



**MINISTÈRES  
SOCIAUX**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Commission Nationale des accidents médicaux**

## **NOTE**

### **De la Commission Nationale des Accidents Médicaux**

#### **RELATIVE AUX CRITERES DE QUALITE D'UN RAPPORT D'EXPERTISE EN RESPONSABILITE MEDICALE A DESTINATION DES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION EN DATE DU 13 DECEMBRE 2022**

La lecture d'un rapport d'expertise en responsabilité médicale doit apporter au lecteur des éléments indispensables à la bonne compréhension du déroulement des faits, des éléments de discussion, et des réponses aux questions de la mission.

Il doit être suffisamment clair pour un non-médecin, mais également apporter des éléments techniques pertinents pour les médecins.

La rédaction du rapport est le fruit d'un travail de documentation et d'analyse : la documentation inclut la collecte des faits (par l'interrogatoire des parties et par la communication de toutes les pièces utiles, y compris celles non fournies initialement), et la bibliographie (concernant les recommandations de bonnes pratiques et les fréquences de survenue des complications, en particulier) ; l'analyse inclut l'analyse des faits (ce qui permet le cas échéant d'identifier des pièces manquantes), l'analyse de la physiopathologie de survenue des complications éventuelles, et l'analyse médico-légale (concernant la conformité des soins, les liens de causalité, l'anormalité du dommage, l'imputabilité des préjudices, l'évaluation des préjudices).

Cette note reprend de façon non exhaustive les éléments indispensables à un rapport d'expertise de bonne qualité.

#### Diligences

Le rapport devra idéalement comporter la liste des documents consultés, les dates des réunions d'expertise, ainsi que la liste des personnes présentes aux réunions d'expertise (avec leur qualité et la partie qu'ils représentent).

## Rappel des faits

- Présentation du demandeur/victime directe : nom, date de naissance, situation familiale, mode de vie, profession, droitier/gaucher si pertinent ; antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, familiaux pertinents ; traitement en cours au moment du fait générateur.
- Commencer le rappel des faits par le début réel de l'histoire médicale (« histoire de la maladie » qui ne commence pas le jour de l'intervention chirurgicale, par exemple, ou le jour d'un examen complémentaire type IRM, ou le jour d'une consultation spécialisée). En commençant le rappel des faits par le fait générateur, on ne peut pas analyser l'indication, ni l'état antérieur.
- Décrire en détail l'état clinique et fonctionnel avant la prise en charge ou avant la chirurgie, ainsi qu'un éventuel arrêt de travail antérieur au fait générateur (dates, motif, prescripteur).
- Donner le plus de détails possibles sur le moment précis de survenue de l'accident médical.
- Etayer le rappel des faits par des éléments objectifs, mais ne pas faire un inventaire des comptes rendus de consultations, d'hospitalisation, d'examens complémentaires et comptes rendus opératoires. Il faut expliquer l'enchaînement des événements médicaux, et décrire l'évolution entre les différentes consultations/hospitalisations.
- Se faire communiquer les pièces manquantes.
- Toujours penser aux deux niveaux de lecture : pour les médecins, détailler les éléments médicaux (y compris chiffrés : par exemple chiffres d'hypotension, fréquence cardiaque si tachycardie, doses de médicaments prescrits, doses de noradrénaline administrées...), reproduire si nécessaire les éléments iconographiques pertinents (ECG, CRO, feuilles d'anesthésie, radiologie, ...).

## Doléances/griefs

- Si des éléments nouveaux sont évoqués, les intégrer dans le rappel des faits en les confrontant aux éléments objectifs (comptes rendus de consultation par exemple).

## Déclarations des mis en cause

- A confronter aux griefs des demandeurs.
- Si pertinent, demander expérience et volume annuel de pratique.

- Si pertinent, demander des détails sur organisation des soins (astreinte/garde, disponibilité d'une IRM la nuit, horaires des IADE, ...).

### Examen clinique

- Indiquer poids taille, latéralité (droitier/gaucher).
- Aspect général, démarche, mouvements actifs et passifs, périmètres, mensurations, angulations...

### Discussion

- Faire un chapitre discussion pour analyse avant réponses aux questions.
- Faire toutes les analyses, de toutes les questions qui se posent, sur toute la prise en charge (une même question peut nécessiter plusieurs réponses : sur la conformité de la prise en charge, plusieurs étapes de la prise en charge peuvent être discutées).
- Citer la bibliographie (références + passages pertinents éventuellement) sur indication (recommandations en particulier), risque de survenue, pronostic sans et avec traitement en cause.
- Etat antérieur : inclus l'intervention/prise en charge en cause (si plusieurs accidents dans un même dossier, il y a plusieurs états antérieurs, un par accident si non concomitants).
- Etudier le lien de causalité, pas uniquement au regard de la chronologie.
- Ne pas confondre échec et complication.
- Sur l'anormalité, répondre aux deux questions : évolution attendue sans acte médical en cause, et risque de survenue de la complication. Sur risque de survenue : risque adapté à la situation du dossier (en citant la bibliographie correspondante si elle existe), indiquer le risque général, et le risque dans le cas particulier du patient, en indiquant s'il était majoré, du fait des antécédents du patient, de la présentation de la pathologie (localisation d'une tumeur par exemple) ou de l'importance du traitement (doses élevées de chimiothérapie par exemple).

### Réponses aux questions

- Répondre à toutes les questions, et parfois, plusieurs fois par questions : si plusieurs accidents, plusieurs infections.
- A la question d'un retard de prise en charge, ne pas répondre « pas de retard dès que la prise en charge a débuté », tenir compte d'un retard de diagnostic éventuel.

- Justifier le calcul d'un taux de perte de chance, en citant la bibliographie.

### Préjudices

- Faire la part des préjudices strictement imputables à l'accident ou à l'infection de ceux qui relèvent d'une autre cause.
- ATAP/IP : préciser si arrêt de travail antérieur (ou invalidité) ; préciser si reprise de travail aurait été possible sans la complication ; préciser la durée d'arrêt de travail effectivement prescrit a priori en postopératoire sans complication ; si pas de reprise : préciser jusqu'à quand l'arrêt de travail est imputable, si pertinent.
- ATP : détailler la journée type si nécessaire.
- DFP : détailler ++, déduire DFP attendu sans complication.
- Justifier les classes de DFTP.