



49^{ème} Congrès

de la Fédération Française des Associations
de Médecins Conseils Experts

LE PREJUDICE SEXUEL
LILLE



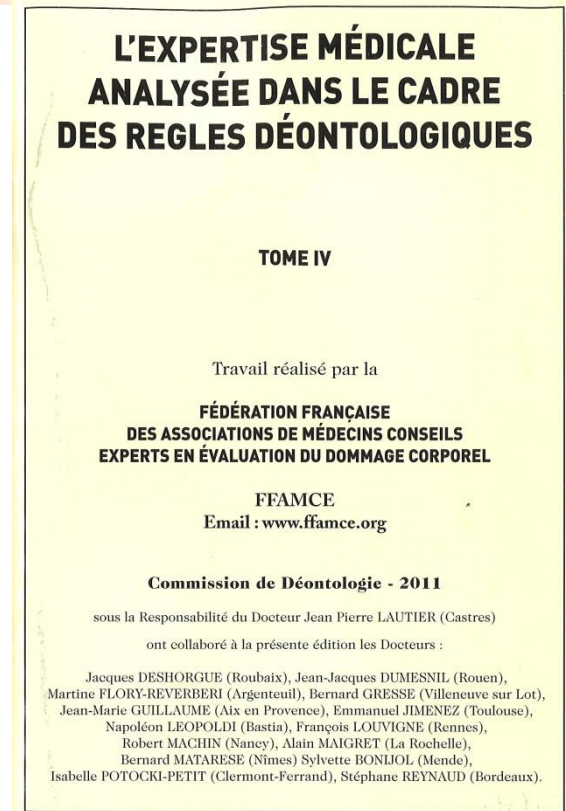
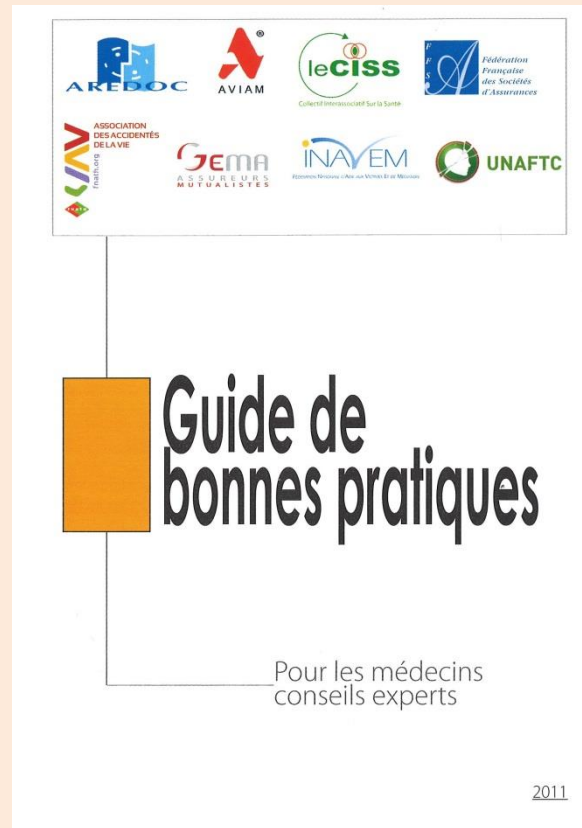
PREJUDICE SEXUEL

LE ROLE DE L'EXPERT

Dr Thierry SULMAN
conseiller technique AREDOC
médecin conseil AIS

LES BONNES PRATIQUES

- L'expertise un acte technique
- Le respect du secret professionnel
- Une attitude neutre et attentive



GENERALITES

Mission 2009

Point 18-3

Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles *constitutives d'un Préjudice Sexuel (PS)*

« Lorsque la victime fait état d'une répercussion dans sa vie sexuelle , émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident , aux lésions et aux séquelles retenues .Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif »

LA NOMENCLATURE D'INTILHAC

- Avant consolidation inclus dans le DFT
- Après consolidation
 - Préjudice morphologique
 - Préjudice lié à l'impossibilité de procréer
 - Préjudice lié à l'acte sexuel

LA FONCTION SEXUELLE

- La **fonction plaisir** résultant de la capacité à accomplir l'acte sexuel, la libido, la capacité à accéder au plaisir.
- La **fonction de procréation** soit naturelle soit médicalement assistée.

C'est une fonction de relation qui implique un partenaire d'où une objectivation difficile en expertise.

LA DEMARCHE EXPERTALE

- Des conditions psychologiques favorables
- Le contexte : 8 % des patients indiquent en avoir parlé à leur médecin traitant
- Le conjoint exclusif ou non a son mot à dire ...
- Le moment d'en parler

L'APPROCHE MEDICO LEGALE

- 1. État antérieur et biographie**
- 2. La cause du dommage sexuel**
- 3. Les troubles évoqués**
- 4. L'examen clinique et les explorations complémentaires**
- 5. Imputabilité et réalité du trouble**
- 6. Moyens de suppléance éventuels**

ETAT ANTERIEUR ET BIOGRAPHIE

Pathologies

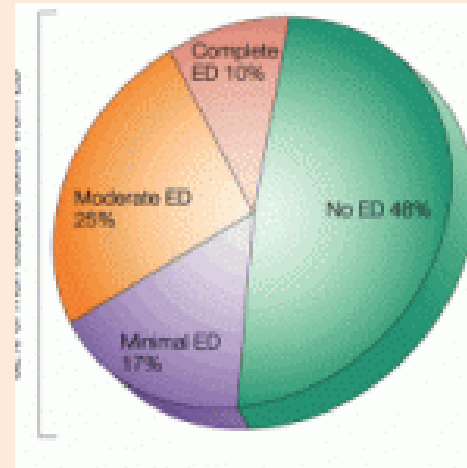
- Diabète
- Hypertension artérielle
- Syndrome dépressif
- Maladies neurologiques
- Obésité
- Artériopathie

Environnement

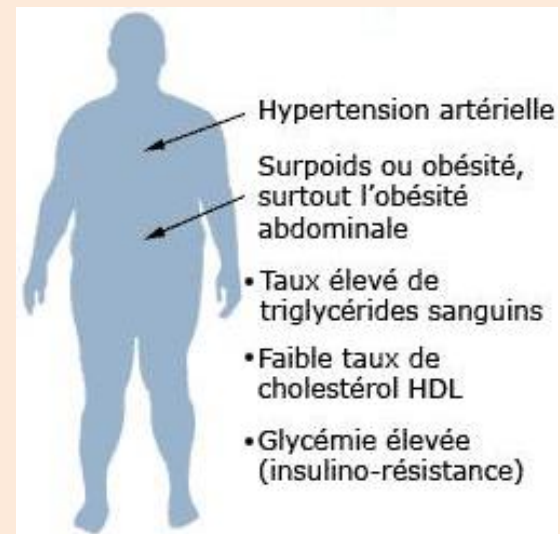
- Situation familiale
- Méthodes de contraception
- Mode de vie, sédentarité
- Alcool
- Tabac
- Médicaments

QUELQUES POINTS A NE PAS MECONNAITRE !

La dysfonction érectile :
50 % des hommes de 40 à 70 ans



Les facteurs de risque

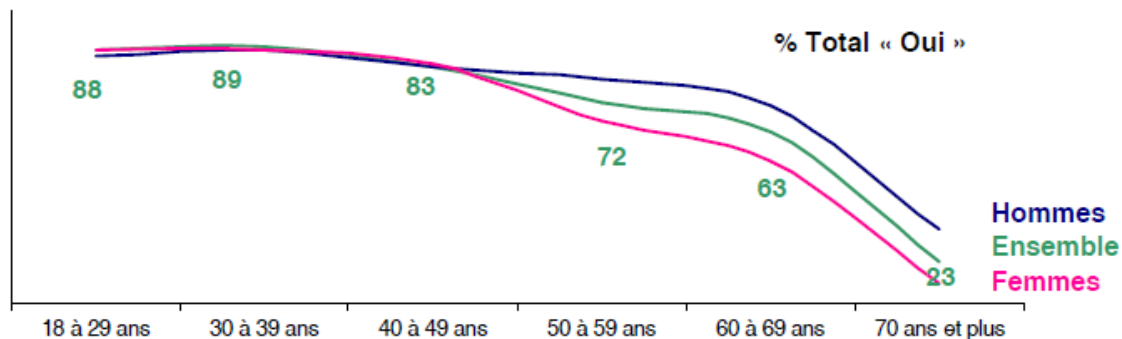
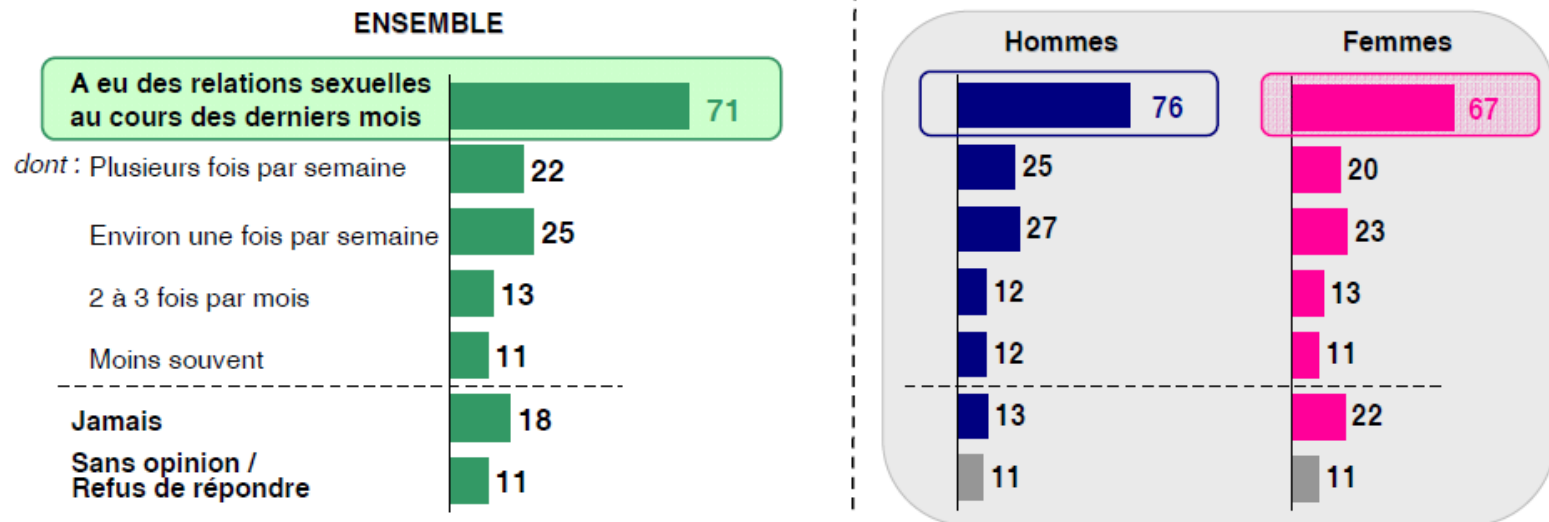


La normalité :

Enquête TNS SOFRES 2009

La fréquence des relations sexuelles

Au cours des derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles ?



LA CAUSE DU DOMMAGE

Atteinte organique ou de l'arc réflexe

- Blessure urogénitale
 - Ablation d'un organe
 - Lésions des racines S1 à S4
-
- L'expert évalue l'AIPP
 - Indique le retentissement sur la vie sexuelle

Absence d'atteinte directe

- Blessure orthopédique
 - Stress traumatique
-
- L'expert évalue l'AIPP
 - Le retentissement sexuel est à discuter

LES TROUBLES EVOQUES

CIM -10	REF	DSM IV	En pratique
Absence ou perte de désir sexuel	F52.0	Baisse du désir sexuel	- Désir sexuel hypoactif - Anaphrodisies
Aversion Sexuelle et absence de plaisir sexuel	F52.1	Aversion sexuelle	- Aversions sexuelles - Anhédonies
Echec de la Réponse génitale	F52.2	Troubles de l'excitation chez la l'homme Troubles de l'excitation chez la femme	- Dysfonctions érectiles - Troubles de l'excitation féminine (lubrification,...)
Dysfonction orgasmiques	F52.3	Troubles de l'orgasme chez l'homme Troubles de l'orgasme chez la femme	- Anorgasmies et dysorgasmies masculines et féminines et leurs différentes formes cliniques
Ejaculation précoce	F52.4	Ejaculation précoce	- Ejaculation précoce
Vaginisme	F52.5	Troubles sexuels avec douleurs Vaginisme Dyspareunies	- Vaginisme
Dyspareunies	F52.6		- Dyspareunies masculines et féminines et leurs différentes formes cliniques
Activités sexuelles excessives	F52.7		- Activités sexuelles excessives, addictions sexuelles
Troubles de l'identité sexuelle Transsexualisme (F64.0)	F64.x	Troubles de l'identité sexuelle	- Dysphories de genre, troubles de l'identité

(Réf : MH COLSON, DIU SEXOLOGIE 2006)

EXAMEN CLINIQUE

et LES EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

Examen clinique

- Examen orthopédique
- Examen vasculaire TA pouls périphériques
- Examen neurologique
- Pilosité
- Statut hormonal

Explorations

- Bilan uro dynamique
- Explorations urogénitales
- Doppler
- Bilan hormonal

IMPUTABILITE, REALITE, PERENNITE

- Caractéristique du dommage
- Continuité symptomatologique
- Suivi médical et thérapeutique documentés
- Absence d'état antérieur
- Vraisemblance scientifique
- En cas de doute l'avis sapiteur s'impose

MOYENS DE SUPPLEANCE EVENTUELS

- Soutien sexologique
- Les inhibiteurs de la PDES : Viagra[®], Levitra[®], Cialis[®]



- La Dapoxetine
- La Testosterone
- Les injection intra caverneuses de PGE1
- Les prothèses péniennes, le vacuum

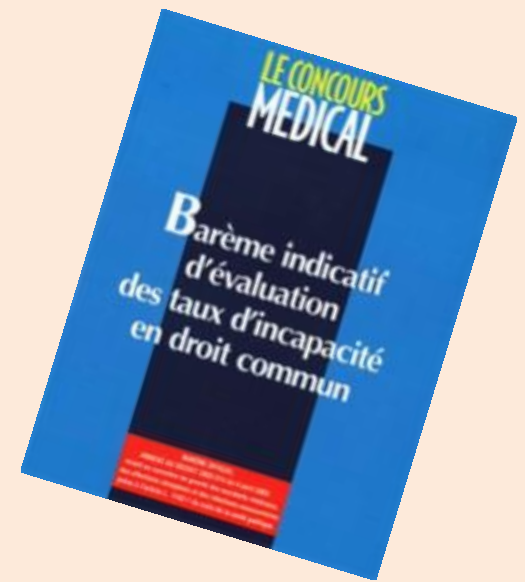
L' EVALUATION ET LA QUANTIFICATION

LES BAREMES



Perte d'organe	Barème Européen	Barème Droit Commun
Hystérectomie	6 %	6 %
Ovariectomie		
• Bilatérale	12 %	6 %
• Unilatérale	6 %	3 %
Mammectomie		
• Bilatérale	25 %	10 %
• Unilatérale	10 %	5 %
Stérilité <i>Inaccessible définitivement à toutes techniques médicales d'assistance à la procréation chez un sujet qui était apte à la procréation ; taux incluant la perte des organes</i>	25 %	25 %

LES BAREMES







Perte d'organe	Barème Européen	Barème Droit Commun
Orchidectomie		
• Bilatérale	12%	6%
• Unilatérale	6%	3%
Perte de la verge	40%	20 à 25%
Stérilité <i>Chez un sujet qui était apte à la procréation ; taux incluant la perte des testicules</i>	25%	25%

LES ECHELLES INDICATIVES

CHEZ L'HOMME

Échelle d'évaluation de la rigidité érectile (EHS)

			
Pas de DE	DE légère	DE modérée	DE sévère
EHS = 4	EHS = 3	EHS = 2	EHS = 1
Le pénis est bien dur et complètement rigide	Le pénis est suffisamment dur pour permettre la pénétration, mais il n'est pas complètement rigide	Le pénis est dur, mais il n'est pas suffisamment rigide pour permettre la pénétration	Le pénis a augmenté de volume par rapport à son état normal, mais il n'est pas dur

Échelle EHS (University of Rochester Medical Center)

Erection nocturne et matinale témoigne de l'intégrité de l'axe neuro vasculaire de l'érection

CHEZ LA FEMME

Sexual function questionnaire (SFQ)

- Désir
- Excitation
- Orgasme
- Douleur
- Désir sexuel hypo actif
- Troubles de l'excitation sexuelle
- Dyspareunie

GRILLE D'ORIENTATION GENERALE

Fonction plaisir

- Libido → inchangée, atténuée, disparue
- Accomplissement de l'acte → habituel, difficile, impossible
- Orgasme → habituel, inconstant, émoussé, impossible

Proposé dans le barème de la société de médecine légale

Observation 1

Expertise judiciaire

TGI de PARIS

Jugement rendu le 5 février 2013

Description médicale

Mr M né le 6 octobre 1970

marié 2 enfants

chef d'équipe dans les travaux publics

accident 26 décembre 2005

TC GLASGOW 5

contusions intracérébrale et bi frontale

embarrure fronto pariétale gauche

traumatisme facial

pas d'indication neuro chirurgicale

Tableau séquellaire

- Ralentissement cognitif
- Syndrome frontal
- Indifférence émotionnelle
- Diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche
- Incitation nécessaire pour les actes de la vie courante
- Agueusie, surdité

Doléances sur le plan sexuel

- Vie sociale réduite
- Pas de vie sexuelle selon son épouse
- Diminution de la libido
- Impossibilité d'érection

Conclusions médico légales

- Consolidation 28 décembre 2008
- AIPP 82 %
- Aides humaines 3 heures d'aide ménagère et 4 heures de stimulation

SE 6/7

PE 4/7

préjudice sexuel : maximum

préjudice d'établissement : nouveau projet de vie irréalisable si le couple venait à se déstructurer

Observation 2

Expertise amiable contradictoire avec
avis sapiteur

Description médicale

- Mr B né le 21 décembre 1960
- Commercial divorcé, avec une compagne au moment de l'expertise
- Accident le 11 août 2008
- Fracture complexe du poignet droit
- Disjonction pubienne
- Traumatisme crânien léger

Tableau séquellaire

- Douleur et gêne fonctionnelle du poignet droit
- Troubles de la mémoire
- Douleurs de la région pubienne

Doléances sur le plan sexuel

- Douleurs pubiennes
- Difficultés érectiles transitoires qui sont décrites comme s'aggravant avec le temps

Conclusions médico légales

- Consolidation 15 juillet 2009
- SE 3,5/7
- DE 1,5/7
- AIPP 12 %
- Préjudice sexuel : gêne épisodique sans inaptitude
contestatation sur le préjudice sexuel

Avis sapiteur

- Antécédents :

herpès génital

Dépression traitée par SEROPRAM

Dépendance tabagique

IMC 25,2Kg/m² soit un léger surpoids

Le blessé décrit l'absence d'érection de jour comme de nuit :

Réponse favorable au viagra et au cialis permet d'exclure une atteinte neurologique post traumatique .

Avis sapiteur

- La dysfonction érectile est multifactorielle non imputable à l'accident .
- Problèmes professionnels, utilisation d'anti dépresseur avant l'accident sur des périodes longues, tabagisme, fréquence de la dysfonction érectile après 40 ans. Donc pas de prise en charge du Viagra[®] ou du Cialis[®].
- Prise en charge des douleurs pubiennes pendant les rapports.

Observation 3

Expertise Amiable hors Badinter

Description médicale

- Mme A . Née le 20 04 67
- Mariée 2 enfants
- Sans profession
- Accident de bateau en Méditerranée le 23 08 2011
- Fracture en H du sacrum hypoesthésie fesse droite et vaginale partielle
- Incontinence urinaire d'effort

Tableau séquellaire

- Douleurs des 2 sacro iliaques
- Incontinence urinaire d'effort
- Douleurs du sacrum en position assise prolongée
- Raideur lombo sacrée

Doléances sur le plan sexuel

- Douleurs positionnelles
- Diminution de la libido du fait des douleurs
- Diminution de la fréquence des rapports
- Dyspareunie
- Diminution des sensations orgasmiques

Conclusions médico légales

- Consolidation 23 08 2012
- AIPP 8 %
- SE 3,5/7
- Préjudice Sexuel
 - Baisse de la libido
 - Émoussement de la qualité des sensations orgasmiques
 - Douleurs pendant et après les rapports.

Observation 4

Expertise contradictoire en RC
médicale

Description médicale

- Mme D née le 17 02 1961
- Mariée 3 enfants
- Responsable d'un service de gestion
- Prolapsus avec incontinence urinaire partielle
- Bilan urodynamique préopératoire et IRM pelvienne
- Promonto fixation par voie coelioscopique

Tableau séquellaire

- Douleurs de la face interne de la cuisse à l'abduction : lésion de la branche postérieure du nerf obturateur ?
- Bilan urogénital : pas d'atteinte obturatrice
- Ostéite pubienne ou hématome exclus
- Diagnostic retenu : **intolérance du muscle obturateur au contact de la bandelette**
- Ablation de la bandelette

Doléances

- Douleurs de la racine de cuisse gauche
- Zone de dysesthésie face interne cuisse gauche
- Pas de récurrence du prolapsus
- Arrêt de la danse et du jogging
- **Gène positionnelle durant les rapports**

Conclusions

- Aléa thérapeutique
- DFP 2 % pour les paresthésies et douleurs de la racine de la cuisse
- PA non retenu
- PS pour douleurs pendant les rapports