

Mission spécifique « Traumatisme crânien et enfant »

MISSION ADOPTÉE en 2002 à l'issue des travaux du groupe de travail interministériel chargé d'étudier les mesures qui seraient de nature à améliorer l'indemnisation des traumatisés crâniens.

Groupe mis en place à la demande du garde des Sceaux, présidé par Madame Elisabeth Vieux, magistrate présidente de chambre à la cour d'appel d'Aix en Provence.

Mission prenant en compte la nomenclature Dintilhac

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

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

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

Il existe également une déclinaison « adulte »

Mission :

1) Prendre connaissance des commentaires annexés à la présente mission :

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

- Les renseignements d'identité de la victime
- Tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident,
- Tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués (y compris bilans neuro-psychologiques)
- Tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé, antérieur à l'accident :
 - degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapport aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne, en rapport avec l'âge.
 - systématiquement les bulletins scolaires pré-traumatiques et toutes précisions sur les activités extra scolaires.
- Ces mêmes éléments contemporains de l'expertise : dans l'aide au patient bien spécifier le soutien scolaire mis en place (soutien individualisé en dehors et à l'école, soutien en groupe) et le comportement face au travail scolaire. Bien préciser le cursus (classes redoublées, type de classe, type d'établissement).
- Toutes précisions sur l'activité professionnelle et sociale des parents et de la fratrie (niveau de formation par exemple)

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

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

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

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

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

6) Procéder à un examen clinique détaillé permettant :

- De décrire les déficits neuromoteurs, sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne,
- D'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement, et leur incidence sur les facultés d'insertion sociale et d'apprentissages scolaires.
 - L'évaluation neuropsychologique est indispensable : Elle doit comporter plusieurs bilans (appréciation du retentissement immédiat et du retentissement sur la dynamique d'apprentissage).
 - Compléter ces évaluations par les données des bulletins scolaires actuels. Dans l'appréciation des bulletins, différencier ce qui revient au comportement, des performances scolaires proprement dites ; Ne pas se contenter du niveau de classe qui n'a parfois aucune valeur.
 - Rappporter le niveau de l'enfant à celui de sa classe, et le niveau de sa classe aux normes. Compléter si possible par un bilan éducatif.

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

- différencier les difficultés d'apprentissage et de comportement.

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

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

- si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident,
- si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation
- ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme. Dans le cas d'une aggravation de l'évolution normalement prévisible due à l'accident, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

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

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

- Quels sont les projets thérapeutiques, de scolarité et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle, soutiens scolaires, établissement adapté, soutien des activités extra-scolaires, rééducations telles qu'ergothérapie et psychomotricité¹ ...)
- Et en tout état de cause, indiquer l'évaluation minimum prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe suivant.

9) Lorsque la consolidation semble acquise, l'évaluation des séquelles doit préalablement tenir compte des données suivantes :

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

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

Analyser la qualité de vie du blessé et de sa famille (parents, frères et sœurs) ;

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

En intégrant et discutant ces données, **évaluer les séquelles** aux fins de :

- Fixer la durée de **P.I.T. T et de P.I.T. P**, périodes pendant lesquelles pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ou partiellement ses activités habituelles,

¹ Psychothérapie

- Fixer la **date de consolidation** en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles neurologiques et neuropsychologiques,

Donner un avis sur le taux **du déficit fonctionnel** qui résulte des difficultés ou impossibilités imputables à l'accident- évaluer l'altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives, comportementales ou psychiques en évaluant le taux ;

- dire si des douleurs permanentes existent et si elles ont été prises en compte dans le taux retenu ; à défaut, majorer ce taux en considération de l'impact de ces douleurs sur les fonctions physiologiques, sensorielles, mentales ou psychiques de la victime ;

- décrire les conséquences de ces altérations permanentes et de ces douleurs sur la qualité de vie de la victime ;

Evaluer, en outre, ces 3 composantes du déficit fonctionnel permanent résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur ;

- 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 neuropsychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement.
Dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne doit, ou non, être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé. Donner à cet égard toutes précisions utiles.
- **Se prononcer, le cas échéant, sur les modalités des aides techniques**
- **Se prononcer sur l'aménagement éventuel du logement ;**
- Après s'être entouré, au besoin, d'avis spécialisés, dire :
Si la victime est ou sera capable exercer une **activité professionnelle**, si oui, donner un ou plusieurs exemples et dans quelles conditions
- Dire si les **frais médicaux**, pharmaceutiques, paramédicaux, d'hospitalisation, d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative préciser lesquels et pour l'appareillage, le véhicule automobile et son aménagement, préciser au besoin après s'être entouré d'avis spécialisés la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût,
- Décrire les **souffrances** physiques et psychiques endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,
- Décrire la nature et l'importance du **dommage esthétique** et l'évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés.
- Décrire le **préjudice d'agrément** : perte de la qualité de vie de la victime qui s'entend de l'ensemble des autres préjudices personnels et non économiques. Ils comprennent, notamment non seulement les loisirs mais aussi le préjudice d'établissement, le préjudice sexuel, le préjudice de procréation, le préjudice lié à la privation des joies d'une vie normale d'enfant (camarades et jeux...)

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

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

COMMENTAIRES DE LA MISSION

Point numéro 2

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

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

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

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

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

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

Point numéro 3

Où doit avoir lieu l'expertise ?

Il est habituel que l'expertise se pratique au cabinet de l'expert lorsque les séquelles sont surtout d'ordre neuropsychologique ; 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.

En présence de qui ?

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

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

Point numéro 5

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

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

Point numéro 6

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

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

Point numéro 7

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

Points numéro 8 et 9

Quand consolider un enfant ou un adolescent ?

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

Apprécier l'incidence du traumatisme sur le développement de l'enfant implique donc que la consolidation soit la plus tardive possible. Ne jamais consolider précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme crânien grave, a fortiori quand l'enfant était jeune au moment de l'atteinte

(ou alors très précocement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme extrêmement sévère) ou lorsque existe une localisation frontale.

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

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

Ces séquelles :

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

Point numéro 10

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

Tierce Personne : Il est nécessaire d'apprécier la tierce personne avant même la consolidation en fonction de l'autonomie que l'enfant n'a pas, compte tenu de son âge. Il est nécessaire de distinguer le rôle qu'auraient eu les parents sans l'accident, en fonction de l'âge de l'enfant, de celui qui relève de la tierce personne. L'enfant a, en dehors du cas d'un état végétatif ou d'un état pauci-relationnel, une espérance de vie normale ; Il y a donc nécessité d'anticiper sur les besoins futurs en tierce personne.

Considérer la scolarité comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique. Faciliter le soutien scolaire, la scolarité à petit effectif dans le but de favoriser l'insertion / réinsertion de l'enfant.

Considérer les prises en charge autres non prises en charge par la Sécurité Sociale : Rééducation par ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, ordinateur portable, poussette adaptée, siège - auto...

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

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

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

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

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