### **COMPAGNIE NATIONALE DES EXPERTS MEDECINS**

Près les Cours d'Appel et/ou les Tribunaux Administratifs 18ème COLLOQUE ANNUEL

#### **SAMEDI 26 NOVEMBRE 2011**

### LES REGLES DE L'ART



Les Dragons de Lumière assaillent la façade de la Cathédrale Saint Jean (Photo Guillaume ATGER)

Grand Hôtel Château PERRACHE
12 Cours de Verdun-Rambaud
69 002 LYON

#### **ERRATA**

Les communications présentées lors de ce colloque ont été enregistrées.

Malgré toute l'attention portée par nos relecteurs à la correction des transcriptions des enregistrements, quelques erreurs n'ont pas été rectifiées avant l'impression. Nous vous prions de bien vouloir nous en excuser.

Page	Ligne	Lire	
P20	20	L'intégrité scientifique – (supprimer le S à scientifique)	
P25	3	La négation de ces biais a pour effet	
P26	13	leurs émotions	
P38	15	à côté de l'expression	
P45	11	établissements de santé	
	12	circuit d'un médicament	
48	12	Moyens	
71	17	Loin d'être évidente	
86	5	Convention	

# Sommaire

	,	
Allocutions d'ouverture	Françoise TISSOT GUERRAZ Danièle MONESTIER CARLUS	3 5
Genèse de la locution les règles de l'art	Xavier KOEB	8
La preuve scientifique en Médecine : un double défi Incertitude et standardisation du soin médical	Cyrille COLIN Elie AZRIA	14 18
Questions aux orateurs		31
Validité et hiérarchisation des publications, utilisation dans la pratique	Jean-Louis POURRIAT	33
La force contraignante des normes	Bernard CHICHE	42
Questions aux orateurs		53
Regards de la Justice judiciaire sur l'art médical	Jean Olivier VIOUT	61
Questions aux orateurs		70
L'expert et le doute scientifique	Jacques HUREAU	81
Le point de vue de l'avocat et du pénaliste Le point de vue du magistrat au civil Le point de vue du magistrat « administratif »	Adrien DANA Bernard CHIFFLET Daniel CHABANOL	88 94 104
Les règles de l'expertise en Europe	Patrick de FONTBRESSIN	114
Synthèse	Jacques MILLIEZ	119
Questions aux orateurs		128
CNEM : l'organigramme		131
CNEM : annuaire des membres		132
Pourquoi la CNEM Demande d'adhésion		148 149

Françoise TISSOT GURRAZ

Expert près la Cour d'Appel de LYON,

Agréé par la Cour de Cassation

Je suis très contente de vous accueillir dans cette belle ville de Lyon. Je partage ce plaisir avec André JANIN et Roch MENES, avec moi les chevilles ouvrières de ce 18<sup>ème</sup> colloque annuel de la Compagnie Nationale des Experts Médecins.

À ceux qui viennent à Lyon pour la première fois, je rappelle que Lyon c'est la ville aux deux collines et aux trois fleuves. Les deux collines, la colline de la Croix Rousse où l'on travaille, la colline de Fourvière où l'on prie. Trois fleuves, le Rhône et la Saône vous disent vos souvenirs de géographie, mais quel est le 3ème fleuve ? le beaujolais bien sûr!

Lyon a été inscrite au patrimoine mondial de l'humanité à l'initiative de Raymond BARRE, qui a également organisé ici un G7, une notoriété qui a donné un coup de fouet à l'hôtellerie, à la restauration et de façon générale, au tourisme.

Je voudrais vous rappeler, mais est-ce besoin, que Lyon est aux confluents de régions qui chacune évoque un chapitre de notre gastronomie : la Bresse, avec ses poulets et chapons, la Dombes et ses poissons, le Charolais et sa viande, la Savoie avec ses vins et fromages, le Forez également...

À Lyon vous trouverez toute la gamme de la restauration depuis le petit snack étudiant jusqu'au restaurant de haute gastronomie...

Lyon c'est aussi la soie : nous restons les seuls à avoir une authentique fabrique de soie.

Puisqu'aujourd'hui je suis l'ambassadrice de Lyon, je voudrais vous parler également de la fête des Lumières, le 8 décembre. Ce jour là est consacré à la Vierge Marie, la patronne de notre ville ; depuis 1852, les Lyonnais mettent des lumignons, des vrais, sur leurs fenêtres, commémorant l'inauguration d'une statue de la Vierge érigée sur la chapelle de la colline de Fourvière. Cette tradition est devenue depuis quelques années la « fête des lumières », trois ou quatre jours de festivités qui attirent énormément de touristes.

Vous l'avez compris, ce que je voudrais, c'est vous donner l'envie de revenir à Lyon...

Maintenant, je voudrais vous parler de cet hôtel, véritable survivant de travaux d'aménagement des voies de circulation « à l'américaine » qui ont défiguré toute la partie du Cours Verdun derrière lui.

Il a été construit en 1906. Il est classé pour trois raisons : le hall de réception dont il faut admirer les plafonds, les murs peints et les boiseries typiques « Art Nouveau », les deux salons avec leurs plafonds sculptés, leurs boiseries et les scènes champêtres qui y sont sculptées en haut et un meuble en citronnier, et enfin la verrière à l'arrière de l'hôtel.

Il me reste maintenant à vous souhaiter un bon congrès scientifique.

# Le mot de la présidente

#### Danièle MONESTIER CARLUS

Expert près la Cour de Montpellier Présidente de la CNEM

#### Bonjour à tous

C'est un réel plaisir et un honneur d'être assistés dans nos travaux par les représentants les plus éminents du monde de la justice de Lyon.

Monsieur Jean TROTEL, Premier président de la Cour d'appel,

Monsieur Jean Olivier VIOUT que nombre d'entre nous ont rencontré et que nous connaissons tous par son engagement dans l'affaire dite d'Outreau. Merci d'avoir accepté de venir nous donner votre point de vue sur les règles de l'art,

Monsieur Jean Marc LE GARS, Président de la cour administrative d'appel de Lyon qui, du fait d'un empêchement, n'a pu se joindre à nous, ce que nous regrettons,

Monsieur Henri MATAGRIN, Président de la CRCI Rhône Alpes; après un rendez-vous manqué à la réunion des MAME l'an dernier à Montpellier, je suis heureuse de vous rencontrer,

Monsieur Daniel CHABANOL, conseiller d'Etat honoraire, nous vous remercions d'avoir accepté de faire un exposé dans le cadre de cette journée de travail,

Monsieur le Bâtonnier Adrien Charles DANA qui va nous donner le point de vue d'un avocat pénaliste sur le sujet traité,

Monsieur Bernard CHIFFLET, Vice Président au tribunal de grande instance de Lyon, je suis vraiment heureuse de retrouver un Perpignanais, car vous avez exercé des fonctions à Perpignan où vous avez laissé un excellent souvenir. Merci d'avoir accepté de nous donner le point de vue du civiliste. Madame Véronique ESCOLANO, substitut du Procureur,

Maître VITAL DURAND, Président de la commission droit de la santé du Barreau de Lyon,

Monsieur Patrice GARDEL, Président de la Compagnie des experts de Lyon

Je salue également, si j'ose m'exprimer ainsi, les non Lyonnais,

Monsieur Gérard MEIGNIE, Premier président de la cour d'appel de Grenoble. l'ami de la CNEM

Monsieur Jacques BRUNEAU avocat général près la cour d'appel de Paris, nous sommes honorés de votre présence,

Monsieur Jacques HUREAU, Président fondateur de la compagnie, dont la hauteur de vue ne cesse de m'étonner,

Monsieur Xavier KOEB, expert architecte suisse, past-président d'une compagnie d'experts, qui nous fait l'honneur et la joie, en délaissant pour quelques jours les coteaux dominants la riviera vaudoise, de venir participer à notre colloque,

Maître Patrick de FONTBRESSIN, l'ami de tous les experts, vous nous surprenez toujours par la qualité et le brio de vos exposés. Vous avez accepté avec votre simplicité qui vous honore, et votre gentillesse dont nous abusons peut-être, d'intervenir dans nos travaux et nous nous réjouissons à l'avance du plaisir que nous aurons à vous entendre cet après midi,

Monsieur Elie AZRIA, benjamin de nos intervenants, vous êtes obstétricien à Paris et vous n'êtes pas expert! Mais vous avez écrit une thèse remarquable « Les voies de la connaissance médicale, de la recherche clinique aux incertitudes de la pratique des soins » dans le cadre du département de recherche en éthique à l'université Paris Sud. Merci d'être venu nous faire part de vos doutes,

Monsieur Dominique LENCOU, président du CNCEJ qui nous rejoindra en fin de matinée

Mes amis du bureau Jean François SCHULH, Jean Louis POURRIAT, Jacques MILLIEZ qui ont pris une part active à la préparation de ce colloque et que vous entendrez tout à l'heure,

Mes prédécesseurs, Michel CHANZY, Marc TACCOEN,

Monsieur Bernard PECKELS, rédacteur en chef de la revue EXPERTS,

Mesdames et messieurs les magistrats,

Mesdames et messieurs les avocats,

Mesdames et messieurs les experts,

#### « LES REGLES DE L'ART »

Cette locution en apparence désuète persiste dans nos missions d'expertise alors qu'elle semble contradictoire avec une médecine éprise de rationalité.

Lors du 4<sup>ème</sup> colloque de la CNEM en 1997, nous avons examiné contradictoirement les Références médicales opposables (RMO), inaugurées en 1993 et inscrites dans la loi, au motif que la collectivité ne doit prendre en charge que les activités médicalement légitimes. Nous avons pris conscience d'une transformation profonde de notre art médical parce qu'un soin n'est efficace, non pas parce qu'il a guéri le sujet, mais parce que les statistiques ont prouvé que ce patient appartenait à un groupe d'autres patients, où la probabilité de guérison par ce soin était élevée.

A partir de ce moment-là, la nature de notre pratique médicale était ébranlée et devenait une médecine fondée sur des preuves.

Aujourd'hui, alors que la médecine est en quête perpétuelle de rationalité par l'accumulation de connaissances, pourquoi la référence à « la règle de l'art » demeure -t-elle?

Peut-on y voir un signe de la coexistence d'une irrationalité avec la médecine ?

Quel en est le retentissement sur l'expertise en responsabilité médicale pour l'expert et pour le juge ?

Messieurs les intervenants vous avez la parole.

# Genèse de la locution « les règles de l'art »

Xavier KOEB

Architecte

#### Commençons peut-être par une petite définition.

Les règles de l'art sont reconnues lorsque leur exactitude théorique a été attestée par la science, qu'elles sont établies et que, d'après la grande majorité des spécialistes qui les appliquent, elles ont fait leurs preuves dans la pratique.

Elles constituent ce que l'on appelle le savoir-faire habituel que le maître d'ouvrage, celui qui construit, par rapport au maître d'œuvre, l'architecte, peut attendre des professions considérées ou hommes de l'art (menuisier...). Elles forment ainsi l'ensemble des pratiques professionnelles d'un corps de métier à respecter pour que les ouvrages soient correctement réalisés.

Ces règles, non écrites, résultent des acquis de la pratique ainsi que des travaux de recherche réalisés depuis l'origine des corps de métiers.

Selon un arrêté du Tribunal Fédéral, la plus haute cour de justice en Suisse, un ouvrage doit correspondre au minimum aux règles de l'art reconnues ou à un standard équivalent. Cet arrêté est récent, il date de 2007 mais ces fameuses règles de l'art, par qui sont-elles donc reconnues ? Les règles de l'art ont un caractère obligatoire, c'est-à-dire que, dans tous les contrats, les règles de l'art sont considérées comme des obligations contractuelles implicites. Le travail bien fait est le travail accompli dans les règles de l'art. Leur non-respect est donc une faute qui engage la responsabilité contractuelle.

Une autre définition évoque le respect scrupuleux des usages ou des prescriptions applicables dans les différents cas. À nouveau, la question se pose de savoir qui définit les usages ? Les usages, vous le pensez bien, se réfèrent à la tradition. Or, logiquement, une tradition n'évolue pas alors que les règles de l'art peuvent évoluer en s'adaptant aux nouvelles technologies. Les tribunaux renvoient souvent à l'expertise pour établir l'existence ou non de telles règles de l'art. C'est donc bien à l'expert qu'il revient, en puisant dans sa science, son expérience et son jugement, sans toutefois se substituer au juge, d'établir si l'ouvrage correspond à ces règles.

#### La genèse maintenant de ces fameuses règles de l'art.

J'aimerais ici brièvement remercier le Professeur Pascal PICHONNAT de l'Université de Fribourg que j'ai sollicité pour cette partie de l'exposé que j'ai grand plaisir de faire ici.

La locution « les règles de l'art » remonte à l'antiquité. L'expression « lege artis », selon les règles de l'art, apparaît dans le droit romain, sous le régime de la lex AQUILIA, un plébiscite, c'est à dire une loi votée par la plèbe, vers 286 avant Jésus Christ, avec l'idée d'une faute (culpa) par la méconnaissance des règles de l'art, l'imperitia. PROCULUS dit, vers 220 après Jésus Christ, que si le médecin vient en aide à un esclave de manière inappropriée, on peut agir contre lui par l'action du contrat ou par la lex AQUILIA.

On retrouve au Moyen Âge des allusions aux règles de l'art qui sont étroitement liées aux corporations des artisans. En Allemagne, en Hollande et en Suisse, les diverses corporations, tanneurs, tonneliers, épiciers, sans doute à Lyon aussi avec les métiers autour de la soie et du tissage, ces professions constituaient au 16ème siècle des organisations très structurées, appliquant déjà leurs propres règles jalousement protégées. Il n'était pas donné à chacun de pratiquer l'art, c'est-à-dire simplement réaliser un objet le plus adroitement possible en y mettant

tout son savoir faire. En France, la notion de compagnonnage est plus répandue. Il s'agit d'une association entre ouvriers d'une même profession, principalement dans le secteur de la construction, à des fins d'instruction professionnelle et d'assistance mutuelle. Le compagnonnage indique aussi le temps pendant lequel l'ouvrier, sorti d'apprentissage, travaillait comme compagnon chez son patron. Le compagnonnage se nommait devoir ou compagnon du devoir jusqu'au 18<sup>ème</sup> siècle. L'histoire du compagnonnage a été mouvementée, comme l'histoire tout court, marquée par des scissions et des ruptures. Quels que fussent l'organisation et le rituel d'initiation appliqué, le compagnon reçu, après avoir présenté son chef d'œuvre, effectuait un tour de France. Ceci permettait de compléter la formation, de découvrir d'autres approches de la même profession et, parfois, d'acquérir de nouvelles techniques. De nos jours, le compagnonnage subsiste, entretenant des savoirs et défendant une morale de l'excellence ouvrière. Il y a actuellement en France vingt-cinq professions artisanales représentées dans compagnonnage, chacune possédant, bien évidemment, ses propres règles de l'art.

#### Évolution des règles de l'art.

Vous avez remarqué qu'il y a deux éléments qui ressortent dans ce discours. C'est bien sûr le savoir professionnel et la morale de l'excellence. Là, on aborde un sujet intéressant qui va rejoindre les préoccupations des médecins, les notions de morale et d'excellence étant constitutives des règles de l'art: il ne suffit pas de savoir comment exécuter un objet ou une partie d'ouvrage mais encore faut-il appliquer ses connaissances avec une certaine morale. On parlerait aujourd'hui d'éthique. Dans le cas des artisans, il s'agit bien sûr du soin apporté à l'exécution. De même, l'ouvrage doit correspondre à ce que le maître, étant de bonne foi, est en droit d'attendre, compte-tenu des circonstances. Les exigences doivent donc répondre aux règles de l'art reconnues au moment de l'exécution des travaux. Sauf accord entre les parties, on se fondera sur la technique et les connaissances au moment de l'exécution.

Tout le monde connaît le célèbre film de Jean Renoir, les règles du jeu, qui date de 1939. Dans ce film, vous vous souvenez, la seule règle à respecter est de paraître. Qui transgresse cette règle est un mauvais joueur. Il doit être éliminé. Les règles de l'art sont à l'opposé de cet aspect. Elles correspondent à un état concret, réel, et non un paraître hypothétique qui peut, dans le cas d'un objet ou d'un ouvrage, dissimuler des lacunes. Les règles de l'art sont, dès le départ, reconnues par les maîtres artisans concernés. Il n'est pas rare que l'expert architecte doive consulter tel artisan ébéniste ou tel maître ferblantier couvreur, pour comprendre un problème de fausse équerre d'un encadrement à l'onglet ou la subtilité d'un placage en cuivre. Ces règles sont enseignées, de nos jours, dans les lycées techniques, les écoles de métier ou, plus simplement, dans le cadre d'un apprentissage. La transmission orale du savoir est importante car, domaine, un bon exemple manuel est dans parfois plus compréhensible qu'une théorie fumeuse.

Le code des obligations suisses ne se réfère pas exactement aux règles de l'art dont la définition, encore trop subjective, laisse largement la place à l'interprétation, ce qui fait, bien entendu, le bonheur des avocats. Dans son article 368 du Code des Obligations, le législateur évoque la conformité à la convention. Ainsi, lorsque l'ouvrage est si défectueux ou si peu conforme à la convention que le maître ne puisse en faire usage ou être équitablement contraint à l'accepter, le maître a le droit de le refuser. Si votre salle de bains est inutilisable parce qu'il n'y a pas de carrelage et pas de robinet, vous avez le droit de la refuser. Laissant la porte ouverte, si l'exécution est en faute, à des demandes de dommages et intérêts.

Selon certaines juristes, les règles de l'art sont le résultat d'une pratique avérée qui, de ce fait, prend une force normative, une force juridique à savoir qui amène à considérer que le non respect d'une telle pratique est constitutif d'une faute.

Face à la complexité des situations et à l'évolution des techniques, les règles de l'art tendent de plus en plus à être codifiées dans des documents techniques unifiés. Si l'exécutant, l'artisan ou l'homme de l'art s'engage à respecter les règles de l'art, le maître doit aussi respecter certaines exigences. Si ce dernier exige l'emploi de matériaux ou de

procédés non conformes aux règles de l'art, il appartient à l'entrepreneur ou à l'architecte, en vertu de son devoir de conseil, d'émettre formellement les réserves qui s'imposent.

#### Les règles de l'art sont peu écrites... au contraire des normes.

« La norme » une notion très répandue dans le monde de la construction, désigne une spécification technique accessible au public, établie avec la collaboration et en accord, ou avec l'approbation de tous les cercles intéressés, fondée sur les résultats certifiés de la science, de la technique et de la pratique, tendant à l'utilité maximale pour la communauté et approuvée par une organisation reconnue au niveau national ou international.

Un petit peu long comme définition mais, au moins, on cerne toute la problématique de la norme. Son objectif est d'apporter une solution unifiée qui puisse s'appliquer à un nombre indéterminé de situations concrètes et de personnes particulières. Il s'agit, plus précisément, il doit s'agir d'un document écrit qui codifie la solution technique au problème considéré.

Ces normes (AFNOR, ISO) existent dans la plupart des professions dans pratiquement tous les pays, elles fixent des caractéristiques comme les épaisseurs, la densité, les pourcentages, etc... indications généralement absentes des règles de l'art. Ces dernières, en revanche, et pour autant qu'elles aient été écrites, fixent des notions comme le temps de séchage d'une peinture ou d'un vernis : les normes complètent les règles de l'art et aident à mieux cerner objectivement la bonne facture d'un ouvrage.

En revanche, la notion morale en est absente, les normes permettant surtout de quantifier les écarts entre ce que le commanditaire, le client, le maître d'ouvrage est en droit d'attendre et ce qu'il obtient effectivement, par exemple, la qualité exigible de la peinture d'une façade qui conditionne sa résistance à l'usure et au temps.

Pour conclure, devant un tribunal, la continuelle référence aux règles de l'art pourrait susciter une certaine lassitude. C'est parfois, en Suisse du moins, un oreiller de paresse pour un expert moins scrupuleux et en mal de référence. Si l'on se réfère aux règles de l'art, encore faut-il bien les situer et les décrire avec les moyens à disposition. Elles doivent être étayées par des références aux normes, directives ou conventions en usage. C'est un peu facile, devant un tribunal comme je l'ai souvent constaté en tant que témoin, de voir un honorable confrère expert dire « Oui, oui, ce n'était pas conforme aux règles de l'art ». Les juges se posent des questions mais quelles règles de l'art, comment, quand, pourquoi ?

Mais, c'est peut-être un débat que nous allons pouvoir approfondir aujourd'hui. Force est de constater qu'en 2011, l'évolution technique des matériaux et des procédés tend à rendre désuètes les règles de l'art. Avec le développement de la sous-traitance sur les chantiers, notamment dans la construction où des personnels sans qualification et sous-rémunérés exécutent des travaux de montage, nous sommes à l'opposé des règles de l'art appliquées par les hommes de l'art.

# La Preuve Scientifique en Médecine : un double défi

Cyrille COLIN
Professeur d'Épidémiologie, Économie de Santé
Lyon

Quand Gordon GUYATT, un médecin interniste de McMaster, écrit en 1992 dans le JAMA que l'Evidence Based Medicine (Médecine Basée sur les Preuves) est une « nouvelle approche pour enseigner la pratique de la médecine », Il fait déjà partie d'un groupe dont certains membres comme Allan DETSKY (McMaster), Joël MENARD (Université Paris XI), Andréas LAUPACIS (Queens University), Peter TUGWELL (Université d'Ottawa) ont mis en application cette approche dans leur recherche clinique et dans leur pratique depuis 15 ou 20 ans.

En effet, Archibald COCHRANE (1909-1988), un médecin anglais fórmé à l'University College - Hôpital de Londres, publie en 1972 un ouvrage intitulé « Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services » qui aura une énorme influence sur la façon de pratiquer la médecine dans le monde moderne. Dans cet ouvrage, il suggère que comme les ressources pour la santé vont devenir limitées, il faudra utiliser une médecine qui a fait la preuve de son efficacité, dans des études rigoureuses sur le plan méthodologique. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité de conduire des études comparatives randomisées (randomised controlled trials) pour mettre en évidence les thérapeutiques les plus efficaces au moindre risque pour le patient. Ces simples propositions ont été rapidement adoptées par les meilleures écoles de médecine canadiennes, américaines puis européennes pour développer la recherche clinique, l'épidémiologie clinique, puis une façon d'enseigner la médecine : la Médecine Basée sur les Preuves qui part du principe que

toute décision médicale doit reposer sur une preuve formelle trouvée dans la littérature biomédicale.

Le nom d'Archibald COCHRANE a été pris pour mettre en œuvre et développer une collaboration internationale « la Collaboration COCHRANE », créée en 1993, qui a pour objectif de promouvoir la recherche clinique basée sur les études comparatives randomisées, recenser les résultats de ces études et organiser des réunions de synthèse par discipline de ces études pour émettre des recommandations de pratique clinique pour la communauté médicale internationale.

En France, un médecin formé par l'Université Canadienne de McMaster a particulièrement développé le concept de Médecine Basée sur les Preuves. Yves MATILLON, interniste au CHU de Lyon, nommé professeur d'Épidémiologie Clinique à la Faculté de Médecine Lyon I en 1988, a développé, depuis Lyon, un Réseau d'Épidémiologie Clinique International Francophone qui avait pour vocation de former des cliniciens aux méthodes de l'Épidémiologie Clinique et d'enseigner ces méthodes aux étudiants de l'Université de Lyon pour développer cette Médecine Basée sur les Preuves. Il met en place en 1990, à Paris, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) qui a pour objectif, comme la COCHRANE Collaboration dans le monde, de développer les synthèses d'essais cliniques pour élaborer les recommandations de pratique clinique en France.

L'originalité de l'expérience française de la Médecine Basée sur les Preuves est de mettre l'accent sur l'évidence issue des études publiées, notamment les méta analyses et les études randomisées mais aussi d'introduire la notion d'accord professionnel dans les situations où la recherche clinique n'a pas fourni d'éléments de preuve suffisants. Avec des méthodes de recherche de consensus issues des sciences de l'éducation mais aussi en systématisant la composition multidisciplinaire des groupes de travail sur chaque question clinique faisant l'objet d'une rédaction de recommandation de pratique clinique.

Deux notions sont importantes à connaître pour évaluer la véracité d'une recommandation de pratique clinique, le grade (A, B ou C) de cette recommandation et le niveau de preuve des types de données utilisées dans les recommandations.

Le grade A correspond à une recommandation élaborée avec des données disponibles justifiant une recommandation de niveau élevé. C'est une situation où l'accord professionnel est fort et donc la recommandation peut être appliquée sans équivoque.

Le grade C correspond à une recommandation dont les données disponibles sont insuffisantes pour justifier une recommandation.

Les niveaux de preuve sont définis pour juger de la qualité méthodologique des études en référence aux standards édictés par les chercheurs en épidémiologie clinique. Ainsi le niveau I correspond aux essais cliniques randomisés et aux méta-analyses. Il s'agit d'études comparatives dont le traitement a fait l'objet d'une allocation aléatoire, un tirage au sort entre les deux groupes comparés.

Le niveau II correspond à des études comparatives dont les 2 groupes n'ont pas été tirés au sort. C'est le cas des études épidémiologiques dites de cohorte ou cas contrôle.

Le niveau III correspond à des analyses d'experts fondées sur la base d'autres données disponibles (registre, bases de données cliniques, expérience personnelle).

L'application de ces méthodes d'élaboration des recommandations revêt une importance particulière lorsque les professionnels doivent s'engager dans une rédaction de recommandations mettant en jeu des industriels ou des écoles de pensée de centres académiques parfois en concurrence. Chaque professionnel engagé dans ces travaux doit signer une déclaration

de conflit d'intérêt. C'est la raison pour laquelle la Haute Autorité de Santé (HAS) vient d'élaborer et de mettre en ligne une méthode d'élaboration dite « Recommandation par Consensus Formalisé » (décembre 2010). Cette méthode est indiquée lorsqu'il y a absence ou insuffisance d'études de fort niveau de preuve spécifiquement aux questions posées, et lorsqu'il y a controverse avec nécessité de sélectionner une pratique appropriée parmi plusieurs alternatives par un groupe indépendant.

La méthode, dite Delphi, permet de faire juger les propositions de la recommandation de pratique par un groupe, dit groupe de cotation, sans que les professionnels ne se rencontrent. Cette cotation indépendante est conduite à deux reprises avec une seule réunion des professionnels pour que chacun puisse expliquer aux autres ses cotations. On perçoit dans cette méthode l'absolue nécessité de concevoir un texte de « Médecine Basée sur les Preuves » en limitant au maximum les influences des leaders d'opinion ou des professionnels potentiellement en conflit d'intérêt.

En résumé, aujourd'hui, un expert désigné pour apprécier si une pratique médicale est conforme aux données actuelles de la science ou issue d'un accord professionnel fort devra connaître la méthode d'élaboration d'une Recommandation de Pratique Clinique (RPC). S'il s'agit d'une recommandation élaborée par la méthode RPC, il s'agit d'un fort niveau de preuve scientifique et d'un accord professionnel fort. S'il s'agit d'une recommandation élaborée par la méthode Recommandation par Consensus Fort (RCF), il s'agit d'un niveau de preuve scientifique moins élevé et d'un accord professionnel ayant nécessité une méthode formalisée avec deux tours de cotation.

#### Références:

G. GUYATT et al. Evidence Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA; 1992; 268 (17): 2420-2425

F. DAVIDOFF et al. Evidence Based Medicine. A new journal to help doctors identify the information they need. BMJ 1995; 310:1085

www.has-sante.fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc

## Incertitude et standardisation du soin médical

Elie Azria Gynécologue obstétricien Unité Inserm 953 « Unité de recherche en épidémiologie et santé des femmes »

Le 20<sup>ème</sup> siècle a été pour la pratique médicale le témoin d'avancées considérables avec l'effet que l'on sait sur la santé des populations des pays de niveau sanitaire élevé. Ces progrès ont notamment été permis par des changements substantiels dans la façon de constituer le savoir médical et la transformation des modalités d'application de celui-ci à la pratique du soin. Avec le développement de l'épidémiologie et de la recherche clinique, la rationalité scientifique s'est invitée dans la pratique médicale et lui a permis de se soustraire non seulement aux croyances mystiques et magiques, aux traditions et à certains dogmes qui apparaissaient inattaquables, mais également à l'emprise de toutes sortes de producteurs de médications prétendument bénéfiques<sup>1</sup>. Les évolutions épistémologiques qui ont donné à la pratique médicale une dimension scientifique permettent ainsi dans de très nombreuses situations d'accroitre la pertinence des décisions médicales. Pourtant, bien qu'aujourd'hui les décisions médicales puissent pour beaucoup d'entre elles revendiquer une assise scientifique, le propos de Georges Canguilhem qui écrivait en 1968 « On ne soigne qu'en tremblant »<sup>2</sup>, reste d'actualité. Si l'objet du soin, à savoir le vivant humain, suffit à faire de l'acte consistant à prodiguer des soins médicaux à autrui, une parabole de la responsabilité, l'intranquillité du soignant trouve aussi sa source dans une incertitude que le savoir scientifique permet de réduire, mais pas

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Marks, H La médecine des preuves, histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990), p 65.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Canguilhem, G. Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie, p 389.

d'éliminer. Si le but que la recherche médicale poursuit, bien souvent avec succès et même brio, est de minimiser cette incertitude, la connaissance qui en est issue porte en elle la marque d'un incertain que la rigueur scientifique ne méconnaît pas. Que le constat de cette incertitude relève du truisme n'est pas si évident. La médecine semble au contraire être actuellement l'objet d'une volonté puissante et assez généralisée de standardisation qui, pour s'imposer, met en œuvre une stratégie de négation de l'incertitude épistémologique. Or cette incertitude, consubstantielle de la connaissance médicale issue de la recherche scientifique, ne peut être minimisée, encore moins niée, sans que cela n'ait de graves conséquences pour la pratique du soin médical, pour la médecine et pour l'individu malade.

C'est de cette incertitude, de ses origines, de ses implications pour la pratique du soin dont il est ici question. Au travers de cet examen critique, c'est également l'*Evidence Based Medicine*, ce nouveau paradigme de la pratique médicale qui entend régenter ce rapport du clinicien à la connaissance, qui fera l'objet d'une attention particulière.

#### Connaissance et incertitude

Les raisons de cette résistance de l'incertitude à une connaissance produite grâce aux apports de méthodologies scientifiques sont multiples. Elles font que l'incertitude restera consubstantielle à la connaissance médicale.

Cette incertitude provient tout autant des modalités de production de ce savoir, que des modalités de sa diffusion et de son application. C'est d'abord parce que l'approche scientifique n'embrasse à ce jour qu'une petite partie des questions médicales, et que certaines d'entre elles ne peuvent se prêter à une formalisation de ce type, que des réponses purement rationnelles sont loin d'être toujours disponibles. C'est ensuite parce que le raisonnement qui sous-tend la démarche de recherche clinique, raisonnement intrinsèquement inductif, ne peut que produire un savoir par essence conjectural, avec des vérités qui ne sont que probables

et des preuves de niveaux variables<sup>3</sup>. La statistique, devenu l'outil principal de la recherche clinique, permet une modélisation de l'incertitude, en aucun cas son élimination.

Si en recherche clinique il est des plans expérimentaux qui en théorie permettent un contrôle idéal des biais, leur application les confronte nécessairement à la contingence d'un terrain qui verra l'incertitude s'accroitre à mesure que la validité interne des travaux se trouvera entachée. Il nous faut accepter et reconnaître, malgré la rigueur des chercheurs, que le vivant humain, objet de cette recherche clinique, ne peut voir tous ses paramètres contrôlés.

Il en va de même pour l'objectivité, but recherché de l'approche scientifique. Le contexte actuel dans lequel se déploie cette recherche est à ce point marqué par les conflits d'intérêts, que l'effacement du chercheur devant son objet reste bien souvent théorique. Les conflits d'intérêts de nature commerciale sont dans le monde de la recherche médicale où intervient une industrie pharmaceutique puissante, parmi les plus répandus. Ils ne sont cependant pas les seuls et dans un univers académique arbitré par les indices bibliométriques, univers dont le moteur est la transaction connaissance contre reconnaissance<sup>4</sup>, des comportements qui s'écarteraient des limites de l'intégrité scientifiques.

Comme le souligne Jean Michel Berthelot « la reconnaissance est sans aucun doute la gratification symbolique majeure du champ scientifique et il serait naïf de penser que les chercheurs y sont indifférents. Elle est également la condition d'accès aux avantages matériels et positionnels qui balisent la carrière et s'expriment dans une rémunération, des pouvoirs et une audience accrus ». Berthelot, JM. L'emprise du vrai, p 100.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Le problème de l'induction, problème central de la philosophie de la connaissance contemporaine, a été posé par David Hume dans l'Enquête sur l'entendement humain, publié en 1748. Afin de lutter contre les conséquences sceptiques que pouvait avoir cette mise en évidence d'une rupture logique dans le raisonnement qui préside à toute démarche de production de connaissance hors du cadre des sciences formelles, nombreux sont les scientifiques et philosophes qui se sont attachés à résoudre ce problème. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer les néopositivistes du cercle de Vienne réunis autour de Moritz Schlick ou encore Karl Popper qui devait apporter une des réponses les plus convaincantes. Malgré ces travaux, le problème de l'induction a aussi permis l'émergence d'un mouvement relativisant la spécificité du discours que la science pouvait avoir sur le monde.

voire d'une éthique de la recherche et du soin, sont susceptibles d'entacher la connaissance et ainsi de menacer les décisions médicales dans leur pertinence. Qu'il s'agisse d'intérêts académiques ou financiers. le conflit d'intérêt n'est jamais dissociable des résultats du chercheur. Des compromissions inconscientes les plus dérisoires aux malversations patentes, toute une gamme de comportements réduit la validité de la connaissance scientifique. La naïveté porterait à croire que le phénomène est marginal, il semblerait qu'il n'en soit rien et que l'ampleur de ces compromissions dépasse de loin ce que l'on peut imaginer<sup>5</sup>. A côté de ce que l'on peut qualifier de fraudes caractérisées, une forme de comportement très répandue mais non délictuelle consiste à maximiser la portée des résultats obtenus en maximisant leur validité. Il s'agit là d'un exercice habituel pour un scientifique qui cherche à publier une recherche et emporter l'adhésion de ses pairs. Si l'évaluation des pairs a notamment pour vocation de faire apparaître au grand jour l'incertitude dissimulée dans les interstices des rapports d'études scientifiques, les moyens pour accomplir cette tâche sont bien souvent trop limités.

C'est enfin dans l'application de ce savoir général au soin du patient particulier qu'émerge une autre forme d'incertitude. S'il est incontestable que la connaissance issue de la recherche clinique lorsqu'elle est disponible doit contribuer à fonder les décisions des médecins, celle-ci ne peut en être le seul support. La pratique médicale impose en effet la mise en relation de deux univers ; l'un est scientifique, il est celui du général et du multiple, des études sur populations, des probabilités et autres modélisations du risque. L'autre univers, restreint à l'individu, domaine d'expression de sa singularité et de sa variabilité, est celui des affects et de l'inquantifiable. La médecine se fait dans un va-et-vient constant entre l'un de l'individu et le multiple de la connaissance scientifique. Le caractère incertain de cette mise en relation est parfois accentué par la fragilité de certaines entités nosologiques où la plainte subjective peut ne

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Martinson, B.C., M.S. Anderson, and R. de Vries, *Scientists behaving badly.* Nature, 2005. **435**(7043): p. 737-8. L'auteur explique que le secteur de la recherche pharmacologique et médicale est particulièrement concerné par les fraudes scientifiques et les comportements délictueux, probablement du fait d'enjeux financiers importants.

pas être toujours traduite de la façon la plus pertinente. C'est pourtant à partir de cette traduction que le soignant s'oriente dans la masse des connaissances afin de faire le choix des stratégies diagnostique, pronostique ou thérapeutique qui lui paraîtront les plus adaptées.

# L'instrumentalisation de la connaissance à des fins de standardisation des pratiques médicales ou la dérive de l'Evidence Based Medicine

C'est en raison de ces difficultés liées au choix des connaissances les plus pertinentes pour le soin d'un individu, que s'est constitué au début des années 90 autour d'un groupe d'épidémiologistes de l'université McMaster dans l'Ontario au Canada, l'Evidence Based Medicine (EBM). Il s'agissait d'une méthode qui allait s'imposer et prétendre au statut de nouveau standard de la pratique du soin. Ses auteurs et promoteurs la définissaient ainsi : « Une façon rigoureuse, consciencieuse et judicieuse d'utiliser les preuves les plus récentes et de plus haut niveau pour les décisions concernant le soin d'un individu »<sup>6</sup>. L'EBM s'appuie sur une méthodologie de quantification du jugement pour proposer la recherche des « preuves » ayant le niveau le plus élevé, recherche passant par une approche analytique et critique de la connaissance via les publications scientifiques. En d'autres termes, il s'agissait d'attribuer aux résultats - et aux recommandations pour la pratique du soin qui en découlaient - un niveau de preuve, preuve elle-même déterminée en fonction de la validité interne des recherches scientifiques publiée.

Le projet initial de l'EBM était avant tout pédagogique. Il était question de former les praticiens au tri et à l'utilisation en pratique clinique des connaissances scientifiques. Cela passait notamment par la formation à la lecture critique des données scientifiques afin d'assurer aux médecins une autonomie critique face à un savoir toujours plus important quantitativement, plus technique et plus difficile à manipuler.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Sackett, D, *Evidence Based Medicine*. 2000, New York: Churchill Livingstone.

En même temps que le paradigme EBM rencontrait en Amérique du Nord, mais également en Europe et en Asie, un succès croissant, les soignants étaient progressivement conduits vers une médecine de plus en plus procédurale. Il s'agissait de répondre à une volonté explicite des autorités de tutelle et des organismes assureurs, publics ou privés, de standardiser les pratiques médicales. Le prétexte de la « qualité » était mis en avant pour justifier la mise en place de cette médecine de protocoles, alors que les objectifs n'étaient autres que la mise en place de dispositifs de gestion de la santé empruntés au secteur industriel.

Si les promoteurs de l'EBM présentaient initialement leur méthode comme une approche pédagogique, cette méta-méthodologie s'est progressivement détournée de cet objectif et a privilégié une activité visant à l'élaboration de synthèses de connaissances, puis de recommandations, référentiels et protocoles de prise en charge des différentes maladies<sup>7</sup>. D'une entreprise qui s'était donné pour mission de former les praticiens et leur garantir une certaine autonomie critique, l'EBM est rapidement devenue le nom générique d'un système producteur et prescripteur de normes médicales et est ainsi devenue l'instrument de cette volonté de rationalisation des pratiques soignantes au travers de leur standardisation.

Si on peut comprendre la rationalisation comme la transformation de l'action en une action congruente avec ce qui est scientifiquement démontré et s'extraire de l'influence des passions, elle est aussi un mouvement vers la maximisation des intérêts quantifiables. En proposant d'appuyer la médecine sur une base rationnelle, ce sont ces deux composantes de la rationalité qui ont été convoquées, la seconde ayant très rapidement instrumentalisé et détourné la première. La rationalisation du soin se change ainsi en un moyen de faire du soin une entreprise dont la rentabilité s'évalue à l'aune de critères quantitatifs tels que les niveaux de risque, les critères dits « qualité » ou les coûts économiques. Avançant des arguments scientifiques sur un mode

7 -

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> L'inflation de cette activité de production de protocoles est telle qu'aujourd'hui rares sont les actes de soin pratiqués qui ne sont pas régis par l'un d'entre eux.

normatif, formalisés dans des référentiels de plus en plus coercitifs, il s'agit alors de gérer une pratique dans le but de satisfaire ces indicateurs. Donner force de loi à une connaissance fragile qui ne demande pourtant qu'à être éprouvée et contextualisée, revient de plus à organiser une négation de l'incertitude attachée à cette connaissance, incertitude qu'une démarche scientifique rigoureuse ne méconnait pas.

Cette conception viciée de la connaissance, si elle permet par des certitudes illusoires de standardiser les pratiques et de soulager l'angoisse qui accompagne le soignant dans ses gestes quotidiens, change ce dernier en un effecteur plus ou moins privé de sa faculté d'interpréter. Pareille évolution ne peut que stériliser la créativité et grever le potentiel de la recherche clinique. Elle a de plus pour effet d'appuyer le soin sur une base plus instable que ce qu'elle laisse apparaître et c'est alors l'intérêt du malade qui se voit menacé.

#### Standardisation des pratiques et relation de soin

Cette standardisation des pratiques médicales n'est pas sans conséquence sur le rapport de soin. La plus notable est la déshumanisation de ce rapport par l'éviction de ce qu'il y a d'humain chez les deux protagonistes, le patient et le médecin.

La négation de l'incertitude attachée à la connaissance est déjà en cause dans cette éviction. La méthode scientifique procède de l'objectivation, c'est-à-dire d'une démarche amenant le sujet à s'effacer devant son objet. Cette approche concerne aussi la recherche clinique où le principe du double aveugle qui consiste à introduire l'intervention à évaluer à l'insu du malade se prêtant à la recherche et du soignant investigateur, en est l'illustration la plus démonstrative. Toutefois, malgré les procédures existantes, la dimension subjective de cette recherche clinique ne peut être écartée totalement. La reconnaissance des facteurs multiples qui limitent immanquablement cet effacement du sujet, salutaire pour la validité de la connaissance, devrait être partie intégrante de la démarche scientifique. Or, que ce soit par ignorance ou en raison des intérêts précédemment évoqués, la persistance de cette part de subjectivité est

très souvent minimisée voire niée. Si les entorses aux procédures d'objectivation sont sources de biais et entachent la validité interne du savoir produit, la négation de ces biais à pour effet de donner à des faits fragiles une solidité à laquelle il ne peuvent prétendre. Au travers d'une prétention à l'objectivité totale, c'est ainsi qu'on aboutit à une négation de la résistance du sujet et du caractère humain de la pratique scientifique.

Cette négation de la place du sujet apparaît également dans la domination qu'exerce depuis plusieurs décennies le modèle statistique fréquentiste sur le champ de la recherche clinique. Une approche bayésienne qui, plutôt que nier la subjectivité, est ici intégrée à la définition du risque produit. Le théorème développé par le révérend Bayes a en effet été critiqué et disqualifié par beaucoup parce qu'il supposait que soit assignée une probabilité première à la vérité d'une hypothèse, faisant de ce fait intervenir la subjectivité du chercheur ou du statisticien.

Discuter et tenir compte des biais qui limitent nécessairement l'objectivité d'une expérience, c'est reconnaître la place de l'homme dans la démarche empirique. A l'inverse, attribuer à la démarche scientifique une objectivité absolue, n'est qu'une tentative contre-productive d'éviction de celui-ci. Cette négation est aussi le témoignage d'une profonde méconnaissance du fonctionnement scientifique.

Si la connaissance utilisée en pratique clinique se voit dépossédée d'une dimension humaine et subjective qui devrait être prise en compte, il apparaît que le processus de standardisation des pratiques, au travers de procédures, ne prend que très peu en compte le malade qui se trouve le plus souvent réduit au nom standardisé de sa maladie. En privilégiant la maladie définie selon des critères nosographiques bien précis, aux dépens du malade, on éloigne toute la contingence, la complexité et la singularité que l'homme introduit par sa façon de vivre la maladie, de sa tolérance aux traitements, voire même de ses préférences. C'est un malade vidé de son humanité et davantage envisagé selon son acception épidémiologique que comme un individu qui est ainsi soigné. Cette pratique du soin de plus en plus standardisée, montre aujourd'hui très clairement son inaptitude à répondre aux exigences individuelles de la personne malade. Ainsi, d'une

évolution épistémologique progressiste qui a amené la connaissance scientifique à appuyer le soin pour le plus grand bien des patients, émergent à l'inverse les conditions d'une déshumanisation de celui-ci. Dès lors que le corps médical soigne des populations avant des individus, des maladies avant des malades, le visage du soin perd son humanité. L'acception épidémiologique du malade se répand et c'est ainsi que l'individu s'efface insidieusement devant la population et le jugement clinique devant le test statistique<sup>8</sup>. Or dans la « vraie vie » les patients ne sont ni « éligibles », ni « randomisés », ils présentent une multitude de caractéristiques que les épidémiologistes n'ont d'autres choix que de négliger. Ils ont des désirs et des préférences exprimées, ils ont des plaintes pas toujours congruentes avec les nosographies, ils varient par leur émotions, leur conception du temps, leur culture, leur éducation : tout cela est en fait bien plus complexe que la vision épidémio-centrée véhiculée par l'EBM. Si celle-ci est nécessaire, elle ne doit pas réduire les relations d'un médecin avec ses patients au rapport d'un médecin à une population. Si la pratique médicale s'enrichit d'un savoir épidémiologique et s'il existe une interdépendance entre celui-ci et la clinique, cette dernière ne s'adresse pas à des populations mais à des individus. S'il n'y a de science que du général, il n'y a en dernier recours de clinique que du particulier.

Le soignant n'est pas en reste et lui aussi se voit contester en tant que décisionnaire cette humanité dont le patient est dépossédé. Le processus de standardisation de la pratique médicale repose en effet sur l'idée profondément ancrée dans les mentalités, que l'humain est faillible et que la sécurité des systèmes ne pourra être atteinte qu'en écartant ce «facteur humain». Si la première partie de ce postulat n'est pas discutable, l'homme est incontestablement faillible, la seconde qui érige la science et la technologie en gardiens infaillibles, est plus critiquable. Cette idée, déjà très répandue dans de nombreux secteurs industriels est en train de

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Tonelli, MR, The philosophical limits of evidence-based medicine. Acad Med, 1998. **73**(12): p. 1234-40.

prendre une place démesurée dans la gestion de l'activité soignante. Cette conception qui réactualise une certaine forme de positivisme, concédant une confiance sans faille aux produits de la science et à sa capacité à produire le vrai, nie l'incertitude attachée à la production d'une connaissance qui est par nature conjecturale, limitée et provisoire. Elle conduit, ce faisant, à cette idée de l'homme vu par le prisme quasi exclusif de sa faillibilité, de son caractère irrationnel et de sa seule propension à déréguler les systèmes. Partant de cette vision de l'homme, point d'entrée de l'irrationalité, de la contingence et au final du risque, quelle autre option que celle de l'encadrer, voire de l'éloigner ? L'éviction de l'homme apparaît ainsi comme le moyen d'accéder à la sécurité que nos gestionnaires et tutelles mesurent à l'aune d'indicateurs, conçus davantage pour justifier a posteriori une politique, que pour adapter des mesures correctrices.

Les principes du risk management tels qu'ils ont été importés en médecine vont de pair avec la normalisation du soin et conduisent à une dévalorisation systématique et méthodique de la part d'humain présente chez le soignant. Cette dévalorisation passe par celle de son expérience et de son jugement, et par l'organisation de son interchangeabilité. Les gestionnaires de risque nous expliquent que l'autonomie du soignant doit être réduite au maximum pour pouvoir parvenir à la sécurité d'un système<sup>9</sup>. C'est parce qu'il faut contrôler le risque et les dépenses qu'il occasionne qu'il faut autant que faire se peut éloigner l'homme de la décision. Le processus de standardisation du soin evidence based est le moyen de cette éviction. Par une emprise croissante des protocoles, recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus et autres guides de bonnes pratiques, l'activité du soignant est de plus en plus normée et encadrée, au point que son autonomie s'en trouve notablement réduite. A travers cette emprise croissante des synthèses expertes de la connaissance sur lesquelles les praticiens n'ont que très peu la possibilité d'avoir un regard réellement critique, c'est leur

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Amalberti, R, et al., *Five system barriers to achieving ultrasafe health care.* Ann Intern Med, 2005. **142**(9): p. 756-64.

jugement qui se trouve totalement dévalorisé. La collégialité qui tient désormais lieu de procédure décisionnelle, outre ses bienfaits, a elle aussi grandement contribué à dévaloriser le jugement individuel du praticien. Si l'on devait poursuivre sur cette voie, le clinicien sera à terme incapable, à défaut de ne plus y être autorisé, d'élaborer des décisions.

Limiter la capacité décisionnelle et ainsi déresponsabiliser le soignant en réduisant l'activité médicale à des gestes dictés par l'hétéronomie d'une connaissance transformée en *guidelines*, correspond au programme que l'on voit se dessiner. La pratique médicale se résumera ainsi à l'application par des praticiens de procédures établies par des experts. Les modèles industriels importés dans le domaine de la santé contribueront à transformer les cliniciens en des « gorilles intelligents » pour reprendre le terme qu'utilisait Charles Taylor pour qualifier le personnel des usines encadré par des procédures qu'il avait mis en place.

La procéduralisation des pratiques médicales, en plus d'avoir affaibli considérablement la notion d'individualité de la personne malade, contribue ainsi également à vider le soignant de sa «substance humaine».

Le choix de la standardisation du soin et du transfert de pouvoir vers les gestionnaires de santé et les épidémiologistes cliniques est le parti pris d'un contrôle du risque au niveau collectif plutôt que d'un soin tourné prioritairement vers l'individu. Cette approche pétrie de références néopositivistes est empreinte de cette logique sacrificielle qui fait que pour proposer un soin qui satisfasse 90% des usagers de soin, on est prêt à «sacrifier» les 5% de patients qui se trouvent aux extrémités de la courbe de répartition. A la différence du sacrifice traditionnel dont le principe est accepté par l'ensemble d'un corps social convaincu de son efficacité et du bénéfice escompté, le caractère "sacrificiel" ici décrit, où la victime n'est pas de substitution mais bien humaine, est sciemment assumé par les acteurs, justifié par les arguments de rationalité, rentabilité, efficacité avancés. Pourtant, dans le cas présent, ce type de transaction est éthiquement inavouable et ne saurait prétendre à une quelconque légitimité dans une société démocratique supposée placer l'humain au sommet de sa hiérarchie des valeurs. Pour éluder la contradiction entre

cette pensée rationaliste assumée et l'inavouable sacrifice qu'elle impose, ce dernier est masqué par la manipulation rhétorique du terme « qualité ». Sous cette appellation «qualité» et la novlangue\* qui l'accompagne, nous voyons en fait un ensemble de termes et indicateurs permettant de quantifier et d'évaluer le soin, en d'autres termes, de le soumettre à une logique marchande et sécuritaire qui conduit à une convergence des comportements et au succès de l'entreprise de standardisation.

#### Conclusion

Si la critique proposée peut apparaître violente, à aucun moment il n'est question de nier les progrès considérables et l'intérêt d'une approche qui intégrerait les données issues de la recherche clinique. C'est bien la négation de l'incertitude attachée à la connaissance et le processus de standardisation qui sont les cibles de cette critique. Dévaloriser l'expérience, le jugement et l'expression de la sensibilité au motif que ces capacités humaines ne sont pas standardisables, identiques chez tous et ne les voir que comme le lieu de la défaillance, n'est pas une position tenable si l'objectif reste celui d'un soin prioritairement tourné vers la personne. Cette volonté d'évincer le « facteur humain » par la négation de son intelligence, pour le réduire à un effecteur dont la conduite est dictée par des algorithmes et des protocoles, permet peut-être de contrôler des indicateurs supposés mesurer le risque ou le coût de la santé, mais fera, à terme, de l'individu le grand oublié de cette évolution épistémologique, qui en changeant la nature de la connaissance médicale en a fait l'instrument de cette standardisation. A vouloir évincer l'artisan qui existe en chaque soignant, pour ne garder de lui que l'evidence based effecteur, on change radicalement le visage du soin. Ce n'est plus d'un rapport entre deux individus dont il est question, mais du rapport d'un soignant interchangeable transformé, suivant l'expression d'Amartya Sen, en « un idiot rationnel » dont le jugement, s'il avait pu résister, n'aurait plus aucune valeur, et d'un malade réduit à des paramètres cliniques et paracliniques objectifs et eux aussi standardisés, à un point sur une courbe de Gauss.

La disparition des savoirs artisans s'inscrit dans cette logique de rationalisation et de standardisation. Or, l'effacement de la *praxis*, seul point de confrontation entre le modèle théorique et la contingence de la réalité, n'est pas tenable dans une discipline comme la médecine dont toute l'étendue ne peut être couverte par la science. Les deux composantes de la médecine que sont l'art et la science, doivent nécessairement trouver un équilibre dans un rapport dialectique. Parce que c'est l'homme qui est à la fois l'objet et le sujet du soin, l'une ne peut prétendre effacer l'autre.

Préserver le savoir artisan et revaloriser le jugement clinique et l'expérience contre une standardisation qui rappelle étrangement par ses méthodes les principes de la rationalisation industrielle, c'est préserver un soin dont la priorité reste l'individu face à une gestion publique de la santé qui tend à l'oublier.

Cette peinture de la médecine n'est heureusement pas celle de la médecine telle qu'elle se fait aujourd'hui, même si des évolutions récentes en montrent les premiers signes. Elle pourrait par contre très rapidement devenir d'un réalisme inquiétant si nous poursuivons sans plus de questionnements et avec aveuglement sur cette voie.

Le pessimisme n'est toutefois pas de mise, face aux enjeux des évolutions actuelles. Sans renier à aucun moment ma confiance en la science et les possibilités de la recherche clinique, il s'agit ici de réaffirmer celle que l'on peut avoir aussi en l'homme. Que la rationalité médicale doive s'accomplir dans la reconnaissance de sa limite ne doit en aucun cas susciter la honte face à ce qui serait perçu comme l'échec d'une ambition. La rationalité médicale, par la puissance qu'elle a acquise, a donné toutes les preuves nécessaires de sa légitimité et ne saurait être remise en question par cette contestation salutaire du rationalisme. Plus qu'un objet de honte ou de déni, l'incertitude doit d'abord être pensée dans le cadre de la connaissance médicale et de la pratique du soin comme un défit épistémologique et éthique.

Cette position d'acceptation de l'incertitude, si elle est celle de l'intranquillité, est la condition même du progrès et d'un soin basé sur la raison, d'un soin éthique et humain.

#### **Docteur Jean-François SCHUHL**

C'est une excellente conclusion parce qu'en fait, le problème qu'a posé cette découverte, c'était la remise en question des travaux d'Einstein, soit, pour les physiciens, quelque chose d'absolument phénoménal.

C'est aussi une excellente transition parce que, en ramenant la chose à notre activité, nous, experts, dont on attend des réponses, on va se trouver confrontés à une situation où des gens vont nous apporter des références, des travaux, des articles, «Monsieur l'Expert ou Madame l'Expert, vous avez ce travail qui a été publié par...», et où donc il faudra faire le premier travail de l'evidence based medecine, c'est-à-dire l'analyse critique de ce qui nous est donné...

Il est donc très important de bien comprendre que, non seulement, nous restons au cœur de l'Homme, de l'humanité, dans notre métier mais qu'également, il nous faut absolument développer cette culture du doute pour être capable de contester ce chemin vers lequel nous emmène la société actuelle.

#### **Professeur Michel DELCROIX**

Après l'exposé remarquable d'Elie AZRIA, je voudrais savoir comment il voit le problème du déni de grossesse, un phénomène très complexe, qui me semble illustrer la problématique développée.

#### **Docteur Elie AZRIA**

Effectivement la question du déni de grossesse tient de cette problématique dans le sens où cette situation n'a été finalement l'objet que de très peu de recherche médicale, il n'y a donc pas de données acquises de la science.

Je me souviens d'un texte que j'avais lu qui reprenait les dialogues de deux grands épidémiologistes, Archibald Cochrane et Dan KERR, qui se posaient la question de savoir quel pourcentage des questions médicales l'evidence based medecine couvrait elle? La réponse est très stupéfiante en fait. À l'époque d'Archibald Cochrane, c'était de l'ordre de 5 %, peutêtre 10 % pour les plus optimistes. Cela veut dire que 90 % du champ du questionnement médical n'était pas couvert par cette evidence based medecine. Alors, aujourd'hui, il faudrait probablement réactualiser ces estimations et certains se sont amusés à le faire mais on ne dépasse pas les 15 % et, dans cette zone grise, il y a la question du déni de grossesse qui est très problématique puisqu'il n'y a pas de référence scientifique, en tous cas, pour aider l'expert.

# Madame Véronique ESCOLANO, substitut général près la Cour d'Appel de Lyon.

Je pense que le problème du déni de grossesse est plus complexe en ce que justement, il aborde plusieurs champs dont, bien évidemment, celui du droit et de la Justice.

Quand on présente le problème du déni de grossesse exclusivement sous un aspect psychologique et médical, on évacue complètement un champ qui nous concerne tous, la disparition violente d'un enfant. Et le décès d'un enfant nécessite des investigations qui vont faire intervenir plusieurs professionnels, le Juge d'Instruction, le Juge des Libertés et de la Détention et, bien entendu, les experts psychiatres. Je crois que la réflexion a besoin de tous.

 $<sup>^</sup>st$ Novlangue: Désigne péjorativement un langage destiné à déformer une réalité.

# Validité et hiérarchisation des publications, utilisation dans la pratique.

Jean-Louis POURRIAT

Expert près la Cour d'Appel de PARIS Agréé par la Cour de Cassation

#### 1 Introduction

Les règles de l'art se définissent par le respect des bonnes pratiques qui, ellesmêmes, reposent sur la connaissance scientifique à un moment donné (« au moment des faits »)<sup>10</sup>. Il est maintenant admis que l'état de l'art est établi à partir de preuves scientifiques. En d'autres termes, le concept d'une médecine fondée sur des preuves, médecine factuelle, exprimée comme « Evidence Based Medicine », est actuellement prévalent voire normatif. Évidemment, dans son exercice quotidien, chacun fait en sorte que sa pratique s'appuie sur des preuves scientifiques, donc selon les règles de la médecine factuelle, mais l'essentiel n'est pas là ; il est que la médecine factuelle n'est pas tant la connaissance que dans la permanente recherche et actualisation des données scientifiques.

#### 2 La médecine factuelle

Comme le décrit Sackett dans l'article du BMJ de 1996<sup>11</sup>:

« La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par

<sup>10</sup> Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. <u>JAMA.</u> 1992,268,2420-5

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Sackett D.L, Rosenberg W.M, Gray J.A, Haynes R.B. Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 1996, 312, 71-2.

expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique. »

Il est bien dit, qu'en aucun cas, ces preuves ne peuvent se substituer au jugement et à l'expérience des médecins; c'est un complément qui se traduit par une augmentation des connaissances individuelles, devant conduire à une démarche diagnostique et thérapeutique efficace. En effet, la médecine factuelle est fondée non seulement sur les données de la recherche mais aussi sur l'expérience clinique qui elle-même repose sur une analyse systématique des observations cliniques, de manière reproductible et non biaisée, en évitant toute interprétation intuitive de l'information, ainsi que sur les préférences du patient et de son entourage. La décision médicale se prend alors en fonction de ces trois paramètres.

La médecine factuelle repose sur une méthodologie précise, qui respecte les étapes suivantes :

- définition du problème clinique
- recherche bibliographique sur le sujet,
- analyse de la pertinence des articles sélectionnés
- adaptabilité au problème clinique donné,
- mise à disposition d'un outil de connaissance pour définir des recommandations de bonne pratique

Dans ce cadre, on le voit, l'analyse de la littérature scientifique et la hiérarchisation des publications ne sont qu'un élément, certes fondamental, mais non exclusif, de la médecine factuelle.

## 3 Hiérarchisation des publications

La méthodologie de hiérarchisation des publications est largement et remarquablement décrite dans une revue publiée par l'université Paris Descartes<sup>12</sup>; de nombreux éléments sont repris dans le texte.

Evidence-Based Medicine. Bibliothèque Interuniversitaire de Santé – Paris – Pôle Médecine / Odontologie formation@biusante.parisdescartes.fr – Janvier 2011

La démarche comprend plusieurs étapes :

#### 3.1 Sélection des bases de données :

Il existe de nombreuses bases de données de médecine factuelle. On peut citer : La Cochrane Library est la base la plus pertinente. Son objectif est d'assurer la communication des résultats des essais cliniques et des méta-analyses dans les différents domaines de la médecine. La mise à jour est trimestrielle.

La BMJ Clinical Evidence diffuse les effets des interventions et traitements cliniques communs et les stratégies de prévention, à partir des revues et des essais cliniques contrôlés.

Current Contents est une base de données multidisciplinaire de sommaires de revues dont la mise à jour est quotidienne.

La base de données EMBASE est produite par Elsevier; la mise à jour est quotidienne et elle présente deux spécificités: la pharmacologie et la toxicologie Pubmed est la version publique de Medline qui est produite par la National Library of Medicine (NLM) aux Etats-Unis, l'un des instituts du National Institute of Health, (NIH). La mise à jour est hebdomadaire.

D'autres bases de données sont également à consulter : Infobanque AMC, National Guidelines Clearinghouse, Pedro, etc...

#### 3.2 Sélection des revues :

La sélection des revues à l'intérieur de chaque base est la deuxième étape.

Parmi les principales revues de médecine factuelle, on peut citer : ACP Journal Club, Bandolier, EBM online, Evidence Based Medicine for Primary care and Internal Medicine, Evidence Based Mental Health, Evidence Based Nursing Journal of Evidence-Based Health Care, British Medical, Lancet, New England Journal of Medicine

Les sites Internet, francophones et anglophones sont également à consulter ; la liste figure en référence<sup>13</sup>.

Evidence-Based Medicine. Bibliothèque Interuniversitaire de Santé – Paris – Pôle Médecine / Odontologie formation@biusante.parisdescartes.fr – Janvier 2011

#### 3.3 Sélection des articles

La sélection des articles à l'intérieur de chaque revue est la troisième étape au terme de laquelle, des éléments constitutifs d'une recommandation pour traiter le problème posé, sont proposés.

#### 3.3.1 Sélection en fonction du niveau de preuves

La sélection des articles se fait d'abord en fonction du niveau de preuves. Tous les articles ne sont pas au même niveau : une méta-analyse ou une revue systématique apportent des niveaux de preuves supérieurs à ceux obtenus dans des études de cas ou des études transversales.

Par "preuves", on entend les connaissances qui sont déduites de recherches cliniques systématiques, réalisées principalement dans le domaine du pronostic, du diagnostic et du traitement des maladies et qui se basent sur des résultats valides et applicables dans la pratique médicale.

La hiérarchisation des preuves scientifiques est à la base de la médecine factuelle. Classiquement, on les représente sous la forme d'une pyramide dont la pointe est constituée par les preuves les plus fortes, la base par les preuves les plus faibles<sup>14</sup>. Une hiérarchie est ainsi définie allant de l'étude cas-témoins, à l'étude de cohortes puis à l'essai contrôlé randomisé, la méta-analyse et enfin à la revue systématique. (figure 1)

La revue systématique regroupe tous les essais randomisés contrôlés intéressants<sup>15.</sup> Elle est effectuée soit avec une analyse qualitative, soit avec une analyse quantitative (méta-analyse). A titre d'exemple, en 1995, les articles de revues de quatre journaux d'anesthésiologie ne pouvaient pas être classés comme revues systématiques : seulement 8 % dévoilaient la stratégie de recherche de données exploitables. Par la suite, jusqu'en avril 2000, plus de 120 revues

<sup>14</sup> 

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Grandage KK, Moore C, Slawson DC, Barnett BL, Allen F. Shaughnessy AF. When less is more: a practical approach to searching for evidence-based answers. J Med Libr Assoc. 2002, 90, 298–304 <sup>15</sup> Tramer MR. Application de la médecine factuelle (*evidence-based medicine*) en anesthésie Conférences d'actualisation 2000, p. 319-322. © 2000 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. et SFAR

systématiques, pertinentes pour l'anesthésie, la réanimation et la médecine d'urgence ont été publiées, montrant la transversalité de cette discipline. Par ailleurs, la revue systématique ne permet pas uniquement de définir des recommandations pour le traitement et la prophylaxie mais elle pointe également des lacunes dans des situations cliniques où manquent des données au niveau de preuve suffisant.

# 3.3.2 Sélection en fonction du caractère approprié à la question posée

# La Haute Autorité de Santé classe les articles selon trois grades A, B ou C

Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;

Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple, essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;

Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve par exemple, études cas-témoin, séries de cas.

# La classification GRADE

Le but de la méthode GRADE (*Grade of Recommendation Assessment, Development and Evaluation*) est de dissocier le niveau de la recommandation (GRADE 1 ou 2) du niveau de preuve scientifique (méta-analyse, essai randomisé, étude de cohorte, étude cas-témoins). Des études avec une méthodologie de haut niveau (essai randomisé, méta-analyse) ne conduisent pas toujours à une recommandation forte (GRADE 1) et peuvent ainsi aboutir à des recommandations faibles ou optionnelles (GRADE 2). Ainsi des études de bas niveau de preuve (étude de cohorte, étude cas-témoin) peuvent aboutir à une recommandation forte (GRADE 1). Un autre but des recommandations avec la

méthode GRADE est d'améliorer la clarté et de faciliter l'applicabilité des recommandations dans la pratique quotidienne. Ceci a conduit à limiter les différents niveaux de recommandations. La formulation des recommandations est donc simplifiée en reposant sur 2 niveaux : le GRADE 1 est une recommandation forte (ex: il faut faire ou il est fortement recommandé de réaliser) et le GRADE 2 est une recommandation optionnelle ou faible (ex: il faut éventuellement faire ou il est peut être recommandé de réaliser). En plus, une deuxième information est apportée si une recommandation est positive (Il faut faire GRADE 1+) ou négative (il ne faut pas faire GRADE 1-).

# 4 Conclusion

La bonne pratique clinique repose sur la connaissance scientifique telle qu'elle peut être définie dans la médecine fondée sur les preuves. Néanmoins, plusieurs précautions méthodologiques sont à rappeler avant la prise de décision: 1) la hiérarchisation des publications est certes fondamentale mais elle n'est qu'un élément à côté l'expérience clinique de chacun et de l'avis des patients ou de leur entourage. 2) les recommandations sont établies à partir d'essais cliniques qui naturellement et méthodologiquement imposent des critères d'inclusion et d'exclusion et produisent des moyennes. Ainsi elles ne peuvent être appliquées pour un patient donné sans que l'on se pose de l'appartenance de ce patient au groupe étudié. 3) dans bon nombre de cas il n'existe pas de travaux de haut niveau pour répondre à la question posée. Pour toutes ces raisons, la hiérarchisation des publications n'est qu'un élément constitutif de la médecine factuelle, complément de l'indispensable expérience individuelle.

Figure 1 : pyramide de pertinence (d'après <sup>4</sup>)

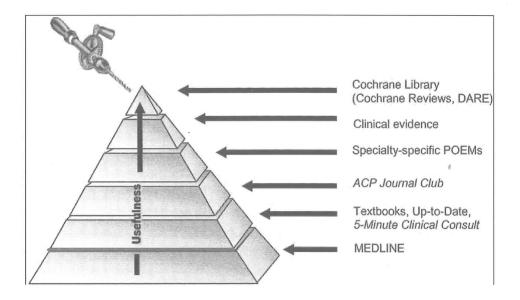


Tableau 1: « GRADE » des recommandations

Туре	Grade des recommandations							
d'étude	Α	В	С	D	E			
Traitement	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés (avec homogénéité) OU essai contrôlé individuel (avec IC étroit) OU situation où le traitement amène une amélioration évidente (« tout ou rien »)	Revue systématique d'études de cohortes (avec homogénéité) OU étude de cohorte individuelle (incluant les essais contrôlés randomisés de faible qualité (suivi < 80%)) OU recherche de l'issue.	Revue systématique d'études de cas-témoins (avec homogénéité) OU étude de cas-témoin individuelle	Série de cas OU études de cohortes OU de cas- témoins de faible qualité	Opinions d'experts OU articles de recherche			
Étiologie	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés (avec homogénéité) OU essai contrôlé individuel (avec IC étroit) OU situation où l'exposition a une influence évidente sur l'issue (« tout ou rien »)	Revue systématique d'études de cohortes (avec homogénéité) OU étude de cohorte individuelle (incluant les essais contrôlés randomisés de faible qualité (suivi < 80%)) OU recherche de l'issue.	Revue systématique d'études de cas-témoins (avec homogénéité) OU étude de cas-témoin individuelle	Série de cas OU études de cohortes OU de cas- témoins de faible qualité	Opinions d'experts OU articles de recherche			
Pronostic	Revue systématique de cohortes de patients pris au début de la maladie (avec homogénéité) OU cohorte individuelle de patients pris au début de la maladie avec un suivi > 80% OU guide de prédiction clinique où le facteur pronostique prédit de manière évidente l'issue (« tout ou rien »)	Revue systématique d'études de cohortes rétrospectives (avec homogénéité) OU étude de cohorte rétrospective ou la relation entre le facteur pronostique et l'issue est étudié pour un groupe systématique de patients		Série de cas OU études de cohortes de faible qualité (suivi < 80%)	Opinions d'experts OU articles de recherche			

Туре	Grade des recommandations							
d'étude	А	В	C	D	Е			
Diagnostic	Revue systématique	Revue systématique	Comparaison	Le standard	Opinions			
	d'études diagnostiques	d'études diagnostiques	indépendante	de référence	d'experts			
	de bon niveau :	de moins bon niveau :	et en aveugle	n'est pas	OU article			
	comparaison	comparaison	d'un spectre	appliqué de	de			
	indépendante et en	indépendante et en	approprié de	manière	recherche			
	aveugle du test	aveugle du test	patients mais	indépendante				
	diagnostique avec un	diagnostique avec un	le standard de	ou en aveugle				
	standard de référence	standard de référence	référence					
	sur un large spectre de	soit sur des patients	n'est pas					
	patients consécutifs OU	non consécutifs soit	appliqué à					
	test diagnostique dont	sur un spectre trop	tous les					
	les résultats donnent	étroit de malades	patients de					
	un diagnostic		l'étude					
	indiscutable							

# La force contraignante des normes

Bernard CHICHE Expert près la Cour d'Appel de PARIS Agréé par la Cour de Cassation

L'appréciation de la faute médicale par les magistrats soulève de multiples incertitudes, notamment du fait de l'inadéquation récurrente entre théorie juridique et pratique médicale.

Ce « clivage » récurrent se manifeste, pour le juge, dans l'absence de référentiels juridiques qui lui permettent d'apprécier le comportement technique de l'homme de l'art.

Au cœur de cette incertitude, la question de la valeur juridique des recommandations de bonnes pratiques et des références médicales.

Autrement dit, la normativité scientifique peut-elle être transposée en normativité juridique? Ce qui pose deux questions fondamentales :

- Quelle est la responsabilité du médecin s'il ne respecte pas l'encadrement référentiel et de bonnes pratiques ?
- Est-ce que le strict respect de recommandations et références ne risque pas d'entraîner une perte de chance ou un dommage pour le patient : on peut évoquer à ce sujet l'allégement de la surveillance des cancers, la réduction du nombre d'examens complémentaires en cas de grossesse, de diabète, etc...

Les objectifs des recommandations et référentiels sont l'amélioration de la qualité des soins, la maîtrise des dépenses de santé et l'encadrement normatif de la technique médicale.

A priori, les recommandations de bonne pratique <u>devraient</u> être analysées comme des documents dénués de portée contraignante et ne constituer que de simples conseils proposés aux

praticiens dans leur exercice comme l'étymologie de la notion le laissait entrevoir en la différenciant de la notion d'obligation.

En réalité, les récents apports doctrinaux et jurisprudentiels tendant à leur reconnaître une existence sur le terrain juridique, voire, au-delà, un caractère contraignant.

Un document scientifique ou une recommandation élaborés par des experts peuvent-ils devenir une règle de droit contraignante ?

C'est ce sujet complexe que je vais tenter d'explorer, en articulant mon raisonnement autour de deux idées :

- 1) En premier lieu, la reconnaissance progressive d'un statut juridique propre aux recommandations professionnelles ;
- 2) En second lieu, la reconnaissance progressive d'une force contraignante propre à ces recommandations.

# 1) La question de la reconnaissance progressive d'un statut juridique propre aux recommandations professionnelles

Force est de constater que le juge administratif ne s'est intéressé que tardivement à la question de la valeur juridique des recommandations professionnelles.

En effet, c'est seulement en 2005 que le Conseil d'État a entamé une telle réflexion sur la question de la valeur juridique des recommandations élaborées par les agences sanitaires, au travers de deux principaux arrêts.

Le premier arrêt du 12 janvier 2005 élève les recommandations au rang des données acquises de la science. Sans être automatique, le juge considère que les recommandations et références (à l'époque de l'ANDEM) pouvaient refléter les données acquises de la science.

Comme nous le verrons un peu plus loin, le respect des données acquises de la science constituant une obligation déontologique pour le médecin, le Conseil d'État avait donc, dans cet arrêt, validé la décision des juridictions disciplinaires qui avaient considéré que le non respect d'une recommandation (en l'espèce constitutive des données acquises de la science) était source de responsabilité disciplinaire.

Le second arrêt du 26 septembre 2005 établit une catégorisation entre recommandations.

Le juge administratif considère que dès lors qu'une recommandation est rédigée selon des termes impératifs, elle constitue un acte administratif « faisant grief », et accepte donc, dans le cas d'espèce, d'annuler une partie de la recommandation sur l'accès des ayants droit aux informations de santé d'un patient décédé en ce qu'elles étaient non conformes à la législation en vigueur.

Plus récemment, alors qu'il était interrogé sur l'impartialité d'une procédure d'élaboration d'une recommandation de l'HAS, le Conseil d'État, dans un arrêt récent rendu au mois d'avril 2011, est allé encore plus loin en acceptant d'annuler une recommandation de bonne pratique sans même se référer au caractère impératif de celle-ci.

Au travers de ces quelques illustrations jurisprudentielles, nous prenons conscience que les recommandations professionnelles ne sont plus seulement des documents scientifiques, mais que le juge administratif leur reconnaît une véritable existence juridique en ce qu'il accepte de les annuler dans certaines circonstances.

Au-delà de la question de la nature juridique des recommandations professionnelles, se pose une question bien plus importante pour nous, médecins, et bien plus inquiétante : celle de la force contraignante des recommandations et de leur éventuelle capacité à générer une responsabilité professionnelle.

Ce sera la seconde partie de mon exposé.

# 2) La question de la reconnaissance progressive d'une force contraignante propre aux recommandations professionnelles

<u>Tout d'abord</u>, l'utilisation de certaines recommandations par les pouvoirs publics fait s'interroger sur le prétendu caractère non contraignant de celle-ci ; en voici deux exemples :

- les contrats de bon usage entre l'ARS et les établissements de santé,
- les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) signés entre les CPAM et les médecins conventionnés.
- Dans le premier cas, il s'agit de l'engagement des établissements santé de suivre les référentiels élaborés par les agences sanitaires dans le circuit d'u médicament et du dispositif médical.

En contrepartie des engagements souscrits, un taux de remboursement à 100 % est garanti à l'établissement. Dans le cas contraire, ce taux de remboursement est réduit à 70 %, donc sanction financière.

 Dans le deuxième cas, il s'agit de contrats d'amélioration des pratiques individuelles; dans le cadre de la LFSS 2008, l'assurance maladie pouvait proposer aux médecins conventionnés un contrat comportant des engagements individualisés avec contrepartie financière.

Or, l'article 1<sup>er</sup> de ce contrat dispose que les efforts du médecin doivent tenir compte des avis et référentiels émis par les autorités sanitaires, notamment HAS et AFSSAPS.

Dans ces deux exemples, les engagements sont issus de convention et sont encadrés juridiquement.

Ces deux exemples témoignent ainsi du fait que, par le truchement du mécanisme conventionnel, les recommandations peuvent accéder, même de manière indirecte, à une certaine force contraignante.

Se pose donc la question de savoir si on peut extrapoler cette situation juridique conventionnelle à celle des recommandations de bonne pratique, indépendamment de la conclusion d'un contrat ? Les recommandations peuvent-elles accéder à une force contraignante indépendamment de leur rattachement à un contrat ? La question est posée...

L'appréciation du <u>comportement</u> du médecin peut être envisagée directement au regard des recommandations et références médicales.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie impose à tout professionnel de santé (art. L 4133-1 du Code de la Sécurité Sociale) une évaluation des pratiques professionnelles.

Cette évaluation est impérative puisqu'elle résulte d'un texte de loi. Elle acquiert le caractère d'une obligation légale consistant « en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée par la HAS... »

L'évaluation des pratiques professionnelles se révèle donc un instrument de contrôle du comportement des professionnels par référence aux recommandations de bonne pratique, ce qui conforte leur caractère contraignant.

<u>Ensuite</u>, et nous venons de le voir, le juge peut être amené à considérer que les recommandations professionnelles peuvent être le reflet des données acquises de la science.

Or, l'article 32 du code de déontologie dispose que :

« le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science.... ».

Le médecin qui dispenserait des soins en violation des recommandations applicables commettrait ainsi une faute déontologique,

s'exposant à une sanction disciplinaire, dès lors que ces recommandations constitueraient les données acquises de la science.

Or, le code de déontologie a une valeur réglementaire en ce qu'il est désormais intégré dans le code de la santé publique.

Une nouvelle catégorie de faute médicale se fait jour permettant au juge de droit commun de sanctionner un praticien pour la violation d'une règle déontologique.

D'ailleurs, un arrêt du 18 mars 1997, rendu par la 1ère Chambre Civile de la Cour de Cassation en est la préfiguration « la méconnaissance des dispositions du code de déontologie médicale peut être invoquée par une partie à l'appui d'une action en dommage et intérêts dirigée contre un médecin et il n'appartient qu'aux tribunaux de l'ordre judiciaire de se prononcer sur une telle action à laquelle l'exercice d'une action disciplinaire ne peut faire obstacle ».

D'une faute déontologique sanctionnable sur le terrain disciplinaire, on assiste progressivement à une évolution vers une faute civile ou administrative sanctionnable sur le terrain du droit commun.

<u>Enfin</u>, le juge qui doit apprécier la conformité du comportement de l'homme de l'art aux recommandations professionnelles n'a même pas à chercher du côté de la règle déontologique Il dispose, d'une part, d'une longue évolution jurisprudentielle depuis les années 30 et, d'autre part, d'un encadrement légal depuis la loi du 4 mars 2002, pour y procéder.

L'arrêt Mercier rendu par de la Cour de Cassation du 20 mai 1936, qui fonde la responsabilité contractuelle du médecin envers son patient sur le principe d'une « obligation de moyens », nous enseignait qu' : « il se forme entre le médecin et son client, un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques mais

consciencieux, attentifs et réserve faite des circonstances exceptionnelles, <u>conformes aux données acquises de la science</u> ».

Cet arrêt de la chambre civile est le fondement de tout le droit moderne de la responsabilité médicale.

La Cour de Cassation avait alors pris l'initiative de définir une véritable norme-cadre du contrat médical en énonçant qu'il comportait pour le médecin « l'engagement sinon, bien évidemment de guérir le malade, au moins de lui donner des soins, non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles conformes aux données acquises de la science » ; remarquable formulation qui en peu de mots pose une première règle : l'obligation du médecin est de moyen, puis une seconde. Cette obligation de moyens comporte un devoir de conscience et de science.

Ce devoir de science va bien sûr s'interpréter à la lumière de l'obligation, maintenant consacrée par le code de déontologie dans son article 32, devenu article R 4127-32 du code de la santé publique, de donner des soins conformes aux données acquises de la science.

La loi du 4 mars 2002 (art. L 1110-5 — Code de la Santé Publique) emploie une terminologie très voisine de celle des « données acquises de la science » sous la forme de « connaissances médicales avérées ».

Il s'agit, à l'évidence, d'un synonyme, car les quelques essais doctrinaux qui ont tenté d'y voir une nuance ne sont pas convaincants.

Il est d'ailleurs intéressant que constater que, même postérieurement à la loi du 4 mars à la reconnaissance « légale » de la notion de « connaissances médicales avérées », les magistrats continuent encore aujourd'hui à se référer à la notion ancienne de « données acquises de la science ».

La jurisprudence ne manque pas, en effet, d'opérer une appréciation de la conformité des soins par référence aux règles consacrées par la pratique médicale et aux données de la science (Civ. 1ère – 31 mars 1960 – Bull. Civ. N° 302).

Ainsi les recommandations de bonne pratique et leur suivi ou non de la part du professionnel de santé sont un élément d'appréciation et éventuellement de condamnation de la part du juge judiciaire, sous réserve que ces recommandations reflètent l'expression des données acquises de la science.

On peut citer deux arrêts récents :

- l'un (Cass. 1<sup>ere</sup> CIV 09- 68471) qui condamne un médecin pour non respect d'une recommandation émise par l'Afssaps ;
- l'autre en 2010 qui reconnait la responsabilité d'un ophtalmologiste pour faute de surveillance chez un patient diabétique.

Il en est de même pour les juridictions pénales : le dernier arrêt en date (Cass. Crim., 18 mai 2010) étant d'une sévérité extrême envers le praticien, alors que la publication de la recommandation était postérieure aux faits reprochés.

Le Président SARGOS dans son article sur « les références médicales opposables et responsabilité des médecins » dans Médecine et Droit (Août 1998) écrivait « on peut dès lors conclure... que les RMO comme les recommandations de bonne pratique ne peuvent être, par principe, que la traduction des données acquises de la science ».

Ainsi à la date d'aujourd'hui, au conditionnel, nous pourrions affirmer, même si je sais que cela est toujours difficile à entendre, qu'un médecin pourrait engager sa responsabilité civile pour ne pas avoir respecté une recommandation de bonne pratique constitutive des données acquises de la science.

Responsabilité contractuelle ou responsabilité délictuelle ?

En tout état de cause, il ne s'agit pas de vous faire peur. La mise en œuvre de la responsabilité d'un médecin qui n'aurait pas suivi une recommandation de bonne pratique ne saurait être automatique!

En effet, la recommandation n'accède à une force contraignante que pour autant qu'elle constitue une donnée acquise de la science !

Aussi, et sous réserve d'une solide argumentation, un médecin peut être en mesure de justifier et de légitimer l'inapplication des recommandations en fonction de la singularité de chaque pathologie, de l'obsolescence ou de l'absence d'actualisation voire de l'absence de validation par la communauté scientifique.

Le Conseil d'Etat admet en effet que c'est au médecin qu'appartient la décision finale de suivre ou non la recommandation. Le praticien pourra toujours s'écarter de celle-ci s'il peut démontrer que cette dernière n'était pas applicable au patient.

La jurisprudence s'est d'ailleurs prononcée dans ce sens en considérant « qu'il est du devoir du médecin de s'écarter des sages lorsque l'intérêt du patient l'exige ».

De même, le suivi d'une recommandation ne pourra protéger le médecin de toute poursuite s'il s'avère que la recommandation était obsolète.

Enfin, dernière frayeur, il y a également une piste de réflexion que je souhaitais aborder, même si je pense qu'elle sera difficile à être exploitée pour aboutir à la mise en cause d'un praticien.

Nous avons vu précédemment que les recommandations et références médicales s'intègrent dans une finalité d'amélioration de la qualité des soins et donc de limitation du risque lié à la pratique médicale.

Leur respect pourrait alors aussi être regardé sous l'angle du respect du principe de précaution.

Le Président SARGOS dans « l'approche judiciaire du principe de précaution en matière de relation médecin-patient » considérait qu'un praticien qui transgresserait une RMO qualifiant un acte de dangereux pourrait être considéré comme ayant manqué au principe de précaution.

On peut dés lors imaginer les immenses angoisses et insomnies des médecins devant de nouvelles données dans le droit de la responsabilité médicale.

Les références médicales opposables que l'on vient d'envisager constituent un outil emblématique de la maitrise médicalisée des dépenses de santé, elles pourraient aussi être analysées comme des guides, des indications générales, des aides à la décision; en réalité, elles adoptent une certaine valeur normative puisqu'elles sont générales et posées a priori et donc précèdent l'acte et d'autre part diffusées par voie réglementaire via un arrêté portant approbation de la convention médicale et publiées au Journal Officiel.

Je terminerai par un sujet sensible :

En matière sanitaire, les recommandations sont souvent sous le feu de la critique. En effet, les agences sanitaires, pour des raisons budgétaires, privilégient l'expertise externe.

Or ces mêmes experts sont également sollicités par l'industrie pharmaceutique d'où le risque de conflits d'intérêt pour l'expert qui travaille à la fois pour les agences gouvernementales et les entreprises du médicament. Ce constat pose la question de l'expertise et de son indépendance.

Voilà l'état des lieux.

Au terme de cette étude qui ne se prétend pas exhaustive et qui n'a d'autre intérêt que d'ouvrir un débat, il apparaît incontestable que le quotidien des médecins se trouve fortement influencé par les recommandations et les références médicales.

Elles tendraient même à restreindre leur liberté dans l'appréciation du traitement approprié.

Alors force contraignante, certainement, mais non impérative pour plusieurs raisons.

- 1 Comme nous l'avons vu, la responsabilité d'un médecin ne sera pas automatiquement engagée s'il n'a pas suivi une recommandation de bonne pratique ou une référence.
- 2 On peut également invoquer deux articles du code de déontologie :
  - Art. 5 : le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit,
  - Art. 8 : le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

3 – Enfin, comme l'a écrit J. PENNEAU, les données acquises de la science sont volontiers « informelles, mouvantes, évolutives, plurielles et donc à l'opposé de la normalisation ».

Car la médecine est souvent incertaine et le doute intervient dans beaucoup de nos décisions.

Le médecin est certes libre mais en liberté surveillée, mais le juge, lui aussi, est libre.

Je ferai mienne, en conclusion, ce qu'a écrit notre président fondateur de la CNEM dans « la preuve scientifique appliquée à l'expertise » : « Science et incertitude sont indissociables, la faillibilité scientifique expertale en est la conséquence ».

#### **Docteur Pierre DEVALLET**

Pierre DEVALLET, je suis chirurgien orthopédiste et expert judiciaire.

D'abord, je pense qu'il y a une certaine confusion depuis le début entre les données acquises de la science et les règles de l'art. Les données acquises de la science, c'est la connaissance, c'est le savoir. Et pour nos sociétés savantes il est difficile d'établir quelle est la donnée acquise de la science, cela change tout le temps, jusque des publications avec des résultats totalement opposés dans un même congrès. Alors, la science évolue mais elle évolue très lentement, à un rythme qui n'a rien à voir avec la responsabilité médico-légale.

Les règles de l'art c'est la façon d'appliquer, c'est le savoir-faire comme il a été dit, c'est le comportement en fonction de l'intérêt de la personne malade, c'est donc tout à fait différent. Le médecin doit se servir de la science pour appliquer un art et là intervient une troisième notion, l'éthique, dont on peut dire qu'elle est plus une source de questionnement qu'elle n'apporte de réponses.

Je voudrais attirer l'attention sur le fait que la normalisation de toutes ces règles de l'art conduit actuellement à une baisse de la qualité de l'exercice médical; en effet, la pression contraignante des recommandations entraîne une chirurgie défensive, notamment dans le secteur libéral, c'est-à-dire « renoncer quand c'est trop risqué », « no go ».

#### **Docteur Vincent TRAVERS**

TRAVERS, orthopédiste, également expert.

Un point me pose question : tout au long des débats, un lien est implicitement établi entre la diminution des risques et la qualité des soins. A t-il été démontré ?

# **Docteur Christophe LEBRUN**

Christophe LEBRUN, Chirurgien de la main, Expert à la Cour d'Appel de Chambéry. Il se trouve que je suis aussi, c'est même mon activité principale, engagé dans les problèmes de responsabilité médicale dans ma spécialité pour toute la France.

Le problème actuel, c'est que les notions de risque et de force contraignante tendent à modifier nos pratiques mais ceci sans aucun substratum médical, technique ou même anatomique, ceci notamment dans les spécialités de chirurgie non vitale (orthopédie, chirurgie plastique, maxillo-faciale...) où nos confrères, surtout s'ils sont experts eux-mêmes, vont au bloc avec la peur. Tout cela n'est pas un progrès pour la société et ne contribue en aucune manière à l'amélioration de la qualité des soins : il faudrait que nous tous, médecins, magistrats et législateur nous y réfléchissions.

#### **Professeur Jean-Louis POURRIAT**

On ne peut qu'être d'accord avec ce qui vient d'être dit.

Est-ce que la qualité va de pair avec la diminution du risque ? Je dirai oui et non. Le risque quand on a un exercice individuel, que l'on fait fi des recommandations, n'est pas médico-légal mais médical.

Une remarque me vient, le gros travers des publications c'est « l'impérialisme nord-américain », c'est que les très hautes revues sont des revues anglo-saxonnes. Je n'ai pas envie de faire de l'anti-américanisme mais, effectivement, les critères pour publier dans ces revues sont certes très élevés, mais oublient cependant toute une partie du champ de patients, l'Europe, l'Asie maintenant, et l'on voit bien que les publications qui sortent, qui commencent à sortir de certains pays asiatiques de très haut niveau, elles s'adressent à des patients complètement différents. En fait, la génétique n'est pas prise en compte dans l'evidence based medecine.

J'ai répondu un peu à côté mais c'est un peu volontaire aussi.

# **Docteur François MARTINON**

François MARTINON, Chirurgien, Expert près la Cour d'Appel de Grenoble. Le problème qui est posé, c'est celui de l'exposition au risque. Cette exposition au risque, est-elle liée à une faute ou bien à une technique nouvelle et encore mal connue ? Nos réponses aux questions posées par le magistrat doivent sur ce point être très précises.

# **Professeur Jacques HUREAU**

À la première question posée sur les règles de l'art et les dispositions acquises de la science, je voudrais dire que je partage un peu votre sentiment parce que, normalement, dans la théorie tout au moins, il y a une superposition entre les règles de l'art et les données acquises de la science mais ce n'est pas toujours vrai et il peut y avoir des distorsions entre les deux.

Et à la deuxième question, je répondrai par une simple phrase, c'est qu'il n'y a pas de qualité sans contrainte. Ce n'est pas moi qui l'ai dit.

# **Professeur Jean Jacques LEHOT**

Professeur Jean-Jacques LEHOT, je suis anesthésiste-réanimateur et expert près la Cour d'Appel de Lyon. Simplement, pour donner un élément de réponse concernant les liens entre qualité, sécurité et résultat. Dans ma spécialité, l'anesthésie réanimation, un décret en 1994, un arrêté en 1995, nous ont contraints fortement par des règles d'exercice qui ont nécessité la mise en place de moyens importants. Deux études, une avant, une après, faites en collaboration avec l'INSERM, avec de bons critères méthodologiques, ont montré que malgré la prise en charge de patients plus lourds après cette date, on a eu une diminution par un facteur 10 de la mortalité entièrement liée à l'anesthésie. Voilà au moins un exemple démontrant le lien entre sécurité et qualité.

Par ailleurs, à propos de l'exposé du Professeur CHICHE où il nous a été dit la condamnation d'un praticien qui n'avait pas suivi une recommandation qui n'était même pas encore parue. Là, le praticien et aussi l'expert que je suis, s'inquiètent! Quelles précisions pouvez vous apporter?

#### **Professeur Bernard CHICHE**

Le magistrat a considéré qu'il y avait le non-respect d'une recommandation parce que ladite recommandation était parue dans un journal, qui est le journal de gynécologie obstétrique, dans les semaines ou les mois qui avaient précédé la publication « officielle » de la recommandation. Le magistrat s'est appuyé sur le fait que la recommandation était parue dans un journal de grande qualité dont aucun gynécologue ne pouvait ignorer le contenu.

#### **Professeur Claude RACINET**

Je vois qu'une porte est en train de s'ouvrir où l'on passe tout doucement de la médecine fondée sur les faits à l'expertise fondée sur les faits.

Il reste à s'interroger sur la hiérarchisation scientifique des preuves, et l'exemple que nous a exposé le Docteur AZRIA est à ce propos fort instructif.

# Madame Véronique ESCOLANO

Je voulais dire un mot sur ce qui a été évoqué et qui me paraît très important, quant à la notion de risque, de faute et des incidences que cela peut avoir sur les initiatives, et la peur des médecins d'engager leur responsabilité, avec par voie de conséquence, une baisse de la qualité de la Médecine.

Je voulais intervenir pour dire qu'il ne faut pas avoir peur. Cette peur me semble entretenue par l'amalgame de notions pourtant distinctes : quand on parle de risque, on ne parle pas de faute, quand on parle d'erreur, on ne parle pas de faute. La notion de faute, qu'elle soit civile ou pénale pour ce qui nous concerne, obéit certes aux critères que vous avez évoqués, mais pas seulement, elle ne se déconnecte pas des faits. Et je crois que l'on ne dit peut-être pas assez aujourd'hui que chaque cas est différent, avec bien sûr les recommandations, les règles de l'art, mais aussi et c'est capital, la relation du médecin avec son patient, la façon dont les règles de l'art ont été appliquées, avant et après. Dans «l'avant», je voulais rappeler que la plupart des cas de responsabilité sont liés à des défauts d'information, pas tous mais la plupart. Cela veut dire qu'il y a peut-être aussi un gros travail à faire sur la méthodologie dans ce domaine-là, le savoir-faire en amont même de l'intervention. Cela me paraît essentiel de bien dire cette notion de risque pour que le risque éventuellement réalisé ne se pose pas la question de savoir si c'est une faute.

# **Docteur Jean François SCHUHL**

Alors voilà qui est rassurant parce qu'on était très inquiets en écoutant les propos de Bernard CHICHE.

Je voudrais ajouter que dans un excellent travail récemment publié dans une revue française de chirurgie orthopédique sur le risque médico-légal de la chirurgie de la prothèse de hanche, il est tout à fait étonnant de voir que la responsabilité du chirurgien est sollicitée en raison d'une infection nosocomiale, de paralysie nerveuse postopératoire ou d'une éventuelle inégalité de longueur, en somme des choses auxquelles tous les chirurgiens orthopédistes depuis toujours ont été confrontés. C'était intéressant d'avoir cette information.

#### **Docteur Laurent COTE**

Je suis praticien hospitalier, hépatologue de formation, médecin expert à la Cour d'Appel de Lyon et je suis spécialisé dans le SIDA.

J'ai eu l'immense honneur, je le vis comme un honneur, d'avoir fait toute ma carrière, qui n'est pas finie, en traitant des patients atteints d'une maladie qui n'existait pas quand j'ai commencé mes études médicales. Je peux donc témoigner de façon très concrète de « l'incertitude » puisque

la pratique actuelle s'est construite par des allers-retours entre l'art médical pur, c'est-à-dire sans moyen, et des recommandations souvent renouvelées. Le point qui me semble important, c'est que au-delà des recommandations qui je pense sont indispensables, il y a ce que l'on appelle le protocole, non pas le protocole thérapeutique mais le protocole d'utilisation : il n'y a rien de mieux que la formalisation de la pratique d'un service sous forme d'un protocole, une référence datée, pas nécessairement calquée sur l'evidence based medecine. Mais rien n'empêche un médecin de faire d'autres choix que ceux proposés par le protocole pourvu qu'il le documente dans le dossier.

#### **Docteur Bruno MAZENOD**

Je suis vice-président du Conseil Départemental de Lyon, ancien président de Conseil Régional et Président de la formation restreinte qui suspend les médecins lorsqu'ils ont une pathologie dangereuse pour les patients.

J'ai particulièrement apprécié les interventions d'Elie AZRIA et du Professeur CHICHE et souhaite les prolonger par un exemple. Hier, je participais à une formation où l'on a fait voter les participants, des endocrinologues, sur un point précis de la prise en charge d'un nodule thyroïdien: 80 % de la salle a choisi une solution qui n'était pas celle des deux intervenants... Pourquoi? Peut-être parce que les intervenants étaient praticiens hospitaliers et les participants très majoritairement des médecins libéraux... Peut-il y avoir une attitude différente selon les pratiques quotidiennes?

Je veux aussi dire combien il est difficile d'utiliser les statistiques.

Rappelez-vous en 1979, la prescription de METFORMINE, le principal médicament donné aux diabétiques, a été interdite pendant deux ans car soupçonnée d'accroitre la mortalité cardio-vasculaire; tout cela parce que les certificats de décès faisaient état tout à la fois d'une mort d'origine cardio-vasculaire et d'un traitement par METFORMINE...

#### **Docteur Elie AZRIA**

Pour revenir sur la question du lien entre la qualité, la sécurité et le risque, comme dit précédemment, les anesthésistes sont très en avance ; ils ont été les premiers à considérer que l'aéronautique, et notamment les systèmes hyper surs que l'on retrouve dans le domaine de l'aviation commerciale, pouvaient servir de modèle à la médecine et, grâce à ces modèles, effectivement, ils ont réussi à réduire significativement le niveau de risque anesthésique. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'atteindre cet objectif passe par une standardisation des pratiques, c'est-à-dire que l'on soit dans une stratégie « des acteurs équivalents », en gros que le médecin devienne quelqu'un d'interchangeable et, pour ce faire, il faut limiter son niveau de compétence maximal. Autrement dit, cela suppose, d'une part, de faire en sorte qu'il y ait un plus petit dénominateur commun qui rassemble tous les médecins et limiter la performance maximale des autres, l'application pour les sièges, c'est la césarienne pour tout le monde et on arrête avec ces manœuvres qu'il faut apprendre. Le risque c'est en quelque sorte une stérilisation de l'innovation, car rendue beaucoup plus difficile. Donc, il faut trouver probablement un juste milieu entre cette façon de se calquer sur l'aviation et ses systèmes de contrôle du risque et puis arriver, malgré tout, à préserver l'artisanat, l'expertise du geste.

# **Docteur Jean François SCHUHL**

Je ne sais pas si le médecin ou le chirurgien est actuellement prêt à adapter cette méthode. Vous savez qu'un pilote, il est construit, il est éduqué pour piloter sur tel type d'appareil et selon tel type de normes et pas au-delà de telle situation maximale ou minimale. Pour l'instant, notre formation ne va pas comme ça. Il faut bien le savoir.

#### **Monsieur Bernard CHIFFLET**

Je suis Bernard CHIFFLET, Vice-Président au Tribunal de Lyon et je préside la Chambre Civile chargée de la responsabilité civile.

Je voudrais compléter ce que vient de dire Madame ESCOLANO pour la rejoindre quasi-totalement sur les observations qu'elle a pu faire. Je vais vous donner des éléments statistiques : depuis cinq ans, nous avons dû débouter à peu près 70 % des demandes de mise en cause de médecins et, sur les 30% restants, retenir à peu près une dizaine de fautes tenant à une violation d'une règle des données acquises de la science. Je crois nécessaire de souligner à nouveau que le nombre d'expertises ordonnées est bien inférieur au nombre d'actions au fond, les expertises, cela a été dit, sont souvent faites pour que la personne puisse savoir ce qui est arrivé, avec parfois sous jacent le problème de l'information préalable. À ce propos, comme vous le savez, la Cour de Cassation a changé sa position sur le défaut d'information puisqu'elle en fait une règle certaine, obligatoire : il me paraît quand même normal que quelqu'un qui va se faire opérer puisse savoir ce qui peut éventuellement l'attendre et, quelquefois, il y a certaines choses qui n'ont même pas été dites, qui sont basiques et que n'importe quel autre médecin aurait pu dire et, donc, ce défaut d'information est, en soit, sanctionnable par une indemnisation, si vous voulez, qui est de l'ordre moral, qui n'est pas sanctionnable au sens où l'on va imputer au médecin l'ensemble des conséquences négatives de l'intervention qu'il a faite.

# Regards de la justice judiciaire sur l'art médical

Jean Olivier VIOUT

Procureur général

Médecins et juges, bien qu'ayant partagé, des siècles durant, les assauts persifleurs des grands bretteurs de la plume et du verbe, de Scarron à Voltaire en passant par le grand Molière, ont campé longtemps, les uns vis-à-vis des autres, dans une distance jalouse que paraissaient justifier leur statut social et la nature de leur mission.

Aux hommes du serment d'Hippocrate de soigner les maux de l'individu, aux hommes du glaive et de la balance d'imposer la prévalence de la justice du souverain, que celui-ci s'appelle roi, empereur ou République.

Longtemps, l'art médical est demeuré à l'extérieur de la sphère d'intervention du juge, tant l'aura mystique entourant son exercice et la dimension quasi surnaturelle de la guérison, le rendaient insusceptible d'être concerné par les règles du droit et de la jurisprudence judiciaire.

Pensons à ce malheureux petit juge de Domfront, modeste bourgade de l'Orne, qui en 1829, ne sachant quel sort réserver au procès que voulait faire un justiciable à son médecin pour l'avoir, à ses dires, mal soigné, osa s'ouvrir de son embarras à l'Académie de Médecine. La réponse de l'auguste institution fut cinglante : « Le médecin ne reconnait pour juge, après Dieu, que ses pairs et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de sa conscience ».

Mais l'évolution du droit et l'inexorable marche vers son universalité, tant en France qu'en Europe, allaient être les plus forts, nulle sphère de l'activité humaine ne pouvant désormais prétendre au bénéfice d'une totale immunité.

Et six années plus tard, la même Académie de Médecine ne pouvait que prendre acte de l'arrêt rendu le 18 juin 1835 par notre Cour de Cassation posant pour la première fois le principe d'une responsabilité médicale, en retenant la responsabilité d'un malheureux praticien auquelon reprochait

d'avoir effectué une saignée malhabile ayant entraîné une tumeur au bras sur un de ses clients au nom prédestiné de Guigne !

Juge et médecin entraient donc en interface par le biais de l'irruption du droit dans le rapport entre le patient et son soignant.

Ce rapport fut en un premier temps mal défini, le juge se contentant de faire application du principe général édicté, en 1804, par Napoléon I°, dans les célèbres articles 1382 et 1383 de son code civil : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer... Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence »

Mais en se penchant sur ce rapport soignant-soigné, le juge s'est rapidement convaincu de son caractère contractuel. C'était, à n'en point douter, un véritable contrat qui fondait cette relation, le médecin mettant à la disposition d'un patient sa science et son art, en contrepartie d'une rémunération à laquelle ce patient s'obligeait envers lui.

On glosa longtemps sur la qualification de ce contrat. Était-ce un contrat de mandat ?... un contrat de service, comme le qualifiait le droit allemand ?... un contrat de prestation de service intellectuel suivant la terminologie adoptée par les juristes italiens ? Notre spécificité française eut le dernier mot ; pour nous le contrat médical ne pouvait être assimilé à aucun autre ; il se devait d'être *sui generis*.

Il fallut attendre 1936 pour que la cour de Cassation dans le fameux arrêt Mercier en décrive les contours et en précise les caractéristiques, à travers cette définition devenue mémorable dont la longueur traduisait la volonté de notre cour suprême d'approcher au plus près la réalité médicale : « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade... du moins de lui apporter des soins, non pas quelconques... mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science.. ».

Définition qui n'avait d'alambiquée que l'apparence tant elle a permis l'affirmation de deux principes fondateurs : l'obligation contractée par le

médecin est une obligation de moyens et non de résultat; par voie de conséquence, le fardeau de la preuve du non respect de cette obligation, doit être supporté par le patient.

C'est sur la base de ce principe que la responsabilité médicale de nature civile, c'est-à-dire à finalité indemnitaire, a été appréhendée et continue à être appréhendée par le juge, dès lors que l'on n'entre pas dans le champ d'un des mécanismes d'indemnisation du patient victime, en dehors de toute recherche de faute médicale, mis en place par le législateur au cours des trente dernières années.

Concernant la responsabilité pénale, médecins et juges ont longtemps vécu dans une grande incompréhension. Pour les juges, le fait d'appliquer les principes généraux du droit pénal au médecin ne manifestait aucun ostracisme à son endroit. Pour les médecins, trop de décisions des juges pénaux paraissaient prendre insuffisamment en compte la spécificité et la difficulté de leur exercice professionnel, comme l'incidence de l'aléa thérapeutique.

Il est vrai que la responsabilité pénale que peut encourir le médecin n'est autre que celle déclinée par l'article du code pénal réprimant pour tout un chacun, dans sa vie professionnelle comme dans sa vie privée, le fait d'avoir été la cause directe ou indirecte de la mort ou des blessures subies par autrui, par suite de son imprudence, de sa négligence, de sa maladresse, de son inattention, ou de son inobservation d'une obligation de sécurité imposée par la loi ou le règlement.

Durant des décennies, la faute médicale a été identiquement appréciée par le juge, que l'on soit sur le terrain civil ou le terrain pénal.

On aurait pu concevoir que ne soit répréhensible pénalement que la seule faute présentant un certain degré de gravité. Il n'en a rien été, la gravité de la faute n'entrant en considération que pour l'appréciation de la nature et de la sévérité de la peine devant la sanctionner.

C'est ainsi que la faute la plus légère, la poussière de faute, la *culpa levissima* pouvait fonder une poursuite pénale. D'où l'émotion du médecin menacé d'être attrait devant le juge pénal, non pas tant par le procureur de la République qui a toujours montré une grande prudence dans le recours à l'arme répressive vis-à-vis du corps médical, mais par

son client, la loi offrant à tout individu s'estimant victime d'une infraction pénale la possibilité de mettre lui-même, en mouvement l'action publique par la saisine directe d'un juge pénal.

Il fallut attendre la loi du 10 juillet 2000 pour qu'en présence d'une faute n'ayant pas causé directement le dommage mais seulement créé ou contribué à créer la situation qui a permis sa réalisation, la responsabilité pénale de son auteur ne soit mise en cause qu'en cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité édictée par la loi ou le règlement, ou d'un manquement caractérisé ayant exposé autrui à un risque d'une particulière gravité qui ne pouvait être ignoré.

Les médecins peuvent donc être rassérénés. La courbe descendante des condamnations prononcées par nos juridictions pénales, depuis la réforme de juillet 2000, fournit l'illustration que le législateur et le juge français ont su se départir des excès de responsabilisation pénale de l'exercice de la médecine, tel qu'on les connait outre Atlantique.

Il n'en demeure pas moins que l'on peut s'interroger sur la capacité du juge, par essence non praticien de l'art médical, à décider du caractère consciencieux, attentif et conforme aux données acquises de la science, d'un soin prodigué.

Cet écueil qui apparait en toute matière où la solution d'un procès passe par la résolution d'un débat technique, pourrait nourrir les plus vives craintes si le juge se prétendait détenteur d'une omni science infuse. Le juge en est conscient et s'est convaincu depuis longtemps de ce que la résolution d'une question technique exige l'assessorat d'un homme de l'art que notre droit désigne sous le terme d'expert judiciaire ou expert de justice.

La médecine légale en est l'illustration, cette médecine qui ne dispense pas une thérapie mais s'enrôle au service de la loi pour contribuer à la manifestation de la vérité. L'histoire de la médecine lyonnaise nous l'a enseigné à travers d'emblématiques personnalités : d'Alexandre Lacassagne, autopsiant le corps du président Sadi Carnot avant d'analyser

la psychologie de son assassin, jusqu'à *Louis Roche*, fondateur d'une véritable école de médecine légale lyonnaise, en passant par le Docteur Edmond Locard, initiateur, en 1910, du premier laboratoire français de police scientifique.

Oui, l'expert s'est définitivement inscrit dans le paysage judiciaire français et singulièrement le médecin expert, quelle que soit sa discipline. Il s'y est inscrit avec la spécificité de son statut qui n'est point celui de ses confrères des pays de common law. Dans ces pays, l'expert est assimilé à un témoin, témoin parmi d'autres, cité par une des parties à l'appui de la thèse ou de la prétention qu'elle soutient.

Le droit français promeut une toute autre philosophie de l'expert et du rôle qu'il lui assigne : l'expert est acteur à part entière dans la procédure, concourant aux côtés du juge et non des parties, à la manifestation de la vérité. Professionnel, mandaté en cette qualité pour l'exécution d'une mission strictement cantonnée et définie par le juge, l'expert est bien un collaborateur occasionnel du service public de la justice, co-acteur de l'instance civile ou pénale, soumis pour ce faire à une discipline d'essence déontologique au premier rang de laquelle figurent le devoir d'impartialité ainsi que le respect du contradictoire et de la stricte égalité entre les parties.

Nul besoin de dépeindre plus en avant les caractéristiques de son statut qui le place en dehors du rapport contractuel soignant-soigné. Car la démarche du médecin expert n'a pas une finalité thérapeutique (même si l'expertise peut indirectement constituer les prémices d'une thérapie). Son unique finalité qui explique l'absence d'un lien contractuel avec l'individu soumis à son expertise, est la réponse au questionnement que lui a adressé le juge, dans le cadre d'une collaboration ponctuelle à l'administration de la justice.

Mais voilà que l'évolution de notre justice pénale tout entière tournée vers la prévention de l'infraction et la lutte contre le risque de récidive a placé le médecin au cœur de nombreux dispositifs post sentenciels.

Aux côtés de l'intervention classique du médecin se situant en amont de la décision judiciaire, dans le cadre de l'expertise, voici encore un médecin

appelé à intervenir postérieurement à cette décision, soit pour garantir la mise en œuvre d'une mesure de nature thérapeutique assortissant la condamnation prononcée, soit pour apporter son savoir à l'occasion du franchissement par le condamné de telle ou telle étape du parcours d'exécution de sa peine privative de liberté.

Ce nouveau champ d'intervention s'est manifesté notamment à l'occasion de l'institution, en 1998, du suivi socio-judiciaire, mesure destinée à assurer un encadrement post carcéral de certains condamnés, encadrement que le juge peut assortir d'une injonction de soins, dès lors qu'un expert a conclu à l'opportunité ou, pour le moins, la faisabilité d'un traitement.

Délicate va être la mission conférée au médecin en charge d'assurer le soin et qui évidemment ne pourra être le médecin ayant expertisé le sujet. Car ce soin ne sera pas ordinaire puisqu'objet d'une injonction judiciaire dont le non respect par le condamné sera passible d'une peine de 2 ou 5 ans, suivant la nature correctionnelle ou criminelle de la peine principale qu'il a eu à purger.

Qui dit soin dit rapport médecin-malade exigeant entre le praticien et son patient ce rapport individuel, ce « colloque singulier et intime » que garantit et facilite l'obligation au secret auquel le médecin est astreint.

Comment donc le juge de l'application des peines peut-il s'assurer de l'effectivité du soin auquel a été enjoint un condamné, sous peine de sanction pénale, sans franchir le rempart du secret qui fonde le rapport de confiance et de confidentialité unissant soignant et soigné ?

La réponse à pareille question a conduit le législateur à introduire dans le paysage judiciaire un nouveau personnage en blouse blanche : le médecin coordonnateur choisi par le juge de l'application des peines sur une liste de praticiens ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République.

Cette création d'un médecin coordonnateur illustre bien le positionnement délicat de la médecine dans ses rapports avec le judiciaire, dès lors que le médecin traitant n'est plus expert apportant son concours à l'œuvre de Justice par l'éclairage de sa science mais thérapeute d'un individu lui dispensant un soin dont la nature et la qualité ne saurait en

différer au motif qu'il serait imposé par un juge.

Le médecin coordonnateur joue donc un rôle d'interface avec le juge de l'application des peines. Astreint à un secret médical partagé avec le médecin traitant, il doit distinguer la part d'information qu'il peut livrer à la Justice, en sa qualité de praticien chargé de rendre compte de l'effectivité de la mise en œuvre d'un soin imposé, et celles qui touchent au diagnostic, à la nature du traitement et à ses résultats qui ne sauraient échapper à la sphère de l'acte médical ne pouvant être divulgué.

Rôle ingrat, délicat, malaisé qui conduit certains à s'interroger sur l'opportunité de maintenir l'institution d'un médecin coordonnateur.

Mais supprimer celle-ci conduirait, à n'en pas douter, à réduire le suivi socio-judiciaire avec injonction de soin à une mesure en trompe-l'œil qui verrait un juge imposer à un condamné une prise en charge thérapeutique dont il ne pourrait même pas contrôler la mise en œuvre, par suite de l'ignorance dans laquelle le cantonnerait une conception régressive de la finalité du secret médical.

Médecins et juges copartagent ainsi la lourde responsabilité de la prise en charge de certains condamnés dont les addictions ou le profil psychiatrique ou psychologique imposent, pour prévenir la récidive, l'intervention d'un thérapeute.

Cette responsabilité dont les psychiatres supportent le poids principal connait son point d'orgue dans le verdict attendu d'eux en matière de dangerosité.

Longue serait l'énumération des dispositions du code de procédure pénale imposant le recours à une expertise psychiatrique préalablement à une décision d'aménagement de peine. Il est alors demandé à l'expert psychiatre de statuer sur la dangerosité de l'homme ou de la femme susceptible d'être remis dans le circuit social avant le terme légal de son incarcération.

Et que dire de la véritable révolution culturelle générée par la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté qui va confier la responsabilité à trois magistrats d'une Cour d'appel de décider de la prolongation de la privation de sa liberté à un individu ayant intégralement exécuté sa peine.

Il ne pourra s'agir certes que d'un individu condamné à 15 années de réclusion criminelle au moins, pour une des atteintes les plus graves aux personnes, énumérées par la loi et vis-à-vis duquel le recours éventuel à la rétention de sûreté aura été autorisé par la Cour d'assises.

Néanmoins, appel sera fait à la justice pour décider si cet individu qui ne sera plus son ressortissant puisqu'il aura intégralement payé sa dette judiciaire, devra ou non continuer à être interdit de retour au sein de la collectivité. Alors ce juge qui se verra soudainement confier une mission de prophylaxie sociale assoiera son difficile verdict de relégation au vu de l'avis de deux experts appelés à opiner sur la dangerosité du sujet.

Responsabilité redoutable conférée à ces deux praticiens, car peut-on imaginer que des juges auront l'audace de se refuser à partager leur avis, soit pour maintenir la privation de liberté d'un individu dont ces psychiatres estimeront la dangerosité non présentement avérée ou, pire encore, autoriser l'élargissement d'un homme ou d'une femme dont la persistance de la dangerosité vis-à-vis d'autrui sera affirmée par ces hommes de l'art.

C'est dire combien en matière d'appréciation de la dangerosité - même si la dangerosité criminologique ne se confond pas avec la dangerosité psychiatrique - la responsabilité assumée par les experts est éminemment lourde.

Nous sommes conscients, nous juges, du degré d'exigence auquel le médecin expert, notamment psychiatre, doit faire face. Parce que nous n'ignorons pas la relativité de l'appréciation portant sur la psychologie d'un individu et l'inévitable degré d'incertitude qui accompagne tout pronostic sur le risque d'un nouveau passage à l'acte.

Alors que les conditions d'exercice de l'activité expertale pénale et sa bien chiche rémunération, expliquent l'inquiétante crise des vocations dont souffre l'expertise psychiatrique et médico psychologique dans notre pays, voici que l'attente de nos concitoyens vis-à-vis des « jaugeurs de dangerosité » se radicalise, au vu notamment de crimes atroces d'enfants, au point d'ériger en faute insupportable la sous-évaluation du risque de récidive.

Tout en sachant combien cette sous-évaluation demeurera hélas toujours possible, l'imprévisibilité des comportements humains ne pouvant être éradiquée, nous nous devons, par l'instauration d'un dialogue médecinsjuges, plus étroit et plus confiant que jamais, faire conjointement progresser nos réflexions non corporatistes sur la notion de secret partagé. Cette réflexion sur le secret professionnel exigera sans doute une appréhension actualisée de sa finalité et des intérêts supérieurs qu'il doit servir, dans l'accomplissement des missions différentes mais de plus en plus souvent complémentaires qui nous sont dévolues par le corps social. C'est la grandeur des détenteurs de l'art médical qui surajoutent à leur exercice professionnel quotidien l'accomplissement de missions expertales au service de la justice, que d'être les fers de lance de cette réflexion qu'imposent les temps présents.

Il est sain qu'il y ait interrogation voire circonspection sur l'interaction de la justice et de la médecine. Une telle interrogation que l'on ne pose pas en régime totalitaire est un signe de bonne santé démocratique.

Que juges et médecins dialoguent et échangent sans concession, pour lever les dernières préventions en se rappelant mutuellement ce sur quoi ils ne peuvent transiger mais aussi ce sur quoi, sans récupération ni connivence, ils peuvent œuvrer de pair. Qu'ils considèrent surtout que leurs missions respectives, loin d'être antinomiques, sont toutes deux au service de l'Homme.

# **Docteur Jean François SCHUHL**

Je crois que les applaudissements nourris s'expliquent par l'importance des propos que nous venons d'entendre qui montrent à quel point, sur tous les domaines, car ils couvrent tous les domaines qui lient la médecine et les professions juridiques, à quel point nos destins, qui se séparent probablement dès le départ sur les bancs de la Faculté, sont en train, finalement, de retrouver des voies tout à fait parallèles. Je pense que tout ceci suscite énormément de débats.

#### Monsieur Le Professeur HUREAU

Je voudrais tout d'abord remercier Monsieur le Procureur Général du remarquable exposé panoramique qu'il vient de nous brosser depuis l'époque où l'Académie de Médecine s'insurgeait contre la mise en cause de la responsabilité des médecins, époque où la médecine ne guérissait que les malades qui voulaient bien guérir d'eux-mêmes. Il a terminé sur un point d'une extrême actualité, l'affaire de la malheureuse petite Agnès. Il a ainsi évoqué le problème de la dangerosité criminologique, un problème qui nous a alertés au niveau du Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice et notre Président, Dominique LENCOU, a adressé le 22 et le 23 novembre un courrier au Garde des Sceaux, Monsieur le Ministre de la Justice, concernant ce problème. Dans la deuxième lettre, il est fait état du problème de la compétence des experts qui sont missionnés dans ce genre d'affaire. On peut être un excellent psychiatre, savoir juger de la dangerosité psychiatrique comme vous l'avez très bien dit, Monsieur le Procureur Général, mais la dangerosité criminologique, c'est tout à fait autre chose. Est-ce que c'est possible ? L'Académie de Médecine a voté un rapport tout récent, qui a été adressé d'ailleurs au Garde des Sceaux, sur la compétence scientifique et

technique de l'expert et la qualité de l'expertise. Cela a été un premier point. Le deuxième point que nous avons soulevé, c'est qu'il faudrait absolument que, conjointement, le Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice et l'Académie de Médecine provoquent avec, nous le souhaitons, le concours du Ministère de la Justice et du Garde des Sceaux, un colloque sur le problème de la dangerosité criminologique. Il n'y a absolument aucun critère actuel qui soit donné aux psychiatres qui sont missionnés dans ce genre de mission extrêmement délicate. Merci de m'avoir entendu.

#### **Monsieur VIOUT**

Monsieur le Professeur, je vous rejoins tout à fait et votre souci rejoint le nôtre au niveau des magistrats. Il a été constaté qu'il convient d'introduire à l'École Nationale de la Magistrature un véritable enseignement de la criminologie, aujourd'hui ponctuellement évoquée à l'occasion de l'examen d'autres matières. Nous avons, comme on dit dans l'entreprise, une marge de progression, les uns et les autres, avant d'embrasser cette notion qui est loin d'être évidence, au contraire plutôt complexe et je suis assez effaré de voir les exigences que posent certains. dans l'opinion publique notamment, sur le verdict que l'on doit apporter, sur les avis que l'on doit émettre en matière de dangerosité. Ce n'est pas aussi simple que certains journalistes l'écrivent en guelques lignes. C'est extrêmement complexe et surtout que la dangerosité est évolutive. Le verdict, l'examen, les conclusions posées à un moment donné doivent être réactualisés régulièrement si l'on veut approcher la réalité au plus près. C'est un vaste chantier qui est devant nous. Je vous rejoins tout à fait.

# **Docteur DEVALLET**

J'ai trouvé très intéressant votre conclusion, Monsieur, parce qu'elle me semble aborder le débat de fond. Vous avez conclu sur l'Homme et le devoir que nous avions. Peut-être avez-vous oublié le citoyen ?

Mais il est bien difficile de rester au faîte de l'évolution des données acquises de la science et des règles de l'art tout comme de l'évolution du Droit et celle de la jurisprudence. De plus, n'y-a-t-il pas une certaine incohérence dans notre système actuel à vouloir faire appliquer dans une relation individuelle des règles collectives ?

#### Monsieur Jean Olivier VIOUT

Un mot. Que l'expert se rassure. On n'attend pas de lui qu'il étudie l'évolution du droit car on l'interroge sur la technique. La question, elle est technique, elle n'est pas juridique. On vous demande, à vous, en techniciens, de nous dire si le comportement reproché à tel médecin est ou non conforme au comportement, je l'ai dit, normalement prudent diligent et avisé d'un même médecin placé dans les mêmes circonstances, possédant les mêmes moyens, celà, c'est le principe général. C'est important et il faut bien distinguer encore une fois justice civile, justice pénale. Je crois qu'aujourd'hui personne ne peut soutenir qu'en France il y a une progression des poursuites pénales contre les médecins. Regardez le nombre de médecins condamnés, j'ai affirmé, et je ne crains pas d'être contredit, que depuis 2000, cela ne cesse de diminuer. Et puis, sur votre première intervention, restons attachés à la seule référence à l'homme. Pour moi, dans une société démocratique, il n'y a pas de différence entre l'homme et le citoyen. Il n'y a pas l'homme privé et l'homme qui serait la 1/70 000ème partie de je ne sais quel état décharné. La grandeur d'un état démocratique, c'est que derrière le citoyen, il y a toujours l'homme et que nous, magistrats, nous ne devons pas considérer le justiciable comme un usager du service public de la justice mais comme un homme. On peut considérer, dans certaines administrations où il y a fourniture de moyens matériels, le client comme un usager du service public. Vous et nous, nous touchons à l'homme. Nous, on touche à sa réputation, à sa liberté. Vous, vous touchez à son intégrité physique et à sa santé. C'est ca la grandeur de nos métiers, c'est cela qui nous réunit. C'est pour que cela que, volontairement, sous le mot «Homme», j'englobe tout cela parce que, moi, le mot «Homme», il est véritablement supérieur à celui de la

notion de citoyen même si je suis, bien évidemment, un serviteur de l'État fier de l'être.

### **Docteur Jean François SCHUHL**

C'est vrai. Je crois que nous sommes ici tous à peu près convaincus de cela mais ce que le corps médical vit, je crois savoir que vous le vivez aussi, ce n'est pas tout à fait la même chose. C'est-à-dire que nous sommes maintenant confrontés à des obligations, pour des raisons administratives, de certification, d'accréditation, et là, tous les jours, on nous rappelle que nous avons des usagers devant nous et c'est cela qui est en train de se modifier.

#### **Docteur COUBA**

Je suis neurochirurgien à Montpellier. Tout d'abord, merci pour cet exposé dont l'enthousiasme rejoint celui de ma pratique quotidienne : je trouve en effet assez pessimistes les constatations qui, depuis ce matin, confondent la gestion du risque, l'amélioration du résultat et la réalisation de ce risque avec ses conséquences.

Je voulais aussi m'élever violemment contre les propos de mon collègue obstétricien qui ont été applaudis, qui tendaient à opposer le secteur privé au secteur public comme si l'un ou l'autre avait le monopole de l'humanisme en médecine. Je crois qu'il faut bien se garder de cette démarche et essayer d'améliorer les ponts qui les unissent.

#### **Docteur Danièle MONESTIER CARLUS**

Voilà, moi, j'ai beaucoup apprécié ce que vient de dire Monsieur VIOUT et, en particulier, ce point important de son intervention qui concerne le secret partagé : nous vivons une époque où, finalement, le secret n'est nulle part, sur la toile, sur internet, et tout le monde étale ses états d'âme, son intimité, sa vie publique et privée. Bien sûr, on ne peut pas tout livrer en pâture à tout le monde mais je crois que dans les affaires évoquées, il y

a un problème de secret qui, peut-être, pourrait être rediscuté, ce secret partagé pourrait l'être par plus de personnes qu'il ne l'est actuellement. Je ne sais pas ce qu'en pense Monsieur VIOUT...

#### Monsieur Jean Olivier VIOUT

Vaste question comme de règle générale. Inévitablement, lorsque des intérêts supérieurs mettent en cause la finalité du secret, ces intérêts supérieurs doivent être pris en considération. Je vais vous donner un exemple législatif. Pendant des années, au titre du secret, on ne révélait pas aux juges les maltraitances dont étaient victimes des mineurs de 15 ans. Secret professionnel. Grosse difficulté, gros débat avec le corps médical. J'ai participé à des congrès où certains, presque sous la huée de certains de leurs confrères, disaient, moi, je n'ai pas d'état d'âme. Je révèle. «Mais comment, tu oses révéler, c'est le secret». Il a fallu attendre une loi, vous le savez, qui, aujourd'hui, a réglé définitivement le problème parce que, vous l'avez bien compris, on est devant la question Pourquoi le secret? Le secret, ce n'est pas un apanage. Ce n'est pas je ne sais quel attribut professionnel qui ferait que l'on est détenteur du secret. Le secret, il est destiné à protéger le patient. Alors, que le patient décide de livrer sur la toile son intimité, c'est son problème. Le problème, c'est la confiance. J'ai parlé du colloque singulier et intime qui fonde la relation entre le médecin et son patient. Il arrive un moment où l'intérêt supérieur du patient, et qui rejoint éventuellement et même certainement l'intérêt de victimes potentielles, c'est que le médecin doit se dire, est-ce que là. devant ce cas-là, je dois me taire? Est-ce que dans ce cas-là, dans cette hypothèse-là, et je ne parle pas du médecin pour la dernière affaire mais je pense à un autre praticien qui excipe aujourd'hui son secret professionnel, est-ce que, dans cette affaire-là, je ne dois pas révéler au directeur d'un internat mixte qu'il accepte un mineur qui présente une problématique telle qu'on le met en danger lui-même de récidiver mais surtout en danger d'éventuelles victimes ? C'est ça la grande difficulté. Pourquoi le secret ? A partir de quand peut-on le franchir ? Et si je n'ai pas donné de réponse, et si j'ai appelé à un approfondissement de la réflexion,

non pas avec n'importe quel membre du corps médical mais avec vous. experts, qui vivez cette relation avec la justice, avec ce service de l'intérêt général que vous évoquiez tout à l'heure, c'est parce que l'on est devant une réelle difficulté, mais campé sur le grand principe, il y a le secret. circulez, il n'y a rien à voir, moi, je l'ai vécu dans ma carrière avec une assistante sociale qui, au titre du secret, a préféré ne rien dire sur les violences subies par une petite fille de 12 mois que je suis allé relever un jour, j'étais Procureur, dans son lit parce qu'elle continuait à être frappée jusqu'au jour où on l'a retrouvée décédée. Et l'assistante sociale, ce jourlà, elle était moins fière sur sa notion de secret et je lui ai tenu à peu près ce discours. Donc, c'est un sujet très grave mais c'est un sujet, croyez-le bien, que nous ne pourrons pas éluder, sinon, la Loi, vous l'avez très bien dit Monsieur le Professeur, viendra régler la question. Accompagnons les évolutions législatives. Ne nous plaignons pas que le législateur légifère sans suffisamment nous consulter si nous ne prenons pas les initiatives, si nous ne posons pas publiquement ces problématiques fondamentales en apportant d'une voix consensuelle où, je vous l'ai dit, nous ne renions rien de nos fondamentaux, des propositions de solutions. Humblement, nous n'avons pas la science infuse encore une fois, mais nous devons faire progresser la réflexion collective sur ce sujet majeur.

#### **Docteur Jean François SCHUHL**

Il y avait la semaine dernière, sur ce thème-là, un colloque qui a occupé toute la journée la Faculté de Droit de Rouen, mélangeant les juristes et les médecins, et on sent se dessiner malgré tout cette notion de secret partagé. Certes, là, le caractère absolu ne disparait pas mais il y a une question de conscience et j'ai répondu, je suis heureux de vous avoir entendu, j'avais répondu la semaine dernière que je n'avais pas d'état d'âme. Quand on a vu une fois, les orthopédistes connaissent aussi un petit peu ces syndromes d'enfants battus, quand on a vu de temps en temps ce genre de choses dans sa vie, on a quand même un petit peu moins d'états d'âme après, tout en respectant, bien entendu, un certain nombre de choses. Il y a un devoir de discrétion, il y a beaucoup

d'éléments qui sont importants mais, de ce colloque-là se dessinait tout à fait cette tendance.

Si je peux me permettre de poser une question qui me perturbe beaucoup. On voit bien l'évolution de la jurisprudence sur la formation. On ne s'éloigne pas tellement des règles de l'art car quelqu'un a parlé tout à l'heure d'art sous forme de, comment dirais-je, du moyen d'exercer sa profession. La formation, c'est aussi le moyen d'exercer sa profession et cette évolution de jurisprudence me fait très peur parce qu'on peut tout à fait comprendre que l'information doive être donnée et la plupart des médecins aujourd'hui la donnent quel que soit le moyen qu'ils utilisent. Il y a dans la salle des gens dont je sais qu'ils ont fait les travaux qui sont connus sur l'intégration de cette information et moi, c'est ca qui me perturbe. Vous expliquez à un patient très calmement, en prenant le temps, en prenant un crayon, en lui donnant des papiers, en discutant, en lui montrant des modèles. Vous lui expliquez ce que l'on va faire, vous lui expliquez ce qui va se passer, vous lui expliquez quels sont les risques. Il peut s'inquiéter petit à petit. Vous lui expliquez quels sont les risques exceptionnels et puis, on s'accorde sur une thérapeutique chirurgicale, donc on va prendre une date opératoire ou décider de se revoir pour prendre une date opératoire et puis, on se salue et la personne vous dit, finalement Docteur, si je comprends bien, je ne risque rien. Et c'est ça, moi, qui me perturbe, c'est ça qui me perturbe, c'est cette notion de compréhension de l'information au regard, non pas au regard de nos obligations, au regard de la jurisprudence qui est en train d'apparaître, notamment de la Cour Suprême.

# Monsieur le Bâtonnier Adrien-Charles DANA, Lyon.

Tout à l'heure, vous avez dit que les juristes n'intervenaient pas à notre place et, cet après-midi, on va intervenir sur ce point précis notamment, l'obligation d'information. Il y a le Président CHIFFLET qui vous a dit que, effectivement, il y a des condamnations au civil. Franchement, ce n'est

pas ce qu'il y a de plus palpitant dans le domaine de la responsabilité bien qu'il ne s'agisse pas d'expertise. Les pénalistes savent qu'il y a ce que l'on appelle des infractions formelles. Il faut faire, on fait, c'est bon, on ne fait pas, ce n'est pas bon. C'est comme le Code de la Route. Ce n'est pas une grande inquiétude l'information, ce d'autant que, tout à l'heure, on a parlé d'aviation. Il se trouve que je pratique un tout petit peu le pilotage. Dans ce domaine, la check list est concevable. Elle pourrait même être indiscutable et parfaitement respectée et respectable. Donc, ce n'est pas le grand souci. Le grand souci, c'est peut-être quand il y a des infractions à un résultat et qu'il faut savoir quelle est la passerelle. Vous avez parlé de lien de causalité. Sans le citer, Monsieur le Procureur Général VIOUT a défloré le sujet. Monsieur le Professeur CHICHE a expurgé la responsabilité civile. On trouvera matière à discussion cet après-midi mais le devoir d'information, c'est ce qu'il y a peut-être de plus facile à gérer et c'est gérable mais plus tellement dangereux. Ce n'est pas la conviction du client, c'est l'information du client. Vous savez que les avocats qui ne disent pas à leurs clients qu'il y a une ordonnance de référé et que la possibilité d'appel est envisageable mais dans un délai de 15 jours et non pas d'un mois, engagent leur responsabilité civile, même s'il n'y a pas de chance de gagner: dites-lui qu'il doit faire appel et pas seulement qu'il puisse faire appel mais qu'il a à le faire dans les 15 jours. Ce qui fait que l'on introduit ca dans les ordinateurs. Ce sont des comportements formels gérables, je pense.

## **Docteur Christian DUMONTIER, Paris.**

Tu as parlé, Jean-François, de difficultés d'intégration de l'information. C'est à l'expert de savoir quoi retenir de ce que dit le patient. Le Juge a besoin d'une information. Comme toi tu sais, comme nous savons que l'information ne peut pas être transmise comme le voudrait la Loi et qu'elle ne peut pas être comprise pour des tas de raisons, la question qui est posée à propos du défaut d'information, c'est «est-ce qu'il y a eu une tentative d'information?». Après, que le patient ait pu la comprendre,

qu'elle ait été complète, bien évidemment, ce n'est pas possible. C'est notre responsabilité d'expert de savoir pondérer tout cela.

### **Docteur Jean François SCHUHL**

Nous sommes tout à fait d'accord mais je voulais un petit peu mettre un pavé dans la marre quand même. Je vois apparaître une autre question.

#### **Docteur BOZIOT**

Je suis médecin conseil de compagnie d'assurances.

Je voudrais soulever le problème du caractère secret de la procédure pénale lorsqu'un praticien est mis en cause. J'ai eu à connaître dans le cadre de mes fonctions, des praticiens qui ont été appelés devant la gendarmerie pour répondre de faits sur lesquels ils étaient mis en cause; ils n'ont ensuite plus de nouvelles et puis, un beau jour, ils se trouvent mis en examen et apprennent alors qu'il y a eu une expertise médicale où leur pratique a été considérée comme fautive, raison pour laquelle il sont mis en examen. Je voulais simplement faire remarquer que dans ce cadre-là, celui de la mise en cause d'un praticien et non pas une affaire qui touche au grand banditisme que cette procédure-là n'est pas du tout adaptée. Je voudrais avoir l'avis de Monsieur le Procureur Général ou des magistrats qui sont présents ici sur cet aspect très douloureux, un non lieu après deux ans de procédure ne répare pas le mal qui a été fait...

# Monsieur le Bâtonnier Adrien Charles DANA

Vous parlez de mise en examen avec une expertise dont vous ignoriez l'existence. Ça, ce n'est rien parce qu'il y a eu l'instruction. Vous pouvez en parler après. Mais quand il n'y a même pas d'instruction et qu'il y a citation directe sur une enquête préalable dans laquelle on n'a même pas eu à intervenir parce qu'il n'y a pas eu de garde à vue, alors là, on découvre le dossier à la dernière minute.

Ce qui manque c'est le contradictoire. Contradictoire, en latin, c'est contradicere, dire le contraire. Ce n'est pas être informé, à un certain moment, c'est dire le contraire et, pour dire le contraire, il faut savoir ce que l'on nous reproche. Vous lisez l'article préliminaire du Code de Procédure Pénale, cela suffit, c'est une armature. Il faut que l'on sache de quoi il s'agit! Alors, il y a eu après Outreau la loi CLÉMENT de mars 2007. dont Monsieur VIOUT a été l'un des inspirateurs, qui a introduit un tout petit peu de contradictoire, pas assez à notre goût, mais enfin, maintenant, on est informé de l'expertise, on sait qui est l'expert, vous pouvez modifier la mission de l'expert en la complétant, vous pouvez même faire adjoindre à l'expert judiciaire un expert de votre côté. C'est énorme mais... on ne participe pas systématiquement à l'expertise et, pourquoi je dis ça? Parce que Monsieur VIOUT et Madame ESCOLANO vous avez soutenu tout à l'heure qu'il faut juger quelqu'un dans les circonstances qui étaient les siennes au moment du fait. Et pour ça, il faut qu'il soit en face de vous. Donc, voilà pourquoi Monsieur le Procureur Général, Madame l'Avocat Général, un tout petit peu de contradictoire, c'est très bon pour la démocratie que vous avez évoquée, la démocratie judiciaire à laquelle nous tenons.

### **Monsieur Jean Olivier VIOUT**

Bien. Maître DANA, il faut quand même toujours se dire d'où l'on vient et où l'on va.

Pendant de nombreuses années, je parle sous le contrôle de notre ami CHIFFLET, le juge d'instruction n'avait pas le choix, c'était ou le témoin, ou l'inculpé comme on disait à l'époque et il n'y avait pas de situation intermédiaire qui permettait à quelqu'un qui était mis en cause sans pour autant être inculpé, on dit aujourd'hui mis en examen, d'avoir accès au dossier et on a institué la belle invention qui s'appelle le témoin assisté. Le témoin assisté, c'est quelqu'un qui est mis en cause potentiellement, qui n'est pas encore mis en examen (le juge d'instruction estime qu'il n'y a pas encore d'éléments suffisants pour fonder une mise en examen) mais qui, néanmoins, peut entrer dans le dossier, peut avoir un avocat et peut

avoir accès au dossier. Progrès considérable. Second progrès qui, pour moi, est considérable, suite en effet à l'affaire d'Outreau et vous savez bien que nos propositions, cher Maître DANA, résulte de nombreux débats publics que nous avions eus à l'époque. C'est qu'en effet, aujourd'hui, un juge d'instruction ne peut pas décider de rédiger une commission rogatoire aux fins d'expertise et désigner un expert sans communiquer cela aux parties et les parties, vous venez de le dire excellemment, peuvent demander l'adjonction d'un nouvel expert, peuvent demander de poser des questions supplémentaires, de préciser les questions. C'est tout à fait considérable et puis, il y a le déroulement de l'expertise. Moi, je suis tout à fait pour le rapport provisoire qui permet aux parties de faire valoir leurs observations et à l'expert de compléter ses éléments. On est donc dans un progrès considérable.

Dans le cadre du dossier de responsabilité médicale que vous évoquiez et qui avait fait l'objet d'une ouverture d'information, je suis étonné qu'il y ait eu une expertise sans que vous n'ayez été amené à fournir la moindre explication. L'expert n'a pas trouvé intérêt, n'a pas eu la curiosité intellectuelle de vous convoquer pour vous poser quelques questions. Je ne suis pas expert mais je suis persuadé qu'une grande partie d'entre vous, commis dans le cadre d'une responsabilité médicale, aurait quand même vaguement le souci de savoir quel est le positionnement du médecin. Je ne veux pas juger mais, personnellement, je me serais quand même enquis de savoir quelles sont les explications à fournir par le médecin. Voilà ce que je peux répondre. Moi, je ne peux que déplorer ce que vous avez vécu. Ce n'est pas dans ma vision de l'expertise qui, en effet, doit être contradictoire.

# L'expert et le doute scientifique

Pr Jacques HUREAU
Membre de l'Académie de Médecine

« Il faut toujours choisir le point de vue le plus élevé, c'est le moins encombré » Charles de Gaulle

Le blanc et le noir sont absolus, n'en déplaise à nos peintres contemporains les plus cotés. Les nuances qu'ils y voient ne sont que les deux extrêmes de la gamme des gris. C'est dire si elle étendue.

Le gris scientifique de l'art médical est parfois le pire ennemi de l'expert. Pourtant sa démarche doit conduire du doute scientifique à la vérité judiciaire pour un procès équitable.

# Quelle est la place de l'expert dans une instance judiciaire?

L'expert est en situation formalisée de « rencontre entre une conjoncture problématique et un savoir spécialisé » [1-2]. Les experts de justice ont une légitimité de type scientifique indissociable d'une légitimité judiciaire puisqu'ils sont investis par une autorité juridictionnelle. Leurs conclusions n'engagent pas le magistrat. Pourtant il peut s'instaurer un rapport de contrainte réciproque. Le juge a besoin de l'expert dont il peut être complètement captif. Est-ce à dire que le pouvoir n'est peut-être pas là où est l'autorité formelle ? C'est un risque.

Les experts sont des techniciens, « ce ne sont point des juges mais des hommes [ou des femmes] destinés à fournir des renseignements aux juges » comme le soulignait Jacques BERRIAT-SAINT-PRIX dès 1811 [3].

L'expert est un témoin. Il est « les yeux et les oreilles du magistrat » a écrit Jürgen HABERMAS [4].

Le rapport d'expert est un jugement normatif sur les faits. Récit constitutif et explicatif du réel, « l'acte d'expertise est avant tout un jugement » dit Jean-Yves TREPOS [5] ; j'ajouterai factuel.

L'expert est à la fois en dehors de la décision, en dehors du droit et en dehors de l'organisation judiciaire, alors même que le développement des connaissances et des techniques obligent de plus en plus le juge à faire appel à lui [6].

## L'expert doit être à la recherche de la vérité scientifique

« J'ai vu tous les travaux qui se font sous le soleil ; et voici, tout est vanité et poursuite du vent », ainsi s'exprime le Prédicateur (L'Ecclésiaste – chapitre 1 – verset 14).

Moins pessimiste est l'aphorisme d'Aristote : «L'ignorant affirme, le savant doute, le sage réfléchit ». Au risque de me répéter, j'aime cette citation.

L'expert doit se comporter en savant et non en croyant, selon l'opposition formulée par Platon et reprise par Kant [7]. On **sait** ce qui a été établi et validé. Ce que l'on **croit** n'est qu'une opinion, si respectable soit-elle.

Le scientifique cherche la vérité. « La recherche scientifique opère un tri entre les bonnes hypothèses, qui survivent à l'épreuve des faits, et les mauvaises hypothèses, qui ne correspondent pas à la réalité, et qui sont rejetées. C'est ainsi que la science avance », nous rappelle Anne FAGOT-LARGEAULT.

Cette science, même prouvée à un moment donné, doit rester humble devant les faits. Elle peut à tout moment être remise en question. N'a-t-on pas vu, tout récemment, les *neutrinos* déstabiliser les bases de la physique moderne pour quelques 60 nanosecondes.

L'expert, qui doit souscrire à « l'éthique de la connaissance » selon l'expression de Jacques MONOD, doit accepter de tester ses conclusions à l'aune des faits et de les soumettre à la critique, je dirais la contradiction des parties. Le respect du principe de la contradiction est une garantie majeure de la qualité scientifique de l'expertise, véritable « critique interne » à laquelle l'expert doit se soumettre, selon l'expression de Pierre SARGOS.

Il lui faut pour cela envisager et exposer toutes les hypothèses, quitte, arguments à l'appui, à énoncer clairement celle qui a sa préférence. Il faut éviter au juge de s'engager dans le débat épistémologique mais lui laisser une marge d'appréciation sur les arguments de preuve.

L'expert compétent n'aura aucun mal à respecter ce principe. Ce n'est que par l'autorité que lui confère sa compétence qu'il peut provoquer, canaliser et diriger une discussion scientifique ou technique qui, s'il la domine, fera surgir la vérité des faits dans l'affaire en cause.

De la vérité scientifique au doute expertal, le rôle de l'expert est primordial.

C'est la démarche honnête vers la vérité expertale, c'est-à-dire la vérité scientifique appliquée aux faits en cause.

*«La recherche de la vérité doit commencer par le doute»* dit René DESCARTES.

Et Claude BERNARD écrit : «Si un médecin se figurait que ses raisonnements ont la valeur de ceux d'un mathématicien, il serait dans la plus grande erreur et serait conduit aux conséquences les plus fausses». Mais il ajoute : «Il doit douter mais ne point être sceptique». Il se réfère au doute méthodique de Descartes.

André VACHERON a bien traité du doute en médecine [8]. Il écrit : «Les données acquises de la science sont déterminantes. Elles font autorité en cas de contentieux jugé par des hommes de loi, éclairés par des médecins experts... Cependant, dit-il, la médecine fondée sur des preuves n'est pas à l'abri de dérives...» dont les causes sont multiples, à commencer par l'objectivité des résultats publiés, ce sur quoi insiste également Anne Fagot-Largeault [7-9].

L'expert compétent, expérimenté et de bon sens, saura soumettre cet outil de décision à une critique raisonnée.

ALAIN (Émile Chartier) y insistait déjà: «On réfléchit mal dans une prison de preuves. Une preuve des sciences exactes reste comme un corps mort devant moi. Je la sais bonne, mais elle ne me le prouve pas.».

La pratique de la médecine nous a appris à personnaliser les données de la science pour les appliquer au mieux aux caractéristiques physiologiques, psychologiques et spirituelles d'un individu. C'est le rôle de l'expert médecin de se servir de son expérience de praticien pour passer de la vérité scientifique à une vérité expertale singularisée sur les faits spécifiques qui lui sont exposés.

L'expert doit savoir que le juge va s'approprier les connaissances médicales qu'il expose dans son rapport.

Garant de la vérité scientifique et technique, l'expert exprime la vérité expertale appliquée à la cause et à partir de laquelle le juge doit prononcer la vérité judiciaire [10-11-12].

Le juge est à la fois éclairé et embarrassé par cette interpénétration du savoir et du pouvoir. Il ne peut ignorer la vérité scientifique. Certes, il n'est pas lié à cette vérité mais peut-il dépasser l'incertitude médicale pour prononcer, d'après son intime conviction, une vérité judiciaire? Les connaissances scientifiques ne seront recherchées

qu'autant que nécessaire pour juger en toute sécurité, ce qui peut se traduire par deux formules : découvrir la vérité pour dire le droit et dire le droit pour affirmer une vérité. Ce n'est pas un simple jeu des mots :

### - découvrir la vérité pour dire le droit

L'intégration de la vérité expertale dans la rhétorique judiciaire est un processus nécessaire dès lors qu'il faut connaître pour juger. Toutefois la fusion des conclusions expertales et judiciaires dans la formulation de la solution trahit souvent une confusion des domaines de compétences respectifs de l'expert et du magistrat. Le juge exploite les données médicales comme si lui-même les maîtrisait.

Pour autant, la jurisprudence fait une utilisation pragmatique de la vérité médicale qui ne se voit pas reconnaître par la Cour de cassation une autorité singulière sur le seul fondement de sa nature. Le juge qui n'est pas lié par la vérité scientifique ne doit l'intégrer dans son raisonnement que lorsqu'elle participe à la construction de la solution qui sera tenue pour vérité judiciaire.

### - dire le droit pour affirmer la vérité

Le droit fait « l'aveu hautain de l'irréalité de son univers : la chose jugée n'est pas la vraie vérité ; elle est reçue par le bon peuple pour tenir lieu de vérité » [13]. Ainsi s'exprime Jean CARBONNIER. La vérité judiciaire aurait un coefficient élevé de relativité alors que les preuves scientifiques se présenteraient sous l'apparence d'un haut degré de fiabilité.

Quelle est alors la garantie d'une interprétation pertinente de la vérité scientifique dans la rhétorique judiciaire ?

C'est la pertinence du contenu de l'expertise. Grâce au débat contradictoire, la « critique interne » affecte la vérité scientifique d'une relativité qui confère au juge une marge d'appréciation lui permettant de justifier qu'il retienne ou écarte tel ou tel argument de preuve malgré le doute soulevé par l'expert ou par la discussion des parties. Le juge

s'attache moins au contenu de la connaissance qu'à son efficacité sur la motivation de sa décision. Il ne peut dépasser l'incertitude.

Science et incertitude sont indissociables [14] mais la mission du juge n'est pas de dire le vrai mais de dire le juste à partir du vrai dans le respect de l'équité, conformément à l'article 6-1 de la Contention Européenne des Droits de l'Homme.

Puisqu'à des degrés variables, le juge s'approprie les connaissances médicales énoncées par l'expert, il importe que la compétence de l'expert et la qualité de son expertise soient irréprochables.

Ma conclusion sera, une fois de plus, empruntée à François RABELAIS, notre illustre confrère dans la lettre des recommandations de Gargantua à Pantagruel à l'orée de sa vie estudiantine à Paris (Pantagruel – chapitre VIII) :

« Mais parce que selon le saige Salomon, Sapience n'entre pas en ame malivole, et science sans conscience n'est que ruine de l'âme... ».

Aux confins de cet exposé sur l'incertitude scientifique qui peut ébranler les certitudes judiciaires, l'expert soit savoir dire : « Je ne sais pas », non parce qu'il ignore ce qu'il devrait savoir, mais seulement parce que la connaissance scientifique elle-même n'existe pas encore.

#### **Bibliographie**

- [1] DUMOULIN L. Quelques problèmes sociologiques autour de l'expertise et de l'expertise judiciaire Droit et Justice, 2010, 35, 8-9
- [2] Centre de Recherches et d'Etudes Sociologiques Appliquées de la Loire (CRESAL) « Situation d'expertise et socialisation des savoirs » Table ronde, Saint Etienne, 14-15 mars 1985
- [3] BERRIAT-SAINT-PRIX J. Cours de procédure civile à la faculté de droit de Grenoble Grenoble Impr. J. Allier, 1811 ( $2^{\text{ème}}$  éd.), p.274

- [4] HABERMAS J. La technique et la science comme idéologie Gallimard, 1973, 211p
- [5] TREPOS J .Y. La sociologie de l'expertise PUF Paris, coll. « Que saisje ? », 1996, p.50
- [6] DUMOULIN L. L'expert dans la justice De la genèse d'une figure à ses usages Economica édit. coll. « Etudes politiques », 2007
- [7] FAGOT-LARGEAULT A. L'honnêteté scientifique Dialogues d'Athènes Session 5 : science and ethics, 26 octobre 2010
- [8] VACHERON A. Doute en médecine Rentrée de l'Institut de France, 2010
- [9] FAGOT-LARGEAULT A. Doute et recherche scientifique Rentrée de l'Institut de France 2010
- [10] DALBIGNAT-DEHARO G. Vérité scientifique et vérité judiciaire en droit privé LGDJ EJA édit. Paris 2004
- [11] HUREAU J., de FONTBRESSIN P. La responsabilité de l'expert de justice Revue Lamy Droit civil 2009, 66, 57-62
- [12] Compétence scientifique et technique de l'expert et qualité de l'expertise en responsabilité médicale Rapport à l'Académie Nationale de Médecine, 4 octobre 2011 HUREAU J et CHOUARD C.H. rapporteurs.
- [13] CARBONNIER J. Droit civil. Introduction, PUF, 27<sup>ème</sup> éd. 2002
- [14] HUREAU J. La preuve scientifique appliquée à l'expertise en médecine *in* L'expertise en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel Elsevier-Masson édit. Paris 2010, 3<sup>ème</sup> éd. p. 175

# Le point de vue de l'avocat et du pénaliste

Adrien Charles DANA
Ancien bâtonnier
Lyon

Après ce qui a été dit ce matin et après ce qui vient d'être dit là par le Professeur HUREAU, notamment sur le caractère contradictoire, je vois mal ce que je vais pouvoir ajouter, encore que...

J'avais donné comme sous-titre à mon intervention « les médecins jugés par les médecins » parce que, au fond, c'est de cela dont il s'agit.

Tout à l'heure, on a entendu des avertissements lancés aux juristes, aux avocats, aux magistrats et que seul le Parquet mérite réellement.

Après tout, cela se passe en famille tout cela. Ce sont des médecins experts qui vont juger des comportements de leurs confrères médecins et la question est, quelle appréciation, je ne parle pas de jugement porté, pour savoir si ce qui a été fait, l'a été conformément aux règles de l'art.

On ne va pas revenir sur la définition des règles de l'art, surtout quand on m'assigne de parler de la responsabilité pénale mais l'expert, on vous l'a dit, c'est un rouage. C'est quand on est aveugle et sourd, et presque paralysé, presque les intouchables, le film, que l'on a besoin d'un expert. Le juge a besoin d'un expert, l'intéressé a besoin d'un expert, l'avocat a besoin de son propre expert, à côté de l'expert du juge parce qu'il faut comprendre ce qui s'est passé.

Alors, ce matin, on a commencé par une définition architecturale, oui, bien sûr, mon cabinet fait de la construction comme certains cabinets à Lyon et partout. On a des DTU, c'est-à-dire des dispositions techniques unifiées. Est-ce que vous avez respecté le DTU qui change tout le temps ? Quelqu'un a évoqué l'aviation, je suis pilote du dimanche, la check list. Il ne faut surtout pas négliger tel ou tel passage de la check list parce que s'il y a un problème, on se dit, tiens, j'ai fait l'impasse. Alors, le problème c'est, on sait quelles sont les règles de l'art pour un pilote, c'est la check-list de l'avion et on n'est pas nécessairement qualifié sur un seul avion mais, d'avion en avion, on a la qualification de type avec une check-list adéquate.

Vous avez parlé de la chirurgie de la main, vous avez parlé de l'obstétrique, vous avez parlé de plusieurs activités médicales. Je suppose que chacun, dans son activité, doit avoir ses modes de travail, sa technique de travail, sa check list. Le tout, c'est de trouver un dénominateur commun.

Vous avez parlé de modestie, vous avez parlé d'évolution. Monsieur le Professeur, vous avez parlé de doute même. Hier, je reçois une revue Droit et Justice, le titre, « la science, le droit, le doute » et cela commence par cette formule, vous avez dit, on ne fait pas de travail scientifique mais qui fait le travail scientifique ? Qui est sûr de faire du travail scientifique ? Sauf ceux qui ont foi en Dieu, mais Dieu, on ne l'a jamais touché, on y croit. Très bien. Mais, à la fin du XIXème siècle, je lis, Lord RALEIGH, l'un des plus grands physiciens de son temps, affirmait avec une orgueilleuse candeur « la physique est finie, on a tout compris, la mécanique, la thermodynamique, l'optique, l'électromagnétisme; bien sûr, il y a ce petit phénomène, l'effet photo-électrique que l'on ne comprend pas mais c'est très marginal ». Ce marginal-là, de ce marginal devait surgir la révolution quantique. C'est-à-dire Einstein, va te coucher. C'est vous dire que, même dans ce domaine, on n'est sûr de rien.

Le Président du Tribunal de Grande Instance qui s'est installé il n'y a pas très longtemps, il a dit « il n'y a pas de Justice, c'est pour cela que l'on a besoin du juge ». On ne juge pas entre le vrai et le faux, entre l'absolu et le réel. On juge entre le pire et le moins mauvais. Vous avez parlé de couleurs tout à l'heure. On ne peut pas peindre du noir sur du noir et du blanc sur du blanc. On a besoin de son contraire pour se révéler et on est dans la relativité.

Alors, d'un point de vue juridique, c'est quoi la mission de l'expert, surtout en matière pénale ? C'est paradoxal quand même parce que, sur le plan civil, vous avez Monsieur le Président CHIFFLET, il y a Jacques VITAL DURAND qui est le phare du Barreau en la matière, il pourrait vous en parler pendant des heures. Mais, en droit civil, il y a une formule, c'est l'article 1382 que l'on vous a cité:, si vous causez un tort à autrui, eh bien, vous devez le réparer et après, on fait avec. Mais, en matière pénale, la chose est différente parce que l'on a parlé de normes. On a dit c'est normatif, pas normatif, qualitatif, quantitatif. C'est normatif mais ce n'est pas obligatoire. Pour un juriste, une norme qui n'est pas obligatoire, c'est un couteau sans lame auguel il manque le manche. On tient le vide. Cela ne veut rien dire pour un juriste, une norme qui ne soit pas obligatoire. N'est-ce pas Madame le Substitut Général ? Une norme, elle est faite pour être respectée. Le tout, c'est de la connaître. C'est RIVAROL qui disait, «C'est toujours facile de faire son devoir, encore faut-il pouvoir le déterminer.»

Donc, la norme pénale, moi j'ai un article qui me guide. Il me dit « il y a également délit lorsque la loi le prévoit en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi et le règlement ». S'il est établi, Messieurs les

Experts, vous intervenez, parce que si le juge n'a pas les éléments qui établissent ce qui va suivre dans son dossier, il va faire appel à qui ? Nous, on aimerait mieux qu'il fasse appel à nous, avocats, surtout quand il s'agit d'un avocat de la défense mais il fait appel à un expert s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte-tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions, de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il dispose. Avant cet article qui date de 1996, on vivait depuis 1810, Code Napoléon, sur imprudence, négligence, maladresse, inobservation du règlement et les juges faisaient avec. Maintenant, on a quelque chose de très précis. Il faut savoir si, dans les circonstances précises, au moment où le médecin a agi pour ce qui nous concerne, a fait, a eu un comportement, a eu les diligences normales.

On aborde l'expertise et son caractère contradictoire. Ce matin, il y avait Monsieur VIOUT. Monsieur VIOUT, vous savez, c'est un deuxième phare mais de l'autre côté de la Saône. Non mais c'est vrai, il était Procureur Général, on s'entendait parfaitement bien sur les principes généraux parce que, voyez-vous, quand on parle de démocratie, on parle d'un édifice commun donc, s'il n'y a pas de bons avocats, il n'y a pas de bon juge et s'il n'y a pas de grand principe, il n'y a ni bon avocat, ni bon juge et le principe essentiel, c'est le contradictoire. Quand vous voulez punir votre gamin, avant de lui donner la claque, vous lui dites pourquoi sinon, c'est de l'injustice et c'est de l'autoritarisme. Ce n'est pas de la justice.

Donc, sur le plan pénal, voilà, c'est très simple. C'est vous, experts, qui allez nous dire ce qu'il en est, en vertu de quoi, en vertu d'un certain nombre de règles et cette appréciation, ce n'est pas peu dire. Vous savez, on parle latin, on dit le bonus pater familias, c'est-à-dire le bon père de famille et quelle est la caractéristique fondamentale qui justifie sa raison d'être, le bon père de famille, c'est qu'il ne fait rien. Il ne commet pas de

méchanceté, il ne commet pas d'infraction, il respecte le Code de la Route. C'est-à-dire que c'est un type avec qui il ne faut surtout pas vivre, lassant. D'ailleurs, on n'a pas de problème avec çà, il n'existe pas. C'est l'être parfait. Vous respectez le Code de la Route, vous allez vous endormir au volant, vous n'arriverez pas à destination mais vous ne commettrez pas d'infraction. C'est ça les règles de l'art de la circulation, respecter le Code de la Route jusqu'à vous dire qu'il faut que vous soyez maître de votre véhicule. Ça veut dire que si vous vous grattez le nez, vous n'êtes plus maître de votre véhicule parce que vous n'avez pas les deux mains sur le volant. En médecine, on n'a pas ça donc votre rôle est un rôle d'appréciation, de modestie c'est vrai et surtout, surtout, se positionner au moment des faits. Qu'auriez-vous fait, avec les moyens dont disposait le médecin au moment des faits, à sa place ?

Le contradictoire a la vertu, d'abord, de savoir ce qu'il en est exactement sur le plan concret. C'est-à-dire poser des questions à l'intéressé, dans quel contexte il est, quelles étaient ses compétences, les diligences normales qu'il a accomplies, quelle était sa mission, quelle était la nature de sa mission, quels étaient les moyens dont il disposait et avec, bien sûr, son ange gardien, c'est-à-dire l'avocat. Oui, oui, si vous allez sans avocat, tant pis pour vous mais le fait est que, pouvoir apporter la contradiction en fonction, cela respecte un principe fondamental et cela permet de porter cette appréciation concrète au cas précis parce que, en matière de responsabilité pénale, c'est du cas par cas.

Alors, on vous a cité un arrêt de condamnation qui semble être très grave. Pas vraiment, parce que j'ai des arrêts qui écartent la responsabilité et je me pose la question, dans Le Monde du 4 novembre, je lisais le cas du Professeur Alain CRIBIER, les cardiologues doivent le connaître ici. Il paraît qu'il avait trouvé il y a quinze ans une technique opératoire de l'aorte,

une méthode non chirurgicale du traitement du rétrécissement aortique et il a eu récemment l'équivalent du Prix Nobel de médecine de je ne sais plus quelle institution. Il a dit pendant quinze ans j'ai souffert. Tout le monde me disait que j'étais un charlatan avec cette technique qui ne marchait pas. Maintenant, elle est reconnue. Je parle sous votre contrôle et du Monde du 4 novembre. Si pendant cette période où ce n'était pas une technique scientifique avérée, si on l'avait appliquée avec un accident mortel, qu'est-ce qu'on aurait? Et a postériori? On le condamne parce que ce n'est pas une technique avérée. Il fait appel, c'est reconnu. Il était un criminel avant, il devient un scientifique après. C'est vous donner la relativité un peu de la chose.

Donc, sur le plan de la responsabilité pénale, sur le plan des compétences, la compétence de l'expert, soyez neutres, soyez humbles et soyez précis. Et si vous avez un doute, exprimez-le. On a des affaires, pas nécessairement pénales; où l'expert dit «je n'arrive pas à savoir pourquoi». Un incident, il n'y a pas très longtemps, une bâche a pris feu dans un garage. On n'arrive pas à savoir pourquoi. L'expert dit, je ne sais pas. Le «je ne sais pas», ce n'est pas de l'ignorance, c'est délimiter sa compétence, ce qui est la meilleure des formes de compétence. Dire je ne sais pas, c'est savoir que là s'arrête ma compétence et puis il faut se dire une chose et j'en aurai fini, ça c'est un philosophe qui était de l'époque de BERGSON, on le connaît très peu, c'est Albert THIBAUDET. Il a une formule qu'il faut inscrire vraiment au début de chacune de vos expertises « c'est quand les choses sont arrivées que l'on voit combien elles étaient faciles à prévoir; après coup, on est toujours plus intelligent». Je vous remercie.

# Le point de vue du magistrat au civil

Bernard CHIFFLET Vice président du TGI de LYON

Au fil du temps, ce matin, je me suis demandé si on n'avait pas basculé de la notion des règles de l'art à celle de la responsabilité civile du médecin, ce qui ne me paraît pas complètement différent mais il me semble quand même que les règles de l'art peuvent parfaitement être appréciées dans le seul domaine que traitera Monsieur CHABANOL tout à l'heure qui est les règles de l'art applicables par l'expert lui-même, au-delà des règles applicables par un médecin à qui l'on reprocherait éventuellement une faute.

J'ajoute en préambule que je revendique tout à fait le droit de me tromper, parfois même d'être obligé de me tromper, je vais expliquer pourquoi, et que, par rapport à la définition du juge qui était donnée tout à l'heure, le juge est libre, je dirais que le juge est libre mais qu'il est aussi très contraint. Ce n'est pas si facile que cela de décider en motivant une décision, on s'aperçoit quelquefois de la difficulté et de la contrainte qui s'impose à nous pour établir ou pas la faute d'un médecin. Je dirais que, bien évidemment, nous intervenons, nous, dans la responsabilité civile et, Monsieur VIOUT l'a dit ce matin, nous sommes juges, complètement ignorants, par définition, de tout sauf du droit et il ne nous faut pas confondre l'application du droit et la connaissance de la règle médicale, de même que je reproche à certains intervenants de ce matin d'avoir peut-être compris leur mission comme comportant une partie juridique qui n'est pas leur mission. La mission du médecin expert n'est pas du tout

d'apprécier le droit. C'est d'appliquer, d'apprécier la technicité des faits qui lui sont soumis et de dire s'il y a eu tel ou tel élément, étant encore précisé que l'expert médical n'intervient pas que dans les procès tendant à la responsabilité médicale d'un médecin.

Alors, le juge est ignorant du fait technique ou médical et l'expert est là tout simplement pour lui indiquer, pour révéler quelle est la nature de ce fait. Et on peut se demander comment apprécier, à ce moment-là, le geste technique du médecin, quels critères on doit choisir pour contrôler la qualité de ce geste compte-tenu de l'importance de l'évolution technique de la médecine et puis surtout des particularités anatomiques. Il n'est pas rare d'avoir des dossiers dans lesquels on s'aperçoit que c'est le particularisme anatomique d'une personne soignée par un médecin qui a fait que l'on a obtenu tel ou tel résultat négatif ou positif. Les règles de l'art subsistent alors dans cette approche que l'on fait comme le bon critère. La Médecine n'est pas le seul domaine où ce critère apparaît, on l'a dit ce matin, Monsieur KOEB l'a expliqué. Nous avons également ce critère des règles de l'art qui apparaît dans d'autres domaines beaucoup plus précis, j'entends par là beaucoup moins évolutifs et incertains que la médecine. C'est par exemple en matière architecturale. On s'aperçoit d'ailleurs que, dans ce domaine-là, les règles de l'art ne sont pas reliées à la notion de connaissance des données acquises de la science mais elles sont reliées à d'autres phénomènes beaucoup plus précis qui sont « que prévoyait le contrat de construction » et « quels sont les éléments techniques connus, les données techniques connues qui sont applicables à l'expertise que doit faire cet expert en matière architecturale » par exemple? On s'aperçoit alors que, dans le domaine médical, la présence d'un corps humain qui est variable, qui est évolutif, qui est anatomique, spécifiquement à chacun d'entre nous, eh bien, est de nature à changer complètement la donnée. Pour être très simple, lorsqu'un architecte va apprécier deux maisons, effectivement, on a les règles de l'art du

constructeur mais d'abord, on va chercher quel est le contrat, est-ce qu'il fallait bien la même maison que celle-là? Est-ce que le fait d'avoir mis un étage de plus, c'est quelque chose qui était prévisible. C'est quelque chose qui est relativement simple. Ce sont des données techniques scientifiques connues qui ne posent pas du tout les mêmes problèmes qu'en matière de médecine où le corps humain est une matière très vivante et très différente de l'un à l'autre et donc, par définition, susceptible d'apporter des réponses complètement différentes de l'un à l'autre et le juge que l'on est, le juge que je suis est parfaitement conscient de cela. Il sait parfaitement qu'une expertise sur un cas ne sera peut-être pas, ne donnera peut-être le même résultat de sanction civile que pour un autre cas. Je dirais qu'il faut, dans l'expertise technique, scientifique, médicale, bien prendre en compte cette donnée particulière du corps humain qui est une matière évolutive.

On a tout à fait conscience aussi, nous, en tant que juges, que .. vous êtes obligés de progresser dans la médecine, eh bien pour ce faire, vous êtes de temps en temps amenés à transgresser certaines règles. J'avais noté dans mon petit rapport que je vais vous faire que l'amélioration de la santé devait se faire grâce à une transgression permanente de l'acquis transformant l'incertitude en certitude. Je pense qu'il vaut mieux peut-être enlever le permanent parce que sinon, on risque d'avoir des confusions et je pense qu'il faut tout simplement mettre à une transgression de l'acquis transformant l'incertitude en certitude.

Alors, dans quel domaine le juge va t'il être amené à apprécier ?.Il faut savoir aussi, ce qui est quelquefois ignoré, que le juge est parfois obligé d'aller dans une direction parce qu'il est contraint par les demandes des parties, ce qui veut dire que si on assimile justice, jugement et vérité, on se trompe complètement. Je dis pour la matière civile, je ne connais pas spécialement la matière administrative mais en matière civile, il faut

savoir que le juge ne peut pas aller au-delà des demandes et des prétentions qui sont faites par les parties. Imaginons une victime qui soit victime de deux médecins, qui n'en poursuive qu'un. Eh bien, nous déciderons sur ce médecin et éventuellement, ce médecin sera condamné à réparer 100 % du préjudice alors qu'ils étaient pourtant deux. Pourquoi? Parce que c'est la règle dans ce cas, et c'est là ce que je disais tout à l'heure qu'il ne faut pas que les experts s'immiscent ou passent dans le domaine juridique parce que c'est une autre notion. ...On trouve des expertises dans lesquelles on dit, la faute est à 50 % pour l'un et la faute est à 50 % pour l'autre, quand on a deux médecins qui sont impliqués... Et puis, dans d'autres expertises à peu près sur les mêmes matières, on va trouver les experts qui vont dire que le préjudice est de 50 % pour l'un, applicable en relation causale à l'un, et 50 % en relation causale à l'autre. Il faut savoir que, de dire ces choses-là alors que, apparemment, cela paraît être quelque chose d'assez comparable, cela n'a strictement rien à voir pour le juge puisque nous appliquons une règle, nous, qui est très commune dans le droit, qui n'est pas particulière à la responsabilité civile, c'est ce que l'on appelle l'obligation in solidum. L'obligation in solidum, c'est quoi ? Certes un préjudice existe, deux personnes ont participé à ce préjudice, à la création de ce préjudice et ce préjudice est indivisible, c'est-à-dire que l'on ne peut pas faire la part des choses entre ce qui est dû à l'un et ce qui est dû à l'autre. On peut parfaitement, dans des procès que nous avons, voir la faute médicale qui a pu entraîner un préjudice, suivie d'une infection nosocomiale. Bon, eh bien, on est capable de faire la différence, pas toujours, mais on est capable de le faire. Alors, lorsque l'on ne peut pas faire la séparation des préjudices, on ne partage pas 50/50. On condamne les deux médecins in solidum au paiement de 100 %. Ce qui fait que la victime peut ensuite, être indemnisée parce que le principe est ... que la victime n'a pas à supporter l'éventuelle dualité de faute qui peut entraîner un préjudice à son égard. C'est aux éventuels auteurs de ces fautes de supporter cette dualité et la victime va demander 100 % à l'un et ensuite le problème sera réglé entre les deux médecins. Mais il faut savoir que nous avons des affaires judiciaires dans lesquelles nous sommes dans ce cas-là et nous n'avons pas de demande, on appelle ça la contribution entre les fautifs, pas de demande de contribution entre les deux fautifs. Si nous avions cette demande, nous répondrions tel médecin, c'est 70 %, tel autre médecin, ce sera 20 % et, à défaut de ces demandes, le partage se fait comment ? 50/50. Donc, vous voyez que, par des techniques juridiques qui ont été créées de tout temps, qui ne sont pas récentes, on en arrive à des notions de répartition de faute qui sont peut-être complètement différentes de la vérité que vous, vous pouvez connaître au travers de votre expertise. C'est pour ça que je revendique le droit tout à fait de rendre un jugement qui ne soit pas la vérité.

Le domaine de la notion des données acquises, dans quel domaine peut on le trouver? Il s'agit pour nous, si vous voulez, dans un premier temps, je dirais que c'est une recherche du meilleur critère de l'art médical. Le droit a recherché plusieurs critères pour essayer de déterminer comment on pouvait apprécier l'art médical. On a parlé de l'arrêt de 1936, l'arrêt MERCIER, j'y passe très vite, c'est la première mention des données acquises de la science. Un débat a eu ensuite lieu pour savoir si on devait instituer plutôt les données actuelles de la science. Ce débat a été dépassé également pour revenir aux données acquises et je vous indique simplement que l'article L 1110-5 du Code de la Santé Publique propose une notion qui est assez proche: c'est une nouvelle notion qui vient d'ailleurs aussi un peu perturber éventuellement notre analyse, même si, de fait, l'analyse que l'on va faire des éléments du dossier nous rapproche totalement des données acquises de la science; on appréciera cet article qui vise le fait que le médecin doit donner les soins garantissant la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Je ne vais pas m'étendre sur ces termes qui sont assez proches des données acquises. C'est simplement pour vous faire comprendre que ce n'est pas figé. Il n'est pas impossible que, dans quelques années, on nous dise autre chose sur le critère qui servira pour déterminer quel est le bon respect ou pas de l'art médical.

On a parlé également ce matin de l'article 32 du Code de Déontologie qui fait état des données acquises de la science; donc il semble bien qu'actuellement, ce soit ce critère des données acquises de la science qui prédomine. Quelle est son application en droit? En matière pénale, je passe, parce que Monsieur le Bâtonnier DANA a fait très complètement le tour de la question. Il faut savoir, comme je le disais, que, quand on fait de la responsabilité civile comme je le fais, on n'a pas que le domaine médical et on a donc la nécessité d'analyser les conditions juridiques dans lesquelles quelqu'un est intervenu. Les juristes ont pour habitude de dire que, dans ce domaine-là, nous avons les contrats qui dominent la matière et notamment le fait que nous sommes en présence d'obligation de résultat ou d'obligation de moyens. Il est très clair, en matière médicalede tout temps la jurisprudence l'a admis- que la seule obligation du médecin était de donner des soins consciencieux, je simplifie, l'appellation des règles de l'art, et, en conséquence, c'est bien la notion d'obligation de moyens qui chapeaute cette responsabilité et non pas celle de l'obligation de résultat. Un domaine toutefois dans lequel on peut se poser la question qui est le domaine de la chirurgie esthétique. C'est un domaine où nous sommes assez mal à l'aise lorsque l'on juge ces affaires-là, parce que c'est un domaine où il n'y a pas de nécessité médicale, je mets entre parenthèses, je n'exclus pas bien évidemment la douleur psychologique de quelqu'un qui ne se sent pas bien dans sa peau. Je veux dire, il n'y a pas d'aspect médical corporel véritablement urgent et on s'est demandé assez souvent si on ne devait pas qualifier l'intervention des chirurgiens en matière esthétique comme plutôt une obligation de résultat; ce n'est pas non plus ce qu'a choisi la Cour de Cassation puisque, là encore, c'est l'obligation de moyens qui a été choisie mais appréciée plus sévèrement, c'est-à-dire qu' on exige quand même que l'intervention n'aggrave pas la situation qui avait été confiée initialement, avant l'intervention.

Quel est l'intérêt pour le juge d'avoir ce critère des règles de l'art? D'abord, c'est de permettre de fixer, dans son esprit, la séparation qu'il peut y avoir entre l'absence de faute, la faute et puis, éventuellement. l'aléa thérapeutique qui est d'ailleurs souvent à la lisière de ces élémentslà. Ensuite, l'expertise révélant plusieurs fautes permet au juge d'apprécier la hiérarchie entre les fautes, voire leur neutralisation parce qu'il n'est pas dit qu'une faute commise par un médecin suivie d'une autre faute par un médecin entraîne la responsabilité du premier si, par exemple, cette première faute n'a entraîné aucun préjudice. C'est là, la différence de la déontologie où l'on n'a pas besoin de préjudice. En matière civile, on a besoin d'un préjudice. L'intérêt pour le juge, également, c'est de voir que de temps en temps, c'est plutôt un intérêt négatif d'ailleurs, les expertises sont souvent discutées lorsque deux spécialités de médecin s'opposent. On voit très souvent des expertises entre chirurgien et anesthésiste. Et là, on a l'impression, vu du côté du juge, que les anesthésistes sont les malheureux de l'affaire parce que c'est souvent sur eux que retombe, en définitive, la faute, à croire qu'ils ont une compétence de science médicale plus grande ou plus transversale que pourraient l'avoir les chirurgiens. Je dois dire d'ailleurs que, dans une affaire, nous avons renversé complètement ce qui avait été décidé par deux experts qui avaient retenu la faute à 90 % de l'anesthésiste et celle à 10 % du chirurgien pour retourner complètement, au terme d'un jugement qui sera d'ailleurs sans doute frappé d'appel, où on condamne cette fois-ci l'anesthésiste à seulement 10 % et le médecin chirurgien à 90 %. Il se trouve, et c'est intéressant parce que c'est un petit peu le sujet.

on n'était pas tellement dans les règles de l'art. On était plutôt dans le mode de fonctionnement de tous les jours et, notamment, quand on est le 31 décembre, entre deux services, lorsqu'il y a une urgence qui intervient; on s'est aperçu que la rigueur reprochée aux anesthésistes par les experts, eh bien, n'était peut être pas fait avec la même rigueur contre le chirurgien qui était arrivé 10 minutes après que les ¾ d'heure pour intervenir sur un accouchement avec latérocidence se soient écoulés alors que le médecin anesthésiste était là et présent au moment où il le fallait. Donc, on a renversé. Ce n'est pas sur les règles de l'art qu'on l'a fait, c'est sur le fonctionnement des services que l'on est intervenu. Il peut y avoir, quelquefois, comme ça, des confusions chez les experts entre ces notions de règle de l'art et ces notions d'intérêt de service. Je dois dire que, sur ce point-là, nous sommes tout à fait capables, nous, sans avoir à la limite d'expertise, cependant il y a des domaines dans lesquels il faut que l'on sache quel est celui qui prend la décision d'opérer ou de ne pas opérer; c'est un petit peu là-dessus que l'on compte en confiant une expertise recherchant cette éventuelle faute.

L'intervention de la notion de règle de l'art est également moindre dans de nombreuses expertises qui ne sont pas décidées pour rechercher la faute du médecin. C'est le cas des expertises toutes banales de préjudice où ce sont plutôt, à ce moment-là, les règles de l'art connues par l'expert qui sont importantes. Dans de nombreux autres cas, il n'est pas besoin de rechercher les règles de l'art. Ce sont des cas, tout simplement, d'application logique et de bon sens. Je vous l'ai dit tout à l'heure. C'est l'intervention à la jambe gauche lorsque c'est la jambe droite qui est concernée puis, comme on ne veut pas rater l'opération, on fait quand même la jambe gauche et la jambe droite. C'est l'oubli de compresse, d'outil. Ce sont des atteintes à une autre partie que celle soignée lors d'une intervention alors qu'il n'y avait pas de situation dangereuse. C'est le médecin qui casse une dent lorsqu'il intube. Est-ce qu'il ne pouvait pas

le faire un peu mieux ? Tout cela, ce ne sont pas des notions qui relèvent des règles de l'art. Ce sont des notions qui relèvent tout simplement du bon sens et de règles tout à fait logiques et simples. Une utilisation différente, et je passe encore très vite parce que j'aurai beaucoup de choses à dire, mais j'y tiens à celle-là, c'est l'information donnée au patient. Il faut savoir que c'est une question et c'est une prétention, c'està-dire que c'est une demande faite par beaucoup de justiciables. Nous n'avons pas été normalement informés. L'article L 111-2 du Code de la Santé Publique prévoit que le patient a droit à l'information complète. Le même Code de Santé Publique, qui a été créé par Monsieur KOUCHNER, quand même médecin, qu'est-ce qu'il dit aussi? Ce même code dit également que toute personne, tout patient a parfaitement le droit de refuser une intervention. C'est un droit qui lui est reconnu. Et on s'aperçoit qu'en réalité, l'information donnée au patient doit être faite et n'est pas fatalement complètement faite et que, et là je viens plutôt au secours des médecins, le code prévoit qu'elle doit avoir lieu, cette information, au cours d'un entretien. Qui dit entretien dit donc discussion orale et on s'aperçoit en réalité que c'est par des écrits que les médecins vont pouvoir apporter la preuve que l'information a été faite et c'est un petit peu contraire à cette notion d'entretien oral, mais c'est, dans le cadre de la défense des médecins, que nous sommes obligés de recueillir ces éléments-là. Je précise d'ailleurs que cette information, je le vois de temps en temps dans les expertises et je m'oppose, moi, à ce genre d'expertise où il est demandé de savoir si l'information a bien été donnée au patient. Je pense que c'est une très mauvaise chose que de confier aux experts cette mission. La mission qui doit être confiée à l'expert, ce n'est pas " dites-moi si l'information a été donnée ", c'est " dites-moi si l'information dont il est fait état est exactement celle qui aurait dû être donnée " parce que le fait de donner une information, c'est un acte juridique qui se prouve par tous les moyens mais pas par une expertise.

En revanche, le contenu de ce qui a dû être donné comme information au regard de la spécificité de l'intervention, ... cela relève de l'expertise.

Alors, simplement j'en terminerai pour dire que l'évolution du droit va peut-être améliorer les choses puisque vous avez sans doute connu, vous avez entendu parler de l'article 56 de la loi HSPT qui est parue en août 2011. Cette loi va avoir un grand retentissement puisqu'elle va créer une sorte de recours à un fonds d'indemnisation pour indemniser les victimes de faute médicale, des responsables des médecins libéraux. Pourquoi i'en fais état? D'abord, il faut savoir que cette loi, cette partie de texte, l'article 56 a été retoqué par le Conseil Constitutionnel pour des raisons de pure technique parlementaire et que, immanquablement, ce texte va repasser, un jour ou l'autre, on aura cette donnée. Il se trouve que c'est important parce que c'est de nature à ne plus mettre devant les juridictions civiles, face à face, le médecin et le patient. Nous serons donc peut-être dans un face à face, mais entre l'ONIAM ou le fonds de garantie et les médecins mais nous n'aurons plus ce face à face médecin - patient qui est quand même perturbé par beaucoup d'exigences de la part des patients et, parfois, par beaucoup d'insuffisance de certains médecins.

# Le point de vue du magistrat « administratif »

Daniel CHABANOL
Conseiller d'État (LYON)

Je représente un petit peu ici une juridiction un petit peu atypique parce que, par rapport à tous les débats que j'ai entendus jusqu'à présent, nous, nous ne voyons jamais le médecin. Devant nous, la collectivité de soins, c'est-à-dire l'Hôpital public est poursuivi par la victime d'un acte médical ou d'un acte de soin en général, qui n'est pas forcément médical, mais le défenseur n'est jamais une personne individuelle, une personne physique, c'est une institution de telle sorte que les débats devant nous sont beaucoup plus dépassionnés parce que, quoi que l'on juge, on ne va pas jouer avec le sort d'un médecin et on peut espérer que de ce point de vue, le déroulement du procès, et notamment l'expertise, pourront se dérouler dans un climat plus serein que cela ne peut être le cas soit devant le juge pénal, soit devant le juge civil qui, lui, doit dire si le Docteur X a ou non commis un acte de nature à engager sa responsabilité quand il ne dit pas s'il y a eu délit.

Alors, cela étant, on a tous un peu les mêmes outils. Nous nous rapprochons tout à fait du juge civil mais, je le dis tout de suite, civil et non pénal et j'y reviendrai. Les règles de l'art, donc, sont présentes dans nos débats et, ai-je mal compris le sujet, en tous cas, j'ai estimé que les règles de l'art constituaient un double encadrement de l'expertise devant le juge administratif parce que les règles de l'art s'imposent à l'expert en tant que participant à une opération juridictionnelle et puis, les règles de l'art constituent un instrument lui permettant de porter un jugement ou

de donner une opinion sur quelque chose qui s'est passé et qui est mis en cause.

Alors, je crois que, parce que, de ce point de vue, j'ai peut-être une originalité par rapport à tous les experts qui sont ici, tous les médecins qui sont ici. Sur le plan procédural, l'expertise devant le juge administratif répond à un certain nombre de règles de l'art qui ne sont pas codifiées forcément mais qui s'imposent avec grande force à l'expert et je profite que j'ai devant moi des experts pour me permettre de leur rappeler ces règles et l'importance que, pour nous, elles revêtent.

Certaines de ces règles sont inscrites dans le Code de Justice Administrative mais très peu, sinon, parfois même, en passant. Plusieurs d'entre elles, j'allais dire les plus importantes, ne sont pas formellement écrites et c'est pour ça qu'elles méritent le qualificatif de règles de l'art. C'est parce qu'elles n'ont pas été formalisées, que ce n'est pas une norme écrite, tamponnée par le Gouvernement en décret au journal officiel. Les obligations créées par ces règles découlent souvent de l'évidence et parfois du bon sens mais aussi d'une certaine conception de la Justice.

Le code impose le contradictoire mais de façon presque involontaire puisqu'il prévoit que les parties sont averties des opérations d'expertise. C'est le seul moment où le code implique que ces opérations sont contradictoires. En réalité, le principe du contradictoire est beaucoup plus fort que ce détour de procédure, la lettre recommandée pour prévenir les parties et, d'ailleurs, ce principe est de nature législative voire supra-législative et il n'est pas seulement réglementaire comme l'est le Code de Procédure. Problème pour l'expert médecin. Quid du contradictoire pour l'examen d'une partie ? Alors, la réponse est maintenant donnée sans hésitation. Seul un médecin peut assister aux opérations d'expertise médicale lorsqu'il y a lieu d'examiner le malade mais pas n'importe quel médecin. Encore faut-il que la partie concernée par cet examen consente

à la présence de ce médecin. Autrement dit, si le médecin expert doit, évidemment, être présent pour examiner le malade, un autre médecin, mandaté par exemple par une compagnie d'assurances ou par le défendeur, ne pourra assister à ces opérations-là que si le malade y consent. Et c'est une question assez récurrente. Naturellement, aucun avocat, que le Bâtonnier me pardonne, n'a le droit d'assister à cette partie de l'expertise mais en même temps, le contradictoire arrive derrière en ombre portée, ce n'est pas pour autant que ces opérations doivent se dérouler dans le secret de toutes les parties. Donc, l'expert, son examen terminé, la partie intime de cet examen terminée, a l'obligation de révéler aux parties et à leurs représentants, y compris les avocats, les conclusions de l'examen auguel il s'est livré, le conduisent. Alors, il y a là, un problème certain de secret médical parce qu'à l'occasion de cet examen, l'expert peut constater des choses qui sortent du champ du litige et ces choses sont couvertes par le secret médical et ces choses-là, qu'il a découvertes lors de son examen, je cite un exemple, une jeune fille n'est pas vierge, dans un débat qui n'a rien à voir avec une tentative de viol, il l'a découvert. il n'a pas le droit d'en parler aux autres parties après, dans son compterendu, dès lors que cette question n'est pas dans le litige. Autrement dit, si le demandeur au procès médical est réputé renoncer au secret médical qui est le sien pour les besoins de son procès, il n'y renonce que pour les besoins de ce procès et l'expert qui méconnaîtrait cette limite et qui révèlerait donc aux parties des choses qu'il a constatées mais qui ne relèvent pas du débat commettrait une faute et une faute en tant que médecin et pas du tout en tant que collaborateur de la justice. Donc, il y a un élément auquel il faut prêter attention parce que l'expertise médicale n'est pas réductible à n'importe quelle expertise. On n'expertise pas une personne comme on expertise un bâtiment.

Deuxièmement, mais pardonnez-mois l'évidence, les règles de l'art imposent évidemment une totale impartialité à l'expert et impartialité réelle mais aussi impartialité apparente. Il est évidemment inutile de préciser, je crois, que parce que ses conclusions vont influencer significativement les opérations juridictionnelles, je n'ose pas dire que le juge va les recopier mais enfin, avoir l'expertise avec soi, c'est quand même avoir une bonne chance de gagner son procès. L'expert doit se soumettre à toutes les règles qui gouvernent le procès équitable telles que prévues par la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme. Le code, chez nous, le résume seulement dans la formule de serment. Je vous la cite : « l'expert promet d'accomplir sa mission avec conscience, objectivité, impartialité et diligence ». C'est tout, on n'a pas dit autre chose mais il est nécessaire, pour l'expert, de s'interroger avant l'expertise sur toutes les causes d'empêchement juridique, qui pourraient conduire à mettre en doute cette impartialité et, au-delà de l'empêchement, la récusation formalise l'obligation d'impartialité. Aussi bien subjective qu'objective, je ne vais pas faire un discours sur la notion de récusation. Les experts peuvent être récusés, dit le Code, pour les mêmes causes que les juges, le Code de Justice Administrative n'ayant pas précisé de quel juge il s'agit, autrement dit on ne sait pas s'il s'agit des juges administratifs ou des juges judiciaires. Comme nous n'avons pas de formule générale de récusation pour les magistrats administratifs, il y a une certaine ambiguïté.

Mais, piège supplémentaire, pendant le déroulement de l'expertise, l'expert ne doit pas, par son comportement, donner à penser, principe de l'apparence, que son impartialité est prise en défaut ou qu'il a dans sa tête un préjugé sur l'affaire et le problème est parfois délicat, je l'ai connu pour des expertises médicales de pointe, parce que nous n'avons comme expert que quelqu'un qui s'est illustré dans la question qui est centre du litige et, encore une fois, dans les techniques médicales ou chirurgicales

de pointe, d'experts notoires dont on est assurés de leur compétence en France, il y en a peut-être un ou deux. Et s'il y en a deux, celui qui est poursuivi, il n'en reste plus qu'un et ce un, il s'est illustré donc il a rédigé des articles, il a participé à des colloques, il a dit des choses et, du même coup, à coup sûr, un avocat un petit peu vindicatif va dire, mais il a déjà pris position sur ce sujet donc il ne peut pas expertiser. Il y a donc un problème-là et je vous donne mon sentiment, la tyrannie de l'apparence qui paraît gouverner aujourd'hui la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme ne cesse pas de m'inquiéter quant aux difficultés qui vont présider au choix des experts dans les matières les plus compliquées, les plus en pointe. Utilisation d'une technique opératoire de pointe, d'un nouveau traitement d'une nouvelle maladie. Là, on va avoir de plus en plus de difficulté à cause de cette notion d'apparence.

Troisième impératif pour l'expert, j'insiste beaucoup, on l'a déjà dit mais je reviens dessus. La règle du doute spécifique et du doute scientifique. L'expert doit savoir que sa parole sera, sauf preuve contraire, et elle est rarement admise, sa parole sera regardée par le juge comme expression de la vérité et transformée ensuite, dans l'acte de juger, en vérité indiscutable, c'est-à-dire non susceptible de discussion. D'où la responsabilité très forte de l'expert quand il dit, quand il écrit quelque chose. Il doit savoir faire part de ses doutes, voire de son ignorance. Cela a été déjà dit mais j'insiste. Le juge attend de l'expert non pas la clé du procès, solution de facilité, je donne le procès à l'expert, il me donne la réponse et je n'ai plus qu'à signer mon jugement ou mon arrêt. Le juge attend une assistance à la parole juridique que lui va donner comme juge. Eh bien, si l'expert, en conscience, estime ne pas pouvoir apporter la réponse de science ou de vérité, il doit le dire. Dans le Code, il n'y a rien sinon un article qui dit qu'en cas de pluralité d'experts, les opinions dissidentes doivent être mentionnées. Autrement dit, si les experts, dit le

Code, n'ont pas pu parvenir à une position commune, le rapport comporte l'avis motivé de chacun d'eux, au présent de l'indicatif impliquant une obligation très claire. La seule erreur judiciaire que je me reproche dans ma vie de magistrat, c'est d'avoir cru un rapport de trois experts qui se sont exprimés unanimement dans une affaire médicale extrêmement délicate et, après, sur une autre affaire identique, je renomme un seul de ces trois experts en disant bon, maintenant, la messe est dite et il me répond, je refuse d'expertiser parce que, dans l'affaire précédente, j'ai dû me plier au nom de la confraternité à la position de mes deux confrères. Oui, alors, et c'est peut-être un ponte. Je ne donnerai pas de nom et je me le reproche toujours parce que derrière, il y a un gamin qui est aveugle. Enfin, il y avait un gamin, qui est devenu un adulte, qui est resté aveugle et moi, j'avais les moyens, par la voie juridictionnelle et de l'indemnisation de payer à cet enfant, ou de faire payer à cet enfant les soins en Amérique du Sud qui lui auraient permis de lui rendre la vue. Bon, je me le reproche encore 40 ans après. Et, là, objectivement, c'est la faute d'un expert qui a manqué à ses devoirs alors qu'il avait tout ce qu'il fallait, y compris l'autorité naturelle et scientifique pour dire « je ne suis pas d'accord avec mes deux confrères ». Bon, parenthèse terminée mais je le redis, le doute, il faut le dire au juge et ne jamais se ranger à une unanimité de façade parce qu'on aura la paix et parce que c'est réglé.

Bien. Cela nous mène à une question: finalement, qu'est-ce qu'est l'expert de justice? Il est si près du juge qu'il est soumis aux mêmes obligations que lui. L'impartialité, etc,... Mais il est en même temps si éloigné du juge que nul ne l'autorise officiellement à dire le droit, la justice ne supportant pas l'idée d'une sous-traitance. Alors, c'est un être difficile à définir notre expert de justice. Collaborateur du service public, c'est la jurisprudence du conseil d'État, ou prestataire de service, c'est la position de la Cour de Cassation, récemment relayée par la Cour de

Justice de l'Union Européenne dans l'arrêt PEÑARROJA du 29 septembre 2011, il est vrai, rendu à propos des interprètes traducteurs mais on ne sait pas si cette idée ne va pas s'étendre aux experts en général. Ce débat me paraît fondamental pour deux raisons principales : d'abord, si l'expert est prestataire de service, je frémis, sa désignation doit passer par les procédures gouvernant la commande publique. Eh oui, mais non, je suis sérieux. À l'instar des avocats des collectivités, aujourd'hui, une collectivité ne peut pas prendre un avocat sans avoir fait un appel d'offres. Un jour, on dira que les juges, le président du Tribunal, ne peut pas désigner un expert sans avoir d'abord lancé un appel à concurrence. Voilà, j'ai telle expertise, qui veut me la faire, à quel prix, etc. Bon, moi, cela m'interpelle un petit peu mais, enfin, c'est la droite ligne de la jurisprudence de la CJUE.

Ensuite, et nous retrouvons le thème de notre colloque, le régime des responsabilités de l'expert est commandé par la nature qu'on lui reconnaît. A-t-il manqué aux règles de l'art, qu'il s'agisse des règles qui lui sont applicables, règles expertales, ou qu'il s'agisse du fond du litige, est-ce qu'il s'est trompé dans ce que doit faire un médecin? Il en répond, comme tout prestataire de services, s'il est prestataire de services, en ce sens Cassation 19 mars 2002, arrêt Canone. Ou, alors, est-ce qu'il est l'expert agréé en tant que collaborateur du service public? Dans ce cas-là, on envisage difficilement qu'il ait plus de responsabilités que le juge, pris en sa qualité de personne physique, agent public autrement dit, c'est-à-dire que, sauf faute personnelle détachable, il ne répond pas de ses erreurs. La différence est quand même assez fondamentale dans ces deux conceptions et, pour l'instant, j'allais dire que l'histoire bégaye, en tous cas l'histoire hésite.

Voyons maintenant un deuxième aspect, les règles de l'art, fond du litige soumis à l'expert.

Je vais retrouver là un débat qui tourne dans cette salle depuis ce matin. Pour le juge de l'indemnité et de la responsabilité hospitalière, la règle de l'art, ce n'est pas forcément le texte que l'on viole. La violation du texte intéresse le juge disciplinaire, intéresse le juge pénal. La violation du texte n'intéresse pas le juge de la responsabilité qui, lui, comme le rappelait ce matin Madame ESCOLANO, est le juge d'une situation de fait dans laquelle il cherche, en présence d'un préjudice, quelle est la chaîne de causalité qui relie un acte à ce préjudice et, ensuite, se demande si cet acte était légitime ou pas.

Alors, où sont nos règles de l'art? Dès qu'il y a texte formalisé; pour nous, normalement, il n'y a pas règle de l'art, il y a une obligation mais sa violation n'entraînera responsabilité qu'autant que cette violation a été la cause d'un préjudice. On parlait de l'obligation d'information tout à l'heure. Ce n'est pas bien, pour un médecin, de ne pas informer le malade parce que la loi l'a prévu. Il y a une obligation formalisée mais on rattrape le problème de la responsabilité en disant, mais est-ce que ce défaut d'information a causé un préjudice et on est allé chercher la notion de perte de chance pour faire un procès en responsabilité en disant, est-ce que le défaut d'information a privé le malade de la chance de dire « je ne veux pas être opéré » par exemple, ou « je ne veux pas ce traitement à cause des risques que je ne veux pas courir » compte-tenu de la balance entre la situation qui devait être la sienne s'il ne se faisait pas soigner et celle qui allait peut-être être la sienne s'il se faisait soigner.

Donc, en réalité, les règles de l'art sont, ou bien le résultat d'un courant purement technique qui est à l'origine, on en a parlé, des références médicalement opposables pouvant donner lieu à l'éviction de recommandations et, le second, c'est souvent l'irruption du bon sens. On n'a pas attendu, dans le tribunal auquel j'ai appartenu, un texte quelconque qui dit qu'il faut compter les compresses avant de sortir un opéré de la salle d'opération pour juger que l'oubli d'une compresse dans le ventre d'un malade engageait la responsabilité de l'hôpital. On n'avait pas besoin d'un texte pour définir cette pratique.

Ma conclusion, c'est une interrogation. Les données acquises de la science, est-ce qu'elles sont si acquises que cela ? J'ai souvenance, et on l'a dit ce matin par l'exposé du Docteur AZRIA mais je l'ai vécu, de périodes où il fallait faire des césariennes et de périodes, ensuite, où il ne fallait pas en faire. Alors, cela m'a rendu très sceptique à l'égard de la pertinence des règles de l'art. Je crois qu'il y a des écoles, je crois qu'il y a des vérités endeçà des Pyrénées et non au-delà parfois et puis, à quel moment la donnée nouvelle sera acquise, tout ca à l'expert de nous le dire avec tous les doutes que, normalement, il doit avoir et puis, une donnée nouvelle qui est née en Australie dans une obscure revue de Sydney, est-ce que c'est vraiment une donnée acquise par rapport à ce qui est paru dans une revue américaine. J'ai des doutes. Et puis, deuxièmement, et c'est le plus fondamental et j'en terminerai là, les méthodes scientifiques adaptées ne peuvent s'apprécier qu'en leur incorporant une dimension temporelle. L'acte médical, ne l'oublions pas, s'effectue dans la durée, une durée pendant laquelle l'état du malade évolue et cette durée est affectée par l'utilisation de méthodes scientifiques nouvelles, qu'il s'agisse d'analyses, de vérifications diverses. Il faut faire un arbitrage entre la sécurité apportée par l'usage de ces méthodes à force de faire des analyses de malades mourants en bonne santé et le risque né du temps que vont requérir ces méthodes. À l'expert, non point d'effectuer cet arbitrage, c'est au juge de le faire, mais c'est à l'expert d'informer le juge de toutes ces données temporelles, quel temps aurait pris la réalisation de telle

investigation préalablement à l'édiction d'un diagnostic et qu'aurait été l'évolution de la victime si ce temps avait été consumé. J'en terminerai en disant que nous n'attendons pas que l'expert soit juge de son confrère. Excusez-moi d'avoir été trop long.

# Les règles de l'expertise en Europe

#### Patrick de FONTBRESSIN

Avocat à la Cour de Paris Maître de Conférences à l'Université de PARIS XI

Les brillantes interventions précédentes ont mis en évidence la difficulté d'un encadrement normatif des règles de l'art.

A l'instar du droit naturel « loi non écrite » au dessus du « décret d'un mortel » selon la formule d'Antigone ou « loi vraie conforme à la nature, répandue chez tous les hommes, constante, éternelle », comme le rappelait Cicéron (1), les règles de l'art semblent être du domaine des règles non écrites qui s'imposent fondamentalement au professionnel.

Or, très précisément, dans une Europe fondée sur l'élaboration de normes communes et de principes, une réflexion sur les règles de l'art mérite d'être conduite au regard de l'existence des textes de droit positif et des principes sur lesquels repose le droit de l'Union.

#### I- REGLES DE L'ART ET NORMES EUROPEENNES

Aux termes des dispositions de l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (T.F.U.E.), "un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union".

Ce souci de protection de la santé est également l'objet de l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne désormais applicable dans les vingt-sept États de l'Union européenne qui dispose que "Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par

les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union».

Toutefois, ces textes de base, dont le respect s'impose aux États, n'apportent pas pour autant la définition d'un standard "des règles de l'art" de nature à assurer une égale protection de qualité des soins à tous les citoyens européens.

Si comme l'a souligné le Docteur Philippe HUBINOIS aux termes d'une remarquable thèse consacrée aux *Législations et indemnisations de la complication médicale en France et en Europe*<sup>(2)</sup>, le Conseil de l'Europe a adopté le 30 septembre 1997 une recommandation N° 97-17 intitulée « Recommandation du Comité des Ministres aux États membres sur le développement et la mise en œuvre des systèmes d'amélioration de la qualité dans les soins de santé», cette recommandation est dénuée de force obligatoire.

Aussi, une recherche des règles de l'art communes invite<sup>u</sup>t-elle à s'interroger sur les conditions d'exercice des praticiens au sein des pays de l'Union.

Dans l'Europe de la libre circulation des personnes, des marchandises et des capitaux, il convient dès lors de se tourner vers le droit dérivé, c'est-à-dire vers la directive 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la « reconnaissance des qualifications professionnelles » qui remplace l'ensemble des directives ayant institué des systèmes sectoriels dans le domaine des professions réglementées.

Succédant à des directives générales de reconnaissance mutuelle des diplômes, la directive 2005/36 du 7 septembre 2005 a vocation à s'appliquer à tous les bénéficiaires du droit de libre circulation professionnel.

Elle définit la profession réglementée comme "une activité ou un ensemble d'activités professionnelles dont l'ensemble ou l'exercice ou l'une des modalités d'exercice est subordonnée directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives à la possession de qualifications professionnelles déterminées."

Aux fins de rapprocher les profils de référence définis par les règlementations nationales, sont prises en compte la reconnaissance des titres de formation et la reconnaissance de l'expérience professionnelle.

Sur le premier des points, la directive pose une présomption d'état comparable des formations.

Abstraction faite de toute harmonisation, elle prévoit cependant le maintien de "mesures de compensation", variables d'un État à l'autre, qui peuvent être exigées par l'État d'accueil en complément du titre, notamment en cas de durée de formation inférieure dans l'État d'origine.

De même, la directive prend en compte l'exercice préalable de l'activité considérée dans un autre État membre au titre de la reconnaissance de l'expérience professionnelle.

Il ressort toutefois de la directive qu'à l'inverse de ses dispositions relatives à la liberté d'établissement, tout ressortissant communautaire légalement établi dans un État membre peut en principe accomplir une prestation de service de façon temporaire et occasionnelle dans un autre État membre sous son titre professionnel d'origine sans devoir nécessairement demander la reconnaissance de ses qualifications.

A la lueur de cet ensemble de dispositions, dont l'objet conformément à la philosophie du Traité sur l'Union est d'assurer la liberté d'établissement et de prestations de services des professionnels de santé au sein de l'Union

européenne conformément au principe de non discrimination, on perçoit immédiatement que l'égalité devant les soins, conséquence de "l'égalité en droit" des citoyens européens, garantie par l'article 20 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, peut être remise en cause par une appréciation fluctuante des règles de l'art dans le différents États membres selon la qualité de la formation reçue nonobstant la reconnaissance d'un titre.

Ainsi, au-delà du cadre normatif susvisé, convient-il d'aborder la question des règles de l'art au regard des principes.

## II - LES REGLES DE L'ART AU REGARD DES PRINCIPES DU DROIT EUROPEEN

L'Europe des traités, au même titre que la Convention européenne des droits de l'homme, repose sur un certain nombre de principes fondateurs.

Ainsi, la reconnaissance des qualifications professionnelles, au même titre que la reconnaissance des diplômes, repose-t-elle sur une **confiance mutuelle** entre les États membres et la volonté d'une mise en œuvre effective du principe de **non discrimination**.

Toutefois, alors même que le principe de proportionnalité est également au cœur de la construction européenne, confiance mutuelle des Etats et principe de non discrimination ne sauraient manquer d'être perçus par référence à celui-ci pour atteindre l'objectif d'une égalité dans la qualité de soins et la sécurité du patient.

Dès lors, pour pallier les risques de disparité dans l'approche ou la connaissance des règles de l'art, à l'heure où le Traité de Lisbonne fait une large place à la notion de dignité humaine, des standards d'accréditation partant de règles de l'art partagées ne devraient-ils pas s'imposer dans

l'ensemble des États membres au gré d'une interprétation finaliste des traités fondée sur la confiance, l'égalité en droit et la sécurité ?

On ne saurait manquer à cet égard de relever la piste de réflexion que pourrait constituer le rapport du groupe de travail de l'Académie nationale de Médecine consacré à la «compétence scientifique et technique de l'expert et qualité de l'expertise en responsabilité médicale» sous la direction du professeur Jacques HUREAU.

Par ailleurs, sans attendre les mises en œuvre de l'arsenal normatif communautaire, dont les excès technocratiques ont souvent été dénoncés, ne conviendrait-il pas, partant du code de déontologie médicale, d'envisager l'avenir sous l'angle d'un code de déontologie médicale européen limité à de grands principes communs à l'ensemble des praticiens appelés à prodiguer des soins en Europe?

Il y a plus de trente ans de cela, le Bâtonnier Albert BRUNOIS avait émis une telle idée pour la profession d'avocat.

Elle parvint à être mise en œuvre.

N'y a-t-il pas là une nouvelle voie à explorer pour que l'Europe de la libre circulation soit celle de la sécurité des patients au regard du respect de règles de l'art partagées ?

#### **NOTES**

- 1- CICERON, De Republica
- 2- Philippe HUBINOIS, éd. Bruylant, Bruxelles, 2006

Jacques MILLIEZ

Expert près la Cour d'Appel de PARIS

Nous aurions pu nous embarquer sur un malentendu à savoir que nous avons discuté des règles de l'art et la médecine est un art, mais est-ce que l'on peut encarter l'art si l'on n'habite pas l'Union Soviétique ou aujourd'hui la Corée du Nord? Est-ce que l'on peut imaginer que des recommandations de bonne pratique aient guidé sa peinture à Van Gogh? Est-ce que l'on peut imaginer que l'on ait pu empêcher Braque ou Picasso de briser les formes de Manet, ou de Monnet ou de Renoir ou un Louis Ferdinand Céline de briser, au sens propre du terme, les lignes de Marcel Proust? Est-ce que l'on aurait pu imaginer des règles de l'art qui auraient empêché Victor Hugo, le DSK de la littérature, d'écrire dans Choses Vues qu'il a filé quarante sous pour peloter les seins de la femme de chambre ? L'art est une transgression. La médecine l'est-elle aussi ?

Alors, nous allons laisser de ce côté ce débat et nous en parlerons ce soir. Est-ce que l'on peut en donner des règles pour l'art ? On en parlera au Musée des Beaux Arts ce soir au cours du diner. Ce n'est pas ça dont il s'agit. Il s'agit des règles de l'art et on a entendu la définition très claire de Monsieur KOEB à savoir un code de comportement des vieilles corporations, et la médecine s'honore d'en faire partie de ces vieux corps de métiers qui transmettent leur savoir par compagnonnage et nous nous reconnaissons très bien là-dedans. Le chirurgien comprend très bien que sa suture doit être aussi solide que l'est une charpente ou que l'est une

corniche dont on n'attend ni de l'une, ni des autres qu'elle s'effondre. Mais déjà, il apparaît dans les propos de Monsieur KOEB une sorte de distinction qui va nous gêner, nous, les experts pour apprécier le comportement de nos confrères. Il nous dit « la règle de l'art est plus dure quand il s'agit du dur », c'est-à-dire la construction, l'architecture, et elle est plus indulgente quand il s'agit de l'humain, c'est-à-dire la médecine. On n'a pas retrouvé cette sorte de dichotomie qui fait l'objet de cette journée. Ces règles de l'art, elles doivent donc se fonder sur des données qui sont reconnues par tout le monde, c'est-à-dire les preuves, et on a vu qu'apparaissaient des recommandations qui étaient fondées sur la médecine fondée sur les preuves et, là encore, apparaît déjà un certain doute puisque le message du Professeur COLIN nous a dit « la force de persuasion impérative d'une recommandation n'est pas nécessairement liée à son niveau de preuve scientifique auquel elle s'attache ». On peut avoir une recommandation impérative, fondée sur des preuves médiocres, et inversement. Donc, il y a une différence là. Quand on me demande d'analyser, en fonction des règles de l'art et des données acquises de la science, il peut y avoir ambiguïté, on va y revenir. Ces recommandations, Bernard CHICHE nous a très brièvement expliqué qu'elles allaient devenir progressivement contraignantes. On est parti de références médicales opposables qui étaient opposables mais dans un contexte conventionnel et contractuel à l'égard de l'assurance maladie pour mieux gérer les ressources médicales. En 2004, quand il y a eu la loi sur la Sécurité Sociale, on est passé à des recommandations. Elles n'étaient plus opposables dans la formulation mais elles le sont devenues de plus en plus et on a abouti au fait qu'elles sont devenues finalement effectivement opposables au sens juridique du terme et que, lorsque les praticiens s'écartent des recommandations de bonne pratique, c'est considéré comme une faute médicale sanctionnable. Mais, ces recommandations contraignantes, arrive Elie AZRIA qui nous dit, « écoutez, la vérité, qu'est ce que c'est ?

Qu'est-ce que sont les données acquises de la science?» et AZRIA nous dit qu'il n'y a pas de vérité. Il y a des vérités et des vérités qui sont labiles, qui sont biodégradables si je puis dire. Il ne le dit pas tout seul. Il le dit et au fond, il nous invective et nous dit allez va, tu n'es qu'un bouffon et ta vérité, je la mets cul par-dessus tête en un clin d'œil ainsi parlait ZARATHOUSTRA de la science. Mais, il ne le dit pas tout seul. Il fait acquiescer ses copains. Ses copains c'est KANT, c'est PIAGET, c'est ROUSSEL, c'est POPPER, c'est BACHELARD. Tous ces gars qui connaissent très bien l'épistémologie. Et il nous démontre ainsi, mais lui, il ne le fait pas en un clin d'œil, il met 800 pages d'une thèse de doctorat de 3ème cycle en éthique pour nous expliquer tout cela. Et il nous dit, finalement, la vérité en médecine, donc les données acquises de la science, donc les règles de l'art, elles sont conjecturales, c'est-à-dire qu'elles sont liées à des hypothèses, et elles sont conjoncturelles, c'est-à-dire qu'elles sont variables et dans le temps, et dans l'espace. Mais il nous dit pire que cela. Il nous dit que les vérités médicales, elles sont pourries et elles sont pourries par des conflits d'intérêt. Et il a raison. Le collège américain des gynécologues accoucheurs, qui est ma spécialité, devait savoir qu'on avait un colloque aujourd'hui parce qu'ils ont publié dans le dernier volume de leur journal un article qui dit que les articles scientifiques publiés sont biaisés par des conflits d'intérêt dans 20 % des cas. 20 %. Ce sont des articles de publication scientifique qui sont de niveau de preuve 1, c'est-àdire le plus élevé, des essais randomisés, contrôlés mais contrôlés par l'industrie pharmaceutique. Donc, il y a vraiment un problème et, au-delà de ce que dit AZRIA, dans la philosophie, on atterrit sur l'expertise parce qu'il nous a montré le fil conducteur de son travail, de son ouvrage qui est cet essai randomisé canadien sur le mode de naissance des fœtus par le siège et il nous a dit, au terme de cet essai, tous les fœtus qui se présentent par le siège doivent naître par césarienne. D'accord, mais, à ce moment-là, le coq gaulois s'est dressé sur ses ergots en disant, pas du

tout, exception culturelle, chez nous, ce n'est pas comme ca. On ne va jamais faire comme ça, on va montrer le contraire. En fait, ils n'ont jamais montré le contraire, 1)° parce que tous les essais prospectifs n'atteignaient pas, et de loin, la valeur scientifique de l'essai canadien et 2°) parce que, AZRIA l'a très bien expliqué, comme il n'y a plus d'accouchement par le siège, on ne peut plus faire de démonstration. J'atterris. Voilà l'expertise, cet enfant qui est né par le siège, qui a été victime d'un traumatisme de la naissance et qui est lourdement handicapé. Après l'essai canadien, le coq gaulois (le collège national) n'a pas modifié ses recommandations qui datent de l'an 2000. Le médecin se défend. Il dit « écoutez, moi, j'ai suivi les recommandations de bonne pratique de ma spécialité ». Et il ajoute, même, d'ailleurs, dans son dossier, de façon maladroite « j'ai expliqué à la patiente qu'il n'y avait pas d'argument scientifique pour démontrer qu'il y avait une supériorité de la césarienne par rapport à l'accouchement ». Et voilà, l'avocat de la famille qui arrive et qui brandit l'article de Mariana, l'essai canadien, qui dit « les données acquises de la science, les voilà, et elles sont indubitables ». Alors, qui a raison? L'expert se trouve devant un divorce. Est-ce qu'il doit écouter papa, règles de l'art, c'est-à-dire les recommandations de bonne pratique, ou maman, données acquises de la science, puisqu'on me demande d'analyser en fonction des données acquises de la science et des règles de l'art? Alors, là, j'ai trouvé comme solution, j'ai annexé à mon rapport les 800 pages de la thèse d'AZRIA et j'ai demandé au juge qu'il se fasse lui-même une opinion.

Cette dichotomie, cette divergence entre les règles de l'art apparaît aussi dans les lois. La loi de mars 2002 rappelle effectivement que le médecin doit soigner en fonction des connaissances avérées de la médecine mais, en même temps, le Code de Déontologie Médicale, qui fait partie du Code de Santé Publique, rappelle bien que le médecin est libre. Il ne doit être soumis à aucune contrainte. Il est libre et il a le droit de s'écarter des

recommandations de bonne pratique. Donc, la loi, là, elle est aussi ambigüe. Comment va décider éventuellement l'expert de justice dans ces situations? Et les lois, eh bien, il y en a de plus en plus et il y en a de plus en plus qui vont réglementer les comportements médicaux. Il y en a une par exemple, en juin 2009, c'est un exemple, je suis désolé, je les prends dans ma spécialité parce que c'est ceux que je connais. Un arrêté du Ministère de la Santé qui explique comment on doit faire le dépistage de la trisomie 21 chez les femmes enceintes, en disant voilà comment il faut faire l'échographie, voilà comment il faut faire les prélèvements, voilà quel logiciel il faut utiliser. Bon, la loi, elle est partout et on pourrait se dire, cette loi, elle va nous simplifier les choses parce qu'elle va, de facon indubitable, poser les règles de l'art. En Amérique, c'est la même interrogation et, récemment aussi, il y a eu un collectif de médecins américains qui s'est insurgé contre l'intrusion de la loi dans leurs pratiques médicales et ils ont écrit comme ça « ces lois sont faites, sont inspirées par les préoccupations strictement politiques qui méconnaissent totalement l'art et la science de la médecine ». Alors, ces lois, elles devraient nous aider. Eh bien, en fait, pas trop et c'est ça qui est ennuyeux. Alors, je vais prendre un exemple d'une loi qui réglemente les comportements médicaux qui est la loi de bioéthique. La loi de bioéthique qui vient d'être votée le 7 juillet 2011, quand on prend les comptesrendus de la commission LÉONETTI qui a abouti à la proposition de loi à l'Assemblée Nationale, on s'aperçoit que chaque article a été discuté, pour ne pas dire négocié, avec des scientifiques et des leaders d'opinion, c'est-à-dire que ces lois sont votées, proposées exactement dans les mêmes conflits d'intérêt que ceux que nous a exposés AZRIA ce matin. Il y a, par exemple, des lobbies qui se sont appliqués sur les auteurs de ces lois, du lobby professionnel tel qu'on a continué à interdire la recherche sur l'embryon. Ca, cela ne fait pas avancer les données acquises de la science mais bon... On en pense ce que l'on en veut. Autre composition de

cet article de la loi qui ne repose sur aucun fondement scientifique, le double don de gamète est interdit, c'est-à-dire qu'on n'a pas le droit de fabriquer des embryons in vitro à partir d'un don d'ovocyte et d'un don de spermatozoïdes. Bon, sur quel fondement scientifique? Aucun. D'autant plus absurde que le don d'embryon est autorisé, aussi étranger que le double don de gamète. L'anonymat du don de gamète a été de nouveau interdit. Pourquoi pas... Mais c'est un peu contraire à ce que l'on commence à comprendre des données acquises de la science en termes de psychologie et surtout, c'est en totale contradiction avec une directive européenne qu'a signée la France et qui sera applicable en 2014 et qui dit que chacun a droit à connaître ses origines génétiques. Tellement ambigu... Bon, et l'expertise dans tout cela ? J'y arrive. L'expertise, voilà cette femme qui vient porter plainte contre l'assurance maladie parce que, au-delà de 43 ans, l'assurance maladie ne rembourse pas les procédures de procréation médicalement assistée. Elle dit, ce n'est pas juste, moi, je connais la belle-sœur de ma cousine qui a eu un enfant à 44 ans. Ce n'est pas normal, je porte plainte. Je lui ai dit, Madame, la loi, c'est la loi. C'est marqué dans la loi de bioéthique. Interdit, c'est interdit et comme bonhomme, pédagogue, je lui montre le diagramme qui illustre le propos de la commission LEONETTI et là, il y a un diagramme avec trois courbes. Il y a une courbe qui montre l'évolution de la fertilité spontanée en fonction de l'âge, une courbe qui montre l'évolution de la fécondité ou de la fertilité, le taux de grossesses en procréation médicalement assistée, effectivement, elles se rejoignent. 43 ans, on prête 0. Mais, le médecin conseil, qui n'est pas tombé de la dernière pluie, me dit, mais mon expert, c'est complètement faux ce que vous me dites là. Regardez, la troisième ligne qui est en haut, c'est une droite qui va au-delà de 45 ans, 50 ans, 60 ans et il y a marqué taux de grossesses, 60 % après don d'ovocytes. Il me dit, ça, c'est complètement faux. Ce n'est pas le taux de grossesses, c'est le taux de fécondation des embryons ou alors, il faut admettre qu'il y a

des centaines de milliers de grossesses qui n'ont jamais été déclarées à la sécu, dans d'autres pays, et qui croupissent dans bacs à azote. Donc, cela ne va pas, votre truc, c'est complètement faux. Donc, la loi, cela ne vaut rien. Je lui ai dit, médecin conseil, je le sais, mais cela fait longtemps et puis, déjà, Montesquieu nous l'avait expliqué dans l'esprit des lois. Il nous avait dit que les lois étaient influencées par exemple par le climat et la nature du terrain. Bon, mais, qu'importe parce que Jacques HUREAU est arrivé et il nous a dit « au fond, le rapport de l'expert, on s'en fout ». J'exagère mais l'expert n'est pas là du tout pour dire le droit. C'est absolument certain. L'expert va fournir au magistrat une grille qui va lui permettre d'interpréter les codes. Il va lui fournir les clés qui vont lui permettre d'ouvrir la bonne serrure du code sur leguel il va formuler son jugement. Très très bien. L'expert est là pour dire la médecine, pour permettre au magistrat de dire le droit et, non seulement dire le droit mais le magistrat n'est pas là pour dire la vérité médicale. Le magistrat est là pour dire la vérité du droit et il le dit en équité, et ça, c'est un point important. C'est un point important parce que cela nous replace, nous, à notre bonne place. Cela veut dire que le magistrat n'est absolument pas lié, tenu, et cela a été encore rappelé tout à l'heure par le Président CHIFFLET, par le rapport de l'expert. Voilà cette femme qui va mourir d'une hémorragie de la délivrance. C'est une femme chinoise et elle arrive, elle accouche, elle saigne et elle meurt et il y a une expertise bien sûr et le collège d'experts conclut qu'il n'y a pas de faute. Ce n'est pas du tout la règle, le comité de mortalité maternelle au Ministère de la Santé considère que deux tiers des hémorragies de la délivrance sont évitables. Mais là, ce n'était pas le cas. Donc, pas de faute, pas de retard, pas de défaut de moyens, pas de défaut d'organisation et pourtant, le Tribunal Administratif, car c'était un jugement d'ordre administratif, condamne l'hôpital au défaut d'information. Stupéfaction. On dit, c'est absurde. D'abord, il y a urgence, qui exonère de l'obligation d'information. Ensuite,

est-ce que l'on peut imaginer que les 850 000 femmes qui vont accoucher dans l'année vont être informées qu'elles vont mourir, de quoi elles vont mourir et surtout, si elles sont chinoises, qu'elles parlent par l'intermédiaire d'une traductrice, comment on peut faire ? Eh bien, j'ai trouvé que ce jugement était superbe, qu'il était superbe parce que c'est un jugement en équité et qu'il exprime parfaitement d'abord l'indépendance du magistrat par rapport à nous autres, les experts, et, par ailleurs, qui exprime, au fond, la fonction du droit dans notre société qui est d'apaiser ou de prévenir les conflits à l'intérieur de la société. C'est parfait. Bon, pas toujours. Et je vais finir par là. Voilà, ce médecin généraliste qui s'improvise, ou qui s'intitule onco-biologiste. C'est-à-dire qu'il traite les cancers par les plantes et par le jus de citron. Et il traite une jeune femme qui a un cancer du sein évolué, manifeste, il la traite comme ça. Il ne fait aucun examen, aucune biopsie, aucune investigation complémentaire. Il décide qu'elle a un cancer hormono-dépendant, métastatique. Il la traite comme ça, par le jus de citron, les plantes et puis, de temps en temps, il fait une petite giclée dans son cabinet d'un petit bout de chimiothérapie. Bien sûr, cette jeune femme va mourir. Le médecin est condamné par le Conseil Régional de l'Ordre à trois ans d'interdiction d'exercice, confirmé par le Conseil de l'Ordre National et. dans un arrêt du mois de mai 2011, le Conseil d'État a cassé la décision de la chambre disciplinaire du Conseil National de l'Ordre au motif que : 1°) selon le Code de Déontologie, le médecin n'est pas tenu au protocole et, 2°) avec cet argument qui est un mauvais usage, à mon avis, de la médecine fondée sur les preuves, le Conseil d'État écrit « la Chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre n'a pas apporté la preuve que les protocoles classiques et recommandés des recommandations de bonne pratique offraient à cette femme plus de chance de survie ou de guérison que les traitements qu'elle a reçus ». Donc, est-ce que c'est un traitement en équité? Je ne sais pas très bien. Néanmoins, cela m'a rappelé, je vais

terminer par là, cela m'a rappelé cet article qui a été publié en 2003 dans la prestigieuse revue médicale du British Medical Journal, c'est un auteur qui est un traumatologue et qui étudie le rôle du parachute dans la prévention des traumatismes corporels pour les chutes ou les sauts dans le vide d'une hauteur supérieure à 100 m et, comme le Conseil d'État, il conclut « je n'ai pas trouvé dans la littérature d'essai randomisé qui comparait les chutes avec parachute et les chutes sans parachute. Par conséquent, je ne puis pas recommander l'usage du parachute pour les sauts dans le vide d'une hauteur supérieure à 100 m ». Alors, c'est évidemment peut-être du second degré mais vous avouerez que, pour terminer mon intervention, je ne pouvais pas trouver une meilleure chute que cette affaire de parachute. Je vous remercie.

### Bruno MAZENOD, Conseil de l'Ordre des Médecins du Rhône.

Je voudrais rebondir sur le brillant exposé de Jacques MILLIEZ et puis, en même temps, sur les commentaires de Maître de FONTBRESSIN.

L'article 4L124-6 du Code de Santé Publique donne autorité au Conseil de l'Ordre pour suspendre les médecins lorsqu'ils sont incompétents. Malheureusement le décret en fixant les modalités d'application n'a jamais été publié. C'est ainsi qu'un certain nombre de médecins d'origine étrangère, dont la formation n'est pas adaptée à nos modes d'exercice, se trouvent à pratiquer ce genre de médecine que le Professeur MILLIEZ a décrit... sans possibilité pour nous d'agir!

## Maître Patrick de FONTBRESSIN

Je comprends votre émoi, je le partage tout à fait.

Mais, cela dit, il y a une possibilité qui vaut ce qu'elle vaut, qui est indirecte: c'est de faire respecter l'obligation positive des Etats.

Il se trouve que le droit à la vie est un droit garanti par la Convention Européenne des Droits de l'Homme, c'est le premier de tous, se référer à l'article 2 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Le droit à la santé est également garanti par la Charte de l'Union Européenne sur les droits fondamentaux qui vient d'être ratifiée en application du Traité de Lisbonne.

En vertu de ces textes, il existe une obligation positive des Etats qui permet d'engager la responsabilité de l'État devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme lorsqu'il ne satisfait pas aux obligations de la convention et, alors là, vous avez une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, de la Cour de Strasbourg sur la question. Bien sûr, c'est une procédure assez lente dans la mesure où vous ne pouvez saisir la Cour Européenne des Droits de l'Homme qu'une

fois toute voie de recours épuisée. Cela dit, si votre Conseil engageait une procédure administrative de telle sorte que vous puissiez vous prévaloir de cette carence des pouvoirs publics à faire respecter une règle qui devrait être appliquée pour la sécurité de tous, eh bien, je pense que vous auriez sans doute une chance de succès.

#### Monsieur CHIFFLET

Je voudrais rebondir sur ce qu'a dit le Professeur MILLIEZ.

Pour moi, l'accouchement par césarienne et l'accouchement par les voies naturelles, cela relève de deux écoles et ce n'est pas parce que vous allez suivre le protocole de l'une des deux écoles, même « minoritaire », que, pour autant, on va définir une faute.

Ce n'est pas ça la faute. La faute c'est d'avoir fait un geste qui constitue une prise de risque trop importante par rapport à ce que l'on connaît. Est-ce que c'est une prise de risque de laisser faire l'accouchement par la voie naturelle plutôt que de décider une césarienne ?

### **Professeur Jacques MILLIEZ**

Ce n'était pas du tout mon propos Monsieur le Président. Mon propos était de me placer dans la situation qui est la mienne, de l'expert, à qui on demande d'analyser, en fonction des règles de l'art et en fonction des données acquises de la science. Or, dans le cas particulier, je constate simplement qu'il y a une contradiction entre les règles de l'art, qui sont une recommandation de bonne pratique, et les données acquises de la science et moi, expert, je ne sais pas comment faire... en fait, je pousse le trait, je sais très bien que l'on dira la pratique qui paraît la plus apte, celle du praticien normalement compétent et consciencieux comme nous le disions ce matin.

Véronique ESCOLANO, substitut général près la Cour d'Appel de Lyon.

Pour repositionner peut-être un peu les choses.

Apprécier une faute, et cela reste commun aux procédures civiles et pénales, c'est d'abord in abstracto, par référence au comportement du « bon père de famille », c'est à dire ici le « bon » médecin, prudent et avisé, qui respecte la réglementation. C'est aussi in concreto, c'est à dire des faits dans leur globalité et c'est peut-être là la différence entre juge et experts, l'expert reste dans le cadre des données acquises de la science, le juge voit aussi les moyens et les circonstances, il garde aussi un regard critique sur l'analyse et l'argumentation de l'expert.

#### Monsieur Daniel CHABANOL

Nous sommes tout à fait d'accord en juridiction administrative avec cette démarche et même on va au-delà puisque, toutes les fois où c'est un petit peu délicat, on se garde même d'utiliser le mot faute. On parlera parfois d'erreur, ou ailleurs de faits, de nature à engager la responsabilité du service. Et quand vraiment on est au bout du bout, que tout s'est bien déroulé et que, malgré tout, il y a préjudice, on a encore la possibilité de dire une responsabilité sans faute du tout pour, au nom de la solidarité nationale... Non, c'est-à-dire une appréciation globale du dossier qui nous conduit à dire « Ce préjudice ne doit pas rester sans réparation ».

## **CNEM**: l'organigramme

Siège social : 3 Rue Friant – 75014 PARIS

courriel: secretariat.cnem@gmail.com

Président

Docteur Danièle MONESTIER CARLUS

Présidents d'honneur

Professeur Jacques HUREAU Docteur Michel CHANZY Docteur Marc TACCOEN

Premier Vice-Président

Docteur Jean - Claude ARCHAMBAULT

Vice-Présidents

Professeur Jean – Louis POURRIAT Docteur Jean – François SCHUHL

Secrétaire général

Secrétaire général adjoint

Docteur Jean – Claude LOISEL Professeur Sylvain TERVER

Trésorier

Trésorier adjoint

Docteur Caroline REY SALMON
Docteur François LIGNAC

Administrateurs

Professeur Serge BRION
Docteur Monique CHANEAC
Professeur Bernard CHICHE
Professeur Henry COUDANE
Docteur Dominique GIZARDIN
Docteur Didier GOSSELIN
Docteur Jean – Loup LE BRIS
Docteur François MARTINON
Docteur Roch André MENES
Professeur Jacques MILLIEZ
Docteur Christian PIEDELIEVRE
Docteur Françoise TISSOT GUERRAZ

Professeur Éric VENDRELY

## ANNUAIRE DES MEMBRES DE LA CNEM

ABU AMARA Saad CHU DE ROUEN – CHIRURGIE INFANTILE – 1 RUE DE GERMONT – 76000 ROUEN T 02 32 88 66 24 P 06 64 04 24 93 F 02 32 88 84 24 saad.abu-amara@chu-rouen.fr

F.3.3. Chirurgie infantile

ADAMSBAUM Catherine 23 AVENUE FOCH – 94340 JOINVILLE LE PONT

P 06 08 76 29 63

c.adamsbaum@bct.aphp.fr

F.4.1. Radiologie et imagerie médicale

**ALLARD Dominique** 34 RUE DES THERMES – 24000 PERIGUEUX

T 05 53 53 24 38 F 05 53 53 63 19

dr.d.allard@wanadoo.fr

F.3.12. Orl et chirurgie cervico-faciale

ALNO Loïc CENTRE HOSPITALIER – CS 56816 – 35780 SAINT GREGOIRE CEDEX

T 02 99 23 93 27 F 02 99 23 36 01

lalno@vivalto-sante.com

F.3.13. Urologie

ANCIAUX Pierre 23 AVENUE FOCH - 54000 NANCY

T 03 83 27 20 82 F 03 83 28 67 17

pierre.anciaux@wanadoo.fr

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel traumatologie séquellaire

ANYS Abdennebi CENTRE HOSPITALIER – 41016 BLOIS CEDEX

T 02 54 55 66 33 P 06 70 50 58 15 F 02 54 55 60 57

docteuranys@gmail.com

F.1.14. Médecine générale

**ARCHAMBAULT Jean-Claude** 

CENTRE HOSPITALIER ROBERT BALLANGER – 93600 AULNAY SOUS BOIS

T 01 49 36 71 62 F 01 49 36 74 21

jeanclaude.archambault@wanadoo.fr

F.2.1. Psychiatrie d'adultes

ARROUAS Gilles 3 A BOULEVARD EUGENE SPULLER – 21000 DIJON

T 03 80 43 62 74 F 03 80 43 02 00

gilles.arrouas@wanadoo.fr

F.3.11. Ophtalmologie

ASSIE Pierre LE SCHUMANL – 195 RUE YVES MONTAND – 34080 MONTPELLIER

T 04 67 47 19 19 F 04 67 42 99 08

p-assie@wanadoo.fr

F.1.14. Médecine générale F.9. Sécurité sociale

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire

**AUTEROCHE Pierre** 22 RUE SAINT LOUIS – 34000 MONTPELLIER

**T** 04 67 52 06 07 **P** 06 86 08 99 63 **F** 04 67 02 18 58

docteur.pierreauteroche@wanadoo.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire

**AYRIVIE Pierre Antoine** 4 RUE FRANCISQUE SARCEY – RESIDENCE LES GLYCINES – 34500 BEZIERS

T 04 67 30 89 09 F 04 67 62 63 47

p-aavrivie@orange.fr

F.1.15. Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement

F.1.18. Médecine vasculaire F.1.6. Cardiologie

BARRES Denis 18 RUE COURTELINE – 89100 SENS					
P 06 72 67 68 75 labobarres@orange.fr					
F.1.2. Anatomie et cytologie pathologiques G.1.3. Autopsie et thanatologie					
BARTHELEMY Isabelle HOTEL DIEU – 63058 CLERMONT FERRAND CEDEX 01					
T 04 73 75 01 02 P 06 10 77 82 41 F 04 73 75 01 03 ibarthelemy@chu-clermontferrand.fr					
F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie					
BELAICHE Raymond 117 RUE DE LA COLLINE – 34790 GRABELS					
P 06 18 38 25 51 raymond.belaiche@wanadoo.fr					
F.1.11. Gynécologie médicale F.3.9. Gynécologie-obstétrique F.9. Sécurité sociale					
BERQUET Jean Claude 71 RUE DE SEBASTOPOL – 51100 REIMS					
T 03 26 05 67 20 P 06 09 78 12 61 F 03 26 46 31 99 jean-claude.berquet@groupe-saint-andre.com					
F.1.3. Anesthesiologie et réanimation					
BLOCH Patrick 19 RUE SAINT PIERRE – 92200 NEUILLY SUR SEINE					
T 01 46 37 48 19 P 06 80 34 25 22 F 01 46 37 35 18 patrickhbloch@yahoo.com					
F.3.1. Chirurgie digestive F.1.9. Gastro-entérologie et hépatologie					
BODENAN Patrice 9 BOULEVARD ANATOLE FRANCE – 92190 MEUDON					
· ·					
F.1.3. Anesthésiologie et réanimation F.9.1.3. Anesthésiologie réanimation					
BONNET Daniel 22 RUE DU MOULIN CLIQUOT - 51500 TAISSY					
T 03 26 78 42 00 P 06 09 37 70 70 F 03 26 78 42 05 DBonnet51@aol.com					
F.1.15. Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement					
BOUCCARA Didier HOPITAL BEAUJON – SERVICE ORL – 92110 CLICHY					
T 01 48 56 24 39 P 06 07 25 05 44 F 01 45 33 28 01 d.bouccara@orange.fr					
F.3.12. Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale					
BOUGERIE Jean Pierre POLYCLINIQUE DU PARC – AVENUE DES SABLES – 49300 CHOLET					
T 02 41 64 14 77 dr.jeanpierre.bougerie@orange.fr					
F.3.12 Orl et chirurgie cervico-faciale					
BRION Nils 50 RUE DU ROCHER – 75008 PARIS					
T 01 44 90 03 42 P 06 09 91 22 25 F 01 44 90 03 42 dr_nils_brion@hotmail.com					
F.1.13. Maladies infectieuses, maladies tropicales F.1.15. Médecine interne					
BRION Serge 36 RUE LA FONTAINE – 75016 PARIS					
T 01 42 88 54 12 P 06 09 45 12 71 F 01 42 88 62 37 serge.brion@wanadoo.fr					
F.1.20. Neurologie F.2. Psychiatrie					
CARZON Jacques CLINIQUE DU LANDY 23 RUE DU LANDY – 93400 ST OUEN					
T 01 49 45 84 66 F 01 42 55 30 60 j.carzon@wanadoo.fr					
F.1.16. Médecine physique et de réadaptation F.9. Sécurité sociale					

CASPER Thierry HOPITAL LAPEYRONIE MEDECINE LEGALE – 34295 MONTPELLIER CEDEX 5 T 04 67 33 85 86 P 06 03 84 61 93 thierry@legiste.fr F.1.14. Médecine générale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire CATTIN Jean-Michel 5 BOUJ EVARD ARISTIDE BRIAND — 93100 MONTREUIL T 01 42 87 24 00 P 06 60 67 24 00 F 01 48 59 90 45 cabimc@orange.fr G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire G.1.3. Autopsie et thanatologie CAZAGOU Jean Frantois CENTRE HOSPITALIER – BP 30407 – 28018 CHARTRES CEDEX T 02 37 30 30 59 P 06 86 97 01 28 F 02 37 30 30 89 jfcazagou@ch-chartres.fr F.3.2. Chirurgie générale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire CHABANON Gérard HOPITAL LA GRAVE – TSA 60033 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9 T 05 61 77 80 12 P 06 31 26 19 65 chabanon.g@chu-toulouse.fr F.5.2. Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière CHAIGNEAU Gaël 109 RUE DE LA REPUBLIQUE - 83140 SIX FOURS T 04 94 25 85 50 P 06 13 45 31 10 F 04 94 25 97 13 gael.chaigneau@sfr.fr F.1.26. Pneumologie F.9. Sécurité sociale G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire CHANEAC DILLY Monique 2 BIS RUE BALZAC - 94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES T 01 43 89 06 63 P 06 75 86 96 48 F 01 43 82 49 68 dr.m.chaneac@orange.fr F.3.11. Ophtalmologie CHANZY Michel 74 RUE DE LA TOMBE-ISSOIRE - 75014 PARIS T 01 43 27 29 11 P 06 12 46 82 58 F 01 43 20 49 43 chanzy.michel@gmail.com F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique F.9. Sécurité sociale CHARRIER Pierre 3, PLACE DE L'EGLISE – 80310 LA CHAUSSEE TIRANCOURT T 03 22 51 45 64 P 06 07 36 83 57 F 03 22 51 21 09 doc.p.charrier@wanadoo.fr F.1.14. Médecine générale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire CHASTANG Frédéric 13 AVENUE ALSACE LORRAINE - 19100 BRIVE T 05 55 24 55 56 F 05 55 17 08 57 vito19@orange.fr

F.1.14. Médecine générale F.1.18. Médecine vasculaire

CHAUVET Jacques Louis 23 AVENUE DE PARIS - BP 145 - 94304 VINCENNES CEDEX

T 09 65 13 21 08 P 06 86 93 49 98 F 01 58 64 37 72

iacqueschauvet@orange.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHICHE Bernard CLINIQUE BLOMET - 136 BIS RUE BLOMET - 75015 PARIS

T 01 45 65 86 07 P 06 07 49 51 86 F 01 47 83 91 99

prbchiche@gmail.com

F.3.2. Chirurgie générale

CHIDIAC Antoine 31 Rue Georges Joignet - 27660 BEZU SAINT ELOI P 06 19 05 06 94 a.chidiac@yahoo.fr F.5.10. Pharmacologie biologique F.5.7. Hématologie biologique F.5.8. Immunologie biologique COGAN Daniel 49 RUE DE LISBONNE - 75008 PARIS T 01 43 65 82 31 P 06 09 68 94 79 F 01 43 65 82 31 daniel.cogan@wanadoo.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique 8 BOULEVARD VICTOR HUGO - 30133 LES ANGLES **COMPERE Georges Louis** T 04 90 25 29 18 F 04 90 25 48 59 glcompere@mac.com F.1.14. Médecine générale **COSTAGLIOLA DI POLIDORI Rémi** CHU RANGEUIL - PSYCHIATRIE - TSA 50032 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9 T 05 61 32 28 59 P 06 14 69 27 78 F 05 61 32 21 77 costagliola.r@chu-toulouse.fr G.1.2. Anthropologie d'identification G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire G.1.6. Criminalistique, scènes de crime F.9. Sécurité sociale COSTE Jean RESIDENCE ARIEGE (BAT A) 4 RUE DE BASTIT BP 466 – 34505 BEZIERS CEDEX T 04 67 49 36 80 P 06 79 80 24 39 F 04 67 28 93 47 dr.jean.coste@wanadoo.fr F.1.14. Médecine générale F.9. Sécurité sociale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire **COUDANE** Henry FACULTE DE MEDECINE - 9 AVENÚE DE LA FORET DE HAYE - BP 184 - 54505 VANDOEUVRE CEDEX T 03 83 68 37 10 P 06 22 77 73 13 F 03 83 68 37 19 henry.coudane@wanadoo.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire DANO Yves 11 BIS RUE DE MONS - 91200 ATHIS MONS T 01 69 84 86 00 P 06 07 91 51 93 F 01 69 57 52 46 dano.yves@free.fr F.9.3.2. Chirurgie générale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire **DANTCHEV Nicolas** HOTEL DIEU – UNITE DE PSYCHIATRIE – 1 PLACE DU PARVIS NOTRE DAME – 75004 PARIS T 01 42 34 84 35 P 06 09 14 96 92 F 01 42 34 84 33 nicolas.dantchev@htd.aphp.fr F.2.1. Psychiatrie d'adultes DAYEZ Jacques 685 ROUTE DE MENTHONNEX - 74370 ARGONNAY T 04 50 09 74 01 P 06 83 34 65 71 F 04 50 09 74 33 ortho74@wanadoo.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

**DE BERAIL JAMET Jacqueline** 13 RUE FREDERIC PETIT – 31500 TOULOUSE

P 06 80 07 74 92

F.1.16 Médecine physique et de réadaptation

i2berail@yahoo.fr

DE BERTRAND PIBRAC Pierre FHPAD BELLEVUE - 18021 BOURGES T 02 48 57 88 45 P 06 61 51 86 13 F 02 48 67 94 12 p.débertrand@mr-bellevue.com F.1.15. Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement DE BRIER Christian INSTITUT MEDICO-LEGAL DE PARIS – 2 PLACE MAZAS – 75012 PARIS T 01 45 44 99 22 P 06 09 77 09 86 F 01 45 44 99 22 docteur@de-brier.com G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire **DE MESTIER DU BOURG Philippe** 19 RUE AMPERE - 75017 PARIS T 01 40 61 11 22 P 06 11 88 84 31 F 01 40 61 11 28 ph.demestier@wanadoo.fr F.3.1. Chirurgie digestive DELLAC Muriel 35 PLACE DE L'EUROPE - 73200 ALBERTVILLE T 04 79 32 31 39 P 06 07 99 11 87 F 04 79 32 31 27 daralille@gmail.com F.3.11 Ophtalomologie **DEMARLY Christophe** 14 RUE DU 11 NOVEMBRE - 59400 CAMBRAI T 03 27 74 99 37 F 03 27 81 33 73 cdemarly@nordnet.fr F.1.14. Médecine générale F.1.17. Médecine et santé du travail F.9. Sécurité sociale G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire **DEVENDEVILLE Joël** 36 RUE CHANTRELLE - 02100 SAINT QUENTIN T 03 23 08 16 92 P 06 03 06 08 20 F 03 23 65 37 32 J.Devendeville@wanadoo.fr G.1.3. Autopsie et thanatologie F.9. Sécurité sociale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire **DHUMERELLE Gilbert** 4 RUE AGUADO – 92230 GENNEVILLIERS

T 01 47 94 06 20 P 06 12 35 27 35 F 01 47 99 04 20 g.dhumerelle@free.fr

F.1.14. Médecine générale

**DOUTREMEPUICH Christian** 43 AVENUE DE LA REPUBLIQUE — 33019 BORDEAUX CEDEX T 05 57 22 03 03 F 05 57 22 04 04 direction@adn-laboratoire.com G.2.3. Biologie d'identification

**DUBEC Michel** 6 RUE DE LESDIGUIERES - 75004 PARIS T 01 42 71 58 16 P 06 07 19 61 50 F 01 42 71 21 94

dubec@wanadoo.fr

F.2. Psychiatrie F.2.2. Pédo-Psychiatrie

DUCASSE Alain CHR – OPHTALMOLOGIE – 51192 REIMS CEDEX

T 03 26 78 70 99 P 06 08 21 27 63 F 03 26 78 46 87 ducasse.alain@wanadoo.fr

F.3.11. Ophtalmologie

**DUCOMMUN Philippe** 53 RUE MONTESSUY - 91260 JUVISY SUR ORGE

T 01 69 21 01 89 P 06 07 78 99 72 F 01 69 21 16 91 pducommun001@cegetel.rss.fr

F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**DUMESNIL Jean-Jacques** 10 PLACE DE LA ROUGEMARE – 76000 ROUEN T 02 35 07 51 51

F.1.14. Médecine générale

**DUMONTIER Christian** INSTITUT DE LA MAIN – 6 SQUARE JOUVENET – 75016 PARIS

T 01 42 15 42 06 P 06 89 37 46 96 F 01 42 15 40 08

ch.dumontier@gsante.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

**DUNAUD Jean-Louis** CH SAINT QUENTIN (C9) – BP 608 – 02321 SAINT QUENTIN Cedex

T 03 23 06 71 59 P 06 82 99 66 48 F 03 23 06 74 67

jl.dunaud@ch-stquentin.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique F.9. Sécurité sociale

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire

**DURAND Joelle** 4 RUE RIVALS – 31000 TOULOUSE

T 05 61 21 39 77 F 05 61 12 00 71

F.1.8. Endocrinologie et maladies métaboliques

**DUROY Alain** 18 CHEMIN DES COLLINES CANTON DU VALAIS – 1950 SION – SUISSE

T 00 41 27 32 13 16 7 P 06 27 45 33 07 F 00 41 27 32 13 16 7

duroy.alain@bluewin.ch

F.3.9. Gynécologie-obstétrique

**EBELIN Michel** 32 BIS RUE PERIGNON – 75015 PARIS

T 01 40 56 95 50 F 01 47 34 08 89

dr.ebelin@wanadoo.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

**EBERLE Franτois** 20 RUE DU 22 NOVEMBRE − 67000 STRASBOURG

T 03 88 32 42 68 P 06 80 10 19 56 F 03 88 22 23 62

eberlefr@msn.com

F.3.12. Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale

**ESTEVE Christine** 

HOPITAL DE FONTAINEBLEAU – 55 BD DU MARECHAL JOFFRE – 77300 FONTAINEBLEAU

T 01 60 74 11 74 P 06 08 18 98 91 F 01 69 89 90 28

estev@club-internet.fr

F.3.11. Ophtalmologie

FISCHER Georges 32 RUE MALESHERBES – 69006 LYON

T 04 37 42 18 97 P 06 20 67 85 15 F 04 37 47 98 67

georgesfischer0710@orange.fr

F.3.10. Neurochirurgie

**FLIPO Bernard** CENTRE LACASSAGNE AVENUE DE VALOMBROSE – 06189 NICE CEDEX 2

T 04 92 03 14 37 P 06 11 52 09 03 F 04 92 03 15 68

bernard.flipo@gmail.com

F.3.2. Chirurgie générale F.1.11. Gynécologie médicale F.3.9. Gynécologie-obstétrique

**FURIOLI Jean** 

HOPITAL DE MANTES – SERVICE DE PEDIATRIE – 2 BOULEVARD SULLY – 78200 MANTES LA JOLIE

T 01 34 97 40 00 P F 01 34 97 42 00

j.furioli@ch-mantes-la-jolie.fr

F.1.24. Pédiatrie

GADRAS Patrick 13 RUE DU DOCTEUR CABRE - 97100 BASSE TERRE

T 05 90 81 38 94 P 06 90 59 93 78

pat.gadras@mediaserv.net

F.1.11. Gynécologie médicale F.3.9. Gynécologie-obstétrique

GAISNE Etienne CLINIOUE JEANNE D'ARC 21 RUE DES MARTYRS – 44100 NANTES T 02 51 84 88 84 P 06 62 03 43 43 F 02 51 84 88 12 egaisne@hotmail.com F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique GARABEDIAN Erea HOPITAL TROUSSEAU – 26 AVENUE DU DR NETTER – 75012 PARIS T 01 44 73 63 25 P 06 19 94 60 44 F 01 44 73 61 08 noel.garabedian@trs.aphp.fr F.3.12. Orl et chirurgie cervico faciale GELIS Robert 4 RUE DU JONCTIER - 27930 LE VIEIL EVREUX T 02 32 67 07 50 P 06 08 86 74 10 F 02 32 67 07 50 gelisrobert@orange.fr F.1.17. Médecine et santé du travail G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire GILAIN Laurent CHU G. MONTPIED ORL BP 69 – 63033 CLERMONT FERRAND CEDEX 1 T 04 73 75 16 80 F 04 73 75 16 82 lgilain@club-internet.fr F.3.12. Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale GIMENEZ Bernard Villa Erletegia 7 Rue de la Pena – 64600 ANGLET T 05 59 63 16 91 P 06 11 66 81 69 F 05 59 31 01 83 gimenez.bernard@numericable.fr G.1.3. Autopsie et thanatologie F.9. Sécurité sociale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire GIZARDIN Dominique CLINIQUE BLOMET - 136 BIS RUE BLOMET - 75015 PARIS P 06 82 97 12 10 F 01 84 10 04 23 gizardin@gmail.com F.1.3. Anesthésiologie et réanimation F.9. Sécurité sociale GOLDBERG Daniele 6 SQUARE JOUVENET - 75016 PARIS T 01 42 15 41 10 P 06 07 34 95 06 F 01 42 15 40 06 danielegoldberg@yahoo.fr F.1.27. Rhumatologie GOMIS Robert POLYCLINIQUE GRAND SUD ST ANDRE DE CODOLS - 30900 NIMES T 04 66 04 88 22 P 06 16 39 86 93 F 04 66 64 69 42 gomis.robert@wanadoo.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique GOSSELIN Pierre 15 PLACE SEBASTOPOL - 59000 LILLE T 03 20 57 75 87 P 06 03 36 43 43 F 03 20 12 92 14 p.gosselin@wanadoo.fr F.3.11. Ophtalmologie F.9. Sécurité sociale GOZET GÉRARD RESIDENCE ORSAY B2/89 – 630 AVENUE DE LA REPUBLIQUE – 59000 LILLE T 03 20 55 44 23 P 06 62 40 44 23 F 03 20 55 44 23 ggozet@nordnet.fr F.4.1.2. Neuro-imagerie GOZLAN Eric 1 RUE DE MEDICIS - 75006 PARIS T 01 40 51 02 01 F 01 40 51 04 50 ericgozlan@libertysurf.fr F.1.16. Médecine physique et de réadaptation **GUTERMAN Roland** HOPITAL DE CHARTRES - CHIRURGIE VISCERALE - BP 30407 - 28018 CHARTRES CEDEX T 02 37 30 30 59 P 06 80 62 26 23 F 02 37 30 30 89 rguterman@ch-chartres.fr

F.3.2. Chirurgie générale

GUYARD Claude CLINIQUE DES CEDRES CHATEAU D'ALLIEZ – 31700 CORNEBARRIEU T 05 62 13 32 06 P 06 07 25 38 74 F 05 62 13 32 05 dr.guyard.c@wanadoo.fr F.1.16. Médecine physique et de réadaptation HAERTIG Alain CHU PITIE-SALPETRIERE 83 BD DE L HOPITAL – 75651 PARIS CEDEX 13 T 01 42 17 71 41 F 01 42 17 71 58 alain.haertig@psl.aphp.fr F.3.13. Urologie G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire 24 RUE ACHILLE BOISNEUF - 97110 POINTE A PITRE HALLEY Guy T 05 90 82 53 73 P 06 90 55 69 59 F 05 90 83 90 29 guyhalley@wanadoo.fr F.3.9. Gynécologie-obstétrique F.1.11. Gynécologie médicale F.9. Sécurité sociale HEISSLER Pierre CENTRE HOSPITALIER LAENNEC BP 72 – 60109 CREIL CEDEX T 03 44 61 61 43 F 03 44 61 61 40 pierre.heissler@ch-creil.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique HERMABESSIERE Jean 22 D AVENUE PAUL BERT - 63400 CHAMALIERES T 04 73 42 39 51 P 06 07 87 23 72 ihermabessiere@orange.fr F.3.13. Urologie HORAY Pascal 146 RUE DE L'UNIVERSITE - 75007 PARIS T 01 47 05 70 05 F 01 53 59 10 86 phoray@noos.fr F.3.6. Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique; brûlologie **HUBINOIS Philippe** 16 RUE PICOT - 75116 PARIS T 01 39 76 50 54 P 06 07 45 25 72 F 01 39 76 50 54 philippe.hubinois@wanadoo.fr F.3.2. Chirurgie générale HUREAU Jacques 85 AVENUE EMILE THIEBAULT - 78110 LE VESINET T 01 39 76 07 36 P 06 86 92 50 43 F 01 39 76 07 36 ihureau@noos.fr F.3.1. Chirurgie digestive ISTRIA Roland HOTEL DIEU - UMJ - 2 PLACE DU PARVIS NOTRE DAME - 75004 PARIS T 01 42 34 82 29 P 06 74 13 66 85 F 01 42 34 82 55 rolistria@wanadoo.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique IZAC Paul 15 RUE FLORIAN - 87000 LIMOGES T 05 55 50 50 50 P 06 66 24 77 74 F 05 55 05 97 84 izac.p.87000@orange.fr F.1.14. Médecine générale F.1.15. Médecine interne F.9. Sécurité sociale G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel JAMMET Patrick CHU LAPEYRONIE - 34295 MONTPELLIER CEDEX 5 T 04 67 33 82 34 P 06 09 09 86 77 F 04 67 33 68 42 p-jammet@chu-montpellier.fr F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie JANIN André 30 CHEMIN DU MOULIN D'ARCHE - 69450 ST CYR AU MONT D OR T 04 78 35 08 35 P 06 89 93 82 64 andre.janin@wanadoo.fr F.1.6. Cardiologie F.9. Sécurité sociale

<b>JEULIN Christian</b> 16 RUE DES GLEUX — 70200 LURE <b>T</b> 03 84 62 72 46 <b>P</b> 06 20 54 89 61 <b>F</b> 03 84 30 29 48 F.1.14. Médecine générale	dr.c.jeulin@wanadoo.fr
JOREST Roland HOPITAL LAENNEC – BP 72 – 60109 CREIL CEDEX T 03 44 61 62 41 P 06 16 72 78 61 F 03 44 61 62 40 F.3.13. Urologie	roland.jorest@ch-creil.fr
JOSSAY Michel 141 RUE DE LONGCHAMP – 75016 PARIS F.1.7. Dermatologie – vénérologie F.9. Sécurité sociale	michel.jossay@wanadoo.fr
KAPRON Anne-Marie 74 RUE RODIER BP 230 – 75423 PARIS CEDE T 01 42 80 25 11 P 06 09 49 26 48 F.3.2. Chirurgie générale F.3.6. Chirurgie plastique, reconstructrice, F.3.8. Chirurgie vasculaire	amkapron@wanadoo.fr
KOHAN Patrick 18 RUE DE LA COMMANDERIE – 54000 NANCY T 03 83 90 33 22 F 03 83 28 40 82 F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	patrick.kohan@libertysurf.fr
<b>KUHN Philippe</b> 56 BIS RUE BOUCHER DE PERTHES — 80100 ABBE T 03 22 24 97 93 F 03 22 24 33 95 F.9. Sécurité sociale G.1.3. Autopsie et thanatologie	ph.kuhn@wanadoo.fr
G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatole  LAHON Gérard CABINET SOLFERINO – 47 BIS RUE JEAN LECANUET	
	- 76000 ROUEN
<b>T</b> 02 35 89 56 41 <b>P</b> 06 13 49 65 29 <b>F</b> 02 35 89 01 02 G.1.3. Autopsie et thanatologie	gerard.lahon@laposte.net
G.1.3. Autopsie et thanatologie	
G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatolo  LANCE Dominique 64 RUE LABROUSTE – 75015 PARIS T 01 44 19 50 00 F 01 44 19 51 88	ogie séquellaire lance.d@wanadoo.fr
G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie LANCE Dominique 64 RUE LABROUSTE – 75015 PARIS T 01 44 19 50 00 F 01 44 19 51 88 F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique LASCOMBES Pierre HOPITAL DE BRABOIS – 5 ALLEE DU MORVAN – 54511 VANDOEUVR T 03 83 15 47 15 P 06 07 96 28 81 F 03 83 15 47 15	lance.d@wanadoo.fr
G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie LANCE Dominique 64 RUE LABROUSTE – 75015 PARIS T 01 44 19 50 00 F 01 44 19 51 88 F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique LASCOMBES Pierre HOPITAL DE BRABOIS – 5 ALLEE DU MORVAN – 54511 VANDOEUVR T 03 83 15 47 15 P 06 07 96 28 81 F 03 83 15 47 15 F.3.3. Chirurgie infantile LATTES Guy 68 RUE THEODORE DE BEZE – 89000 AUXERRE T 03 86 52 27 04 F 03 86 52 27 04	lance.d@wanadoo.fr  E LES NANCY CEDEX p.lascombes@chu-nancy.fr  guy.lattes0701@orange.fr
G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie LANCE Dominique 64 RUE LABROUSTE – 75015 PARIS T 01 44 19 50 00 F 01 44 19 51 88 F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique LASCOMBES Pierre HOPITAL DE BRABOIS – 5 ALLEE DU MORVAN – 54511 VANDOEUVR T 03 83 15 47 15 P 06 07 96 28 81 F 03 83 15 47 15 F.3.3. Chirurgie infantile LATTES Guy 68 RUE THEODORE DE BEZE – 89000 AUXERRE T 03 86 52 27 04 F 03 86 52 27 04 F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie LAYET Antoine 41 RUE DU DOCTEUR GEORGES – 76600 LE HAVRI T 02 32 73 31 75 F 02 32 73 31 77	lance.d@wanadoo.fr  E LES NANCY CEDEX p.lascombes@chu-nancy.fr  guy.lattes0701@orange.fr  antoinelayet@free.fr

**LEBRUN Christophe** 72 CHEMIN DU LAC - 73100 TRESSERVE

T 04 79 88 18 54 P 06 85 11 65 71 F 04 79 88 18 54

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

chris.lebrun@orange.fr

**LEHOT Jean Jacques** 

HOPITAL CARDIOLOGIQUE 28 AVENUE DU DOYEN LEPINE - 69677 BRON CEDEX

T 04 72 11 89 33 F 04 72 35 73 14

jean-jacques.lehot@chu-lyon.fr

F.1.3. Anesthésiologie et réanimation

**LENOBLE Eric** CLINIQUE JOUVENET – 18 RUE JOUVENET – 75016 PARIS

T 01 42 15 42 10 P 06 80 74 55 28

eric.lenoble@wanadoo.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEPORI Jean-Claude 23 BOULEVARD DE L'EUROPE - 54500 VANDOEUVRE

T 03 83 57 11 85 P 06 08 45 63 78 F 03 83 57 21 07

lepori@club-internet.fr

F.3.11. Ophtalmologie

LEREDE Daniel 12 BOULEVARD ROCHEPLATTE - 45000 ORLEANS

T 02 38 53 03 30 P 06 60 99 87 03 F 02 38 77 28 82

cabexp.lerede@orange.fr

F.1.14. Médecine générale

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire

LIECHTMANEGER Hervé 3 RUE D'ALSACE LORRAINE - 97420 LE PORT REUNION

T 02 62 43 22 20 P 06 92 87 29 05 F 02 62 43 03 89

hliecht@ool.fr

F.1.6. Cardiologie

LIGNAC Frantois 8 RUE DE FIGEAC - 31450 BELBERAUD

T 05 61 83 28 19 P 06 22 90 12 41 F 05 61 83 28 19

francois.lignac@gmail.com

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique F.9. Sécurité sociale

LOISEL Jean-Claude

RESIDENCE DEBUSSY C 34 BEAUVAL – 12 PASSAGE BERTOLT BRECHT – 77100 MEAUX

T 01 64 33 30 30 P 06 82 88 46 89

JC.Loisel@wanadoo.fr

F.3.9. Gynécologie-obstétrique

MACHIN Robert 92 BOULEVARD JEAN JAURES – 54000 NANCY

T 03 83 55 59 11 P 06 08 00 73 32 F 03 83 56 85 99

robert.machin@wanadoo.fr

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire

MAILLON Patrick 26 RUE DE LA BADOUILLERE – 42000 SAINT ETIENNE

T 04 77 49 38 03 P 06 10 20 64 62 F 04 77 49 38 09

maillon.expertise@gmail.com

F.1.14. Médecine générale

MANAOUIL Cécile CHU NORD PLACE VICTOR PAUCHET – 80054 AMIENS CEDEX 1

T 03 22 66 83 84 P 06 16 70 08 12 F 03 22 66 88 40

manaouil.cecile@chu-amiens.fr

G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et

traumatologie séquellaire

MANDRON Didier 3 AVENUE PASTEUR – 21140 SEMUR EN AUXOIS didiermandron@aol.com T 03 80 89 65 27 P 06 13 63 61 50 F 03 80 89 64 68 F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique MARCHAL Olivia 8 AVENUE VILLEMAIN - 75014 PARIS P 06 08 07 10 67 omarchal@club-internet.fr F.8.3. Ingénierie MARCOVITCH Joël 1 BOULEVARD D'ARAGON - 64000 PAU T 05 59 27 32 95 P 06 98 01 32 95 F 05 31 60 63 83 joel@marcovitch.net F.3.9. Gynécologie-obstétrique MARTIN LEBRUN Elisabeth 635 Avenue de Mazargues - 13009 MARSEILLE P 06 74 79 07 50 e.m-l@orange.fr F.1.24. Pédiatrie MARTINON François 57 AVENUE DE LA FOLATIERE - 38480 PONT DE BEAUVOISIN T 04 76 32 88 34 P 06 14 79 29 49 F 04 76 32 88 34 martinon.francois@orange.fr F.3.1. Chirurgie digestive F.3.2. Chirurgie générale F.9. Sécurité sociale 54 AVENUE DE LA BOURDONNAIS - 75007 PARIS MASSON Xavier T 01 47 05 30 26 P 06 64 14 84 43 F 01 45 56 14 77 xaviermasson@free.fr F.2.1. Psychiatrie d'adultes MAZIERES Henri 40 RUE DU COTEAU – 76130 MONT SAINT AIGNAN T 02 35 71 78 60 P 06 67 36 55 66 henri.mazieres@sfr.fr F.2.1. Psychiatrie d'adultes MELIN Joëlle PARC D'ACTIVITES DE NAPOLLON – 35 AVENUE DE LASCOURS – 13400 AUBAGNE T 04 42 84 14 98 P 06 08 25 73 51 F 04 42 03 66 14 melin.joelle@wanadoo.fr F.1.16. Médecine physique et de réadaptation MENES Roch André 23 AVENUE DE CHARADE BOISSEJOUR - 63122 CEYRAT T 04 73 61 42 12 P 06 09 41 27 83 rochandre.menes@wanadoo.fr F.3.2. Chirurgie générale F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie F.3.6. Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique; brûlologie MERCIER Jean-Frantois 5 RUE DUBRUNFAUT - 75012 PARIS T 01 43 47 45 60 F 01 43 47 55 11 j.f.mercier@hotmail.fr F.1.14. Médecine générale G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire MIFSUD Jean Jacques 7 RUE DE SAINT EXUPERY – 69002 LYON T 04 78 37 20 20 jean-jacques@mifsud.fr F.1.16. Médecine physique et de réadaptation MILLIEZ Jacques HOPITAL ST-ANTOINE - 184 RUE DU FAUBOURG SAINT ANTOINE - 75012 PARIS T 01 49 28 28 76 F 01 49 28 27 57 j.milliez@sat.aphp-paris.fr F.3.9. Gynécologie-obstétrique

#### **MONDIE Jean-Michel**

HOTEL DIEU - CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - 63058 CLERMONT FERRAND CEDEX 01

T 04 73 75 01 02 P 06 63 40 35 83 F 04 73 75 01 03 jmmc

jmmondie@chu-clermontferrand.fr

F.3.4. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MONESTIER-CARLUS Danièle 83 RUE MARECHAL FOCH — 66000 PERPIGNAN

T 04 68 34 11 66 P 06 63 82 28 79 F 04 68 35 44 17

danielemonestier@wanadoo.fr

F.3.11. Ophtalmologie

MONTEIL Jean Paul HOPITAL LARIBOISIERE – ORL – 2 RUE AMBROISE PARE – 75010 PARIS

T 01 49 95 64 97 P 06 12 65 24 80

jean-paul.monteil@lrb.aphp.fr

F.3.12. Orl et chirurgie cervico-faciale

**MSELATI Jean-Claude** 

HOPITAL D'ORSAY – PEDIATRIE ET NEONATALOGIE – BP 27 – 91401 ORSAY CEDEX

T 01 69 29 75 75 P 06 14 83 52 24 F 01 69 29 76 85

j.c.mselati@ch-orsay.fr

F.1.24. Pédiatrie

NOYER Daniel LE CADUCEE 93 RUE DE LA LIBERATION - 38300 BOURGOIN JALLIEU

T 04 74 28 20 14 F 04 74 28 76 33

daniel.noyer1@wanadoo.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

ORST Gérard 17 RUE HOTEL DES POSTES - 06000 NICE

**T** 04 93 16 16 02 **P** 06 15 02 96 63 **F** 04 93 16 21 10

expert.orst@yahoo.fr

F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique

PACALON Dominique 7 RUE DES GRANGES – 25000 BESANCON

T 03 81 82 00 17 P 06 08 78 25 44 F 03 81 81 07 99

dopacalon@yahoo.fr

F.3.11. Ophtalmologie

PASTY Nicole HOPITAL DUPOUY – BIOLOGIE DE LA PROCREATION – 95107 ARGENTEUIL CEDEX

T 01 34 23 11 11 P 06 86 50 39 33 F 01 34 23 11 67

nicole.pasty@ch-argenteuil.fr

F.1.4. Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PEPIN Gilbert SAS TOXLAB - 7 RUE JACQUES CARTIER - 75018 PARIS

T 01 58 59 28 00 P 06 13 56 45 72 F 01 58 59 28 01

toxlab@wanadoo.fr

G.1.08. Produits stupéfiants et dopants

PERESSON Genevieve 21 RUF ALSACE LORRAINE - 31400 TOULOUSE

T 05 61 23 34 84 P 06 19 65 32 89

docteur.peresson@wanadoo.fr

F.2.1. Psychiatrie d'adultes

PETITMENGIN Pascal 26 RUE DE VERDUN — 54800 JARNY

T 03 82 33 07 76 F 03 82 33 33 49

ppetitmengin001@rss.fr

F.1.14. Médecine générale

G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire

PIEDELIEVRE Christian 50 RUE LECOURBE – 75015 PARIS T 01 42 73 09 09 P 06 50 39 65 69 F 01 42 73 09 99 G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatol	piedelievre@aol.com
PIERMONT Jean Michel         7 RUE ADAM BILLAUD – 58000 NEVERS           T 03 86 59 30 28         F 03 86 36 64 67           F.1.27. Rhumatologie         F.1.14. Médecine générale	jmcpiermont@aliceadsl.fr
PIGACHE Bernard SERVICE MEDICAL CDE – BP 4 – 76380 CANTELE T 02 35 52 43 09 P 06 80 12 40 81 F 02 35 52 43 13 F.1.14. Médecine générale F.9. Sécurité sociale	b.pigache@free.fr
PIQUET Pierre Marie 276 BOULEVARD SAINT GERMAIN - 7500 P 06 07 31 16 39 F.3.9. Gynécologie-obstétrique	epiquet@free.fr
<b>PLU Isabelle</b> INSTITUT MEDICO LEGAL – 2 PLACE MAZAS – 75012 FT 01 44 75 47 00 P 06 19 55 47 49 F 01 44 75 47 15 G.1.3. Autopsie et thanatologie	depluzen plus@wanadoo.fr
<b>POURRIAT Jean-Louis</b> HOTEL DIEU – 1 PLACE DU PARVIS NOTRE <b>T</b> 01 42 34 88 19 <b>P</b> 06 07 23 42 21 <b>F</b> 01 42 34 85 53 F.1.3. Anesthésiologie et réanimation	DAME – 75181 PARIS CEDEX 01 jeanlouispourriat@mac.com
<b>PRIES Pierre</b> CHU DE LA MILETRIE- BP 577 – 86021 POITIERS <b>T</b> 05 49 44 38 60 <b>P</b> 06 86 93 15 38 <b>F</b> 05 49 44 41 12 F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique	p.pries@chu-poitiers.fr
<b>RACINET Claude</b> 189 CHEMIN DE L'ENCLOS – 38320 BRIE ET ANG T 04 76 73 67 93 <b>P</b> 06 03 62 06 16 <b>F</b> 04 76 73 67 93 F.3.9. Gynécologie-obstétrique	ONNES claude.racinet@orange.fr
RENARD Philippe 32 BOULEVARD ARAGO - 75013 PARIS	
T 01 44 39 53 35 P 06 03 70 20 32 F 01 45 49 13 75 F.3.11. Ophtalmologie	prenard@institut-vernes.fr
T 01 44 39 53 35 P 06 03 70 20 32 F 01 45 49 13 75 F.3.11. Ophtalmologie  REY-SALMON Caroline HOTEL DIEU – UMJ – 75181 PARIS CEDEX C	
T 01 44 39 53 35 P 06 03 70 20 32 F 01 45 49 13 75 F.3.11. Ophtalmologie  REY-SALMON Caroline HOTEL DIEU – UMJ – 75181 PARIS CEDEX Caroline care	01 roline.rey@htd.ap-hop-paris.fr
T 01 44 39 53 35 P 06 03 70 20 32 F 01 45 49 13 75 F.3.11. Ophtalmologie  REY-SALMON Caroline HOTEL DIEU – UMJ – 75181 PARIS CEDEX Car F.1.24. Pédiatrie  ROCHARD France 241 RUE DU FAUBOURG SAINT HONORE – 7500 T 01 58 05 11 24 P 06 82 45 50 43	01 roline.rey@htd.ap-hop-paris.fr 08 PARIS dr.f.rochard@orange.fr

RONDINI GILLI Eric 38 RESIDENCE DU PORT — 83990 SAINT TROPEZ T 04 94 97 09 24 P 06 03 00 03 29 F 04 04 97 87 40 erondinigi@aol.com F.3.12. Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale ROQUES Jacques Henri CLINIQUE PASTEUR 45 AVENUE DE LOMBEZ - 31076 TOULOUSE CEDEX 3 T 05 62 21 16 28 P 06 15 77 87 86 F 05 62 21 16 74 j.roques@clinique-pasteur.com F.3.1. Chirurgie digestive ROSSI Bernard CLINIQUE MATHILDE 4 RUE DE LESSARD – 76100 ROUEN T 02 32 81 15 50 F 02 32 81 15 51 bernard.rossi3@wanadoo.fr F.1.7. Dermatologie – vénérologie F.3.6. Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique 16 SQUARE H DE BALZAC - 91260 JUVISY SUR ORGE ROUFFET Frantois T 06 08 80 80 44 P 06 08 80 80 44 F 01 60 75 20 76 frouffet@orange.fr F.3.1. Chirurgie digestive ROUSSEAU Didier POLYCLINIQUE DE POITIERS – 86035 POITIERS CEDEX T 05 49 61 72 02 P 06 07 96 05 36 F 05 49 61 71 96 rousseaudidier@yahoo.fr F.3.1. Chirurgie digestive F.3.2. Chirurgie générale F.9. Sécurité sociale SADOUL Georges 36 AVENUE DE JOINVILLE - 94130 JOINVILLE P 06 86 46 53 58 georges.sadoul@wanadoo.fr F.3.9. Gynécologie-obstétrique SALMON Rémy Jacques 16 RUE OUDINOT – 75007 PARIS T 01 47 83 24 02 P 06 83 83 31 17 remy.salmon@wanadoo.fr F.3.2. Chirurgie générale SAVORNIN Claude 41 RUE D'AMSTERDAM - 75008 PARIS T 01 48 74 95 21 P 06 81 22 64 65 F 01 48 74 95 21 claude.savornin@wanadoo.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique SCHUHL Jean-Francois CLINIQUE MATHILDE 4 RUE DE LESSARD – 76100 ROUEN T 02 32 81 11 22 P 06 07 04 63 33 F 02 32 81 11 23 if@schuhl.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique F.9. Sécurité sociale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire SCHULIAR Yves 1 BOULEVARD THEOPHILE SUEUR - 93111 ROSNY SOUS BOIS CEDEX T 01 58 66 50 22 F 01 58 66 50 27 schuliar@yahoo.fr G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire SCHUPAK Michel 2 PLACE MAZAS - 75012 PARIS T 01 44 69 26 93 P 06 09 18 30 62 F 01 44 69 26 99 m.schupak@wanadoo.fr F.4.1. Radiologie et imagerie médicale SMADIA Claude HOPITAL ANTOINE BECLERE CHIRURGIE DIGESTIVE – 92141 CLAMART CEDEX

T 01 45 37 43 52 P 06 71 29 04 85 F 01 45 37 49 78

F.3.1. Chirurgie digestive

claude.smadja@abc.aphp.fr

SOUSSY Annie CHI DE CRETEIL 40 AVENUE DE VERDUN – 94000 CRETEIL T 01 45 17 52 85 P 06 11 04 81 72 F 01 45 17 52 80 annie.soussy@chicreteil.fr F.1.14. Médecine générale G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire SPITHAKIS Marceau 13 HAMEAU DU DANUBE - 75019 PARIS T 01 77 18 56 83 P 06 09 17 39 43 F 01 42 00 67 02 drspithakis@noos.fr G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire TABUTIN Jacques CENTRE HOSPITALIER 13 AVENUE DES BROUSSAILLES – 06400 CANNES T 04 93 69 71 30 F 04 92 18 67 30 i.tabutin@ch-cannes.fr F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique TACCOEN Marc INSTITUT MEDICO-LEGAL - 2 PLACE MAZAS - 75012 PARIS P 06 09 77 08 21 mtaccoen@nordnet.fr F.9. Sécurité sociale G.1.3. Autopsie et thanatologie G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel et traumatologie séquellaire TERVER Sylvain 12 RUE BARDOUX - 63000 CLERMONT FERRAND T 04 73 90 02 42 P 06 08 63 76 96 sterver@hotmail.com F.3.5. Chirurgie orthopédique et traumatologique THIBIERGE Martin NEURORADIOLOGIE DES QUINZE-VINGTS – 75571 PARIS CEDEX 12 T 01 40 02 16 51 P 06 11 39 55 72 F 01 43 40 87 85 thibierge@quinze-vingts.fr F.4.1. Radiologie et imagerie médicale F.4.1.2. Neuro-imagerie TISSERAND Marie-Josèphe 7 BIS PLACE DARCY BATIMENT C – 21000 DIJON T 03 80 30 65 94 F 03 80 49 92 70 drtisserandmi@wanadoo.fr F.1.27. Rhumatologie TISSOT-GUERRAZ Françoise FACULTE DE MEDECINE – 8 AVENUE ROCKEFELLER – 69008 LYON P 06 81 95 57 11 F 04 74 54 31 91 francoise.tissot-guerraz@orange.fr F.1.13. Maladies infectieuses, maladies tropicales **TOLLEMER René** 83 RUE DE BOURRASSOL - 31300 TOULOUSE T 05 61 42 33 91 P 06 10 65 86 40 F 05 62 21 00 29 rene.tollemer@laposte.net F.2. Psychiatrie F.1.14. Médecine générale F.9.2.1. Psychiatrie d'adultes TRAPÉ Florent HOPITAL RANGUEIL – PSYCHIATRIE – TSA 50032 31059 TOULOUSE CEDEX 9 T 05 61 32 34 15 P 06 80 17 67 97 F 05 61 32 31 87 trape.f@chu-toulouse.fr F.2.1. Psychiatrie d'adultes F.9. Sécurité sociale TRIVIER Dominique CENTRE HOSPITALIER – HYGIENE HOSPITALIERE – 62307 LENS CEDEX T 03 21 69 16 89 dtrivier@ch-lens.fr F.5.2. Bactériologie, virologie; hygiène hospitalière VAZQUEZ Pierre 123 BOULEVARD DIDEROT - 75012 PARIS T 01 40 19 96 20 P 06 13 27 02 30 pierre.vazquez@sfr.fr F.1.24. Pédiatrie

**VENDRELY Eric** 8 ALLEE DES TONNELIERS — 78320 LE MESNIL SAINT DENIS

T 01 30 43 46 89 P 06 81 94 12 87 eric.vendrely@gmail.com

F.5. BIOLOGIE MÉDICALE ET PHARMACIE

VERHAEGHE Pierre CHU – CHIRURGIE DIGESTIVE – 80054 AMIENS CEDEX 1

T 03 22 66 83 00 F 03 22 66 86 80 p.verhaeghe@experts-judiciaires.org

F.3.1. Chirurgie digestive F.3.2. Chirurgie générale

VINCENT Denis CHU CAREMEAU – MEDECINE INTERNE – 30029 NIMES CEDEX 9

T 04 66 68 32 99 P 06 77 75 65 36 denis.vincent@chu-nimes.fr

F.1.13. Maladies infectieuses, maladies tropicales F.1.14. Médecine générale

F.1.15. Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement

F.1.19. Néphrologie F.1.26. Pneumologie F.5.2. Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

**VOILLOT Claude** 23 RUE DE LA REPUBLIQUE – 45100 ORLEANS

T 09 64 14 05 63 P 06 88 65 46 91 F 02 38 53 09 46

cg.voillot@gmail.com

F.3.11. Ophtalmologie

ZINI Gérard CENTRE MEDICAL CHAVE - 126 BOULEVARD CHAVE - 13005 MARSEILLE

T 04 91 42 30 61 F 04 91 47 76 33

gerard.zini@wanadoo.fr

F.1.14. Médecine générale

Mon Cher collègue,

Vous appartenez à une compagnie régionale d'experts de justice. Nous vous proposons de rejoindre la Compagnie nationale des experts médecins, la CNEM, pourquoi ?

La CNEM a pour vocation de regrouper les experts médecins inscrits près une Cour d'appel ou agréés par la Cour de cassation et adhérant à une compagnie régionale d'experts de justice.

La CNEM s'est donné pour buts :

- -- la formation médico-légale et procédurale des experts ;
- -- la défense des intérêts des médecins experts de justice, l'arbitrage, la conciliation ;
- -- les échanges avec les diverses institutions intéressées ;
- -- un rôle de conseil pour ses membres.

La formation est d'abord assurée par la tenue d'un colloque annuel sur des thèmes variés auquel participent des hauts magistrats, des experts rompus à l'expertise judiciaire ou administrative, des enseignants. Ce colloque se déroule alternativement en province et à Paris.

La formation passe aussi par la participation active à des revues dont la revue « Expert » et le soutien aux formations organisées localement par les compagnies régionales.

La CNEM assure le suivi des publications concernant l'expertise et surveille également la jurisprudence. Ce suivi sera bientôt mis à la disposition des adhérents.

La CNEM participe à la défense des experts médecins d'une part au sein du Conseil national des compagnies d'experts de justice, interlocuteur de la chancellerie, mais elle a également l'écoute de la Cour de cassation et du Conseil d'État.

Les médecins sont très nombreux au sein du monde de l'expertise ce qui mérite une représentation adéquate. Votre présence et votre soutien sont donc particulièrement importants : rejoignez nous !

## **DEMANDE D'ADHESION**

## À adresser au Docteur Jean-Claude LOISEL

RESIDENCE DEBUSSY C 34 BEAUVAL – 12 PASSAGE BERTOLT BRECHT – 77100 MEAUX (formulaire « en ligne »: http://www.cnem.fr)

○ Madame	☐ Mademoiselle	☐ Monsieur				
<ul> <li>○ Docteur</li> </ul>	○ Professeur					
Prénom / Nom						
Date de naissance						
Adresse profess	ionnelle					
Téléphone						
Fax				1		
Mobile						
Adresse e-mail				g.		
Expert près la Co	our d'Appel de					
Spécialité(s) Nouvelle nome	nclature F					
Expert près la C	our de Cassation	○ Oui	□ Non			
Expert près les	Tribunaux administratifs	□ Oui	○ Non			
Membre de la compagnie des experts près la Cour d'Appel de (appartenance obligatoire à la compagnie des experts du ressort)						
Présenté(e) par (parrainage obt						
Présenté(e) par (parrainage ob						

## La CNEM remercie pour leur aide à l'organisation de ce colloque

Le Grand Hôtel Château Perrache

Les Assurances MACSF – Le sou médical





La Banque Société Générale



**Diazo Impressions** 



La Fête des Lumières, célébrée chaque année le 08 Décembre, est un évènement majeur de la vie culturelle lyonnaise.

Erigée sur la colline de Fourvière, la statue de la Vierge doit être inaugurée le 8 septembre 1852, pour commémorer le vœu des échevins de 1643 dans le but de conjurer le fléau de la peste.

Mais une crue de la Saône empêche cette cérémonie qui est reportée de quelques semaines. Le 8 décembre 1852, à la nouvelle date prévue pour l'inauguration, un orage important s'abat sur la ville et menace à nouveau la cérémonie.

Puis en début de nuit le ciel se dégage et la population allume spontanément des lumignons posés sur les fenêtres et descend dans les rues. Aujourd'hui la fête populaire qui perpétue la tradition avec ses façades illuminées, est accompagnée par des spectacles de lumières surprenants, dus à l'imagination des scénographes sur des lieux insolites, l'ensemble réalisant durant quatre jours une manifestation de portée internationale.