

Regards croisés pour une nouvelle expertise médicale issue de la nomenclature Dintilhac

Patrick HIVERT

Médecin conseil de victimes à Lyon

Dominique ARCADIO

Jean-Michel GRANDGUILLOTIE

Avocats au Barreau de Lyon

Les dispositions, issues de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 (*Gaz. Pal.* du 17 mars 2007, p. 17), relatives au recours des organismes sociaux, et leur corollaire logique, l'adoption de la nomenclature Dintilhac, conduisent les praticiens du dommage corporel à envisager de nouvelles missions d'expertise.

Alors qu'un peu partout en France, les magistrats s'apprêtent à remettre sur l'ouvrage le canevas de leurs ordonnances de référé, l'Aredoc (1) propose déjà aux assureurs une « mission de droit commun 2006 » (2), a priori très en deçà des apports du groupe de travail Dintilhac. À leur tour, les médecins et avocats de victimes doivent conjuguer leurs expériences et leurs regards pour faire œuvre de proposition.

Ils ne peuvent en tout cas rester à l'écart de cette réflexion.

1. LA LOI DU 21 DÉCEMBRE 2006, COROLLAIRE D'UNE NOUVELLE NOMENCLATURE

1.1 - Même si le scénario du vote de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006 (3) laisse un curieux sentiment d'improvisation, ce texte ne doit rien au hasard (4)

Il est au contraire l'aboutissement d'un long cheminement de la doctrine et de la jurisprudence (5) et le fruit de la réflexion féconde des différents acteurs du dommage corporel réunis au sein de deux commissions successives animées par le professeur Yvonne Lambert-Faivre et le président Jean Pierre Dintilhac.

1.2 - À cet égard, il y a lieu de rappeler que l'objectif du groupe de travail Dintilhac était avant tout « d'élaborer une nouvelle nomenclature », et que c'est au cours de cette réflexion que ses membres allaient envisager de « *dissocier la nature du préjudice de l'assiette du recours des tiers payeurs* ».

Aussi, le nouveau recours (obligatoire) des caisses et la nouvelle nomenclature (facultative) sont ils appelés à évoluer de concert et dans la plus grande cohérence.

2. LES NOUVEAUX CONCEPTS DE LA

NOMENCLATURE DINTILHAC ET LA NÉCESSITÉ D'UNE MISSION D'EXPERTISE ADAPTÉE

2.1 - Désormais, avec la nomenclature Dintilhac, tous les dommages subis par la victime sont officiellement reconnus dans leurs réalités les plus complexes et les plus subtiles (par exemple: indemnisation de la mère de l'enfant accidenté qui a interrompu son activité et qui peine à retrouver du travail, du surcoût des frais de déplacement liés aux difficultés d'accessibilité aux transports en commun, de la dévalorisation de la victime sur le marché du travail).

2.2 - Aussi, pour être immédiatement exploitables, les rapports des experts médicaux devront-ils s'appuyer sur ces nouveaux concepts et répondre à une mission dont il serait souhaitable qu'elle présente un certain nombre de garanties ...

3. UNE MISSION FIDÈLE À LA NOMENCLATURE DINTILHAC, EN RUPTURE AVEC LES ERREMENTS DES MISSIONS PASSÉES

3.1 - L'accident marque souvent une rupture considérable dans la vie de la victime et de ses proches. Pour la personne blessée, il y a « l'avant » - social, familial, professionnel - et « l'après », souvent si différent.

Cette « nouvelle mission d'expertise » donnera toute sa place à la relation de la vie antérieure de la victime sous tous ses aspects.

3.2 - La nomenclature Dintilhac a officialisé l'émergence de préjudices spécifiques, souvent occultés, tels que le « préjudice sexuel » (sous ses différents aspects), le « préjudice d'établissement », dans le cas des dommages les plus graves ou le « préjudice esthétique temporaire », notamment des blessés de la face ou des grands brûlés ...

Aussi, ces postes devront apparaître dans « la nouvelle mission d'expertise » (on s'étonnera d'ailleurs de ne pas les retrouver dans la mission de droit commun 2006 de l'Aredoc).

3.3 - « La nouvelle mission d'expertise » ne manquera pas d'inviter l'expert à apprécier (en termes de « besoins » et non simplement de « satisfaction aux besoins » ou de dépenses justifiées) les exigences en aide humaine et technique de la

personne blessée.

Et ce, pour la période postérieure à la consolidation, comme pour la période antérieure (on sait que celle-ci est exigeante en besoins d'aide ménagère temporaires, au sortir de l'hôpital ou du centre de rééducation. Pourtant, ces besoins sont souvent oubliés dans les rapports d'expertise).

3.4 - Contrairement à certaines habitudes du passé, « la nouvelle mission d'expertise » devra inviter le médecin expert à se prononcer sur l'importance et le taux de l'atteinte à l'intégrité physique temporaire (notre ancienne ITP).

Les conseils des victimes se souviennent, à cet égard, de la précédente mission de l'Aredoc qui, à force de prêcher que « le médecin n'avait pas à proposer d'évaluation pour l'incapacité temporaire partielle », avait fait de cette notion « la grande oubliée » de l'expertise selon la formule de notre confrère Frédéric Bibal (6).

3.5 - Pour autant, aussi détaillée soit-elle, la « nouvelle mission d'expertise » ne devra pas entraîner l'expert judiciaire au-delà de son rôle technique. Ce risque est loin d'être théorique, certains projets récents « invitant le docteur X, au vu des décomptes et justificatifs fournis à donner son avis sur d'éventuelles dépenses de santé ou de transport ».

3.6 - Enfin, lorsque la consolidation médicale n'est pas acquise, la « nouvelle mission » devra impérativement questionner l'expert sur les seuils de préjudices d'ores et déjà envisageables et les besoins immédiats de la victime (tous les praticiens savent bien en effet l'importance de ces prédictions en vue de l'allocation de provisions s'adossant aux préjudices et non aux seuls frais exposés).

Forts de ces principes, cette « nouvelle mission » - qui n'a pas vocation à remplacer certaines missions spécifiques telle que celle élaborée pour les cérébro lésés (7), ou pour les dossiers nécessitant une évaluation « écologique » ... - pourrait s'établir ainsi :

4. PROJET DE MISSION INSPIRÉ DE CES PRINCIPES

1 - Préparation de l'expertise

1.1 - Convocation

Convoquer, par courrier recommandé, la victime et les conseils des parties à l'examen médical.

Les informer des termes de la mission et de l'autorité (juridiction ou compagnie d'assurances) qui en a confié la charge à l'expert.

1.2 - Dossier médical

Inviter la victime (ou ses conseils) à communiquer tous documents médicaux relatifs à l'accident (en particulier certificat médical initial, comptes rendus d'hospitalisation, dossier d'imagerie ...).

1.3 - Expertise et avis sapiteur

Procéder personnellement aux opérations d'expertise, sauf à recueillir l'avis de tout sapiteur dans une spécialité autre que celle de l'expert.

2 - Relation du statut et des activités de la victime avant le fait traumatique

2.1 - État de santé antérieur à l'accident

Dans le respect du Code de déontologie médicale, interroger la victime sur ses antécédents médicaux, en ne rapportant et ne discutant que ceux qui constituent un état antérieur susceptible de présenter une incidence sur les lésions, leur évolution et leurs séquelles.

2.2 - Situation professionnelle ou d'études

Se renseigner sur le niveau d'études et de formation de la victime, son expérience et les différents postes occupés dans sa carrière, ainsi que son mode d'exercice et ses perspectives professionnelles au moment des faits. Si la victime suivait un enseignement à la date de l'accident, l'interroger sur ses diplômes, la nature de ses études, son niveau, éventuellement ses résultats. Inviter la victime à faire connaître son projet professionnel.

2.3 - Situation personnelle

Inviter la victime ou ses proches à s'exprimer sur son cadre familial, social (activités associatives ou amicales), et à décrire ses activités d'agrément (sportives ou non).

3 - Description du fait traumatique et de ses suites jusqu'à la consolidation

3.1 - Rappel des faits, des lésions initiales et de leur évolution ...

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

- relater les circonstances de l'accident;
- faire retranscrire par la victime son « vécu » de l'accident;
- décrire en détailles lésions initiales, ou secondairement découvertes et leur évolution, les soins, les complications éventuelles ;
- décrire les différentes étapes de la rééducation;
- décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et ses besoins en aide temporaire (humaine ou matérielle), compte tenu de son état physiologique, que ces besoins aient été assouvis par le recours de tiers ou non ;
- recueillir les dires et doléances de la victime (ou de son entourage si nécessaire), en lui faisant préciser notamment les conditions d'apparition et l'importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle, ainsi que leurs conséquences sur la vie quotidienne.

3.2 - Description des conséquences professionnelles ou scolaires temporaires

Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son incapacité fonctionnelle, dans l'incapacité d'exercer totalement, partiellement, dans les conditions antérieures, son activité professionnelle ou économique, ou alors si elle était en cours d'études, sa formation scolaire ou universitaire.

3.3 - Analyse d'un déficit fonctionnel temporaire

Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a connu un déficit fonctionnel temporaire, défini dans la nouvelle nomenclature comme étant « la perte de qualité de vie et celle des joies usuelles de la vie courante rencontrées par 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 elle se livrait habituellement ou spécifiquement, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc. »). Dire si cette privation a été totale ou partielle, et dans ce dernier cas, la décrire et en préciser les durées et taux.

3.4 - Description des besoins en aide humaine ou technique temporaires

Au vu des arguments et éléments recueillis, donner son avis sur les éventuels besoins en aide humaine, tels que notamment: garde d'enfants, soins ménagers, assistance temporaire d'une tierce personne pour les exigences de la vie courante. Donner son avis sur la nécessité d'adaptation temporaire d'un véhicule, d'un logement..., en lien avec les lésions résultant du fait traumatique.

3.5 - Relation des souffrances endurées

Décrire avec précision les souffrances physiques et psychiques endurées par la victime du fait traumatique jusqu'à la date de la consolidation et les évaluer sur une échelle de 1 à 7.

3.6 - Relation d'un éventuel préjudice esthétique temporaire

Décrire avec précision la nature et l'importance du dommage esthétique spécifique subi temporairement par la victime répondant à la définition suivante:

« Altération de l'apparence physique de la victime, certes temporaire, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers ».

4 - Analyse de la date de consolidation et les séquelles permanentes

4.1 - Examen clinique

Procéder à un examen clinique de la victime, en fonction des lésions initiales et de ses doléances. Transcrire ces constatations dans le rapport.

4.2 - Évaluation de la date de consolidation médico-légale

Fixer la date de consolidation des blessures, laquelle se définit comme étant « 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 le cas échéant une aggravation et où il est possible d'apprécier un certain degré d'Incapacité Permanente réalisant un préjudice définitif ».

4.3 - Analyse du déficit fonctionnel permanent

Indiquer si la victime supporte un déficit fonctionnel permanent, défini par la nouvelle nomenclature comme étant ((une altération

permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles ou mentales, ainsi que les douleurs permanentes ou toute 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 »).

Définir le taux de déficit fonctionnel par référence à un barème fonctionnel (8), et tenir compte au surplus, selon l'invitation du rapport Dintilhac, des phénomènes douloureux résiduels et des conséquences dans la perte d'autonomie au sens large (même si ceux-ci ne sont pas expressément prévus par le barème fonctionnel).

4.4 - Évaluation des besoins permanents en assistance humaine

Au vu des explications fournies et des constatations médicales réalisées, donner son avis sur la nécessité d'une assistance par tierce personne, définie comme étant de nature à permettre à la victime « d'effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne », ou encore de bénéficier d'une personne à ses côtés « pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie ».

Préciser la nature de l'aide prodiguée et sa durée quotidienne.

4.5 - Préjudice professionnel

Au vu des éléments recueillis, dire si, en raison de son atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, la victime est dans l'incapacité de reprendre dans les conditions antérieures son activité professionnelle (que cette incapacité entraîne une « incidence professionnelle » et/ ou une « perte de gains professionnels futurs »).

L'incidence professionnelle s'entendant, selon la nomenclature Dintilhac, notamment d'une :

- « dévalorisation » de la victime sur le marché du travail ;

- augmentation de la pénibilité de son emploi ou la nécessité d'abandonner la profession qu'elle exerçait avant l'accident au profit d'une autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance d'un handicap;

- d'un reclassement professionnel;

- d'un changement de formation ou de poste engagé par l'organisme social ou par la victime, ou toute autre démarche imputable au dommage et nécessaire pour permettre à cette dernière le retour dans la sphère professionnelle.

La perte de gains professionnels futurs s'entendant d'une « perte ou diminution directe de ses revenus professionnels futurs à compter de la date de consolidation pouvant provenir:

- soit de la perte de l'emploi ;

- soit de l'obligation de l'exercer à temps partiel ensuite du dommage consolidé ;

- soit pour de jeunes victimes ne percevant pas, à la date du dommage, de gains professionnels, la privation de ressources professionnelles engendrées

par le dommage » .

4.6 - Préjudice scolaire, universitaire ou de formation

En cas de poursuite d'études, dire si en raison des lésions consécutives au fait traumatique, la victime a subi une perte d'année scolaire, universitaire ou de formation, l'obligeant, le cas échéant, à se réorienter ou à renoncer à certaines formations. (9)

4.7 - Préjudice d'agrément

Donner son avis sur l'existence d'un préjudice d'agrément défini comme « l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs ».

4.8 - Préjudice esthétique permanent

Décrire la nature et l'importance du préjudice esthétique permanent après consolidation des blessures, et l'évaluer sur une échelle de 1 à 7 degrés.

4.9 - Évolution des exigences de soins futurs

En ayant recours le cas échéant à l'avis sapiteur d'un ergothérapeute, ou tout autre spécialiste, définir les besoins de santé futurs de la victime (y compris besoins en prothèses, appareillage, prestations hospitalières, médicales, paramédicales, pharmaceutiques, etc., même occasionnels, mais médicalement prévisibles et rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après consolidation).

4.10 - Évaluation des besoins en aménagement de logement et/ou de véhicule adapté

Donner son avis sur d'éventuels aménagements nécessaires pour permettre, le cas échéant, à la victime d'adapter son véhicule à son handicap.

4.11 - Évaluation des besoins en aide technique permanents

Décrire les aides techniques compensatoires au handicap de la victime (prothèses, appareillages spécifiques ...) en précisant la fréquence de renouvellement.

4.12 - Préjudice sexuel, de procréation, d'établissement

Indiquer s'il existe ou existera (lorsque la victime est un enfant), un préjudice sexuel, de procréation, d'établissement, susceptible de répondre aux définitions suivantes:

- « préjudice sexuel : atteinte morphologique ou perte totale ou partielle de libido, de capacité physique de réaliser l'acte, et perte de la capacité d'accéder au plaisir » .

- « préjudice de procréation: impossibilité ou difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical) »

- « préjudice d'établissement: perte d'espoir de réaliser un projet de vie familiale, notamment en se mariant, en fondant une famille, en élevant des enfants » .

« Ce type de préjudice devant être apprécié selon la nomenclature Dintilhac in concreto en tenant compte notamment de l'âge de chaque individu ».

4.13 - Préjudices permanents exceptionnels

Dire si la victime déplore des préjudices permanents exceptionnels définis, selon la nomenclature, comme « des préjudices atypiques directement liés aux handicaps permanents, dont reste atteinte la victime après sa consolidation et dont elle peut légitimement souhaiter obtenir une réparation ».

4.14 - Conclusions et évaluation des risques d'évolution

Établir un état récapitulatif de l'ensemble des postes énumérés dans la mission.

Dire si l'état de la victime est susceptible de modifications en aggravation ou en amélioration. Dans l'affirmative, fournir toutes précisions sur cette évolution et son degré de probabilité.

4.15 - En l'absence de consolidation, évaluation de la date de réexamen et estimation prévisionnelle de chaque poste de préjudice

Au cas où la consolidation médico-légale ne serait pas acquise, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime et fixer d'ores et déjà les seuils d'évaluation des différents dommages et les besoins actuels.

5 - Dépôt du rapport

5.1 - Rédaction d'un pré-rapport, délai de réponse aux dires

Donner connaissance aux parties des avis sapiteurs recueillis.

Établir un pré-rapport qui sera communiqué aux parties, lesquelles disposeront d'un délai de 30 jours pour présenter leurs observations, et au-delà duquel, après avoir répondu aux dires, l'expert déposera son rapport final, en en transmettant un exemplaire à chaque partie.

5. EN CONCLUSION, UN PROJET À FAIRE VIVRE ...

Cette proposition est née du « regard croisé » et des expériences singulières d'avocats et de médecin de recours.

Elle constitue une base de réflexion à laquelle tous les acteurs du dommage corporel sont invités à participer sans délai (10).

Il est en effet urgent d'élaborer une mission consensuelle de nature à aider les experts et à garantir la bonne application de la nomenclature Dintilhac.

À défaut, nous nous exposerions à une multiplicité d'interprétations remettant en cause l'universalité de la nouvelle nomenclature.

La construction patiemment élaborée par les groupes de travail Lambert-Faivre et Dintilhac pourrait alors tomber comme la tour de Babel...

(1) Association pour l'étude et la réparation du dommage corporel. Qui réunit les assureurs et réassureurs du GEMA et de la FFSA.

(2) Pour les petits et moyens dossiers qui représenteraient selon ses dires 95 % des cas et 90 % des règlements amiables.

(3) Cantonnant le recours des organismes sociaux aux seuls postes pour lesquels les prestations ont été servies et instaurant un droit de

préférence au profit de la victime en cas de partage.

(4) H. Groutel, Le recours des tiers payeurs: une réforme bâclée. Responsabilité civile et assurance, janvier 2007.

(5) Y. Lambert- Faivre, Le droit et la morale dans l'indemnisation du dommage corporel, D. 1992, p.165; Le dommage corporel entre l'être et l'avoir; Avancées et trébuchements de la jurisprudence sur le recours des organismes sociaux, D. 2001, p, 248; C Paris (17^e ch.), 3 mai 1994, D. 1994, p. 47, note Y. L-F. ; Décidément, le Père Noël est une ... , note A. Boyer sous Cass, plén., 19 décembre 2003, Gaz. Pal. du 9 mars 2004, p. 6.

(6) F. Bibal, L'ITP, la grande oubliée de l'expertise, Gaz. Pal. du 13 juillet 2006.

(7) Mission proposée en avril 2002 par le groupe de travail interministériel mis en place par le garde des Sceaux et présidé par Elisabeth Vieux.

(8) Il existe actuellement plusieurs barèmes médicaux d'évaluation des préjudices, avec des écarts parfois importants, qui justifieraient une véritable réflexion de la part des médecins experts notamment.

(9) Dans les cas entraînant une perte de plusieurs années de scolarité, il serait opportun d'inviter les experts à se prononcer sur la privation des acquis scolaires, qui ne se comptabilise pas en nombre d'années perdues.

(10) Se sera d'ailleurs le thème du prochain séminaire commun de l'Anameva et de l'Anadavi, associations qui regroupent respectivement médecins et avocats de victimes.