

# Indemnisation d'un dommage en responsabilité chirurgicale : Particularités de l'évaluation des préjudices

## Compensation for a Damage of Surgical Responsibility: Characteristics of the Evaluation of the Damages

Jean-François Mercier

### Mots clés

- ◆ Chirurgie
- ◆ Responsabilité du chirurgien
- ◆ Vérité scientifique
- ◆ Vérité expertale
- ◆ Vérité judiciaire
- ◆ Événements indésirables graves
- ◆ Aléa thérapeutique
- ◆ Infection nosocomiale
- ◆ Experts
- ◆ Postes de préjudices et nomenclature Dintilhac
- ◆ Rapport d'Expertise en Evaluation du Dommage Corporel après Responsabilité Chirurgicale (EEDCRCH)
- ◆ Section « *Consultants et Experts* » de l'Académie Nationale de Chirurgie Paris

### Keywords

- ◆ Surgery
- ◆ Surgeon's responsibility
- ◆ Scientific truth
- ◆ Expertise truth
- ◆ Legal truth
- ◆ Serious undesirable events
- ◆ Therapeutic risk
- ◆ Hospital acquired infection
- ◆ Experts
- ◆ Items of damages and Dintilhac nomenclature
- ◆ Medical report for Expertise in Assessing and Injury after Surgical Responsibility (EAISR)
- ◆ « *Consultants and Experts* » section of the French Academy of Surgery-Paris

### Résumé

Depuis 1936, la législation concernant la responsabilité médicale a évolué ayant en fait, suivi les transformations de la société : obligation de moyens et parfois obligation de résultats, à l'événement fautif s'est ajouté un préjudice non-fautif. Trois changements sont significatifs : la séparation entre les fautes civiles et pénales, la prise en charge de l'aléa thérapeutique, et enfin la caractérisation du manquement au devoir d'information en une faute civile.

Les conditions d'accessibilité en recherche d'indemnisation ont été facilitées par la création de juridictions adaptées, comme la CRCI\* (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation)... La désignation des experts s'effectue, habituellement, dans le cadre général des listes précisées par des tableaux et des rubriques spécialisées.

Les cas cliniques actuels et futurs se situent dans des établissements de soins et sont pour la plupart liés à l'emploi des nouvelles technologies et à l'organisation des soins.

Le préjudice recherché imputable au regard d'un acte qui se serait déroulé sans problème, est-il temporaire ou permanent ? La notion de dommage et de son indemnisation prend actuellement en compte les postes de préjudices dans le cadre de la nomenclature Dintilhac.

### Abstract

Since 1936, legislation concerning medical liability has evolved having actually followed the transformation of society: obligation of means and sometimes obligation of results, to the wrongful event added a non-wrongful injury. Three changes are significant: the separation between civil and criminal errors, support of the therapeutic risk, and finally the characterization of the breach of the duty to provide information in a civil fault. The conditions of accessibility in search of compensation have been made easy by the creation of appropriate jurisdictions, like the RCRC (Regional Commission for Reconciliation and Compensation). The designation of experts is made, usually, within the general framework of the lists specified by tables and specialized topics. Current and future clinical cases lie in care facilities and are mostly related to the use of new technologies and the organization of care. Is the sought damage due against an act that would be uneventful, temporary or permanent? The notion of damage and its compensation takes into account damages under the Dintilhac nomenclature frameworks.

## Qu'est-ce qu'un dommage ? Evolution de la responsabilité : Evolution sociétale ?

Sur le plan historique, l'étude de la responsabilité médicale est ancienne : le texte juridique babylonien d'Hammurabi, équivalent d'un recueil de jurisprudence (1750 av. J.C.), est, à ce jour, le plus complet des codes de lois connus de la Mésopotamie antique. De même, la loi des XII tables à Rome (450 ans avant J.C.) énonçait que la faute commise par le chirurgien engageait sa responsabilité. Après le code Napoléon, c'est en 1835 qu'est retenue la responsabilité délictuelle civile d'un médecin accoucheur pour maladresse (article 1382-1383 - arrêt Thouret-Noroy). En 1936, la responsabilité contractuelle avec une prescription trentenaire devient la règle (Arrêt Mercier - chambre civile de la Cour de cassation). En 1942, l'arrêt Teyssier (chambre des requêtes de la Cour de Cassation) proclame le respect de la personne humaine et impose au praticien, d'obtenir le consentement éclairé de son

### Correspondance :

Dr Jean-François Mercier  
5, rue Dubrunfaut - 75012 Paris.  
E-mail : [expert.mercier@hotmail.fr](mailto:expert.mercier@hotmail.fr)

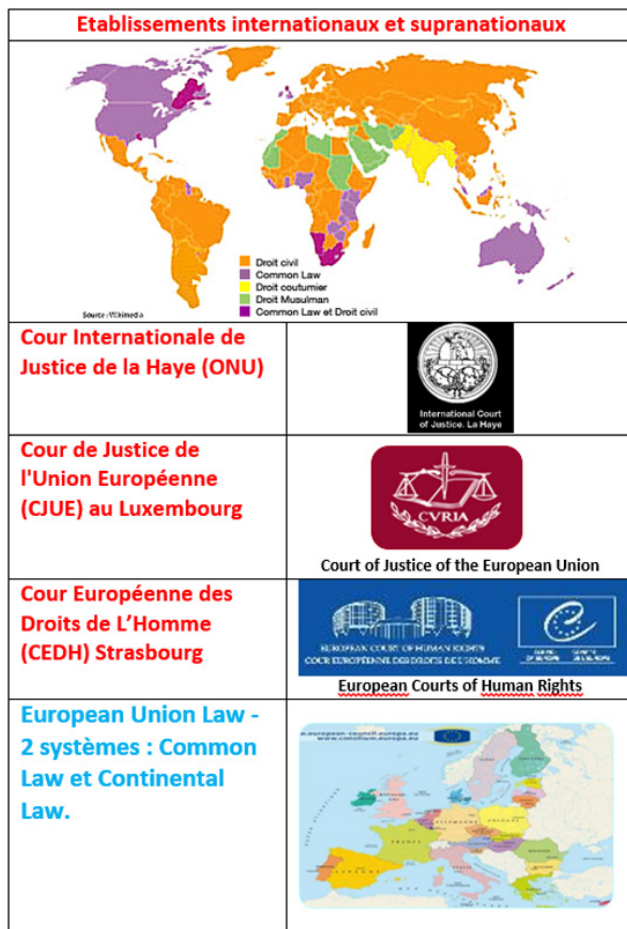


Figure 1. Lois applicables en Europe

patient par une information avant de réaliser une opération. Depuis la loi du 4 mars 2002, la prescription de la responsabilité civile ou administrative médicale est de 10 ans, à compter de la consolidation du dommage (9,10).

Actuellement, sur le plan organisationnel européen, on observe de nombreuses règles qui diffèrent selon les pays. Tout d'abord, s'appliquent les décisions et la jurisprudence des établissements internationaux et supranationaux : celles de la Cour Internationale de Justice de la Haye (ONU), de la Cour de Justice de l'Union Européenne au Luxembourg et de la Cour Européenne des Droits de L'Homme à Strasbourg. En fait, deux systèmes coexistent :

- le « *Common Law* » de droit anglo-saxon, similaire aux normes nord-américaines et utilisé, notamment, en Grande-Bretagne ;
- le « *Continental Law* », de droit romain germanique appliqué en France.

L'organisation juridictionnelle nationale est caractérisée par deux ordres (judiciaire et administratif) et trois degrés de juridiction (Tribunaux de 1ère juridiction, Cours d'Appel et Cour de Cassation) comportant chacun deux matières (civile et pénale) (1) (Fig 1).

### Quelles sont les règles ?

C'est la loi du 10 juillet 2000 qui a procédé à la séparation en deux types de fautes : civiles et pénales, et la loi du 4 mars 2002 qui a fixé la prescription de la responsabilité civile ou administrative médicale à 10 ans, à compter de la consolidation du dommage (art. L. 1142-28 du CSP). La faute pénale reste caractérisée en cas de maladresse, imprudence, inat-

Figure 2. Sinistralité médecins libéraux 2012 (en %) source : MACSF

Chirurgie	38,7
Anesthésie	21,8
Urgentiste	13,2
Radiothérapie	9,3
O.R.L.	7,1
Gastro-entérologie	9
Ophtalmologie	5,7
Imagerie médicale	5,4
Cardiologie	3,3
Dermatologie	3,9
Moyenne	2,65
Pédiatrie	1,4
Médecine générale	1,3

tention, négligence ou manquement à une obligation de prudence de sécurité. La prescription est triennale.

L'existence de cette faute médicale civile est recherchée et appréciée en référence aux pratiques conformes aux bons usages, relevant de la même spécialité, et dans les mêmes circonstances. Par suite, la maladresse est tenue pour fautive. Elle concerne, tant le diagnostic que la prescription, le choix thérapeutique, la faute technique, la mise en place de matériel, la surveillance post-opératoire, le diagnostic des complications postopératoires. Quant aux infections nosocomiales, depuis la loi du 2 mars 2002 et à compter du 5 septembre 2001, la responsabilité personnelle du chirurgien n'est engagée qu'en cas de faute, à la différence de l'établissement de santé qui lui reste soumis à l'obligation de sécurité de résultat.

### La prise en charge de l'aléa thérapeutique

Avant l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, le juge judiciaire n'indemnisait pas l'aléa thérapeutique, tandis que le conseil d'État avait exceptionnellement admis la responsabilité du service public hospitalier, en cas de réalisation d'un risque exceptionnel, ayant entraîné des dommages d'une extrême gravité (arrêt Bianchi). Depuis, cette loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Kouchner, l'aléa thérapeutique est indemnisé. Depuis fin décembre 2014, le dispositif de réparation, au titre de la solidarité nationale, n'est pas applicable aux demandes postérieures au 31 décembre 2014, ayant pour objet une indemnisation de *dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi*. (nouvel article L.1142-3-1 du code de la santé publique, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015) (Fig 2).

Si le devoir d'information, qui était préalable à toute intervention, est absolument fondamental dans la relation praticien patient, le manquement au devoir d'information constitue toujours une faute civile (2,4,5).

L'expertise en évaluation du dommage corporel après responsabilité chirurgicale (EEDCRCH), Comment s'effectue la caractérisation d'un dommage supplémentaire ? Cette conséquence inattendue est recherchée, d'une part, au regard des manifestations de l'affection initiale ayant justifié l'intervention, et des suites habituelles de l'opération pratiquée suivant les normes en vigueur, d'autre part (3,6,7,8,11,12).

C'est tout d'abord la recherche d'un expert dont les modalités varient selon les procédures juridictionnelles, puis l'identification du (des) dysfonctionnement (s) qui est fondamental pour la qualification juridique. Enfin la reconnaissance d'un préjudice est nécessaire avant son évaluation et sa quantification. C'est cette démarche que nous vous proposons de suivre.

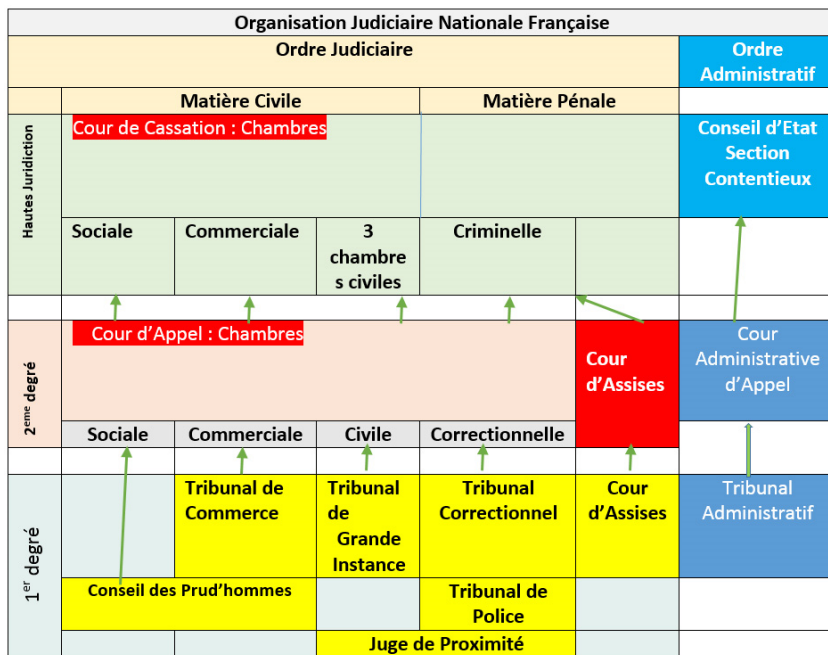


Figure 3. Organisation légale en France

### Quelles sont les voies d'une recherche en responsabilité ? Où trouver le(s) bon(s) expert(s) ?

Tout d'abord, les procédures amiables : les demandes qui sont examinées par les commissions de conciliation des établissements hospitaliers et de soins, sont d'accès facile et gratuit. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et la Commission des Relations avec les Usagers (CRU) ont pour principale mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés (3).

Les systèmes d'assurances de protection juridique et, plus particulièrement concernant les accidents médicaux s'intègrent dans la couverture garantie des accidents de la vie (GAV). Ils sont souvent couplés au contrat d'assurance habitation, mais il y a des franchises (4) (Fig 3).

En fait, il existe une voie spécifique concernant la responsabilité professionnelle et une liste nationale des experts en accidents médicaux. En effet, l'Organisme National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) et les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) ont été créées par la loi du 4 mars 2002. Ces instances ont pour mission de faciliter la résolution amiable des litiges relatifs à des accidents médicaux d'une part, et de prendre en charge au titre de la solidarité nationale des préjudices nés d'accidents médicaux non-fautifs graves d'autre part. « Cette voie de recours comporte pour caractéristique d'être rapide, et de ne pas comporter de coûts pour l'utilisateur (les frais d'expertise sont pris en charge et le ministère d'avocat n'est pas obligatoire) ; pour le professionnel de santé, la procédure présente pour caractéristique de ne pas comporter de publicité et d'être moins stigmatisante qu'une procédure juridictionnelle ». Mais, un seuil de gravité est nécessaire pour donner lieu à une indemnisation :

- un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 % ;
- ou un arrêt temporaire des activités profession-

nelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non-consécutifs sur une période de douze mois ;

- ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non-consécutifs sur une période de douze mois ;

- ou à titre exceptionnel : Lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale, et lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique dans ses conditions d'existence (TPGCE) (1, 2, 5, 9, 11, 13).

La voie judiciaire traite le plus souvent, des cas plus graves et plus complexes, ainsi que ceux pour lesquels des conséquences financières importantes sont à prévoir. Les listes d'experts judiciaires de la Cour d'Appel et de la Cour de Cassation comportent des rubriques de spécialité précisant les champs de compétence : Chirurgie : F-09.03, Chirurgie digestive : F-09.03.01, Chirurgie infantile : F-09.03.03... Il en est de même concernant les listes établies par la juridiction administrative. La désignation hors liste reste possible. Elle est motivée, assortie d'une prestation de serment ponctuelle, et s'intègre dans le cadre d'un collège qui comportera habituellement un spécialiste de l'évaluation du dommage. La tendance s'oriente vers moins de procédure surtout pénale. (6,7,8,10,12,14).

Quel est l'avenir de l'expertise « à la française » ? Sur le plan international, un rapprochement entre la procédure britannique et la procédure française a été souhaité en 1999. Un projet de loi québécois sur l'expert commun/l'expert unique est en cours avec étude d'une mutation de l'expertise dans la culture juridique française. Une expérimentation dans une province est en cours (15) (Fig 4).

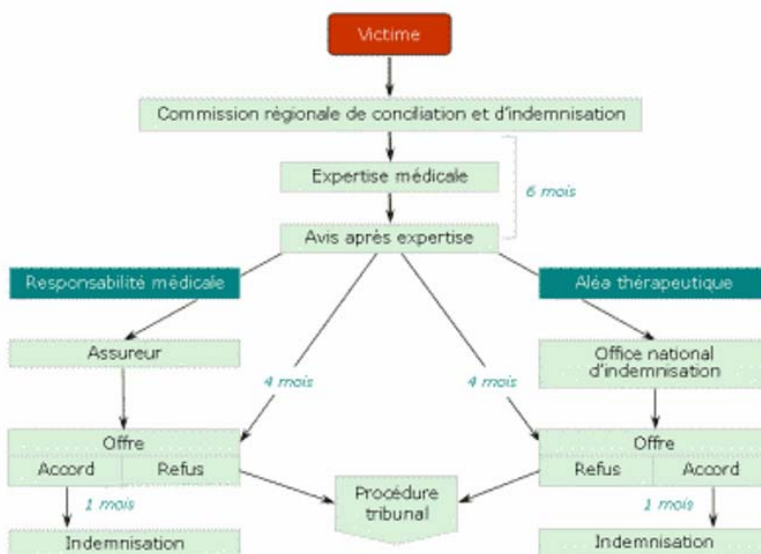


Figure 4. Schéma du dispositif d'indemnisation (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades)

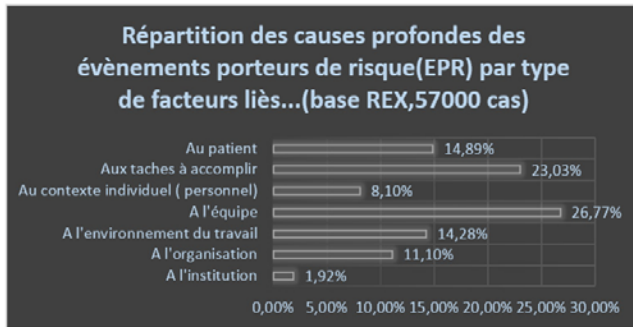


Figure 5. Accréditation des médecins : Haute Autorité de Santé

## A quel moment le dysfonctionnement ? Quels sont les situations actuelles et futures à risque ?

### Les critères pour distinguer « faute et aléa »

L'étude des publications dans différents domaines spécialisés a permis une meilleure connaissance et une identification des risques selon :

- le type de complication liée à une intervention ou à une affection précise : par exemple, la chirurgie du défilé cervico-thoraco-axillaire (3,11) ;
- les caractéristiques des interventions (chirurgie bariatrique, endocrinienne, thoracique et cardio-vasculaire) (5,19) ;
- les particularités des spécialités chirurgicales, (urologie, digestive...), (6,20) ;
- les mécanismes des incidents mieux compris grâce aux nouvelles données physiopathologiques en obstétrique, ophtalmologie... (13,16) ;
- le matériel utilisé et les nouvelles technologies (dispositifs médicaux, robotique), (2,9) ;
- les conditions d'exercice (1,4) (Fig 5).

Une méthodologie particulière pour l'analyse des comportements et des conduites techniques en responsabilité professionnelle est nécessaire. C'est l'étude fondamentale du déroulé des soins et des traitements, en individualisant les trois temps classiques de la réussite d'une intervention chirurgicale : l'indication, la réalisation technique et les suites post-opératoires. Le recueil du consentement éclairé préalable est renforcé dans certaines spécialités, notamment, en chirurgie esthétique. Les références sont : les bonnes pratiques, les études de consensus, les protocoles reconnus, les données acquises de la science à cette période, les recommandations des sociétés savantes. Dans les cas de partage des responsabilités, la recherche de l'implication des différents intervenants, au sein de l'équipe médico-chirurgicale élargie (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, internes, établissements, fournisseurs de matériel, service de maintenance...), est la règle (15,16,18).

Le bilan de la Commission de Conciliation et d'indemnisation (CCI) et de l'Observatoire des risques médicaux (ORM-ONIAM) pour la période 2007-2012 recense 7 306 dossiers d'accidents médicaux engageant des sommes >15 000 euros et une répartition des cas entre l'aléa médical 31 % et les actes techniques fautifs 29 %. La majorité des dossiers (84 %) proviennent d'un établissement et 18 % sont en relation avec une infection nosocomiale. Au total, cette étude met en évidence :

- la diminution du nombre des procédures pénales ;
- l'utilisation plus fréquente des voies non-judiciaires de règlement des conflits (conciliation, médiation, arbitrage) ;
- l'importance des événements indésirables graves et les coûts induits ;

### Répartition des mises en causes : 652 pour 473 décisions judiciaires (en civil et pénal)

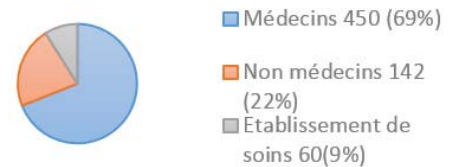


Figure 6. Répartition des mises en cause : 652 pour 473 décisions (civil et pénal) source MACSF 2012

- la volonté des familles de comprendre ce qui s'est passé (14) (Fig 6).

Parmi les aspects nouveaux de la responsabilité, on peut citer, aussi : la discussion des alternatives thérapeutiques, la validation des formations pour l'acte effectué, les partages de responsabilités au sein de l'équipe hospitalière, les critères de sortie d'établissement et, plus particulièrement pour les retours précoces au domicile et la chirurgie ambulatoire (7,8,10).

### Méthodologie complémentaire en vue de l'évaluation

Pour mieux caractériser les conséquences fonctionnelles imputables, on peut identifier plusieurs situations :

- La complication n'a rien à voir avec la zone opératoire, on peut citer : une atteinte dentaire (le plus souvent sur état antérieur) survenant lors d'une anesthésie générale comportant une intubation, des troubles à type de paralysie liés à une compression d'un membre observés après une intervention de chirurgie orthopédique prolongée (atteinte radiale lors d'une position en décubitus latéral pour ostéosynthèse du fémur), des brûlures de la cuisse dans la zone de la plaque du bistouri électrique après une intervention dans la sphère ORL ;
- La complication est située dans la zone opératoire : *Exemple 1 : Affection-intervention* : prothèse de hanche droite pour arthrose sur dysplasie. **Complication** : atteinte du nerf crural, du fait d'une compression-élongation prolongée par un écarteur. **Séquelle homolatérale** : cruralgie, absence de réflexe rotulien, faiblesse du membre inférieur et du pied, retentissement sur la marche, boiterie. *Exemple 2 : Affection-intervention* : chirurgie de gonarthrose, correction d'axe avec ostéotomie de varisation par voie interne. **Complication** : atteinte du nerf sciatique poplitée externe secondaire à la mise en place d'une vis trop longue ;
- La complication intéresse l'organe opéré : *Affection-intervention* : hémicolectomie droite pour néoplasme du côlon droit. **Complication** : lésions de l'intestin grêle nécessitant une résection plus étendue que prévue ;
- Les complications diffuses et complexes : *Exemple 1* : Chirurgie vertébrale complexe : *Affection initiale* : homme, 60 ans, présentant une instabilité évolutive lombaire L2-L3, au-dessus d'une arthrodèse L3-L5. **Intervention** comportant différents temps opératoires : ablation du matériel, vérification des racines S1 des deux côtés, décompression de L2 à L3, réparation de la pseudarthrose L3-L4 et extension de l'arthrodèse jusqu'en L2 avec instrumentation CD (Cotrel-Dubouset). **Complications** : une atteinte bilatérale ophtalmique très certainement en faveur d'un trouble de la vascularisation dans le territoire des deux nerfs optiques. L'hypotension prolongée a été responsable de la neuropathie ischémique optique ayant pour conséquence une cécité post-opératoire quasi-totale. *Exemple 2* : Circonstances : Chirurgie vertébrale complexe en post-partum : femme, 33 ans, chute de cheval à la sortie de la

Consolidation	Date de consolidation
Frais médicaux	Soins après consolidation (« DSF »)
	Frais médicaux
Sur le plan situationnel	Frais de Logement Adapté (« FLA »)
	Frais de Véhicule Adapté (« FVA ») :
Tierce personne	Aide temporaire
	Atteinte à l'autonomie et Assistance par Tierce Personnes (« ATP »)
Préjudices professionnels	Arrêt d'activités sur le plan professionnel (« PGPA »)
	Activités professionnelles (« PGPF, IP et PSU »)
Déficit fonctionnel temporaire - Souffrances endurées	Déficit Fonctionnel Temporaire et Aides (« DFT »)
	Souffrances endurées (« SE »)
Préjudices esthétiques	Atteinte esthétique (« PEP »)
Déficit fonctionnel permanent	Déficit Fonctionnel Permanent (« AIPP- DFP »)
Préjudices personnels	Activités personnelles (« PA »)
	Préjudice Sexuel (« PS »)
Sur le plan de l'évolution	Probabilité d'évolution

Figure 7. Tableau récapitulatif des postes de préjudices

clinique d'accouchement. **Affection traumatique initiale** : fracture vertébrale avec complication neurologique périphérique « *Syndrome de la queue de cheval* ». **Intervention** : Réduction de la fracture, fixation à double équipe, (orthopédiste et neurochirurgien), avec enregistrement électromyographique des membres inférieurs. **Complications** : hémorragie massive peropératoire initialement expliquée, et comportant des troubles majeurs de l'hémostase, défaillance circulatoire prolongée, malgré une assistance circulatoire. **Séquelles et diagnostic** : décès par embolie gazeuse suite à l'effraction des plexus veineux lombaires dilatés en période post-partum récent (utérus non encore complètement involué).

Au total, il nous a donc paru intéressant d'associer plusieurs critères topographiques, chronologiques tout en intégrant les neuf zones anatomo-fonctionnelles habituellement retrouvées dans les barèmes, ce qui permet de déterminer une classification des complications comme suit :

- **Type 1** - La complication n'intéresse ni la région opérée, ni la pathologie initiale, ce qui facilite l'évaluation ;
- **Type 2** - La complication opératoire entraîne un retentissement fonctionnel dans la même zone topographique et fonctionnelle, et il faudra faire un partage ;
- **Type 3** - La complication intéresse le même organe et la même fonction à l'origine de l'acte opératoire, l'évaluation est plus difficile ;
- **Type 4** - Les complications sont multi-viscérales : dans les affaires post-opératoires complexes, justifiant des séjours prolongés en réanimation, les atteintes sont le plus souvent globales avec dérèglement des principales fonctions vitales. L'évaluation des séquelles est « *multifactorielle et globale* ». Parfois, il s'agit de rechercher les causes du décès. C'est l'effet « *domino* ».

## Existe-t-il un préjudice individualisable, évaluable et indemnisable ?

### Comment appliquer les règles habituelles du droit commun ?

La recherche d'une imputabilité séquellaire d'un dommage reconnu après acte chirurgical, indépendamment de la cause et du système de responsabilité, nécessite une méthodologie particulière pour l'évaluation. Il est souhaitable de bien séparer cette partie de celle du chapitre plus long et plus conflictuel des recherches de responsabilités (Fig 7).

Top 10 des coûts indemnitaires moyens (décisions judiciaires civiles)	
Spécialité	Coût moyen par condamné
Sages-femmes	715 973
Cliniques	221 732
Anesthésie	181 377
Cardiologie	178 855
Ophthalmologie	135 215
Chirurgie	97 458
Obstétrique	89 130
Médecine générale	88 456
Radiologie	47 308
Gastro-entérologues	33 768

Figure 8. Top 10 des coûts indemnitaires moyens (décisions judiciaires civiles) Source MACSF 2012

Six conditions médico-légales habituellement utilisées en traumatologie doivent être retrouvées :

- réalité et intensité du « *traumatisme* » ou de l'acte technique ;
- concordance de siège entre la lésion et la séquelle ;
- délai d'apparition des troubles ;
- continuité évolutive ;
- certitude du diagnostic de la séquelle (nature de l'affection) ;
- exclusion d'une cause étrangère.
- La 7ème est évidemment absente : « *Intégrité préalable de la région traumatisée* », car c'est l'état antérieur patent, (connu et représenté par la pathologie médicale ou les lésions traumatiques) qui a abouti à la demande de soins. Dans le même esprit de recherche d'imputabilité, on retient :
- la « *vraisemblance scientifique* » ;
- les données physiopathologiques ;
- les critères Daubert et la force probante de l'expertise (preuve expérimentale) (2,4).

### La détermination d'un état de consolidation ou de stabilisation est nécessaire

C'est une « *date frontière* ». On indique habituellement à titre de comparaison le délai normal, hors complication. Il peut y avoir des soins après consolidation. Il existe des cas particuliers correspondant à des états non-consolidés ou plutôt non-consolidables : c'est le cas des affections chroniques évolutives comme l'hépatite, ou d'un déficit immunologique post-transfusionnel. On propose alors un 1er stade de consolidation pour pouvoir envisager le règlement du dossier et l'indemnisation avec des prévisions de possibles rechute(s) en aggravation. Il ne faut pas oublier les « *probabilités d'évolution* ». En général, les lésions post-complications sont stabilisées. Cependant, des réserves d'avenir peuvent être émises dans les suites de la complication chirurgicale. Par contre, il convient de bien mentionner les possibilités d'évolution de la maladie initiale.

### Pourquoi l'utilisation de la nomenclature DINTILHAC facilite-t-elle l'évaluation ?

Le principe de la réparation intégrale posé par le Conseil de l'Europe, et constamment rappelé par la Cour de Cassation, a nourri une réflexion sur la nomenclature des préjudices corporels. La loi du 21 décembre 2006 a modifié le mécanisme du recours des tiers payeurs qui s'exerce désormais « *poste par*

poste », de sorte que les tiers payeurs ne peuvent avoir de recours que sur les postes de préjudice, au regard desquels ils ont versé des prestations. La subrogation ne pouvant plus nuire à la victime créancière de l'indemnisation, un véritable droit de préférence est donné à cette dernière en cas de partage de responsabilité : les arrêts de mai, juin, septembre et octobre 2009 (6 arrêts Cass. crim. 19 mai 2009 et 5 arrêts Cass. 2ème civ. du 11 juin 2009). En conséquence, depuis juillet 2005 l'utilisation de la nomenclature Dintilhac (du nom du Président de la 2ème Chambre de la Cour de Cassation qui a présidé à son élaboration) a modifié les postes de préjudices. Il s'agit d'une classification normalisée des préjudices en introduisant l'idée de référentiels, ce qui permet d'améliorer l'harmonisation des évaluations médicales, puis des décisions de justice. Son application progressive s'est maintenant généralisée. (3) (Fig 8).

Si tous les postes sont précisés dans les missions et résumés dans le tableau ci-joint, on peut souligner quelques principes d'application. Dans les postes de déficits temporaires concernant plus particulièrement les arrêts de travail, il faudra faire la ventilation et la répartition entre : les périodes déficitaires habituellement observées pour une pathologie donnée, et les périodes imputables à la complication chirurgicale. *Exemple* : Dans une fracture de jambe non-complicquée, la période habituelle pourra être considérée comme équivalente à 6 mois, et 6 autres mois seront considérés comme secondaires à la complication sur un total d'un an. Pour les Souffrances Endurées (« SE ») « *Pretium Doloris* » : Il s'agit de la prise en compte des éléments supplémentaires générés par un dysfonctionnement de l'acte chirurgical : nouvelle anesthésie, prolongation de l'immobilisation plâtrée, réintervention, immobilisation, séances de rééducation supplémentaires, retentissement psychologique avec vécu difficile... Pour le **déficit fonctionnel** : « *AIPP* » *Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique* : on étudie la différence ou le surplus de dommage imputable à un acte médical reconnu comme fautif qui est pris en compte, et on retranche de l'état global les suites normales de l'accident ou de la maladie et celles de son génie évolutif. Quant à l'atteinte esthétique (« *PEP* » *Préjudice Esthétique Permanent*), il s'agit de la prise en compte des cicatrices, du retentissement sur la gestuelle et la silhouette dans les suites de la complication imputable, et ceci de manière supplémentaire et définitive (1,5,6).

## Sur le plan financier

Les frais remboursés pour les indemnisations en 2011 atteignent 50 millions d'euros soit 113 000 euros par plainte (ce qui correspond à une multiplication du chiffre en cinq ans). La tendance est une nette augmentation de l'intensité des sinistres (Cour d'appel de Lyon : plus de 10 millions d'euros en raison de l'attribution d'une tierce personne 24h/24) (7).

## Conclusion

Les nouvelles règles de procédure civile, (Premier Président, M. JC Magendie), notamment, le renforcement du contradictoire avec établissement d'un projet de rapport, nécessité de réponse aux dires des parties, permettent d'optimiser le débat technique avant l'audience.

Les recommandations sur la responsabilité juridique du chirurgien ont été formulées, dans le cadre récent du colloque de l'Académie Nationale de Chirurgie en décembre 2014, sur la responsabilité juridique du chirurgien.

L'organisation de l'expertise médicale en responsabilité s'oriente bien vers la nomination d'un collège d'experts (dualité), comprenant un (ou plusieurs) spécialiste(s) faisant autorité dans le domaine précis du cas de l'expertise, et un spécialiste du dommage corporel et également « généraliste de l'expertise » qui habituellement coordonne les opérations

d'expertise et rédige le rapport de synthèse.

Pour faire progresser les connaissances dans ce domaine, la pluridisciplinarité est nécessaire (expert, assureur, avocat, magistrat) ; il en a été ainsi lors de la première séance annuelle de la section « *Consultants et Experts* » de l'Académie de Chirurgie (29 octobre 2014).

La première collecte des complications exceptionnelles des différentes spécialités chirurgicales fait l'objet d'une recherche dans cette nouvelle section.

## Remerciements

Professeur Iradj Gandjbakch, Madame Françoise Kamara, Conseiller à la Cour de Cassation, 1ère Chambre, Monsieur Rémi Chaise, Vice-Procureur près le T.G.I. de Bobigny.

## Sources et bibliographie thématiques

### Qu'est-ce qu'un dommage en RM ? Evolution de la responsabilité : Evolution sociétale ?

1. Organisation judiciaire en France : <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
2. Blumrosen A., Le rôle de l'avocat dans un conflit en responsabilité aux États-Unis, Séance du mercredi 9 avril 2008 (Le chirurgien et le droit : De la pratique du droit à la philosophie de la chirurgie) E-mem Acad Natle Chir 2008 ; 7 (2) :70-1.
3. Chapuis Y. A propos de l'expertise judiciaire en responsabilité chirurgicale. *Chirurgie* 1996 ;121(7) :536-7.
4. Dreiffus-Netter Fr. Conseiller à la Cour de Cassation, Pr Ag de Droit. Colloque « Le médecin est-il toujours responsable ? Regards croisés franco-américains » Paris France-Amériques le 31 mars 2010.
5. Fabre H. Responsabilité médicale et référentiels médicaux. : De l'Humanisme au consumérisme en médecine Normes, référentiels, jurisprudence et responsabilité. Académie nationale de chirurgie. Séance du 02/12/1998.
6. Hureau J (Paris) La preuve scientifique appliquée à l'expertise E-mem Acad Natle Chir 2008 ; 7 (2) :76-8.
7. Hureau J., Chouard Ch. L'expertise médicale- en responsabilité médicale, en réparation de corporel. Masson éditeur, Paris 2005.
8. Académie nationale de Chirurgie : Colloque « La responsabilité juridique du chirurgien » Académie nationale de chirurgie, Paris le 4 décembre 2014, sous la Présidence de Daniel Jaeck, Président [http://www.academie-chirurgie.fr/actus/cr\\_%20resp\\_%20juri\\_chir2015.pdf](http://www.academie-chirurgie.fr/actus/cr_%20resp_%20juri_chir2015.pdf).
9. Kamara F. La consécration de la responsabilité médicale du fait des choses. Cour de cassation, Revue générale de droit médical, <http://www2.unine.ch/files/content/sites/ids/files/shared/documents/sommairesrgdm.pdf>
10. Kamara F. Chirurgien : sauveur ou coupable ? Séance Section consultants et experts du 29.10.2014. E-mem Acad Natle Chir. 2015 ; 14 (1) : 51-7.
11. Kamkar C., Caton J. La délimitation de la faute chirurgicale : La faute et l'erreur non fautive. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur* 2007 ; 93(8) : 774-82.
12. Lamblot C. La « maladresse » en chirurgie : une notion de fait qui doit être prouvée, 13 déc. 2012, <http://m.macsfr.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/l-erreur-medicale-professionnel-sante/maladresse-chirurgie.html>

### Quelles sont les voies d'une recherche en responsabilité ? Où trouver le(s) bon(s) expert(s) ?

1. Académie Nationale de Chirurgie : Colloque « la responsabilité juridique du chirurgien » Paris le 4 décembre 2014 sous la Présidence de Daniel Jaeck, Président [http://www.academie-chirurgie.fr/actus/cr\\_%20resp\\_%20juri\\_chir2015.pdf](http://www.academie-chirurgie.fr/actus/cr_%20resp_%20juri_chir2015.pdf).
2. AERES : <http://www.aeres-evaluation.fr/Agence/Organisation/Experts-of-AERES2/Formation-des-experts>
3. Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, Commission des Relations avec les Usagers (CRU) (Code de la santé publique : articles L1112-1 à L1112-6, Droits des

- personnes accueillies dans les établissements de santé, R1112-91 à R1112-94 : Examen des plaintes et réclamations [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr). [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). [www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)
- Garantie Accident de la Vie : [www.ffsa.fr/sites/jcms/c.../fr/lagarantie-des-accidents-de-la-vie-gav?cc](http://www.ffsa.fr/sites/jcms/c.../fr/lagarantie-des-accidents-de-la-vie-gav?cc)
  - Haertig A, Richard F. La responsabilité chirurgicale dans le cadre de la loi d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (Loi du 4 mars 2002). E-Mem Acad Natle Chir 2005 ;4 (4) : 10-4.
  - Hureau J. Responsabilité et déontologie de l'expert judiciaire médecin. Chirurgie 1996 ;121 :507-14.
  - Liste Experts judiciaires Cour d'Appel de Paris [http://www.casparis.justice.fr/art\\_pix/ANNUEXPERTS2014.pdf](http://www.casparis.justice.fr/art_pix/ANNUEXPERTS2014.pdf).
  - Liste Experts judiciaires Cour Cassation [http://www.courdecassation.fr/informations\\_services\\_6/experts\\_judiciaires\\_8700.html#exp](http://www.courdecassation.fr/informations_services_6/experts_judiciaires_8700.html#exp) <http://www.courdecassation.fr/IMG//Listenationale2014.pdf>
  - Liste nationale des experts en accidents médicaux (article L. 1142-10 du code de la santé-publique), <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019350308>
  - Mercier JF., Canadian summit on ethics and regulation of medico legal examination: Body of Knowledge, Maintenance of Competence (MOC), Standards and Certification in France and Europe, 9 sept. 2011.
  - Oniam-Cnamed:<http://www.oniam.fr/infos-et-documents/lois-et-reglements/la-cnamed/>
  - Poilleux J. L'expertise judiciaire en responsabilité chirurgicale. Chirurgie 1996 ;121 :551-2.
  - Rougé C. L'expertise médicale judiciaire ou menée dans le cadre d'une procédure devant les Commissions régionales d'indemnisation des accidents médicaux. Médecine & Droit. 2013 ;120 : 93-5.
  - Vayre P., Binet JP., Blancher G., Aron E., Monod-Broca P., Pellerin D., Joly P. Le chirurgien, l'expert, le juge. Discussion. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996 ; 180 (9) :2149-61.
  - Verges E. Les principes et les mutations de l'expertise dans la culture juridique française. Regard comparé avec le projet de réforme de l'expertise au Québec, [www.mcgill.ca/healthlaw/files/healthlaw/conference\\_etienne\\_verges\\_27\\_02\\_2014.pdf](http://www.mcgill.ca/healthlaw/files/healthlaw/conference_etienne_verges_27_02_2014.pdf), Le gouvernement fédéral appuie les juristes d'expression française [nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=932889](http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=932889)
- A quel moment le dysfonctionnement ? Quels sont les situations actuelles et futures à risque ?**
- Breil P. La pratique chirurgicale en secteur privé. E-Mem Acad Natle Chir 2013 ;12 (3) : 56-7.
  - Cazeau B. Rapport d'information n°653 (2011-2012) MCI portant sur les dispositifs médicaux implantables, 10 juillet 2012, <http://www.senat.fr/rap/r11-653-1/r11-653-116.html>
  - Durandeu A. Notre expérience des lésions nerveuses iatrogènes des nerfs périphériques. E-Mem Acad Natle Chir 2012 ; 11 (2) : 020-024.
  - Fuz F. Directeur Pôle Services, Sham (Lyon) : Que demande un assureur à des chirurgiens pour diminuer les accidents médicaux ? Académie de chirurgie. Séance du 29.10.2014.
  - Gandjbakhch I. Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire- 58e journées présidentielles, 08 au 11 juin 2005, [www.sfctcv.net/pages/congres/congresvue.php](http://www.sfctcv.net/pages/congres/congresvue.php).
  - Haertig A, Roupret M, Chartier Kastler E, Bitker MO, Richard Fr. Le chirurgien urologue et la vasectomie en 2010. E-Mem Acad Natle Chir 2011 ; 10 (1) : 065-066.
  - HAS : Chirurgie ambulatoire ; [http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1242332](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1242332)
  - Leclerc O. (Paris - Avocat) Chirurgien : « Coupable indéfendable » Académie de chirurgie. Séance Section consultants et experts du 29.10.2014. (E-Mem Acad Natle Chir en cours 2015).
  - Lowes R. Complications of Robotic Surgery Underreported, Study Says. Medscape. Sep 05, 2013. [www.medscape.com/viewarticle/810490](http://www.medscape.com/viewarticle/810490).
  - Macsf, Sinistre et responsabilité professionnelle- le quotidien du médecin, 12.12.2013, 9288,4. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/les-medecins-toujours-plus-vises-par-les-procedures-judiciaires>.
  - Mariette Ch., Sauvanet A., Groupe de travail et Coordination : Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte Recommandations de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) et de l'Association de Chirurgie Hépatobiliaire et de Transplantation (ACHBT) [http://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/03-projets/Chirurgie\\_ambulatoire/Recommandations\\_Chir\\_Ambu\\_SFCD-ACHBT.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/03-projets/Chirurgie_ambulatoire/Recommandations_Chir_Ambu_SFCD-ACHBT.pdf)
  - Merle M., Borrelly J. Complications de la chirurgie du défilé cervico-thoraco-axillaire. E-Mem Acad Natle Chir 2002 ; 1 (3) : 23-28.
  - Moussaoui A., Kabbaj S, Maazouzi W. Cécité postopératoire en chirurgie non ophtalmologique. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation Volume 25, Issue 1, January 2006, Pages 77-78. <http://www.sciencedirect.com/science>
  - Oniam-Observatoire des risques médicaux Rapports d'activités 2013 pour années 2007 à 2012. [www.oniam.fr/IMG/orm/rapport-orm](http://www.oniam.fr/IMG/orm/rapport-orm)
  - Pavie A (Paris) Comment rédiger un compte rendu opératoire en chirurgie cardiaque : Le compte rendu opératoire document médico-juridique. Académie de chirurgie. Séance du 29.10.2014. (E-Mem Acad Natle Chir en cours 2015)
  - Natali J., Poullain J-C. L'angiologue et le chirurgien vasculaire face aux juges. Ellipses Marketing, Paris, 1999.
  - Racinet C. L'expertise obstétricale judiciaire en question (application à l'infirmité motrice d'origine cérébrale). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 ; 37 : 219-22.
  - Tissot-Guerraz F. (Lyon) - Spécialiste en Infectiologie nosocomiale, présidente de la compagnie des experts agréés par la Cour de Cassation « Infection nosocomiale et les chirurgiens, Comment les prévenir ? » Académie de chirurgie. Séance du 29.10.2014. (E-Mem Acad Natle Chir en cours 2015).
  - Vannineuse A (Chauny) présenté par P. Vayre : La satisfaction du patient en orthopédie traumatologie. E-Mem Acad Natle Chir. 2004 ; 3 (4) : 9-13.
  - Vayre P., Cadière G., Spay G., Dubois F., Delaitre, B., Monod-Broca P. Le risque oeso-cardio-tubéroléitaire de la cure de reflux gastro-œsophagien par chirurgie coelioscopique. Discussion. Chirurgie. 1997 ;121(9-10) : 636-42.
- Est-ce qu'il y a un préjudice individualisable, évaluable et indemnisable ?**
- Barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun 2001 ; Concours médical, 2 cité Paradis, 75010 Paris, France.
  - Daubert: Colloque compagnie des experts agréés par la cour de cassation (CEACC) Paris le 7 avril 2010 «la force probante de l'expertise et/ou l'apport de l'approche américaine par «les critères Daubert» [http://www.experts-cassation.org/documents/uploads/138\\_CRITERES\\_%20DAUBERT\\_CEACC.pdf](http://www.experts-cassation.org/documents/uploads/138_CRITERES_%20DAUBERT_CEACC.pdf) [http://fr.scribd.com/doc/106914070/L\\_%E2%80%99application-des-criteres-Daubert-au-contentieux-de-concurrence-en-france](http://fr.scribd.com/doc/106914070/L_%E2%80%99application-des-criteres-Daubert-au-contentieux-de-concurrence-en-france)
  - Dintilhac Nomenclature : <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-0049/elaboration-dune-nomenclature-des-prejudices-corporels-11945.html>
  - Hureau Jacques, groupe de travail et de la Commission XV (Ethique et Droit) 725 06-07.- Harmonisation de la réparation des préjudices corporels dans l'Union Européenne. Application au contentieux de la responsabilité médicale- bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2006 -Tome 190-Mars No 3.
  - Le Roy M, Mercier J-F. L'évaluation du préjudice corporel, collection : pratique professionnelle, Litec, 2004-réédition 2012, et 2015 en cours, Annexe : modèle de rapport et Cours Faculté Droit Master 2 Droit des Assurances (DPP), Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC).
  - Sestier F. Médecine Assurance et Expertises, Formation universitaire de deuxième et troisième cycle Université de Montréal : <http://mae.umontreal.ca/fr/accueil>. Congrès AIDC-International Association Body Impairment Montréal (Pdt François Sestier), en partenariat avec la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal septembre 2002.
  - Sinistres et responsabilité professionnelle : les médecins toujours plus visés par les procédures judiciaires ; le quotidien du médecin n°9288-12 décembre 2013.
- Annexes - Missions**
- Chirurgie cardiaque néonatale**
- « Convoquer les parties et recueillir contradictoirement leurs observations et celles de tout tiers susceptible d'apporter des éléments utiles à la manifestation de la vérité,*

« Consigner les doléances de M X. et Madame Y. et les observations des autres parties,  
 « Procéder à l'examen clinique de François X et décrire les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués,  
 « Dire si les actes médicaux et soins étaient indiqués,  
 « Rechercher si les soins et actes médicaux, ainsi que la surveillance des interventions ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale à l'époque des faits ; dans la négative, analyser, de façon détaillée et motivée, la nature des erreurs, imprudences, maladresses, manques de précautions nécessaires, négligences pré-per ou postopératoires, ou autres défaillances relevées « - Donner son avis sur le lien de causalité direct entre les manquements retenus et le préjudice allégué ; ou sur la seule existence d'une perte de chance dont le pourcentage sera précisé,  
 « Dire quel a été le rôle de la pathologie initiale dans la réalisation du dommage,  
 « Dire si l'on est en présence de conséquences anormales, non pas au regard du résultat attendu de l'intervention mais au regard : - de l'état de santé de la personne, - de l'évolution de son état,  
 « Dire si le médecin a délivré à Monsieur X. et Madame Y. une information claire, loyale et appropriée sur les risques, mêmes exceptionnels, inhérents à l'intervention,  
 « Donner son avis sur le préjudice éventuellement subi par X. en ne s'attachant qu'à la seule part imputable aux manquements relevés, c'est-à-dire en ne retenant pas les éléments de préjudice corporel se rattachant, soit aux suites normales des soins qui étaient nécessaires, soit à l'état antérieur ;  
 « Dire s'il résulte des éventuels manquements relevés un déficit fonctionnel permanent et dans l'affirmative, après en avoir précisé, les éléments, le chiffrer en pourcentage,  
 « Dégager en les spécifiant les éléments propres à justifier l'existence d'un préjudice esthétique temporaire jusqu'à la consolidation et en qualifier l'importance sur une échelle de sept degrés ; dégager en les spécifiant les éléments propres à justifier l'existence d'un pretium doloris jusqu'à la consolidation et en qualifier l'importance sur une échelle de sept degrés ;  
 « Fixer la date de consolidation et si celle-ci n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé ;  
 « Chiffrer le taux de déficit fonctionnel permanent imputable aux faits résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation  
 « Donner son avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique permanent, du préjudice d'agrément et du préjudice sexuel ;  
 « D'une manière générale, fournir tous éléments de nature à permettre d'apprécier l'étendue du préjudice.  
 « Disons que l'expert désigné pourra, en cas de nécessité, s'adjoindre le concours de tout spécialiste de son choix dans un domaine distinct du sien après en avoir avisé les parties et leurs conseils et recueilli leur accord,  
 « Disons que l'expert saisi effectuera sa mission conformément aux dispositions des articles 263 et suivants du Code de procédure civile,  
 « Disons qu'il sera établi un pré-rapport des opérations d'expertise dont la teneur sera communiquée aux parties à l'effet de recueillir leur dire dans le délai qui leur sera imparti par l'expert,  
 « Disons que l'expert déposera l'original et une copie de leur rapport définitif au Greffe de la 9<sup>ème</sup> chambre civile du Tribunal de Grande Instance de Bobigny dans les quatre mois, à compter de la date à laquelle il aura été informé du versement de la consignation, ...  
 « Disons que l'expert commis devra, conformément à l'article 173 du Code de procédure civile, adresser aux parties une

copie de son rapport et faire mention de cet envoi sur l'original du rapport... ».

### Chute avant une intervention en milieu hospitalier

« Procéder en tant que de besoin, à l'audition de tous les tiers concernés par le présent litige, à charge pour lui de reprendre les déclarations ainsi obtenues dans son rapport d'expertise,  
 « Procéder à l'audition contradictoire des parties,  
 « Reconstituer l'ensemble des faits ayant conduit à la présente procédure,  
 « Procéder à l'examen de Mme, noter ses doléances, les observations éventuelles des défendeurs, consigner les constatations effectuées,  
 « Décrire l'état de Mme Y. antérieurement au...,  
 « Dire quelles ont été les formalités auxquelles il a été procédé à l'entrée de Mme Y. à la clinique... et les renseignements fournis par l'intéressée et/ou sa famille à son arrivée,  
 « Préciser dans quelles conditions les informations relatives à ce patient ont été transmises aux différentes équipes de personnels infirmiers,  
 « Décrire précisément l'intervention du Docteur Z. et les soins qu'elle a prodigués à Mme Y.,  
 « Dire de manière explicite et circonstanciée, si cette intervention était ou non, à l'époque des faits : \*pleinement justifiée par l'état de Mme Y., \*parfaitement adaptée au traitement de cet état, \*totalement conformes aux données acquises la science et de la pratique médicale à l'époque de la réalisation technique peropératoire,  
 « Décrire la surveillance postopératoire dont Mme D. était l'objet, en salle de réveil puis lors du retour dans sa chambre,  
 « Dire s'il regarde l'état antérieur de Mme Y. et/ou de son état postopératoire, une mesure de contention physique était nécessaire ; préciser la nature de cette contention ;  
 « Préciser si des instructions ont été données au personnel de la Clinique ...lors du retour dans sa chambre de Mme Y., notamment, en ce qui concerne la pose de barrières de lits,  
 « Dire sur la mesure de contention devait faire l'objet d'une prescription médicale et quels praticiens devaient procéder,  
 « En l'absence de prescription, dire si le personnel de la clinique ...aurait dû mettre en œuvre une mesure de contention,  
 « Décrire les conditions dans lesquelles est survenue la chute de Mme Y. le... à 14 h 30,  
 « Décrire les lésions imputables à cette chute,  
 « Préciser si celles-ci sont bien en relation certaine et directe avec l'absence de mise en œuvre de moyens de contention,  
 « En ne s'attachant à la seule part imputable aux fautes éventuelles relevaient, (c'est-à-dire en ne retenant pas les éléments de préjudice corporel se rattachant soit aux suites normales des soins qui étaient nécessaires, soit à l'état antérieur),  
 « fixer la date de consolidation et si celle-ci n'est pas encore acquise, a indiqué le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé et évalué les seuls chefs de préjudices qui peuvent l'être en l'état,  
 « Déterminer compte tenu de l'état de Mme Y., ainsi que les lésions initiales de leur évolution, la ou les, période pendant laquelle celle-ci a été, du fait de son déficit fonctionnelle temporaire, dans l'incapacité totalement ou partiellement, pour ses activités personnelles habituelles ; en cas d'incapacité partielle précisait le taux et la durée,  
 « Dire s'il résulte de la chute survenue le ....une incapacité permanente et dans l'affirmative, après en avoir précisé les éléments, la chiffrer en pourcentage en tenant compte de l'état antérieur,  
 « Dire si l'état de Mme Y. est susceptible de modifications et il en aggravation ou en amélioration ; dans l'affirmative, fournir toutes précisions utiles sur cette évolution, ainsi que sur la nature des soins, traitements et interventions éven-



tuellement nécessaires dans le coût provisionnel sera alors chiffrée et les délais dans lesquels il devra y être procédé, précisés ».

### Chute en centre de convalescence

« Convoquer toutes les parties en cause et leurs conseils,  
 « Se faire communiquer par les parties elles-mêmes et tous tiers détenteurs dont le Centre hospitalier... et l'hôpital de , l'ensemble des documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, en particulier, et avec l'accord de la victime ou de son représentant légal, le dossier médical complet relatant les examens, soins et interventions dont elle a été l'objet à la suite de l'accident et les documents médicaux relatifs à son état antérieur ;  
 « Fournir toute indication permettant de :  
 « Reconstituer la chronologie des faits survenus dans la nuit du....,  
 « Reconstituer les initiatives prises par le centre de convalescence de ... entre la chute de Mme Y. Et l'heure à laquelle elle a été transférée au centre hospitalier de...  
 « Définir l'existence d'une éventuelle faute médicale du centre de convalescence notamment au vu de l'organisation du service, du contrat d'hôtellerie et des soins que devait apporter l'établissement ;  
 « Disons que l'expert adressera aux parties un document de synthèse, sauf exception, dont il s'expliquera dans son rapport, et arrêtera le calendrier de la phase conclusive de ses opérations :  
 « Fixant, sauf circonstances particulières, la date ultime de dépôt des dernières observations des parties sur le document de synthèse ;  
 « Rappelant aux parties qu'il n'est pas tenu de prendre en compte les observations transmises au-delà de ce délai;  
 « Rappelant la date qui lui est impartie pour déposer son rapport,  
 « Disons que l'expert devra adresser son rapport définitif en deux exemplaires, au greffe de ce tribunal, avant le ....».

### Atteinte neurologique (SPE) lors d'une cure de varices

« ... Convoquer toutes les parties figurant dans la procédure par lettre recommandée avec avis de réception et leurs avocats respectifs par lettre simple, procéder à leur audition contradictoire,  
 « Se faire communiquer même par des tiers, tous documents et pièces utiles à la réalisation de sa mission, à charge pour l'expert de communiquer aux avocats des parties les pièces directement obtenues, afin qu'elles en aient contradictoirement connaissance,  
 « Procéder en tant que de besoin, à l'audition de tous les tiers concernés par le présent litige, à charge pour lui - de reprendre les déclarations ainsi obtenues dans le rapport d'expertise,  
 « Procéder à l'examen du dossier médical de Madame Y... noter ses doléances et les observations éventuelles des défendeurs, consigner les constatations effectuées,  
 « Décrire l'état de Madame Y. antérieurement à l'intervention litigieuse,  
 « Fixer la date de consolidation,  
 « Déterminer la durée de l'incapacité temporaire, totale ou partielle, dans ce cas, en préciser les conditions et la durée,  
 « Dire s'il résulte des fautes relevées et imputables au docteur T. une incapacité permanente et dans l'affirmative, après en avoir précisé les éléments, la chiffrer en pourcentage en tenant compte de l'état antérieur,  
 « Dire si les lésions dont est atteinte Madame Y. nécessitent l'assistance d'une tierce personne, dans l'affirmative, en déterminer la durée et la nature,

« Dire si l'état de Madame Y exige un aménagement de son logement, de son véhicule et le port d'un appareillage particulier ;

« Dire si l'état de Madame Y. est susceptible de modifications, en aggravation ou en amélioration, dans l'affirmative, fournir toutes précisions utiles sur cette évolution, ainsi que sur la nature des soins, traitements et interventions éventuellement nécessaires dont le coût provisionnel sera alors chiffré et les délais dans lesquels il devra y être procédé, précisés,

« Dire si malgré son incapacité permanente, la victime est au plan médical apte physiquement et intellectuellement à reprendre dans les conditions antérieures ou autres, l'activité qu'elle exerçait avant ces lésions,

« Dégager en les spécifiant les éléments propres à justifier une indemnisation au titre de la douleur et du préjudice esthétique en qualifiant l'importance de ces préjudices sur une échelle croissante de 1 à 7, et du préjudice d'agrément, Dit que l'expert :

« Sera saisi et effectuera sa mission conformément aux dispositions des articles 263 et suivants du Code de procédure civile,

« adressera par lettre recommandée avec avis de réception un pré-rapport aux avocats des parties, lesquels disposeront d'un délai de six semaines à compter du jour de la réception de ce pré-rapport, pour faire valoir auprès de l'expert, sous formes de dires, leurs questions et observations, ré pondra de manière précise et circonstanciée à ces dires qui devront être annexés au rapport définitif qui sera établi à l'issue de ce délai de six semaines et dans lequel devra figurer impérativement : - le nom des personnes convoquées aux opérations d'expertise en précisant pour chacune d'elle la date d'envoi de la convocation la concernant et la forme de cette convocation, - le nom des personnes présentes à chacune des réunions d'expertises, - la date de chacune des réunions tenues, - la liste exhaustive de toutes les pièces par lui consultées, - les déclarations des tiers éventuellement entendus par lui, en mentionnant leur identité complète, leur qualité et leur lien éventuel avec les parties, - le cas échéant, l'identité du technicien dont il s'est adjoint le concours, ainsi que les constatations et avis de celui-ci (lesquels devront également figurer dans le pré-rapport), - les dates d'envoi à chacun des avocats du pré-rapport puis du rapport définitif... ».

### Kyste synovial non imputable du genou après actes en kinésithérapie

« ... Se faire communiquer par les parties ou leurs conseils :  
 « \* Les renseignements d'identité de la victime, \* tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident,  
 « \* Tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués,  
 « \* Tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé, antérieur à l'accident : \*degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapport aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne, \*conditions d'exercice des activités professionnelles, \*niveau d'études pour un étudiant, \*statut exact et/ou formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi et carrière professionnelle antérieure à l'acquisition de ce statut, \*activités familiales et sociales s'il s'agit d'une personne restant au foyer sans activité professionnelle rémunérée,  
 « \* Tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé contemporain de l'expertise (degré d'autonomie, statut professionnel..., lieu habituel de vie...)  
 « \* Restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psychoaffectif, puis : - dire si les actes, soins, examens et diagnostics réalisés par monsieur X. ont été attentifs et diligents et conformes aux règles de l'art et aux données de la science

à l'époque des faits soit en 2006 et dans la négative analyser de façon détaillée la nature des erreurs, imprudences, maladresses, manque de précaution, négligences pré, per et post opératoires ou autres, - donner son avis sur l'existence d'un lien de causalité direct, certain et exclusif avec les séquelles constatées, - analyser, dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à l'accident des séquelles invoquées en se prononçant sur les lésions initiales, leur évolution, l'état séquellaire et la relation directe et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant : \*si l'éventuel état antérieur ci-dessus défini aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident, \*si l'accident a eu un effet déclenchant d'une décompensation, \*ou s'il a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme. Dans ce cas, donner tous éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

« Dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise, indiquer : \*quels sont les projets thérapeutiques et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à la réalisation de ceux-ci (aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle...), \*et en tout état de cause, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisible des différents postes de préjudice cités au paragraphe 10.

« Evaluer les séquelles aux fins de :

« Fixer les durées pendant lesquelles pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû : 1. interrompre totalement ou partiellement ses activités professionnelles, scolaires, universitaires ou de formation, 2. subir, avant consolidation, une incapacité totale ou partielle (dans ce cas, en indiquer le taux) dans sa sphère personnelle générant un déficit fonctionnel temporaire.

« Fixer la date de consolidation en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de la récupération des séquelles,

« Si la victime conserve, près consolidation, un déficit fonctionnel permanent : - évaluer l'altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives, comportementales ou psychiques en évaluant le taux ; - dire si des douleurs permanentes existent et si elles ont été prises en compte dans le taux retenu ; à défaut, majorer ce taux en considération de l'impact de ces douleurs sur les fonctions physiologiques, sensorielles, mentales ou psychiques de la victime, - décrire les conséquences de ces altérations permanentes et de ces douleurs sur la qualité de vie de la victime. Evaluer, en outre, ces 3 composantes du déficit fonctionnel permanent résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur ;

« En cas de vie à domicile, se prononcer sur la nécessité pour le blessé d'être assisté par une tierce personne (cette évaluation ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires mais aussi les actes élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuropsychologiques quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative et / ou de troubles du comportement. Dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne doit, ou non, être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé. Donner à cet égard toutes précisions utiles. Se prononcer, le cas échéant, sur les modalités des aides techniques Différencier, pour chacune des réponses, les besoins qui ont été nécessaires avant la consolidation de ceux devenus permanents après celle-ci.

« Se prononcer sur l'aménagement éventuel du logement en différenciant les besoins qui ont été nécessaires avant la consolidation de ceux devenus permanents après celle-ci.

« Après s'être entouré, au besoin, d'avis spécialisés, dire : \*si la victime est ou sera capable de poursuivre, dans les mêmes conditions, son activité professionnelle antérieure à l'accident ; \* dans la négative, ou à défaut d'activité professionnelle antérieure à l'accident, si elle est ou sera capable d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, en préciser les conditions d'exercice et les éventuelles restrictions ou contre-indications.

« Dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, paramédicaux, d'hospitalisation d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative préciser lesquels et pour l'appareillage, de véhicule automobile et son aménagement, préciser la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût,

« Décrire les souffrances physiques et psychiques endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés,

« Décrire la nature et l'importance du préjudice esthétique (PE) et l'évaluer sur l'échelle habituelle de 7 degrés, en différenciant le PE temporaire, avant consolidation, du PE permanent après celle-ci.

« Indiquer s'il existe ou existera un préjudice sexuel et un préjudice d'établissement,

« Décrire le préjudice d'agrément, défini comme le préjudice spécifique lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs.

« Indiquer si l'état de la victime nécessite une mesure de protection judiciaire et notamment si elle est apte à gérer seule les fonds provenant de l'indemnisation.

« Etablir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission.

« L'expert établira un pré rapport et répondra, dans le rapport définitif, aux éventuelles observations écrites des parties ».