

Commission Nationale des Accidents Médicaux

Recommandation aux présidents de commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

LE LIVRET DE L'EXPERT

Ce « **livret de l'expert** » a pour but essentiel de rappeler les points fondamentaux de l'expertise réalisée à la demande d'une commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). Il ne s'agit pas d'un manuel d'expertise ni d'un précis d'évaluation du dommage corporel ; il s'agit de rappeler quelques règles et d'évoquer les points spécifiques à l'expertise dans le cadre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ainsi, ce livret n'a aucun caractère exhaustif.

De plus, il est présumé ici que l'expert nommé est compétent en matière d'expertise en responsabilité médicale et que ce n'est pas ce livret qui lui apportera la connaissance de ses principes directeurs.

Il convient de rappeler, que, lorsqu'il est missionné dans un domaine qui n'est pas de sa compétence ou qui ne couvre pas sa discipline, l'expert doit, soit se récuser, soit s'adjoindre un autre professionnel d'une discipline différente, soit demander au président de la CRCI de nommer un co-expert en précisant de quel domaine de compétence il s'agit et les raisons qui rendent sa nomination nécessaire. Il doit par ailleurs s'assurer que l'affaire n'est pas susceptible de générer un conflit d'intérêts avec son activité habituelle.

Ce livret comporte quatre parties. Tout d'abord, dans une **partie introductive**, sont rappelées les définitions des termes de la loi du 4 mars 2002 et quelques textes relatifs au cadre spécifique dans lequel se situe une mission réalisée à la demande d'une CRCI. La **deuxième partie** porte sur la préparation de l'expertise avec la convocation, l'obtention des pièces médicales, la nécessité de définir le lieu où se déroule l'expertise. La **troisième** développe les aspects particuliers du déroulement de l'expertise avec l'audition des parties (demandeur, médecin ou établissement mis en cause) et l'aspect contradictoire de l'expertise. La **quatrième** partie est consacrée à l'analyse des faits et à l'évaluation du dommage (imputabilité).

I. Introduction

L'expertise réalisée dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 est certes calquée sur les procédures d'expertise juridictionnelle : elle est destinée à déterminer d'abord l'existence et l'origine d'un dommage consécutif à un acte de diagnostic, de prévention ou de soins, puis d'en évaluer les séquelles. La loi pose le principe de l'indemnisation des conséquences dommageables survenues à la suite d'un événement indésirable appelé par la loi « accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale », imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il y ait ou non une responsabilité à l'origine du dommage.

Dans le premier cas (responsabilité), l'assureur du professionnel de santé, de l'établissement indemniser le patient des préjudices subis en fonction de leur imputabilité à l'acte mis en cause en tenant compte de la pathologie et de son évolution prévisible ainsi que de l'état antérieur du patient.

Dans le deuxième cas (pas de responsabilité), c'est la solidarité nationale (l'ONIAM) qui procèdera à l'indemnisation en tenant compte de conditions établies par voies légale et réglementaire.

Dans le cas de la survenue d'une infection nosocomiale, la loi du 30 décembre 2002 a déterminé des conditions particulières d'indemnisation par la solidarité nationale, ce qui ne modifie pas les conditions de réalisation de l'expertise.

La loi définit les conditions cumulatives de réparation des préjudices. Ils doivent

1. être directement imputables à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins,
2. avoir eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci,
3. et présenter un caractère de gravité fixé par décret.

Des dispositions réglementaires (article D. 1142-1 du code de la santé publique) et des précisions ministérielles ultérieures (question n° 28524 publiée au J.O du 17 novembre 2003, réponse publiée le 1^{er} juin 2004) ont permis de préciser les quatre caractères de gravité donnant droit à l'ouverture d'un dossier devant une CRCI.

1. Incapacité Temporaire de Travail

La définition donnée par la loi n'est pas celle utilisée habituellement dans le domaine de l'évaluation du dommage corporel, puisque le législateur a entendu faire bénéficier de ce critère les seules personnes exerçant une activité professionnelle. Sa durée, doit être au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

Il s'agit donc essentiellement de l'arrêt d'activité professionnelle, c'est-à-dire de l'arrêt de travail et non de l'interruption des activités personnelles du demandeur. Il peut s'agir d'un arrêt total ou partiel de travail. Cette définition se distingue donc de celle de l'incapacité temporaire totale habituellement retenue pour l'évaluation des préjudices et qui concerne toutes les catégories de personnes ayant du interrompre l'activité quotidienne habituelle.

2. Le taux d'Incapacité Permanente Partielle

Ce taux doit être > 24 % ; il est fixé par référence au barème publié à l'annexe 11-2 du code de la santé publique (décret n° 2003-314 du 4 avril 2003)

Il est important de noter que la référence à ce taux est utilisée dans 2 situations différentes. En effet, il est à la fois :

→ Un caractère de gravité permettant l'accès à une CRCI (IPP supérieure à 24 %)

→ Un seuil d'intervention pour l'ONIAM dans le cadre de l'indemnisation des préjudices en absence de responsabilité (IPP supérieure à 24 %)

De plus, la référence à un taux d'IPP est aussi un seuil pour la prise en charge par l'ONIAM de l'indemnisation des infections nosocomiales (IPP supérieure ou égale à 25 %).

3. Les troubles graves y compris d'ordre économique dans les conditions d'existence

C'est dans cette catégorie que peuvent se situer les personnes qui n'ont pas d'activité rémunérée (enfants scolarisés ou non scolarisés, étudiants, retraités ou femmes (ou hommes) au foyer,...). Aucune définition n'en est actuellement donnée ; la commission se prononcera à la lumière des éléments fournis par l'expert, comme les souffrances endurées, la description des gênes subies pendant la durée de l'incapacité temporaire totale ou partielle.

4. L'arrêt définitif de l'activité professionnelle exercée antérieurement

II. Préparation avant l'expertise

1) La convocation

Afin de respecter le principe du contradictoire à ce niveau de l'expertise, l'expert doit convoquer les parties : ce sont celles citées au dossier et visées par la mission adressée par la CRCI.

Pour permettre au demandeur de réunir toutes les pièces de son dossier, les adresser aux autres parties mais aussi pour que les parties puissent assister aux opérations, l'expert s'attachera à ne pas fixer la date de l'expertise trop tôt ; cependant, il ne serait pas dans l'esprit de la loi de dépasser le délai de 3 semaines/1 mois, puisque la CRCI doit rendre son avis dans un délai de 6 mois à compter de sa saisine.

Il est bon que la convocation précise au demandeur qu'il peut se faire assister notamment du médecin de son choix. Enfin, dans certains cas particuliers, il peut être nécessaire de préciser comment se rendre sur les lieux de l'expertise.

2) Obtention des pièces médicales

La convocation adressée au demandeur doit préciser quelles sont les pièces nécessaires à l'expertise ; il est bon de lui rappeler qu'il peut obtenir son dossier médical directement sans passer par un médecin, même si cette faculté lui est laissée.

S'il est vrai que l'expert ne peut se voir opposer le secret professionnel, il n'en reste pas moins vrai que ce n'est pas à lui de constituer le dossier. Si l'expert reçoit les pièces de la part du demandeur, celles-ci sont réputées avoir été transmises contradictoirement aux parties concernées auparavant. La réception des pièces avant l'expertise peut permettre à l'expert de déterminer dans un premier temps les documents manquants qu'il faudra demander lors de l'expertise. Pour plus de clarté et pour faciliter la lecture et la compréhension ainsi que l'échange avec les parties, les pièces doivent être numérotées avec un bordereau des pièces citées par ordre chronologique.

La lecture préalable du dossier peut parfois permettre à l'expert de constater que plusieurs établissements ou intervenants peuvent être concernés, alors qu'ils n'apparaissent pas au nombre des parties ; il doit alors demander au président de les faire citer dans une mission complémentaire.

3) Le lieu de l'expertise

Les locaux doivent être accessibles en particulier lorsqu'il s'agit de recevoir une personne gravement handicapée. Ils doivent aussi être adaptés pour permettre de réunir les parties et leurs assistants ou représentants.

Enfin, pour respecter l'intimité due à la personne examinée, il est souhaitable que la table d'examen soit isolée par un paravent, même si le plus souvent les non médecins se retirent au moment de l'examen clinique.

III. Pendant l'expertise

1) Présentation du déroulement des opérations

Il convient que l'expert précise en quelques mots la nature de sa mission. Il lui faut prendre connaissance des noms et qualités des personnes présentes à l'expertise et les noter dans son rapport.

2) Audition des parties

Il appartient à l'expert de « prendre » la main et de la garder : il doit montrer qu'il est maître des opérations et faire respecter le déroulement de l'expertise sans se laisser déborder par une partie ou une autre : l'expertise n'est pas un lieu pour « plaider » ou « requérir », mais une opération visant à donner un avis technique sur des questions précises.

Il importe donc que l'expert contrôle les interventions de chacun, évitant des dérapages nuisibles au climat de l'expertise : il doit veiller à ce que personne autre que lui-même n'interrompe le discours d'une des parties en cause et qu'il interroge.

L'expert devra veiller à s'exprimer en langage clair, compréhensible par tous et en particulier par le demandeur.

Enfin, l'expert se gardera de toute familiarité avec ses confrères présents à l'expertise, que ceux-ci soient mis en cause ou assistant(s) technique(s), attitude qui risquerait de mettre en doute son objectivité.

a. Audition du demandeur

Le demandeur assiste sans doute à sa première expertise et est donc peu préparé à ce type d'exercice ; il importe que l'expert puisse à la fois le laisser s'exprimer, l'interroger sans être trop incisif, mais aussi canaliser son discours afin de garder la maîtrise complète du déroulé des opérations.

b. Audition du (des) professionnel(s) de santé mis en cause

L'expert doit respecter le caractère contradictoire de l'expertise. Il doit aussi laisser s'exprimer le(s) professionnel(s) de santé, l'(les)interroger sans se départir de son objectivité mais aussi dans le respect de la déontologie médicale.

3) La discussion

La discussion qui suit les auditions et l'examen clinique sera réalisée de manière contradictoire : elle permet de recueillir l'avis du demandeur, de toutes les parties en cause et de leurs assistants techniques, tant sur l'analyse des faits que sur l'évaluation du dommage. Il faut rappeler qu'aucune discussion relative à l'expertise ne pourra être réalisée en dehors de la présence du demandeur ou de son conseil, médecin ou avocat.

IV. Après l'expertise

L'expert procédera à la rédaction de son rapport qui reproduit les trois démarches successives suivies lors de son expertise : d'abord décrire les circonstances de survenue du dommage, puis analyser les faits, enfin répondre aux questions de la mission relatives à l'origine du dommage et à son évaluation. Ce dernier aspect portera sur l'imputabilité et les postes de préjudice soumis à évaluation de l'expert, à partir desquels le président et les membres d'une CRCI se prononceront sur les préjudices à indemniser ;

Le rapport d'expertise doit comporter en termes techniques puis en termes abordables par tous, la justification et la motivation des conclusions proposées, tant dans l'analyse du dommage que dans la détermination de l'imputabilité et l'évaluation des séquelles.

A. Analyse des faits - questions de la mission

1) Le dommage et les circonstances de sa survenue

Bien entendu, l'expert devra développer tous les points de la mission et en particulier ceux relatifs à l'état pathologique initial ayant conduit à l'acte de soins, de diagnostic ou de prévention mis en cause. Il est en effet primordial que l'évolution habituelle de cet état pathologique soit analysée et bien décrite, afin de pouvoir faire la part des choses entre

- ✓ ce qui revient à l'évolution prévisible de la pathologie présentée
- ✓ et ce qui constitue les conséquences d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale.

L'expert devra aussi préciser si le patient présentait un état antérieur susceptible de représenter un état de vulnérabilité spécifique. En effet, il est nécessaire que l'expert se prononce sur le caractère exclusif ou non de l'imputabilité du dommage aux causes retenues, en indiquant si l'état antérieur a pu interférer avec le dommage ou s'il a été influencé par le dommage lui-même.

2) L'origine du dommage et l'analyse médico-légale

L'imputabilité du dommage à un acte de diagnostic, de prévention ou de soins doit être explicitée.

L'expert doit préciser si l'état présenté est la conséquence prévisible de l'évolution de la pathologie initiale ou s'il est la conséquence d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale; dans ce dernier cas, il devra indiquer si le dommage présenté est la conséquence d'un non respect des règles de l'art, en particulier celles relatives à l'établissement du diagnostic, au choix, à la réalisation et à la surveillance des investigations et du traitement, à la forme (nécessité ou non de documents écrits), la qualité et le contenu de l'information donnée au patient sur les risques courus, en précisant, en cas de survenue de tels risques, quelles auraient été les possibilités et les conséquences pour le patient de se soustraire à l'acte effectué, aux moyens en personnels et matériels mis en œuvre en précisant s'ils correspondent aux référentiels connus,

L'expert déterminera aussi si l'imputabilité est totale ou partielle, en prenant en considération les données relatives à l'état de santé relatif à la pathologie présentée avant les actes de prévention, de diagnostic ou de soins dont il a fait l'objet et à un éventuel état antérieur susceptible de représenter un état de vulnérabilité.

S'il s'agit d'un aléa, l'expert précisera en quoi cet accident médical, cette affection iatrogène ou cette infection nosocomiale a eu des conséquences anormales au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale et en précisera la caractéristique de gravité

Dans tous les cas, il convient que l'expert cite dans son rapport les références de la littérature sur lesquelles il s'appuie, en particulier pour ce qui concerne la nature et le caractère habituel ou exceptionnel de survenue de l'accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale, que ceux-ci soient ou non la conséquence d'un non respect des règles de l'art. Ces références seront annexées au rapport d'expertise.

B. Évaluation des dommages

La réparation étant intégrale, les postes à **évaluer** sont ceux habituellement retenus pour **indemniser** un préjudice corporel. L'évaluation ne diffère pas des autres cadres dans lesquels est diligentée une expertise en ce qu'elle s'appuie sur la nomenclature dite Dintilhac.

La référence à cette nomenclature fait suite à la décision prise par les assureurs de responsabilité médicale et l'ONIAM de procéder à l'indemnisation à l'aide de cette référence.

Il convient cependant de rappeler que cette nomenclature est une nomenclature indemntaire, et que tous les postes ne sont donc pas soumis à l'évaluation du médecin. En effet, le **médecin évalue un dommage pour permettre au juriste de procéder à l'indemnisation des préjudices de la victime.**

C'est pourquoi, afin de ne pas procéder à une confusion entre l'évaluation et l'indemnisation, il est proposé un tableau de concordance permettant de retrouver au sein de la mission les postes évalués par le médecin pouvant être à l'origine d'un préjudice indemnisable.

Par exemple, il ne sera pas demandé au médecin de se prononcer sur la perte de gains professionnels actuels, mais de dire si l'événement à l'origine de l'expertise justifiait un arrêt d'activité professionnelle.

De même, le terme de préjudice esthétique a été modifié permettant au médecin de se prononcer sur le dommage, décrit *in abstracto*, l'indemnisation se faisant *in concreto* à partir des éléments concrets présentés par la victime.

La ligne de partage entre postes temporaires et définitifs reste bien entendu la date de consolidation.

Quelle que soit la réponse aux questions posées, l'expert s'efforcera de donner les informations nécessaires à la commission concernant les séquelles dont l'évaluation est soumise à son expertise.

Il doit s'attacher à isoler ce qui relève des seules conséquences du dommage et ce qui relève de l'évolution de la pathologie elle-même et d'un éventuel état de vulnérabilité intercurrent, en argumentant sa position et en faisant la part des choses, lorsqu'il existe une imputabilité partielle.

Tableaux de concordance

Postes temporaires

Indemnisation		Evaluation
Jusqu'à 2006	Dintilhac	Postes évalués par le médecin
Frais médicaux et hospitaliers	Dépenses de santé actuelles (DSA)	Soins avant consolidation
Aide ménagère	Frais divers (FD)	Aide humaine ou matérielle temporaire
Troubles dans les conditions d'existence (TCE) Gênes dans les actes de la vie courante (GAVC) Préjudice d'agrément temporaire (PAT)	Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT)	Les gênes temporaires constitutives d'un DFT
Incapacité temporaire totale (ITT économique) Incapacité temporaire partielle (ITP économique)	Pertes de gains professionnels actuelles (PGPA)	Arrêt temporaire des activités professionnelles Arrêt de travail
Souffrances endurées (SE)	Souffrances endurées (SE)	Souffrances endurées
Exceptionnel	Préjudice esthétique temporaire (PET)	Domage esthétique temporaire

Postes définitifs

Indemnisation		Evaluation
Jusqu'à 2006	Dintilhac	Postes évalués par le médecin
IPP/AIPP	Déficit fonctionnel permanent (DFP)	AIPP
Préjudice professionnel	. Pertes de gains professionnels futures (PGPF) . Incidence professionnelle (IP) (notamment, pénibilité, dévalorisation)	Répercussion des séquelles s / activités professionnelles
Préjudice scolaire	Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSUF)	Répercussion des séquelles s / activités professionnelles
Frais après consolidation (occasionnels/frais futurs)	Dépenses de santé futures (DSF)	Soins médicaux après consolidation
Préjudice esthétique	Préjudice esthétique permanent (PEP)	Dommage esthétique permanent
Préjudice d'agrément	Préjudice d'agrément (PA)	Répercussion des séquelles s / activités d'agrément
Préjudice sexuel	Préjudice sexuel (PS)	Répercussion des séquelles s / vie sexuelle
Tierce personne	Assistance par tierce personne (ATP)	Aide à la personne
Frais de logement / véhicule	Frais de logement / véhicule adapté (FLA / FVA)	Nécessité aménagement logement / véhicule
	Préjudices permanents exceptionnels (PPE)	Description
	Préjudices à caractère évolutif (PEV)	Description
Préjudice d'établissement	Préjudice d'établissement (PE)	Description

Commentaires relatifs à certains postes particuliers

A. Postes temporaires

1. **Les gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire.**

Totale ou partielle, dégressive à partir de l'accident jusqu'à la consolidation, la durée des gênes temporaires doit être précisée et le médecin devra décrire la nature des gênes ressenties ainsi que les moyens – humains ou matériels – mis en place pour pallier le handicap en résultant et de se référer aux gênes subies par la victime sur le plan personnel, ce poste se substitue aux troubles dans les conditions d'existence, au préjudice d'agrément temporaire, au préjudice sexuel temporaire ou les gênes dans les actes de la vie courante. La nomenclature fait également état de toutes gênes relatives à un préjudice sexuel temporaire.

2. **L'arrêt temporaire des activités professionnelles**

Il s'agit de prendre en considération le retentissement des séquelles sur la sphère professionnelle de la victime indépendamment des gênes temporaires relatives à sa vie personnelle.

C'est « l'arrêt de travail »

Cette question porte sur la répercussion du dommage sur la sphère professionnelle de la même victime. Il s'agit de se prononcer sur l'arrêt d'activité telle qu'elle était exercée au moment de l'accident, et ce quelle que soit la nature du travail exercé que celui-ci soit à l'origine de salaires, honoraires, revenus commerciaux ou agricoles.

3. **Dompage esthétique temporaire**

Un dompage esthétique temporaire peut-être justifié. Le rapport Dintilhac précise qu'il s'agit « *d'une altération de l'apparence physique, certes temporaires, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face* ».

L'expert aura alors à donner son avis sur l'existence d'un tel dompage dissociable des gênes temporaires et constitutive d'un déficit fonctionnel temporaire, ou des souffrances endurées.

B. Postes permanents

L'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique constitutive d'un déficit fonctionnel permanent

Elle remplace l'ancienne IPP, débarassée de toute connotation économique,. L'expert chiffrera le taux d'AIPP par référence au « barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales », publié à l'annexe 11-2 du code de la santé publique comme le précise le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 ; au cas où le barème ne comporte pas de référence, l'expert informera, par avis motivé, la commission régionale qui lui a adressé la mission, des références à l'aide desquelles il a procédé à l'évaluation.