



MISSION D'EXPERTISE MEDICALE 2023

TEXTE ET COMMENTAIRES

Édition 2023

Sommaire

Préambule	3
Chapitre 1 : Préparation de l'expertise et examen	4
Point 1 - Contact avec la victime	4
Point 2 - Bilan situationnel avant l'accident	6
Point 3 - Rappel des faits	9
Point 4 - Doléances	12
Point 5 - Examen clinique	14
Chapitre 2 : Analyse et évaluation	17
Point 6 - Discussion	17
Point 7 - Consolidation	19
Point 8 - Soins médicaux avant consolidation correspondant aux dépenses de santé actuelles (DSA)	24
Point 9 - Les gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT)	25
Point 10 - Aide humaine temporaire constitutive d'une assistance par tierce personne temporaire	28
Point 11 - Arrêt temporaire des activités professionnelles constitutif des pertes de gains professionnels actuels (PGPA)	29
Point 12 - Souffrances endurées constitutives de souffrances endurées (SE)	31
Point 13 - Dommage esthétique temporaire constitutif d'un préjudice esthétique temporaire (PET)	33
Point 14 - Atteinte à l'intégralité physique et psychique (AIPP) constitutive du déficit fonctionnel permanent (DFP)	34
Point 15 - Dommage esthétique permanent constitutif du préjudice esthétique permanent (PEP)	37
Point 16 - 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)	39
Point 17 - Répercussions des séquelles sur les activités d'agrément constitutives d'un préjudice d'agrément (PA)	43
Point 18 - Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles constitutives d'un préjudice sexuel (PS)	44
Point 19 - Soins médicaux après consolidation/frais futurs correspondant aux dépenses de santé futures (DSF)	46
Point 20 - Conclusions	47

Préambule

En 2006, à la suite de la parution de la Nomenclature Dintilhac, l'AREDOC publiait une nouvelle mission d'expertise médicale.

L'évolution vers une utilisation de cette nomenclature par tous les intervenants au processus de réparation du dommage corporel a conduit ensuite l'AREDOC à compléter certains points de la mission, tout d'abord en 2009 puis en 2014. Des mises à jour ponctuelles spécifiques ont également suivi.

L'évolution de la jurisprudence et des pratiques actuelles nécessitait cette fois-ci une nouvelle édition de la mission. Son objectif est d'amener le médecin expert à rédiger un rapport précis, descriptif et documenté, clair et argumenté, décrivant le dommage et rien que le dommage, permettant ainsi au juriste d'en déduire tout le préjudice. Le médecin expert doit rester dans son domaine de compétence. Les éléments non médicaux fournis par la victime ou son avocat seront pris en compte par le juriste, qui indemniser la victime de tous ses postes de préjudice. C'est aussi tout l'art des régleurs et des avocats de savoir retrouver tous les éléments dans le rapport d'expertise.

Afin de rendre plus claire et compréhensible la lecture de cette mission et du rapport d'expertise qui en sera issu, par les non médecins, dont la victime, chaque point de la mission comporte les termes génériques relatifs aux dommages à évaluer par le médecin accompagnés des postes de préjudice indemnitaires correspondants. Ainsi, la victime pourra retrouver dans le procès-verbal de transaction ou la décision judiciaire les éléments décrits dans le rapport d'expertise.

Cette mission droit commun a vocation à s'appliquer à la très grande majorité des victimes. Elle ne comprend pas certains postes qui sont eux-mêmes contenus dans la mission spécifique aux handicaps graves générant une perte d'autonomie¹. Bien entendu, lors de son évaluation, l'expert pourra s'y référer selon l'importance des lésions et de leur évolution ; il pourra ainsi argumenter sur la nécessité d'avoir recours à une aide technique, à un aménagement du domicile et/ou du véhicule, à de l'aide humaine permanente.

Les modalités pratiques de réalisation de cette expertise sont précisées dans les commentaires de la mission ci-dessous également disponibles sur le site de l'AREDOC².

1. Mission spécifique aux handicaps graves générant une perte d'autonomie, AREDOC

2. www.aredoc.com

Chapitre 1 : Préparation de l'expertise et examen

Point 1 – Contact avec la victime

I - Texte de la mission

Dans le respect des textes en vigueur, adresser à la victime une proposition de rendez-vous, dans un délai minimum de 15 jours, en rappelant la date de l'accident, le cadre et l'origine de la mission, le lieu de l'expertise, les modalités de contact et de report.

Dans ce courrier, rappeler à la victime les documents médicaux et médico-sociaux, indispensables à la réalisation de l'expertise afin que celle-ci ou son représentant légal les adresse de manière préalable ou à défaut le jour de l'examen.

Informez le donneur de mission de la date retenue pour cet examen médical.

II - Commentaires

La victime aura auparavant été informée par le donneur de mission d'un prochain contact pour un examen médical.

La proposition de rendez-vous se fait à réception de la mission. Le texte de la mission 2023 peut être joint au courrier pour en rappeler les termes et objectifs.

Le courrier de proposition de rendez-vous est le premier contact de la victime avec le médecin expert. Sa rédaction doit refléter la qualité de l'accueil que la victime est en droit d'attendre et ne constitue pas une convocation et une contrainte, mais une proposition de rendez-vous pour un examen médical dans le cadre d'une mission spécifique.

La victime doit pouvoir identifier la compagnie à l'origine de la mission, le cadre de la mission, le nom du médecin, ses titres, son site d'exercice, les conditions d'accès du cabinet, les coordonnées du secrétariat pour pouvoir confirmer le rendez-vous, le modifier en cas d'indisponibilité ou obtenir des précisions. Un plan est idéalement joint qui précisera les zones de stationnement habituellement disponibles.

Ce courrier doit lui rappeler la nécessité de se munir de l'intégralité de son dossier médical ou médico-social en citant les pièces habituellement nécessaires (un focus est précisé ci-après), mais également qu'elle peut obtenir son dossier médical auprès de son médecin traitant, des médecins ou centres hospitaliers, des prestataires de soins, de son compte Ameli ou du site « mon espace santé », dans le cadre de la loi Kouchner. Il est préférable que ces documents soient adressés à l'expert par la victime de manière préalable afin qu'il puisse les étudier de manière détaillée. À défaut, ils seront analysés par l'expert au jour de l'expertise voire exceptionnellement après.

Il sera rappelé dans ce courrier que la victime peut se faire assister par le médecin de son choix. Le médecin expert peut préciser quels seront les tiers qu'il autorisera à assister à l'examen clinique.

Un délai minimal de quinze jours avant le rendez-vous est nécessaire à la victime pour constituer son dossier médical. Cela lui permettra aussi de se faire assister par une personne de son choix.

Rappelons que dans le cadre des accidents de la circulation, les délais sont prévus par la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 et son décret d'application du 6 janvier 1986.

Les dates de réception de la mission, d'envoi de la proposition de rendez-vous, de réalisation de l'expertise et d'envoi du rapport seront *in fine* rappelés. Le rapport sera signé à la date de l'envoi et non de réalisation de l'expertise afin de ne pas entraîner de confusion sur le plan conventionnel. Lorsque des reports ont été nécessaires du fait de la victime, de l'intervention des médecins en assistance ou des conseils, ceci sera rappelé.

Enfin, il est nécessaire d'informer le donneur de mission à l'origine de la mission de la date retenue pour l'examen, habituellement dans le mois suivant la réception de la mission, mais également des éventuels reports.

Focus sur le dossier médical et médico-social :

La victime doit apporter les éléments de preuve de son dommage au travers des pièces médicales et des diagnostics établis pendant le parcours de soins. Il convient donc d'aider la victime à fournir un dossier, le plus exhaustif possible afin que l'ensemble de son parcours de soins soit analysé et qu'elle puisse obtenir une étude complète de son dommage.

Ce raisonnement sera rappelé dans les chapitres dédiés, mais il convient de préciser que les pièces suivantes sont habituellement nécessaires :

- Le compte rendu d'intervention des pompiers et la fiche de bilan adressée au centre de régulation. Ce sont des éléments complémentaires sur la sémiologie initiale quoique non établis par un médecin.
- Le certificat médical initial. Il s'agit d'une pièce indispensable émanant d'un médecin, habituellement des urgences ou un médecin traitant. Parfois, plusieurs certificats médicaux successifs seront délivrés. En son absence, il pourra parfois être établi par équivalence à partir des autres pièces médicales contemporaines de l'accident qui seront détaillées ci-dessous.
- L'observation médicale des urgences. Il s'agit d'un document qui permet, au-delà des diagnostics portés sur le certificat médical qui est un résumé, de disposer de l'examen clinique complet de l'ensemble des sites anatomiques, mais aussi parfois de préciser le vécu initial de la victime.
- Les comptes rendus d'hospitalisation qui détaillent l'ensemble des constatations et soins.
- Les comptes rendus opératoires qui détaillent, outre les soins, les lésions réellement constatées, les difficultés techniques, les complications.
- Les lettres de consultation de tous les spécialistes au médecin traitant. Les simples certificats sont insuffisants pour connaître la sémiologie pendant l'évolution, le vécu de la victime. Dans le cadre du parcours coordonné, une lettre est systématiquement établie.
- Le dossier du médecin traitant peut également être très utile pour préciser l'évolution des symptômes, les constatations cliniques et traitements. Il est souvent très descriptif sur le vécu de la victime et beaucoup plus détaillé que les certificats complémentaires qui sont des « résumés ».
- Les imageries (radiographie, scanner, IRM, échographie, scintigraphie) doivent être transmises et analysées par l'expert. Il convient de documenter les images et de ne pas se limiter à la lecture de leurs interprétations.
- Les copies des prescriptions de soins (précisant notamment les indications lorsqu'il s'agit de soins paramédicaux) : ordonnances de traitement, prescriptions de kinésithérapie, prescriptions de matériels, etc. Ces éléments peuvent être obtenus auprès des médecins informatisés, mais aussi auprès des prestataires les délivrant (pharmacies, matériel orthopédique). Ces éléments permettront de préciser l'évolution des blessures, d'en déduire l'évolution clinique en la confrontant aux autres éléments médicaux.
- Les prescriptions d'arrêts de travail ou de prolongation de soins mentionnant habituellement le motif, pour comprendre l'évolution de la sémiologie, les dispenses de sport.
- Les décomptes de soins notamment les décomptes Ameli pour obtenir un suivi des thérapeutiques effectuées.
- Les avis d'aptitude et fiches de visite de la médecine du travail.

Dans certains cas spécifiques, il peut être demandé :

- Le dossier médical de santé au travail pour comprendre les contraintes spécifiques inhérentes au poste, confrontées aux constatations cliniques ayant abouti à une décision.
- Le rapport médical d'attribution du taux d'IPP en cas d'accident du travail ou d'accident de trajet du médecin de la Sécurité sociale ou le rapport médical d'attribution d'invalidité Sécurité sociale ayant abouti à une décision d'invalidité.

- La copie de la demande de RQTH ou d'AAH auprès de la MDPH lorsqu'une demande a été faite.
- Parfois, l'intégralité du dossier hospitalier avec les observations des infirmières qui recueillent l'ensemble des doléances et où figurent l'ensemble des soins du quotidien. Ils sont parfois utiles lorsque des éléments sémiologiques sont rapportés par la victime, mais non retranscrits dans les comptes rendus d'hospitalisation. Leur obtention est plus longue nécessitant un courrier de la victime à la direction du centre hospitalier.

Au-delà de ces documents, la victime devra apporter les éléments concernant les pathologies antérieures, interférant avec la prise en charge, ou concomitantes. L'expert ne devra bien sûr rapporter que ceux utiles à son analyse.

Point 2 – Bilan situationnel avant l'accident

I - Texte de la mission

Après avoir rappelé le cadre de l'expertise et expliqué son déroulé à la victime, prendre connaissance de l'identité de la victime et recueillir son consentement.

- 2.1** Fournir le maximum de renseignements sur sa situation familiale, ses habitudes de vie, ses activités quotidiennes et son autonomie antérieure.
- 2.2** Interroger la victime sur ses activités spécifiques et habituelles de loisirs ; en préciser leur nature exacte, leur niveau de pratique, leur intensité, leur régularité, le cadre de leur réalisation en évitant les termes génériques.
- 2.3** Détailler précisément son parcours et son activité professionnels, ses modalités d'exercice, son statut, son ancienneté, la nature et la répartition des tâches et travaux effectués.

Préciser s'il s'agit d'un demandeur d'emploi, son statut, sa formation, ses recherches professionnelles, son parcours professionnel antérieur.

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, ses souhaits et projets professionnels.
- 2.4** Dans le respect du code de déontologie médicale et des textes en vigueur, interroger la victime sur ses antécédents pathologiques, 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. Rappeler si ces éléments sont déclaratifs ou documentés. Préciser leur nature, les modalités de prise en charge thérapeutique antérieure ou envisagée.

II - Commentaires

Avant de débiter l'entretien et l'interrogatoire, le médecin veille à accueillir la victime dans un cabinet médical accessible au handicap, équipé avec un matériel adapté.

Il s'assure de l'identité de la personne qu'il examine.

Il précise qui est à l'origine de la mission, la date de l'évènement concerné, le cadre de la mission, les conditions d'envoi du rapport. Enfin, l'expert doit rappeler les conditions de la réglementation sur la protection des données et la qualité des tiers présents.

Le médecin expert doit expliquer le déroulé de l'expertise de manière synthétique, en rappelant le sens de la mission : il peut rappeler que l'expertise est une évaluation du dommage et qu'au-delà il appartiendra aux personnes chargées de l'indemnisation d'établir la réalité du préjudice et d'en déduire des indemnités offertes dans le cadre légal.

Il doit préciser que, dans un premier temps, il établira la situation personnelle et professionnelle de la victime avant l'accident puis qu'il reprendra l'ensemble de l'historique de l'accident et des soins. À ce titre, l'expert pourra expliquer à la victime la nécessité, dans le cadre de sa mission, de poser des questions personnelles afin que l'expertise ne soit pas perçue comme un acte « intrusif ».

Il doit préciser que la victime pourra ensuite exprimer son vécu traumatique, qu'elle sera examinée et que sur cette base, il rédigera un rapport médico-technique qui permettra de prendre en compte l'ensemble des répercussions médicales de l'accident en matière de douleurs, de limitations, de vécu psychologique, ainsi que leurs conséquences sur sa vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle.

Pour un certain nombre de victimes accidentées, le premier contact avec le monde de l'indemnisation est l'expert médical. Ces explications préalables, mais aussi un climat d'écoute attentif et serein, permettent à la victime de mieux comprendre l'expertise et ses motivations. Cela permet également au médecin de recueillir les précisions qui lui permettront de mieux connaître la victime et in fine de répondre à sa mission.

À l'issue de ces explications, l'expert recueille le consentement de la victime à la réalisation de l'expertise médicale. Ce consentement se fait selon les recommandations retenues par les organisations professionnelles.

Ce déroulement d'entretien vise à comprendre le mode de vie de la victime, les conditions d'exercice de ses activités de loisirs, les modalités d'exercice professionnel. Il s'agit d'un temps long, mais indispensable. Il doit cependant être adapté à la nature des blessures.

L'expert doit aborder les éléments suivants :

2.1 Concernant le mode de vie

L'expert précisera le statut familial de la victime, la composition de son foyer. Il rappellera synthétiquement, si besoin, l'organisation personnelle et la répartition habituelle des tâches domestiques notamment lorsque les blessures laissent présager des difficultés d'autonomie.

Il précisera si la victime vit en milieu urbain, semi-urbain ou rural, dans une maison, dans un appartement, les conditions d'accès au logement, le mode usuel de déplacement. Ceci permettra, par exemple, d'individualiser et d'argumenter son évaluation, notamment des gênes temporaires.

L'analyse sera adaptée à l'importance des lésions et le bilan deviendra plus exhaustif dans les situations de grand handicap. Il conviendra alors de se référer à **la mission spécifique aux handicaps graves générant une perte d'autonomie** et à ses commentaires.

Concernant la personne âgée, il est nécessaire de reconstituer l'autonomie qu'elle avait avant l'accident. Le médecin expert devra aussi vérifier si, antérieurement à l'accident, elle était bénéficiaire ou non de l'APA et quel est le score GIR qui avait été évalué.

Il convient de savoir si cette personne préparait ses repas, avait besoin d'une aide-ménagère, faisait ses courses, conduisait, avait des activités de loisirs. Il n'est pas suffisant de préciser que la victime était « autonome » ce qui est un terme générique, mais il convient de bien interroger la personne pour comprendre comment elle faisait les courses les plus importantes, les activités ménagères les plus complexes par exemple, qui nécessitent souvent une aide des tiers familiaux ou amicaux de manière ponctuelle, comment elle se déplaçait et si elle ne le faisait plus, les raisons de cet abandon.

2.2 Concernant les activités de loisirs

L'expert fera préciser à la victime ses activités de loisirs habituels et spécifiques.

Il convient ici d'éviter les descriptions floues ou générales, mais au contraire de faire préciser la nature exacte de l'activité (par exemple : marche, course à pied, course sur piste, vélo de route, VTT, peinture, pratique d'un instrument), sa régularité (une fois par mois, par semaine, par jour), son intensité (1 heure, 2 heures par exemple).

Il est nécessaire de préciser si l'activité s'effectuait dans une salle, dans un club, dans une association ou bien dans un groupe structuré. Il faudra faire préciser si des participations autonomes à des compétitions, des événements sont déclarées.

Cette description permettra à l'expert d'en déduire les contraintes médicales spécifiques à la poursuite de l'activité et lui permettra enfin de proposer une évaluation argumentée des gênes temporaires ou des répercussions des séquelles sur les activités d'agrément.

Cependant, le médecin doit donner tous les éléments permettant de les différencier des activités qui relèvent de la vie courante.

Il n'appartient pas, toutefois, au médecin de documenter la pratique réelle de l'activité et de déterminer, in fine, si celle-ci relève d'un préjudice autonome constitué mais tous les éléments de précisions ci-dessus seront utiles aux personnes chargées de l'indemnisation.

2.3 Concernant l'activité professionnelle/scolaire

Concernant les victimes adultes hors parcours scolaire, l'expert précisera l'intitulé de la profession de la victime.

Il précisera son statut (nature du contrat ou indépendant par exemple), le volume horaire de son activité, son mode de déplacement. Il fera préciser la structuration de l'entreprise (micro-entreprise, PME, PMI, travail intérimaire, etc.), le positionnement du salarié dans celle-ci. La victime pourra décrire son environnement de travail (bureau, déplacements, chantiers, etc.).

Au-delà, l'expert détaillera précisément la nature exacte des activités professionnelles réalisées. Il précisera également la répartition des différentes tâches dans l'activité professionnelle (travail informatique, contact avec des usagers, manutention, travail d'usinage, travail d'assemblage, déplacements automobiles, etc.) afin d'en dégager les contraintes médicales (travail debout, travail assis, travail en position contrainte, travail accroupi, gestes répétés en dessous ou au-dessus de l'horizontale, poids et régularité des manutentions avec port de charges non aidé ou port de charges aidé, répétition des ports de charge au cours de la journée sur une période de X heures, travail en hauteur (en montant sur une échelle), usage d'outils vibrants, sur une machine-outil, etc.

Le médecin peut se faire communiquer la fiche de poste détaillant les travaux à effectuer pendant l'activité professionnelle.

Lorsque la victime est un travailleur non salarié, l'expert doit préciser la composition antérieure de l'entreprise, le nombre de salariés, la nature précise de l'activité de chacun au sein de l'entreprise et bien sûr l'activité spécifique de la victime.

Lorsque la victime est en recherche d'emploi, l'expert doit préciser sa formation, les emplois habituellement exercés, leurs dates, la nature des recherches professionnelles.

Ceci permet au médecin de préciser son interrogatoire sur les conditions de reprise de l'activité professionnelle, sur les doléances et son examen clinique fonctionnel.

Lorsque la victime est retraitée, l'expert doit rappeler la nature des emplois exercés et la période d'arrêt des activités.

Concernant les enfants ou les victimes, scolarisés, l'expert précisera le niveau scolaire et le type d'études, les modalités de réalisation (cours sur site, à distance, en alternance, etc.). Il précisera si la victime était spécifiquement dans une démarche professionnalisante, la nature de l'emploi envisagé.

Cet interrogatoire sera évidemment adapté à la nature des blessures, mais un haut niveau de précision permettra à l'expert d'argumenter son étude sur l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou scolaires, ou du retentissement définitif des séquelles sur les activités professionnelles ou scolaires.

2.4 Concernant l'état de santé antérieur

Il convient notamment de rappeler les textes suivants afin d'expliquer l'importance de ce chapitre :

- L'article 226-13 du Code pénal qui sanctionne la violation du secret professionnel.
- Les articles 4, 72 et 108 du Code de déontologie médicale insérés dans le Code de la santé publique aux articles R. 4127-4, R. 4127-72 et R. 4127-108 qui traitent du respect du secret médical par le médecin et les personnes qui l'assistent.

Seuls doivent donc être mentionnés dans ce chapitre les antécédents pouvant avoir eu une influence sur l'évolution des lésions initiales et/ou l'importance des séquelles, ou avoir été modifiés par le fait traumatique.

L'expert précise leur nature, les modalités de prise en charge antérieure ou envisagée, les pièces disponibles ou nécessaires pour les préciser.

À défaut d'état antérieur déclaré, l'expert rappellera l'absence de pathologies déclarées susceptibles de constituer un état antérieur.

Point 3 – Rappel des faits

I - Texte de la mission

A partir des déclarations de la victime (et de son entourage si nécessaire) et des documents médicaux et médico-sociaux fournis, retracer le parcours de la victime.

- 3.1** Rappeler précisément les circonstances et le vécu de l'accident décrits par la victime, les conditions de prise en charge jusqu'à la première consultation médicale.
- 3.2** Détailler par **ordre chronologique** la prise en charge médicale, les troubles présentés par la victime tant sur le plan physique que psychologique en s'appuyant notamment sur :
 - Le certificat médical initial avec sa date et son origine.
 - Les différents documents médicaux permettant de compléter le bilan lésionnel initial.
 - Les comptes rendus de consultations, d'hospitalisation, opératoires.
 - Les soins effectués, en cours ou envisagés.
- 3.3** Dans un chapitre dédié au **retentissement personnel**, décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsqu'elle a eu recours à une aide temporaire (matérielle ou humaine), en préciser la nature, la fréquence et la durée.

Rappeler, outre les étapes clés d'immobilisation, l'impact sur la vie quotidienne, la vie familiale, la vie sociale, les loisirs ainsi que les étapes de reprise de l'autonomie personnelle.
- 3.4** Dans un chapitre dédié au **retentissement professionnel**, rappeler les dates d'arrêt de travail et les pièces en attestant. Détailler les conditions de reprise et les adaptations éventuelles.

II - Commentaires

L'expert rappellera que ce chapitre est établi sur la base des déclarations de la victime et des documents médicaux.

Lorsque la victime a déjà été examinée, il convient de reprendre l'ensemble de l'historique médical et non simplement les conclusions de la précédente expertise afin de rendre le rapport lisible de manière autonome.

3.1 L'expert doit relater précisément les circonstances de l'accident décrites par la victime. Pour cela, il décrit l'accident tel que la victime le rapporte. Il ne s'agit pas de reprendre le constat amiable ou le constat de police.

En ce sens, il précisera la situation de la victime (conducteur, passager avant, arrière, cycliste, piéton...), la zone de l'accident (agglomération, départementale, autoroute), la cinétique approximative décrite, la nature et le site de l'impact, l'existence de chocs secondaires, le déclenchement des airbags. Tous ces éléments serviront à analyser le mécanisme accidentel.

Il précisera ce dont la victime se souvient (traumatisme crânien, traumatisme sur le tableau de bord, etc.) mais aussi si la victime pense avoir présenté une perte de connaissance initiale ou un malaise secondaire.

Il précisera la situation immédiate de la victime, si elle a pu sortir, si elle a pu marcher, si elle a pu signaler son accident, réaliser les formalités ou bien au contraire si elle est restée incarcérée.

Il précisera la nature des interventions notamment des secours (intervention des tiers, intervention des pompiers, délais d'intervention, désincarcération, temps resté dans la voiture, etc.) puis du transport (ambulance, pompiers, SAMU, transfert hélicoptère, etc.).

L'expert fera s'exprimer la victime et relatera ses propos sur son vécu des suites immédiates. Il fera préciser notamment s'il existait une angoisse intense, une peur pour sa vie ou pour celle de ses proches, une angoisse du fait d'une longue attente des secours, des circonstances accidentogènes spécifiques.

Il en fera préciser avec exactitude les éléments sémiologiques permettant, outre ce vécu psychologique, d'analyser sur un plan médical les premiers symptômes, mais aussi de mesurer l'existence réelle d'une perte de connaissance (parfois confondue sur les certificats avec les malaises secondaires) et sa durée (quels sont les premiers souvenirs de la victime : sur place, dans l'ambulance, etc.). Ce dernier point sera à corrélérer à l'analyse des documents de transfert du SAMU, le bilan des pompiers, les traitements, notamment sédatifs, utilisés.

Enfin, l'expert précisera si l'accident relève d'un accident du travail.

3.2 L'expert présentera les différents soins réalisés au travers des documents médicaux et médico-sociaux.

Ce rappel sera impérativement présenté de manière chronologique, de l'accident au jour de l'expertise. Il s'agit d'un travail d'analyse et de synthèse permettant de comprendre le parcours de soins de la victime et non un copié-collé intégral des documents.

Le rapport doit être présenté de manière lisible et accessible. Il doit permettre de comprendre la démarche de soins. À défaut, le rapport ne comporte pas le niveau d'analyse demandé permettant une lecture utile par la victime ou le juriste. Lorsqu'il s'agit d'une victime déjà expertisée, il convient de reprendre l'ensemble des commémoratifs et non le résumé afin que le rapport demeure seul lisible.

L'expert va présenter les différents soins réalisés au travers des documents médicaux.

Le certificat médical initial ne peut être établi que par un médecin et dans un temps contemporain des faits. Il est classiquement admis qu'il doit être délivré dans les 7 jours suivant l'accident, délai pouvant être porté à 10 jours dans des cas spécifiques.

Un certificat tardif, rédigé au-delà de 10 jours après l'accident sans qu'il n'y ait ni constatation initiale des blessures ni prescription de soins par un médecin ne permet habituellement pas au médecin expert de rendre des conclusions sauf cas exceptionnel à argumenter. Il ne s'agit pas de remettre en cause les propos de la victime, mais de constater que le médecin expert ne peut lever l'obligation de la victime d'apporter une preuve d'un fait accidentel.

Le médecin expert doit citer ce certificat, parfois les certificats lorsqu'il y en a plusieurs, en rappelant le nom du(des) médecin(s), en citant intégralement les blessures diagnostiquées, en précisant la date de délivrance du(des) certificat(s).

Notons que les certificats médicaux des urgences sont souvent justement complétés par les certificats des médecins spécialistes ou traitants établis dans la foulée du passage aux urgences.

L'expert peut éventuellement compléter le certificat par un rappel de lésions secondairement constatées par exemple dans les comptes rendus d'hospitalisation.

Il peut arriver que des certificats médicaux rédigés a posteriori soient produits, mais il appartiendra bien sûr au médecin expert de vérifier que le médecin qui a rédigé ce certificat atteste bien de constatations initiales et se réfère à un examen clinique dans les temps contemporains de l'accident.

Parfois, il n'y a pas de certificat médical initial en tant que tel, mais le médecin expert dispose d'un compte rendu complet de passage aux urgences, d'un compte rendu d'hospitalisation ou opératoire. Il précisera alors, dans ce chapitre, les éléments clés de ces documents lui permettant d'établir les lésions initiales par équivalence. Ces documents sont par ailleurs repris en détail au chapitre « soins apportés ».

Une attestation faite par un professionnel de santé non-médecin n'est pas un certificat médical et n'a donc pas de valeur probante à ce titre. Il s'agit simplement d'éléments qui permettent d'étayer le dossier et peut-être d'avancer en matière d'imputabilité sur des points spécifiques.

Les périodes d'hospitalisation seront précisées avec, pour chaque période, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés. L'expert présentera les éléments les plus pertinents, notamment les constatations cliniques initiales, les soins réalisés, les éléments évolutifs importants, l'état clinique et le traitement de sortie.

Seront également décrits :

- Les consultations des médecins, leur spécialité, leurs constatations cliniques, leurs décisions.
- Les thérapeutiques utilisées en précisant les pièces en attestant (y compris antalgiques, psychotropes).
- Les aides techniques ou prothèses mises en œuvre.
- Les soins paramédicaux (en rappelant les dates de prescriptions, leurs indications, l'existence d'ordonnances ou non, de décompte de soins ou non).
- Les soins réalisés par des professionnels de santé en précisant s'il existe une prescription médicale détaillée, la nature des soins (sur certificats ou sur description de la victime), le nombre de séances.
- Les soins de bien-être effectués par la victime.

Il est important de faire ressortir les dates de mise en place et de retrait des contentions, l'usage de matériel médical (fauteuil, cannes) en lien avec les avis médicaux (autorisation d'appui, de marche, etc.).

- Les examens complémentaires : il est également important de préciser les examens complémentaires (radiographies, scanners etc..) produits, de citer leur interprétation. Après avoir examiné les clichés, l'expert en donnera sa propre interprétation, en indiquant si elle coïncide avec celle du radiologue ou bien en s'expliquant le cas échéant sur des divergences d'interprétation. S'il arrive que la victime ne dispose que du compte rendu, cette précision doit être indiquée clairement dans le rapport. Si une imagerie d'interprétation plus difficile lui est soumise (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique nucléaire, échographie...), l'expert peut indiquer qu'il s'en remet au compte rendu qui lui est soumis.

Dans les dossiers complexes, il peut arriver que tous les examens complémentaires, en particulier les radiographies, n'aient pas besoin d'être systématiquement analysés au cours du récit chronologique des commémoratifs, notamment si cette analyse n'apporte aucun élément indispensable à la compréhension de l'évolution. Cependant, il est utile que l'expert liste, sous une rubrique spécifique, la nature des documents qui lui ont été soumis, en précisant qu'il en a pris connaissance mais qu'ils n'apportent aucun élément modifiant le suivi de l'évolution dans un chapitre dédié. Il ne précisera alors dans les commémoratifs que les éléments pertinents pour le suivi.

Cet exposé chronologique peut être émaillé par le rappel des éléments que la victime souhaite préciser sur son parcours, ses symptômes, en citant les déclarations de celle-ci afin de donner une logique à cet historique médical. Il doit être lisible, synthétique permettant de comprendre le processus de soins mais aussi le vécu de la victime dans celui-ci.

Focus concernant l'avis du médecin expert sur les thérapeutiques

La mission ne demande pas au médecin expert de se prononcer oralement ou par écrit sur le bien-fondé des thérapeutiques prescrites, mais de faire la différence entre les traitements en relation avec l'accident et ceux qui, éventuellement, ne le seraient pas, sans se prononcer sur leur nécessité dans l'absolu (état antérieur, affections concomitantes...). Pour mémoire, le médecin expert n'a pas à établir des propositions thérapeutiques.

Ainsi, dans l'historique, il peut être précisé si des soins sans rapport sont réalisés, mais le médecin expert doit veiller à ne mettre que les éléments de nature à répondre à sa mission et à respecter le secret professionnel.

De la même façon, l'expert veillera, lorsqu'il cite des comptes rendus d'hospitalisation ou tout autre document médical à ne pas y faire figurer des éléments médicaux antérieurs ou en rapport avec des pathologies intercurrentes et qui sont sans rapport avec l'accident ou sans incidence sur l'évaluation. Ceci est d'autant plus important que, depuis la loi du 4 mars 2002, les patients ont un accès direct à leur dossier médical et qu'ils l'apportent souvent dans son intégralité sans même l'avoir consulté.

3.3 Dans un chapitre dédié intitulé « retentissement personnel » et afin de pouvoir personnaliser au mieux le rapport d'expertise, il convient de bien préciser dans quelle mesure les lésions initiales, ainsi que leurs suites, ont été à l'origine de gênes dans les actes de la vie courante et de décrire les moyens qui ont été nécessaires pour pallier telle ou telle difficulté. Il s'agira, outre le rappel des principaux temps d'immobilisation ou de l'usage de matériel par ailleurs en partie évoqué au point 3.2, de préciser les conditions spécifiques de reprise de l'autonomie (reprise de la marche en extérieur, reprise de la conduite, reprise des activités sociales ou de loisirs, reprise de la conduite, etc.).

En prolongement et concernant l'aide humaine, il s'agira d'en rappeler la nature, la fréquence et la durée. Il faudra notamment préciser s'il s'agit d'une aide pour les activités essentielles de la vie courante telle que la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'hygiène des éliminations ou bien pour des actes logistiques, la quote-part des activités ménagères, l'entretien du logement.

Il est important de préciser qui apportait l'aide (professionnel, famille, amis...), le volume de ces aides (fréquence, durée, soit de manière descriptive en cas d'aide non professionnelle, soit en volume en cas d'aide professionnelle), les périodes, les éventuelles prises en charge (assurances, prestations...).

Il est important ici de détailler méthodiquement ce que chacun faisait mais aussi, lorsqu'il existait une aide préalable, de détailler le volume complémentaire effectivement apporté à la victime.

Il conviendra de citer l'autonomie au déplacement de la victime et les moyens mis en place par la victime pour y suppléer.

Ces éléments seront précisés par les déclarations de la victime sur l'impact sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale. Les difficultés sur la sexualité pendant la période évolutive peuvent être rappelées ici.

Ceci sera spécifiquement utilisé lors de la détermination des souffrances endurées, des gênes temporaires et de la nécessité d'une tierce personne temporaire.

3.4 Dans un chapitre dédié, intitulé « retentissement professionnel », l'expert rappellera les dates d'arrêt de travail et s'il dispose des prescriptions, détaillera les conditions de reprise de l'activité professionnelle et notamment si des temps partiels thérapeutiques ou des adaptations ont été temporairement nécessaires lors de la reprise.

Il expliquera les difficultés ressenties par la victime à cette occasion. Il citera les éventuels avis de la médecine du travail.

Lorsque la victime n'est pas salariée, il décrira les conditions de poursuite de l'activité, les mesures mises en œuvre (réorganisation de l'activité, embauche d'un remplaçant, sous-traitance).

Lorsqu'il s'agit d'une victime en recherche d'emploi, il décrira les conditions de reprise de la recherche.

Lorsqu'il s'agit d'une victime scolarisée, il rappellera les périodes d'interruption de l'activité (et les documents éventuels en attestant), les moyens mis en œuvre pour y suppléer (cours à distance, cours fournis par les tiers, adaptations scolaires) et l'impact décrit sur la scolarité.

Point 4 – Doléances

I - Texte de la mission

Recueillir et retranscrire dans leur entier les doléances exprimées par la victime (et par son entourage si nécessaire), d'abord spontanées, éventuellement par écrit, puis sur question concernant notamment les douleurs, la limitation fonctionnelle et son retentissement sur sa vie quotidienne, le vécu psychologique traumatique, l'esthétique...

II - Commentaires

C'est un moment privilégié de l'expertise et le médecin doit y consacrer tout le temps nécessaire.

La victime doit être certaine qu'elle a pu tout dire, que l'expert a bien entendu ses doléances. Elle accordera beaucoup d'importance à la façon dont le médecin aura repris ses propos et elle assimilera la compétence de l'expert à la fidèle reproduction de ses dires. Si la victime a eu l'impression de ne pas être écoutée, elle en déduira que l'expert n'est pas objectif et cela peut aboutir à une contestation globale des conclusions même si celles-ci sont tout à fait justifiées.

Cet interrogatoire doit être mené avec tact et méthode. L'expert doit expliquer qu'il lui faut recueillir de nombreuses informations pour se faire une opinion précise sur le dommage, afin de pouvoir rédiger, en toute connaissance de cause, un document qui est destiné à des non-médecins qui doivent, à sa lecture, se faire une juste opinion de l'impact de l'accident et de ses suites pour la victime.

À ce stade, il n'appartient pas à l'expert de limiter l'expression des doléances aux lésions envisagées comme imputables. Cette analyse se fera à l'issue de l'examen clinique par l'expert.

Il convient de distinguer les doléances spontanément émises par la victime, celles recueillies sur questions, de préciser ce qui est cité par la victime et les constatations faites par l'entourage.

L'écoute de l'entourage peut être utile à l'expertise en ce qu'elle permet au médecin de recueillir des informations et des éléments que la victime n'aurait pas exprimés. Elle est indispensable lorsqu'il s'agit d'enfants, de personnes âgées ou de personnes handicapées graves (traumatisés crâniens en particulier).

Il convient également de noter qu'il est fréquent que les victimes se présentent avec un listing des doléances qu'elles ont déjà établi au moyen d'une note qui est remise au médecin. Il convient alors d'en prendre connaissance et de proposer à la victime de l'annexer au rapport d'expertise. Ce listing permettra au médecin de reprendre ces différents points lors de l'interrogatoire car celui-ci ne saurait en aucun cas suffire pour considérer que ce chapitre a été développé.

De plus, il est souhaitable, pour la clarté de la lecture de ce chapitre et la certitude que rien n'aura été oublié, de procéder de façon systématique, appareil par appareil. Cela permet, en outre, de retrouver également en cas d'aggravation l'existence ou non d'une doléance sur la fonction ou l'appareil indiqué.

À ce titre, l'expert n'omettra pas d'indiquer les fonctions ou appareils qui font l'objet de doléances alors qu'ils ne sont pas initialement réputés comme étant traumatisés, et inversement, il notera également les fonctions ou appareils initialement traumatisés qui ne font pas l'objet de doléances.

En rapport avec la période évolutive :

L'expert interrogera la victime sur son vécu de l'accident, de ses suites, du parcours de soin, de l'impact sur la vie personnelle, familiale, professionnelle mais aussi de l'impact sur sa vie sociale, ses activités de loisirs, sa sexualité, sa présentation aux tiers du fait des modifications de son apparence physique. La première partie de l'expertise étant assez technique, la victime doit pouvoir s'exprimer ici sans être limitée aux symptômes résiduels.

Il fera notamment préciser, concernant le dommage esthétique, les conditions d'exposition aux tiers et le vécu de la victime de ces éléments.

En rapport avec l'état actuel :

Structurellement, l'expert doit faire préciser les douleurs, les limitations fonctionnelles, l'impact de ces deux types de symptômes.

Concernant les douleurs, l'expert doit demander des précisions sur leur mode d'apparition, leur localisation, leur irradiation, leur périodicité, leurs causes déclenchantes.

Concernant les limitations fonctionnelles, l'expert doit préciser par exemple :

- S'il existe une limitation articulaire ou de fonctions globales pour les lésions orthopédiques,
- S'il existe une altération des fonctions cognitives et mnésiques pour les lésions encéphaliques,
- S'il existe un trouble sensitif ou moteur pour les lésions médullaires et neurologiques périphériques,
- S'il existe une limitation respiratoire, un essoufflement pour des lésions pneumologiques.

Nous ne détaillerons pas ici l'ensemble des lésions et des séquelles, mais il convient d'être exhaustif sur les fonctions des organes lésés ou sur la symptomatologie psychique.

Concernant l'impact des douleurs ou des limitations fonctionnelles :

- **Sur la sphère personnelle**

L'expert devra préciser s'il existe un impact sur les activités de la vie courante, sur les activités sociales. Il devra faire préciser, lorsque la victime fait part de difficultés pour les activités de la vie courante (toilette, habillage, alimentation) ou des activités ménagères et logistiques, les matériels ou moyens de substitution mis en place, les aides apportées par les tiers amicaux, familiaux et professionnels. Dans ce cadre, il doit faire préciser à la victime pourquoi il ne peut effectuer seul ces activités, la nature précise de l'intervention, et sa fréquence.

- **Sur les loisirs**

Lorsqu'il existe des doléances concernant les activités habituelles et spécifiques de loisirs, les tentatives de reprise, les modalités de reprise, la description du lien fait par la victime entre ses symptômes ou limitations et son absence de reprise dans les conditions antérieures, l'expert doit faire préciser si la victime envisage une reprise de cette ou ces activités et dans quelles conditions.

- **Sur la sphère professionnelle**

Lorsque la victime exprime des doléances concernant ses conditions de reprise, le médecin devra faire préciser :

- les difficultés qu'elle ressent dans la réalisation de son activité professionnelle ;
- les raisons pour lesquelles elle n'a pas pu, en pratique, reprendre son activité ou comment son activité a été modifiée ;
- les raisons pour lesquelles elle a repris une autre activité professionnelle au sein de son entreprise ou d'une autre entreprise ;
- si elle estime que l'accident a modifié l'évolution de sa carrière.

La description précise des conditions de reprise professionnelle permettra de rappeler, si cela n'a pas été fait au chapitre retentissement professionnel :

- les discussions avec les médecins des organismes sociaux ;
- les discussions avec les médecins du travail ;
- les échanges avec la MDPH ;
- les échanges avec les médecins soignants sur les contre-indications professionnelles émises et sur les perspectives de retour à l'emploi.

En l'absence de reprise effective, son projet professionnel, son lien avec son parcours personnel et professionnel, mais aussi les avis des soignants consultés seront décrits.

Les doléances sur la sexualité doivent être sollicitées par l'expert lorsque les séquelles peuvent interférer avec celle-ci mais, compte tenu de la nécessité de préserver l'intimité de la victime, ce point peut être spécifiquement évoqué lors de l'examen clinique, hors la présence des tiers non-médecins. Une synthèse pudique en sera établie pour rappeler qu'une doléance a été exprimée. Il est habituel de préciser à la victime la manière dont ce point sera rédigé.

Il convient en fin de chapitre de procéder à une reformulation des doléances exprimées, pour permettre également à la victime de constater qu'elle a été écoutée, entendue et comprise.

Point 5 – Examen clinique

I - Texte de la mission

Procéder à un examen clinique détaillé et orienté par les lésions initiales, les doléances, les contraintes spécifiques inhérentes aux activités personnelles et professionnelles.

Faire une synthèse claire des principaux points de cet examen.

II - Commentaires

L'examen clinique est l'un des piliers de l'expertise et il revêt une importance primordiale ; il doit être réalisé de façon minutieuse et complète.

Il est conduit par l'expert dans un cabinet médical adapté ou parfois à domicile mais, dans tous les cas, l'expert veillera au respect de l'intimité de la victime. Il est conduit en présence des seuls médecins et si la victime le souhaite, de la famille. Ce point a été idéalement annoncé dans la proposition de rendez-vous. En revanche, il est d'usage de faire un compte rendu des constatations cliniques en présence de la victime et des non-médecins à l'issue de l'examen.

L'expert rappelle en préambule le poids, la taille, la latéralité de la victime.

L'examen clinique sera méthodique et basé sur les données de l'interrogatoire, il concernera toute région initialement traumatisée, même si elle ne fait l'objet d'aucune doléance, toute région faisant l'objet de doléances même si elle est réputée ne pas avoir été initialement traumatisée. Cela permet, dans le premier cas, d'être sûr de l'absence de séquelles, et dans le second de discuter de l'imputabilité sur des bases cliniques.

Il est très important de ne reproduire que ce qui a fait réellement l'objet d'une recherche clinique en sachant préciser aussi les signes cliniques négatifs (exemple d'un tiroir antérieur recherché mais non retrouvé lors de l'examen d'un genou) ; cela peut être un point de repère non négligeable lors d'examens successifs.

Le langage international doit être utilisé, comme on le retrouve généralement dans les certificats médicaux.

L'examen est comparatif pour les lésions orthopédiques avec le côté opposé (sauf si une pathologie empêche cette comparaison, il faudra alors le préciser). Même si la douleur a une valeur sémiologique, le médecin expert doit demander à la victime, avant l'examen, de l'informer dès qu'elle la ressent. Il pourra adapter son examen afin de rester en dessous de ce seuil douloureux.

Ceci permettra au médecin de constater les douleurs lors des mobilisations et il devra alors préciser les limites de son examen du fait de celles-ci. Il existe une différence sémiologique entre un enraidissement de nature articulaire et une limitation douloureuse, qui sera analysée au chapitre de l'imputabilité sur le plan physiopathologique.

L'examen doit apparaître structuré sur la base de la sémiologie médicale et comporter, notamment, une description de l'inspection (cicatrices, anomalies axiales, anomalies des reliefs osseux ou articulaires, amyotrophies, troubles vasomoteurs ou circulatoires, hyperkératoses...), de la palpation (reliefs osseux, articulations, structures musculaires, tendineuses, cicatrices douloureuses ou adhérentes, sensibilité...), de la mobilité (en distinguant la mobilité passive, la mobilité active).

Au-delà, l'examen va rechercher des signes objectifs de sous-utilisation, de boiterie (amyotrophie au travers des mensurations, hyperkératoses par exemple) et se terminer par une analyse fonctionnelle.

À titre d'exemple, la description d'un enraidissement d'épaule sera complétée par un testing et par l'étude des mouvements complexes qui correspondent aux besoins quotidiens, un examen du genou sera complété par des tests de marche, de mouvements complexes ; un examen des mains et des doigts sera complété par un testing des différentes prises fondamentales.

Pour une bonne lecture par les non-médecins, il peut être utile de rappeler les normes physiologiques, de mettre en évidence les principales anomalies. De la même façon, lors d'examens successifs, il peut être utile de préciser les données du précédent examen ou du moins de commenter l'évolution en synthèse.

Il convient de détailler l'examen psychiatrique de la même manière, en citant les éléments constatés et les signes négatifs. L'examen clinique neurologique central ou périphérique peut être accompagné de tests simples évaluant les principales fonctions cognitives (capacités à mémoriser, à réaliser des tâches simples ou complexes, capacité à nommer des objets etc...) mais aussi instrumentales (capacité à lire, à écrire, à compter, à calculer). Il s'agit d'éléments d'orientation permettant de situer le niveau d'atteintes avant un éventuel avis spécialisé.

Cet examen sera orienté par les contraintes fonctionnelles propres de la vie quotidienne, les activités de loisirs et professionnelles telles que décrites aux chapitres 3.2 et 3.3.

Sur l'aspect professionnel et en cas de difficultés à la reprise ou en cas de non reprise effective, il conviendra de bien décrire :

- L'atteinte des capacités fonctionnelles de la victime nécessaires à la réalisation des tâches spécifiques de son activité (capacité à marcher, capacité à rester dans une position spécifique, capacité à porter des charges, capacité à faire des gestes fins, capacité à travailler en position contrainte, capacité à faire des gestes répétitifs, capacité à avoir une activité bureautique, intellectuelle, de contact, à répondre au téléphone, à travailler sur l'ordinateur etc.) ;
- L'existence de capacités fonctionnelles résiduelles pouvant correspondre à une situation d'adaptation de l'exercice professionnel, de modification de l'activité professionnelle, de reprise d'une autre activité professionnelle.

Le même raisonnement va s'appliquer en cas d'impossibilité déclarée à la reprise des activités d'agrément ou d'une impossibilité à maintenir l'activité au niveau décrit concernant son volume, son intensité, sa régularité. L'expert va rechercher spécifiquement une incapacité à la marche prolongée (anomalie fonctionnelle ou douleurs aux tests de marche) pour une victime qui pratiquait de la randonnée, une incapacité à lever les bras pour une victime qui pratiquait du tennis, etc.

Ce chapitre doit se terminer par une synthèse des éléments retrouvés en langage clair et précis. Cette synthèse doit être compréhensible par la victime et par les personnes en charge de l'indemnisation.

Il peut rappeler l'évolution depuis le précédent examen.

Cet examen peut servir de référence pour une éventuelle aggravation.

Chapitre 2 : Analyse et évaluation

Point 6 – Discussion

I - Texte de la mission

Rappeler de manière synthétique :

- 6.1** L'accident, les lésions initiales décrites et le parcours de soins personnel et professionnel de la victime ;
- 6.2** Les doléances de la victime ;
- 6.3** Les données de l'examen clinique.
- 6.4** À partir de ces éléments, établir un diagnostic lésionnel et séquellaire de certitude pouvant être considéré comme imputable, c'est-à-dire en lien direct et certain avec l'accident.

Ce diagnostic est établi sur la base d'un raisonnement uniquement médical, prenant en compte les données acquises de la science sans interprétation juridique.

Indiquer l'incidence d'un éventuel état antérieur et/ou d'une pathologie ou d'un évènement intercurrent sur l'évolution du fait traumatique et des séquelles s'y rattachant.

II - Commentaires

La discussion doit avoir lieu en fin d'expertise, avec la victime et son entourage de façon à pouvoir faire la synthèse en langage clair et précis de ce qui a été précédemment développé et s'assurer que tout a été dit et compris.

Lorsque la victime est assistée par un médecin, il est d'usage de prendre en compte ses observations afin de pouvoir répondre dans la discussion aux points particuliers qui auraient été évoqués.

La transcription de la discussion dans le rapport est la transition entre la partie essentiellement médicale du rapport et l'évaluation du dommage. Elle est destinée à « *faire comprendre* » les conclusions qui doivent apparaître évidentes à tout lecteur un tant soit peu averti. Il faut donc en bannir les sigles ou abréviations dont la signification reste mystérieuse pour un lecteur non spécialisé.

Il ne s'agit pas d'un recopiage des paragraphes précédents mais d'un travail de synthèse, d'analyse et d'argumentation de l'expert. Le lecteur pourra trouver dans les paragraphes déjà développés les détails dont il aurait besoin.

En pratique, pour cette discussion structurée, l'expert doit rappeler de manière synthétique :

- L'accident et le parcours de soins de la victime. Il s'agit en quelques phrases de rappeler la nature exacte des blessures, des traitements, la nature et la durée de l'immobilisation, les conditions de reprise de l'autonomie, l'impact sur la vie personnelle, sociale, professionnelle et de rappeler les dates clés.
- Les doléances de la victime (en deux ou trois phrases, il conviendra de rappeler les principales doléances de la victime).
- Les données de l'examen clinique. A ce sujet il faut noter qu'une telle synthèse est déjà demandée dans la mission au chapitre « examen clinique ».

Puis analyser l'imputabilité :

À partir des éléments précédents, l'expert va procéder à une analyse de l'imputabilité. C'est la pierre angulaire de l'expertise du dommage corporel. C'est le cœur de la mission et du métier de l'expert, sa plus-value.

Rappelons que la victime est tenue d'apporter la preuve du lien direct et certain entre l'accident d'une part, les lésions et les séquelles d'autre part.

Elle apporte pour cela un dossier médical justifiant les diagnostics évoqués dans le cadre du soin. Mais il faut rappeler que si la pratique médicale de soins peut s'appuyer sur des hypothèses diagnostiques, l'expert doit se prononcer

sur des certitudes. L'expert ne peut retenir des diagnostics hypothétiques, ni retenir de lien au bénéfice du doute ou sur une conviction sans preuve scientifique.

L'analyse de l'imputabilité est une authentification, une formalisation de la preuve et du lien direct et certain.

Lors d'une rédaction précise et synthétique, l'expert doit établir un diagnostic positif rétrospectif de certitude en lien avec l'accident. Ce diagnostic lésionnel est établi selon une terminologie médicale et précise.

Ce travail d'analyse médicale précise les arguments retenus par référence aux données acquises de la science pour établir ce diagnostic de certitude. À défaut, il n'appartient pas à l'expert « *d'interpréter* » le principe juridique de la causalité, ce principe découlant d'un raisonnement juridique.

Pour cela, l'expert doit disposer d'un certificat médical contemporain de l'accident et va appliquer les critères d'imputabilité. L'explication physiopathologique est toujours indispensable dans les discussions d'imputabilité car elle constitue la base du raisonnement médical.

Ce chapitre doit être lisible par tout lecteur qui doit comprendre quels arguments sont en faveur d'une imputabilité et quels arguments sont en défaveur de celle-ci. Il ne s'agit pas de remettre en cause les doléances de la victime, les diagnostics évoqués en soins mais d'une analyse médico-légale.

Au-delà, cette analyse de l'imputabilité à l'accident des lésions initiales se poursuivra par l'analyse de l'imputabilité des diagnostics évoqués au cours du processus de soins. En effet, sur la base du même raisonnement, l'expert va analyser les diagnostics évolutifs et se prononcer sur le lien direct et certain.

Enfin, l'expert décrira le lien entre les données de son examen clinique, les pathologies imputables et expliquera ce qui peut être considéré comme permanent.

En effet, il peut exister des fluctuations des données cliniques, que l'expert analysera par comparaison à celles des praticiens de soins, et de l'évolution habituelle de ce type de pathologie.

La situation de l'état antérieur :

Lorsqu'il existe un antécédent constitutif d'un état antérieur ou une pathologie ne prouvant pas son caractère lésionnel, l'expert rappellera la physiopathologie propre de cette pathologie et son évolution prévisible en dehors de tout fait accidentel selon des référentiels médicaux.

À ce titre, le médecin doit faire l'objet d'une pédagogie particulière et, éventuellement, citer ses référentiels médicaux. Il devra notamment préciser si cet antécédent a une incidence sur les doléances exprimées, sur des anomalies de l'examen clinique ou sur les séquelles constatées.

Deux situations différentes doivent être distinguées :

- Il s'agit d'une pathologie connue, documentée, déjà prise en charge et l'expert doit alors rappeler ces éléments, mais aussi rappeler l'évolution habituelle et prévisible de cette pathologie. À ce titre, il peut être important de bien la documenter.
- Il s'agit d'une pathologie déclarée inconnue, c'est-à-dire pour laquelle il n'y a pas de souvenirs ou d'élément diagnostique. Dans ce cas, l'expert doit argumenter et expliquer, éventuellement en citant la littérature, en quoi cette pathologie ne peut être considérée comme une conséquence de l'accident. Il peut s'agir d'une découverte fortuite. Notons que ce point peut apparaître évident pour l'expert, mais pas pour la victime ou la personne chargée de l'indemnisation.

Lorsqu'il existe une interaction entre une pathologie non traumatique et une pathologie imputable, l'expert donnera des éléments médicaux pour expliquer l'évolution propre de chacune des pathologies, mais aussi l'évolution conjointe des deux pathologies afin de préciser son argumentaire pour faire comprendre ce qui est en lien direct et certain avec l'accident.

Lorsqu'il existe une prédisposition pathologique, l'expert précisera l'impact de celle-ci, son évolution habituelle en dehors de l'accident.

Lorsqu'il existe une pathologie intercurrente, l'expert la précisera dans la limite nécessaire au secret professionnel. Il pourra juste l'évoquer notamment pour se prononcer au titre spécifique des dépenses de santé actuelles (cf. point 8) ou bien pour expliquer une discordance apparente entre l'évaluation d'un poste de dommage (non reprise d'une activité professionnelle, d'agrément) et la situation de la victime.

L'appel au sapiteur :

Bien que l'expert ait été choisi en connaissance de cause et du fait de sa compétence et de sa qualité, il peut arriver que des problèmes d'imputabilité se posent lorsqu'il existe une difficulté touchant une discipline autre que celle exercée par l'expert.

Il s'agira alors de recourir à un sapiteur. Son profil est différent de celui du médecin expert principal. Il doit connaître l'expertise, mais il est recruté d'abord pour sa réputation de spécialiste d'un domaine médical très précis.

L'appel à ce spécialiste se fera en tenant informé le donneur de mission, avec l'autorisation de la victime, en adressant à ces derniers le même pré-rapport que celui adressé au sapiteur, et en joignant la mission d'expertise spécifique qui aura été rédigée à cet effet.

La mission est l'expression même des motivations de l'expert principal qui conçoit et rédige les questions qu'il pose au sapiteur de sorte qu'il garde le contrôle et la maîtrise de l'expertise. Chaque mission est unique, il n'est plus question de standard, mais au contraire de « *sur-mesure* ». Le contenu doit être clair, car l'objectif reste de répondre le mieux possible à ses interrogations.

Les principales questions qui sont retrouvées sont essentiellement : la nécessité d'un examen clinique pouvant nécessiter un plateau technique spécifique (ophtalmologue, ORL, orthoprothésiste, ergothérapeute...), la confirmation d'un diagnostic lésionnel, la nature d'une thérapeutique prescrite et sa nécessité, l'étude d'une imputabilité, une description de séquelles dans une spécialité donnée. Il semble préférable, dans ce dernier cas, de ne pas demander de taux mais plutôt une description, à charge pour le médecin au principal de le déterminer.

En pratique, il ne s'agit pas de reporter tout le poids de la mission initiale sur le sachant en lui transmettant une mission globale et en lui demandant tous les postes de dommages, mais bien de lui faire préciser les points spécifiques sur lesquels l'expert au principal a des interrogations.

L'appel au sapiteur peut être perçu par la victime comme un contretemps, voire un désagrément. À l'inverse, la perception peut être très positive pour le blessé, qui peut alors se sentir entendu et surtout reconnu dans la spécificité de sa souffrance.

Point 7 - Consolidation

I - Texte de la mission

À l'issue de cette discussion médicale :

- Si l'état n'est plus susceptible d'amélioration : 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* » et évaluer l'ensemble des postes de dommage.
- Si l'état n'est pas consolidé, en donner les raisons. Déterminer les postes de dommage certains évaluable au jour de l'examen. Pour les postes relevant d'un taux (AIPP) ou d'un chiffre (0 à 7), il convient d'indiquer les valeurs planchers susceptibles d'être retenues à la date de consolidation.

II - Commentaires

1. Principes directeurs

À l'issue de cette discussion médicale et hors le cas de la nécessité de l'avis d'un spécialiste, sur la base du diagnostic lésionnel, deux situations peuvent se retrouver :

- l'état continue d'évoluer ou l'ensemble de l'évaluation du dommage ne peut être établi : l'état n'est pas consolidé.
- l'état n'est plus susceptible d'amélioration et l'ensemble de l'évaluation du dommage peut être établi : l'état est consolidé.

Rappelons que la nomenclature Dintilhac reprend la définition de la consolidation : « *le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif* ».

Sur le plan juridique, il s'agit du point de départ du versement de prestations futures en droit social ou d'indemnités en droit commun de la responsabilité.

La loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 a consacré cette date de consolidation comme étant celle à partir de laquelle courent les délais impartis à l'assureur pour faire une offre définitive d'indemnisation (5 mois ou 8 mois selon que la consolidation survient plus ou moins 3 mois après l'accident) et aux organismes sociaux pour produire leur créance (4 mois).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a consacré également la date de consolidation en la désignant, entre autres, comme point de départ des délais relatifs à l'indemnisation de la victime par l'assureur (4 mois).

Cependant, l'indication de ces délais fait référence, non pas à la date de consolidation elle-même, mais à celle à laquelle l'assureur en a eu connaissance. Il n'y a donc aucune obligation pour le médecin expert de fixer la consolidation à la date de son expertise.

Si les lois n° 85-677 du 5 juillet 1985 et n° 2002-303 du 4 mars 2002 ont officialisé le concept de consolidation, elles n'en ont fourni aucune définition.

La consolidation médico-légale demeure unique et indivisible.

2. Raisonnement médico-légal : le rôle du médecin expert

A - Généralités

La fixation de la date de consolidation demande à l'expert un travail de synthèse particulièrement délicat ; c'est l'une des tâches les plus difficiles. C'est la double compétence de l'expert qui lui permet de répondre à la question : compétence médicale d'abord, avec la parfaite connaissance de l'évolution de la pathologie, qu'elle soit traumatique ou non ; compétence en évaluation du dommage corporel, ensuite.

B - Critères d'aide : quand consolider ?

Cette consolidation médico-légale présente quelques particularités :

- Elle ne coïncide pas nécessairement avec la fin des processus physiologiques aboutissant à la cicatrisation d'une plaie, à la solidité d'un cal de fracture, à la récupération de déficits neurologiques, etc.
- Elle peut être différente de la date de reprise totale des activités professionnelles, ou de celle des activités personnelles.
- Elle n'est pas obligatoirement liée à la fin des soins, bien que ce repère reste l'un des plus significatifs ; inversement, la poursuite des soins n'oblige pas toujours à la repousser.
- Elle ne saurait être déterminée par la date de l'expertise sauf de rares cas comme ceux où la stabilisation de l'état séquellaire coïncide avec l'examen de l'expert.
- Elle correspond toujours à la fin de la période des gênes temporaires.

L'expert doit donc analyser méthodiquement l'évolution des lésions traumatiques pour :

- Soit démontrer que la consolidation n'est pas acquise et proposer un nouvel examen ;
- Soit déterminer, a posteriori, le moment où les lésions se sont stabilisées.

En tout état de cause, la date de consolidation doit correspondre soit à la guérison, soit à la permanence des séquelles (ou à leur stabilisation au jour de l'expertise). Elle doit toujours être explicitée, en particulier si le médecin ne retient pas celle proposée par le médecin traitant ou les organismes sociaux.

C - Quelques particularités

Théoriquement, fixer la date de consolidation, c'est indiquer que l'état séquellaire n'est plus susceptible d'évolution. Dans la pratique, les choses sont parfois différentes.

• Consolidation et amélioration des séquelles

En droit commun, un dossier ne peut jamais être réouvert au prétexte d'une amélioration des séquelles.

Cependant, la pratique médicale montre que nombre de séquelles s'améliorent très progressivement au fil des années, en particulier chez les sujets jeunes. Pour des raisons de délais aisément compréhensibles, il n'est pas toujours souhaitable d'attendre la fin de cette évolution spontanée pour fixer la date de consolidation et permettre ainsi l'indemnisation.

L'expert doit donc mettre à profit son expérience et sa compétence de médecin pour anticiper raisonnablement cette amélioration prévisible et en tenir implicitement compte dans ses conclusions lorsqu'il fixe la consolidation à une date « *raisonnable* ». Il s'agit en fait d'une démarche sollicitant tout autant le bon sens que la technique. Le médecin tiendra alors compte du caractère permanent des troubles en référence à la physiopathologie lésionnelle.

En revanche, si une amélioration à court terme est possible grâce à une thérapeutique d'efficacité démontrée et qui n'a pas été proposée au patient, ou qu'il a refusée, l'expert doit en faire état dans son rapport en discutant la réalité de la « *stabilisation* » des séquelles.

Un problème similaire, mais plus complexe, peut se poser lorsqu'un traitement d'efficacité certaine est volontairement retardé pour des raisons techniques. C'est, par exemple, le cas pour certaines séquelles de fractures complexes du cotyle chez des sujets jeunes. En l'état actuel des connaissances, nombre de chirurgiens préfèrent différer la pose d'un implant prothétique qui serait néanmoins susceptible d'améliorer les séquelles. Il est habituel d'attendre une phase d'aggravation avant d'intervenir.

Là encore, l'expert doit donner toutes les explications techniques nécessaires et motiver les raisons qui le font surseoir à la fixation de la date de consolidation. Pour cela, il s'appuiera sur la réalité de la démarche thérapeutique (ce qui est prévu par les praticiens, les délais envisagés en consultation), sur l'interrogatoire de la victime (si elle envisage une prise en charge, les délais envisagés, les éléments décisionnels d'une prise en charge) mais aussi par une référence aux délais et aux conditions habituelles de prise en charge dans le cadre du soin.

• Consolidation et aggravation des séquelles

En droit français, les réserves sont de droit et un dossier peut toujours être réouvert en aggravation. Il n'est donc pas justifié de retarder la consolidation au prétexte de « *sauvegarder les droits de la personne examinée* ». Celle-ci risque, au contraire, d'être pénalisée par ce report puisque son indemnisation en sera d'autant retardée. Il en est ainsi, par exemple, de la plupart des fractures de l'enfant qui, à court terme, ne laissent subsister que peu ou pas de séquelles ; l'éventuelle « *répercussion sur la croissance* » consécutive à des fractures très spécifiques pourra toujours donner lieu à la réouverture du dossier en cas d'apparition de déformations.

En revanche, la probabilité d'une aggravation à court terme doit faire surseoir à la consolidation, en particulier si le pronostic vital est en jeu. Il est tout à fait illogique, tant sur le plan médical que médico-légal, de considérer de tels états comme stables.

De même, il n'est pas toujours nécessaire d'attendre la réalisation des soins dentaires définitifs pour fixer une date de consolidation : il suffit au médecin de préciser, dans son rapport, la nature des soins imputables qui devront être réalisés à l'avenir.

Enfin, dans les cas pour lesquels il ne persiste comme séquelle qu'une cicatrice isolée dont l'évolution apparaît favorable et pour laquelle il n'est pas programmé de soins spécifiques dans l'immédiat, l'expert pourra alors consolider l'état de la victime et évaluera le dommage esthétique en précisant l'incidence éventuelle de soins esthétiques futurs.

- **Consolidation et handicap lourd**

Les critères permettant la consolidation de ces handicaps graves, en particulier les traumatismes crâniens chez l'enfant, sont d'abord des critères médicaux et justifient toujours la réalisation d'examen répétés et des missions spécifiques.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, il est nécessaire d'attendre que le bilan relatif aux différents aides et matériels destinés à pallier le handicap soit réalisé pour décider si, confrontée à l'aspect médico-légal des séquelles, sa situation est consolidée.

- **Consolidation et poursuite des soins**

Plusieurs éventualités peuvent se présenter :

- Les soins en cours ne sont que la poursuite d'une prescription arrivant à échéance dans un court délai, dont le renouvellement n'apparaît pas utile et qui ne modifieront pas les séquelles observées au jour de l'expertise. L'expert fixera la consolidation et indiquera l'échéance du traitement en cours.
- Des soins précis sont prévus à court ou moyen terme et ils ne sont pas de nature à modifier l'état séquel- laire : l'expert peut fixer la date de consolidation à la date à laquelle il estime que les séquelles n'étaient plus susceptibles d'évolution ou, à l'extrême limite, au jour de son expertise s'il ne trouve aucun autre élément factuel objectivant la consolidation avant cette date.
- Des soins sont prévisibles la vie durant pour éviter une aggravation : il s'agit de frais voyageurs. La consoli- dation est donc possible, l'évaluation de ces soins se fera alors au titre des frais futurs³.

Dans l'attente d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse :

Si le chirurgien a retenu une indication à l'ablation du matériel (en raison de la nature de la lésion et de l'âge de la victime) et si la victime souhaite le faire retirer, dans ce cas l'ablation est attendue et il existe deux situations :

- Soit l'ablation du matériel n'a pas d'impact sur l'évaluation séquel- laire, comme par exemple en l'absence de conflit anatomique et clinique, et l'expert peut consolider et intégrer l'évaluation prévisionnelle de l'ablation en matière de souffrances endurées et de gênes en rappelant ce point dans les frais futurs.
- Soit l'ablation du matériel a un impact sur l'évaluation séquel- laire en raison d'un conflit et il convient de repousser la consolidation.

Si le chirurgien n'a pas posé d'indication ou si la victime ne souhaite pas retirer le matériel, l'expert pour- ra consolider. Il ne pourra pas l'intégrer aux frais futurs en l'absence de démarche certaine ou prévisible. L'ablation éventuelle relèvera alors d'une aggravation temporaire.

- **Consolidation et évolution naturelle de la pathologie**

Les soins à réaliser n'auront plus d'impact sur l'évaluation séquel- laire. C'est ce que l'on peut observer dans les situations médicales suivantes :

3. Voir le point 19

- L'existence de quelques soins ponctuels à finir (cas de 3 séances de kinésithérapie restant à faire sur 18 prescrites, par exemple, dont la réalisation ne modifiera pas l'évolution favorable observée le jour de l'expertise).
- L'évolution naturelle de la pathologie vers une guérison alors qu'il n'y a plus de soins et que l'on est simplement dans l'attente d'un examen complémentaire. Le médecin pourra alors anticiper l'évolution et consolider la victime en prévoyant de prendre en charge les soins (à la condition qu'ils ne soient que ponctuels) ou l'examen de surveillance.

- **Consolidation et pathologies évolutives**

Lorsqu'il s'agit d'une affection chronique évolutive de façon linéaire, sans espoir de guérison, l'expert s'attachera à déterminer une date qui permettra une évaluation des dommages dans son intégralité le jour de son examen.

3. En l'absence de consolidation

L'expert précisera l'évaluation pouvant déjà être considérée comme acquise de manière certaine au jour de son examen.

À ce titre, il est habituellement demandé de :

- préciser les gênes temporaires « acquises ». Il s'agira par exemple des gênes temporaires totales correspondant aux périodes d'hospitalisation, des gênes temporaires correspondant aux périodes de soins.
- Fixer un chiffre minimal concernant l'évaluation des souffrances endurées. Il s'agira par exemple de tenir compte des premières lésions, de la période de soins jusqu'au jour de l'expertise.
- Evaluer des taux planchers ou des chiffres minimaux pour l'AIPP. L'expert doit tenir compte des lésions, de leur évolution connue sur le plan scientifique. Il ne s'agit pas d'une fourchette de prévision mais bien d'un taux qui, selon l'évolution habituelle et les connaissances scientifiques constitue un minimum. Il n'y aucune obligation à fournir ce taux minimal lorsque l'expert estime que le recul est insuffisant et qu'une guérison demeure une possibilité. **Dans ce cas, l'expert précisera qu'au jour de l'expertise, il ne peut fixer de taux plancher.**

À titre d'exemple, un patient a été opéré d'une fracture du fémur avec mise en place d'une prothèse de hanche avec poursuites des soins, l'expert peut d'emblée écrire que le taux d'AIPP sera au minimum de X % sans difficultés médico-légales. Il fixera le taux définitif à la consolidation en fonction de la situation réelle.

Il peut aussi s'agir de situations plus complexes, comme celle d'un jeune blessé médullaire avec section complète de moelle et paraplégie. L'expert peut d'emblée expliquer à un an, par exemple, qu'il persistera à terme un déficit fonctionnel équivalent à celui de la paraplégie. Toutefois, les autres postes de dommage ne peuvent être fixés avant plusieurs années et feront repousser la consolidation.

L'expert doit faire preuve de prudence et préciser les postes qui ne pourront être déterminés avec certitude que lors de la consolidation. Il déterminera sur la base de ce raisonnement les autres postes (tierce personne temporaire, arrêt de travail, dommage esthétique temporaire...) en fonction de la situation.

Dans certaines situations, le manque de précisions et de pièces médicales ne permet pas de déterminer l'imputabilité. Le médecin expert listera les pièces complémentaires nécessaires, en rappelant à la victime les moyens légaux et pratiques de les obtenir.

Parfois, le manque de recul ne permet pas d'évaluer le dommage, il peut alors sursoir à la date de consolidation en argumentant sa position.

4. En cas de consolidation

L'expert doit préciser la date retenue et la justifier, puis déterminer l'ensemble des postes de dommages imputables à l'accident qui sont développés dans les points suivants.

Point 8 - Soins médicaux avant consolidation correspondant aux dépenses de santé actuelles (DSA)

I - Texte de la mission

Récapituler de manière synthétique les périodes d'hospitalisation, les soins médicaux, paramédicaux, les aides techniques ou prothèses mis en œuvre jusqu'à la consolidation qui peuvent être considérés comme en lien direct et certain avec le diagnostic lésionnel. Argumenter son analyse sur la base de référentiels médicaux et/ou sur la pratique médicale usuelle.

II - Commentaires

La nomenclature Dintilhac définit ce poste de préjudice ainsi :

« Il s'agit d'indemniser la victime directe du dommage corporel de l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc.), le paiement de la plupart de ces dépenses étant habituellement pris en charge par les organismes sociaux ; cependant, il arrive fréquemment qu'à côté de la part payée par l'organisme social, un reliquat demeure à la charge de la victime, ce qui nécessite, afin de déterminer le coût exact de ses dépenses, de les additionner pour en établir le coût réel ; ces dépenses sont toutes réalisées durant la phase temporaire d'évolution de la pathologie traumatique, c'est-à-dire qu'elles ne pourront être évaluées qu'au jour de la consolidation ou de la guérison de la victime directe ».

1. Mode d'évaluation, outils, aides

A - Nature des soins

Les soins avant consolidation sont habituellement principalement représentés par :

- Les séjours hospitaliers.
- Les interventions chirurgicales.
- Les prescriptions médicales et pharmaceutiques (ordonnances).
- Les soins paramédicaux : le médecin doit fournir des indications sur leur nature (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie...) ainsi que sur le nombre de séances et leur périodicité.
- Les prothèses, appareillages : le médecin doit prendre connaissance des prescriptions et des éventuels devis.
- Les soins esthétiques : le médecin doit fournir des indications sur leur nature (laser, dermabrasion, injection d'acide hyaluronique, toxine botulique) ; il devra aussi prendre connaissance des éventuels devis.
- Les soins réalisés par des professionnels de santé.
- Les soins de bien-être effectués par la victime.

L'ensemble de ces soins sont en pratique décrits dans le rappel des faits.

2. Evaluation : le rôle du médecin expert

Le rôle du médecin expert sera de confirmer que les soins décrits sont en lien direct et certain avec les lésions.

Pour cela, il s'appuiera sur les données acquises de la science en **argumentant à partir des référentiels médicaux ou des pratiques médicales usuelles et recommandations**.

Lorsque les soins ont été réalisés hors de ce cadre, le médecin le précisera. Il précisera cependant si une prescription médicale de ce soin avait été établie. Il en est de même pour des thérapeutiques dispensées hors de toute prescription médicale à visée de bien-être.

Lorsque des devis ont été proposés (soins dentaires, soins esthétiques, prothèses), le médecin doit expliquer s'ils sont justifiés et s'ils sont dans les moyennes habituellement constatées.

Enfin, il peut arriver qu'une partie des soins soit imputable à un état antérieur ou à une affection intercurrente sans rapport avec l'événement initial. Le médecin doit alors fournir ces précisions sans, bien entendu, révéler la nature de cet état antérieur ou de cette affection intercurrente sauf s'ils interfèrent avec les conséquences de l'accident.

Point 9 - Les gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT)

I - Texte de la mission

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 et la durée (notamment hospitalisation, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livre habituellement la victime, retentissement sur la vie sociale, 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.

II - Commentaires

1. Définition

La nomenclature Dintilhac définit ce poste ainsi :

« Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation.

Cette invalidité par nature temporaire est dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste perte de gains professionnels actuels.

A l'inverse, elle va traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisations de la victime, mais aussi à la perte de qualité de vie et celle des joies usuelles de la vie courante que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.) ».

Ainsi, ce poste regroupe non seulement le déficit de la fonction qui est à l'origine de la gêne mais également les troubles dans les conditions d'existence (TCE), les gênes dans les actes de la vie courante (GAVC), le préjudice d'agrément temporaire et le préjudice sexuel temporaire.

Les conséquences professionnelles font l'objet d'une autre question.

2. Mode d'évaluation, outils, aides

En 2010, la SFML et la FFAMCE ont constitué un groupe de travail dont les réflexions ont été publiées et que l'AREDOC a adoptées *in extenso*⁴.

A - Un chapitre dédié

Tout d'abord, afin de permettre aux lecteurs du rapport d'expertise de bien retrouver les conséquences du dommage initial sur la vie personnelle de la victime, il a été décidé de leur consacrer un chapitre spécifique intitulé « *retentissement personnel* » (3.3).

Sont ainsi clairement exposés les éléments descriptifs nécessaires pour comprendre les durées, donc les dates de chaque période rapportées à la situation personnelle de la victime et d'en connaître l'évolution. Rappelons que les doléances ont également repris ces éléments.

4. Réflexions publiées dans la Revue Française du Dommage Corporel : – Les gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT). RFDC, 2010, 36-1, 37-39. – Classification des gênes temporaires partielles (GTP) constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire partiel (DFT). RFDC, 2011, 37-1, 83-86)

B - Raisonnement médico-légal

Chaque période de gêne, qu'elle soit totale ou partielle, est exclusive des autres sans cependant être nécessairement systématiquement présente. De plus, ces périodes peuvent se succéder, voire alterner dans le temps.

La date de consolidation retenue fixera la fin de la période des gênes temporaires.

Le caractère total ou partiel d'une gêne temporaire s'apprécie selon le type de lésion subie, son évolution et ses complications éventuelles, rapportées aux activités quotidiennes de la victime, à son âge, à l'état dans lequel elle se situait avant l'accident (personne âgée, enfant ou personne déjà handicapée par exemple). Le médecin devra apprécier la nature de la gêne non pas seulement sur la foi des déclarations de la victime ou sur des circonstances indépendantes de l'aspect médical, mais sur des éléments médicaux objectifs et factuels dont il lui appartiendra de discuter l'imputabilité aux lésions initiales et à leur évolution.

Le médecin pourra s'aider de **quelques items** utilisables dans son analyse comme la possibilité pour la victime de se laver, de s'habiller, de prendre ses repas, de se déplacer et tenir compte de la reprise de l'autonomie sphinctérienne. C'est aussi la nécessité d'un traitement anti-coagulant, le début de la verticalisation, la durée d'utilisation d'une aide technique (cannes canadiennes, cannes anglaises, déambulateur, collier cervical...), la date de première sortie hors du domicile, celle de la reprise de la conduite automobile, celle de l'utilisation des transports en commun, celle de la reprise de l'activité domestique et/ou d'agrément ou encore celle du début de la rééducation au cabinet du kinésithérapeute alors qu'il venait à domicile, sauf si le blessé est conduit en VSL. Il doit également tenir compte de la limitation du lien familial et amical, des perturbations dans la vie sexuelle et les loisirs.

Ainsi, muni des informations nécessaires, tant médicales que médico-légales, rapportées aux activités personnelles de la victime et à son statut personnel, permettant une appréciation *in concreto*, le médecin pourra préciser non seulement le caractère total ou partiel de la gêne temporaire, mais aussi, dans le cadre de la gêne partielle, montrer que, objectivement, il existe une fluctuation des gênes en donnant des éléments permettant d'en apprécier l'intensité.

Le médecin pourra ainsi dégager deux types de gênes :

- a. **La gêne temporaire totale** : c'est la période pendant laquelle la victime a été dans l'impossibilité totale de réaliser ses activités personnelles (dont ludiques et sportives) ou très restreinte dans les activités essentielles de la vie, pendant son hospitalisation ou à son domicile.

À l'hôpital, dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle totale ou d'une hospitalisation partielle de jour, la gêne est considérée comme totale dès lors que la victime est assistée pour les différents actes essentiels de la vie.

Quand la victime est à domicile, la gêne est totale dès lors qu'elle est immobilisée sans pouvoir sortir pour des raisons médicales imputables aux lésions initiales et à leur évolution.

- b. **La gêne temporaire partielle** : c'est la période pendant laquelle la victime a repris tout ou partie de ses activités personnelles (dont ludiques et sportives).

Cette période ne fait pas nécessairement suite à une période de gêne temporaire totale. Elle peut en effet débuter immédiatement après l'accident. Elle est assez fréquente et concerne plus spécifiquement les victimes de traumatismes mineurs ou ne touchant qu'une seule région corporelle. Cette gêne partielle, en fonction de l'évolution des lésions, doit faire l'objet d'un descriptif précis qui figurera au chapitre concerné dans le rapport d'expertise intitulé « *retentissement personnel* » (3.3).

Deux situations possibles peuvent être retrouvées :

- Soit la victime est gênée **partiellement dans toutes** ses activités sans pour autant que celles-ci soient rendues impossibles.
- Soit elle est gênée **totalement dans une** de ses activités alors qu'elle peut en réaliser d'autres.

L'évaluation de cette gêne temporaire partielle passe par une description méthodique. Le médecin précisera son caractère partiel, expliquera en quoi consiste la dégressivité de la gêne et en indiquera les durées séquentielles et/ou les dates de début et de fin à l'aide des 4 classes présentées dans le tableau suivant.

La tentation est grande de fixer un taux en pourcentage mais il convient de rappeler que les gênes temporaires partielles ne sont pas une AIPP⁵ temporaire. En effet, le DFT comporte non seulement les gênes fonctionnelles mais également les conséquences temporaires sur l'agrément et la vie sexuelle, ce qui n'est pas le cas de l'AIPP (le préjudice d'agrément et le préjudice sexuel définitifs sont des postes autonomes). En revanche, l'AIPP comprend les douleurs permanentes.

Dans le tableau ci-dessous le pourcentage de la gêne temporaire totale n'est qu'indicatif. Ce pourcentage représentant une limitation des activités du fait de la gêne fonctionnelle, il ne peut être mis en parallèle avec le taux d'AIPP. En revanche, il est rappelé que la limitation fonctionnelle s'intègre avec son impact dans le raisonnement, justifiant d'une cohérence entre les évaluations.

Le rapport d'expertise précisera la classe retenue pour la GTP mais l'expert doit l'argumenter.

Classification des gênes temporaires partielles constitutives d'un DFT

CLASSE	INDICE DE GRAVITÉ
Classe IV	de l'ordre de 75 % de la gêne totale
Classe III	de l'ordre de 50 % de la gêne totale
Classe II	de l'ordre de 25 % de la gêne totale
Classe I	de l'ordre de 10 % de la gêne totale

C - Exemples pratiques⁶

À la lumière de l'expérience du quotidien des experts, des exemples pratiques ont été retenus. Ces exemples tiennent compte des restrictions habituellement constatées sur l'ensemble des points précédemment évoqués de ce type de pathologie. **Cette liste n'est évidemment pas exhaustive et l'expert doit s'attacher à procéder par comparaison avec les descriptions proposées.**

Par ailleurs, il adaptera le choix d'une classe en se rapportant aux activités personnelles du blessé, à son âge, au caractère dominant d'un membre et à ses habitudes de vie, décrits au point 2 de la mission. Une immobilisation d'un membre supérieur risque de confiner une personne âgée à son domicile alors qu'un sujet jeune reprendra toutes ses activités à l'exclusion d'activités sportives.

Enfin, la classe proposée doit tenir compte de la situation globale du blessé. En cas de polyopathologies, il ne doit pas y avoir cumul de classes.

5. Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique.

6. Les exemples choisis sont indicatifs et l'expert justifie dans son rapport la classe retenue.

CLASSE	EXEMPLES
Classe IV	- Impotence fonctionnelle totale d'un membre supérieur d'origine neurologique. - Gêne majeure pour la locomotion nécessitant un fauteuil roulant ou un déambulateur. - Immobilisation rigide dorso-lombaire interdisant la position assise. - Troubles digestifs majeurs, stomies, avec astreinte aux soins et retentissement sur l'état général. - Désordre neuro-cognitif sévère entravant la gestion du quotidien. - Troubles psychiatriques sévères justifiant un suivi spécialisé et une contrainte thérapeutique spécifique majeure.
Classe III	- Immobilisation totale d'un membre supérieur avec préhension déficitaire. - Locomotion possible seulement avec deux cannes anglaises. - Immobilisation de deux segments rachidiens (cervico-dorsal ou dorso-lombaire) par contention rigide, avec sorties possibles. - Fracture de plus de trois côtes avec gêne respiratoire avérée. - Désordre neuro-cognitif avec retentissement socio-familial mais compatible avec une autonomie pour les actes de la vie courante. - Troubles psychiatriques avérés compatibles avec une vie relationnelle mais nécessitant un suivi spécialisé régulier. - Blocage bimaxillaire avec alimentation à la paille. - Perte de la vision d'un œil ou hémianopsie latérale homonyme
Classe II	- Contention de soutien d'un membre supérieur avec préhension déficitaire. - Locomotion possible avec une canne. - Immobilisation par collier cervical rigide ou ceinture de maintien lombaire. - Douleurs thoraciques avec dyspnée d'effort (un étage) et nécessité de rééducation respiratoire. - Vertiges paroxystiques bénins pendant la phase aiguë. - Désordres neuro-psychologiques avec difficultés de mémorisation, phobies, conduites d'évitement justifiant un suivi médical régulier par spécialiste.
Classe I	- Préhension possible avec soins actifs en cours. - Locomotion algique effectuée sans aide technique avec soins actifs en cours. - Raideur douloureuse d'un segment rachidien avec utilisation épisodique d'une contention souple. - Douleurs intermittentes avec suivi médical et thérapeutique en cours. - Atteinte psychologique mineure avec traitement léger et/ou soutien psychologique.

Point 10 - Aide humaine temporaire constitutive d'une assistance par tierce personne temporaire

I - Texte de la mission

Préciser les besoins en aide humaine de la victime directe, que cette aide soit apportée par l'entourage ou une tierce personne professionnelle. Préciser la nature de l'aide en détaillant s'il s'agit d'une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne ou les tâches domestiques. Détailler les périodes concernées et déterminer le nombre d'heures lorsque l'évaluation est médicalement possible.

II - Commentaires

Il s'agit d'une aide temporaire pour compenser la perte d'autonomie du blessé pour les actes et gestes de la vie courante qui a été nécessaire pendant la période de soins.

Afin de définir ce poste, l'expert se référera à la situation de la victime avant l'accident décrite au chapitre 2.

Pour répondre à la question et être le plus descriptif possible, le médecin a dû au point 3.3 de la mission « *décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsqu'elle a eu recours à une aide temporaire (matérielle ou humaine), en préciser la nature, la fréquence et la durée* ».

Il précisera dans ce chapitre et au travers du bilan lésionnel, les aides imputables, après mise en place des aides techniques et des éventuels aménagements, en rappelant la nature de l'aide (actes essentiels de la vie ou aide aux activités ménagères/logistique/déplacements), la qualité des aidants (professionnels/familiaux/amicaux). Il s'agit d'un

raisonnement médical habituel en soins et notamment en rééducation à savoir, mettre en place, selon la hiérarchie des aides de compensation, les aides techniques et à défaut les aides humaines de façon à privilégier ou à défaut compenser la perte d'autonomie.

Lorsque l'évaluation du nombre d'heures est médicalement possible, il précisera son évaluation en rappelant le volume horaire et la période. Rappelons, à ce titre, que le médecin peut aisément évaluer les aides pour les activités de la vie quotidienne, éventuellement estimer une aide-ménagère en référence aux prescriptions de tierce personne réalisées en pratique de soins.

L'expert peut utiliser les référentiels utilisés par les MDPH pour l'octroi de la PCH, pour définir les temps nécessaires à une aide à la toilette, à l'habillage, etc.

Lorsque des aides sont rapportées dans un volume inhabituel, par exemple parce qu'une situation est décrite comme atypique, le médecin raisonnera sur la capacité et l'incapacité afin d'éclairer le juriste chargé de l'indemnisation en lui précisant qu'il ne dispose pas de référentiel médical suffisant pour confirmer le chiffrage à retenir.

Il faut retenir que les besoins en aide humaine évalués par le médecin expert concernent seulement les besoins de la victime directe imputables à sa perte d'autonomie.

Lorsque des besoins divers sont réclamés en dehors des aides à la personne blessée (jardinage, garde des animaux de compagnie, etc.), l'expert doit se prononcer sur la capacité de la victime à effectuer ou non ces tâches en fonction des lésions. Il ne s'agit pas de déterminer des heures d'aide humaine qui y sont relatives, cela ne relevant pas de sa compétence.

Point 11 - Arrêt temporaire des activités professionnelles constitutif des pertes de gains professionnels actuels (PGPA)

I - Texte de la mission

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

II - Commentaires

1. Définition

La nomenclature Dintilhac définit ce poste de préjudice de la façon suivante :

Ce sont « les pertes actuelles de revenus éprouvées par cette victime du fait de son dommage. Il s'agit là de compenser une invalidité temporaire spécifique qui concerne uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation.

(...)

Ces pertes de gains peuvent être totales, c'est-à-dire priver la victime de la totalité des revenus qu'elle aurait normalement perçus pendant la maladie traumatique en l'absence de survenance du dommage, ou être partielles, c'est-à-dire la priver d'une partie de ses revenus sur cette période ».

2. Raisonnement médico-légal

Dans ce cadre d'arrêt temporaire des activités professionnelles, il faut que le médecin expert s'appuie sur :

- L'analyse du poste et de ses contraintes médicales.
- L'analyse de l'historique médical et des soins.
- L'analyse des prescriptions motivées d'arrêt de travail.
- L'exposé des doléances et les données de l'examen clinique.

Le médecin prendra connaissance des prescriptions d'arrêt de travail que lui fournit la victime ou précisera les périodes qu'elle déclare en arrêt et qui nécessiteront une documentation ultérieure.

Dans la plupart des cas, l'expert pourra relier entre elles sans difficulté les périodes d'arrêt des activités car elles correspondent aux périodes de gênes et de soins et, médicalement, l'incapacité apparaîtra cohérente par rapport aux lésions imputables.

Plus rarement, les arrêts de travail délivrés par le ou les médecins ayant participé au traitement, ne correspondent pas toujours aux critères qui fondent le raisonnement médico-légal. En effet, la victime peut être porteuse d'une pathologie intercurrente. Le médecin traitant aura pu tenir compte, sur une même prescription, de la répercussion fonctionnelle des lésions traumatiques, d'une altération de l'état général dû à une affection concomitante ou à un état antérieur, ou de l'environnement socio-familial, etc. Mais le médecin expert n'est pas tenu par ces prescriptions ; il devra donc préciser les périodes d'arrêt d'activité qui sont liées à l'accident initial.

Si la totalité de l'arrêt de travail prescrit ne lui paraît pas en relation directe et certaine avec les lésions subies lors de l'accident et leurs suites, l'expert doit s'en expliquer, sans pour autant se prononcer sur la validité de cet arrêt de travail prolongé.

Dans d'autres situations, l'expert n'arrive pas, sur la base des documents présentés, à comprendre la poursuite des prescriptions et à en établir le lien avec les lésions. Dans ce cas, il précisera les seules périodes pour lesquelles la victime lui a apporté la preuve du lien direct et certain à l'évènement accidentel.

L'expert peut éventuellement demander à la victime un extrait du dossier médical du médecin ayant poursuivi les prescriptions d'arrêts de travail notamment lorsque le volet médical n'est pas fourni. Cet extrait permet parfois de documenter les constatations médicales objectives ayant abouti aux prolongations. Mais la simple prolongation pour un motif similaire n'est pas suffisante si elle n'est pas congruente avec une démarche de soins.

Il s'agit de la situation, rare, d'arrêts de travail de longue durée pour des pathologies bénignes alors même qu'aucune démarche thérapeutique logique n'est documentée.

Dans tous les cas, il n'appartient pas au médecin expert de « remettre les victimes au travail », pas plus que de donner un avis critique sur les prescriptions des médecins traitants, mais de se prononcer seulement sur leur imputabilité.

Si la victime bénéficie d'un arrêt de travail à temps partiel, l'expert devra préciser les conditions d'aménagement du temps de travail imputable, précisées dans le chapitre 3.4.

En ce qui concerne les demandeurs d'emploi, la détermination de la durée de l'interruption des activités professionnelles est plus difficile, puisque le médecin ne peut disposer d'une connaissance précise d'une activité professionnelle exercée.

Si la victime avait perdu, peu de temps avant l'accident, un emploi régulièrement exercé et nécessitant une qualification précise, la période d'interruption pourra être déterminée en s'interrogeant sur la capacité médicale qu'aurait eue la victime d'accepter ou non un emploi dans sa qualification, ou dans le type d'emploi qu'il recherchait, et en la confrontant aux blessures subies et à leur évolution.

Si, au contraire, elle ne possède pas de qualification précise et recherchait depuis longtemps un emploi, il sera plus difficile de déterminer une période précise. Mais l'expérience et le bon sens permettent, le plus souvent, d'apporter une réponse logique, en s'appuyant plus spécifiquement sur les conséquences médicales des blessures et de leur évolution. L'expert pourra, par exemple, raisonner en précisant les périodes d'incapacité à une activité quelconque, les périodes de limitation pour des tâches spécifiques (porter, lever les bras, se baisser etc.).

Il est parfois fait état par la victime de conséquences particulières de cet arrêt de travail sur l'activité de son entreprise comme, par exemple, l'obligation dans laquelle elle s'est trouvée d'embaucher un remplaçant partiellement ou totalement. Le rôle du médecin sera alors essentiellement, non pas de justifier cette embauche ou ce remplacement, mais de préciser que l'intéressé était effectivement incapable d'exercer lui-même tout ou partie de son activité professionnelle telle qu'il déclarait l'exercer avant l'accident. Ces éléments spécifiques décrits par la victime auront été précisés au chapitre 3.4.

Un problème particulier se pose lorsqu'une personne ayant une activité professionnelle est en arrêt de travail pour des raisons médicales (ou sociales) et qu'elle est victime, pendant cette période, d'un accident l'empêchant d'effectuer les activités que son état lui permettait de poursuivre (par exemple, femme enceinte victime d'un accident pendant son congé de maternité). Le médecin expert doit clairement se prononcer sur la durée d'interruption professionnelle qui aurait été justifiée par les lésions imputables, en l'absence d'état intercurrent.

Point 12 - Souffrances endurées constitutives de souffrances endurées (SE)

I - Texte de la mission

Décrire les souffrances physiques et 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 par référence à l'échelle habituelle de 7 degrés. Justifier le chiffre retenu par une description précise.

II - Commentaires

1. Définition

La nomenclature Dintilhac définit ainsi ce poste de préjudice :

« Il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que des troubles associés, que doit endurer la victime durant la maladie traumatique, c'est-à-dire du jour de l'accident à celui de sa consolidation.

En effet, à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre ».

2. Mode d'évaluation, outils, aides

Afin de permettre au médecin expert de mieux répondre à cette question, il y a lieu de tenir compte d'une définition des souffrances endurées à la fois plus médicale et plus précise que celle du rapport Dintilhac. 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 ».

C'est au médecin expert qu'il appartient d'apprécier précisément l'importance des souffrances endurées afin de permettre au juriste (magistrat ou assureur) de les indemniser.

En effet, seul le médecin est apte, par sa formation, à se prononcer sur l'importance, la nature et la durée des douleurs engendrées par telles ou telles lésions initiales, par leur traitement et leurs conséquences sur la vie quotidienne, à connaître l'efficacité des thérapeutiques, en particulier antalgiques, employées, à suivre l'évolution des techniques médico-chirurgicales qui, depuis quelques années, ont permis de diminuer notablement la pénibilité induite par les traitements, en particulier chirurgicaux.

Son expérience médicale et médico-légale lui permet d'avoir une appréciation aussi proche que possible de la réalité. Il doit expliciter dans tous les cas les arguments qui lui ont fait retenir tel degré de l'échelle et bien préciser qu'il aura tenu compte non seulement des douleurs physiques, mais également des douleurs psychiques et leurs conséquences, en s'appuyant sur la définition ci-dessus.

Les souffrances psychiques ressenties par la victime sont celles liées à ses propres blessures ; elles ne doivent pas être confondues avec le dommage subi par le décès d'un proche, qui sera réparé au titre du préjudice d'affection.

Pour évaluer les souffrances endurées, l'expert utilise une échelle de 7 degrés.

L'extrême diversité des lésions engendrées par les accidents, les progrès des techniques permettant la survie de blessés de plus en plus gravement atteints ont rendu cette échelle à sept degrés insuffisante pour rendre compte de toutes les situations et pour traduire la différence entre les cas les plus bénins et les cas les plus graves.

Les experts se sont donc progressivement habitués à utiliser des demi-degrés : 0,5/7 ; 1,5/7 ; 2,5/7 ; etc.

Afin de retrouver les facteurs déterminants de l'importance des douleurs utilisés pour l'évaluation, l'expert recherchera des éléments objectifs grâce à l'interrogatoire et à l'analyse des pièces médicales.

Il s'appuiera notamment sur :

- la nature du fait accidentel ou offensif,
- la durée, la contrainte, la sévérité et la brutalité du fait,
- le degré de mépris ou réification exercé sur la victime,
- le nombre de blessures et leur importance,
- le contexte de l'accident, ses circonstances, les suites immédiates et le vécu psychologique,
- le nombre d'interventions chirurgicales et la durée des hospitalisations,
- le nombre de séances de rééducation ou de soins infirmiers,
- la nature des thérapeutiques prescrites :
 - La consommation d'antalgiques : niveau 1, niveau 2, niveau 3 (morphiniques ou non morphiniques) ;
 - La consommation de psychotropes.
- L'étude des échelles visuelles analogiques tout au long de la période de soins est également un élément dont l'expert peut tenir compte pour argumenter son évaluation.

Le médecin s'appuiera également sur le chapitre « *retentissement personnel* » décrit au chapitre 3.3, et à l'expression des doléances pendant la période évolutive décrite au point 4.

Le médecin peut s'aider du travail commun élaboré en 2007 par la Société Française de Médecine Légale (SFML) et la Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts en évaluation du dommage corporel (FFAMCE) intitulé « *Grille indicative d'évaluation des souffrances endurées destinée aux médecins experts* »⁷. Cette grille donne des situations médicales-types intégrant les souffrances habituellement constatées dans ces situations tant sur le plan physique que psychique. Dans son préambule, il est rappelé que ce travail intègre sur cette échelle les situations les plus exceptionnelles et définit l'ensemble des situations accidentelles. D'autre part, il est rare qu'une réaction psychique ne soit pas rapportée dans les situations accidentelles et cela a été intégré au raisonnement.

Il convient toutefois d'adapter l'évaluation lorsqu'est documentée une réaction psychique inhabituelle.

A - Douleurs persistantes ne justifiant pas d'un taux d'AIPP

Par définition, les souffrances endurées sont de nature temporaire et concernent celles subies entre l'accident et la consolidation.

Cependant, certains phénomènes algiques, dont la nature et l'absence de permanence ne permettent pas de donner lieu à un pourcentage d'AIPP, peuvent être retrouvés au moment de la consolidation. Dans ce cas, le médecin précisera qu'ils sont pris en compte dans l'évaluation des souffrances endurées. L'expert tiendra compte de la nature du bilan lésionnel, du recul depuis l'accident, de l'âge de la victime et de son expérience clinique. Cela doit permettre d'éviter de repousser inutilement une consolidation du fait d'une symptomatologie résiduelle mais en cours de disparition. L'expert aura pris soin de rappeler dans sa discussion que les lésions documentées et l'âge de la victime ne sont pas en faveur de phénomènes douloureux permanents, c'est-à-dire continus au cours de la vie.

B - Douleurs justifiant d'un taux d'AIPP

Les douleurs persistantes après consolidation font partie intégrante du taux proposé au titre de l'AIPP. La nomenclature Dintilhac précise en effet : « *à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre* ».

De plus, cet aspect est précisément décrit dans la définition de l'AIPP qui indique : « *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* ».

Cette définition ayant servi de base à l'élaboration du barème médico-légal publié par le Concours Médical, les douleurs accompagnant les gênes fonctionnelles et leurs répercussions ont bien été prises en compte dans les taux d'AIPP proposés par les spécialistes lors de leurs travaux.

Il convient donc que le médecin indique dans son rapport d'expertise qu'il a tenu compte de ces douleurs post-consolidation dans le taux d'AIPP.

3. Argumentation

Le médecin expert fera en complément de son évaluation, une synthèse des soins et arguments ayant abouti à la fixation d'une cotation afin que la victime retrouve les éléments caractérisant ses douleurs physiques et psychiques. La victime doit pouvoir, à la lecture du rapport, comprendre comment ses souffrances ont été prises en compte.

7. Rev. franç. dommage corp., 2011, 35-3, 263-267

Point 13 - Dommage esthétique temporaire constitutif d'un préjudice esthétique temporaire (PET)

I - Texte de la mission

Lorsqu'il existe une altération de l'apparence physique de la victime avant consolidation, en lien direct avec l'accident, rappeler le vécu de la victime sur ce point et les conditions d'exposition au regard des tiers.
Rappeler les éléments médicaux ayant abouti à cette altération, en décrire la nature, la localisation, l'étendue et en déterminer la durée.

II - Commentaires

1. Définition

Le dommage esthétique temporaire concerne les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime avant la consolidation.

2. Mode d'évaluation, outils, aides

En 2010, la SFML et la FFAMCE ont constitué un groupe de travail dont les réflexions ont été publiées et que l'AREDOC a adoptées *in extenso*. Cette méthode d'évaluation a été consacrée par les travaux du congrès de la FFAMCE de 2022 sur la peau.

Le dommage esthétique constitutif d'un préjudice esthétique temporaire étant consacré comme un poste autonome, il convient, pour l'expert, de pouvoir apporter les éléments constitutifs de son existence, d'une part, et de son évaluation, d'autre part.

Pour pouvoir se prononcer sur l'existence d'un dommage esthétique temporaire, distinct de tout autre poste temporaire comme les souffrances endurées ou les gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire, il convient de prendre en compte 4 items : la nature des lésions, leur localisation, leur étendue et la durée du ressenti.

L'expert en déduira s'il s'agit d'un DET ou si les doléances relèvent des souffrances endurées ou des gênes temporaires, en argumentant sa position.

A - Éléments à rechercher à partir des doléances et des documents présentés

I. Caractériser la nature des éléments qui perturbent l'apparence physique de la victime aux tiers :

a - La nature

Deux types de situations sont évoqués lors d'une expertise :

- La victime a dû se présenter aux tiers dans une situation de soins modifiant le regard des tiers à son égard ; il s'agit, par exemple, d'une personne se déplaçant en fauteuil avec un fixateur externe, une sonde d'alimentation, en fauteuil roulant, avec une modification de la démarche corporelle.
- La victime a dû se présenter aux tiers avec une atteinte corporelle visible telle qu'une plaie du visage, un hématome diffusant, une brûlure.

b - La localisation

Il est réel que, dans la définition qui est donnée de ce poste de préjudice esthétique temporaire autonome, la caractéristique principale de l'altération de l'apparence physique décrite est que la victime soit dans la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers. Ainsi, il est des cicatrices dont la visibilité et l'aspect sont immédiatement réparables, d'autres qui le sont moins et il conviendra de prendre cette situation en compte.

c - L'étendue

L'étendue de l'atteinte corporelle, plaie, brûlure ou autre atteinte esthétique consécutive à un accident ou non, notamment à un acte chirurgical, devra également être prise en considération.

d - La durée

Le médecin devra prendre en compte la durée pendant laquelle la victime a été dans l'obligation de se présenter dans un état altéré au regard des tiers.

II. Caractériser les éléments ressentis par la victime du fait de la présentation aux tiers

Cet élément d'appréciation est habituellement évoqué par l'expert au temps de l'évaluation du chapitre 3.3 mais aussi au point 4.

En effet, pour certaines victimes, il peut s'agir d'un élément douloureux et mal vécu, par exemple un jeune adulte qui a une vie sociale importante, un parent de jeune enfant qui aura dû se présenter pendant plusieurs semaines avec une plaie du visage, en fauteuil roulant, avec un fixateur externe.

Chaque situation est différente et citons à titre de contre-exemple l'enfant qui parlera de son plâtre sur lequel tous ses amis ont fait un dessin, le vécu en sera bien différent.

B - Méthodologie d'évaluation

Il appartient au régleur ou au magistrat d'indemniser ce poste sur la base de la description précise effectuée par le médecin en retenant les critères mentionnés ci-dessus. Il n'appartient pas au médecin de quantifier ce poste, cette méthode pouvant entraîner une confusion avec le dommage esthétique définitif, figé dans le temps.

Pour le médecin, il s'agit de situations où les contacts avec les tiers sont déclarés mal vécus et où des lésions ou soins ont été de nature à modifier la présentation physique de la victime au regard de ceux-ci. Sont à prendre en compte : des plaies visibles (l'expert va s'appuyer sur la description du CMI, les photographies datées, les descriptions initiales en soins notamment infirmiers, l'évolution habituelle des lésions), les interventions chirurgicales et leurs voies d'abord, l'existence de troubles de la marche (l'expert va s'appuyer sur la physiopathologie des lésions, les descriptions cliniques évolutives) etc.

Le dommage esthétique temporaire doit dans ce cas être retenu comme un poste autonome.

Les doléances exprimées peuvent relever d'un autre poste. Ainsi, le fait de s'être déplacé à l'aide d'un déambulateur ou d'avoir dû porter un collier cervical, une attelle ou une orthèse, peut relever soit des souffrances endurées au titre notamment, du caractère astreignant des soins, soit des gênes temporaires au titre de la thérapeutique prescrite. Il ne s'agit pas alors d'un poste autonome.

Point 14 - Atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) constitutive du déficit fonctionnel permanent (DFP)

I - Texte de la mission

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 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 comme « 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 ».

Donner une description des trois composantes de cette AIPP en référence au diagnostic séquellaire.

II - Commentaires

1. Bref historique

Depuis 2000, suite aux travaux menés à Trèves, un nouveau concept a été adopté par la Commission européenne : l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP). Sa définition a été reprise par la nomenclature Dintilhac et par la mission élaborée par l'AREDOC en 2006 mise à jour ensuite.

La Cour de cassation a également validé la définition du déficit fonctionnel permanent dans toutes ses composantes en affirmant notamment, par deux arrêts du 28 mai 2009⁸ et du 1^{er} juillet 2010⁹, que ce poste de préjudice englobe la perte générale de l'agrément de la vie.

8. Cass., Civ., 2, 28 mai 2009 n° 08-16.829.

9. Cass., Civ., 2, 1^{er} juillet 2010 n° 09-68.003.

La 2^e chambre civile a confirmé par un arrêt du 28 février 2013¹⁰ que les éventuelles souffrances permanentes sont également englobées dans le DFP.

Cette position a été rappelée plus récemment par des arrêts rendus par la 2^e chambre civile de la Cour de cassation en 2021¹¹.

2. Définition

La nomenclature Dintilhac définit ainsi le poste de préjudice qu'elle dénomme « *déficit fonctionnel permanent* » :

« Ce poste de préjudice cherche à indemniser un préjudice extra-patrimonial découlant d'une incapacité constatée médicalement qui établit que le dommage subi a une incidence sur les fonctions du corps humain de la victime. »

Il s'agit ici de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser, à ce titre, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation.

Ce poste peut être défini, selon la Commission européenne à la suite des travaux de Trèves de juin 2000, comme correspondant à « la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant de l'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 ».

En outre, ce poste de préjudice doit réparer la perte d'autonomie personnelle que vit la victime dans ses activités journalières, ainsi que tous les déficits fonctionnels spécifiques qui demeurent même après la consolidation.

En raison de son caractère général, ce déficit fonctionnel permanent ne se confond pas avec le préjudice d'agrément, lequel a pour sa part un objet spécifique en ce qu'il porte sur la privation d'une activité déterminée de loisirs ».

3. Raisonnement médico-légal et évaluation

A - Raisonnement médico-légal

L'AIPP comprend non seulement la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel mais aussi le retentissement psychologique secondaire aux séquelles présentées et les douleurs qui les accompagnent, ainsi que la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qui y sont associés¹².

Pour déterminer un taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique, il est nécessaire d'avoir pratiqué un examen clinique minutieux, précis et comparatif.

Pour apprécier les douleurs permanentes, l'expert s'appuiera sur les doléances exprimées, la physiopathologie lésionnelle, la typologie de la douleur selon la classification internationale, les prescriptions d'antalgiques et les données de son examen clinique.

Pour déterminer l'impact sur la vie quotidienne, l'expert s'appuiera sur les doléances et les données de son examen clinique rapportées au mode de vie et conditions d'existence décrites au chapitre 2.

L'argumentaire est indispensable en décrivant les trois composantes de l'AIPP.

10. Cass., Civ., 2, 28 février 2013 n° 11-21.015.

11. Cass. 2^e civ., 9 décembre 2021, n° 20-13.766 ; Cass. 2^e civ., 17 juin 2021, n°19-15.065

12. Ainsi, la CA de Lyon dans un arrêt du 18 avril 2013 n° 11/07499 précise « Le déficit fonctionnel permanent est défini comme une altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques sensorielles ou mentales ainsi que des douleurs permanentes ou tout autre trouble de santé entraînant une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie au quotidien par la victime dans son environnement. [...] Il n'y a pas lieu de fixer une indemnité séparée au titre des troubles dans les conditions d'existence en procédant à une distinction totalement artificielle qui n'a pour objet que d'obtenir une majoration indirecte de la valeur du point alors que ces troubles sont précisément l'objet même de la définition du déficit fonctionnel permanent ».

B - Outil

Le barème le plus utilisé actuellement est le barème du Concours Médical élaboré par des spécialistes des domaines concernés suite aux travaux de Trèves. Il s'appuie sur la définition européenne de l'AIPP et correspond en cela exactement à la définition donnée par la nomenclature Dintilhac.

Rappelons que le barème définit des situations type et qu'il intègre dans son raisonnement l'existence de douleurs permanentes. Les douleurs sont, en clinique, un des éléments à l'origine des limitations constatées. Le barème intègre également l'impact habituel des limitations et des douleurs dans la vie quotidienne.

Ce barème a été repris dans l'annexe du décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du Code de la santé publique, devenant ainsi le barème officiel pour toutes ces évaluations. Ce barème est également intégré au PAOS.

Seul un autre barème s'appuie sur cette définition de l'AIPP : c'est le « *Guide Barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique* »¹³.

4. Particularités du poste

A - Déficits multiples

En cas de séquelles multiples, il ne peut être effectué une simple addition des différents taux car cela aboutirait à un total pouvant dépasser largement les 100 %. L'évaluation se fait globalement et le taux final retenu tient compte :

- de l'appréciation des capacités restantes,
- de la comparaison de l'importance de la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel avec celle représentée par les taux conventionnels maximaux du barème.

L'utilisation de formules mathématiques plus ou moins complexes, donnant une apparente rigueur scientifique, n'est pas de mise pour la fixation du taux d'AIPP dans le cadre du droit commun. La réflexion doit être synthétique, globale, débouchant sur un taux qui doit être argumenté en se basant, pour les situations particulières, sur les pertes de fonction (préhension, locomotion, etc.). Il n'est donc pas souhaitable de donner un taux à chaque séquelle.

B - Douleurs après consolidation

a - Douleurs persistantes ne justifiant pas d'un taux d'AIPP

Par définition, les souffrances endurées sont de nature temporaire et concernent celles subies entre l'accident et la consolidation.

Cependant, certains phénomènes algiques, dont la nature et l'absence de permanence ne permettent pas de donner lieu à un pourcentage d'AIPP, peuvent être retrouvés au moment de la consolidation. Dans ce cas, le médecin précisera qu'ils sont pris en compte dans l'évaluation des souffrances endurées. L'expert tiendra compte en effet de la nature du bilan lésionnel, du recul depuis l'accident, de l'âge de la victime et de son expérience clinique. Ceci doit permettre d'éviter de repousser inutilement une consolidation du fait d'une symptomatologie résiduelle mais en cours de disparition. L'expert aura pris soin de rappeler dans sa discussion que les lésions documentées et l'âge de la victime ne sont pas en faveur de phénomènes douloureux permanents, c'est-à-dire définitifs toute la vie durant.

b - Douleurs justifiant d'un taux d'AIPP

Les douleurs persistantes après consolidation font partie intégrante du taux proposé au titre de l'AIPP. La nomenclature Dintilhac précise en effet : « à compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre ». De plus, cet aspect est précisément décrit dans la définition de l'AIPP qui indique : « 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 ».

13. Éditions Anthémis, LGDJ, 2010.

Cette définition ayant servi de base à l'élaboration du barème publié par le Concours Médical, les douleurs accompagnant les gênes fonctionnelles et leurs répercussions ont bien été prises en compte dans les taux d'AIPP proposés par les spécialistes lors de leurs travaux. Il convient donc que le médecin indique, dans son rapport d'expertise, qu'il a tenu compte de ces douleurs post-consolidation dans le taux d'AIPP.

5. Argumentation

Le médecin va corréliser le bilan lésionnel imputable, les données de l'examen clinique aux spécificités de la victime. Pour cela, rappelons que la victime aura été interrogée au chapitre 2 sur son mode de vie et ses conditions d'existence et au chapitre 4 sur ses doléances et l'impact des séquelles sur sa vie quotidienne.

Le médecin va donc argumenter précisément afin que la victime comprenne en quoi ont été prises en compte les trois composantes de l'AIPP.

Cet argumentaire doit être bien détaillé pour que la victime comprenne comment, au travers du bilan lésionnel et du tableau séquellaire, l'expert a pris en compte les doléances exprimées et les données de l'examen clinique.

Point 15 - Dommage esthétique permanent constitutif du préjudice esthétique permanent (PEP)

I - Texte de la mission

Selon la nomenclature Dintilhac « *Ce poste cherche à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage.*

Ce préjudice a un caractère strictement personnel et il est en principe évalué par les experts selon une échelle de 1 à 7 (de très léger à très important) ».

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.

Argumenter l'évaluation en rappelant synthétiquement les éléments retenus.

II - Commentaires

1. Définition

La nomenclature Dintilhac définit le préjudice esthétique permanent ainsi :

« *Ce poste cherche à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage. Ce préjudice a un caractère strictement personnel et il est en principe évalué par les experts selon une échelle de 1 à 7 (de très léger à très important) ».*

Il s'agit de l'ensemble des disgrâces physiques, cicatrices ou déformations majeures imputables à l'accident et dont reste porteuse la victime après consolidation.

Font également partie du dommage esthétique, le fait de se déplacer en fauteuil roulant, d'utiliser une prothèse de remplacement, etc.

Les degrés de l'échelle utilisée pour l'évaluation du dommage esthétique, auparavant en adjectifs, puis actuellement en demi-degrés sont les mêmes que pour les souffrances endurées, de 0,5 à 7/7.

2. Raisonnement médico-légal et évaluation

Pour évaluer ce dommage, le médecin a l'expérience et la compétence qui lui permettent de se prononcer sur l'imputabilité à l'accident d'une disgrâce ou d'une cicatrice, sur son évolution la plus probable, sur son accessibilité à une

thérapeutique médicale ou chirurgicale. Le médecin expert ne doit pas se contenter de qualifier le dommage esthétique, il doit motiver son choix en décrivant les éléments constitutifs de ce dommage au chapitre de l'examen clinique.

Il s'agit, le plus souvent, d'une cicatrice dont il faut préciser le siège, les dimensions, la coloration, le fait qu'elle attire plus ou moins le regard, son évolution la plus probable.

Lorsqu'il existe de multiples cicatrices, il est parfois difficile de trouver le juste équilibre entre une description concise mais précise et une description trop méticuleuse nuisant à la représentation que doit s'en faire le lecteur. L'expert peut joindre au rapport des photographies avec l'accord de la victime.

En tout état de cause, cela ne dispense jamais le médecin d'en faire la description anatomique fidèle qui reste la meilleure méthode d'appréciation objective. L'évolution de la plupart des cicatrices est longue, de l'ordre de 12 à 24 mois. Dans nombre de dossiers, les autres séquelles sont stabilisées alors que le dommage esthétique ne l'est pas. Lorsque ce dommage est peu important, l'expert peut proposer une quantification tenant compte de l'évolution la plus probable.

Dans tous les cas, l'expert devra évaluer le dommage esthétique *in abstracto* et rappellera synthétiquement son argumentaire dans ses conclusions.

A - Critères d'évaluation

L'expert qualifie le dommage esthétique uniquement en fonction de l'importance de la lésion anatomique provoquant une disgrâce et de sa situation l'exposant plus ou moins au regard des autres dans les conditions habituelles de la vie sociale, même si, en pratique, il est parfois difficile de s'extraire du contexte global. Il n'a pas à faire référence à l'âge ou au sexe de la victime ni à la répercussion économique éventuelle. Si le dommage esthétique a un retentissement professionnel (certaines disgrâces peuvent rendre difficile l'exercice de professions obligeant au contact avec le public), il appartient à l'expert de se prononcer sur l'incidence de ce dommage sur la profession exercée au moment de l'accident, mais il ne devra pas en tenir compte dans son évaluation médico-légale, ces conséquences étant prises en compte dans l'indemnisation.

Le même dommage esthétique chez des individus de même sexe et d'âge similaire peut être vécu d'une manière très différente. Il existe presque toujours une part psychologique dans le vécu du dommage esthétique, mais la difficulté à assumer une disgrâce peut prendre des dimensions psychopathologiques. Il n'appartient pas au médecin expert de majorer la quantification du dommage esthétique pour tenir compte de ce facteur mais il doit l'analyser dans son rapport et en tirer toute conclusion sur son éventuelle permanence.

B - Accessibilité à la thérapeutique

Le médecin expert doit aussi donner son avis sur l'accessibilité du dommage esthétique à la thérapeutique, médicale ou chirurgicale, en sollicitant le cas échéant l'avis d'un spécialiste.

Si la victime souhaite bénéficier d'une thérapeutique adaptée, il conviendra d'estimer le dommage avec un recul suffisant, c'est-à-dire à distance du traitement pratiqué, en particulier chirurgical. En revanche, si une victime ne souhaite pas de traitement – et on ne peut le lui imposer – l'expert doit alors quantifier le dommage tel qu'il existe lors de son examen et donner une information sur ce qu'il pourrait probablement devenir après les traitements, dont il précisera exactement la nature en indiquant, *in fine*, le refus du patient.

Bien souvent, les patients, ou les parents s'il s'agit d'enfants, souhaitent avoir recours à la chirurgie esthétique alors que l'indication est loin d'être évidente. L'expert doit donner son avis sur cette indication et quantifier le dommage en l'état s'il lui paraît stabilisé.

Le problème de l'indication d'une correction chirurgicale à moyen terme se pose fréquemment pour les enfants lorsque le dommage esthétique n'est que modéré. Si les cicatrices s'allongent en même temps que la croissance de l'enfant, leur aspect s'améliore très notablement et ce dernier processus l'emporte presque toujours sur le premier, si bien que rares sont les jeunes victimes qui se font opérer à la fin de leur croissance. Cependant, dans le cas où les parents souhaitent expressément « réserver » les droits de leur enfant pour l'avenir, l'expert doit donner toutes les explications nécessaires.

Bien entendu, le médecin devra tenir compte des techniques de chirurgie plastique et de chirurgie esthétique, ainsi que de la médecine esthétique dont les techniques évoluent beaucoup, qui ont un coût important et qui ne sont généralement pas systématiquement prises en charge par les organismes sociaux. Le médecin expert doit vérifier que l'acte est pris en charge ou non dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), chaque acte étant classé par fiche pratique.

Le médecin précisera si le devis présenté pour de telles interventions esthétiques est conforme aux règles de l'art et à ce qui est pratiqué habituellement pour le type d'intervention proposé.

Du fait des progrès de la chirurgie plastique et de la médecine dermo-esthétique, les médecins experts doivent être au fait des nouvelles techniques comme les injections d'acide hyaluronique, les dermabrasions et les traitements de cicatrices ou d'hyperpigmentations au laser.

Les outils d'évaluation du dommage esthétique sont rares dans la littérature. Le barème de la Société Française de Médecine Légale¹⁴ donne quelques exemples pratiques d'évaluation du dommage esthétique qui sont tout à fait utiles au quotidien.

Point 16 - 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)

I - Texte de la mission

En cas de répercussion dans l'exercice des activités professionnelles de la victime, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident et en faisant référence aux contraintes spécifiques inhérentes à l'activité déclarée, aux doléances, aux données de l'examen clinique, au diagnostic séquellaire.

Lorsqu'il s'agit d'une victime en recherche d'emploi, préciser les mêmes éléments en procédant par référence à sa formation, au dernier emploi exercé et à la recherche d'emploi.

Lorsqu'il s'agit d'un écolier, d'un étudiant ou d'un élève en cours de formation professionnelle, préciser si une modification de la formation prévue ou de son abandon peut être considérée comme en lien direct et certain avec l'accident.

II - Commentaires

1. Bref historique

Le groupe de travail présidé par Jean-Pierre Dintilhac en 2005 a distingué trois postes de préjudice : les pertes de gains professionnels futurs, l'incidence professionnelle et le préjudice scolaire universitaire et de formation, dont les définitions suivent.

2. Définitions

• Les pertes de gains professionnels futurs (PGPF)

« Il s'agit d'indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage. »

Il s'agit d'indemniser une invalidité spécifique, partielle ou totale qui entraîne une perte ou une diminution directe de ses revenus professionnels futurs à compter de la date de consolidation. Cette perte ou diminution des gains professionnels peut provenir soit de la perte de son emploi par la victime, soit de l'obligation pour celle-ci d'exercer un emploi à temps partiel à la suite du dommage consolidé.

Ce poste n'englobe pas les frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste qui ne sont que des conséquences indirectes du dommage (...) ».

• L'incidence professionnelle (IP)

« Cette incidence professionnelle à caractère définitif a pour objet d'indemniser non la perte de revenus liée à l'invalidité permanente de la victime, mais les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle, ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à sa nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance de son handicap.

Il convient en outre de classer dans ce poste les frais de reclassement, de formation ou de changement de poste (...) ».

14. Société Française de Médecine Légale – Barème d'évaluation médico-légale, Paris 2000, Eska éd.

• Le préjudice scolaire universitaire ou de formation (PSUF)

« Ce poste (...) a pour objet de réparer la perte d'année(s) d'étude que ce soit scolaire, universitaire de formation ou autre, consécutive à la survenance du dommage subi par la victime directe.
Ce poste intègre, en outre, non seulement le retard scolaire ou de formation subi, mais aussi une possible modification d'orientation, voire une renonciation à toute formation qui obère ainsi gravement l'intégration de la victime dans le monde du travail ».

3. Raisonnement médico-légal

A - La répercussion professionnelle

a - Quelques principes

La mission du médecin expert est de discuter l'imputabilité et de décrire le retentissement des séquelles sur les activités professionnelles. Il n'a pas à qualifier un poste de préjudice ni à préciser si les répercussions devront être intégrées aux PGPF ou à l'IP par exemple.

Ce chapitre n'est pas la simple reproduction des symptômes séquellaires pendant les heures de travail mais une étude spécifique et argumentée.

b - Le cheminement de la mission

Pour cela, rappelons le cheminement de la mission, l'expert se basant sur la comparaison des points suivants :

- Une description minutieuse du poste de travail exercé : statut, organisation effective de l'activité professionnelle, description des tâches effectuées au cours de l'activité professionnelle, en précisant le volume respectif des différentes activités, les contraintes inhérentes au poste de travail (Point 2).
- Une étude des conditions de reprise des activités professionnelles (Point 3.4).
- Un recueil des doléances professionnelles : existe-t-il des douleurs, une limitation pour la réalisation des travaux nécessaires à l'exercice de la profession. L'interrogatoire de la victime sur les tentatives de reprise, d'adaptation, de reclassement, les raisons de l'absence de mise en place de celles-ci mais aussi sur le projet professionnel est indispensable (Point 4).
- Un examen clinique précis et fonctionnel ciblé par rapport aux gestes et travaux inhérents à la profession (Point 5).
- Une analyse des capacités restantes nécessaires à la reprise de ses activités professionnelles sur la base d'un examen fonctionnel adapté et permettant de décrire les possibilités de reclassement sur la base de celles-ci (Point 6).
- Une analyse de l'imputabilité pour mettre en perspective : contraintes professionnelles, doléances, examen clinique et imputabilité (point 6.4).

c - Les situations rencontrées par l'expert

Schématiquement, on peut résumer les différentes situations rencontrées que le médecin va décrire avec soin :

1. Reprise possible au même poste sans gêne.
2. Reprise possible au même poste de travail avec gêne évoquée pour des travaux spécifiques ne nécessitant aucun aménagement ni aucune restriction médicale.
3. Reprise possible au même poste de travail avec gêne évoquée pour des travaux spécifiques et nécessitant des aménagements, des adaptations ou transformations du poste, des restrictions médicales ou des mesures d'aménagement du temps de travail.
4. Impossibilité de reprise des activités antérieures correspondant à une inaptitude au poste de travail validée par le médecin du travail pouvant aboutir, selon les possibilités de reclassement dans l'entreprise et selon la volonté de l'employeur :
 - soit à une décision de reclassement interne dans l'entreprise et à un changement de poste de travail ;
 - soit à un licenciement pour inaptitude médicale en cas d'absence de possibilité de reclassement dans l'entreprise invoquée par l'employeur ou en cas de refus du salarié de donner suite à une proposition de reclassement de l'employeur.
5. Impossibilité de reprise de toute activité professionnelle.

d - Le travail de l'expert

Dans la première situation, l'expert pourra préciser qu'il n'y a pas de répercussion.

Dans les situations 2 et 3 :

Sur la base d'une description précise des contraintes professionnelles décrites au chapitre 3, l'expert devra définir la nature des travaux spécifiques pour lesquels il existe une gêne accrue allant au-delà de celles rencontrées dans la vie quotidienne déjà prises en considération dans l'évaluation de l'AIPP. Il précisera la durée des travaux spécifiques, leur fréquence, la nature des modifications dans l'exercice professionnel.

Dans la situation 4 :

L'expert décrira la nature de l'incapacité médicale par rapport aux contraintes du poste. Il décrira sur un plan médical les possibilités d'aménagement du poste, de reclassement sur un autre poste de l'entreprise telles qu'elles sont décrites, sur un autre poste de travail en dehors de l'entreprise. Il convient de rester sur un aspect médical pur sans valider ou contester les décisions rendues par le médecin du travail, par le praticien conseil de la Sécurité sociale ou des commissions administratives.

Dans la situation 5 :

L'expert décrira en quoi les séquelles ne permettent plus à la victime d'avoir une activité professionnelle quelconque.

e - Quelques cas particuliers

Bien qu'ayant repris la même activité professionnelle, la victime peut alléguer qu'elle a perdu des chances de promotion professionnelle. Ce point devra être précisé dans les doléances et décrit avec précision. Toutefois, l'expert devra se prononcer, dans la mesure du possible, en restant sur le terrain strictement médical sur les périodes d'incapacité à une éventuelle autre activité professionnelle. Il ne lui appartient pas de confirmer ou d'infirmer une telle perte de chance qui est une notion juridique relevant du juge ou du magistrat.

Certaines séquelles peuvent entraîner légalement l'incapacité à certaines professions, essentiellement pour des motifs de sécurité. Ce sont, par exemple, certains déficits visuels ou une comitialité. L'expert ne peut qu'expliquer ces incapacités légales ou réglementaires en donnant cependant toutes précisions utiles sur les textes les régissant.

Rappelons là aussi qu'il peut exister des différences d'appréciation :

- **Avec la médecine du travail**

Le médecin du travail ne fait pas d'analyse d'imputabilité ni du caractère permanent des séquelles. Il tient compte, des autres pathologies du salarié, de la situation du salarié dans l'entreprise, de la situation de l'entreprise. En revanche il doit fonder sa décision sur une analyse du poste de travail.

C'est pourquoi, fréquemment, le médecin expert demandera au blessé de fournir son dossier médical de santé au travail afin de confronter l'analyse du médecin du travail à la sienne.

Il pourra consulter l'analyse du poste de travail, les données de l'examen clinique du médecin du travail pour les confronter à ses propres constatations.

En pratique, il peut exister d'importantes variations liées au temps séparant les examens cliniques.

- **Avec le médecin de la Sécurité sociale**

En maladie, le médecin de la Sécurité sociale peut prendre une décision de mise en invalidité même pendant la période évolutive des lésions ou de la pathologie car il n'a pas à analyser l'imputabilité ni le caractère permanent, l'invalidité dans ce cadre légal étant révisable en cas d'amélioration.

Au-delà, il tient compte des autres pathologies médicales, de la situation sociale de la victime, des limites de temps de prescription des arrêts de travail. Il se fonde sur la capacité à exercer l'activité professionnelle quelconque et non sur la capacité à exercer un travail spécifique.

Le médecin-expert peut là aussi demander, par l'intermédiaire du blessé, les éléments médicaux constatés par le médecin de sécurité sociale et de la même façon comparer son examen clinique au sien.

En accident du travail, le médecin de la Sécurité sociale doit tenir un raisonnement d'imputabilité mais avec des règles et pratiques différentes du droit commun : il existe une présomption d'imputabilité et un barème propre.

Dans ce cas, la communication du certificat final et de la notification de la rente (y compris le taux professionnel), ou si besoin du rapport médical d'attribution du taux d'IPP, permet une analyse croisée.

- **Avec la décision de la MDPH**

De la même façon, le médecin de la MDPH ne fait pas d'analyse d'imputabilité et ne s'interroge pas sur le caractère permanent des séquelles. Au-delà, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé se fonde sur l'analyse d'un dossier rempli par le médecin généraliste et il n'y a que très rarement un examen clinique.

Le médecin expert peut demander la communication du dossier constitué auprès de la MDPH (qui peut proposer des solutions de reclassement) afin de vérifier si les arguments retenus sont en rapport avec les séquelles imputables.

Il recherchera l'existence d'autres pathologies. L'expérience montre que l'attribution du statut de travailleur handicapé est aussi admise pour des pathologies non majeures.

- **Avec le conseil médical de la fonction publique**

Le conseil médical est une instance que l'administration employeur consulte avant de prendre les décisions spécifiques relatives aux arrêts de travail des fonctionnaires, par exemple la prolongation d'un congé de maladie ordinaire (CMO) au-delà de 6 mois consécutifs ou encore l'attribution et le renouvellement d'un congé de longue maladie (CLM), d'un congé de grave maladie, ou d'un congé de longue durée (CLD).

Le conseil médical émet un avis favorable ou défavorable à la décision envisagée.

En formation restreinte, le conseil médical est composé de 3 médecins titulaires et 1 ou plusieurs médecins suppléants, désignés parmi les médecins agréés. En formation plénière, le conseil médical est composé des médecins siégeant en formation restreinte et de représentants de l'administration et du personnel.

Le médecin expert en dommage corporel peut en cas d'incompréhension de la poursuite des arrêts de travail demander à la victime de fournir ces expertises pour comprendre le fondement des arrêts de travail.

En ce qui concerne les décisions du conseil médical, et notamment dans les mises en invalidité, il faut rappeler que ce sont des commissions paritaires tenant compte d'une expertise que l'expert en dommage corporel peut demander mais aussi de la situation professionnelle pratique.

Ces commissions émettent un avis que l'employeur peut ne pas suivre. L'expert aura donc un raisonnement différent mais sur la base des expertises de médecine agréée, il pourra rechercher des éléments d'analyse.

Notons qu'en pratique la gestion de ce dispositif spécifique à la fonction publique est parfois long et déconnecté chronologiquement des arrêts de travail imputables à l'accident.

L'expert fondera alors son raisonnement sur les éléments médicaux objectifs en expliquant la dissociation pratique des décisions administratives

f - Le cas des victimes en recherche d'emploi

La description effectuée au point 3 doit permettre de retrouver la dernière activité, ou l'activité habituellement exercée. Le médecin doit raisonner en référence à cette activité.

En l'absence d'activité récente ou récurrente, la réponse du médecin ne pourra être que limitée, générale et non spécifique.

B - La répercussion scolaire et universitaire

Pour répondre précisément à la question posée, le médecin devra se reporter au point 2 de la mission qui lui demande notamment de 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, ses souhaits et projets professionnels* ».

Le médecin s'attachera à décrire le cursus scolaire ou universitaire.

Dès lors que la victime fait état d'une impossibilité de poursuivre ses études, le rôle du médecin sera de discuter l'imputabilité de ces doléances aux séquelles retenues.

Lorsque la victime déclare être dans l'impossibilité de pouvoir pratiquer la profession à laquelle il se destinait, voire de toute profession, le médecin expliquera sur un plan médical, l'incapacité par rapport aux contraintes de cette profession ou d'une profession quelconque.

En revanche, il n'appartient pas au médecin de préciser s'il existe une perte de chance, terminologie juridique, de réaliser un projet de cursus scolaire, de formation, ou de mener à bien un projet professionnel.

Point 17 - Répercussions des séquelles sur les activités d'agrément constitutives d'un préjudice d'agrément (PA)

I - Texte de la mission

En cas de répercussion dans l'exercice des activités spécifiques, sportives ou de loisirs, régulièrement pratiquées antérieurement à l'accident par la victime, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité aux lésions et aux séquelles retenues.

Préciser s'il existe de manière permanente et médicalement justifiée, une impossibilité ou une contre-indication médicale à la pratique complète de ces activités, une limitation constante à maintenir l'activité au niveau décrit concernant son volume, son intensité, sa régularité.

Décrire et argumenter, sans quantifier, l'évaluation en rappelant synthétiquement les éléments retenus.

II - Commentaires

1. Définition

Le préjudice d'agrément est inclus dans les postes à caractère permanent. Rappelons que le retentissement temporaire (avant consolidation) est inclus dans le DFT¹⁵.

Pour la nomenclature Dintilhac, « *Ce poste de préjudice vise exclusivement à réparer le préjudice d'agrément spécifique lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique, sportive ou de loisirs. Ce poste de préjudice doit être apprécié in concreto en tenant compte de tous les paramètres individuels de la victime (âge, niveau, etc.)* ».

La jurisprudence a consacré cette définition en 2009, puis y a inclus la limitation dans un arrêt du 29 mars 2018¹⁶.

2. Mode d'évaluation, outils, aides

Certaines victimes déclarent au médecin expert ne plus pouvoir s'adonner, du fait de leurs séquelles, à une ou plusieurs activités spécifiques ou particulières d'agrément qu'elles précisent avoir régulièrement pratiquées avant l'accident (activités sportives, de loisirs, artistiques, culturelles, associatives...).

Au point 2, le médecin a décrit précisément ces activités et en a notamment décrit la fréquence et les modalités. Il en a déduit les contraintes médicales et à l'issue des doléances, examiné spécifiquement celles-ci.

15. Cf. point 9 de la mission.

16. Cass. 2^e civ., 29 mars 2018, n°17-14.499, Publié au bulletin.

Il existe deux situations :

- Il y a une impossibilité définitive à la poursuite de ces activités sportives ou de loisirs du fait des séquelles.
- Il y a une limitation constante au maintien de l'activité au niveau décrit concernant son volume, son intensité, sa régularité.

Dans cette situation le médecin décrira cette impossibilité ou cette limitation permanente en précisant leur cohérence par rapport aux séquelles imputables et leur caractère permanent.

Ce point de vue s'appuie sur la physiopathologie et n'est pas le simple exposé d'une doléance pendant l'activité. Il doit s'agir d'une limitation permanente ne permettant définitivement pas à la victime de retrouver son activité en termes de **volume** (diminution du volume horaire), son **intensité** (incapacité à soutenir l'activité au niveau antérieur), sa **régularité** (pratique espacée du fait de douleurs).

Le retentissement définitif sur les activités d'agrément ne doit pas être confondu avec la difficulté de profiter des agréments normaux de la vie. Il vise exclusivement l'impossibilité ou la limitation pour la victime de pratiquer régulièrement une activité sportive ou de loisirs.

Dans le cas contraire, le médecin précisera que cette répercussion est déjà prise en compte au titre de l'AIPP dans le cadre de la dernière partie de sa définition qui précise : « 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 18 - Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles constitutives d'un préjudice sexuel (PS)

I - Texte de la mission

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.

Préciser si les séquelles sont de nature à rendre impossibles les activités sexuelles ou à modifier de manière permanente les activités sexuelles et constitutives d'une atteinte de la libido, à la capacité physique de réaliser l'acte, ou à la capacité à accéder au plaisir.

Décrire et argumenter, sans quantifier, l'évaluation en rappelant synthétiquement les éléments retenus.

II - Commentaires

1. Définition

Le préjudice sexuel est un poste de préjudice à caractère permanent. Le retentissement temporaire sur les activités sexuelles est inclus dans le DFT.

La nomenclature Dintilhac définit ainsi ce poste de préjudice :

« Ce poste concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle.

Il convient de distinguer trois types de préjudice de nature sexuelle :

- Le préjudice morphologique qui est lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi,
- Le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir),
- Le préjudice lié à une impossibilité ou à une difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical, etc.) ».

2. Mode d'évaluation, outils, aides

Quelle qu'en soit l'origine, le médecin aura sollicité de manière pudique l'expression des doléances dans ce cadre. Il en étudiera l'imputabilité et la cohérence avec les données de l'examen clinique et la physiopathologie.

Il doit essayer d'apprécier le contexte de survenue, sachant que la sexualité est multifactorielle et évolutive, en s'assurant aussi du caractère définitif de la plainte.

C'est le caractère descriptif des séquelles alléguées et avérées, qui permet d'évaluer le retentissement sur la vie sexuelle (et non une quantification dans une échelle de 0 à 7).

En pratique il existe plusieurs situations :

1. Atteinte organique (urogénitale, neurologique, vasculaire) nécessaire à la fonction sexuelle ;
2. Atteinte organique non nécessaire à la fonction sexuelle et absence d'atteinte organique avérée mais avec l'existence d'une explication médicale ;
3. Absence d'explication médicale.

Situation 1 :

Cette atteinte est justifiée par des arguments cliniques, relevant de la technique médicale et documentée par des examens complémentaires comme les échographies, des bilans biologiques, des bilans urodynamiques ou des bilans vasculaires.

Elle est évaluée par un taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique spécifique, qui sera bien sûr dans tous les cas, accompagné d'un descriptif des conséquences sur la réalisation de l'acte sexuel et sur l'éventuelle atteinte de la fonction de reproduction.

Il convient de rappeler que la procréation est présente dans le barème droit commun chez l'homme comme pour la femme et prise en compte dans l'AIPP.

Situation 2 :

Il peut s'agir d'une pathologie orthopédique ou d'une pathologie psychiatrique. Le raisonnement sera toujours un raisonnement médical : recherche d'une origine médicale ou iatrogène, recherche d'une psychopathologie caractérisée et documentée.

L'expert ne doit pas se contenter d'une description de la symptomatologie séquellaire pendant la vie sexuelle. Il doit préciser s'il existe une atteinte spécifique liée à la vie sexuelle et le démontrer.

Il expliquera en quoi cette séquelle est responsable de manière permanente d'une atteinte de la libido, de la capacité physique à réaliser l'acte ou de la capacité à accéder au plaisir.

L'expérience, y compris en soins, montre que toute atteinte organique et orthopédique notamment ne s'accompagne pas inévitablement d'une telle modification réelle de la vie sexuelle dont on rappelle qu'elle est variée, évolutive et individuelle.

L'expert peut à ce titre s'appuyer sur la littérature médicale notamment de l'expérience des rééducateurs sur ce point, sur les enquêtes sociologiques sur la sexualité qui concernent toutes les tranches d'âge y compris celles où existent des pathologies médicales.

Situation 3 :

Sans remettre en cause les plaintes de la victime, l'expert expliquera l'absence d'explication médicale psychopathologique ou physiopathologique lui permettant de retenir ce dommage.

Point 19 - Soins médicaux après consolidation/frais futurs correspondant aux dépenses de santé futures (DSF)

I - Texte de la mission

Se prononcer sur la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'appareillage ou de prothèse, nécessaires après consolidation pour éviter une aggravation de l'état séquellaire ; 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.

II - Commentaires

1. Définition

La nomenclature Dintilhac définit ce poste de préjudice ainsi :

« Les dépenses de santé futures sont les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation.

Ils sont postérieurs à la consolidation de la victime, dès lors qu'ils sont médicalement prévisibles, répétitifs et rendus nécessaires par l'état pathologique permanent et chronique de la victime après sa consolidation définitive (frais liés à des hospitalisations périodiques dans un établissement de santé, à un suivi médical assorti d'analyses, à des examens et des actes périodiques, des soins infirmiers, ou autres frais occasionnels, etc.).

Ces frais futurs ne se limitent pas aux frais médicaux au sens strict : ils incluent, en outre, les frais liés soit à l'installation de prothèses pour les membres, les dents, les oreilles ou les yeux, soit à la pose d'appareillages spécifiques qui sont nécessaires afin de suppléer le handicap physiologique permanent qui demeure après la consolidation ».

2. Raisonement médico-légal

Afin de répondre précisément à cette question, le médecin devra faire figurer dans son rapport la description des soins prévisibles ou certains qui seront dispensés après consolidation. Il doit donc en vérifier la réalité, la nature, leur justification médicale pour empêcher l'aggravation de l'état séquellaire, leur imputabilité en écartant, le cas échéant, ceux qui pourraient relever d'un état antérieur et les exposer dans son rapport. Par ailleurs, il peut être nécessaire pour le règlement du dossier de donner un avis sur un devis (dentaire ou esthétique) présenté lors de l'expertise.

Lorsqu'il existe un état antérieur ou intercurrent justifiant des soins au long cours, il est important que le médecin précise que ces frais médicaux sont totalement indépendants de l'accident.

Que les soins futurs soient pris ou non en compte par les organismes sociaux, le médecin doit, dans tous les cas, se prononcer sur leur justification et en discuter leur imputabilité à l'accident.

Pour établir la nature et la nécessité des soins futurs, le médecin devra, par exemple, s'appuyer sur les bonnes pratiques développées par la Haute Autorité de Santé et décrites dans les conférences de consensus qui répondent au concept « *evidence based medicine* » (médecine factuelle).

Il pourra également s'appuyer sur les recommandations de la littérature médicale et sur les publications des sociétés savantes.

Pour s'aider dans l'appréciation de ces soins après consolidation, le médecin pourra également se référer à la brochure intitulée « *Soins après consolidation et frais médicaux futurs* » élaborée par l'AREDOC. La dernière version a été publiée en octobre 2019.

3. Nature des soins futurs

A - Les prestations occasionnelles

Elles correspondent à des frais limités en nombre ou dans le temps, c'est-à-dire qui ne seront pas renouvelés ou ne seront renouvelés que pour une durée limitée après la stabilisation de l'état séquellaire :

- **Poursuite d'un traitement en cours** alors que la consolidation est pratiquement acquise ou la guérison sur le point d'être obtenue (antalgiques ou séances de rééducation sur une durée limitée, cure(s) thermique(s) dans des cas très particuliers, pour les séquelles de brûlures par exemple).

- **Ablation du matériel d'ostéosynthèse**

L'expert peut alors procéder à une évaluation définitive du dommage corporel s'il pense que cette ablation du matériel ne modifiera pas les séquelles. Cette ablation doit être certaine ou prévisible. Le médecin doit donc l'indiquer très clairement dans son rapport. Rappelons que si certains matériels sont presque systématiquement retirés (clous centromédullaires par exemple), ce n'est pas le cas de tous, compte tenu de leur localisation, de l'âge du patient, de difficultés techniques ou risques de lésions iatrogènes ou d'une maladie intercurrente. Un matériel d'ostéosynthèse en place depuis longtemps a très peu de chances d'être retiré. La tendance actuelle va vers une moindre ablation des matériels, et certaines victimes refusent l'idée de ce nouveau geste chirurgical. Dans tous les cas, il conviendra au médecin expert de poser la question à la victime lors de l'expertise et de le noter dans le rapport

Les souffrances endurées qu'elles engendreront seront incluses par le médecin expert dans leur quantification globale à sept degrés lorsque l'ablation est prévue : il est important qu'il le précise. Il pourra également préciser les gênes temporaires et la période d'arrêt de travail habituellement constatées.

- **Traitement médical ou chirurgical futur destiné à améliorer un dommage esthétique**

Le médecin expert doit alors donner toutes précisions sur la nature et la justification de ces soins, sur leur durée, sur l'époque où ils pourront être pratiqués et en cas de chirurgie à visée esthétique, sur l'amélioration du dommage esthétique qui subsistera malgré tout, sur leurs conséquences directes et indirectes (frais médicaux, gênes temporaires, arrêts de travail, souffrances endurées), sur l'intention de la victime de les subir (ou l'intention des parents s'il s'agit d'un enfant). Le médecin aura également à donner un avis sur le devis présenté par la victime.

B - Les frais viagers

Ce sont, par définition, des frais qui devront être exposés pendant toute la vie de la victime, soit en permanence, soit par périodes.

En pratique, ces frais futurs viagers ne sont justifiés qu'en cas de séquelles très invalidantes, comme :

- les hospitalisations définitives ou intermittentes mais régulièrement répétées ;
- les prescriptions pharmaceutiques et soins paramédicaux qui devront être poursuivis pour éviter une aggravation ;
- les prothèses et matériels destinés à pallier certains handicaps. Il en est ainsi des prothèses externes des membres, prothèses oculaires, chaussures orthopédiques, prothèses dentaires (implants et prothèses sur implants)...

Le médecin expert doit en indiquer la périodicité médicalement vraisemblable.

4. Particularités : le protocole d'accord assureurs-Organismes sociaux

Rappelons que le protocole d'accord assureurs/organismes sociaux, signé en mai 1983, définit les dépenses de santé futures comme étant « *celles dont la charge est certaine ou prévisible selon l'avis du médecin et pour la durée indiquée par celui-ci* ».

Ce protocole régit les rapports entre les assureurs et les organismes sociaux et n'est pas opposable à la victime.

Point 20 - Conclusions

I - Texte de la mission

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 pour les points 9 à 19. Préciser si l'expert a dû se référer ou non à la mission spécifique aux handicaps graves générant une perte d'autonomie.

Récapituler l'ensemble des postes de dommage retenus au jour de l'examen.

Faire figurer les évaluations chiffrées et préciser pour les postes descriptifs si le dommage est existant afin de se référer au corps du rapport.

II - Commentaires

Date de l'accident	
Périodes d'hospitalisation	
Gênes temporaires	Total : Classe 4 : Classe 3 : Classe 2 : Classe 1 :
Tierce personne temporaire	Oui / Non
Arrêt temporaire des activités professionnelles	
Souffrances endurées	/ 7 Ou supérieur à /7
Domage esthétique temporaire	Oui/ Non
Consolidation	Date ou Non consolidé
Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique	% Ou Supérieur à Ou Evaluation à consolidation
Domage esthétique permanent	/ 7 Ou Evaluation à consolidation
Répercussion des séquelles sur les activités professionnelles	OUI / NON
Répercussion des séquelles sur les activités d'agrément	OUI / NON
Répercussions des séquelles sur la vie sexuelle	OUI / NON
Soins médicaux après consolidation	OUI / NON
Autre poste de dommage de la mission « <i>Mission spécifique aux handicaps graves générant une perte d'autonomie</i> ».	OUI / NON
Commentaires	

ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09

Tél. +33 (0)1 53 21 50 72 - Fax. +33(0)1 53 21 50 76 - E-mail : aredoc@aredoc.com

www.aredoc.com

