

EXPERTISE MÉDICALE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS EN BELGIQUE

Introduction.

Cette communication a pour but de passer en revue quelques spécificités de l'expertise judiciaire des traumatisés crâniens en Belgique.

Quel expert choisir ?

Quelle mission lui confier ?

Comment se déroule ce type d'expertise judiciaire ?

Quels sont les éléments auxquels il faut être attentif pour déterminer le dommage du traumatisé crânien ?

Le handicap du traumatisé crânien a ceci de particulier qu'il peut être invisible si l'on n'y prête pas attention : nous verrons ce que cela signifie.

*

*

*

1/ CHOIX DE L'EXPERT.

Les experts désignés habituellement par les Tribunaux sont soit généralistes, soit orthopédistes soit spécialistes en médecine physique et réhabilitation.

Ils ont habituellement suivi une formation spécifique en expertise médicale.

Mais il n'existe pas, en Belgique, de formation spécifique concernant l'expertise des traumatisés crâniens.

Nous verrons plus loin que dans le cadre de sa mission, le médecin expert peut faire appel à des spécialistes (radiologues, neurologues, psychiatres, ...).

2/ MISSION En DROIT COMMUN.

Le libellé de la mission est laissé à l'appréciation du juge et peut donc être différent d'une instance à l'autre ou d'une juridiction à l'autre.

Certains magistrats se sont néanmoins accordés pour déterminer une mission la plus complète possible dont le but est,

après examen de la victime, prise en compte de ses antécédents et du dossier,

de permettre de décrire

-les lésions imputables

- les traitements et l'évolution,
- les taux et périodes d'incapacité temporaire
- les répercussions professionnelles durant ces périodes,
- la date de consolidation
- et les séquelles permanentes :
 - Invalidité = perte d'intégrité physique, description des troubles persistants.
 - Incapacité permanente
 - Répercussion ménagère.
 - Handicap professionnel persistant.
 - Souffrances tant physiques que morales.
 - Conséquences des lésions sur la vie familiale et sociale.
 - Préjudice esthétique à décrire en tenant compte des possibilités de correction.
 - Répondre à toute question posée par les parties.

Il n'existe pas de mission spécifique pour les traumatisés crâniens. Néanmoins, certaines missions plus complètes demandent de se prononcer également sur

- l'aide de tierce personne
- la nécessité d'aide en appareillage et matériel
- la description des traitements nécessaires après la consolidation
- la fourniture d'appareillage de type prothèse ou autre.
- l'aménagement du domicile

3 /DÉROULEMENT DE L'EXPERTISE.

Une fois saisi de sa mission, l'expert convoque les parties.

Idéalement, il aura reçu copie des dossiers médicaux ; en tout cas, il en fera la demande.

La première réunion d'expertise est consacrée à une **audition du blessé** et de son entourage (familial ou thérapeutique).

Dans le cas des traumatisés crâniens, il faut souligner quelques spécificités.

L'anamnèse du blessé nécessite une attention particulière : dans la plupart des cas, le blessé n'a aucun souvenir du fait traumatique. Il a des difficultés à évoquer les souvenirs qui précèdent immédiatement l'accident et surtout présente une amnésie post traumatique. Il faudra mettre ses dires en corrélation avec les données de la documentation, des rapports médicaux pour connaître la durée du coma, de la sédation et le déroulement de l'éveil.

Le pronostic des lésions dépend de la gravité des lésions et de l'évolution initiale.

Les blessés ont souvent tendance à passer sous silence toute une série de difficultés (anosognosie), ou à minimiser les difficultés.

Par exemple, un blessé va évoquer une douleur d'épaule suite à une fracture de clavicule, une douleur cervicale suite à une entorse cervicale, évoquer vaguement quelques troubles de mémoire ...et passer sous silence d'importants troubles dysexécutifs qui sont tels qu'en réalité il n'a aucune autonomie dans la vie quotidienne.

Dès lors, **l'hétéro-anamnèse** de la famille (épouse, enfants) ou du personnel d'accompagnement, social ou thérapeutique, est fondamentale.

Habituellement, je fais expliciter et évoquer le plus précisément possible toutes les circonstances de la vie quotidienne dans lesquelles le blessé rencontre des difficultés. Et je fais préciser l'aide concrète dont le blessé a besoin pour la réalisation des actes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, faire des courses, préparer les repas, entretenir le domicile, possibilité de déplacements et de gestion du quotidien afin de déterminer quelle est **l'autonomie** du blessé

Je termine par un interrogatoire dirigé et systématique permettant de mettre en évidence la fatigabilité, la lenteur, des troubles du goût ou de l'odorat, des difficultés de comportement, les troubles de l'humeur, tous troubles qui ne sont habituellement pas ou peu évoqués spontanément.

Il n'est pas rare qu'une première réunion dure 1.30 heures

A l'issue de cette première réunion, il est décidé de faire pratiquer des **bilans complémentaires**.

En Belgique, nous avons l'habitude de refaire la plupart des bilans spécialisés dans le cadre de l'expertise, chez des sages-médecins indépendants, spécialistes qui n'ont pas soigné le blessé ; Ils sont choisis de commun accord avec les médecins conseils des parties.

Ainsi, on va demander :

- Une I.R.M. cérébrale chez un neuro-radiologue averti,
- Un bilan neuropsychologique dans une équipe spécialisée,
- Un avis psychiatrique.
- Un bilan neurologique avec EEG et communication des autres examens, afin que le neurologue puisse intégrer les diverses données déjà récoltées.
- En fonction du type de séquelles, on pratiquera des contrôles radiographiques au niveau osseux (sites d'éventuelles fractures), un bilan O.R.L. pour problèmes de vertiges, d'audition, d'anosmie, ou un bilan ophtalmologique le cas échéant.

Une deuxième séance d'expertise est consacrée à un **examen clinique** du blessé.

Il arrive souvent que les experts « généralistes » se limitent à un examen orthopédique général et ne réalisent pas un examen neurologique détaillé, se contentant de se référer aux rapports des sages-médecins désignés (neurologue en particulier).

Il me semble pourtant qu'un examen clinique complet réalisé par l'expert lui permettra de mieux percevoir la situation, les déficits du blessé.

A ce stade, les préliminaires sont envoyés aux parties ; c'est-à-dire un compte-rendu des éléments recueillis pendant l'expertise, avec synthèse des informations anamnestiques, cliniques et des éléments objectifs (examens spécialisés)

Puis une troisième réunion d'expertise est organisée afin de permettre une discussion contradictoire permettant à chaque partie de faire des commentaires et de livrer son interprétation.

L'expert a toute liberté d'appréciation mais doit motiver son point de vue en tenant compte des observations de chacun.

4/ DÉTERMINATION DU DOMMAGE

1, DOMMAGE TEMPORAIRE (avant la consolidation).

1.1. L'invalidité physiologique (perte d'intégrité physique) sera considérée comme totale pendant les périodes d'hospitalisation en soins aigus ou en revalidation.

Dès que le blessé quitte l'institution de soins et pour autant qu'il soit capable de déambuler, on va considérer que l'invalidité n'est plus totale.

Des périodes d'invalidités dégressives seront mentionnées jusqu'à la date de consolidation.

1.2. Durant ces périodes, l'incapacité ménagère pourra aussi être appréciée de façon totale ou partielle, de façon dégressive en fonction de l'évolution de l'état général du blessé.

De même l'incapacité économique pourra être partielle et dégressive en fonction d'éventuelles possibilités de reprises de travail avant la consolidation.

1.3. Quantum doloris

En Belgique, nous déterminons habituellement des périodes de quantum doloris temporaire sur base d'une échelle de 7 degrés, dégressive en fonction de la gravité des lésions initiales, de la longueur des hospitalisations et de la lourdeur des traitements appliqués (interventions chirurgicales itératives, traitements antalgiques particuliers, ...).

Échelle :

1 = très léger (contusions douloureuses) ;

2 = léger (une fracture simple ou une fracture de côte) ;

3 = modéré (plusieurs fractures de côtes associés à une entorse et/ou des contusions) ;

4 = moyen (fracture avec intervention chirurgicale) ;

5 = important (plusieurs fractures avec ostéosynthèse) ;

6 = très important (polytraumatisme avec longue période aux soins intensifs et plusieurs interventions chirurgicales) ;

7 = considérable (grand brûlé)

Dans le cas des traumatisés crâniens, les séquelles neurologiques ne sont habituellement pas douloureuses. Ce sont les séquelles orthopédiques qui laissent des douleurs

Mais des ossifications péri-articulaires pourraient amener à la reconnaissance d'un quantum doloris.

La question se pose de la détermination du quantum doloris pendant une période de coma : quelles sont les perceptions douloureuses du blessé pendant une période de coma et comment en tenir compte ?

1.4. aide de la tierce personne

Le besoin de l'aide d'une tierce personne sera déterminé en fonction de l'autonomie retrouvée par le patient au fil de l'évolution.

2, CONSOLIDATION.

Le dommage définitif est fixé à partir de la consolidation : la consolidation médico-légale est le moment où la situation médicale séquellaire n'évolue plus.

Pour les traumatisés crâniens, un délai minimum de deux ans après l'accident doit être respecté.

Il n'est pas rare de postposer la consolidation à trois voire quatre ans en fonction de la gravité des lésions et des séquelles et du temps nécessaire pour la revalidation et la réinsertion professionnelle.

Dans le cas des enfants, il est nécessaire de postposer la consolidation définitive en fin de croissance et idéalement en fin de cursus scolaire.

3, DOMMAGE PERMANENT.

3.1 Détermination de l'invalidité (perte d'intégrité physique) ou AIPP (atteinte à l'intégrité physico-psychique) :

Il s'agit d'un taux qui est apprécié en tenant compte des données recueillies dans le cadre de l'expertise à savoir :

- L'audition du patient et de son entourage.
- L'examen clinique.
- L'objectivation des déficits par les examens spécialisés.

Il convient de décrire au mieux les séquelles.

Pour apprécier l'invalidité, l'expert dispose d'un outil de références : le B.O.B.I. (Barème Officiel Belge des Invalidités). En pratique, il est rare que l'expert fasse précisément référence aux différents articles évoqués mais une globalisation est proposée.

Depuis peu, un Barème Européen a été codifié, qui n'est pas encore d'usage courant en Belgique. Pour les séquelles de traumatismes crâniens, il est précisé que l'association de plusieurs déficits peut donner lieu à une évaluation globale.

Il est intéressant de les mettre en parallèle pour la matière qui nous occupe aujourd'hui, les traumatisés crâniens.

BOBI

Dans le chapitre qui traite du système nerveux et en particulier du syndrome post commotionnel, plusieurs articles évoquent le cas des traumatismes crâniens.

- L'article 542 a : séquelles subjectives post commotionnelles banales (céphalées mal précisées, vagues sensations vertigineuses, ...) sans signe objectif : 0 à 5%.
Ceci correspond au Syndrome Post-commotionnel Subjectif.
- Article 542 b : Séquelles subjectives post commotionnelles légères mais typiques avec troubles psychiques mineurs c'est-à-dire séquelles permanentes plutôt subjectives, pour autant que la phase aiguë ait montré une objectivation pour certains troubles (O.R.L. et E.E.G.) : 5 à 10%.
- Article 542 c : Séquelles objectivées à la phase tardive par des anomalies neurologiques, radiographiques, E.E.G., O.R.L., ophtalmologiques ou psychologiques peu importantes : 10 à 25%.

- Article 542 d : Troubles faisant suite à une inconscience ou troubles confusionnels de plusieurs jours, avec plaintes subjectives tenaces et anomalies persistantes et évidentes aux examens neurologiques, EEG, ophtalmologiques, ORL ou psychologiques: 25 à 40%.
- Article 542 e : séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral accompagné de coma ou d'état confusionnel très prolongé laissant des altérations objectives très importantes constituant une encéphalopathie traumatique diffuse : 40 à 60%.

D'autres articles concernent

-les hémiplésies ou monoplégie, (art 545 et 546)

- Hémiparésie discrète, avec marche possible, côté actif 10 à 50 %, côté passif 8 à 40 %
- Hémiparésie avec marche plus ou moins conservée : 40 à 70 %
- Hémiparésie avec troubles du langage : 70 à 90 %

-les troubles du langage (art 548)

- Troubles d'élocution sans déficit mental appréciable : 10 à 30 %
- Aphasie, selon l'importance : 40 à 100 %

-le syndrome cérébelleux: s'il est unilatéral, côté actif, il est apprécié entre 10 et 80%,
s'il est bilatéral : entre 30 et 100%.

-l'épilepsie (pour autant qu'elle soit traitée) –art 558 à 561-

- crises rares (moins de 10 fois par an): 10 à 30%,
- crises 2 à 4 fois mois : 30 à 50%,
- crises fréquentes : une fois par semaine : 50 à 75%.
- crises quotidiennes : 75 à 100 %
- les absences, l'épilepsie partielle et l'épilepsie temporale sont également évoquées.

- les affections psychiques (anxiété ou dépression, détérioration mentale) –art 666 et suivants-

-Rétrogression discrète des facultés mentales objectivées mais permettant une activité professionnelle, ménagère, sociale régulière : 5 à 25%.

-S'il y a diminution du statut social et incapacité professionnelle ou ménagère : 25 à 65%.

-Si les lésions empêchent le travailleur de rester dans un circuit professionnel non protégé ou l'empêchent de mener une activité familiale responsable : 65 à 80 %

-Etat démentiel avec nécessité de séjour en institution : 80 à 100%.

BAREME EUROPEEN

Plusieurs articles correspondent aux séquelles des traumatismes crâniens.

Article 4 : déficits mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs associant des dysfonctionnements frontaux, des déficits cognitifs, des troubles du comportement, syndromes pyramidaux et/ou cérébelleux, des troubles sensoriels et objectivés à l'imagerie.

- Article 4 – 1 : abolition de toute activité volontaire utile et perte de toute possibilité relationnelle identifiable : 100%.
- Article 4 – 2 : déficit sensitivo-moteur majeur limitant gravement l'autonomie associé à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente : 85 à 95%.

- Article 4 – 3 : troubles cognitifs majeurs comportant au premier plan désinhibition, perturbation grave du comportement compromettant toute socialisation avec déficit sensitivo-moteur compatible avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante : 60 à 85%.
- Article 4 – 4 : troubles cognitifs associant perturbation permanente de l'attention et de la mémoire, perte relative ou totale de l'initiative et/ou d'autocritique, incapacité de gestion des situations complexes, avec déficit sensitivo-moteur patent mais compatible avec une autonomie pour les actes de vie courante : 40 à 60%.
- Article 4 – 5 : troubles cognitifs associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficultés d'élaboration des stratégies complexes avec déficit sensitivo-moteur mineur : 20 à 40%.

Article 5 traite de l'épilepsie.

- Article 5 – 1 : épilepsie avec troubles de conscience (généralisée ou partielle complexe).
 - Article 5 – 1 – a : épilepsie non contrôlable malgré thérapeutique adaptée et suivi avec crise quasi quotidienne avérée : 35 à 70%.
 - Article 5 – 1 – b : épilepsie difficilement contrôlée avec crises fréquentes : plusieurs fois par mois et effets secondaires des traitements : 15 à 35%.
 - Article 5 – 1 – c : épilepsie bien maîtrisée par un traitement bien toléré : 10 à 15%.
- Article 5 – 2 : épilepsie sans troubles de conscience : épilepsie partielle simple dûment authentifiée selon le type et la fréquence des crises, selon les effets secondaires du traitement : 10 à 30%.

Article 6 : syndrome post commotionnel : plaintes non objectivées suite à une perte de connaissance avérée : 2%.

Article 3 : troubles cognitifs.

- Article 3 – 1 : Syndrome frontal vrai.
 - Article 3 – 1 – a : forme majeure avec apragmatisme, troubles graves avec désinsertion sociale et familiale : 60 à 85%.
 - Article 3 – 1 – b : forme sévère avec altération des conduites instinctives, perte de l'initiative, troubles de l'humeur, insertion sociale et familiale précaire : 35 à 60%.
 - Article 3 – 1 – c : forme moyenne avec bradypsychie relative, difficultés de mémorisation, troubles de l'humeur et répercussion sur l'insertion sociale et familiale : 20 à 35%.
 - Article 3 – 1 – d : forme mineure et distractibilité, lenteur, difficultés de mémorisation et d'élaboration de stratégie complexe ; peu ou pas de troubles de l'insertion sociale ou familiale : 10 à 20%.
- Article 3 – 2 : troubles de la communication.
- Article 3 – 2 – 1 :
 - aphasie majeure : 70%.
 - forme mineure : 10 à 30%.

- Article 3 – 3 : troubles de la mémoire :
 - Article 3 – 3 – a : syndrome de Korsakov complet : 60%.
 - Article 3 – 3 – b : troubles associant oublis fréquents, gêne dans la vie courante avec nécessité d'aide mémoire, fausse reconnaissance, éventuellement affabulation, difficultés d'apprentissage et troubles d'évocation : 10 à 60%.
 - Article 3 – 3 – c : perte totale ou partielle des connaissances didactiques : se référer aux échelles des troubles de la mémoire.
- Article 3 – 4 : troubles cognitifs mineurs : labilité de l'attention, lenteur idéatoire, difficultés de mémorisation, fatigabilité intellectuelle, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, persistant au-delà de deux ans : 5 à 10%.
- Article 3 – 5 : démence : il est mentionné que la preuve des démences post-traumatiques n'est pas apportée.

Article 1 : séquelles motrices et sensitivo-motrices d'origine centrale et médullaire.

Article 1 – 2 : hémiplégie complète avec aphasie : 90%, sans aphasie : 75%.

Article 2 : séquelles motrices et sensitivo-motrices d'origine périphérique.

Commentaire : la comparaison du BOBI avec le Barème européen (BE) s'avère délicate car il n'y a pas de correspondance entre des différents articles : la classification et les libellés sont différents.

On peut tenter de mettre en concordance l'article 4 du BE avec les articles du BOBI évoquant les syndromes post-commotionnel (542 et svts) ou ceux qui évoquent les affections psychiques (666 et svts).

Ou confronter les articles évoquant l'épilepsie.

Vouloir cataloguer un traumatisé crânien dans le cadre d'un barème me paraît réducteur.

Je pense qu'une appréciation globale est préférable, qui intègre les données disponibles.

3.2 Incapacité économique ou répercussion professionnelle.

Dans le cas des traumatisés crâniens, l'évaluation est délicate car **le handicap est souvent invisible** : le blessé peut ne pas avoir de séquelles orthopédiques et avoir une apparence normale.

Mais ce sont les déficits des fonctions supérieures – déficits cognitifs ou neuropsychologiques- qui entraînent les limitations à la réinsertion professionnelle.

Pour les traumatisés crâniens, les problèmes pour la réinsertion professionnelle sont :

- La fatigabilité : présente chez 50 % des traumatisés crâniens ; expliquée par la nécessité de mobiliser d'importantes ressources attentionnelles pour compenser les déficits
- Les troubles neuro-cognitifs : troubles de mémoire, attention et concentration.
- Les troubles dyséxécutifs : difficultés de planification, d'organisation,...
- Les troubles du comportement : désinhibition ou apathie, indifférence affective,...

Pour apprécier la répercussion économique, il n'existe pas de règle.

L'expert tient compte de

- L'invalidité telle que déterminée ci-dessus (B.O.B.I)
- L'âge de la victime,
- les antécédents scolaires et professionnels
- Le niveau socio-économique préexistant :
 - Quel était son bagage scolaire, quelle était son expérience professionnelle, exerçait-il une fonction sédentaire, intellectuelle ou manuelle ?
 - Certaines études ont montré que les chances de réinsertion sont meilleures chez le moins de 40 ans, les personnes énergiques, qui étaient diplômées ou avaient un emploi stable.
- Sa capacité de réadaptation , fonction des séquelles et des capacités restantes.
 - La possibilité de reprendre le même travail sans adaptation ou avec adaptation, ou à un rythme adapté.
 - L'incapacité de reprendre l'ancien travail et la nécessité d'une réadaptation professionnelle.
 - L'incapacité de reprendre toute activité hors contexte protégé.
 - L'incapacité totale de toute activité professionnelle.

L'expert peut s'entourer d'avis complémentaires dans le domaine de la répercussion professionnelle.

Avis d'un ergologue :

Habituellement il s'agit d'un psychologue du travail, habitué au monde du travail (psychologue d'entreprise ou de service de médecine du travail)

Sur requête de l'expert, l'ergologue examine le blessé, note ses antécédents professionnels et son parcours professionnel et tient compte des capacités résiduelles.

Il complète ses observations avec des examens neuropsychologiques, test de QI et autres tests évaluant les aptitudes psychomotrices et cognitives.

L'ergologue confronte ses résultats à des statistiques d'emploi sur le marché général du travail, par catégorie professionnelle, et tente d'y intégrer le blessé.

Il en déduit un taux d'incapacité économique.

La démarche est intellectuellement intéressante mais souvent décevante dans la mesure où il est difficile de percevoir les motivations précises et le raisonnement suivi par l'expert ergologue.

Plus d'une fois j'ai constaté que les appréciations étaient manifestement sous-évaluées par rapport aux répercussions concrètes subies par le blessé.

En fait, ces appréciations sont trop théoriques..

Avis d'un ergothérapeute :

Cette démarche n'est pas très répandue en Belgique

Elle s'apparente à celle des ergologues, mais en étant probablement plus concrète.

Evaluation en situation écologique

Cette évaluation me semble la plus juste et la mieux fondée.

Elle peut être appréciée sur deux bases :

- Soit appréciation concrète d'une tentative de remise au travail ou de remise en situation scolaire avec analyse des résultats.
- Soit dans le cadre d'une institution de réhabilitation et de réinsertion professionnelle avec stages en entreprises supervisés et encadrés.

C'est en effet lorsque le blessé est confronté à la réalité et la complexité des tâches quotidiennes que l'ampleur du déficit peut être appréciée de la façon la plus précise.

Mais cette méthode d'évaluation n'est pas utilisée systématiquement.

3.3. Aide de la tierce personne.

C'est essentiellement sur base de l'anamnèse du blessé et de son entourage que l'expert pourra apprécier les besoins en aide de tierce personne.

- Soit le traumatisé crânien vit en famille et l'entourage pourra préciser dans quelle mesure il participe ou non aux AVJ - actes de la vie journalière - se laver, s'habiller, gestion du linge (lessive et repassage), tout ce qui concerne l'alimentation (les courses, la préparation et l'absorption), les déplacements, les occupations, la gestion administrative, la supervision en cas de troubles du comportement.

La description d'une journée et la tenue d'un agenda sont des aides utiles.

Si un service extérieur est sollicité, le rythme d'intervention peut être précisé.

- Certains blessés vivent en appartement supervisé : le service d'accompagnement peut préciser les aides nécessaires et l'autonomie relative.

L'expert doit déterminer la durée des aides et la qualification des prestataires.

3.4 Les soins après la consolidation.

Traitement anti-épileptique ou psychotrope.

Suivi médical

Traitement de kinésithérapie d'entretien

3.5 Aide matérielles

Aménagement des locaux et appareillages divers (cela concerne plutôt les patients qui ont des séquelles physiques).

3.6 Préjudices annexes.

Il est nécessaire d'évoquer le préjudice sexuel.

Certains blessés ressentent d'intenses frustrations par souhait de relations affectives et sexuelles qui ne sont pas réalisables vu leur état psychique ou physique.

D'autres au contraire n'ont plus de libido et ressentent une indifférence affective de telle sorte que c'est surtout l'entourage qui en souffre. Mais le blessé n'en subit-il pas également un grave préjudice ?

Préjudice d'agrément lorsque les activités sportives ou de loisirs ne sont plus réalisables : tout ceci est à décrire en fonction de la situation concrète du blessé avant et après l'accident.

3.7 Réserves pour l'avenir.

Les séquelles neuropsychologiques sont habituellement stables après la revalidation.

Les risques d'évolution défavorable concernent

- l'épilepsie.
- les conséquences des troubles du comportement

C'est souvent la situation sociale, professionnelle ou familiale du blessé qui est susceptible d'évoluer et donc indirectement le besoin d'assistance d'aide de tierce personne et d'encadrement qui doit pouvoir être revu dans l'avenir, après la consolidation et la fin de l'expertise.

CAS CLINIQUES :

Mathieu S., né le 15.11.1975, âgé de 28 ans lorsqu'il est victime d'un accident de circulation responsable d'un polytraumatisme (09.08.2003)

- Traumatisme crânien grave: GSC : 4/15 avec amnésie post traumatique de 60 jours. (hématome fronto-pariétal)
- Multiples fractures : tibia droit, humérus droit, luxation acromio-claviculaire droite

Hospitalisation en soins aigus 6 semaines, puis en institut de revalidation pendant 9 mois.

Fréquentation d'un centre de réinsertion professionnelle pendant deux ans.

La consolidation médico-légale est prononcée à la fin de ce stage, le 01.02.2006. (2ans ½ après l'accident)

Le blessé qui était cadre associé dans la gestion d'une petite entreprise se révèle incapable d'une activité professionnelle non encadrée.

Il a bénéficié d'un stage de travail en milieu adapté subventionné par l'Agence Wallonne d'Intégration des Personnes Handicapées.

Ceci est une situation précaire.

Il garde des difficultés d'élocution, des troubles de l'équilibre, une lenteur, des difficultés à l'écriture, des difficultés visuelles, une fatigabilité.

Les lésions sont objectivées.

Du point de vue neuropsychologique : dysarthrie, lenteur, attention perturbée, fatigabilité, gestion du temps déficitaire. Anosognosie partielle, parésie du nerf oculo-moteur IV.

Le handicap physique est visible : difficultés à la marche (syndrome pyramidal droit, dysmétrie, troubles d'équilibre).

Le handicap neurologique est nettement perceptible : dysarthrie, lenteur d'élocution,...

Le patient vit seul dans un appartement non aménagé et bénéficie de la surveillance à distance de son père pour la supervision quotidienne : les courses de ménage, les déplacements, la gestion administrative, l'entretien du domicile et du linge. Aide évaluée à 2 heures/jour.

L'expert judiciaire a retenu une invalidité de 70% avec répercussion économique de 90%

Mme Nadia M., née le 15.10.1961, infirmière hospitalière, est victime d'un accident de circulation sur le chemin du travail le 05.01.1997 (36 ans), dont elle n'a aucun souvenir : conductrice, elle a dérapé sur le verglas et a percuté un poteau électrique.

Elle subit un traumatisme crânien sévère : multiples contusions hémorragiques intracérébrales, avec séquelles bitemporales antérieures, déchirures axonales bifrontales avec lésions atrophiques et séquelles hémorragiques mésentocéphaliques postérieures (IRM 01.02.2006)

Elle garde une grande fatigabilité intellectuelle et physique, une diplopie, quelques troubles auditifs, des troubles de l'équilibre. Elle a des difficultés pour trouver ses mots, montre une indifférence relative aux événements et présente manifestement des difficultés de planification de ces travaux associés à des troubles de mémoire.

Son handicap est peu visible : elle n'a pas de déficit moteur, s'exprime correctement et a tendance à minimiser ses problèmes. L'audition du mari éclaire la situation.

Le bilan neuropsychologique objective des difficultés attentionnelles et un syndrome dysexécutif.

Elle a été fort livrée à elle-même pour la remise au travail.

En 2000, elle tente de reprendre une activité comme infirmière mais ne peut maintenir le rythme. Très volontaire, elle tentera plusieurs reprises de travail en milieu hospitalier ou en maison de repos, toujours sans succès. Remerciée pendant les périodes d'essai, vu son manque d'efficacité.

En 2005, elle est engagée à mi-temps comme infirmière à domicile dans un service public de soins. Elle rencontre d'importantes difficultés pour s'orienter en ville mais peut s'adapter car son parcours est relativement répétitif d'un jour à l'autre. Elle relève une lenteur dans les travaux. Elle a des difficultés à s'adapter aux situations imprévues et il y a de fréquents oublis qui l'obligent à des aller – retour en voiture entre le domicile du patient et le service de base.

En fin de compte, son contrat de travail n'est pas renouvelé, en 2007, en raison de ces difficultés.

L'expert judiciaire a retenu une incapacité (perte de capacité économique) de 40%, avec consolidation le 01.02.1999 (2 ans après l'accident)

Il a évalué l'aide en tierce personne à 5% (pour la gestion du ménage)

Ceci me semblait à la limite inférieure pour une infirmière pour lesquelles tous les débouchés exigent de bonnes ressources intellectuelles, en matière d'organisation, planification, adaptation.

La perte de travail survient après le dépôt du rapport d'expertise

La question qui se pose est de savoir si la perte de capacité économique n'a pas été sous-évaluée.

Monsieur David D., né le 10.06.1986, victime d'un accident de circulation le 31.08.2000 : cycliste renversé par une voiture au cours duquel il subit essentiellement un traumatisme crânien très sévère (multiples pétéchies cérébrales, hémorragie ventriculaire, œdème nécessitant drainage et craniectomie décompressive).

Episode d'état végétatif, 50 jours de coma.

Hospitalisation jusqu'au 15.12.2000 puis revalidation jusqu'au 30.12.2002 avec reprise progressive de la scolarité.

Une scolarité en milieu normal n'a pas pu être menée à son terme par manque d'adaptation d'une part et manque de motivation d'autre part.

La consolidation médico-légale est proposée par l'expert judiciaire au 01.01.2003, deux ans et demi après l'accident, lorsque David a 16 ans et demi, avant la fin de la scolarité.

L'expert propose une invalidité de 30% générant une incapacité économique de 40%.

David ne présente pas de séquelle physique majeure et donne une apparence quasi normale : il est un peu hypo-mimique mais docile, il répond simplement aux questions. Il est issu d'un milieu ouvrier et suivait une scolarité à orientation professionnelle.

Les bilans neuropsychologiques montrent un ralentissement des fonctions mentales, un déficit de programmation des actions et des troubles du comportement (aboulie, manque d'initiative, adynamisme, méconnaissance des dangers, difficultés de gestion de l'argent).

La répercussion professionnelle a été évaluée par un ergologue.

David a interrompu la scolarité en juin 2007, à 21 ans, sans diplôme, il n'a aucun projet. Il vit chez ses parents dont il est totalement dépendant et avec lesquels il a d'importantes difficultés relationnelles en raison des troubles du comportement.

Voici un cas où la situation a manifestement été sous-évaluée alors que tous les éléments objectifs sont disponibles.

Une évaluation en situation écologique aurait été tout à fait nécessaire.

CONCLUSIONS – EXPERTISE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS.

Il faut un expert attentif, ouvert et formé à l'évaluation des traumatisés crâniens.

Il doit être investi d'une mission détaillée.

Il doit pouvoir disposer d'une information médicale complète, documentation des thérapeutes et bilans réalisés dans le cadre de l'expertise : imagerie, neuropsychologie, neurologie, ... le tout l'amenant à effectuer une évaluation intégrée tenant compte des lésions, des séquelles et des déficits observés.

Il doit être attentif aux éléments spécifiques des traumatisés crâniens :

- anamnèse personnelle souvent insuffisante,
- hétéro-anamnèse fondamentale,
- l'aide de tierce personne doit être appréciée que ce soit pour les actes de la vie courante ou pour la gestion administrative : le patient possède-t-il une autonomie suffisante pour gérer son quotidien, s'orienter, planifier ses actions, avoir de la suite dans les idées, réagir correctement aux stimuli intempestifs.

L'expert doit idéalement pouvoir disposer d'une évaluation effectuée en situation de vie (écologique) que ce soit pour les actes de la vie courante ou pour le niveau professionnel.

Le handicap du traumatisé crânien peut être invisible, il faut une attention particulière de l'expert pour cerner tous les éléments du dommage. Le « cataloguer » à l'aide d'un barème risque d'être réducteur.

Le traumatisé crânien n'est pas un débile mental, il n'est pas un malade psychiatrique, il peut ne pas garder des séquelles physiques et être pourtant lourdement handicapé.

Il associe différents troubles et a un mode de fonctionnement particulier, qui parfois déconcerte. Soyons y attentifs.

Docteur Bruno NERINX