

CHAPITRE 15

ASPECTS JURIDIQUES ET RÉPARATION DU PRÉJUDICE CHEZ LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS LÉGERS ET MODÉRÉS

QU'EST-CE QUE RÉPARER ?

Pour les choses, on évoque le mot comme s'entendant par le fait de procéder à un ensemble d'opérations qui auront pour effet de remettre en « bon état ». Ainsi, une voiture endommagée peut être réparée afin de retrouver l'état antérieur à l'accident.

Pour les êtres vivants, la mission de réparation est évidemment d'une autre nature.

Car si un os cassé peut se reconstituer, la lésion cérébrale est spécifique en ce qu'elle est susceptible d'atteindre le moi profond, l'identité, tout ce qui fait que nous sommes sujets et pas objets.

Pour les soignants, la mission de réparation est alors plus délicate, car elle ne peut avoir qu'un objectif asymptotique, une recherche dont le deuil de la réparation doit souvent être fait.

Pour les juristes, l'objectif de réparation n'est qu'une traduction de fondements éthiques organisés juridiquement : il n'implique que le moyen de compenser les conséquences de l'atteinte et donne parfois une valeur financière à ce qui aurait pu ne pas en avoir...

Dès lors, les enjeux qui en résultent déchaînent les passions, tout simplement parce que la revendication financière dans un système assurantiel et solidaire incite ce système soit à la prudence soit à la résistance...

Les acteurs de l'expertise eux-mêmes, souvent portés par une conception culpabilisante de l'indemnisation, laissent leur raisonnement s'orienter vers une minoration de la reconnaissance des séquelles.

Si la lésion visible peut espérer échapper à un jugement qui se croit moralisateur (alors qu'il est immoral en ce qu'il prive la victime de son droit), la lésion invisible se retrouve au cœur de cette problématique.

Et elle l'est d'autant plus que la science exige la preuve, et que cette exigence est telle qu'elle se pose parfois en mesure de la vérité, confondant d'ailleurs l'absence de preuve avec l'absence de lésion...

Pire que cela, le scientifique qui part à la conquête de la preuve nouvelle risque gros : oser défricher le monde inconnu serait-t-il blasphématoire ?

Bref, l'inquisition intellectuelle cachée sous l'habit de la rigueur scientifique a encore de beaux jours devant elle.

Dans ce contexte peu favorable, le traumatisé crânien que l'on a tenté de classer en modéré ou léger, a toutes les peines du monde à se faire reconnaître.

Tantôt sera-t-il catalogué en maladie psychiatrique, tantôt en recherche de bénéfice indemnitaire.

Ceux qui l'aident, complices désignés ou mieux encore accusés de foi com passionnelle, seront décredibilisés.

Comment échapper à ce cercle non vertueux ?

LES ÉTAPES CHRONOLOGIQUES DE L'EXPERTISE DOIVENT ÊTRE RECONSIDÉRÉES

Tout d'abord, en entendant dans un premier temps l'entourage du blessé, sans vouloir immédiatement l'enfermer dans les tiroirs intellectuels qui censureront *a priori* cette écoute.

Ensuite, en mesurant la discordance entre la plainte et la connaissance de la lésion.

C'est cette discordance qui, pendant des années, a valu à des cohortes de cérébrolésés d'être classés comme patients atteints d'un « syndrome subjectif », l'appellation choisie anihilant dès son prononcé la légitimité de la plainte...

S'il était concevable d'avoir une vision épistémologique du problème, au sens de l'étude critique des postulats, conclusions et méthodes, il serait possible de soutenir que :

1. l'imagerie couramment utilisée ne rend pas compte de toute une typologie de lésions neurologiques,
2. les alternatives proposées en terme d'imagerie font régulièrement l'objet d'un regard « distant » voire hostile d'une partie de la communauté scientifique... alors que les publications se multiplient, révélant l'impérieuse et urgente nécessité d'une approche intellectuelle ouverte ;

3. la reconnaissance du handicap par une évaluation situationnelle ergothérapique est sans cesse bousculée au bénéfice de la prééminence de l'imagerie traditionnelle dont on connaît les limites.

En résumé, ceci signifie qu'un malvoyant à qui l'on proposerait de nouvelles lunettes préférerait y renoncer par amour de l'outil au détriment d'une approche de la vérité...

Y a-t-il alors une solution pour progresser dans la connaissance acquise et donc dans la reconnaissance des TC légers et modérés ?

Peut-être a-t-on fait depuis longtemps une erreur méthodologique sur le plan expertal : partir de l'image pour en chercher les conséquences dans le quotidien, dans les doléances et dans sa traduction, le handicap.

Il serait en effet possible de commencer chronologiquement par le vécu du blessé : partir de son quotidien, de ses difficultés, de ses plaintes, bref avoir une véritable démarche clinique qui est le quotidien d'un grand nombre de soignants.

L'ordre des choses n'est pas neutre : le taux d'IPP désormais dénommé DFP (déficit fonctionnel permanent) est souvent posé en l'absence totale ou avant l'évaluation ergothérapique environnementale.

Il s'avère que l'évaluation situationnelle révèle des difficultés à interagir avec l'environnement que ne permet pas toujours de montrer le bilan neuropsychologique.

Il s'avère également que cette méthodologie a pour avantage de constater la restriction de participation en interpellant ensuite ceux qui vont devoir en analyser les causes.

Il semble donc légitime de commencer par le constat de l'état de handicap avant que de prétendre le mesurer par des taux d'incapacité fonctionnelle.

Cet ordre dans la démarche est d'autant plus crucial que pour les cérébrolésés :

1. la limite de l'apport de l'imagerie est connue,
2. l'entretien expertal dans un bureau est une ignorance totale du handicap,
3. le questionnement du blessé ne garantit aucune exactitude puisqu'il ne fait pas le lien avec le TC.

Outre le fait de respecter un langage commun, celui de la classification internationale du fonctionnement et du handicap, cette méthode peut également rendre compte et objectiver les doléances de l'entourage, parfois mises à mal au détour d'une expertise... en milieu stérile (c'est-à-dire non aléatoire et donc stérile pour l'évaluation).

Bref, le constat fait, il est ensuite envisageable de commencer à chercher et comprendre ses causes possibles...

Malheureusement, on sait que la notion de perte de connaissance est souvent mal documentée, pour une raison simple : elle se formalise sur des documents à l'arrivée des secours, pas avant, et le score de Glasgow est souvent noté à l'arrivée à l'hôpital. Par ailleurs le TC n'est pas systématiquement accompagné de perte de connaissance (et donc aucun score de Glasgow n'est relevé) et il existe donc des TC sans perte de connaissance et sans

transport à l'hôpital. En outre, le score de Glasgow à l'hôpital est différent du score lors du ramassage.

La recherche expertale consistant à examiner le rapport des pompiers est donc souvent vaine, car ce rapport n'est pas forcément significatif.

D'autre part, le « microscopique » est souvent considéré comme sans conséquence, l'on ne voit pas dans les pratiques expertales la prise en compte des atteintes au niveau cellulaire.

On voit ainsi que si le traumatisé crânien classé « grave » peut espérer être reconnu dans son handicap par la visibilité de celui-ci, tant en terme d'imagerie qu'en terme de séquelles visibles, il n'en est pas de même pour ceux qui sortent de cette définition.

Il faut donc rendre visible l'invisible, et pour cela, admettre que la connaissance scientifique utilise des techniques d'imagerie nouvelles, qu'il s'agisse de la spectroscopie IRM, de l'IRM avec tracking de fibres ou encore des potentiels évoqués multimodaux.

La reconnaissance des difficultés vécues par la personne ayant subi un traumatisme crânien léger est en réalité difficile car elle passe par un modèle bio-psycho-social qui nécessite une analyse pluridisciplinaire.

Ce qui est certainement troublant pour le monde expertal, c'est que si la lésion cérébrale classée grave reproduit les mêmes conséquences visibles, la lésion qualifiée de plus légère risque de paraître s'intriquer beaucoup plus avec la personnalité antérieure...

La régularité attendue n'étant plus là, la tentation de nier l'imputabilité par souci de rigueur est évidente...

Ainsi, si 25 % des patients ayant subi des « whiplash » ne travaillent toujours pas douze mois après leur accident (Ettlin *et coll.*, 1992), cela signifie que l'expertise n'est pas à même de rendre compte d'une complexité qui la dépasse, alors que cette typologie de blessé est souvent réduite à la reconnaissance d'un déficit de 5 % qualifié de « rachis cervical » et que les dépressions apparues *a posteriori* sont déclarées non imputables...

Pourtant, il est des situations où la méthodologie peut simplifier les choses...

Il n'est pas forcément visible que le blessé souffre d'un ralentissement du traitement de l'information, de troubles de l'attention soutenue, de troubles mnésiques affectant la mémoire de travail.

Le bilan neuropsychologique peut en rendre compte à condition encore qu'il soit décidé comme un des outils de l'expertise, et qu'il soit adapté.

La première étape de la reconnaissance des traumatisés crâniens légers et modérés passe donc forcément par le constat situationnel de leurs difficultés avant de remonter aux causes possibles de celles-ci : c'est cette inversion chronologique qui permettrait dès à présent un meilleur processus expertal.

LE MÉCANISME D'IMPUTABILITÉ MÉDICO-LÉGALE EST À QUESTIONNER

Le concept d'imputabilité ne peut plus se résoudre à l'exigence d'un enchaînement immédiat entre un fait générateur et un dommage qui le suit immédiatement.

Car la réalité est complexe :

- a) l'enchaînement n'est pas forcément immédiat,
- b) il peut y avoir plusieurs faits possibles à l'origine du dommage,
- c) le lien peut être discuté techniquement,
- d) l'exigence du mécanisme de preuve peut aboutir à nier l'évidence.

Il est encore affirmé qu'il doit être établi que la cause doit forcément, nécessairement, entraîner l'effet attendu ; mais la connexion causale est souvent contingente et pas forcément nécessaire ; une cause ou un groupe de causes peut produire fréquemment un effet et non pas inéluctablement...

Pour les TC légers, c'est d'autant plus vrai que l'on se situe à la rencontre du support corporel qu'est la lésion et de la personnalité qui la subit... avec un aléa certainement plus important...

Autrement dit, la complexité des causes se heurte à l'exigence de certitude : la rigueur de l'analyse causale prétendra ainsi que ce qui n'est pas certain n'existe pas... Ceci d'autant plus facilement que le processus causal peut échapper à l'observation directe, que la complexité et la multiplicité causales irritent l'observateur, et que cette irritation peut l'inciter à disqualifier la cause de l'irritation...

Ceci enfin, car la vision purement géographique du cerveau supposant concordance de siège entre traumatisme et séquelle est relativisée par le fait que les réseaux neuronaux étendus jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement cérébral.

Il faut donc rénover un concept de causalité vieillissant en remplaçant une causalité déterministe ou probabiliste par une reconnaissance de la théorie des seuils de transformation.

Que constate-t-on en effet ? Que la causalité aujourd'hui n'est pas à même de rendre compte de l'enchaînement des événements et que l'analyse scientifique et juridique en souffre...

Il faut donc admettre que la causalité doit rendre compte d'une multiplicité d'interactions, qu'elle n'est pas qu'une relation entre des événements, mais qu'elle doit permettre de comprendre que le dépassement de limites conduit à des transformations quantitatives : les différents états d'une entité sont caractérisés par des paramètres dont les valeurs se situent entre certaines limites, le dépassement de ces limites menant à des transformations qualitatives (changement d'état).

Cette analyse permettrait de substituer au concept de causalité le concept de *capacité* (propriété qui permet à une entité d'agir sur une autre).

Elle est fondamentale pour des personnes cérébrées à qui l'on inflige un jugement de valeur qui consiste à leur expliquer que l'intensité du traumatisme

qu'elles ont subi ne permet pas d'expliquer la gravité des séquelles qui sont les leurs, enlevant leur « vérité » à celles-ci.

Finalemment, modifier les méthodologies donnerait une nouvelle reconnaissance aux blessés et une nouvelle dignité à certains évaluateurs...

Ce qu'il faut retenir

- 1) La réparation au sens juridique passe par une juste reconnaissance et une juste évaluation.
- 2) L'incompréhension de symptômes ne doit pas conduire à la disqualification du blessé.
- 3) La conjugaison des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale et d'évaluation situationnelle permet une meilleure compréhension du lien entre les lésions cérébrales et leurs manifestations.
- 4) La notion d'intervalle libre dans le lien médico-légal ne doit pas être un élément de non-reconnaissance au regard du caractère parfois aléatoire de la prise en charge du blessé.
- 5) Le concept d'imputabilité médico-légale souvent attaché à une causalité mécaniste doit se rénover au bénéfice d'une émergence de l'effet de seuil.

RÉFÉRENCES

- Cartwright N. *Nature's capacities and their measurement*. Oxford : Clarendon Press, 1989.
- Cartwright N. Causation : one word, many things. *Philosophy of science*, 2004, 71 : 805-819.
- Ettlin T.M., Kischka U., Reichmann S., Raddi E.W., Heim S., Wengen D., & Benson D.F. Cerebral symptoms after whiplash injury of the neck : a prospective clinical and neuropsychological study of whiplash injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1992, 55(10) : 943-948.

Conclusions

Ce livre exclusivement consacré aux séquelles des traumatismes crâniens légers ou modérés, est constitué de quinze textes écrits par leurs auteurs indépendamment les uns des autres. Et pourtant, le lecteur attentif trouvera, sous des plumes différentes, des éléments très semblables, voire parfois les mêmes concepts développés dans les mêmes termes.

Ceci n'est pas un hasard. Le nombre significatif de patients ayant à pâtir d'une telle pathologie, et l'intérêt lentement croissant du monde médical, sous l'impact d'une littérature internationale enfin attentive à ce syndrome, font que celui-ci se détache progressivement et de plus en plus nettement du brouillard psychologisant qui l'enveloppait. Non qu'il ne faille tenir compte des processus psychologiques impliqués, mais parce que ceux-ci, en quelque sorte, s'immiscent dans les failles laissées ouvertes par les lésions neurologiques microscopiques. Comme l'eau s'infiltre dans la terre sèche en contournant les particules organiques et minérales, les processus psychologiques s'infiltrent dans les déficits neurologiques, entre les fonctions préservées, pour créer un nouvel état « de l'être au monde » du patient : le syndrome post-concussif. Ce processus de pénétration d'eau dans la terre appartient aux processus dits de percolation. Il relève de la géométrie des formes complexes qu'est la géométrie fractale ; en d'autres termes, il relève du paradigme de complexité. Dès lors, si l'on file la métaphore de la terre mouillée, il est vain et stupide de vouloir séparer, sauf avec un coup de force tel que la déshydratation, l'eau de la terre, c'est-à-dire le psychique de l'organique. Autrement dit il est vain de retourner à une logique de simplicité. Exit donc le syndrome subjectif du traumatisé crânien.

Cette appartenance à la complexité du syndrome post-commotionnel est sans doute la raison pour laquelle nous avons tant de mal, dans le milieu médical, à aborder les séquelles du traumatisme crânien léger. Lourdemment handicapés par nos modèles mécanistes qui, pour chaque effet, ne recherchent qu'une ou au mieux quelques causes, incapables de concevoir l'esprit autrement que comme une somme de fonctions cérébrales délimitées et localisées, aveugles à l'aspect holiste des processus organiques qui pourtant, depuis Kant, sont réputés être étrangers à toute structure mécanique, imbibés d'un visualisme hérité des Grecs qui nous sussure que seul ce qui est vu est vrai, nous avons eu et nous avons toujours, pour nombre d'entre nous, de grosses difficultés à penser cette pathologie improbable, incertaine, dérangeante qui remet en cause, comme nous l'avons vu dans divers textes, nos conceptions trop rigides du fonctionnement humain et en particulier la sacro-sainte corréla-