



Décembre 2010

AIDE HUMAINE : le dépassement des 24h/24

Au cours des vingt dernières années, l'indemnisation de l'assistance par Tierce Personne a connu une dérive sans lien avec la réalité économique. Ce poste représente aujourd'hui à lui seul plus de la moitié du montant total des liquidations des préjudices corporels déclarés en réassurance. Selon les observations préalables à la constitution du Groupe de travail, le coût horaire et le nombre d'heures ont connu une augmentation constante.

Dans ce contexte, le développement des cas de dépassement de 24h/24 d'aide humaine suscite l'interrogation des réassureurs.

Afin de comprendre ce phénomène, la Commission Automobile de l'APREF a constitué un groupe de travail. Chaque participant a procédé à l'analyse juridique, factuelle et environnementale des dossiers de cette nature présents dans son portefeuille des années 90 à nos jours.

Le groupe a retenu le concours d'un médecin conseil également expert devant les tribunaux. Diplômé en Réparation du Dommage corporel, il est reconnu pour ses compétences professionnelles.

L'ensemble des données techniques collectées ont été anonymisées pour constituer une grille d'analyse commune. A partir de cet outil, le groupe de travail a pu synthétiser les données communes et dégager ainsi un certain nombre de **Facteurs (1)** nous permettant d'émettre ensuite des **Préconisations (2)**.

Comme tous les travaux réalisés par l'Apref, les termes de ce mémo n'ont aucun caractère contraignant pour ses membres.

1) **LES FACTEURS** :

Grâce au travail important d'analyse du groupe de travail, un certain nombre de facteurs ont été **infirmés, confirmés** ou ont **émergé**. Ils se retrouvent dans les quatre plus grands aspects de l'instruction des dossiers corporel lourd à savoir les informations sur la victime, l'expertise, le provisionnement et la liquidation.

A. Facteurs infirmatifs :

Certaines suppositions sont démenties par notre étude. Nous aurions pu penser que la nécessité de l'intervention de deux tierces personnes était toujours liée à la charge pondérale de la victime. En réalité, l'âge, la taille, le poids, le sexe, la domiciliation et la situation sociale ne s'avèrent nullement déterminants.

Aucun facteur exogène à la situation de la victime ne se dégage également. L'avocat, le plus souvent spécialisé, n'assiste que très rarement à l'expertise diligentée pour ces dossiers. Il en est de même de tout médecin saphiteur ou spécialiste en ergothérapie. Il n'y a donc pas d'inflation de compétence ...

B. Facteurs confirmatifs :

L'examen des dossiers révèle la forte exposition matérielle des victimes au risque accidentel. Elles sont le plus souvent dans une situation particulièrement vulnérable au moment de l'évènement accidentel : passagers de moto, piétons ou cyclistes.

La moitié d'entre elles connaissent une période de coma de deux mois en moyenne et une période d'hospitalisation totale de plus de six mois (hors CRF). De façon logique, le taux d'AIPP excède 90%.

L'étude des projets de vie ne prévoit pas initialement l'intervention d'une aide humaine au-delà de 24h/24.

Le dépassement apparaît le plus souvent trois ans et demi après l'accident au moment de l'expertise. Le corps du rapport ne traduit pas la nature de l'assistance par rapport aux besoins. Seules les conclusions les font apparaître sans analyse étayée de la répartition des heures actives et passives. Par commodité, elles seront réparties de façon identique.

L'assureur enregistrera le dépassement dans ses comptes après dépôt de ce rapport final soit en moyenne quatre ans après l'accident.

Au moment de la liquidation, le coût horaire reste conforme à la jurisprudence quel que soit le nombre d'heures allouées et subit ainsi l'inflation générale.

C. Facteurs émergents :

Même si les dossiers recensés portent sur des sinistres survenus de 1991 à 2008, le phénomène de dépassement des 24h/24 se concentre sur les exercices 2003-2004. Il ne peut être identifié aucun profil de cédante, quelle que soit sa taille ou sa forme juridique, qui serait plus exposé que d'autres.

En revanche, toutes les victimes ne sont pas concernées. Il s'agit de cérébro-lésées évoluant vers des états végétatifs ou pauci-relationnels.

Pour ces situations, les manipulations physiques requièrent deux tierces personnes pour réaliser les transferts, les soins, la toilette... De façon générale, ces besoins ponctuels sont pourvus normalement en présence de l'infirmière ou du kinésithérapeute lors des soins à domicile.

Le dépassement des 24h/24 apparaît à l'occasion d'une expertise le plus souvent judiciaire. A travers les cas recensés, aucun profil d'expert ne peut être identifié à partir de sa formation ou de sa juridiction d'attribution.

Le nombre moyen des heures allouées en expertise s'élève à 28 heures avec une médiane de 26 heures et demie. Le surplus des heures attribuées est affecté à l'aide active ou passive de manière équivalente.

Il semble très clairement cohabiter deux systèmes cumulatifs d'évaluation des besoins. Le premier consiste en une évaluation forfaitaire de 24h/24 pour les cas les plus lourds. Le second repose sur une estimation de besoins spécifiques qui viennent s'ajouter à ce forfait.

Cette dérive résulte le plus souvent des expertises pratiquées en l'absence d'aménagements définitifs. L'autonomie partielle qu'ils peuvent procurer n'est donc pas prise en considération pour évaluer les besoins réels en aide humaine.

Si l'expertise peut déclencher le provisionnement du dépassement, elle ne l'engendre pas systématiquement. Certains assureurs l'entérinent au titre des réserves alors que d'autres attendent la liquidation. Il ne se dégage aucune politique homogène en la matière.

Lorsqu'il tient compte de l'appréciation expertale, le provisionnement est opéré déduction faite d'une heure par jour en moyenne traduisant ainsi une sorte de résistance face à ces situations.

Aucun dossier avec une évaluation au-delà de 24h/24 n'a été liquidé en-deçà. Cette observation concerne autant le judiciaire que l'amiable. Le nombre moyen d'heures liquidées est de 26 heures et demie avec une médiane à 25 heures.

Enfin, il convient d'attirer l'attention sur le risque de confusion de l'Assistance par Tierce Personne (A.T.P.) et des Dépenses de Santé Futures (D.S.F.). Les soins infirmiers et de kinésithérapie relèvent des frais futurs et ne sauraient être assimilés à de l'aide humaine proprement dite. C'est pourquoi il faut bien définir les différentes typologies de l'aide humaine : active, passive, surveillance...

2) LES PRECONISATIONS :

Les cas de dépassement au-delà des 24h deviennent une réalité. C'est pourquoi, il convient d'être vigilant quant à la détection de ces sinistres, leur gestion et de façon plus générale sur la méthodologie d'évaluation de l'aide humaine.

A. Détection :

Notre analyse dégage clairement le profil-type d'un dossier :

- Victime vulnérable : passager de moto, piéton ou cycliste,
- Victime cérébro-lésée évoluant vers un état végétatif ou pauci-relationnel,
- Hospitalisation prolongée de plus de six mois,
- Coma prolongé de plus de deux mois.

Ces critères d'alerte doivent influencer les actes de gestion.

B. Les actes de gestion :

Ils doivent contribuer non seulement à éviter la dérive mais aussi à anticiper le provisionnement. A cet égard, nous vous proposons de :

- Sensibiliser tous les acteurs de la chaîne d'indemnisation : gestionnaires, régisseurs, inspecteurs, médecins-conseil, avocats.
- Initier et/ou participer à l'élaboration d'un projet de vie réaliste, y compris en matière d'aménagements, avant même la sortie du Centre de Rééducation Fonctionnelle. A cette fin, il nous semble important de se rapprocher des équipes soignantes et d'offrir une coopération.
- Organiser l'expertise médicale définitive sur le lieu de vie une fois réalisés tous les aménagements, notamment ceux susceptibles de contribuer à la réalisation des transferts. En vertu du principe de réparation intégrale, s'opposer à toute demande d'expertise amiable ou judiciaire contraire à cette démarche.
- Eviter toute confusion entre les interventions humaines en matière de soins (D.S.F.) et celles d'Assistance par tierce personne (A.T.P.) tant au stade du provisionnement que de la liquidation.

Tout dépassement médicalement constaté doit être traduit dans la réserve.

C. Méthodologie d'évaluation médico-légale :

Plus que jamais, il devra être demandé à l'expert de détailler la nature des besoins tout au long d'une journée-type : active, passive, surveillance.

Une analyse affinée des interventions humaines devrait permettre d'éviter à recourir à l'évaluation forfaitaire de 24h/24 pour les situations les plus graves. Des besoins spécifiques peuvent médicalement justifier le dépassement, mais ces cas doivent correspondre à une réalité.

En l'absence de repère méthodologique d'appréciation des besoins d'assistance deux méthodes d'évaluation persistent à coexister, l'une forfaitaire et l'autre analytique.

De ce fait, le principe de la réparation intégrale n'est plus respecté.

Dans ce but, les réassureurs ne peuvent que préconiser l'élaboration d'un outil d'évaluation de l'aide humaine permettant de contribuer à donner davantage d'équité, de transparence et de prévisibilité.
