assurance automobiles, le remboursement des responsables d'accidents non assurés et les condamnations prononcées contre les assureurs n'ayant pas fait d'offre suffisante dans les délais impartis (article R 421-44 du Code des assurances précisé par les articles R 421-27 et R 421-38 du code des assurances).

Cependant, cette possibilité de cumul a récemment été remise en cause par la Cour de Cassation qui considère, dans des affaires où la victime est indemnisée par un Fonds d'indemnisation, que la PCH a un caractère « indemnitaire » qui conduit à la déduire des dommages et intérêts versés à la victime.

Après une présentation de la prestation compensatoire du handicap versée par la Solidarité Nationale et l'indemnisation de droit commun réglée par les assureurs, nous présenterons les décisions rendues par la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat en 2013 et 2014 et nous examinerons les différences entre PCH et indemnisation ainsi que les enjeux de la situation.

I. LA COMPENSATION DU HANDICAP PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE À TRAVERS LA PCH

Créée par la loi du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » et entrée en vigueur le 1^{er} février 2006, la **prestation de compensation du handicap (PCH)** est une aide financière **personnalisée destinée à financer les besoins spécifiques liés à la perte d'autonomie**.

Elle coexiste encore avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) qui doit à terme totalement disparaître au profit de la PCH.

La **PCH est une aide sociale financée par les Conseils Généraux** qui apporte assistance aux personnes confrontées à des difficultés d'ordre social et matériel. Elle comprend cinq éléments :

- Les aides humaines,
- Les aides techniques,
- Les aides liées à l'aménagement du domicile ou du véhicule, les surcouts liés aux frais de transport,
- Les aides spécifiques ou exceptionnelles,
- Les aides animalières.

Les besoins en aide sont définis par une équipe pluridisciplinaire au sein de la Maison Départementale des Personnes handicapées (MDPH) à travers un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) en fonction du projet de vie exprimé par le demandeur (il est fréquent que cette rubrique ne soit pas renseignée spontanément par le demandeur).

Pour pouvoir y prétendre, la personne doit être âgée au maximum de 75 ans, présenter un handicap survenu avant l'âge de 60 ans et elle doit remplir un certain nombre de conditions de handicap et de résidence.

Le handicap doit générer, de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins 1 an soit :

- une difficulté *absolue* pour réaliser au moins 1 activité essentielle ;
- une difficulté *grave* pour réaliser au moins 2 activités essentielles.

La liste des activités essentielles concernées est répartie en 4 grands domaines :

- la **mobilité** (se mettre debout, marcher, se déplacer dans le logement ou à l'extérieur...) ;
- l'**entretien personnel** (se laver, utiliser les toilettes, s'habiller, prendre ses repas...) ;
- la **communication** (parler, entendre, voir, utiliser des appareils et techniques de communication) ;
- la **capacité générale à se repérer dans l'environnement et à protéger ses intérêts** (s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, gérer sa sécurité, maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui).

La PCH ne prend donc pas en compte les besoins en aide ménagère ni la préparation des repas.

Le demandeur doit résider de façon stable et régulière sur le territoire national. Les personnes étrangères, à l'exception des citoyens des États membres de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen, doivent en outre détenir une carte de résident, ou un titre de séjour valide.

Un sans domicile fixe doit accomplir une démarche de domiciliation auprès d'un centre communal ou d'un organisme agréé à cet effet par le préfet du département.

Au sein de la MDPH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé. Elle apprécie le taux d'incapacité de la personne handicapée, attribue la prestation de compensation, reconnaît la qualité de travailleur handicapé et se prononce sur les mesures facilitant l'insertion scolaire.

Les montants et tarifs sont fixés par nature de dépense et le taux de prise en charge varie en fonction des ressources de la personne handicapée perçues au cours de l'année civile précédent celle de la demande :

- à 100% si les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 26 473,96 euros depuis le 1^{er} avril 2014,
- à 80% si ce plafond est dépassé.

Elle est versée mensuellement et attribuée pour une durée limitée, inférieure ou égale aux durées maximales suivantes :

- 10 ans pour l'élément « aide humaine », « aménagement du logement » et « charges spécifiques »,

- 5 ans pour l'élément « aménagement du véhicule, surcoût résultant des transports et aides animales,

- 3 ans pour l'élément « aides techniques » et « charges exceptionnelles ».

Le bénéficiaire de la PCH doit signaler au président du Conseil Général toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits.

Depuis avril 2008, la PCH est ouverte aux enfants et adolescents handicapés dès lors qu'ils répondent aux conditions d'attribution de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH).

Concernant plus particulièrement la Prestation de Compensation « aide humaine »

Il s'agit d'une aide humaine à la personne consistant en la prise en charge :

- des actes essentiels de la vie courante (entretien personnel, déplacement, et besoins éducatifs des enfants),
- de la surveillance régulière,
- et des frais liés à la participation à la vie sociale.

Un forfait est prévu pour les personnes atteintes de surdité (30 heures au tarif de l'emploi direct) ou de cécité (50 heures au tarif de l'emploi direct).

La PCH aide humaine peut être utilisée pour rémunérer soit :

- une tierce personne salariée : 12,39 euros de l'heure,
- un prestataire de service agréé d'aide à domicile : 17,59 euros de l'heure au minimum,
- pour dédommager un aidant familial :
 - à 3,65 euros de l'heure si le membre de la famille n'est pas salarié pour cette aide,
 - ou à 5,48 euros de l'heure si l'aidant a cessé ou renoncé en tout ou partie à une activité professionnelle.

La PCH aide humaine est une prestation en nature versée sous forme de service ou en espèces.

La Loi prévoit que les sommes versées doivent être affectées dans leur totalité à la charge pour laquelle elles ont été attribuées. Dans le cas contraire, la PCH peut être suspendue, interrompue, voire récupérée... Ainsi, lorsque la PCH est attribuée pour financer directement les besoins en tierce personne, elle ne peut être utilisée que pour cet objet précis.

Elle est révisable régulièrement à la hausse ou à la baisse.

Enfin, l'attribution de la PCH n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil. Il n'est exercé aucun recours en récupération de cette prestation ni à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé, ni sur le légataire ou le donataire. Les sommes versées au titre de cette prestation ne font pas l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune.

Les enjeux financiers de la PCH

La PCH est financée par les départements et la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Chaque département n'a pas le même niveau de ressources puisque celui-ci varie en fonction :

- de la population adulte de moins de 60 ans,
- du nombre de bénéficiaires de la PCH,
- du potentiel fiscal.

L'enveloppe budgétaire à répartir n'est donc pas la même en fonction des départements et du nombre de bénéficiaires de la PCH.

Les ressources de la CNSA proviennent :

- En partie de la solidarité nationale :
- Contribution solidarité autonomie (produit de la journée de solidarité) : 2,41 milliards ;
- 0,064 % de la Contribution sociale généralisée : 785,5 millions ;
- Contribution additionnelle solidarité autonomie : 470,1 millions ;
- Contribution des caisses de retraite : 70 millions.
- En partie des crédits de l'assurance maladie :
- Transfert des crédits de l'assurance maladie consacrés aux personnes âgées : 8,39 milliards ;
- Transfert des crédits de l'assurance maladie consacrés aux personnes handicapées : 8,73 milliards.

Il ressort du document Etudes et Résultats de la DRESS N° 829 de janvier 2013 [1] sur « *l'évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012* » que :

- Depuis sa création, le nombre de bénéficiaires de la PCH a connu une hausse soutenue : 57 000 fin 2008, 113 000 début 2011 et 143 000 en juin 2012.
- Depuis la mise en place de la PCH, le nombre d'allocataires de l'ACTP a diminué de 10 000 personnes par an jusqu'à la fin 2008. Ils sont passés de 136 000 personnes en janvier 2006 à 80 000 en juin 2012. Cette baisse s'explique par la mortalité et par la bascule vers la PCH ou l'APA pour les plus de 60 ans.
- Du fait de la forte croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH et de la moindre baisse des allocataires de l'ACTP, entre fin 2006 et juin 2012, le nombre de personnes percevant une allocation au titre de la compensation du handicap a augmenté de 61% pour atteindre 223 000 bénéficiaires soit un taux de croissance annuel moyen de +9%.
- Entre 2002 et 2011, les dépenses brutes au titre de l'ACTP sont passées de 687 millions d'euros à 532 millions soit une baisse de 23% quand celles de la PCH ont fortement augmenté et ont plus que doublé chaque année entre 2006 et 2008.
- De 2007 à 2011 le nombre de bénéficiaires a augmenté plus vite que les dépenses.
- Le montant mensuel de la PCH par personne a diminué au cours des ans passant de plus de 1000 euros en 2006 à 800 euros en 2011.

- Les personnes qui sont entrées dans le dispositif ces dernières années ont des plans d'aide moins importants ce qui explique également la baisse du montant mensuel moyen de la PCH.

- En 2011 le coût de la compensation du handicap atteint 1,8 milliard d'euros soit 1,2 milliard au titre de la PCH et 0,6 au titre de l'ACTP.

Il ressort de l'enquête trimestrielle N° 2.2014 sur la prestation de compensation du handicap réalisée par la DRESS [2] auprès des Conseils Généraux qu'au premier trimestre 2014, 164 000 personnes ont perçu une PCH soit une augmentation de 7% en un an et qu'au cours du mois de mars 2014 :

- 93% des allocataires ont perçu un versement au titre de l'aide humaine,
- le montant moyen de PCH par allocataire s'élève à 740 euros et est en baisse (775 euros en juin 2012),
- 26% des montants versés au titre de l'aide humaine le sont pour les aidants familiaux, 41% pour les services prestataires, 28% dans le cadre d'emploi direct ou de forfait et 4% pour des services mandataires.

Il ressort du rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes [3] concernant « *La situation et les perspectives financières des départements* » que :

- Le concours de la CNSA versé aux départements a assuré un taux de couverture de 42% en 2011 ce qui laissait une charge nette supportée par les départements de 731 millions d'euros. Le taux de couverture de la PCH par la Solidarité Nationale s'élevait selon l'administration à 60% en 2011.
- Les aides à la personne constituent le premier poste de dépenses d'aide sociale des départements (14,6 milliards d'euros) et ont augmenté de 2,7% en 2011 (+9% en 2010). Parmi ces dépenses celles au titre du RMI/RSA ont progressé de 3,3%, celles de l'APA se sont stabilisées tandis que les allocations versées aux personnes handicapées (1,8 milliard) ont augmenté de 8,5%.
- La PCH est passée de 79 millions d'euros en 2006 à 1,259 milliard d'euros en 2011.
- Le cumul PCH et ACTP a fortement progressé passant de 835 millions en 2006 à 1,943 milliards en 2011 soit une **hausse de 120% en cinq ans**.

Selon la Cour des Comptes « *ces évolutions induisent non seulement une rigidification des dépenses de fonctionnement... mais aussi une différenciation entre départements compte tenu de leur structure de population. Ainsi, si l'on rapporte, pour 2011, la dépense sociale à la population, le département de la Creuse supporte la dépense la plus importante par habitant (555 euros) et les Yvelines la plus faible (293 euros)* »... « *s'agissant de la PCH, la dépense par habitant varie de 7 euros par habitant à 59 euros par habitant* ».

Il ressort de l'ensemble de ces données chiffrées que les Conseils Généraux, et donc les contribuables, voient augmenter de manière significative le coût de la Solidarité Nationale. Il est alors permis de se demander, en ces temps de restriction budgétaire, si l'aide sociale sera pérenne.

II. L'INDEMNISATION EN DROIT COMMUN DE L'AIDE HUMAINE

Les principes d'indemnisation en droit commun

En droit français de la responsabilité, lorsque le handicap survient à la suite d'un accident provoqué par un tiers, l'assureur du responsable ou le Fonds de garantie verse des dommages et intérêts.

Cette indemnisation est sans limitation, franchise ou plafond mais un même préjudice ne peut pas être indemnisé deux fois.

Le but est de replacer la victime dans la situation qui aurait été la sienne si l'accident n'avait pas eu lieu (principe de la réparation intégrale).

L'indemnisation se fait « poste par poste » dont un poste dit « Tierce Personne » qui représente plus de 40% de l'indemnisation dans les dossiers de dommage corporel « lourd ».

Le poste « assistance par tierce personne »

En juillet 2005, le groupe de travail conduit par Monsieur Jean-Pierre DINTILHAC, Président de la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation, a élaboré une nomenclature des préjudices corporels [4] qui définit le poste « assistance par tierce personne » comme les dépenses liées à l'assistance d'une tierce personne « *pour aider la victime handicapée à effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne. Elles visent à indemniser le coût pour la victime de la présence nécessaire, de manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie* ».

L'indemnisation du poste « tierce personne » est fixée en droit commun après détermination par un médecin des besoins en aide humaine en faisant abstraction de la présence de l'entourage auprès du blessé.

L'indemnisation n'est pas fixée en fonction de la dépense engagée ni des revenus de la victime.

Elle est pérenne, fixée une fois pour toute, sauf aggravation médicale ou situationnelle qui permet de rouvrir le dossier.

Aucun contrôle ne peut être exercé par l'assureur quant à l'utilisation des sommes versées; la victime est libre dans l'utilisation de son indemnisation qui n'est pas retirée ou diminuée en cas de non utilisation.

Le recours des tiers payeurs

L'article 29 de la Loi du 5 juillet 1985 fixe limitativement la liste des organismes ayant la qualité de « tiers payeur » qui avancent à la victime des prestations en nature ou en espèces qui :

- d'une part sont déduites, poste par poste, de l'indemnisation revenant à la victime,
- d'autre part sont remboursées par l'assureur au tiers payeur.

Dans le cas des victimes dédommagées par un Fonds d'indemnisation, les prestations des tiers payeurs sont également déduites mais le Fonds ne leur rembourse pas leurs créances.

L'article 29 n'a pas été revu après la loi du 11 février 2005. Ainsi les départements n'ont pas la qualité de tiers payeur et ne peuvent donc pas se faire rembourser la PCH qu'ils versent à une personne indemnisée par un assureur.

MDPH et Conseils Généraux ne peuvent pas non plus s'opposer au cumul entre PCH et indemnisation, ni même demander à ce que le montant versé soit déduit de l'indemnisation due à la victime car cela constituerait une prérogative et une condition d'attribution qui n'ont pas été prévues par la loi de 2005.

Les enjeux financiers de l'indemnisation de l'aide par Tierce personne pour les assureurs

L'Étude « *Indemnisation des dommages corporels graves en France* » de la Caisse Centrale de Réassurance [5] établie en octobre 2012 sur la base des dossiers de « RC Corporels automobiles » graves de 1391 victimes issues de 1360 sinistres automobiles survenus depuis le 1^{er} janvier 1999 nous apprend que :

- Trois postes de préjudices représentent 65% du coût indemnitaire total :
 - Assistance par tierce personne : 43%
 - Dépenses de santé futures : 11%
 - Les frais divers : 11% ;
- Les frais de logement et de véhicule adapté représentent 4% ;
- Le coût moyen de l'assistance tierce personne active indemnisée est de 19 euros ;
- 15 heures par jour d'assistance par tierce personne sont en moyenne allouées aux victimes de dommages corporels graves ;
- 54% des frais divers sont liés au coût de la tierce personne avant consolidation.

Le poste « assistance par tierce personne » reste donc le plus important financièrement pour les régulateurs.

III. LA PROBLÉMATIQUE SOULEVÉE PAR LA POSITION DE LA COUR DE CASSATION

La scène s'est jouée en trois actes :

Premier acte : **arrêt du 28 février 2013 Cass 2^e civile n° 12_23706 [6]**

La MDPH de la Manche contestait à une victime indemnisée par l'ONIAM la possibilité de cumuler la PCH et l'indemnisation de la Tierce Personne par le

Fonds de garantie. La MDPH soutenait que ce cumul occasionnait une rupture de l'égalité entre les personnes en situation de handicap ce qui l'a amenée à présenter une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC).

La Cour de Cassation décidait dans cette décision que l'indemnisation de l'ONIAM n'a pour effet ni de réduire le droit de la victime à PCH ni de l'exclure et rejetait la QPC au motif que la PCH est « dépourvue de caractère indemnitaire ».

La Cour validait implicitement la possibilité de cumul entre la PCH et l'indemnisation de droit commun versée pour réparer un dommage corporel.

Faire droit à la position de la MDPH aurait eu pour conséquence de :

- laisser aux MDPH la liberté d'ajouter une condition d'ouverture à la PCH et d'aller au delà de ce que le législateur avait voulu en 2005 ;
- créer une rupture de l'égalité entre les citoyens en situation de handicap éligibles à la Solidarité Nationale.

Deuxième acte : **arrêt du 16 mai 2013 Cass 2^e Civ N° 12-18093** [7]

Le FGAO formait un pourvoi à l'encontre d'un arrêt de la Cour d'Appel de Grenoble qui l'avait condamné à indemniser une victime sans avoir fait droit à ses demandes consistant à titre principal « *à ce que Mme X justifie des sommes attribuées au titre de la PCH ou d'une demande formée afin d'en bénéficier de cette prestation et subsidiairement, à la rection de la rente Tierce Personne* ».

La Cour de Cassation décidait qu'il résulte des articles L 245-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) dans leur rédaction issue de la loi du 11 février 2005 que la PCH, servie en exécution d'une obligation nationale de solidarité, accordée sans condition de ressources, et dont le montant est fixé en fonction des besoins individualisés de l'allocataire, constituait une prestation « indemnitaire ».

Troisième acte : **arrêts du 13 février 2014, la chambre civile 2, N° 12-23.731** [9, 10]

Le FGTI soutenait que la PCH devait être déduite de l'indemnisation due à la victime d'une fusillade.

La Cour de Cassation a cassé l'arrêt de la Cour d'Appel de Montpellier qui refusait de reconnaître à la PCH un caractère indemnitaire pouvant justifier sa déduction des sommes allouées à la victime, au motif que la PCH constitue une prestation indemnitaire dès lors qu'elle n'est pas attribuée sous condition de ressources et que, fixée en fonction des besoins individualisés de la victime d'un handicap, elle répare certains postes de préjudices indemnissables.

La Cour de Cassation a confirmé sa position dans des arrêts du 12 juin 2014, 2^e Civile N° 13-12185 [11].

De son côté, le Conseil d'Etat, par une décision du 23 septembre 2013 a adopté la même position dans un dossier où le CHU de St Etienne qui était tenu de réparer le préjudice d'un patient suite à une responsa-

bilité fautive, soutenait que la PCH devait être déduite de la rente Tierce Personne [8].

Pour justifier leur demande de déduction de la « PCH aide humaine » du poste d'indemnisation Tierce Personne, le FGAO et le FGTI ont soutenu qu'une victime ne pouvait cumuler le bénéfice de la Solidarité Nationale réglé à travers l'indemnisation de droit commun et la PCH. Cet argument pouvait paraître moralement acceptable à la condition que ce soit la Solidarité Nationale qui finance ces deux Fonds. Or tel n'est pas le cas, comme vu précédemment.

Depuis ces décisions, les assureurs tentent de faire appliquer ce raisonnement pour ne payer que le reliquat entre PCH et indemnisation du poste Tierce Personne.

Lorsque la victime n'a pas revendiqué la PCH, les assureurs lui demandent de le prouver ce qui s'apparente à la preuve diabolique (concept théorique apparu avec le droit romain pour désigner une preuve que « *seul le diable pourrait apporter* ») car pour l'homme cette preuve est tout simplement impossible à rapporter. Comment prouver quelque chose qui n'existe pas ?

Les assureurs continuent à surenchérir puisqu'ils vont jusqu'à demander à la victime de solliciter le bénéfice de la PCH en demandant au Tribunal de surseoir à statuer tant que la MDPH ne s'est pas prononcée.

Telle est également la position du FGAO et du FGTI qui réclament désormais aux victimes d'aller d'abord demander le bénéfice de la Solidarité Nationale et demandent aux Tribunaux de surseoir à statuer tant que la victime n'a pas déposé sa demande de PCH auprès de la MDPH.

Une telle dérive est lourde de conséquences pour les personnes handicapées puisqu'elle consiste à mettre fin au principe de la réparation intégrale de la victime dans la mesure où l'on déduit de son indemnisation fixée définitivement une prestation qui elle n'est pas pérenne et qui en outre ne couvre pas forcément tous les besoins.

Les régulateurs (assureurs, FGAO et FGTI) tentent ainsi de transférer leurs obligations sur la Solidarité Nationale et donc le contribuable que nous sommes chacun en déduisant des montants qu'en outre ils ne remboursent pas aux Conseils Généraux.

Les départements quant à eux continuent à supporter la charge de la PCH des personnes indemnissables sans pour autant pouvoir se faire rembourser par les assureurs puisque les conseils généraux ne figurent pas dans la liste de l'article 29.

Tel auteur (*Groutel* in Responsabilité Civile et Assurances N°5 Mai 2014) [12] dans son commentaire des arrêts du 13 Février 2014, écrit « *si l'absence d'un organisme de la liste l'empêche d'exercer un recours, cela n'a pas pour conséquence inéluctable d'interdire l'imputation de ses prestations sur l'indemnité due par une responsable, son assureur ou un organisme substitué* »

PCH « AIDE HUMAINE » Logique de compensation	INDEMNISATION DE LA TIERCE PERSONNE Logique de réparation
<p>La PCH est déterminée en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> – du nombre d'heures requis pour l'aide à la personne mais l'aide ménagère en est exclue. – du statut de l'aidant, – des tarifs et des montants fixés par arrêté ministériel <p>– Fans la limite d'un montant mensuel maximal</p> <p>– Elle ne couvre pas tous les besoins</p> <p>– Certaines situations de handicap ont des « forfaits »</p>	<p>L'indemnisation est déterminée en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des besoins sur les 24 heures, aide ménagère comprise. – En faisant abstraction de l'entourage familial, – Sans prendre en compte les dépenses engagées et sans conditions de ressources ou de revenus de la victime <p>Sans limitation, franchise ou plafond</p> <p>Elle couvre les besoins s'ils sont bien évalués par le médecin expert.</p> <p>Il n'y a pas de forfait en fonction du type de handicap</p>
C'est une prestation en nature versée sous forme de service ou en espèces	C'est une prestation en espèces réglée sous forme de montant financier versé en capital et/ou rente viagère
Révisable régulièrement à la hausse ou à la baisse	Fixée définitivement lors de la consolidation.
Doit être utilisée sinon elle est suspendue ou doit être restituée	La victime dispose librement de son indemnisation. L'assureur n'a pas un droit de regard sur l'utilisation des fonds.
Dépend de la situation financière du Département	Elle ne peut être revue qu'à la hausse en cas d'aggravation médicale ou situationnelle
	La victime dispose librement de son indemnisation. L'assureur n'a pas un droit de regard sur l'utilisation des fonds. Elle n'est suspendue qu'en cas d'hospitalisation de plus d'un mois et reprend dès le retour à domicile.
	Ne dépend pas la situation financière de l'assureur
C'est une compensation forfaitaire et non pérenne	C'est une indemnisation « illimitée » et pérenne

C'est donc bien un avantage indu, particulièrement favorable, que veulent s'octroyer les régleurs qui est d'autant plus problématique qu'il se fait au détriment des contribuables qui financent la Solidarité Nationale.

Il nous semble évident que la Cour de Cassation n'a pas souhaité instaurer un tel avantage au bénéfice des assureurs et que le FGAO et FGTI ont obtenu les arrêts précités en faisant une interprétation erronée de la définition de la « Solidarité Nationale ».

CONCLUSION

Il nous paraît socialement cohérent qu'une personne ne bénéficie pas deux fois de la Solidarité Nationale pour un même poste de préjudice.

Par contre, il nous apparaît éthiquement inacceptable que les assureurs et les Fonds financés par les assurés se défaussent sur le contribuable en exigeant de la victime qu'elle demande le bénéfice de la PCH et grève ainsi le budget de l'aide sociale.

Les chiffres de la DREES et de la Cour des Comptes démontrent que depuis sa mise en place en 2006, le nombre de PCH accordé est en constante augmentation mais que son montant est également en constante diminution.

Il n'y a pas de secret !

Le budget de l'aide sociale n'est pas extensible, surtout en temps de crise, puisque le poids de l'impôt ne peut pas continuer à progresser indéfiniment.

S'il est juste que le bénéfice de la Solidarité Nationale aille, en priorité, aux personnes en situation de handicap qui n'ont pas de tiers responsable, il est injuste que les régleurs tentent d'échapper à leurs obligations et veuillent intervenir de manière subsidiaire alors qu'ils sont débiteurs d'une créance d'indemnisation.

Le caractère indemnitaire de la PCH est contestable comme il ressort du tableau ci-dessus.

La Cour des Comptes, dans son rapport public annuel de février 2014 [13] au chapitre « *La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence* » fait parfaitement la distinction entre « *Des logiques différentes face au handicap* » et rappelle que :

- « les différents régimes obéissent à des logiques différentes
- une **logique de remplacement** de revenu, à laquelle obéit l'assurance invalidité ;
 - une **logique de compensation** des dépenses supplémentaires, dans laquelle s'inscrivent la prise en charge des soins et le soutien à l'autonomie et à laquelle répond également une prestation comme la prestation de compensation du handicap ;
 - une **logique de réparation** d'un préjudice imputable à la faute d'un tiers ou d'un risque particulier, particulièrement affirmée dans le champ du risque accident du travail-maladie professionnelle.

La logique de remplacement implique d'avoir recours à des barèmes d'incapacité et de distance à l'emploi, ainsi qu'à un calcul effectué en fonction des revenus précédents. La logique de compensation fait appel à des barèmes de mesure des charges supplémentaires, indépendamment du revenu initial. Enfin la logique de réparation se fonde sur des calculs de préjudices. »

En qualifiant la PCH d'indemnitaire, la Cour de Cassation n'a-t-elle finalement pas ouvert la boîte de Pandore ?

Si la PCH aide humaine est indemnitaire, les autres types de PCH ne le sont-ils pas aussi puisque en droit commun les postes aménagement du véhicule, aménagement du domicile existent également ?

Les prestations versées par les tiers payeurs de l'article 29 sont versées automatiquement sans que le bénéficiaire ait à en faire la demande. La PCH ne devrait-elle pas alors être versée automatiquement si les Conseils Généraux ont la qualité de tiers payeurs ?

Si elle est indemnitaire, la PCH doit alors être pérenne. Sera-t-elle pérenne pour les victimes avec tiers responsable et temporaire pour les autres ?

Refermer la boîte de Pandore par un revirement de jurisprudence ne serait-il pas la solution ? ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Études et Résultats - DRESS n° 829 Janvier 2013 « Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 ».
- [2] PCH résultats de l'enquête trimestrielle N° 2-2014 Statistiques au 1^{er} trimestre 2014.
- [3] Rapport public annuel 2014 de la Cour des Comptes – Février 2014 « La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence » pages 291 à 335.
- [4] Rapport de juillet 2005 du Groupe de travail dirigé par Monsieur DINTILHAC chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels.
- [5] « L'indemnisation des dommages corporels graves en France » Caisse Centrale de Réassurance 2012.
- [6] Cour de Cassation, chambre Civile 2, 28 février 2013, n° 12-23706.
- [7] Cour de Cassation, chambre Civile 2, 16 mai 2013, pourvoi n° 12-18093.
- [8] Conseil d'Etat 5^e et 4^e sous-sections réunies, 23 septembre 2013 N° 350799.
- [9] Cour de Cassation, chambre Civile 2, 13 février 2014 N° 12-23.731,370.
- [10] Cour de Cassation, chambre Civile 2, 13 février 2014 N° 12-23.706.
- [11] Cour de Cassation, chambre Civile 2, 12 juin 2014, N° 13-12185.
- [12] Groutel in Responsabilité Civile et Assurances n°5 Mai 2014 (Page 19).
- [13] Rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes – Février 2013 « La situation et les perspectives financières des départements » pages 65 à 116.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2014 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF
CPPAP n° 0417 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-2359-1 — eISBN 978-2-7472-2360-7

Imprimé par Graficas Lizarra S.L. – Villatuerta Navarra – Espagne