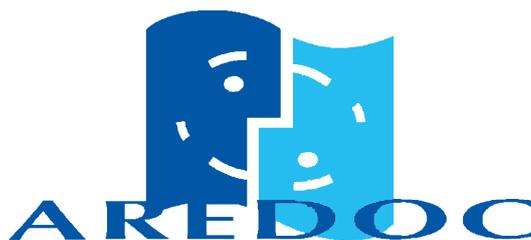


LA LETTRE



JOURNAL D'INFORMATION DE L'AREDOC ET DU CENTRE DE DOCUMENTATION

MISSION DROIT COMMUN SPÉCIFIQUE AUX HANDICAPS GRAVES GÉNÉRANT UNE PERTE D'AUTONOMIE¹ QU'ELLE SOIT D'ORIGINE LOCOMOTRICE, NEUROLOGIQUE, NEUROCOGNITIVE OU SENSORIELLE

Préambule

La mission d'expertise spécifique aux handicaps graves s'inspire des deux missions précédemment élaborées par l'AREDOC relatives, pour la première aux troubles locomoteurs graves, et pour la seconde, aux traumatismes crâniens graves.

Cette nouvelle mission se compose de deux parties distinctes, l'une concerne la préparation à l'expertise et l'examen (points 1 à 10) et l'autre, l'analyse et l'évaluation (points 11 à 21). Elle comporte des spécificités notamment quant au lieu de l'expertise et à l'analyse de la perte d'autonomie (point 2 et point 17). Ces deux points font l'objet de développements particuliers dans la partie « Commentaires ». Pour les autres points, il conviendra de se référer aux commentaires de la mission d'expertise médicale droit commun 2006, dans sa dernière mise à jour².

Ainsi, la mission d'expertise spécifique aux handicaps graves et ses commentaires offrent une nouvelle méthodologie quant à l'évaluation médicale d'un dommage corporel. Elle mène à une évaluation médico-légale et environnementale spécifique, argumentée en fonction des critères d'imputabilité habituels et adaptée aux besoins réels de la victime. Cette mission correspond, pour la victime, à la solution la plus humaine, la plus pérenne et la plus adaptée possible respectant sa sécurité, son intimité ainsi que ses souhaits d'autonomie et d'indépendance.

1. Pour réaliser son expertise, le médecin devra se référer aux commentaires de cette mission publiés en annexe de celle-ci.

2. Étant entendu que les points 17, 18 et 19 sont numérotés 18, 19 et 20 dans la mission droit commun spécifique aux handicaps graves.

Texte de la mission

Cette mission comporte les termes génériques relatifs au dommage à évaluer par le médecin accompagnés du poste de préjudice indemnitaire correspondant.

A. PRÉPARATION DE L'EXPERTISE ET EXAMEN

Point 1 – Dossier médical

Se faire communiquer par la victime ou son représentant légal tous documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial, le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation, le dossier d'imagerie et tout autre document utile à l'expertise.

Point 2 – Contact avec la victime

Après s'être assuré de posséder tous les éléments nécessaires, en déduire le lieu ou les lieux du déroulement de l'expertise, se déplacer sur le lieu de vie habituel et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation, en présence d'un membre de l'entourage ou, à défaut, du représentant légal.

Point 3 – Situation personnelle, familiale et professionnelle au moment des faits à l'origine de l'expertise

Prendre connaissance de l'identité de la victime ; afin de pouvoir apprécier la nature du retentissement des séquelles sur la situation personnelle, familiale et professionnelle de la victime, fournir le maximum d'informations sur son mode de vie au moment des faits à l'origine de l'expertise (situation familiale, habitat, aides techniques ou ménagères éventuelles, activités ludiques et sportives), sur ses conditions d'activités professionnelles, son statut exact ; préciser, s'il s'agit d'un enfant, d'un étudiant ou d'un élève en formation professionnelle, son niveau scolaire, la nature de ses diplômes ou de sa formation ; s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, préciser son statut et/ou sa formation.

Point 4 – Rappel des faits et retentissement personnel avant consolidation

A partir des déclarations de la victime (et de son entourage si nécessaire) et des documents médicaux fournis :

- 4.1. Relater les circonstances de l'accident.
- 4.2. Décrire en détail les lésions initiales, les suites immédiates et leur évolution.
- 4.3. Décrire les difficultés rencontrées par la victime dans sa vie quotidienne.
- 4.4. Concernant les aides matérielles et humaines dont a pu bénéficier la victime avant consolidation, se reporter au point 17 de cette même mission.

Point 5 – Soins avant consolidation correspondant aux Dépenses de Santé Actuelles (DSA)

Décrire tous les soins médicaux, paramédicaux et aides techniques mis en œuvre avant la consolidation, en précisant leur imputabilité, leur nature, leur durée et en indiquant les dates exactes d'hospitalisation avec, pour chaque période, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés.

Point 6 – Lésions initiales et évolution

Dans le chapitre des commémoratifs et/ou celui des documents présentés, retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial, en préciser la date et l'origine ; reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux dont les compte(s) rendu(s) d'hospitalisation permettant de connaître les lésions initiales et les étapes de leur évolution.

Point 7 – Examens complémentaires

Prendre connaissance des examens complémentaires produits, en préciser la date et les interpréter ou utiliser l'interprétation du spécialiste les ayant réalisés, notamment :

- bilans radiologiques standards,
- scanners,
- IRM,
- échographies,
- potentiels évoqués,
- électromyogrammes,
- bilans urodynamiques,
- examens neuropsychologiques...

Point 8 – Doléances

Recueillir et retranscrire dans leur entier les doléances exprimées par la victime et par son entourage si nécessaire en lui (leur) faisant préciser notamment les conditions, date d'apparition et importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle, ainsi que leurs répercussions sur sa vie quotidienne, familiale, sociale, professionnelle...

Point 9 – Antécédents et état antérieur

Dans le respect du code de déontologie médicale, interroger la victime et son entourage si nécessaire sur ses antécédents médicaux, ne les rapporter et ne les discuter que s'ils constituent un état antérieur susceptible d'avoir une incidence sur les lésions, leur évolution et les séquelles présentées.

Point 10 – Examen clinique

Procéder à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime et/ou son entourage.

Si besoin, compléter cet examen par tout avis technique nécessaire, le retranscrire dans le rapport et en faire l'analyse.

B. ANALYSE ET ÉVALUATION

Point 11 – Discussion

11.1. Résumer tout d'abord les faits médicaux et leur évolution, les doléances et les constatations cliniques.

11.2. Analyser ensuite dans une discussion précise l'imputabilité à l'accident des lésions initiales, de leur évolution et des séquelles. Se prononcer sur le caractère direct et certain de cette imputabilité et indiquer l'incidence éventuelle d'un état antérieur.

11.3. Répondre ensuite aux points suivants :

Point 12 – Les gênes temporaires constitutives d'un Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT)

Que la victime exerce ou non une activité professionnelle :

- Prendre en considération toutes les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident ; en préciser la nature (notamment hospitalisation, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livrait la victime, retentissement sur la vie sexuelle).
- En discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution et en préciser le caractère direct et certain.
- En évaluer le caractère total ou partiel, en précisant la durée et la classe pour chaque période retenue.

Point 13 – Arrêt temporaire des activités professionnelles constitutif des Pertes de Gains Professionnels Actuels (PGPA)

En cas d'arrêt temporaire des activités professionnelles, en préciser la durée et les conditions de reprise éventuelle. En discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution rapportées à l'activité exercée au moment de l'accident.

Point 14 – Souffrances endurées

Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales liées à l'accident s'étendant de la date de celui-ci à la date de consolidation. Elles sont représentées par « *la douleur physique consécutive à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisations, à l'intensité et au caractère astreignant des soins auxquels s'ajoutent les souffrances psychiques et morales représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait être habituellement liées à la nature des lésions et à leur évolution* ». Elles s'évaluent selon l'échelle habituelle de 7 degrés.

Point 14 bis – Dommage esthétique temporaire constitutif d'un Préjudice Esthétique Temporaire (PET)

Dans certains cas, il peut exister un préjudice esthétique temporaire dissociable des souffrances endurées ou des gênes temporaires. Il correspond à « *l'altération de son apparence physique, certes temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers* ».

Il convient alors d'en décrire la nature, la localisation, l'étendue et l'intensité, et d'en déterminer la durée.

Point 15 – Consolidation

Fixer la date de consolidation, qui se définit comme « *le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique* ».

Point 16 – Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique constitutive du Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)

Décrire les séquelles imputables, fixer par référence à la dernière édition du « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun », publié par le Concours Médical, le taux éventuel résultant d'une ou plusieurs Atteinte(s) permanente(s) à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) persistant au moment de la consolidation, constitutif d'un déficit fonctionnel permanent.

L'AIPP se définit comme³ :

« *La réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits ; à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours* ».

Point 17 – Perte d'autonomie correspondant notamment aux Frais de Logement Adapté (FLA), aux Frais de Véhicule Adapté (FVA), à l'Assistance par Tierce Personne (ATP)

Que la victime soit consolidée ou non,

- dresser un bilan situationnel en décrivant avec précision les modalités de réalisation des différents actes de la vie quotidienne et le déroulement d'une journée (24 heures), d'une semaine...
- Puis, en s'aidant, si besoin des professionnels nécessaires et en tenant compte de l'âge et de l'éventuel état antérieur :

17.1 Se prononcer sur les aides matérielles nécessaires :

- aides techniques, en précisant leur nature et la fréquence de leur renouvellement ;
- adaptation du logement (domotique notamment), étant entendu qu'il appartient à l'expert de se limiter à décrire l'environnement en question, et au professionnel spécialisé de décrire les aménagements nécessaires ;
- aménagement d'un véhicule adapté.

3. Cf nomenclature Dintilhac.

17.2 Déterminer ensuite, en tenant compte des aides matérielles mentionnées ci-dessus, les besoins en aide humaine que cette aide soit apportée par l'entourage ou par du personnel extérieur, en précisant sa nature, ses modalités d'intervention et sa durée :

- aide active pour les actes réalisés :
 - sur la victime hors actes de soins
 - sur son environnement ;
- aide passive : actes de présence.

17.3 Dans le cas où les aides matérielles n'ont pas été mises en place, l'expert déterminera l'aide humaine en cours au jour de l'expertise, en décrivant les aides matérielles nécessaires prévues ou prévisibles et leur incidence sur l'autonomie.

Concernant les séquelles neuropsychologiques graves, préciser leurs conséquences quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative ou de troubles du comportement. Indiquer si une mesure de protection a été prise.

Point 18 – Dommage esthétique permanent constitutif d'un Préjudice Esthétique Permanent (PEP)

Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du dommage esthétique permanent imputable à l'accident. L'évaluer selon l'échelle habituelle de 7 degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte physiologique déjà prise en compte au titre de l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique.

Point 19-1 – Répercussions des séquelles sur les activités professionnelles constitutives des Pertes de Gains Professionnels Futurs (PGPF), de l'Incidence Professionnelle (IP), d'un Préjudice Scolaire Universitaire et de Formation (PSUF)

En cas de répercussion dans l'exercice des activités professionnelles de la victime ou de la formation prévue (s'il s'agit d'un écolier, d'un étudiant ou d'un élève en cours de formation professionnelle), émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions, aux séquelles retenues. Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

Point 19-2 – Répercussions des séquelles sur les activités d'agrément constitutives d'un Préjudice d'Agrément (PA)

En cas de répercussion dans l'exercice des activités spécifiques sportives ou de loisirs de la victime effectivement pratiquées antérieurement à l'accident, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues. Se prononcer sur l'impossibilité totale de pratiquer l'activité, sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

Point 19-3 – Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles constitutives d'un Préjudice Sexuel (PS)

En cas de répercussion dans la vie sexuelle de la victime, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues. Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

Point 20 – Soins médicaux après consolidation / frais futurs correspondant aux Dépenses de Santé Futures (DSF)

Se prononcer sur la nature des soins médicaux, paramédicaux, d'appareillage ou de prothèse, nécessaires après consolidation ; justifier l'imputabilité des soins à l'accident en cause en précisant s'il s'agit de frais occasionnels, c'est-à-dire limités dans le temps ou de frais viagers, c'est-à-dire engagés la vie durant.

Point 21 – Conclusions

Conclure en rappelant la date de l'accident, la date et le lieu de l'examen, la date de consolidation et l'évaluation médico-légale retenue sur les points 12 à 20.

Commentaires des points 2 et 17

Pour les autres points, il conviendra de se référer aux commentaires de la mission d'expertise médicale droit commun 2006, dans sa dernière mise à jour. Etant entendu que les points 17, 18 et 19 sont numérotés 18, 19 et 20 dans la mission droit commun spécifique aux handicaps graves.

Point 2 – Contact avec la victime

« Après s'être assuré de posséder tous les éléments nécessaires, en déduire le lieu ou les lieux du déroulement de l'expertise, se déplacer sur le lieu de vie habituel et prendre toutes les dispositions pour sa réalisation, en présence d'un membre de l'entourage ou, à défaut, du représentant légal ».

Lieu de l'expertise médicale :

Dans ce type de dossier elle est généralement faite, pour la première expertise, à l'hôpital ou au centre de rééducation. Ensuite il est préférable qu'elle soit réalisée sur le lieu de vie de la victime.

Lorsqu'elle est effectuée à l'hôpital, l'expertise doit être faite en accord avec la victime et/ou son entourage, après en avoir informé le médecin traitant afin de s'entretenir avec lui.

En présence de qui est effectuée cette expertise ?

Cette expertise est généralement effectuée en présence du médecin représentant le blessé, de sa famille, voire du médecin hospitalier.

Point 17 – Perte d'autonomie

correspondant notamment aux Frais de Logement Adapté (FLA), aux Frais de Véhicule Adapté (FVA), à l'Assistance par Tierce Personne (ATP)

« Que la victime soit consolidée ou non,

- dresser un bilan situationnel en décrivant avec précision les modalités de réalisation des différents actes de la vie quotidienne et le déroulement d'une journée (24 heures), d'une semaine...
- Puis, en s'aidant, si besoin des professionnels nécessaires et en tenant compte de l'âge et de l'éventuel état antérieur :

17.1 Se prononcer sur les aides matérielles nécessaires :

- aides techniques, en précisant leur nature et la fréquence de leur renouvellement ;
- adaptation du logement (domotique notamment), étant entendu qu'il appartient à l'expert de se limiter à décrire l'environnement en question, et au professionnel spécialisé de décrire les aménagements nécessaires ;
- aménagement d'un véhicule adapté.

17.2 Déterminer ensuite, en tenant compte des aides matérielles mentionnées ci-dessus, les besoins en aide humaine que cette aide soit apportée par l'entourage ou par du personnel extérieur, en précisant sa nature, ses modalités d'intervention et sa durée :

- aide active pour les actes réalisés :
 - sur la victime hors actes de soins
 - sur son environnement ;
- aide passive : actes de présence.

17.3 Dans le cas où les aides matérielles n'ont pas été mises en place, l'expert déterminera l'aide humaine en cours au jour de l'expertise, en décrivant les aides matérielles nécessaires prévues ou prévisibles. Il précisera leur incidence sur l'autonomie.

Concernant les séquelles neuropsychologiques graves, préciser leurs conséquences quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative ou de troubles du comportement. Indiquer si une mesure de protection a été prise ».

I. La perte d'autonomie

Être autonome, c'est avoir la faculté de se gouverner soi-même, la capacité de prévoir et de choisir, la liberté de pouvoir agir, accepter, refuser en fonction de son propre jugement. Il s'agit bien de la capacité à prendre des décisions : nous sommes dans le domaine du « vouloir faire ».

Être indépendant, c'est avoir la capacité de satisfaire ses besoins fondamentaux, d'effectuer seul les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, économiques ou sociales. Il s'agit bien de la capacité d'agir soi-même : on est dans le domaine du « pouvoir faire ».

La dépendance se définit comme l'impossibilité totale ou partielle d'effectuer sans aide, qu'elle soit matérielle ou humaine, les activités de la vie quotidienne ou de s'adapter à son environnement.

Le terme générique du point 17 concerne « la perte d'autonomie », reprenant ce qui figure dans le rapport « Dintilhac ». Ce terme doit être entendu de manière extensive c'est-à-dire comprenant également la « perte de l'indépendance ».

Il s'agit bien pour l'expert d'évaluer l'état de dépendance, quelle qu'en soit l'origine, locomotrice, neurologique, neurocognitive ou sensorielle. Tous les moyens de suppléance doivent ensuite être décrits, aussi bien dans le domaine du « vouloir » que du « pouvoir » faire.

Il est précisé dans la mission que cette « perte d'autonomie » doit être étudiée, que les victimes soient consolidées ou non. Dans la plupart des cas, plusieurs expertises seront réparties dans le temps ; elles dépendent de la nature du handicap et des conséquences qui en découlent. La première expertise, proche de l'accident, vise à préciser la gravité de l'atteinte et à tenter de prévoir l'évolution ultérieure.

Très souvent, cette première expertise est réalisée à l'hôpital, en centre de rééducation, ou en centre de convalescence. La première question qui se pose est de savoir si un retour à domicile est envisageable ou si l'on se dirige vers une institutionnalisation viagère. Si le retour à domicile est envisagé, l'expert se doit de faire des propositions sur les conditions de ce retour, qui peut être temporaire (sortie en week-end par exemple) ou définitif. Le lieu de vie antérieur doit être décrit, dans la mesure du possible pour, dès la phase de rééducation, essayer de préciser s'il paraît compatible avec le handicap du blessé.

Les expertises intermédiaires permettent d'affiner le diagnostic, de mieux appréhender les séquelles et leurs conséquences. Elles permettent, en outre, d'aborder les moyens à mettre en œuvre pour tenter de redonner à la victime la plus grande autonomie et indépendance possibles et de trouver avec elle, sous réserve de son accord, la solution la plus pérenne pour ses projets.

L'expertise finale vise à l'évaluation définitive de l'état médico-légal et environnemental de la victime.

Dans le cas où la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a été saisie, il est souhaitable que l'expert se fasse communiquer le plan mis en place et prenne connaissance du projet de vie du blessé et des mesures préconisées. Le médecin doit alors se prononcer sur leur caractère imputable à l'évènement causal et en informer le donneur de mission.

II. Le bilan situationnel

Il est demandé au médecin de réaliser un bilan situationnel de la victime, d'une part en restituant les dires du blessé et de son entourage quant à sa capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne, et d'autre part en décrivant avec précision le déroulement d'une journée.

a. Les actes de la vie quotidienne

Il ne s'agit pas seulement des actes essentiels de la vie courante mais aussi des activités plus complexes de la vie quotidienne, dites instrumentales : utiliser le téléphone, gérer un traitement médicamenteux, prendre les transports en commun, gérer un budget, préparer un repas, faire les courses, laver le linge, faire le ménage... L'expert doit être pragmatique et adapter ses questions en fonction de la nature du handicap présenté. Il doit décrire précisément les difficultés ou impossibilités à exécuter ces actes et en expliquer les raisons. Il doit, en outre, faire préciser par le blessé ou son entourage si ces actes sont accomplis :

- spontanément ou sur incitation,
- correctement ou non,
- totalement ou partiellement.

b. Le déroulement d'une journée de 24 heures

Cette étude sur 24 h n'est parfois pas suffisante, et il est nécessaire de faire un planning des activités de la semaine, du mois voire de l'année (vacances).

En effet, il peut exister des activités professionnelles, scolaires, des sorties, des activités de loisirs ou des séjours en centre de rééducation.

c. Age et éventuel état antérieur

L'expert doit tenir compte de l'autonomie de la personne examinée. Il y a des situations particulières qui justifient des explications précises.

1. Chez l'enfant

Il s'agit des conséquences de la perte d'autonomie de l'enfant et de l'augmentation de la charge pour les parents. Il convient donc de se prononcer sur les aides qui sont rendues nécessaires aux parents, rapportées à ce qui est habituellement retrouvé lorsque l'enfant n'est pas handicapé, tout en gardant à l'esprit qu'un enfant handicapé nécessite toujours plus de vigilance. Le médecin expert doit éviter un écueil : négliger les besoins en considérant que c'est un enfant, ou au contraire retenir la totalité de l'aide constatée en oubliant l'aide nécessaire du fait de l'âge⁴.

L'évaluation de l'aide humaine chez l'enfant nécessite une bonne connaissance de la situation dans laquelle il se trouvait antérieurement (cellule familiale, fratrie, système de garde...) puisqu'il s'agit pour l'expert d'établir le besoin d'aide humaine complémentaire imposé par l'accident par rapport à un enfant valide du même âge.

En outre, un bilan du développement psychomoteur et praxique de l'enfant doit également être effectué, avant et au moment des faits.

La situation après l'accident doit ensuite être décrite, les actes essentiels non réalisés ou incomplètement effectués doivent être listés, les besoins d'accompagnement et de surveillance parfaitement répertoriés.

Seule l'aide complémentaire liée aux conséquences de l'accident doit ensuite être évaluée et nous proposons qu'elle soit classée par tranches d'âge basées sur les étapes du développement de l'enfant : 0 à 2 ans, 3 à 5 ans, 6 à 8 ans, 9 à 11 ans, 12 à 15 ans, sachant qu'à partir de 15 ans l'autonomie totale est acquise et que les aides se limitent à un soutien scolaire.

Cette aide va certainement, chez l'enfant en très bas âge, augmenter avec le temps puisque les acquisitions ne se font pas dans les traumatismes graves. Il suffit de préciser l'aide et la surveillance qui auraient pu être arrêtées progressivement au fil du temps du fait d'un développement « normal » et qui se pérennisent dans le temps du fait de l'évènement traumatique. Chez l'enfant qui a déjà acquis une certaine autonomie, il y a un risque de brusque retour en arrière, avec un besoin d'aide très important par rapport à un enfant de son âge.

Pour argumenter son évaluation, l'expert peut s'aider :

1. Des différentes dates théoriques du développement psycho-moteur et praxique de l'enfant⁵

Age	Développement psychomoteur (quelques repères)	Développement praxique (quelques repères)
3 ans	<ul style="list-style-type: none">• marche sur la pointe des pieds• saute sur 2 pieds• donne un coup de pied, attrape le ballon à 2 mains	<ul style="list-style-type: none">• copie un carré en imitation• construit une tour (3 blocs)• mange seul avec sa cuillère
4 ans		<ul style="list-style-type: none">• construit une pyramide (6 blocs)• s'habille et commence à couper avec un couteau
5 ans	<ul style="list-style-type: none">• court sans perdre l'équilibre• se balance sur une balançoire	<ul style="list-style-type: none">• copie son prénom• apparie selon la forme et la taille
6 ans	<ul style="list-style-type: none">• saute sur un pied en courant• saute à la corde et joue à la marelle• donne un coup de pied sur la balle en courant	<ul style="list-style-type: none">• attache ses souliers seuls

4. Cf l'article de G. Lavigne in Rev. franç. dommage corp., 2013, 39-3, pages 301 à 307.

5. Actes de la 7ème journée assureurs-médecins, 2009, Dr Sybille Gonzalez-Monge.

2. Du temps moyen passé par un parent auprès d'un enfant ayant un développement psychomoteur normal⁶, tout en rappelant que cet outil n'a qu'une valeur indicative.

Tableau 1 :

Temps moyen quotidien d'aide de substitution

Tableau 2 :

Temps moyen quotidien d'autonomie

Age	Actes élémentaires de la vie	Scolarité, jeux, déplacements	Total
0 à 2 ans	3 h	1 h 30	4 h 30
3 à 5 ans	1 h 10	1 h 20	2 h 30
6 à 8 ans	30 mn	1 h 40	2 h 10
9 à 11 ans	10 mn	1 h 20	1 h 30
12 à 14 ans	<5 mn	1 h 30	1 h 30
> 15 ans	0	< 1 h	< 1h

Age	Rester seul dans la journée	Rester seul la nuit
0 à 2 ans	0	0
3 à 5 ans	30 mn	0
6 à 8 ans	45 mn	20 mn
9 à 11 ans	3 h	1 h 30
12 à 14 ans	8 h	3 h 30
> 15 ans	Toute la journée	Toute la nuit

Synthèse des résultats : Les deux tableaux ci-dessus reprennent par classes d'âge le temps moyen quotidien d'aide de substitution (tableau 1) et le temps moyen quotidien pendant lequel l'enfant peut être laissé seul dans la journée et la nuit (tableau 2).

2. Chez le sujet âgé⁷

Il est indispensable de connaître la vie que la personne âgée menait avant le handicap, afin de pouvoir comparer l'autonomie qui était la sienne avant l'accident avec celle présentée après celui-ci.

L'essentiel lors de l'expertise de la personne âgée consiste à faire la part entre ce qui revient à l'état antérieur et ce qui revient aux suites de l'accident.

• *État antérieur*

En dehors des pathologies invalidantes connues et traitées, il convient d'attirer l'attention de l'expert sur trois situations très fréquemment rencontrées en gériatrie :

- Le **vieillessement cérébral**, associé au vieillissement général du corps peut entraîner des conduites régressives avec aboulie, adynamie, apathie, démotivation. L'ensemble aboutit à un syndrome anxio-dépressif très souvent négligé.

- Il peut y avoir avant l'accident un début de **démence**. Rappelons que la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 6 % à partir de 65 ans et que la fréquence double tous les 5 ans par la suite. L'évolution de la maladie est la suivante :

- Phase pré-symptomatique : 2 à 3 ans
- Perte d'autonomie fonctionnelle : 2 ans plus tard
- Troubles du comportement : à partir de 5 ans
- Institutionnalisation : 6 à 7 ans
- Décès : 8 à 10 ans.

- Le **Syndrome de Désadaptation Psycho-Motrice** (SDPM) représente une entité typiquement gériatrique. Il regroupe des troubles posturaux tels que la répropulsion du corps, des troubles de la marche peu spécifiques, des signes neurologiques comme une akinésie axiale et une hypertonie, des troubles psycho-comportementaux proches de ceux retrouvés dans la dépression. Ce syndrome cause des chutes qui occasionnent un sentiment d'insécurité chez la personne âgée qui se dévalorise, risque de se replier sur elle-même et perdre son autonomie et tout contact social.

La survenue de ce syndrome peut aussi être précipitée par une chute ou un alitement prolongé.

6. Cf l'article de G. Lavigne in Rev. franç. dommage corp., 2013, 39-3, pages 301 à 307.

7. Actes de la 9ème journée assureurs-médecins, Dr Bernard Serny.

Sa prise en charge ne se conçoit que dans l'interdisciplinarité engageant médecin, kinésithérapeute, psychologue et ergothérapeute afin d'éviter le risque de déclin fonctionnel et la dépendance.

• **Le bilan après l'accident**

L'examen devra donc comporter chez la personne âgée :

- Un examen des fonctions supérieures avec au minimum un Mini Mental State examination (MMS).
Une démence est considérée comme légère pour un score compris entre 26 et 20, modérée entre 20 et 16, sévère entre 9 et 3, très sévère en dessous de 3.
- Une évaluation de l'équilibre statique et dynamique avec un test de Tinetti ou un test moteur minimum.
Au test de Tinetti⁸, le score est normal à 28, entre 24 et 27 le risque de chute est peu élevé, entre 20 et 23 le risque de chute est élevé et en dessous de 20 il est multiplié par 5.

La prise en charge

Il faut donc faire un bilan situationnel avant et après l'accident et en déduire ce qui doit être compensé par une aide, qu'elle soit technique ou humaine.

Il convient cependant, dans le cas particulier de la personne âgée, de s'assurer que toutes les ressources thérapeutiques lui permettant de conserver son autonomie, ont été épuisées.

L'expert doit également avoir à l'esprit que si un tiers effectue les actes à sa place, la personne âgée aura tendance à ne plus faire, même ce qu'elle est capable de faire. Elle va progressivement réduire son périmètre de vie, ses compétences, augmenter par son inaction sa dépendance et ses besoins d'aide. Il faut l'inciter à participer à l'activité : si elle est capable de réchauffer ses aliments au four micro-ondes, pourquoi le faire à sa place ? Si elle peut encore se déplacer, pourquoi ne pas l'accompagner faire ses courses plutôt que le faire à sa place ?

À cet âge se pose le problème du retour au domicile. Il est généralement préférable à un placement en institution et les facteurs favorisant ce retour sont la volonté du patient et de son entourage, la stabilité de l'état général, la continence urinaire et fécale, la capacité fonctionnelle d'effectuer les transferts, l'intégrité des fonctions supérieures.

• **Synthèse**

Un événement traumatique avéré et sévère peut accélérer l'évolution d'un processus antérieur. Le rôle de l'expert est bien d'identifier cet état antérieur en décrivant quelle aurait été son évolution prévisible en l'absence d'accident. Il doit effectuer un bilan complet après l'accident, évaluer l'aide nécessaire et ne retenir au titre de l'accident que l'aide qui aurait été nécessaire en l'absence d'état antérieur. En cas d'institutionnalisation, il précisera la date à laquelle elle était prévisible du fait d'un éventuel état antérieur et ne prendra en compte que la durée imposée par les séquelles secondaires à l'accident.

III. Le recours éventuel à des professionnels nécessaires

Il s'agit du recours à un sachant, professionnel de santé ou non (médecin spécialiste, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute, prothésiste, enseignant référent, architecte...). Le médecin doit rester maître des questions qu'il lui posera. Il n'appartient en effet pas au sachant de se substituer à l'expert.

8. Annexe des recommandations HAS 2005, conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile.

IV. Les aides matérielles

L'expert doit préciser les aides matérielles dont dispose le blessé et celles, complémentaires, qu'il pourrait acquérir pour améliorer son indépendance.

a. Les aides techniques : outre la domotique et les apports de matériel d'aide aux gestes quotidiens, il y a le matériel médical comme les appareillages, les prothèses, mais également les nouvelles technologies en matière de communication et autres, par exemple : télésurveillance, dictée vocale, géolocalisation, gestion électronique du planning (aide matérielle à l'incitation de faire).

b. Le logement : son adaptation et sa mise en sécurité passent par la domotique et aussi l'aménagement architectural : c'est à l'homme de l'art de se prononcer, le médecin devant expliquer, en les décrivant, quelles sont les difficultés rencontrées par la victime.

c. Le véhicule adapté : il appartient au médecin de se prononcer sur la possibilité de conduire un véhicule et non pas sur le type d'aménagement du véhicule, qui relève d'un équipementier spécialisé qu'il s'agisse de la conduite ou du transport de la victime.

V. La détermination des besoins en aide humaine

L'aide humaine viagère ne peut être évaluée que dans un domicile préalablement et correctement adapté, disposant de la domotique et des aides techniques suffisantes, l'aide humaine venant en complément de ces aides matérielles, selon le principe de la hiérarchie des aides. L'évaluation des besoins d'aides techniques précède donc l'évaluation des besoins d'aide humaine.

Cependant, en particulier **avant la consolidation**, il se peut que les aides matérielles n'aient pas encore été mises à disposition, ou seulement partiellement. L'expert déterminera alors l'aide humaine en cours au jour de l'expertise, en décrivant les aides matérielles nécessaires prévues ou prévisibles et leur incidence sur l'autonomie (aides techniques, aménagement de logement, de véhicule...).

L'expert devra alors déterminer les besoins en aide humaine, en précisant :

a. Sa nature et ses modalités d'intervention. Il existe, hors actes de soins, deux grandes catégories d'aide humaine réparties en :

1. aide humaine active (y compris incitation à faire) :

- pour les actes réalisés « sur » la victime, comme le transfert, la toilette, l'habillage, l'aide à la prise des repas, l'aide à l'exonération...
- pour les actes réalisés sur l'environnement de la victime comme les courses, le ménage, la préparation des repas, l'accompagnement pour les déplacements extérieurs, l'aide à la gestion du quotidien...

2. aide humaine passive : actes de présence.

b. Sa durée d'intervention : l'expert la chiffrera sur 24 heures par jour, le cas échéant sur une semaine.

Rappelons que lorsque l'aide est apportée par l'entourage familial ou amical, elle ne doit pas être décomptée de l'évaluation des besoins d'aide humaine viagère. Quand elle existe, il convient de décrire la nature de l'aide et de préciser de qui il s'agit (famille, proches...).

VI. Les séquelles neuropsychologiques

En ce qui concerne les séquelles neuropsychologiques graves, il appartient au médecin de se prononcer sur les conséquences qu'elles peuvent avoir lorsqu'il y a un déficit majeur d'initiative, ou des troubles du comportement mais en aucun cas il ne doit se prononcer sur la mise en place d'une mesure de protection, sauf à en préciser la nature, si celle-ci a été prise.

Rappelons que les mesures de protection et le rôle des médecins sont définis par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 :

Trois types de mesures sont prévues. La **sauvegarde de justice** est une protection juridique temporaire pour certains actes administratifs, actes relatifs au patrimoine ; la **curatelle** est mise en place lorsque la personne n'est pas hors d'état d'agir mais a besoin d'être assistée ou contrôlée de manière continue ; la **tutelle** est un régime de représentation continue pour tous les actes de la vie civile.

Le rôle des médecins est très encadré : **Le médecin traitant** n'a qu'un avis consultatif. **L'expert psychiatre** est un médecin inscrit sur une liste spécifique ; il est désigné par un juge et doit rédiger, selon les termes de la loi, un « *certificat circonstancié* » ; le juge se prononcera ensuite sur la mesure à prendre et nommera la personne adéquate.

