COMPAGNIE NATIONALE DES EXPERTS MEDECINS DE JUSTICE

XXII^{ème} COLLOQUE ANNUEL

SAMEDI 21 NOVEMBRE 2015

EVOLUTION DES MISSIONS D'EXPERTISES

L'Hôtel du Palais - (Photo R.M)

SOFITEL MIRAMAR
BIARRITZ

COMPAGNIE NATIONALE DES EXPERTS MEDECINS

DE JUSTICE

Evolution des missions d'expertise

XXII ème colloque annuel

Biarritz 21 Novembre 2015

Sommaire

	Page
Accueil – Dr B.Gimenez	5
Allocution de bienvenue Mr Veunac Maire de Biarritz	6
Propos Introductif Dr D.Monestier-Carlus – Présidente de la CNEMJ	8
Première Session	
L'avènement de la nomenclature Dintilhac Mme I. Bessière Roques – Déléguée générale adjointe de l'AREDOC	10
La mission type AREDOC d'expertise médicale en droit commun pour les compagnies d'assurances Dr Th Sulman – Rhumatologue – Médecin expert	20
Discussion	33
La mission d'expertise au civil	
Rôle de l'avocat dans l'élaboration de la mission Mtre I.Duguet – Bâtonnière - Bayonne	42
La problématique pour les experts Pr M.H Bernard – Dr F.Delarard – Dr Monestier Carlus	48
Le magistrat du siège. Mr G. Denard – Président du T G I de Bayonne	57
Discussion	62
Les spécificités	
Les missions pénales Mme B.Duhâa – Avocat général près la C.A de Pau	73
Les missions dans les juridictions administratives Mme A Guerin – Conseiller d'Etat –Présidente de la Cour administrative d'appel de Bordeaux	76
Les missions en C C I Mme D. Dibie Présidente de la CCI de Paris –Ile de France	92
Discussion	106

Deuxième session

La mission du psychiatre sapiteur 108
Dr J.C Penochet – Compagnie Nationale des experts Psychiatres

Prospectives

Projet de décret instituant une nomenclature des préjudices résultant d'une atteinte corporelle 117
Mme S.Menotti – Présidente-Chambre de l'instruction C.A Reims
Pr F.Bonnet – Chef de service –Anesthésie –Réanimation Paris 129
Vers une mission consensuelle 134
Mr R.Vanhasbrouck – Premier Président - C.A de Pau

Table ronde Europe

Pourquoi une mission européenne? 143
Dr R.Ménès – Premier Vice-Président –CNEMJ
La mission médicale en Espagne 145
Mtre P.Lopez – Avocat –Barreau de San Sébastian
La mission médicale en Allemagne et en Angleterre 153
Mtre C.H Caron –Avocat –Barreau de Paris
La mission consensuelle–Une mission européenne. 170
Mtre A.Cara –Avocat –Barreau de Pau.
Conclusion de la table ronde - Dr R.Ménès 177

Synthèse 178
Mtre P.de Fontbressin –Avocat –Barreau de Paris

Annuaire de la CNEMJ 183

Accueil

Dr B.Gimenez- CNEMJ

«Lehendakari Andrea,
Jaun Andreak ,
egun on eta ongi etorri , Euskal-Herian eta Miarritzen

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs,
Bonjour et bienvenue au Pays-Basque et à Biarritz «

Ce petit mot de bienvenue en langue basque pour rappeler que l'on entend aujourd'hui à Biarritz toutes les langues du monde mais aussi l'Euskara qui est la langue originelle de ce pays et s'enseigne à l'école depuis la maternelle jusqu'à l'Université.

Dans le logo de la ville de Biarritz on trouve une image qui rappelle un arbre avec ses racines profondes puisées dans sa culture pluri millénaire, et des branches, des bras tournées vers l'extérieur, ouverts sur le monde.

C'est aujourd'hui cet aspect cosmopolite que le visiteur découvre en venant à Biarritz et c'est pour cela aussi que je suis heureux de vous accueillir en qualité de responsable de l'équipe chargée de l'organisation de ce XXII ème « Colloque National des Médecins Experts de Justice ».

Mon équipe et moi-même, nous sommes à votre disposition pour que votre séjour à Biarritz soit des plus agréables, mais permettez-moi dès à présent de remercier les Services de l'Office du Tourisme de Biarritz et l'Agence «Yon Voyages » pour leur aide qui a été précieuse.

Mes remerciements aussi à Michel Veunac , Maire de Biarritz qui nous fait l'honneur d'être présent parmi nous malgré un emploi du temps chargé , venu spécialement pour vous souhaiter également la bienvenue.

M.Michel VEUNAC
Maire de Biarritz

Mme la Présidente, Mme la Procureure Générale de la République à Pau, M. le Premier Président, Mmes et MM. les Présidents de Cour, Mmes et MM. les Experts, je suis très heureux d'accueillir votre Colloque national, même si cette réunion se déroule dans les heures graves (*) que nous connaissons pour notre Pays, pour notre démocratie.

Je veux saluer évidemment les éminentes personnalités qui sont rassemblées pour ce colloque, outre les magistrats, les avocats; les médecins experts évidement puisque votre objectif est de rassembler tous ceux qui contribuent à la mission d'expertise.

Je salue également mon collègue le Docteur Bernard Gimenez dont je sais qu'il a pris une part active à la réussite de ce colloque.

En regardant de près le programme de vos travaux, je note que vous allez aborder les différentes facettes du médecin expert dans son rôle auprès de la Justice, lequel est décisif.

L'expertise médicale auprès de la Justice a beaucoup évolué, notamment parce que les moyens technologiques aussi ont progressé. Dans une vie antérieure, il y a deux ou trois décennies (plutôt trois **que** deux), j'ai fait beaucoup d'expertises psychologiques pour la Justice. Je vois aujourd'hui que les collègues qui font ce même travail disposent de moyens qui se sont considérablement renforcés, mais l'esprit de la mission reste le même, c'est à dire qu'il s'agisse de question médicale ou psychologique, c'est la même démarche: aller à la découverte d'une situation et la faire comprendre au Magistrat pour qu'il puisse juger en toute connaissance de cause.

Je veux aussi vous dire un mot de Biarritz pour tous ceux qui découvrent notre ville: Biarritz est une ville dont vous avez pu apprécier outre son climat changeant (je pense à ceux qui, hier

ont profité d'un temps doux et agréable, lors de la partie récréative du colloque en visitant la côte-basque de Biarritz à Bilbao) et la tempête qui a sévi ce matin. Avec cette météo capricieuse, vous n'aurez pas la tentation de vous évader de votre lieu de travail.

Biarritz est aussi une ville qui est née d'une histoire d'amour. En effet, vers 1850, une jeune aristocrate espagnole qui avait l'habitude de passer ses vacances ici à Biarritz , dans ce qui était alors un modeste petit port de pêcheurs, devint peu après Impératrice des Français en épousant Napoléon III.

Elle demanda à son impérial époux de lui construire une petite demeure d'été (qui est aujourd'hui l'Hôtel du Palais) et demeura fidèle à ce port des pêcheurs. Elle contribua ainsi à la renommée de Biarritz et de toute la région car très vite après être devenue impératrice, toutes les têtes couronnées d'Europe vinrent à Biarritz...pour découvrir les bains de mer et lancer ainsi cette mode nouvelle pour ses contemporains.

Aujourd'hui Biarritz est aussi une station privilégiée pour les surfeurs du monde entier.

Alors dans cette ville née d'une histoire d'amour, on tombe facilement amoureux de Biarritz et de sa région et c'est ce que je vous souhaite en espérant que vous reviendrez souvent pour en apprécier les charmes qui sont nombreux.

Je vous souhaite de bons travaux et vous remercie pour votre attention.

(* ...une semaine après l'attentat du 20 Novembre à Paris...)

Ouverture du colloque

Dr Monestier-Carlus – Présidente de la CNEMJ

Malgré un nouvel éclairage sur les postes de préjudices résultant du rapport de la commission présidée par Monsieur Jean Pierre Dintilhac en 2005, les missions d'expertises en droit commun relatives à l'indemnisation du dommage corporel, sont encore aujourd'hui souvent inadaptées et parfois confuses.

Avec le souci de couvrir toutes les conséquences possibles d'un accident, le juge des référés a tendance à envoyer une mission élargie résultant d'un copier-coller rigide qui en dénature le contenu et la rend incompréhensible. Peut-on établir en 2015 de manière consensuelle une mission unifiée, flexible et cohérente, applicable à l'ensemble des litiges résultant des dommages consécutifs à une atteinte corporelle ou accidentelle? Un tel modèle de mission existe-t-il déjà? Est-il possible de le concevoir?

Le travail de cette journée, par la contribution des magistrats, des avocats et des experts doit permettre, nous en sommes persuadés, de répondre à ces interrogations.

Je déclare ouverts les travaux de ce XXII ème colloque annuel de la CNEMJ.

Première session

L'avènement de la nomenclature Dintilhac

Mme I Bessières-Roques –Déléguée générale adjointe de l'AREDOC

Je rappelle en quelques mots que l'AREDOC est un organisme professionnel, bi-familial qui regroupe tous les assureurs et les réassureurs du marché français. L'objectif de cet organisme est de réfléchir sur la réparation du dommage corporel notamment sur l'indemnisation des victimes.

Le sujet sur lequel on m'a demandé de vous entretenir, c'est l'avènement de la nomenclature DINTILHAC et je remercie, les organisateurs de m'avoir permis de parler de cette œuvre toute particulière qu'est la nomenclature DINTILHAC puisque le résultat des travaux de ce groupe de travail s'est imposé sereinement, par capillarité si j'ose dire, à l'ensemble des intervenants au processus de réparation du dommage corporel.

Au cours de cette journée consacrée aux missions d'expertises nous allons voir que même si celles-ci sont très variées, toutes sont basées sur la nomenclature DINTILHAC. C'est pourquoi, pour les 10 ans de cette nomenclature, j'aurais aimé que ce soit Jean-Pierre DINTILHAC lui-même qui puisse nous la présenter. Il nous a quittés l'année dernière et je lui rends hommage par cette diapositive. Je voulais aussi très rapidement rendre hommage aux auteurs, de ce rapport. Voilà ils sont tous là, je ne les citerai pas bien entendu cela prendrait trop de temps! Quel est l'avenir d'une nomenclature aujourd'hui ? Son avènement repose sur des raisons historiques et pratiques.

A la fin des années 1990 et au début des années 2000, de nombreuses discussions voire des controverses se sont déroulées sur l'indemnisation de victimes de dommage

corporel; plusieurs éléments factuels concouraient à ce débat: Tout d'abord l'apparition dans les années 80 des actes de terrorisme, en France, (on est toujours dans le sujet malheureusement) puis un certain nombre de catastrophes naturelles telles que celles du sang contaminé la maladie de Creutzfeldt-Jakob, de l'amiante. Ces risques dits sériels ont conduit à la superposition de systèmes d'indemnisation spécifique assurés par des fonds spéciaux et obéissant à des évaluations nouvelles des préjudices réparables.

Il y avait d'autres éléments de discussion, voire de polémiques qui concernaient les divergences de jurisprudence, notamment sur la notion de préjudice personnel puisque depuis 1973, celui-ci était exclu de l'assiette du recours des tiers payeurs. Les victimes, qui pouvaient obtenir des indemnités parfois très élevées destinées à compenser leur préjudice, pouvaient les voir soumises à recours et ainsi ne recevoir qu'une faible part de ces indemnités, surtout en cas de partage.

Dans son rapport, le groupe de travail Dintilhac soulève ces difficultés: «*L'établissement d'une nomenclature commune des postes de préjudice corporel répond aux aspirations tant des victimes que des professionnels qui demeurent insatisfaits des différentes nomenclatures en vigueur, lesquelles reposent sur une distinction sibylline entre les préjudices économiques et personnels notamment au stade de l'indemnisation de l'incapacité permanente personnelle partielle dont le caractère hybride indemnisant pour une partie un préjudice de type économique et pour l'autre de type personnel est source d'une grande confusion, elle-même facteur d'insécurité juridique*».

Le monde politique ne pouvait ignorer ces conditions et diverses instances ont été sollicitées dont celle de Mme Lambert-Faivre. En 2004, Mme Nicole Guedj alors secrétaire

d'État auprès du ministre de la Justice chargée des droits des victimes s'est alors souciée de la rédaction d'une nomenclature des chefs de préjudice qui pourraient être liés, lorsque cela est possible, avec les prestations versées par les organismes sociaux. Il a fallu un an de réunions et d'auditions de personnalités pour rédiger ce rapport rendu début juillet 2005 et ces conclusions ont été très rapidement mises en pratique par presque tous les intéressés à l'exception notable alors du Conseil d'Etat. Aujourd'hui la totalité des juridictions judiciaires l'utilisent, les assureurs l'utilisent également depuis 2006 – Thierry Sulman en parlera tout à l'heure – dans leurs transactions avec une nouvelle mission d'expertise commune. Tous les fonds d'indemnisation : F.G.A.O, F.G.T.I, O.N.I.A.M, pour les accidents médicaux, les C.C.I, dont vous parlera aussi tout à l'heure Madame Dibie et les juridictions administratives s'y mettent également. Reste le F.I.V.A, le Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante, qui considère que la nomenclature n'est pas adaptée à la nature particulière des lésions subies par les travailleurs de l'amiante.

Je dois préciser également qu'une circulaire a été envoyée à tous les magistrats de l'ordre judicaire leur recommandant d'utiliser cette nomenclature mais également que la loi du 21 décembre 2006 (Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007) qui impose le recours poste par poste des prestations des tiers-payeurs sur les chefs de préjudices a quand même favorisé l'instauration de cette nomenclature Alors quelle est l'architecture de la nomenclature DINTILHAC?

La nomenclature DINTILHAC, a opéré une classification des postes de préjudices qui repose sur une triple distinction: Les préjudices des victimes directes et des victimes indirectes,

Les préjudices patrimoniaux et les préjudices extrapatrimoniaux,

Enfin les préjudices temporaires et permanents qui s'articulent autour de la notion médico-légale de consolidation.

La distinction des préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux est la base fondamentale sur laquelle repose l'articulation des chefs de préjudices ; elle est pour le Professeur Stéphanie Porchy-Simon non seulement l'apport essentiel de la nomenclature mais aussi sa raison d'être, et elle permet également de faciliter le recours des tiers-payeurs.

La nomenclature Dintilhac comporte 29 postes: 20 pour la victime directe, et 9 pour les autres victimes, 5 pour la victime indirecte en cas de décès de la victime directe et 4 en cas de survie de la victime directe.

La Cour de cassation a consacré assez vite les postes de la nomenclature. En effet, avant la nomenclature, le pouvoir souverain des juges du fond et l'absence de contrôle corrélatif exercé par la Cour de cassation laissaient la place à des divergences de pratiques entre les cours, pouvant créer une inégalité de traitement entre les victimes, inégalité qui était rappelée par le groupe de travail DINTILHAC :

«...En outre, l'activité juridictionnelle comme celle des différents fronts de l'indemnisation conduisent aujourd'hui à un foisonnement des postes de préjudice sans qu'il existe de véritables cohérences entre eux. La nomenclature permet un recensement donc des postes de préjudices et permet de les distinguer les uns des autres afin que tout le dommage soit réparé mais rien que le dommage!».

La Cour de cassation a, depuis, adopté un certain nombre de postes de préjudices, mais pas tous.

Le premier a été adopté en 2009 et concerne quand même les deux postes principaux : le déficit fonctionnel permanent et le déficit fonctionnel temporaire.[13]

Il faut savoir que la Cour de cassation a développé sa jurisprudence par le biais de la double indemnisation puisque l'absence de consécration par un texte l'empêche d'en opérer un visa direct dans sa décision.
Je vous présente donc ces deux postes, et vous rappelle leur définition, celle du déficit temporaire, et celle du déficit fonctionnel permanent.
La Cour de cassation, par un arrêt de la deuxième chambre civile du 28 mai 2009 (n° 08-16829) a consacré les deux postes dans la même décision, et elle a donné la même définition effectivement à peu de chose près que la nomenclature DINTILHAC.
On a actuellement un certain nombre de définitions effectivement qui sont reprises par la Cour de cassation, toutes ne sont pas consacrées mais on peut dire maintenant et même affirmer que la nomenclature DINTILHAC est adoptée par toutes les juridictions quelles qu'elles soient.
Je voulais citer également un autre poste de préjudice qui est le préjudice d'agrément. On voit bien pour ce chef de préjudice de la nomenclature, que la Cour de cassation a repris exactement le terme de la définition DINTILHAC.
C'est donc l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique, sportive ou de loisirs.
La décision rendue est la suivante:
« La réparation d'un poste de préjudice personnel distinct dénommé préjudice d'agrément vise exclusivement à l'indemnisation du préjudice lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique, sportive ou de loisirs » (Cass., Civ. 2, 1er juillet 2010 n° 09-68003).
Alors, d'autres décisions ont été rendues, je ne peux pas toutes les citer, mais il reste un problème de procédure. Si la

Cour de cassation reprend un certain nombre de définitions, elle ne peut casser une décision au simple visa de la nomenclature puisque ce n'est pas un texte légal ou règlementaire et c'est le thème de cet après-midi, faut-il légaliser ou prévoir un décret pour la nomenclature DINTILHAC.
Citons un arrêt de la chambre criminelle, de la Cour de cassation du 18 février 2014 (n°18-87629), dans lequel la victime invoquait expressément la violation de la nomenclature DINTILHAC qui distingue aujourd'hui le préjudice esthétique temporaire et le préjudice esthétique permanent alors que la cour d'appel avait estimé que le préjudice avant consolidation et le préjudice après consolidation n'étaient pas distincts. La chambre criminelle a donc reconnu que cela relevait du pouvoir souverain d'appréciation des juges du fond qui ont jugé, donc, que les deux préjudices ne pouvaient être distingués, qu'ils étaient donc non distincts avant et après consolidation.

Les juridictions administratives, elles, ont mis un certain temps à l'appliquer et je pense que Mme Guérin vous en parlera tout à l'heure. Les juridictions administratives ont mis un tout petit peu plus longtemps à adopter cette nomenclature. Tout d'abord l'avis Lagier qui a été rendu le 4 juin 2007 (CE, Section, avis, 4 juin 2007, Lagier et Consorts Guignon, n°s 303422 et 304214). Il a été rendu par le Conseil d'état sur l'interprétation de la loi du 21 décembre 2006 concernant le recours des tiers payeurs poste par poste. Je ne vais pas le citer en entier parce qu'il est très long, il s'agissait de savoir si, en ce qui concerne la notion de poste de préjudice et l'imputation des prestations des tiers payeurs sur les postes de préjudice, on pouvait utiliser la nomenclature DINTILHAC. Pour faire simple, le Conseil d'Etat a retenu qu'en

l'absence de dispositions règlementaires définissant les postes de préjudices patrimoniaux et personnels, il y a lieu de distinguer à tout le moins les postes de préjudices suivants les dépenses de santé, les frais liés au handicap, les pertes de revenus, l'incidence professionnelle et scolaire du dommage corporel, les autres dépenses liées au dommage corporel et les préjudices personnels qui peuvent faire l'objet éventuellement d'une indemnisation globale. Donc vous voyez que c'est très différent de la nomenclature DINTHILAC et petit à petit en quelques années, le Conseil d'État a évolué et par des arrêts rendus en 2013 apparaissent petit à petit les notions de déficit, notamment déficit fonctionnel temporaire et permanent. Il y a 2 arrêts : celui du 7 octobre 2013 (n° 337851) et celui du 16 décembre 2013 (n° 346575).

Dans l'arrêt du 7 octobre 2013, il s'agissait d'un homme qui était atteint du virus de l'hépatite C après transfusion sanguine ; le Conseil d'État, a reconnu effectivement que la Cour administrative d'appel avait bien admis, qu'il y a des notions de la nomenclature DINTIHLAC qui sont reprises, le déficit fonctionnel temporaire est reconnu à hauteur de 7000 € et je pense que c'est un petit peu différent des juridictions judiciaires et un déficit fonctionnel permanent de 5% à 5000 €. Et puis dans un arrêt du 16 décembre 2013, il s'agissait d'une femme qui était amputée d'une partie de la main et on voit là, également que le Conseil d'État reprend un déficit fonctionnel temporaire à hauteur de 9000 € et un déficit fonctionnel permanent de 12% à hauteur de 18.000 €. Donc, dans ces décisions il faut retenir que le juge de cassation a pris l'arrêt attaqué et s'est donc astreint à fixer les postes de préjudice en mode DINTILHAC après cassation. Il a donc ainsi eu recours à la notion de déficit fonctionnel en lieu et place du sous poste « Troubles dans les conditions d'existence » de l'avis LAGIER.

Alors, quelle est la valeur, la portée et les limites de la nomenclature. Faut-il modifier la nomenclature ? Est-ce qu'elle est limitative ?

En premier lieu peut-on dire que cette nomenclature est figée? Bien évidemment la réponse est négative, elle était d'ailleurs vue comme cela par les membres du groupe de travail DINTILHAC qui précisaient dès leur rédaction: *«cette nomenclature qui recense différents postes de préjudices corporels ne doit pas être appréhendée par les victimes et les praticiens comme un carcan rigide et intangible conduisant à exclure systématiquement tout nouveau chef de préjudice sollicité dans l'avenir pour les victimes mais plutôt comme une liste indicative, une sorte de guide susceptible au besoin de s'enrichir de nouveaux postes de préjudice qui viendraient alors s'agréger à la trame initiale»*. Bien sûr, peu de postes de préjudice nouveaux ont été admis depuis, cela veut dire, en ce qui me concerne, qu'elle était bien faite. Ainsi certains postes non mentionnés en tant que tels comme le préjudice sexuel temporaire, va se retrouver dans un autre poste qui est en l'espèce, le déficit fonctionnel temporaire. Par ailleurs, dans des circonstances particulières, comme le jugement de *Thonon les Bains,* qui a été rendu le 26 janvier 2013, dans l'affaire d'Allinges où un car scolaire transportant des adolescents avait percuté un train et où un certain nombre d'enfants avaient été tués et d'autres étaient gravement blessés. Les parties civiles ont pu obtenir l'indemnisation de préjudices spécifiques, notamment des préjudices d'angoisse alors que cette indemnisation n'est que très rarement accordée et ne l'est seulement que lorsque le tribunal reconnait à l'accident, la qualification de catastrophe, ce qui était contesté. Il n'y a pas eu d'appel. Et ce jugement est très intéressant - je vous invite à le lire - il est très bien détaillé et très bien rédigé, qu'on soit d'accord ou non avec ce jugement.

Par ailleurs, le préjudice d'anxiété qui n'existe pas en tant que tel dans la nomenclature a été admis également par la chambre sociale pour les victimes de l'amiante. C'est un arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation (audience publique du mardi 3 mars 2015 n° 13-20486).
Deuxième point : cette nomenclature n'a pas été encore reprise dans un texte légal ou règlementaire. La Cour de cassation n'accueille pas les moyens invoquant en tant que tels la méconnaissance de la nomenclature comme en témoigne l'arrêt du 18 février 2014 précité, malgré tout, elle est appliquée par tous, dix ans après sa publication comme le souhaitait le groupe de travail DINTILHAC.
Faut-il aller plus loin, faut-il légiférer, faut-il adopter un décret puisque on en parle en ce moment?
Pour ce qui me concerne, je pense qu'il n'est pas nécessaire d'aller plus loin, il faut laisser les magistrats utiliser cette nomenclature comme ils l'ont fait et ils l'ont bien fait. Ils ont bien utilisé cette nomenclature, ils l'ont bien adoptée, ils l'ont bien fait vivre.

Troisièmement, c'est une liste de postes de préjudices certes clairement définis mais à caractère indemnitaire. L'AREDOC a donc fait le choix d'élaborer une mission amiable qui reprend les termes génériques relatifs aux dommages à évaluer par le médecin, accompagné du poste de préjudice indemnitaire qui leur correspond afin de rendre plus claire et compréhensive la lecture de chaque point de la mission par l'expert destinataire de celle-ci mais également par la victime. Toutes les missions actuelles d'expertise judiciaire se réfèrent à la nomenclature DINTILHAC mais leur rédaction est encore très variée. Il manque ainsi une mission commune à toutes les juridictions, qui pourrait compléter cette nomenclature. Nous sommes ici aujourd'hui pour en préparer une. Nous pourrions avoir

également une méthodologie claire d'évaluation et je prends quand même deux minutes pour la présenter : Vous savez qu'il existe aujourd'hui un guide méthodologique commun intercours qui a été rédigé en 2013 avec un certain nombre de cours d'appels qui pourrait servir d'exemple, il est très intéressant et contient une mission type. Il existe ensuite une méthodologie qui explique comment évaluer les postes de préjudice. Je pense que ce guide est utile, il donne aussi un certain nombre de références chiffrées qui peuvent servir de base aux Cours d'appels bien que je sache qu'elles ont toutes leur propre base, mais je pense pour finir, que la nomenclature DINTILHAC est un outil de progrès qui permet un traitement égalitaire des victimes, qui instaure une sorte de sécurité juridique, qui introduit clarté et transparence pour une indemnisation juste et personnalisée. Il manque une mission claire, spécifique et éventuellement unique qui va jaillir des réflexions menées aujourd'hui, je n'en doute pas.
Merci de votre attention.

La Mission type AREDOC d'expertise médicale en droit commun pour les compagnies d'assurances.

Dr Th Sulman– Rhumatologue –Médecin expert

Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, merci chers collègues, merci d'avoir invitée l'A.R.E.D.O.C à votre réunion. Je vais essayer de vous présenter la mission qui était intitulée «droit commun 2006» juste après la création de la nomenclature DINTHILAC et vous montrer comment elle a évolué jusqu' en 2014. Donc je vais détailler un peu le rôle de chacun autour de cette mission d'expertise.

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une mission? Eh bien c'est la charge donnée à quelqu'un d'accomplir quelque chose: **une mission médicale** – il ne faut pas oublier que juristes ont un langage technique, les médecin ont un langage technique et que derrière ce langage spécifique, utile, il y a une victime qui doit comprendre et surtout comprendre qu'on a une reconnaissance de ses blessures sinon elle n'acceptera aucunement les conclusions qui seront prises au cours de cette expertise et il y a un sentiment qui persistera, qui sera le sentiment de vengeance car elle était assise

à une feu rouge et malheureusement elle a été heurtée à l'arrière. Pour que son sentiment disparaisse il est indispensable qu'elle ait une reconnaissance au cours de l'expertise. Sur un texte, je dirais, conjoint, (il n'y a pas de texte législatif ou règlementaire qui définit une méthodologie d'expertises) donc pas de mission officielle obligatoire. A quoi reconnait-on une bonne mission? Eh bien elle doit respecter

la dichotomie dommages et préjudices. Le médecin évalue le dommage, le juriste va indemniser le préjudice. Ils doivent faire référence bien sûr aux données acquises de la science médicale et médicolégale au moment où l'expertise est effectuée et bien sûr l'état également des législatifs. Et puis surtout, elle doit être évolutive: l'environnement juridique se modifie, l'environnement médical également, les rapports d'expertises qui étaient rédigés il y a une vingtaine d'années n'ont rien à voir avec les rapports d'expertises qui sont effectués aujourd'hui, à la fois par une modernisation du droit et d'une amélioration et une nouvelle définition des postes de préjudices mais également lié au progrès de la médecine. La mission A.R.E.D.O.C 2009 est née d'abord en 2006 sous l'impulsion du Docteur Hélène BEJUI-HUGUES et d'Isabelle BESSIERES ROQUES qui ont bâti cette mission à partir des données de la nomenclature DINTHILAC et elles ont essayé d'éviter de n'oublier aucun chef de poste de préjudice de la nomenclature. La voici donc. Elle fait l'objet donc d'un petit livret qui est donné au médecin qui débute l'expertise pour les compagnies d'assurances avec des commentaires sur chacun des points de la mission pour leur donner une méthodologie et leur expliquer comment réaliser une bonne expertise. Vous voyez que la mission est née en 2006, que, là, celle dont on parle aujourd'hui est de 2009, mais qu'elle a été mise à jour encore en 2014. Particularité: c'est que cette mission, eh bien n'est pas la seule.

Il y a des missions aujourd'hui pour des blessés corporels graves qui sont atteints de troubles locomoteurs ou de

troubles neurocognitifs qui sont maintenant jumelés dans une seule mission destinée aux blessés corporels graves avec un chapitre très spécifique qui est le bilan d'autonomie qui relève d'une technique particulière et qui ne peut être utilisée pour des missions standard simples;

Une mission en aggravation qui est également utilisée, une mission « R.C médicale », Une mission « hépatite », une mission *« amiante »*.

Donc la mission *« droits communs 2014 »* est élaborée conformément aux recommandations du rapport de la commission présidée par M DINTHILAC. Deux points clef qui nous été demandés parce que notre mission, nous l'avons fait relire à des juristes mais également à des associations de victimes qui nous ont demandés au fur et à mesure du temps de faire évoluer certaines choses, si bien qu'à chaque point de la mission a été accolé le terme générique du chef de postes de préjudice pour que les gens savent que *« D.S.A »*, ça veut dire Dépenses de Santé Actuelles par exemple. Et puis, quand il y a perte d'autonomie, eh bien, on demande au médecin de switcher la mission simple pour la mission perte d'autonomie. Une mission d'expertises presqu'universelle, le mot est un petit peu fort mais en tout cas c'est une mission universelle pour le monde de l'assurance, puisque aujourd'hui les grandes familles d'assurances F.F.S.A et G.E.M.A utilisent et recommandent d'utiliser cette mission, elle est utilisée principalement dans les séquelles légères qui représentent environ 95% des blessés d'accidents de la route qui sont indemnisés à travers cette mission, mais elle est également

utilisée dans des contrats qui sont les contrats G.A.V où la plateforme G.A.V reprend la mission droits communs 2009-2014 avec l'ensemble des postes de préjudices type nomenclature DINTHILAC. Elle est annexée à ce qu'on appelle la convention I.R.C.A - la convention I.R.C.A pour que vous sachiez ce que c'est : c'est une convention qui s'appelle indemnisation et recours corporel automobile qui permet une indemnisation plus rapide des victimes puisque, en fait, c'est l'assureur recours qui fait expertiser, l'assureur payeur n'aura pas le droit au chapitre si le taux d'I.P.P est inférieur à 5%. S'il est prévisiblement supérieur à 5% il pourra être invité à ce moment-là, à l'expertise – Et puis cette mission, elle est annexée au protocole P.A.O.S - vous savez que c'est un protocole qui a été créé pour éviter, sur le plan judiciaire, des litiges entre les organismes sociaux et les assurances et cette mission est annexée donc au P.A.O.S – c'est également important. Alors quels sont les détails de cette mission? Le point 1 ça va être le contact avec la victime. Vous savez que la loi Badinter impose aux assureurs de faire un courrier destiné à la victime lui indiquant quel médecin va l'examiner, le médecin, ensuite, adresse une proposition de rendez-vous et pour nous ce n'est pas une convocation c'est une proposition de rendez-vous effectivement notre cadre est moins rigide que l'expertises judiciaire et on propose un rendez-vous avec possibilité de le modifier - et dans le courrier il est bien indiqué que les patients peuvent se faire assister par le médecin de leur choix. Le texte de la mission est également adressé ou par l'assureur ou pour le médecin qui fait l'expertise pour que le blessé sache, de façon précise, quels

sont les points, quelles sont les questions qui vont être posées au médecin. Il indique également, dans sa proposition de rendez-vous, qu'il doit venir avec l'ensemble de son dossier médical, toute pièce médicale y compris son dossier radiologique. Les pièces du dossier fondamental c'est bien sûr le C.MI, dans le cadre de notre convention I.R.C.A une chose un petit peu différente peut-être de ce qui se passe en judiciaire, c'est que pour nous le C.M.I doit être rédigé dans les huit à dix jours dans les suites d'un accident, en effet c'est une pièce fondamentale et ne peut être considéré comme un comme un C.M.I, un document médical qui serait rédigé postérieurement aux 10 jours. Ce document doit être rédigé par un docteur en médecine, les attestations établies par un kinésithérapeute, un ostéopathe ou un paramédical n'ont pas valeur de certificat. Dans le cours de l'expertise, les doléances vont être un élément important, il va falloir bien individualiser les doléances spontanées et les doléances qui sont posées sur questions afin de bien vérifier que la personne n'a rien oublié. Il est important également pour le médecin de faire une validation de ses doléances en faisant une reformulation des doléances indiquées pour que le blessé comprenne bien que le médecin a compris l'ensemble de ses doléances. Le point 9 c'est l'état antérieur. L'état antérieur, eh bien, en matière d'expertises le secret médical s'impose bien entendu, à travers des textes qui sont : L'article 226.13 du code pénal et qui pourrait punir un médecin d'une violation du secret professionnel s'il viole le secret médical au cours d'une expertise, et puis bien sûr notre code de déontologie : respect du secret médical qui intègre non

seulement le médecin mais également les personnes qui l'entourent: en particulier les secrétaires des médecins experts. Il est indispensable que dans le rapport, on ne puisse indiquer les antécédents ayant rapport aux blessures mais également les antécédents pouvant être en rapport avec des chefs de postes de préjudices. La jurisprudence donc est connue: 6 janvier 1998, *un médecin conseil d'une société d'assurance ne peut révéler à son mandataire des renseignements qu'il aurait reçus du médecin traitant de l'assuré tenu lui-même au secret médical*; le médecin traitant (ou un service hospitalier) ne peut adresser directement une pièce médicale au médecin expert, **il n'y a pas** de secret médical partagé en matière d'expertises !

Notre mission comporte deux grands volets:

-un volet qui est la préparation de l'expertise et de l'examen et l'examen clinique du blessé

-et en deuxième partie: l'analyse et l'évaluation.

La première partie: c'est la bonne observation d'externe. On va colliger l'ensemble des informations qui vont permettre ensuite de faire l'évaluation, de discuter l'imputabilité, de proposer des chefs de postes de préjudices. Donc, les points 1 à 10 de la mission seront pour nous, la préparation de l'expertise et puis les points 11 à 20 de la mission vont être l'évaluation des différents chefs de postes de préjudices. Je vais vous traiter maintenant, plutôt les points 11 à 20. Le point 11 va être l'élément qui sera fondamental d'un rapport d'expertises. Il nécessité de la part de l'expert un esprit de synthèse: il va pouvoir résumer je dirais dans un temps assez limité et dans un langage compréhensible, à la fois par le

juriste mais également pour le blessé ce qu'il va retenir sur le plan de l'imputabilité. Cette discussion, elle doit être effectuée avec qui? Dans un certain nombre de cas avec la victime, avec le médecin bien sûr qui assiste la victime ou à son avocat s'il est présent. Cette discussion n'est pas un résumé; elle correspond à une synthèse de ce qui a été développé dans le rapport d'expertise et elle va permettre des conclusions médicolégales qui pourront être défendus ensuite, si cette expertise est contestée en arbitrage ou en judiciaire. Elle est destinée à faire comprendre et à rendre évidente à tout lecteur pourquoi on a accepté certaines lésions comme imputables et pourquoi on n'en a pas accepté d'autres. **L'imputabilité** est donc le pilier de l'expertise, elle est basée à la fois sur l'interrogatoire, l'étude des documents, l'étude des examens complémentaires mais également l'étude de la bibliographie qui correspond aux problèmes posés, peut-être pas souvent assez utilisés mais il est absolument nécessaire quand on va prendre une décision de l'assoir sur une analyse bibliographique.

Les préjudices temporaires: je ne vais pas m'étendre, - Isabelle Bessières Roques les a présentés, vous voyez qu'à chaque préjudice temporaire, il y a de l'autre côté, le dommage. Si on prend, dépenses de santé actuelles, eh bien, ça va correspondre aux soins médicaux avant consolidation. Le point 12 : gène temporaire résultant d'un déficit fonctionnel temporaire. Monsieur DINTHILAC a donc apporté cette nouvelle entité qui est le D.F.T qui est en fait, pour résumé, la perte de qualité de vie. Cette perte de qualité de vie, les médecins n'avaient pas la méthodologie pour

l'évaluer. Si la technique, si la définition était précise, il a fallu se rendre compte que ce D.F.T regroupait un certain nombre de choses, qu'il remplaçait les gènes dans les actes de la vie courante, le préjudice d'agrément temporaire, les troubles dans les conditions d'existence, le P.S.T. Il s'étend de l'accident jusqu' à la date de consolidation. L'I.T.T disparaissait et donc apparaissait le D.F.T qui était utilisé chez des gens qui ne travaillaient pas et chez des gens qui travaillaient. Est né donc le point 12 de la mission qui est: prendre considération toutes les gènes temporaires qui sont subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident ; en préciser la nature et la durée (notamment hospitalisation, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livre habituellement). Pour trouver une méthodologie, il a fallu que la Fédération Française des associations de médecin de compagnies d'assurance et la Société Française de Médecine Légale se rencontrent et établissent un document qui est un document de synthèse pour indiquer comment, sur le plan méthodologique, aborder ce chapitre. Il a été décidé qu'à la fin des doléances il était fait un chapitre qui s'appelle *«retentissement personnel »,* un chapitre assez simple où l'on dit : « le blessé a eu deux cannes anglaise pendant telle période, qu'il en a eu une seule à telle période et qu'il a pu reconduire son véhicule à telle période ». A partir de là, la médecine a souvent utilisé des notions de classe et des notions chiffrées, par exemple comme en cardiologie on utilise des classes dans l'insuffisance

cardiaque, eh bien dans le D.F.T, on a apprécié également des classes et on a créé des classes 4-3-2-1 qui permettent de classifier les différents retentissements. Ce retentissement a été, je dirais, mis sous le scalpel des différentes spécialités et chacune des spécialités: chirurgiens, pneumologues, a donné des classes de D.F.T.

L'arrêt temporaire d'activité professionnelle a fait apparaitre deux éléments: les pertes de gains professionnels actuels et les pertes de gains professionnels futurs: le rôle du médecin était de déterminer et de déterminer sur un plan qualitatif, est-ce-que la personne peut ou non reprendre son activité professionnelle du fait des séquelles de l'accident?

Les souffrances endurées: Avec la définition du D.F.T la coque des souffrances endurées a été brisée et on a fait sortir quelques éléments des souffrances endurées pour les mettre dans le D.F.T. Il a fallu, donc à nouveau que la société de médecine légale et la fédération française des associations de médecins de compagnies d'assurances se rencontrent et établissent un document qui s'appelle «du pretium doloris aux souffrances endurées» qui est donné aux jeunes médecins-experts qui débutent l'expertise. Pourquoi ce document ? Parce que, c'est vrai qu'en judiciaire, la population des demandeurs et la typologie des victimes sont différente. En judiciaire il peut y avoir des victimes qui ont subi des sévices, qui ont subi des viols etc... En médecine d'assurance on voit plus, nous, des victimes d'accidents de la route; donc, on a adapté les souffrances endurées avec des avis de psychiatres pour donner aux médecins évaluateurs une plus grande, je dirais, facilité à se retrouver dans des

situations différentes. Autre point que M DINTHILAC a de façon intéressante mis en exergue, c'est le préjudice esthétique temporaire -et il faut rendre hommage à Bernard DREYFUS, médecin de recours depuis très longtemps qui disait que ce préjudice existait et la nomenclature l'a accepté. Là, encore où il y a eu une difficulté c'est que M DINTHILAC a donné une définition parfaitement adaptée du P.E.T en indiquant que c'est *l'altération de l'apparence physique certes, temporaire mais aux conséquences personnelles très préjudiciables liées à la nécessité de se présenter dans un état physique au regard des tiers,* notamment chez les grands brulés ou les traumatisés de la face. Alors, ce mot «notamment» nous oblige parfois à des dialogues importants avec les collègues avocats de l'A.N.A.D.A.V.I et de l'A.N.A.M.E.V.A sur le « notamment » et sur que ce que comprend ce P.E.T. C'est pour cela qu'à nouveau, nous avons eu des travaux effectués entre la F.F.A.M.C.E et la S.F.M.L avec un document qui a été établi, avec des critères qui ont été donnés, avec des explications, des exemples, pour essayer d'avoir un consensus médical et on a soulevé le fait qu'il fallait au moins 4 items à prendre en compte : la nature du dommage, la localisation de celui-ci, son étendue et sa durée. Pour nous, à partir du moment où ce P.E.T était évolutif, il n'était pas question de le chiffrer, je sais qu'en judiciaire certains magistrats vous demande de chiffrer le P.E.T dans ces conditions, et il est indispensable de le chiffrer mais à notre avis, il ne peut pas être chiffré puisqu'il est évolutif et donc, difficile de le chiffrer dans le temps. Certaines spécialités ont également planché sur le P.E.T pour savoir ce qu'était un

P.E.T? Ce sont des orthopédistes mais également, des pneumologues, on a fait plancher des gastro-entérologues pour savoir ce que c'était qu'un P.E.T. Quelques définitions juridiques, quelques illustrations jurisprudentielles, je prendrais la dernière qui est celle de la cour d'appel d'Aix, qui dit que le préjudice esthétique temporaire: canne anglaise et plâtre et collier cervical constitué par la gêne et le regard d'autrui pendant quelques mois fait partie intégrante de l'indemnisation du déficit fonctionnel temporaire constitué par l'atteinte à la qualité de vie. Vous voyez que cette décision indique bien qu'un plâtre, un collier cervical ne peut faire l'objet d'un P.E.T. A titre d'exemple : le blessé qui va en vacances de Noël aux sports d'hiver, qui se casse une jambe et qui a une botte plâtrée et qui se retrouve en boite de nuit le soir, n'a foncièrement pas un P.E.T.

Le point 15 traite de la consolidation, je ne vais pas y revenir, la consolidation n'a pas été modifié par M DINTHILAC mais sachez que pour les assureurs, elle impose, dans les 5 mois après leur connaissance de la date de consolidation, à travers la loi du 5 juillet de proposer une indemnisation et que la loi du 4 mars 2002 a réduit ce délai à 2 mois. Le délai est également court pour l'organisme social qui, dans les 4 mois après la connaissance de la date de consolidation doit présenter une créance.

Dans les postes permanents, j'irai de façon assez rapide sur l'A.I.P.P; pour vous dire que l'A.I.P.P est étudié par les médecins experts à travers plusieurs barèmes: le barème européen, le barème du concours médical, le barème de la société de médecine légale, sachant que nous recommandons

plutôt le barème droit commun car ce barème est annexé au P.A.O.S et il est également utilisé par l'O.N.I.A.M.

Le dommage esthétique permanent n'a pas été modifié par la nomenclature DINTHILAC, le seul élément que je souligne, c'est le fait que, pour un jeune médecin-expert, si on veut lui expliquer comment évaluer le préjudice esthétique définitif, eh bien, il y a un petit barème dans le barème de la Société Française de Médecine Légale publiée en 2001, des exemples de préjudices esthétiques définitifs qui est très intéressant. Le rôle du régleur est bien c'est de régler le P.E, en fonction du référentiel intercours, je vais donner quelques exemples ci-dessous. (projection)

La perte de gain professionnel, donc le retentissement professionnel: on a les pertes de gains professionnels futurs c'est quelqu'un qui ne peut pas reprendre son activité professionnelle mais également quelque chose qui est important dans la nomenclature, c'est l'incidence professionnelle avec 3 postes qui sont plutôt économiques, ce sont les trois premiers, et les suivants 3 postes qui sont plutôt non-économiques: la dévalorisation sur le marché du travail, la nécessité d'abandonner la profession exercée avant le dommage et l'augmentation de la pénibilité à l'emploi; donc je le précise bien c'est l'augmentation de la pénibilité à l'emploi . La simple pénibilité au travail n'est pas un chef de poste de préjudices.

Le point 18.2, c'est le préjudice d'agrément, là encore, pas de modification dans la nomenclature DINTHILAC à part qu'il s'agissait des activités de loisirs spécifiquement retenus.

Préjudices sexuels: il faut retenir qu'il y a un préjudice morphologique, préjudice lié à l'acte sexuel en lui-même, par contre, en ce qui concerne la reproduction, il fait partie du taux d'A.I.P.P puisque il y a un taux la perte de fonction de reproduction.

Le point 19, ce sont les frais futurs : Là, indispensable pour le médecin d'indiquer quels sont les frais futurs prévisionnels. Il est évident que les frais futurs sont complexes, parfois, évaluer les frais futurs d'un pan-hypopituitarisme va nécessiter l'avis d'un endocrinologue, on ne peut pas faire ça tout seul, bien entendu pour guider le médecins-expert, il y a une brochure qui a été fait par l'A.R.E.D.O.C qui s'appelle «soins après consolidation et frais médicaux futurs» qui s'alignent sur les chapitres sur les barèmes du concours médical.

Les conclusions: eh bien, l'expert, dans ses conclusions, retient la date et lieu de l'examen, la date de consolidation et l'évaluation médicolégale retenue.

En synthèse: la mission «Droit commun 2009», mise à jour 2014 est une mission aujourd'hui qui a un recul de neuf ans. Elle a évolué avec les observations de chacun, en cas de blessés corporels graves, une autre mission doit lui être substituée, elle couvre tous les postes de la nomenclature existants à ce jour, elle est transparente et fait l'objet de commentaires à l'attention des experts quand ils débutent l'expertise.

Merci de votre attention. «L'expertise, c'est un petit peu comme le golf: il y a une étiquette et beaucoup d'éthique ».

Mme Françoise TISSOT-GUERRAZ Modératrice :

«Merci, docteur SULLMAN, à la fois pour la clarté de votre exposé et pour avoir parfaitement tenu votre horaire; nous avons maintenant 10 minutes à notre disposition pour les questions et donc, à votre tour de prendre la parole, si vous voulez bien vous nommer, dire votre spécialité et votre ville, ce n'est pas de l'inquisition, c'est simplement pour savoir à qui on va donner la question d'abord et puis d'où vous parlez, s'il vous plaît. ».

Monsieur le Président DENARD :

«Donc, Gérard DENARD, Président du Tribunal de grande instance de Bayonne. Je voudrais poser une question à nos deux intervenants, à savoir celle-ci: Je suis également magistrat chargé des référés et à ce titre la juridiction est souvent saisie de demandes d'expertises judiciaire car à l'occasion de l'expertise – ce que j'appelle moi, l'expertise amiable - le principe du contradictoire n'a pas été respecté puisque l'analyse de la victime se fait par – en général – par l'assureur de la victime, ne pensez-vous pas que pour être plus efficient et éventuellement plus efficace et que votre expertises initiale dont souvent le contenu n'est pas contesté, ne seriez-vous pas plus efficace et donc efficient si vous introduisiez immédiatement le contradictoire dans vos expertises ?

Mme I. BESSIERES ROQUES : - «Déjà, qu'appelez-vous « le principe du contradictoire, en amiable ? »

M Gérard DENARD : - « Le principe du contradictoire, c'est que les parties, toutes les parties au litige sont concernées....Si vous voulez par exemple en l'espèce...

I.B-R : -« En l'espèce...

G.D : « ....Il y a un examen initial fait pas la compagnie d'assurance de la victime, un certain nombre d'indemnisation sont proposées, on refuse un certain nombre d'indemnisation, on ne conteste pas forcément le contenu de l'expertises et notamment les imputabilités mais on conteste, par exemple certain taux et surtout on relève le fait que le contradictoire n'a pas été respecté, c'est-à-dire qu'on n'a pas pu faire valoir notre point de vue au moment de l'examen par le médecin-expert désigné par la compagnie d'assurances, ce qui fait qu'au niveau judiciaire, on va ordonner une expertise de la même chose, on va recommencer la même chose mais on n'aura, à ce moment-là, le principe du contradictoire, alors que les résultats, dans la majorité des cas sont strictement les mêmes ».

I.B-R : -« Moi, je vous réponds... sur le plan juridique, puis après Thierry vous répondra. Sur le plan juridique, effectivement en matière de loi Badinter qui est quand même la majorité des cas qui sont vus, la loi, donnait à l'assureur le principe de l'offre, de faire l'offre à partir d'un examen médical, donc, il n'y a pas une obligation, effectivement d'avoir deux médecins pour respecter le principe du

contradictoire – maintenant, je ne sais pas comment ça se passe en province, c'est vrai qu'à Paris, il y a de plus en plus deux médecins et de plus en plus des avocats lors des expertises. C'est vrai que dans les grandes villes, on se trouve avec, pour la majorité des victimes donc même à l'amiable, si vous voulez, on a quand même beaucoup de respect du principe du contradictoire puisqu' on se trouve avec peu de dossiers, sauf vraiment, les tout, tout petits dossiers où les victimes se trouvent toutes seules face à un médecin, et puis justement, vous avez la possibilité de contester devant le magistrat en référé donc je pense qu'il n'y a pas de non-respect du principe de contradictoire, il y a effectivement une façon de fonctionner à l'amiable et les victimes maintenant, de plus en plus, en tout cas à Paris, elles sont pratiquement toutes assistées d'un avocat qui permet effectivement de faire valoir – et d'un médecin de recours- Alors je vais laisser parler Thierry parce qu'il connait l'expertise en pratique j'allais dire... »

Dr Thierry SULMAN : - « Dans certaines situations, on aurait envie qu'on ait un contradicteur. Monsieur, c'est vrai qu'on serait parfois plus à l'aise d'avoir un contradicteur dans certaines situations pour éviter un certain déséquilibre. La formation que l'on fait auprès des jeunes médecins-experts est bien de faire respecter tout au long de leur carrière le contradictoire, les propositions de rendez-vous qui sont adressées par les médecins-experts comportent un alinéa sur « vous avez la possibilité de vous faire assister par le médecin de votre choix à cette expertise». Il y a un délai qui est

impératif: on n'a pas le droit de faire une expertise dans un délai raccourci, c'est-à-dire, on ne peut pas prendre son téléphone et dire « votre expertise a lieu demain », on laisse aux gens le temps de réfléchir et le temps de pouvoir consulter qui ils souhaitent pour pouvoir se faire défendre, s'il le souhaite. Mais c'est vrai ce que dit Isabelle, aujourd'hui, ce qu'on voit sur la France...Aujourd'hui il n'y a pas d'expertises sur Marseille qui ne sont pas contradictoires. Bien souvent, ce qui se passe à Marseille, c'est le reflet de ce qui va se passer sur notre pays *(manifestation du public) Rires* .C'est comme ça ! Par contre, sur la région parisienne, je peux vous garantir qu'il y a de nombreuses expertises contradictoires quand il y a des dossiers, je dirais avec implications corporelles graves et il y a présence d'avocats. Ce qui constitue également pour les médecins quelque chose d'assez nouveau, c'est-à-dire la possibilité de débattre avec un avocat sur des conclusions médicolégales, c'est également quelque chose de nouveau pour des médecins qui ont travaillé pendant des années et c'est ce qu'on apprend aussi aux nouveaux médecins qui font de l'expertise ».

Mme Françoise TISSOT-GUERRAZ Modératrice : « Une autre question ? Profitez-en parce que vous savez le temps des questions est très, très limité... »

M Bertrand BECOURT : - « Excusez-moi, Bertrand BECOURT Expert près la cour d'appel de Paris. Qu'est-ce que vous pensez de la présence insistante des avocats pour assister à l'examen médical lors de l'expertise ?

Dr Thierry SULMAN : - « Je pense que sur la région parisienne il y a eu un cas d'école où effectivement l'avocat souhaitait être présent pendant l'examen clinique. L'expert a arrêté son expertise, a demandé au magistrat ce qu'il devait faire et je crois que le magistrat lui a répondu*: «Vous examinez comme vous l'entendez ».* Il y avait également présent un médecin pour la victime et le contradictoire a été respecté pendant l'examen clinique. Je crois que le Conseil de l'Ordre en plus, recommande aux médecins qu'à l'examen clinique il n'y ait pas de présence de personnes non médecins. Sur un point plus précis, dans les petits dossiers, j'avoue que dans les petits dossiers, moi quand j'ai des avocats qui sont présents, moi, je demande l'avis au blessé ; je lui demande « est-ce-que vous souhaitez que vous soyez représenté ? »

M B.B : - « Oui ! »

Dr T. S : - « ...mais, après cette.réponse.il n'y a pas d'obligation ! D'autre part le barreau de Marseille a recommandé à ses membres de ne pas assister aux examens cliniques. ...

Mme I.B-R : - «Je vais juste rappeler, je veux juste dire qu'il y a deux décisions de la cour d'appel de Paris, qui ont été rendues justement dans cette affaire, je ne citerai pas le nom de l'avocat, mais il est très connu, c'est un avocat de l'A.N.A.D.A.V.I, mais son nom, je n'irai pas plus loin, qui a demandé effectivement, mais avec l'accord de la victime, (donc après, maintenant ça se discute)...à assister à l'examen clinique du blessé. L'expert judiciaire a refusé et a donc fait

sortir l'avocat et la cour d'appel de Paris a reconnu que l'expert judiciaire avait le droit, de ne pas accepter la présence de l'avocat lors de l'examen clinique. Maintenant ce sont deux décisions qui ont lieu lors de décisions de Civi et c'est les deux seules décisions que je connais, qui sont récentes et qui sont de 2014 et 2015 et c'est vrai qu'actuellement les avocats sont beaucoup présents en matière d'expertises judiciaires lors, l'examen clinique. Nous, on trouve qu'on n'est pas favorables. Personnellement, je pense que c'est le blessé qui a le choix de son corps, maintenant, je sais que je ne suis pas toujours du même avis que les autres..»

M Thierry BRICHE : - « Bonjour, je suis Thierry BRICHE, je suis O.R.L à la cour d'appel de Paris et effectivement le problème s'est posé pas plus tard que jeudi. J'estime pour ma part que le procès est l'affaire des parties. On est en civil. Donc c'est la personne à examiner qui a demandé à ce que l'avocate d'une partie reste présente parce que...si vous voulez l'affaire est ancienne J'ai demandé l'avis à tout le monde, pour savoir est-ce-que vous êtes pour ou contre, l'ensemble des médecins : médecins conseils, médecins de recours, tout le monde était d'accord. J'estime que dans la mesure où tout le monde est d'accord il n'y a pas vraiment d'objection. »

Mme F.T : - « Est-ce-que je peux vous remercier et puis laisser la parole à la personne qui était juste à côté, je crois que c'était avant Mme MENOTTI. D'abord il y avait Maitre de FONTBRESSIN et il y avait un Monsieur derrière, aussi là, qui avait levé le doigt, mais peut-être qu'il ne le lève plus

maintenant. Donc Maitre DE FONTBRESSIN Mme MENOTTI et Madame. »

Maitre DE FONTBRESSIN : - « Oui, merci, Madame la Présidente. Oh oui, je crois qu'il y a une question qui est extrêmement importante, qu'est celle du contradictoire qu'évoquait tout à l'heure M le président DENARD. Oh, il est bien évident que le contradictoire ça ne peut, en aucun cas, être la présence de l'avocat lors de l'examen clinique, pourquoi ? Tout simplement parce que nous avons un article 8 de la convention européenne des droits de l'homme : Respect de l'intimité de la vie privée et que par, conséquent, le respect de la dignité humaine qui se retrouve être rappelé à titre préliminaire dans la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, qui est applicable et l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme s'y oppose, c'est tout ! *(Applaudissements du public)...* Il ne doit pas y avoir de dérogation. »

Mme F.T : - « Mme MENOTTI qui est Présidente de l'instruction à Reims .... »

Mme MENOTTI : - « Merci ! Bien écoutez, c'était pour aller dans le même sens que Maître DE FONTBRESSIN, et j'ajoute que ça me pose un problème qu'on interroge d'ailleurs le patient sur le point de savoir s'il est d'accord ou pas, parce que, quelques fois eh, bien, il ne sait même pas qu'il peut refuser donc je pense qu'il faut quand même être extrêmement clair : le principe du contradictoire ne peut pas aller jusqu'à imposer la présence d'une personne qui ne fait

pas partie du corps médical lors de l'examen clinique ». (Applaudissements du public)

Mme F.T : - « Merci ! Madame.... »

« Bonjour, Docteur ROLERON de Bordeaux, on a aussi un code de déontologie et dans le code de déontologie, il est bien prévu que pour le respect...humaine ...

Mme F.T : - « ...de l'intimité... »

Dr *ROLERON* « .....Eh bien, la personne est humaine. L'examen ne doit pas être fait avec des personnes qui ne sont pas médecins. Et encore plus, ils peuvent même être faits, pour en judiciaire avec le seul expert judiciaire si la victime refuse que la présence du médecin de la compagnie d'assurances mais bien évidemment le médecin judiciaire doit redonner ses conclusions et le résultat de son examen après. Donc, il faut vraiment faire très attention et les avocats non. »

Mme Françoise TISSOt-GUERRAZ Modératrice : - « Merci à tous ! Donc, on arrête pour les questions puisqu'on va passer à la table ronde maintenant.

Table ronde

La mission d'expertise au Civil

Le rôle de l'avocat dans l'élaboration de la mission

Mtre I.Duguet – Bâtonnière – Barreau de Bayonne *

*Texte non relu par l'auteur

Le point de vue de l'avocat est de dire que son rôle n'est pas évident. Tout d'abord, s'agissant de son concours à l'élaboration de la mission expertale, et je dirais que son concours prend tout son sens dans l'expertise judiciaire civile puisque qu'en matière pénale, je rappelle que c'est le juge d'instruction qui détermine seul la mission de l'expert et que désormais, le texte prévoit simplement que cette mission est communiquée à l'avocat pour recueillir ses observations. En matière d'expertise civile, c'est l'avocat qui est supposé proposer au juge la mission, ce rôle est tout de même circonscrit bien sûr dans la mission type que nous venons d'examiner, mais tout de même, le rôle de l'avocat est particulier puisque l'avocat n'est pas un médecin, n'a pas à se substituer à lui, souvent n'a pas les connaissances, ce n'est même pas souvent; c'est toujours, n'a pas les connaissances médicales mais à la fois représente l'interface et le premier interface entre le justiciable qui vient le trouver, j'allais dire la personne blessée et le juge auquel va être soumis la problématique de l'expertise. Alors, le rôle primordial de l'avocat, c'est d'abord la compréhension des dommages dont se plaint la victime ou la personne blessée, sa transcription par écrit sur l'assignation qui va être soumise au juge souvent en référé, pour la désignation d'un expert. Et la réunion des pièces. Alors tout dépend, dans le rôle de l'avocat, tout dépend si le dossier doit évoquer la question de l'imputabilité et là, c'est vrai que j'ai envie de dire, que ni le juge ni l'expert

n'ont à suppléer la carence des parties. Ce qui veut dire que, en matière d'expertise de responsabilité médicale par exemple, même si à ce stade bien sûr le président en référé ne va pas juger, mais on doit quand même apporter des éléments qui laissent supposer une future imputabilité puisque on assigne quand même un médecin, une personne, une compagnie d'assurances et que par conséquent dès ce stade, l'avocat doit se préoccuper de la future démonstration, même si ce n'est pas le débat, de l'imputabilité et du lien de causalité entre les dommages dont se plaint le blessé ou la blessée et les conséquences, la faute et les conséquences. Voilà le premier rôle de l'avocat ; c'est la constitution du dossier, nous y passons beaucoup de temps, nous sommes souvent en lien avec le médecin traitant où nous nous faisons expliquer les documents médicaux parce que encore une fois, nous n'avons pas les compétences requises et à la fois nous devons expliquer au juge et proposer une mission dans le cadre alors soyons clair, la mission, on reprend bien sûr celle de la nomenclature, nous n'inventons rien, mais nous devons toutefois l'examiner et l'adapter puisque j'ai entendu tout à l'heure avec plaisir que elle n'est pas figée certes, qu'elle est indicative et nous devons l'adapter parfois pour en sortir des postes qui ne sont pas adaptés à la situation ou parfois pour ajouter des éléments et j'entendais le docteur DE LARRARD tout à l'heure dire que tout se joue pendant l'expertise et nous en avons une conscience aigüe. Effectivement, tout se joue pendant l'expertise. Alors, notre rôle est délicat parce que, dès l'élaboration, parce que souvent nous avons eu affaire aux côtés de nos clients où on a un accompagnant -

c'est vrai le terme c'est le client même si c'est le patient aussi, en tout cas la personne que nous défendons -, nous avons eu affaire dans un premier temps à une compagnie d'assurances qui est la compagnie d'assurances «entre guillemets de la partie adverse", et en ce sens, la discussion est parfois déséquilibrée parce que clairement, soit la personne blessée dispose elle-même d'une assurance qui prévoit à ses côtés un expert et là, elle se sent assistée techniquement,- c'est ça qui compte je crois, techniquement - et c'est très bien parce que il y a une équité et un échange contradictoire correct et respectueux, soit ce n'est pas le cas et l'avocat se trouve un peu démuni et soit la personne aura clairement les moyens de faire appel à un expert privé soit ce n'est pas le cas et dans ce cas, l'avocat a un rôle différent encore. La difficulté de ne pas déplacer le procès au cœur de l'expertise médicale mais en même temps - moi lorsque je vous entends ce matin, c'est un peu l'impression que j'ai aussi dans mon cabinet et de plus en plus, je crois que le procès se déplace en amont dès le stade de l'expertise médicale, et c'est toute la difficulté et on la trouve déjà au niveau de l'élaboration de la mission mais également après, et je ferais très court, pour terminer pour dire que le rôle de l'avocat est également celui d'accompagner et à l'amont de proposer au juge tel ou tel expert, alors bien sûr ce n'est pas l'avocat qui choisit bien entendu, le juge a à sa disposition tout une liste d'experts, mais c'est déjà une première question, un premier questionnement de l'avocat de se dire : « *Mais je demande la désignation de qui ?* » Quelle spécialité de la médecine sachant que bien sûr l'expert pourra se faire adjoindre

d'autres professionnels etc. Mais tout de même, nous avons déjà à déterminer, nous avons à réunir les éléments, à comprendre, à nous faire expliquer, à nous faire assister souvent de médecins, soit de compagnies d'assurances ou de médecins privés j'allais dire ou de spécialistes déjà pour présenter au juge un dossier qui lui permette de comprendre ce qui se passe, de quel dommage se plaint la personne blessée et quel est le spécialiste qu'il va pouvoir désigner. Alors, est-ce que ce spécialiste fera partie du ressort de la Cour ou est-ce que ce sera un spécialiste extérieur ? Se pose la question aussi, la crainte- je vous le dis en toute gentillesse -, mais la crainte du justiciable c'est de se dire : « *Voyons ces médecins se connaissent, ils se connaissent, les experts se connaissent, est-ce que je vais. Est-ce que mes droits vont être respectés?*» Ce n'est pas une suspicion de malhonnêteté mais c'est souvent ce que nous entendons, et nous, nous les rassurons souvent en disant : «*Ne vous inquiétez pas, à partir du moment où un expert figure sur une liste etc., vous pouvez lui faire confiance*». Mais c'est quand même une question qui revient et je la relie avec la présence de l'avocat qui n'est pas uniquement destiné à augmenter ses honoraires mais aussi, avant tout, j'ai envie de dire, qui répond à la demande de la personne qui est assistée et souvent lorsqu'elle n'a pas d'expert parce que, même lorsqu'elle a une compagnie d'assurances; très souvent au dernier moment, je ne sais pas pour quel motif, peut-être par manque de moyens mais l'assureur va dire : «*Ben finalement, j'ai pas pu trouver un expert, l'expert ne pourra pas venir*». Alors, au cœur de l'expertise, lors de la convocation Docteur DE LARRARD; vous

disiez : «*Tout se joue dans l'expertise*», c'est aussi comme cela que je le ressens, c'est toujours trop tard lorsque l'avocat va faire des dires à expert sur la base de quoi? Sur la base de ce que lui aura raconté le patient ? Qui est le premier concerné, qui n'est pas objectif ou sur la base de ce qui aura été indiqué par le médecin de la compagnie ? Donc de l'une des parties. La présence de l'avocat est délicate, on voit que dans les grandes villes effectivement elle est quasiment systématique, aujourd'hui dans le ressort du barreau de Bayonne elle est de plus en plus nombreuse, de plus en plus souvent et je comprends tout à fait la problématique qui est celle de savoir si l'avocat doit assister ou pas, nous n'allons peut-être pas résoudre cette question aujourd'hui mais ce que je veux dire c'est que, il s'agit de savoir; est-ce qu'il ne faut pas rajouter dans la nomenclature ou je ne sais dans quel texte, la question du consentement éclairé de la personne que nous assistons puisque elle est perdue et lorsque la situation qu'elle vit comme la pire; c'est celle dans laquelle elle est examinée par le médecin désigné par le juge et alors qu'assiste à cet examen le médecin de la compagnie entre guillemets adverse, là elle se sent perdue, seule et elle ne se sent pas respectée. On parlait du respect tout à l'heure, à ce stade-là elle ne se sent pas respectée. Alors peut-être que la présence de l'avocat bien sûr n'est pas souhaitable pour des raisons que je comprends parfaitement mais se pose quand même la question, non pas du procès mais de l'expertise équitable. Alors oui, on est au cœur du débat aussi, alors je ne pense pas que ce soit la présence de l'avocat qui résoudra ce point je rejoins la majorité, j'ai l'impression d'entre vous sur

cette question, mais je crois quand même que c'est un élément qu'il faut examiner. La société a évolué; vous avez parlé tout à l'heure effectivement de l'information, à la fois ce sont des personnes surinformées auxquelles nous avons à faire mais mal informées et je crois que cette question elle doit être abordée et qu'elle doit faire partie pleinement de la détermination de la mission de l'expert ou des experts et de ce que ce que nous pouvons nous, avocats, dire au juge que nous sollicitons après mais il est déjà trop tard parce que nous sollicitons souvent le juge pour des difficultés ou d'interprétation de la mission parce qu'il faut l'élargir par exemple, ou bien nous le sollicitons en disant : «Attention, mon client me dit que le contradictoire n'a pas été respecté». C'est déjà un peu un échec dans la mission, je crois, parce que nous, nous sommes obligés,...nous sommes obligés d'intervenir à ce stade. Donc voilà, je crois qu'il y a des questions qui sont d'actualité sur tous ces thèmes. »

La Problématique par les experts

Pr M.H Bernard –Présidente d'honneur Cie d'Experts CA Reims

Merci Françoise. Christian PIEDELIEVRE est irremplaçable, mais je vais vous dire avec plaisir et brièvement quelques réflexions sur le sujet.

Une mission d'expertise de justice, ça sert à quoi ?

- A éclairer le magistrat dans un domaine qui n'est pas le sien,
- De telle sorte que la victime puisse être indemnisée du dommage qu'elle a subi de la façon la plus juste possible, c'est à dire des conséquences de l'intégralité de ce dommage.

D'éminentes personnalités ont réfléchi à ce sujet bien avant nous et en particulier le Président DINTILHAC dans sa grande sagesse, avec son groupe de travail dont le rapport a permis de beaucoup mieux appréhender l'étendue du dommage ; il est vrai que le monde de l'expertise en réparation des préjudices corporels en a été très satisfait.

En pratique, qu'est-ce qui a changé depuis ce rapport DINTILHAC pour les différents acteurs de l'expertise ?

- Le magistrat ? Son jugement va être meilleur avec une mission DINTILHAC puisque la mission est beaucoup plus complète, plus exhaustive.
- L'expert ? Il est très content aussi et c'est ce que vous avez tous dit. Pour les mêmes raisons que le magistrat, avec une mission bien cadrée, il va pouvoir répondre de façon plus complète, certain de ne rien oublier, les préjudices étant

listés de manière plus claire, avec des questions de plus en plus nombreuses. Les missions qui étaient simples auparavant deviennent maintenant plus détaillées, avec les différentes questions précises auxquelles l'expert va devoir répondre; toutes les cases de la mission vont être remplies, ce qui fait beaucoup de travail pour l'expert ... Cette lourde tâche va bien motiver une rémunération conséquente ! Justifier notre augmentation d'honoraires ? Quand on fait une réunion d'experts, dès que l'on parle d'honoraires, la motivation expertale est là ...

- Et l'avocat avec cette nouvelle mission ? Il me semble très content aussi parce qu'il va défendre son client sur de très nombreux chapitres, justifiant là encore des honoraires à la hauteur ... Mais l'avocat qui est toujours pertinent dans ses réflexions avance alors : « Oui bien sûr Madame l'expert, il y a tous ces préjudices de la mission DINTILHAC, mais je me réserve le droit d'en trouver un supplémentaire et spécifique pour mon client » ... D'une grande sagesse l'avocat !

- Et la victime ? Parce que n'oublions pas que c'est pour elle qu'on travaille. Que sait-elle de tout cela ? Quand elle a un avocat, et en judiciaire elle en a souvent un, son avocat va lui démontrer que c'est vraiment très bien, qu'il fait un énorme travail etc. Certes, mais ce qui serait plus intéressant serait de voir si, au total, l'indemnisation est plus conséquente pour elle, ce qui en résulte.

Alors, la réflexion que je voulais vous soumettre est très simple : Cette multiplication des postes dont on saisit les avantages évidents : identification plus précise et plus juste

de l'ensemble des préjudices, valorisation des artisans de l'expertise, est-elle vraiment utile à la victime ?
Je n'en suis pas persuadée car l'être humain n'est pas un assemblage de cases et de chiffres ; il est un ensemble complexe de possibilités, d'interactions, d'aspirations, de frustrations qui vont s'exprimer ou non en fonction de multiples données qu'il n'est pas vraiment possible de lister.
Alors, si les protocoles, les chiffres, les missions types ont quelque chose de rassurant, je pense qu'elles ne correspondent pas à la réalité humaine dans sa complexité. Par exemple, prenons deux victimes qui perdent la vue ; l'une va être en plein désarroi, va sombrer dans la dépression et subir un préjudice insurmontable ; l'autre au contraire, avec une personnalité enthousiaste, volontaire, va en quelque sorte « valoriser » son handicap et prendre une valeur marchande parfois « bonifiée » par son handicap ... (voir certains chanteurs aveugles, athlètes paralympiques)
Tout cela pour dire que ce n'est pas parce que le magistrat détaillera plus nos missions que cela fera émerger toute la réalité du préjudice ; il est plus utile pour le magistrat de disposer d'un expert capable d'apprécier la victime dans sa globalité que de la saucissonner pour répondre à une description « exhaustive » et remplir des cases. Nous touchons là également à l'opportunité et au bienfondé des « barèmes », et à l'expertise dans son ensemble ...
En pratique, c'est le cerveau qui commande tout : Face à un blessé, nous allons chercher à indemniser la perte d'une main, la perte d'un orteil, la perte d'un fragment humain ... Nous faisons du mieux possible mais que va en faire le blessé ? Ce sera fonction de ses capacités cérébrales : Certains tireront parfaitement profit d'un handicap et le valoriseront même parce qu'ils ont une dynamique cérébrale particulière et il n'y a pas que le niveau scolaire qui compte pour

l'apprécier : Des « nuls » en niveau scolaire peuvent faire des carrières fantastiques.

La meilleure mission que l'on puisse avoir, ce n'est probablement pas une mission trop détaillée qui enferme l'expert dans un carcan où il va d'ailleurs risquer de pouvoir se faire remplacer par des robots parce que si vous demandez des chiffres, la machine sera capable de vous les fournir alors que si vous lui demandez une réflexion complexe, seul l'expert pourra la fournir. (du moins pour l'instant ...)

Pour avoir une excellence dans l'expertise, le plus important ne tient pas dans les paragraphes des missions, mais dans la compétence, l'intelligence du magistrat, de l'expert et de l'avocat et surtout dans leur capacité de communication ...

Merci. »

Considérations pratiques, réflexions d'un médecin conseil de base sur l'expertise au quotidien (en droit commun comme en R.C . Médicale)

On ne fera référence ici qu'aux dossiers simples, de traumatologie ou de RC médicale. La majorité des dossiers.

Abstraction faite des dossiers complexes comme par exemple ceux qui relèvent des *régimes spéciaux d'indemnisation créateurs de présomptions légales de causalité ou de responsabilité en faveur des patients.*

Le point de vue du patient, la victime

Le point de vue de la défense du professionnel de santé mis en cause:

En expertise de droit commun, pour l'évaluation d'un dommage corporel comme en expertise de RC médicale, les critères d'imputabilité sont la solution technique à la mission.

De façon étonnante on est parfois amené amener à s'entendre proposer une évaluation alors même que les lésions initiales (a fortiori l'imputabilité médico légale) ne sont pas clairement documentées. On devrait être autorisé à exiger un **véritable diagnostic** de lésion initiale, et de séquelle.

L'imputabilité médico-légale : Les difficultés en expertise médicale naissent à mon sens de la perte de cette notion essentielle. On a presque l'impression d'être « vieux jeu » à l'évocation de cette histoire, tant la loi Kouchner a introduit de l'élasticité :

« Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé

TITRE IV : RÉPARATION DES CONSÉQUENCES DES RISQUES SANITAIRES **Article 98**

« Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée ... »

Il y a un ***malentendu*** entre ce texte de loi, la compassion, l'empathie, et les nécessités de la défense d'un établissement ou d'un professionnel de santé, mis en cause.

Pendant l'expertise, les avocats disent « **mon client »**

Le médecin conseil, expert voit « un patient ». Il est imprègné - même s'il n'est pas son médecin traitant - par les règles de la déontologie.

Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non

seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

La relation est différente. Le secret est un devoir du médecin.

En pratique : pendant le déroulement de l'expertise ,

La réunion d'expertise : La question est la suivante : comment – même pour les plus aguerris d'entre nous - faire observer à l'expert que les troubles constatés sont antérieurs, quand on est en présence des trois avocats, des membres de la famille qui l'accompagnent, voire, comme cela se voit maintenant d'un « conseil juridique » qui n'est pas avocat : il faut aussi convenir que le patient (en particulier avec l'accès du patient à son dossier depuis 2002) est venu sans aucune conscience de la révélation possible de son secret (médical). C'est ainsi qu'il n'est pas non plus très averti quand il soutient l'avocat qui veut assister à l'examen clinique...

L'expert CCI/ judiciaire a **le devoir** d'affronter sans crainte cette réalité, encore faut-il qu'il ait vu le dossier dans ces détails.

L'avis technique que nous donnons doit respecter les critères d'imputabilité médicolégale : Direct et certain

Malheureusement, trop souvent, l'expert va détester ces questions, qui immédiatement déclenchent les protestations d'un patient qui n' a pas été prévenu.

Souvent l'expert estime que les conseils des mis en cause manquent de compassion voire d'humanité.

A l'inverse, les critiques contre les professionnels de santé mis en cause, sont fréquemment désagréables et non

contrôlées (nous avons entendu un jour *« l'infirmière fumait en me faisant le pansement »*). Pourtant, le professionnel de santé mis en cause, le représentant de l'établissement mis en cause, ne doivent pourtant pas avoir de doute sur la qualité de la défense de leur dossier.

On sait l'impérieuse nécessité – pour les parties – de faire toutes les observations à l'expert pendant l'expertise. (Certes on peut toujours faire des observations à expert à postériori par voie d'avocat).

Et que dire de la tendance actuelle où des avocats demandent l'autorisation d'assister à l'examen clinique: cette partie de l'expertise reste une occasion d'un dialogue strictement couvert par le « secret médical » entre le patient et l'expert.

L'imputabilité est particulièrement mal traitée quand on aborde l'évaluation de la répercussion professionnelle en cas d' AIPP basse, du préjudice esthétique temporaire, ou de la mesure de l'assistance permanente par tierce personne, surtout chez la personne âgée.

Après l'expertise : Le rapport d'expertise

Le chapitre imputabilité médicale du rapport d'expertise ne doit souffrir d'aucune restriction : Le patient doit savoir que l'imputabilité ne remet pas en doute son vécu : *je ne dis pas « vous ne souffrez pas » , je dis ce n'est pas imputable »*

Par exemple, il y a une difficulté fréquente avec les dossiers d'infections de site opératoire, bien prises en charge et non compliquées : le patient est hospitalisé avec une pathologie documentée ; bien prise en charge,

l'infection ne dure qu'un temps et le patient retombe dans l'évolution prévisible de sa pathologie. Très souvent sans séquelles. Parfois, il l'admet difficilement.

<u>En conclusion</u>, en matière d'imputabilité médicolégale

- Tant pour la définition d'un risque sanitaire résultant du fonctionnement du système de santé

- Que pour l'évaluation de séquelles imputables à un accident médical

Le diable se loge dans les détails d'un courrier médical, du dossier de consultation de pré anesthésie, du dossier infirmier, etc...

On attend de l'expert que rien du dossier ne lui échappe, et que courageusement, il le mette en exergue pendant la réunion d'expertise.

Tout le monde s'y retrouvera. Un patient de bonne foi, gagnera toujours à apprendre en fin d'expertise, qu'il s'est estimé *victime* à tord. Il perdra ce ressenti « d'une injustice « venue s'ajouter à sa maladie.

Le magistrat du siège

G .Denard – Président du Tribunal de Grande instance de Bayonne

« Oui si vous me permettez, je voudrais avant d'aborder la mission du juge telle que définie... pardon la mission de l'expert telle que définie par le juge; revenir si vous me le permettez aux enjeux de l'expertise judiciaire et de vous rappeler ces fondamentaux qu'on oublie quelque fois. Ainsi,si l'on remonte vraiment dans le temps; sous l'ancien régime, l'adage disait qu'il fallait trois sacs pour aller en justice : un sac d'argent pour symboliser le coût du procès, un sac de papier pour mesurer le poids de la procédure et un sac de patience pour en admettre la durée. Aujourd'hui on retrouve peu ou prou ces différences éléments dans l'expertise civile dont l'histoire a toujours été fortement marquée par cette problématique. Les premières ordonnances qui codifient l'expertise datent quand même d'avril 1667. Elles définissaient à ce moment-là la procédure de l'expertise et l'expert était mandataire des parties. La loi du 14 avril 2006 qui consacre le principe facultatif de l'expertise décidée discrétionnairement par le juge, - non lié par l'avis de l'expert, et l'expert, était réalisé par trois experts choisis par les parties. Aucun délai ne leur était imparti. Pour l'accomplissement de leur mission pour l'anecdote j'avais noté que l'article 317 alinéa 2 précisait que dans l'hypothèse où l'un des experts ne sait pas écrire; la rédaction du rapport sera écrite par le greffier de la justice de paix du lieu où ils auront procédé.

Aujourd'hui, donc ce sont les dispositions de la loi du 5 juillet 1972 et du décret de 1975 qui conditionnent l'expertise. Je voudrais rappeler qu'à l'heure actuelle, dans notre droit processuel, l'article 147 fixe au juge des objectifs de sévérité et d'économie, dans la mesure où ce dernier doit limiter le choix de la mesure à ce qui est suffisant pour la solution du litige en s'attachant à retenir ce qui est le plus simple et le moins onéreux. Aujourd'hui bien sûr, cette exigence d'une justice rapide et peu couteuse se heurte aux principes des affaires civiles nécessitant le recours à l'expertise, facteur de coût et de durée du procès en plaçant donc les différents acteurs du procès dans une situation, et notamment le juge, quelque peu paradoxale. Le juge peut ordonner d'office toutes les mesures d'instruction légalement admissibles(article10). Aux termes de l'article 143, les faits dont dépend la solution du litige peuvent à la demande des parties ou d'office être l'objet de toute mesure d'instruction légalement admissible et les dites mesures d'instruction peuvent être ordonnées en tout état de cause dès lors que le juge ne dispose pas d'éléments suffisants pour statuer. Enfin et surtout au-delà des articles 146 ou 145 que tout le monde connaît sur le motif légitime, je voudrais rappeler les dispositions plus précises de l'article 263 selon lesquelles l'expertise n'a lieu d'être ordonnée que dans les cas où des constatations ou une consultation ne pourraient suffire à éclairer le juge. Dès lors, si en théorie juridique l'expertise n'est qu'une modalité d'instruction confiée en dernier recours, on s'aperçoit aujourd'hui qu 'en pratique l'expertise est désormais la référence et la règle.

Les constatations ou la consultation sont aujourd'hui désuètes et peu usitées. Compte tenu de la masse des contentieux et du cadre juridique plus sécurisant pour les parties; le juge a souvent recours à l'expertise. C'est ce que je voulais dire dans mes propos initiaux; Quels sont les critères de l'expertise? L'expertise s'inscrit au cœur du procès civil. Le critère primordial de subsidiarité, l'expertise ne peut être ordonnée que si aucune autre mesure n'est suffisante pour la solution du litige. Le critère obligation incitation dissuasion. Le critère de complexité résulte de la nature de l'affaire de l'importance des investigations à réaliser, du nombre des parties de l'enjeu du litige . Le critère de proportionnalité. Les missions de l'expertise sont définies par l'article 265 qui dit que:«La décision qui ordonne l'expertise expose les circonstances qui rendent nécessaire l'expertise donc il appartient au juge de déterminer la mission d'expertise. En ce qui me concerne, je pense que la mission d'expertise repose sur quatre étapes fondamentales et qui doivent être le reflet dans la mission même de l'expertise, et notamment en matière médicale La première d'entre elles ; c'est l'examen, bien entendu de la victime, en tenant compte bien sûr de toutes les circonstances de son âge, de son travail, de sa profession comme il est demandé et donc d'avoir des éléments objectifs sur l'état de santé actuel de la victime. Deuxième étape ; qui parait très importante dans la mission, c'est celui de ce qu'on appelle l'imputabilité ou alors ce que j'appelle moi plutôt le lien de causalité, c'est-à-dire qu'à l'examen de la victime par rapport au fait dommageable, quelle est la causalité, quel est le lien de causalité certain et

direct qu'il y a entre les lésions médicales observées et par exemple l'accident survenu. Cela pose bien entendu le problème fondamental de l'état antérieur.Evidemment s'il n'y avait pas d'état antérieur, la solution est extrêmement simple. La solution est beaucoup plus délicate lorsqu'il s'agit, comment dirais-je, de proportionner l'état antérieur par rapport aux blessures et surtout d'en quantifier l'aggravation. Troisième étape fondamentale c'est bien entendu la détermination des préjudices et là on revient à la nomenclature DINTHILAC sur les rapports de l'AREDOC, sur les tous les différents postes de préjudices, qu'ils soient des postes de préjudices patrimoniaux ou extrapatrimoniaux. La détermination et la qualification juridique d'un préjudice appartient au juge. Par exemple s'agissant du prejudice d'agrement : est-ce que effectivement par rapport à son état de santé, ce dernier n'est plus en mesure d'exercer les activités ludiques ou sportives qui existaient auparavant ? Au juge de vérifier si ce dernier exerçait bien au préalable des activités de cette nature ou ne peut plus les faire par la suite, Par contre; il appartient au médecin expert de dire si effectivement, dans l'exercice de son activité il est limité, réduit... et toutes les autres possibilités. Enfin et quatrième étape ; la rédaction du rapport. Outre bien sûr qu'il est souhaité qu'il soit établi dans les délais; la rédaction du rapport me parait également extrêmement importante dans la mesure où il faut que l'ensemble des éléments qui ont été observés ou vus au cours de la discussion, au cours de l'examen, se retrouvent évidemment dans le rapport final et est été soumis au contradictoire. C'est pourquoi je prévois un

pré-rapport qui permet aux parties la rédaction de dires , à l'expert d'y répondre avant d'établir le rapport définitif.

Discussion sur la première Table ronde

Mme Françoise TISSOT -GUERRAZ Modératrice : - « Merci Monsieur le Président d'avoir aussi bien dans l'introduction que dans la fin, avoir été très clair. J'ai retenu les sacs parce que ça, je m'en souvenais un petit peu mais Je n'avais pas les trois sacs et les quatre étapes de l'expertise. Merci d'avoir tenu votre temps

Maintenant nous avons dix minutes de questions et ceux et celles qui avaient préparé vos questions, tout de suite brandissez-là parce que, après c'est la pause.

Première question, s'il vous plaît bien dire votre nom, votre spécialité, votre ville. »

M. Jacques TABUTIN Chirurgien orthopédique :

« Jacques TABUTIN, je suis chirurgien orthopédique à Cannes, du ressort de la cour d'appel d'Aix en Provence, ma question concerne les missions d'expertise en responsabilité médicale. Qui est un problème un petit peu particulier. »

Mme Françoise TISSOGERAS Modératrice : - « Cela s'adresse aux magistrats ? »

M. Jacques TABUTIN Chirurgien orthopédique : - « Oh ! À tout le monde. C'est surtout aux magistrats. La question posée est souvent une question binaire : Y'a-t-il une faute ou non ? Et dans ces histoires de

problèmes de responsabilité médicale qui est rare, enfin il n'est pas facile, de répondre par oui ou non. Est-ce qu'il ne serait pas judicieux de s'inspirer de ce qui est fait par exemple à ORTHORISQ. Je suis chirurgien orthopédiste et j'ai été Président d'ORTHORISQ, c'est la partie de notre société qui s'occupe de la maitrise des risques. Il y a une grille d'analyse des évènements porteurs de risque et des évènements indésirables graves, faites par les experts qui est très informative et qui serait sans doute beaucoup plus éclairante pour le magistrat puisque le magistrat nous demande de lui donner l'éclairage médical d'un problème qu'il ne maitrise pas.»

M. DENARD, Magistrat : - «Sur la responsabilité médicale: il est vrai qu'on peut observer effectivement qu'il y a de plus en plus de contentieux de cette nature, ça c'est une certitude. Les contentieux de mise en cause de la responsabilité médicale sont de plus en plus importants. Et souvent, ce que l'on peut aussi observer, dans la raison qui motive la demande d'une mise en cause de responsabilité médicale, ce n'est pas forcément nécessairement toujours l'acte médical lui-même mais c'est surtout ce qu'il y a en amont, c'est-à-dire l'information ou le défaut d'information. Et à mon avis, beaucoup de dossiers à l'heure actuelle sont conditionnés par cette question préalable du respect, dans le cadre de la loi sur les droits des malades, du

respect de l'information. Il n'y a pas forcément nécessairement de contestation de l'acte médical lui-même, du moins de ses résultats parfois, bien évidemment si par exemple – je ne sais pas moi - un pansement a été oublié dans l'estomac ou un bistouri est resté dans un endroit du corps, bien évidemment là se pose la question. Mais la question de la responsabilité pour moi elle est extrêmement simple, elle résulte de cette phrase, simplement de déterminer dans un premier temps si effectivement l'acte médical qui a été réalisé a été fait consciencieusement et en fonction des règles de la médecine, applicables au jour ou au degré de connaissance actuelle de la médecine. Il est vrai qu'aujourd'hui avec les techniques modernes, les avancées techniques et les avancées scientifiques font que les résultats sont bien plus performants qu'il y a quelques années. Et c'est à partir de ce moment-là qu'il est répondu. Si effectivement l'acte a été réalisé dans ces conditions, dans le respect des règles de l'art si vous me permettez cette expression, et après bien entendu en découle la nature des préjudices qui sont consécutifs à cet acte, éventuellement fautif, dont le magistrat reste souverainement et apprécie souverainement la réalité. Mais ce que je peux vous dire, de ce que j'observe comme magistrat des référés à l'heure actuelle c'est souvent le problème de l'information préalable qui pose une difficulté et qui remet en cause évidemment bien sûr, la nature de

l'acte réalisé du fait que l'on n'a pas forcément expliqué, peut-être suffisamment je ne sais pas ou suffisamment clairement, quels étaient les aléas de l'intervention, pour expliquer que c'est pas forcément parce qu'on va voir le médecin qu'on est guéri immédiatement ou quand on va voir le chirurgien qu'il y a une solution à 100%, mais là où il y a parfois une grande difficulté c'est qu'on n'explique pas quels sont, de manière précise, quels sont les aléas que peut rencontrer bien sûr tel ou tel acte chirurgical ou tel acte thérapeutique. Voilà ce que je voulais dire, c'est souvent un problème d'information en amont.»

Mme MONESTIER CARLUS Expert médecin de justice : - « Je voudrais ajouter un mot à ce que dit Monsieur le Président, c'est très intéressant cette notion qu'il y a davantage d'affaires liées à un problème d'information; et on peut se poser la question en fait si c'est pas la résultante d'une déviation, de ce que le législateur voulait faire en instituant, en mettant en place les C.R.C.I, parce que les C.R.C.I , on peut la saisir facilement. La montée en puissance des C.R.C.I est quelque chose de monumental, donc les gens demandent toujours quelque chose, un éclaircissement et dans le rapport d'expertise à C.R.C.I , on peut trouver un défaut d'information, et ce défaut d'information renvoie aux compagnies d'assurances qui, quelque fois ne sont pas d'accord et peut-être que c'est une des raisons de

cette montée en puissance du défaut des demandes au niveau des tribunaux de droit commun ou d'ailleurs en tribunal administratif, de la même manière. Bien sûr on sait qu'il y a d'autres raisons mais je voulais ajouter ce point de vue. »

Mme Françoise DE LARRARD Médecin expert : - « Oui je voulais rebondir sur la notion d'information parce que c'est un problème extrêmement difficile Monsieur le Président. Et quand on exerce la médecine; on a en face de soi un patient; y'a un déséquilibre considérable au niveau de la connaissance et même vis à vis de tout un chacun ici. Qu'est-ce que vous allez donner comme information ? Si vous donnez une information extrêmement précise et compréhensible; le malade, il se sauve à toute vitesse. Il ne reste pas pour se faire opérer. Alors qu'est-ce qu'on doit faire ? On doit essayer de trouver le juste milieu pour qu'; il puisse bénéficier des progrès de la science mais que nous on puisse quand même ne pas se faire attaquer sur l'absence d'information. Mais je voulais insister là-dessus parce que je trouve maintenant tout le monde s'engouffre dans la formation pour la responsabilité médicale parce que ça paye. Parce que c'est très difficile

Alors on arrive... On a fait faire un travail sur l'information écrite. Les patients ne lisent pas ce qu'ils signent. Ils ne lisent pas ce qu'ils signent. Alors qu'est-ce qu'on peut attacher comme crédit à un papier qui

n'a jamais été lu même s'il a été signé ? Enfin, je m'arrête là ! »

Mme Catherine SZWARC Avocat : - Bonjour. Donc Catherine SZWARC ; avocat à Montpellier. Je voulais faire une petite observation suivie d'une question. En ce qui concerne la mission de l'expertise, évidemment c'est très important pour la réparation intégrale des préjudices. En expertise amiable, nous arrivons nous les avocats à discuter de plus en plus et à élaborer avec les experts, la mission avec tous les chefs de mission, ce qui permet d'avoir des expertises qui sont calmes et qui sont vraiment très efficaces. Alors je voulais savoir Monsieur le Président, en ce qui concerne votre juridiction, comment est-ce que vous avez élaboré vos matrices de missions ? Puisque chaque juridiction a sa façon de faire, parfois nous, les avocats, nous essayons, nous discutons avec nos juridictions pour faire l'élaboration des missions, pour essayer chacun d'apporter notre point de vue, donc je voulais savoir spécifiquement dans votre juridiction, comment vous avez élaboré les missions ? »

M Denard Magistrat : - « Vous posez là une question essentielle. À savoir que, effectivement, on peut observer que selon la juridiction dans laquelle on se trouve; la nature des missions ne seront pas forcément les mêmes sur une même donnée ou sur un même sujet, tout comme d'ailleurs les montants des consignations par exemple, c'est la même chose.

C'est pour ça qu'il a été mené et qu'il est mené dans plusieurs Cours d'Appel, notamment dans celle de Pau également dont on dépend, une réflexion pour justement et ça sera le thème qui sera dévoilé par Monsieur le Premier président (2:06:50) cet après-midi, sur ce qu'on appelle l'harmonisation ou sur ce que j'appelle moi plutôt ; la structuration des écritures. C'est-à-dire ; comme je viens d'une juridiction d'une cour d'appel différente, celle de Bordeaux; qui était présidée à l'époque par Madame BUSSIERE et sous son autorité, l'ensemble des tribunaux de cette cour d'appel, donc les cinq tribunaux, à l'époque j'étais donc Président du tribunal de grande instance de Libourne, nous étions réunis avec avocats et toutes les autres parties concernées, médecin et autres, pour établir – comment dirais-je ? - un modèle type ou une écriture structurée où lorsque l'on recevait dès le départ la mission de l'avocat ; le jugement correspondait en quelque sorte, si vous voulez, aux différents points après que le juge ait statué sur ce qui était soulevé, soit accepter le montant et fixer le montant sollicité, soit prononcer un débouté. Et actuellement, est menée sur la cour d'appel de Pau, une réflexion de cette même nature pour essayer d'arriver à une structuration des écritures, c'est-à-dire qu'on ait des missions en quelque sorte un petit peu uniformes tout en tenant compte de la spécificité de chaque cas, car il faut rester sur un cas, sur l'individualisation,

parce que un tel malade ou un tel patient c'est pas la même chose que celui qui vient dans le dossier qui suit, parce que la pathologie n'est pas la même, les interventions ne sont pas les mêmes Mais il peut y avoir – comment dirais-je ? - une base structurelle en quelque sorte qu'on adapte ensuite à chacun des cas individuels. Après, cette réflexion, se mène aussi bien sûr après sur le montant des consignations, sur l'indemnisation effectivement des préjudices puisque dans le cadre des ressorts de la cour d'appel de Bordeaux, Pau, Limoges, Agen... il y a un référentiel, mais un référentiel ce n'est qu'un référentiel. C'est-à-dire c'est un élément d'appréciation, notamment sur le montant des préjudices, d'en préciser que par exemple tel préjudice de souffrance endurée à 4/7 ça vaut entre... - je sais plus quel montant exactement - mais entre mettons entre 6 000 et 10 000. Donc il y a gros; il y a donc aussi ces référentiels sur lequel on s'appuie. L'intérêt au jour d'aujourd'hui c'est d'arriver en amont en quelque sorte à mieux structurer nos écritures, à avoir des politiques identiques de consignation parce que là aussi parfois ça peut être un peu différent, à bien faire aussi la différence entre ce qui est une mission d'expertise, j'allais dire générale et ce qui est une mission de responsabilité médicale pour en ce qui me concerne, le montant de la consignation n'est pas le même. Il est largement, enfin il est supérieur car ça demande un certain nombre d'investigations et on le sait déjà dès le

départ, beaucoup plus longues et beaucoup plus élaborées que, j'allais dire, un examen classique clinique. Voilà ce que je pouvais vous répondre. C'est une des tendances à l'heure actuelle de l'ensemble des juridictions de France et de Navarre à essayer de concentrer leurs écritures. »

M. Y: - « Dernière question, elle va être très courte ! »

Mme Marianne FONTANGES, Expert : - « Je m'appelle Marianne FONTANGES, je suis expert Cour d'appel de Bordeaux en médecine fœtale, qui est une spécialité un peu particulière. Mais ce n'est pas pour ça que je voulais poser cette question mais parce que je rejoins complétement le point de vue de mon confrère orthopédiste sur ce problème de gestion de risque. Nous sommes de plus en plus formés en tant que médecin à la gestion de risque, je suis assez surprise de voir qu'à cette question sur la gestion de risque où il y a une multiplicité ; qu'on a une analyse permanente des causes qui sont dans un accident et on travaille sur ces causes qui mettent en jeu d'autres acteurs que des médecins, notamment dans l'organisation des soins et je suis très surprise de voir que c'est toujours en termes de causalité sur le médecin et c'est très particulier que vous ayez répondu à cette question par la question de l'information au patient, c'est-à-dire qui dépend encore du médecin, alors que moi j'ai l'impression

que dans la structuration de la médecine actuelle, il y a une multiplicité de facteurs qui nous échappent totalement et je sais pas comment la justice peut répondre à ce qui va être, dans le futur, forcément va émerger parce que nous allons être peut-être de mieux en mieux formés à ces questions de gestion risque et je voulais savoir comment la justice, elle, elle appréhende ces problèmes de gestion de risque. Merci. »

Mme de Larrard - « Oui, je comprends Madame l'Expert votre interrogation face à une mission qui est binaire comme vous l'avez dit, mais ce que je veux vous dire c'est que, à mon avis, il ne peut pas en être autrement en matière de responsabilité médicale puisque finalement, in fine, le juge devra dire si oui ou non, le médecin a franchi la ligne jaune ou pas. En revanche, ce que je crois, et ça vraiment j'y crois beaucoup, c'est que rien ne vous empêche dans votre démonstration et pour aboutir à la conclusion qui consistera à dire : oui la ligne a été franchie ou non elle ne l'a pas été, rien ne vous empêche de vous servir des grilles dont vous parlez, et au contraire je pense que c'est très précieux parce que le juge, il ne peut pas se contenter d'une réponse oui ou non, il va vous demander d'argumenter et c'est à ce niveau-là, je pense, que vous pouvez tout à fait utiliser l'outil de travail dont vous nous avez parlé. »

Les spécificités

Les spécificités de l'expertise Pénales

Mme B.DUHA - Avocat Général – Cour d'appel de Pau

Spécificités de l'expertise pénale et notamment dans le cadre de l'enquête pénale.

Cette spécificité se caractérise par l'absence de tout contradictoire. L'expertise pénale va servir notamment à caractériser l'infraction et orienter la procédure, par exemple en matière de violences délit ou contravention en fonction du nombre de jours d'incapacité totale de travail, en matière d'infractions de nature sexuelle selon les constatations opérées.

Au niveau de l'enquête pénale, l'expertise concoure également à identifier l'auteur des faits grâce aux diverses techniques d'identification des personnes notamment l'ADN, les empreintes digitales et palmaires....

La fenêtre d'ouverture pour le contradictoire va apparaître au niveau de l'information.

Avant d'ordonner toute expertise, le juge d'instruction va notifier la mission d'expertise aux parties, au Parquet . Un délai de 10 jours ouvert à chacun pour demander la modification ou pour demander que cette expertise soit complétée, en demandant notamment à ce qu'un expert soit adjoint à l'expert désigné.

Lors du dépôt de l'expertise, les conclusions en sont notifiée aux parties. Les parties disposent d'un délai pour faire valoir leurs observations, demander un complément ou une contre-expertise.

Domaine où l'expert prend de plus en plus de place et d'importance: le domaine de l'expertise psychiatrique.

Depuis environ une dizaine d'années, le médecin psychiatre intervient de plus en plus souvent dans le débat pénal , dans le domaine délictuel.

Ce médecin psychiatre va intervenir notamment pour toute infraction de nature sexuelle, pour laquelle cette expertise est obligatoire avant tout jugement au fond. L'expertise devient également obligatoire avant tout jugement au fond pour toute personne qui fait l'objet d'une mesure de protection : curatelle, curatelle renforcée ou tutelle. Le panel des médecins psychiatres va en se réduisant, malheureusement, en parallèle le domaine d'intervention va en augmentant. Le tribunal se heurte à un problème de délais au niveau du jugement des procédures. Pour juger devant une juridiction correctionnelle un délit de conduite sous l'empire d'un état alcoolique,un défaut d'assurance ou un vol à l'étalage une personne placée sous mesure de protection, doit faire obligatoirement l'objet d'une l'expertise psychiatrique.

Et dernier domaine également dans lequel le médecin expert psychiatre va intervenir: l'application des peines et notamment le tribunal de l'application des peines. Devant cette juridiction, l'expertise est obligatoire .L'attente de cette

juridiction se focalise sur les questions et les réponses apportées à la dangerosité et au risque de récidive de l'intéressé qui sollicite une mesure de libération conditionnelle.

A la phase de jugement, retour du contradictoire, les expertises deviennent des pièces essentielles de ce débat. Elles vont être discutées par les avocats et les parties au procès et je dirais aussi importance de ces expertises surtout en matière psychiatrique puisqu'elles vont aider à la prise de décision par le tribunal, en éclairant donc sur divers aspects de la personnalité de la personne jugée.

SPECIFICITES DE L'EXPERTISE MEDICALE ADMINISTRATIVE

Mme A.Guerin – Conseiller d'Etat – Présidente de la C.A.A de Bordeaux

---

INTRODUCTION

Quelle place pour l'expertise administrative dans le thème de ce colloque sur « l'évolution des missions d'expertise médicale » ?

- Une place à part entière ? Une place entièrement à part ?
- Les indéniables spécificités de l'expertise médicale devant le juge administratif lui confèrent une place entièrement à part (I.)

- A la faveur des convergences intervenues dans le droit de la responsabilité médicale, l'expertise médicale devant le juge administratif n'en a pas moins acquis une place à part entière (II)

LES INDENIABLES SPECIFICITES

1. Celles tenant aux particularismes du litige médical devant le juge administratif
2. Celles tenant aux singularités du statut de l'expert administratif
3. Celles tenant aux spécificités de l'expertise ordonnée par le juge administratif

1. Les particularités du litige médical devant le JA

Pour les juridictions civiles :

- Le médecin est responsable, sur le fondement des articles

1382 et 1383 du code civil, des fautes commises dans les soins qu'il donne à son patient (Cass. 18 juin 1835 Thouret-Noroy c/Guigne)

- la relation médecin/patient (clinique/patient) est une relation contractuelle : le médecin s'engage à donner à son patient des soins consciencieux, attentifs, réserves faites de circonstances exceptionnelles conformes aux données acquises de la science (Cass. 20 mai 1936, Mercier)

- la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est tenu contractuellement à l'égard de son patient (Cass 1ère civ., 8 novembre 2000 Bull. n°287 pourvoi n°98-13660).

Pour les juridictions administratives.:

Le patient est usager du service public hospitalier, personne publique.
La responsabilité de ce service peut être engagée pour faute mais a pu également être historiquement engagée sans faute.

La responsabilité du service public hospitalier pour faute :

- En cas de fautes commises dans les actes de soins

- En cas de dysfonctionnements dans l'organisation ou le fonctionnement du service (CE 26 juin 1959 Rouzet p.

405)

- En cas de fautes médicales = le Conseil d'Etat a d'abord exigé, en raison de la technicité de l'acte médical, la démonstration d'une faute lourde avant d'y renoncer

(CE Ass. 10 avril 1992 Epoux V.)

- La responsabilité du service public hospitalier a pu surtout être engagée sans faute

« *lorsque l'exécution d'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présentant un risque dont l'existence était connue mais dont la réalisation était exceptionnelle et dont aucune raison ne permettait de penser que le patient y fût particulièrement exposé, a été la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état et a présenté un caractère d'extrême gravité* »

(CE Ass. 9 avril 1993 Bianchi n°69336A).

➔ Ces particularismes du litige médical devant le JA ne sont pas sans conséquence sur le droit à indemnisation et ont pu poser la question de l'égalité de traitement des patients selon qu'ils sont admis dans un établissement public ou privé

2. Les singularités du statut de l'expert administratif

Le procès administratif n'est pas, comme le procès civil, la

« choses des parties ». L'instruction, écrite et contradictoire, est entièrement conduite par le juge. Il en résulte deux grandes différences :

- L'expert administratif détient un pouvoir propre de direction des opérations d'expertise.

- Il n'est pas perçu comme un prestataire de services œuvrant pour les parties, mais comme un collaborateur occasionnel du service public.

- L'expert détient un pouvoir propre de direction des opérations d'expertise.

  ➔ une illustration : aucune disposition du CJA ne fait obligation à l'expert, ainsi que le fait l'article 273 C.P.C, de tenir le juge informé de « *l'avancement de ses opérations et des diligences par lui accomplies* ». De même, l'expert n'est nullement tenu de « *faire rapport au juge* » si il se heurte à « *des difficultés qui font obstacle à l'accomplissement de sa mission ou si une extension de celle-ci s'avère nécessaire* » (article 279 C.P.C)

- L'expert administratif est un collaborateur occasionnel du service public de la justice (Conseil d'Etat 26 février 1971 Ministre de l'Intérieur c/Aragon)

« Considérant, que dans le cas où cette partie est insolvable, l'expert subit, pour avoir participé au fonctionnement du service public de la justice administrative, un préjudice qui résulte de l'impossibilité où il se trouve d'obtenir le paiement de ses honoraires ;

que , lorsque l'expert, malgré ses diligences, n'a pu obtenir ce paiement de la partie que le tribunal a condamnée à supporter les dépens, l'État, responsable du fonctionnement du service public de la justice administrative, doit se substituer au débiteur principal des dépens pour le paiement de ces honoraires et supporter à titre subsidiaire la charge de l'insolvabilité de ce débiteur... »

- L'expert administratif est un collaborateur occasionnel du service public de la justice

  - **si le débiteur de ses honoraires est défaillant, l'expert dispose d'une action contre l'Etat**
  - **l'Etat assume en principe la responsabilité des actes de l'expert, mais**
    - ✓ l'expert qui ne remplit pas sa mission peut être condamné, par le juge administratif, à tous les frais frustratoires et à des dommages et intérêts
    - ✓ sa responsabilité personnelle peut être recherchée devant le juge judiciaire, en cas de faute personnelle grave (qualification pénale ou faute personnelle détachable du service)

3. Les spécificités de l'expertise administrative

L'expertise administrative a fait l'objet d'une refonte importante avec le décret n° 2010- 164 du 22 février 2010.

En dépit d'emprunts non négligeables à l'expertise judiciaire, elle conserve des caractères qui lui sont propres. Ces spécificités sont au nombre de 4 :

- l'absence de consignation
- la possibilité de conciliation et l'organisation de ses suites
- La non-exigence de pré-rapport
- le statut des sapiteurs

❶ l'absence de consignation

- L'expertise administrative n'est pas soumise à la procédure de consignation, organisée par les articles 269 à 271 du code de procédure civile.
- C'est le régime de l'allocation provisionnelle qui en tient lieu, mais à la différence de la consignation qui est fixée par le juge, l'allocation provisionnelle doit être demandée par l'expert, à tout moment des opérations d'expertise.

❷ la possibilité de concilier les parties

- Alors que le CPC prohibe clairement la recherche par l'expert, de la conciliation des parties (CPC article 240 : *« le juge ne peut donner au technicien mission de concilier les parties »)*, il doit, selon l'article 281, seulement faire rapport au juge *« si les parties venaient à se concilier »*)

- le CJA affirme expressément qu'il entre dans la mission de l'expert de concilier les parties (CE 11 février 2005 OGEC du Sacré Cœur). En revanche, l'article R.621-7-2 issu du décret du 22 février 2010 organise avec soin les suites qu'il convient de donner à cette conciliation, qu'il s'agisse notamment de l'authentification de celle-ci par

le procès-verbal signé des parties ou du règlement des frais et honoraires de l'expert.

❸ La non-exigence d'un pré-rapport

- devant le juge civil :

L'expert a pour obligation non seulement de *« prendre en considération les observations ou réclamations des parties et, lorsqu'elles sont écrites, les joindre à son avis si les parties le demandent»* (article 276 CPC) mais il est tenu de *« faire mention, dans son avis, de la suite qu'il leur aura donnée ».*

- Devant le juge administratif :

Rien de tel puisque l'article R.621-7 du code de justice administrative se borne à inviter l'expert à « consigner » dans son rapport les observations faites par les parties dans le cours des opérations d'expertise.

- Ainsi, l'expertise judiciaire consacre un véritable droit des parties à voir leurs dires «pris en considération », (puisque l'expert doit non seulement les recueillir, mais également leur réserver une suite), alors que l'expertise administrative - ce que confirme un certain nombre de décisions jurisprudentielles – admet que l'expert apporte les réponses aux dires dans le contenu même du rapport lui-même.

❹ le statut des sapiteurs

- Dans l'expertise judiciaire, le sapiteur est placé dans une relation contractuelle avec l'expert

- dans l'expertise administrative, le sapiteur se voit reconnaître un statut tout à fait comparable à celui de l'expert. Comme lui, en effet :

- il est désigné par le président de la juridiction (R.621-5) à la demande de l'expert (R.621-2 deuxième alinéa)
- il est soumis au même régime d'empêchement et de récusation
- il peut bénéficier d'une allocation provisionnelle
- ses frais et honoraires font l'objet d'une taxation distincte, soumise aux mêmes critères d'appréciation

SPECIFICITES/CONVERGENCES

- Une expertise administrative entièrement à part ? Oui, du moins en partie, car le droit de l'expertise administrative s'est construit en dehors de la sphère judiciaire sur la base de concepts juridiques originaux (service public)

- Une expertise administrative à part entière ? Oui, aussi car ce droit original de l'expertise administrative a la même force juridique et surtout les éléments de convergence l'emportent aujourd'hui sur les points de divergence

LES INDISCUTABLES CONVERGENCES

1. Celles imposées par le législateur
2. les convergences jurisprudentielles
3. Celles tenant au rapprochement du droit de l'expertise

1. Les convergences imposées par le législateur

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a indiscutablement mis un terme à un contexte de divergences sur les fondements de la responsabilité des professionnels et des établissements de santé, porteurs d'incertitude sur les droits à indemnisation des patients et d'insuffisante protection des droits des malades.

La loi opère une double et salutaire clarification :

- en transférant à l'Etat au titre de la solidarité nationale la réparation de certains accidents médicaux
- en recentrant la responsabilité des professionnels et établissements de santé sur la seule faute.

❶ Le régime de la solidarité nationale

L'Etat prend en charge, grâce à l'ONIAM, la réparation des dommages résultant :

- des <u>accidents médicaux non fautifs</u> sous 3 conditions :

1. **accident lié à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins**
2. **ayant pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé et de l'évolution prévisible de celui-ci**
3. **et présentant un certain degré de gravité (Article L.1142-1 du code de la Santé publique)**

A l'heure actuelle, présentent ce caractère de gravité les

dommages ayant entraîné un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24%, mais également ceux ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50%.

- des infections nosocomiales et aux affections iatrogènes : sous condition de gravité* (Article L.1142-1 du code de la Santé publique)

* Taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique supérieure à 25% ou décès

- des vaccinations obligatoires
- des contaminations par le VIH et par le virus de l'hépatite C d'origine transfusionnelle
- des dommages liés à des mesures d'urgence en cas de menaces sanitaires graves
- des dommages imputables au benfluorex, principe actif du Médiator.

❷ un régime de responsabilité recentré sur la faute

- Aucune condition de gravité n'est exigée. Une exception = il faut la preuve d'une faute caractérisée en cas de handicap non décelé avant la naissance

- Quelques exemples de fautes =
- Méconnaissance d'un droit du patient consacré par

l'article L.110-5 du code de la santé publique de recevoir les soins les plus appropriés

- Fautes médicales (individuelles) commises dans l'élaboration du diagnostic, le choix du traitement
- Fautes liés à des défaillances dans l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement de santé (absence d'un médecin que l'état de santé du patient nécessitait, défaut de surveillance notamment pour les hôpitaux psychiatriques...etc)

Cette unification salutaire du droit de la responsabilité médicale s'est accompagnée :

- de la mise en place d'un dispositif d'indemnisation amiable des victimes après expertise sur avis des CRCI
- d'une clarification des règles de prescription au profit d'une prescription décennale unique
- de la coexistence des procédures amiables et contentieuses, sous condition d'information réciproque de l'instance amiable (CRCI) ou juridictionnelle

2. Les convergences jurisprudentielles

Il n'y a pas que l'intervention de la loi pour unifier le droit de la responsabilité médicale. Les jurisprudences des deux ordres de juridiction convergent également.

Deux illustrations de cette convergence :

- L'indemnisation de la perte de chances dans le cas de défaut d'information du patient

- Le recours à la nomenclature Dintilhac pour l'indemnisation poste par poste

❶ l'indemnisation de la perte de chances dans le cas du défaut d'information du patient

- Le médecin a été soumis à une même obligation d'information du patient par la jurisprudence judiciaire (Cass. 28 janvier 1942 Teyssier p. 177) et administrative (CE 5 janvier 2000 consorts Telle)

- Le droit du patient d'être informé, qui constitue la condition d'un consentement éclairé est désormais inscrit dans la loi (article L.1111-2 code de la santé publique) qui l'assortit de trois exceptions : l'urgence rendant impossible l'information, le refus du patient, l'intérêt du malade en cas de diagnostic ou pronostic grave

Le défaut d'information a d'abord fait l'objet d'une réparation intégrale par la juridiction judiciaire (Cass. 28 janvier 1942 Teyssier) et administrative (CE 17 février 1988 CHR de Nancy)

- Il est désormais jugé (par les deux juridictions) que :

- l'inobservation du devoir d'information du patient n'entraîne pour ce dernier que la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé
- la réparation du dommage résultant de cette perte de chances doit être fixée à une fraction des différents préjudices résultant du rapprochement entre les risques inhérents à l'acte médical et les risques encourus en cas

de renoncement à cet acte

❷ Le recours à la nomenclature Dintilhac pour l'indemnisation poste par poste

- La notion de poste de préjudice est au centre du processus de réparation (article L 376-1 du code de la sécurité sociale* « les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel »)

- Le groupe de travail dirigé par le président Dintilhac a lui-même proposé une « nomenclature des chefs de préjudice corporel cohérente, reposant sur une distinction claire entre les préjudices économiques et non économiques, notamment en ce qui concerne l'incapacité permanente partielle ». Cette nomenclature comportant 29 chefs de préjudice différents a spontanément été adoptée par les juridictions de l'ordre judiciaire.

* Dans sa rédaction issue de la loi n° 2006-1140 du 21 décembre 2006

- Alors que les juridictions administratives avaient toujours recours à une approche plus globalisante (les six postes de préjudice définis par l'avis de section *Lagier et consorts Guignon* du 4 juin 2007 (n° 303422, 304214 Rec. p. 228),

- Le Conseil d'Etat vient d'admettre que les juges de fond pouvaient désormais utilement se+ référer à la nomenclature Dintilhac (CE 16 décembre 2013 Mme

Annie de Moraes n° 346575)

- L'expertise administrative a fait l'objet d'une refonte importante avec le décret n° 2010-164 du 22 février 2010, mais également avec le décret n° 2013-730 du 13 août 2013.
- Or ces deux textes, tout en ne revenant pas sur les spécificités évoquées supra, ont opéré un double rapprochement avec l'expertise judiciaire :
- des emprunts notables à l'expertise judiciaire
- des tableaux d'experts auprès des CAA

3. Les convergences dans le droit de l'expertise

❶ des emprunts notables à l'expertise judiciaire

La réforme de l'expertise administrative à laquelle s'est livré le décret du 22 février 2010, ne s'est pas interdit de s'inspirer de certaines dispositions du CPC, chaque fois qu'elles pouvaient concourir à un renforcement de l'efficacité de l'expertise.

Ainsi, la convergence est évidente sur 5 points :

- dispositions permettant la désignation d'un magistrat chargé des questions d'expertise
- celles visant à mieux organiser le remplacement de l'expert, en cas de défaillance, d'empêchement ou de récusation
- celles visant à sanctionner des parties récalcitrantes, notamment lorsqu'elles s'abstiennent de fournir les documents indispensables à l'accomplissement de la mission
- celles confiant à l'expert le soin de communiquer directement son rapport aux parties

- celles enfin ouvrant un nouveau champ à l'expertise : l'avis technique

❷ des tableaux d'experts auprès des cours administratives d'appel

- une obligation pour chacune des huit CAA de se doter, à compter du 1er janvier 2015, d'un tableau d'experts pour les TA relevant de leur ressort
- Un décret (13 août 2013) fixant les conditions de candidature et la composition du dossier
- Une nomenclature des spécialités (notamment médicales) identique à celle des experts judiciaires
- Une commission de sélection composée des présidents des TA et d'experts
- Un besoin évident d'experts médecins, non comblé à ce jour, notamment dans les TA d'outre-mer

CONCLUSION = L'IMPOSSIBLE CONSENSUS?

Il existe une expertise médicale spécifique devant le juge administrative : son originalité tient aux fondements mêmes du droit administratif, droit fortement imprégné par la notion de service public.

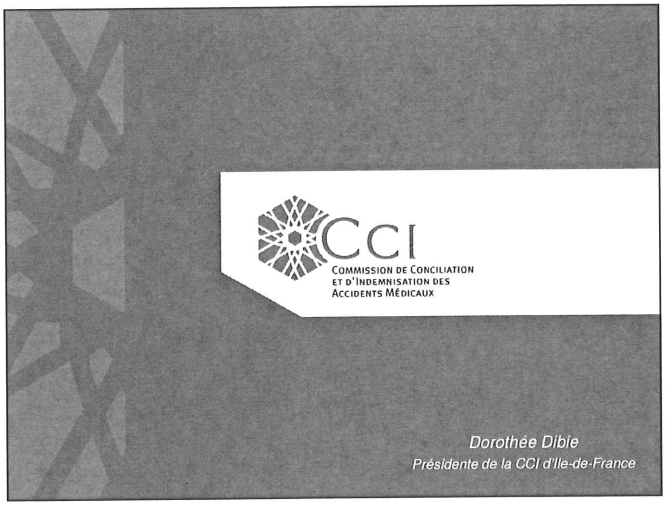
Cette originalité ne constitue pas un obstacle à la recherche d'un modèle consensuel :

- d'abord, parce que les missions d'expertise, qui sont elles-mêmes la traduction d'un état du droit convergent, se rejoignent
- Ensuite, parce que la part du règlement juridictionnel des litiges mettant en cause des professionnels et établissements de santé ne représentait que 30% des

litiges en 2011

Les missions en CCI

Mme D.Dibie – Président ede la CCI Paris - Ile de France



JUSTICE / CCI
(loi du 4 mars 2002)

- Complexité / Simplicité (guichet unique, formulaire)
- Lenteur / Rapidité (délai légal de 6 mois)
- Coût (avocats, experts...) / Gratuité (expertise gratuite, pas d'avocat obligatoire)

CCI -COMPETENCE

- Dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins
- Territoriale (25 CCI)
- Temporelle (4 septembre 2001)
- Seuils de gravité

Présentation CRCI – mars 2015

CCI- SEUILS DE GRAVITE

- Un **décès**,
- une **atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) > 24 %,**
- un **arrêt temporaire des activités professionnelles** d'une durée au moins égale à **6 mois** consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois,
- des gênes temporaires constitutives d'un **déficit fonctionnel temporaire (DFT) > à un taux de 50 %** pendant une durée au moins égale à **6 mois** consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

▪ **A titre exceptionnel**, le caractère de gravité peut être reconnu en cas :

- d'**inaptitude définitive à l'exercice de l'activité professionnelle antérieure** ;
- de **troubles particulièrement graves**, y compris d'ordre économique, dans **les conditions d'existence**.

Présentation CRCI – mars 2015

CCI - PROCEDURE

- **Instruction de la demande** (complète – recevable - conciliation si irrecevabilité)

- **Désignation d'un expert**
(mécanisme ayant abouti au dommage – évaluation des préjudices)

- **Séance de la Commission pluridisciplinaire**
(magistrat (président) + 12 membres : médecins, assureurs, ONIAM, établissements de santé, usagers, personnes qualifiées)

Présentation CRCI – mars 2015

CCI- PROCEDURE

- **Avis :**
  - **irrecevabilité** (temporelle, seuils de gravité)
  - **rejet** (état antérieur)
  - **indemnisation :**
    - **assureur** (faute(s) – infections nosocomiales (AIPP < 25 %)
    - **ONIAM** (accident médical non fautif aux conséquences anormales au regard de l'état de santé du patient comme de son évolution prévisible – infections nosocomiales (AIPP > 25 % ou décès)

- **Offre d'indemnisation raisonnable** (4 mois)

Présentation CRCI – mars 2015

CCI ET EXPERTISE
Caractéristiques des expertises CCI

- Gratuité (experts payés par l'ONIAM)
- Rapidité (4 mois)
- Compétence (liste CNAMed)

Presentation CRCI – mars 2015

CCI ET EXPERTISE
Qui peut être expert ?

Principe : Article L. 1142-12 CSP

« *La commission régionale désigne aux fins d'expertise un collège d'experts choisis sur la liste nationale des experts en accidents médicaux (CNAMed), en s'assurant que ces experts remplissent toutes les conditions propres à garantir leur indépendance vis-à-vis des personnes en présence* »

Presentation CRCI – mars 2015

CCI ET EXPERTISE
Qui peut être expert ?

- Principe : un collège d'experts

Exception et pratique : un seul expert

- Principe : liste CNAMed :
  - expert judiciaire
  - justifiant d'une qualification
  - 5 ans renouvelables

Exception et pratique : expert judiciaire ou pas de liste du tout

Présentation CRCI – mars 2015

CCI ET EXPERTISE
Conditions requises par la CNAMed

- Exercice de l'activité pendant 10 ans
- Cessation d'activité < 2 ans
- 90 expertises en réparation préjudice corporel dans les 5 ans
- Formation en responsabilité médicale
- Déclaration sur l'honneur (DPI)

Présentation CRCI – mars 2015

CCI ET EXPERTISE
Moyens des experts

Principe : Article L. 1142-12 CSP

« *Dans le cadre de sa mission, l'expert peut* ***effectuer toute investigation*** *et demander aux parties et aux tiers la communication de* ***tout document*** *sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel* »

Présentation CRCI – mars 2015

CCI ET EXPERTISE
Principes de l'expertise

- Indépendance des experts
- Objectivité de l'expertise (*in concreto* – argumentation - documentation)
- Caractère contradictoire de l'expertise (en présence des parties et conseils, prise en compte des observations)
- Secret professionnel

Présentation CRCI – mars 2015

Principes de l'expertise

- Article 238 du code de procédure civile :
« *Le technicien doit donner son avis sur les points pour l'examen desquels il a été commis (...)* ***Il ne doit jamais porter d'appréciations d'ordre juridique*** »

- Article 246 du code de procédure civile :
« *Le juge n'est pas lié par les constatations ou les conclusions du technicien* »

Présentation CRCI – mars 2015

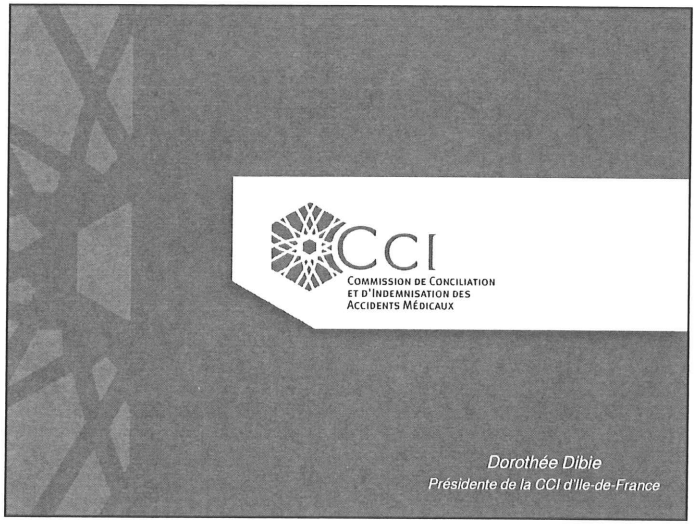
CCI ET EXPERTISE
Intérêt des expertises CCI

- Formation (collège d'experts, tutelle)

- Simplicité (modèle de mission, suivi du dossier par un juriste)

- Souplesse (volume variable, expertise en cabinet)

Présentation CRCI – mars 2015


CCI
Commission de Conciliation
et d'Indemnisation des
Accidents Médicaux
Dorothée Dibie
Présidente de la CCI d'Ile-de-France

Dr Marceau SPITHAKIS : «En remerciant, bien sûr, les différentes intervenantes pour la clarté de leur exposé et pour leur célérité et en remerciant tout particulièrement Mme GUERIN pour m'avoir prêté sa montre, je vais passer la parole à la salle pour des questions. »

Docteur ROLERON, Bordeaux Je voulais poser une question. pour l'expertise pénale ; parce que j'ai une expertise avec un juge d'instruction qui m'a donc adjoint, on était un collège d'experts pour la première expertise, sur la demande d'un avocat, il nous adjoint donc un troisième expert pour cette expertise. Et donc, elle a désigné, ce juge d'instruction, cet expert pour se joindre à nous, je voulais savoir sous quelle responsabilité était cet expert. En d'autres termes, tous les documents qu'on va faire passer, toutes les discussions qu'on va avoir avant le dépôt du rapport, est-ce qu'il doit être donné après au juge d'instruction, mais comme il dépend aussi d'avocat qui ont demandé qu'il soit adjoint, je voudrais savoir sous quelle responsabilité... est-ce qu'il ne peut pas y avoir une violation du secret de l'instruction et si il fait passer des informations à l'avocat. Parce que c'est la

première fois que ça m'arrive, c'est pour ça que je vous pose cette question. »

Me Marie-Bernadette DUHÂA : « Violation du secret de l'instruction : non, parce que ces documents vont rester à l'expertise et seront adjoints au rapport, donc je ne vois pas en quoi il y aura violation du secret de l'instruction, ces documents feront partie de l'expertise et feront partie de l'information du juge d'instruction. »

Docteur P.E. HENNERESSE : Cour d'appel de Poitiers, Madame la Présidente de la cour d'appel administrative de Bordeaux et Madame la Présidente de la C.C.I Ile de France, pourriez-vous nous expliquer le processus décisionnel, dans le rendu du jugement, entre vos deux structures, en d'autres termes, ce qui m'intéresserait, c'est de savoir si le nombre de personnes présentes dans l'organisation de la C.C.I versus les magistrats de la cour d'appel administrative, et si en fait s'il y a une différence de traitement. Voilà en d'autres termes, je vous donne exactement la même procédure, je la présente devant un tribunal administratif ou je la présente devant une C.C.I, est-ce que la pluralité ou le nombre d'intervenants dans une structure fait que le jugement peut être fondamentalement différent. »

Mme Anne GUERIN : «Evidemment je suis assez mal placée pour répondre aux deux, donc je vais vous

indiquer ce que... comment nous jugeons. Il me semble que nous jugeons aujourd'hui, c'était un peu le thème de mon propos, il me semble aujourd'hui que nous jugeons de plus en plus en convergence, vraiment. Alors, moi je n'ai pas le sentiment aujourd'hui, qu'on soit si spécifique que ça, on est une juridiction, mais dans cette juridiction que je préside aujourd'hui, je ne vais pas dire que je ne peux même me permettre de dire que la victime va avoir exactement ce qu'elle recevrait devant une C.C.I, je crois que les différences se tiennent en amont, comme l'a expliqué la présidente de la C.C.I Ile de France ; c'est la rapidité de la structure, c'est l'efficacité auxquelles j'ai déjà rendu hommage, des C.C.I qui nous soulagent grandement, d'abord elles ont une sphère de compétences qui ne recouvrent pas exactement la nôtre, même si, et on s'en est rendu compte, un justiciable peut indifféremment choisir d'aller en C.C.I ou devant le juge administratif, c'est dire que dans sa stratégie, il va pas s'adresser à l'un ou à l'autre parce qu'il pense que l'un est mieux que l'autre, il va s'adresser à l'un ou à l'autre parce qu'il peut y avoir un intérêt immédiat à saisir une C.C.I, parce qu'il a à faire à un avocat qui conseille le patient à le faire à un patient qui souhaite être indemnisé très rapidement et sans coûts avancés. L'intérêt de la phase amiable c'est bien ça, pas de frais d'expertise à avancer et on peut avoir une indemnisation sans montant avancé. Maintenant sur

le jugement, encore une fois moi je n'ai pas de terme de comparaison et je ne m'y hasarderais pas, je puis simplement vous indiquer que nous jugeons avec évidemment le plus grand soin et dans la ligne de la jurisprudence dégagée par conseil d'État. »

Mme Dorothée DIBIE : « Merci Présidente. Alors moi je peux parler de mon expérience personnelle puisque avant j'ai travaillé en juridiction, donc j'ai pu assister aux délibérés entre magistrats et là, je préside une commission qui est pluridisciplinaire. Donc, les uns comme les autres travaillent le plus consciencieusement possible et c'est très intéressant. En ce qui concerne la spécificité de la matière médicale, les C.C.I, je trouve que le coté pluridisciplinaire est intéressant notamment grâce à l'apport des médecins, puisque je vous disais ; il y a une histoire de langue. Nous avons notre langue, vous avez votre langue et quelquefois dans les expertises, vous restez un petit peu dans votre langue alors nous, on a besoin de comprendre votre langue pour pouvoir s'exprimer dans la nôtre. Et les médecins qui sont membres des C.C.I permettent parfois cette traduction parce qu'ils ont l'habitude de travailler en C.C.I donc ils comprennent un petit peu mieux la langue des juristes et nous, à force de voir les dossiers, et bien on commence à comprendre quelques termes, je ne prétends pas du tout parler couramment la médecine, je balbutie un peu donc, en

matière médicale et je pense que cette pluridisciplinarité est quand même enrichissante, en ce qui concerne le délibéré. On n'arrive pas forcément à des décisions très différentes d'une juridiction, c'est le débat qui est un peu différent. »

Dr ALLARD : O.R.L auprès de la Cour d'appel de Bordeaux. Au-delà de la mission d'expertise, les experts que nous sommes peuvent ressentir une certaine frustration une fois leur mission accomplie. En effet, après avoir longuement travaillés, beaucoup réfléchis, ils n'ont ensuite pas connaissance de la façon dont a été apprécié leur travail. Il me semblerait intéressant de connaitre finalement l'utilisation faite de notre expertise, le jugement rendu. Cela nous aiderait beaucoup pour pouvoir évoluer dans l'accomplissement de notre mission, ne pourrait-on donc pas recevoir systématiquement le jugement rendu ? »

Mme Dorothée DIBIE : « Alors, en ce qui concerne les avis de C.C.I ; on ne peut pas vous les adresser parce qu'ils sont uniquement adressés aux parties. Ils n'ont pas de caractère public, contrairement à une décision de justice. En revanche, je m'efforce, mais le problème c'est que comme un peu tout le monde, le temps me manque, d'appeler les experts. Je ne peux pas le faire régulièrement, mais j'essaie de regrouper un peu les affaires pour ne pas vous déranger tous les deux jours et puis pour une question de gain de temps

en ce qui me concerne, pour justement leur donner le résultat un peu des décisions de la commission. Je trouve en effet que c'est très intéressant, et pour vous, et pour nous, pour garder un certain dialogue. Alors j'essaie de le faire mais malheureusement, je n'y arrive pas toujours. Mais je suis bien d'accord avec vous. »

Dr Jean-Pierre HLADKY : Neurochirurgien à Nîmes. »

Mme Anne GUERIN : « Je voulais juste indiquer que la juridiction administrative notifie la décision juridictionnelle à l'expert lorsque celui-ci a été commis dans le cadre d'une expertise au fond. En référé non, puisqu'il n'y a pas de suite mais lorsqu'il était désigné dans le cadre d'avant-dire droit, il reçoit la copie de la décision. »

Me Régis VANHASBROUCK : Régis VANHASBROUCK, Premier président de la Cour d'appel de Pau, je vais donc répondre pour les judiciaires. Nous sommes moins diligents que la juridiction administrative parce que c'est vrai que la demande que vous avez formulée est une demande qui nous revient régulièrement en réunion d'experts, c'est vrai que nous ne le faisons pas, donc c'est vrai aussi que vous êtes régulièrement nommés en référé et il faut aussi savoir, mais hélas parce que votre travail est diligent et qu'il est efficace et que beaucoup de dossiers ne reviennent pas effectivement au fond et de ce fait, dans beaucoup de

dossiers, y'a pas de décision. Voilà, donc c'est vrai que nous continuons à travailler sur cette possibilité, il y a un vrai manque effectivement de notre part dont nous avons conscience. »

Jean Pierre HLADKY Neurochirurgien à Nîmes, auprès de la Cour d'appel. Je voulais juste poser une question, je serais très intéressé d'avoir l'avis des juristes concernant, je reviens sur la notion de faute médicale. Et notamment en C.C.I, j'ai vu quelques dossiers d'experts où il y a une espèce de dérive entre la maladresse et l'aléa thérapeutique. Et dans certains dossiers, on a pu voir des experts marquant, enfin écrivant noir sur blanc, qu'il s'agissait d'une maladresse, donc maladresse ça veut dire faute. Prenons l'exemple par exemple... »

Dr Marceau SPITHAKIS : « Je vous demanderais d'aller plus vite dans votre question quand même parce que nous devons... »

Dr J.P. HLADKY : « Oui alors, quel est donc votre attitude, c'est-à-dire que bon, vous savez quels sont les enjeux qui peuvent exister derrière, entre faute et aléa thérapeutique, et est-ce que à un moment donné, il faut pas qu'il y ait une clarification, on sait qu'il y a certains gestes chirurgicaux que nous faisons qui peuvent dériver rapidement et donc il peut d'agir d'une maladresse, mais si elle est interprétée comme

une faute, ça engage notre avenir en tant que chirurgien, surtout dans le domaine libéral. »

Mme Dorothée DIBIE : « Et bien... d'où l'intérêt, non seulement de répondre aux questions posées, mais de motiver votre réponse parce qu'effectivement il y a des domaines comme celui de la maladresse dans lesquelles la réponse n'est pas si simple que ça. Ce n'est pas oui/non forcément, et pour cela, on a besoin qu'une expertise soit motivée, motivée de votre point de vue médical pour que puissions, nous, motiver notre décision d'un point de vue juridique. »

Mme Anne GUERIN : « En effet, je rejoins tout à fait la présidente de la C.C.I ; la qualification fautive c'est le juge qui va l'apporter et c'est à vous de fournir les éléments techniques, de fait, eu égard aux données acquises de la science, donc vous allez qualifier l'acte médical par rapport aux connaissances acquises de la science médicale aujourd'hui et aux bonnes pratiques, ce que vous connaissez évidemment mieux que nous, et nous, nous allons ensuite, à partir des éléments que vous aurez fournis, apporter le qualificatif de faute. C'est ça le rôle que vous avez, c'est celui que nous jouons après. »

Dr Marceau SPITHAKIS : « Je vous remercie, nous remercions donc nos intervenantes et toute la salle pour maintenant aller nous sustenter avant de continuer nos opérations. »

Deuxième session

La mission du psychiatre sapiteur-
Dr J.C PENOCHET –Compagnie nationale des Experts psychiatres – Montpellier

On m'a demandé de vous parler de l'expertise civile et de l'expert-psychiatre en tant que sapiteur au civil. La premier remarque c'est que cette pratique au civil n'est pas la pratique habituelle et courante de l'expert-psychiatre qui, de par ses missions est plutôt un expert principal d'abord et au pénal et vous voyez qu'au pénal, il est appelé à de nombreuses occasions. Aussi, également comme expert principal et vous voyez la diversité possible des missions de l'expertise psychiatrique. L'expertise au pénal, ça n'est pas le propos aujourd'hui, mais j'en dis quand même deux mots qui est que, l'expert au pénal du fait de l'article 122-1 doit avant tout décider de l'altération ou de l'abolition au moment de l'acte, vous le savez, mais que, à côté de cette mission essentielle de l'expert-psychiatre, de plus en plus, et on l'a vu ce matin - la juge qui est intervenue en a parlé - de plus en plus il est appelé à faire des expertises de dangerosité c'est-à-dire que la mission de l'expertise pénale s'est un peu détournée de l'expertise de responsabilité vers l'expertise de dangerosité au grand dam de nos collègues psychiatres qui estiment que, effectivement , l'expertise de dangerosité est une expertise très difficile puisque, il s'agit de prédire l'avenir avec certains critères …Mais, vous savez c'est tout une discussion dans notre discipline et puis il y a aussi, bien entendu, les expertises qui concernent les examens des victimes. La situation, est carrément catastrophique pour les expertises au pénal et c'est pour ça que je voulais vous signaler que les experts-psychiatres ont monté une compagnie d'experts judiciaires à côté des experts-médecins mais avec eux également, une compagnie nationale des psychiatres experts judiciaires. Pourquoi ? Essentiellement, parce que leur situation au niveau pénal est tout à fait calamiteuse en fonction de la difficulté d'exercice concernant les missions de l'expertise pénale, la Juge en parlé ce matin, et cette situation est née de la multiplication du nombre de missions au pénal avec, en parallèle, la diminution du nombre d'experts, si bien qu'on aboutit à une situation particulièrement difficile. Donc, au départ l'expertise-psychiatrique, elle est avant tout pénale mais là, nous sommes au civil et nous allons devoir vous répondre ; on va essayer de le faire précisément mais pour avoir des réponses précises d'un psychiatre, vous savez qu'il faut lui poser des questions extrêmement précises, encore plus précises et donc habituellement, c'est au maximum la mission complète Dintilhac et au minimum, vous devez lui poser les éléments propres à pouvoir prendre, assoir votre décision d'expert principal et donc au minimum, ce sera l'habituel défilé des questions ordonnées précisément. Ce n'est pas parce qu'il est psychiatre qu'il faut vous laisser aller à lui demander n'importe quoi et il est nécessaire de garder une certaine cohérence, donc les questions habituelles devront

être posées et il n'y a pas de raison que cette mission soit différente de celles des autres experts-sapiteurs habituels pour la psychiatrie. J'ai interrogé un petit peu les collègues pour savoir…mais, en fait: -«Quand tu nous envoies une mission d'expertises c'est pour quoi ? Finalement pourquoi, de temps en temps, tu demandes une expertise à un psychiatre sapiteur? ». Alors on m'a répondu, souvent que, c'était une question sur l'imputabilité mais c'était souvent une question sur : la véracité de cette imputabilité – « On a eu une idée que ce n'est pas imputable mais on voudrait vraiment arriver à le démontrer donc, on a besoin de l'avis du psychiatre en quelque sorte *pour démontrer la non-imputabilité des symptômes totalement discordants que j'ai remarqués*». Le deuxième cas, plus fréquent, c'est que la réaction dépasse un état dépressif habituel qu'on était en droit d'attendre, ou bien, il existe un état antérieur psychiatrique. La question également de l'incidence professionnelle revient très souvent puisque ça va être un chef de préjudice très important et que les manifestations dépressives, souvent empêchent la reprise de l'activité professionnelle et enfin, très souvent, et bien, c'est parce que « *je n'ai rien compris à ce patient, à cette expertise et donc je te l'envoie pour que tu m'éclaircisses un petit peu la situation et le tableau* ». Alors, c'est vrai qu'il y a de quoi s'y perdre parce que, vous voyez la terminologie concernant notamment les syndromes post-traumatiques, elle est assez riche, et puis il y a cette fameuse, évidemment…ce fameux état dépressif post-traumatique, mais qui cache, il faut bien le dire, une forêt de syndromes cliniques psychiatriques plus spécifiques que les psychiatres sont plus à même de reconnaitre. Alors, je voudrais quand même insister sur cet élément que, en matière d'expertises au civil, on se trouve dans une situation particulière qui n'est pas facile pour le déroulement de l'expertise et pour l'expert. L'expertise psychiatrique, il faut quand même bien le remarquer, elle repose uniquement sur les déclarations, sur un discours, qu'on peut appeler déclaratif du patient. Il y a très peu d'examens complémentaires, la plupart du temps pas du tout. Il y a le discours et peu d'éléments objectifs et même sur les éléments objectifs habituels c'est-à-dire : les preuves indirectes, les traitements, les arrêts de travail, les certificats, on peut douter de leur validité, dans la mesure où on connait la vitesse à laquelle il suffit d'aller chez un médecin pour dire qu'on est un peu triste et qu'on est gai le soir mais triste le matin pour être classé immédiatement comme un bipolaire ou comme un dépressif et recevoir immédiatement un traitement associant anxiolytiques et antidépresseurs et être classé comme *«présentant un épisode dépressif majeur»*. Donc, même ces éléments-là ne sont pas tout-à-fait des éléments objectifs, en tout cas peut-être un petit peu moins objectif que dans certaines autres disciplines! Le deuxième problème c'est que le psychiatre, il est plus habitué dans la façon dont il travaille à rechercher une forme compréhensive par rapport au discours; or, là, on ne lui demande pas tellement ...enfin, on lui demande, bien entendu, mais on lui demande avant tout, de respecter un aspect formel de l'expertise où il va être un peu désemparé par rapport à son mode d'approche habituelle et puis surtout on va lui mettre dans son bureau 3 ou 4 personnes avec des avocats - bien sûr toujours extrêmement sympathiques - mais qui vont complètement le déstabiliser parce que, un des éléments importants reste quand même dans la pratique psychiatrique l'établissement - c'est un grand mot – mais l'établissement d'un transfert, en tout cas l'analyse des interactions entre le psychiatre et le patient est essentiel pour

arriver à un diagnostic, à des éléments cliniques et donc la présence de tiers, c'est carrément une présence perturbatrice par rapport au travail clinique réel. Si je peux me permettre juste cette anecdote : Vous savez que *De Clérambault qui était un* grand chef de la sémiologie -c'est le seul Maître qu'ait reconnu *Lacan-; De Clérambault décrivait très précisément –il adorait les dessins-* et donc il décrivait très précisément ses patients et il nous a laissé une sémiologie extrêmement précise. Et *De Clérambault* avait piqué une crise de colère noire, un jour, parce que son surveillant avait fait l'erreur de laisser se croiser le patient qui sortait de l'examen et celui qui rentrait et ils s'étaient contaminés tous les deux et ils savaient tout de l'aspect clinique du patient. Donc vous voyez que quand il y a cinq personnes au cours de l'expertise c'est évidemment difficile mais il faut respecter le contradictoire et même si on admet que, dans un certain nombre de situations, le respect de l'intimité etc…fait que l'entretien peut se dérouler uniquement avec l'expert, c'est quand même très compliqué en pratique de le faire admettre à tout le monde et souvent ça n'est pas du tout possible au final - Sans se mettre dans une situation particulière de non-respect du contradictoire-. Enfin, la victime, eh bien, comme au pénal, on a l'habitude qu'plutôt qu'elle majore son antériorité pour expliquer en quelque sorte son passage à l'acte et pour faire pardonner en quelque sorte son passage à l'acte au nom d'une antériorité psychiatrique. Là, au civil, nous nous retrouvons dans l'inverse avec une tendance à minimiser l'antériorité du patient qui apparait blanc comme neige en quelque sorte jusqu'au moment de l'accident. Or, les doléances et le discours, encore une fois, on ne s'appuie que là-dessus et les doléances en matière de psychiatrie sont très proches des données cliniques, c'est la même chose : doléances et données cliniques. Quand on dit : « je ne dors pas » eh bien, il ne dort pas ! Voilà ! Et… : « j'ai des cauchemars » bien, il a des cauchemars ! Donc il y a très peu de disjonctions entre les doléances et l'examen clinique ! D'ailleurs moi, je ne fais plus doléances examen clinique je fais doléances et examen clinique parce que - je ne peux pas différencier les deux paragraphes. Evidemment, on n'est pas à l'abri d'une amplification et d'éléments de revendication. Et on va avoir une autre difficulté en tant qu'expert quand il va falloir dire que la personne -elle exagère, elle amplifie. Au nom de quoi Je vais pouvoir dire que les éléments sont amplifiés ? J'ai des arguments là aussi à fournir et tout de même, mon argumentation, souvent va se heurter à une pauvreté de cet argumentaire parce que je ne vais pas trouver les éléments me permettant de justifier, de pouvoir dire que, véritablement il y avait une amplification.

Voilà pourquoi on est un petit peu différent en psychiatrie. Peut-être, peut-être un petit peu plus complexe; vous savez la personnalité, normalement la personnalité existait avant, elle existe encore et donc, au moment où vous examinez la personne, puisque la personnalité est quelque chose de constant, vous

devriez être capable de dire qu'elle était sa personnalité antérieure puisque c'est la même ! On décrit bien des changements de personnalité et quand même c'est la même ! Bon, donc on a cette notion ! Et on a une notion de boucle. C'est-à-dire que très souvent la personne se plaint d'avoir des lésions physiques et que ces lésions physiques retentissent sur son psychisme. Or, je vous fais remarquer que vous n'avez pas l'inverse ! Vous n'avez pas les lésions psychiques qui retentissent sur votre appréciation physique, en quelque sorte: des troubles physiques.On peut peut-être imaginer quelques situations mais c'est plus rare ! Et donc, il y a une souffrance qui est intégrée à la souffrance psychique du blessé parce qu'il est blessé ! Et donc, ça vous le savez, c'est toute une discussion puisque normalement, cette souffrance, elle est déjà comprise en quelque sorte dans le taux d'appréciation de l'I.P.P et comprises déjà et de plus-en-plus les gens disent qu'ils font une dépression supplémentaire et c'est vrai que certains le font et donc c'est une difficulté d'appréciation pour la psychiatrie. On a appelé ça à Montpellier « ***la Taxe à la Douleur Ajoutée*** » qui est passée à 20 pour cents, il n'y a pas longtemps. Alors, l'imputabilité: évidemment c'est une question centrale ! Avant les faits, en fonction de l'état antérieur, après les faits, en fonction des évènements de vie intercurrents. Donc on va avoir ce problème de l'état antérieur avec toujours cette notion de la prédisposition parce qu'il n'y a pas véritablement d'état antérieur mais on sent qu'il y a une personnalité, quand même qui était pathologique antérieurement, bien qu'on ne puisse pas la décrire

comme véritablement pathologique. Tout ça, c'est une discussion.
Et donc pour vous dire que cette question finalement , elle a quand même été résolue c'est-à-dire qu'il est clair que la jurisprudence a tranché et qu'en l'absence d'altération fonctionnelle, la prédisposition ne peut pas représenter un état antérieur mais, mais tout de même médicalement, ça, c'est la position judiciaire, c'est la position juridique , c'est la causalité qui est juridique mais l'imputabilité médicale on reste avec des question qui se posent : par exemple dans la situation que je décris-là d'un tableau conversif massif, d'un traumatisme minime, et sur une personnalité franchement histrionique, allons-nous véritablement à la paralysie, la paraplégie et, éventuellement la tierce personne à hauteur, comme il est défendu aujourd'hui, de l'équivalent d'une lésion qui aurait provoqué un tel handicap! Donc ça, c'est une question qui reste posée. Pour moi, j'y réponds en la tranchant du côté de l'explication psychopathologique et en fournissant au juge les éléments de l'explication psychopathologique car, oui, on impute mais en même temps à quelle hauteur et avec quel argumentaire à ce moment-là sur le plan psychopathologique. Donc, les évènements de vie, c'est quelque chose de compliqué; ça va être d'autant plus compliqué que vous allez repousser la date de consolidation, et notamment je pense aux victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance où, souvent on ne les a pas consolidées. On attend et on arrive dix ans, quinze ans plus tard et avec évidemment des évènements de vie qui ont eu lieu et qui vont

totalement brouiller l'appréciation du préjudice définitif.

Le lien de causalité: en matière somatique, il est relativement clair: proximité anatomique, temps court entre les faits et les conséquences; Mécanisme logique et cohérence physiopathologiques. En psychiatrie, c'est plus compliqué, aucune traduction de proximité géographique, on pourrait dire, de proximité anatomique, il peut y avoir une proximité mais c'est un lien symbolique à ce moment- là, c'est une représentation. Une telle situation a remis en jeu, a fait penser à,.à évoqué telle chose. Le temps voisin, il peut être extrêmement long et il y a des auteurs qui ont décrété que, entre deux et quatre ans c'était un critère d'imputabilité sur la survenue des manifestations à distance du traumatisme, et donc, des distances de plus-en-plus longues sont acceptées maintenant dans la description clinique. Et peut-être, après, malheureusement les faits qui se sont déroulés en France ces dernières semaines, on va avoir des répercussions extrêmement tardives chez ces personnes. Et puis donc consolider. Trop tôt ou trop tard? Moi, je milite pour essayer de consolider suffisamment tôt ; j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on attend et qu'on repousse la date de consolidation, au nom de l'espoir finalement d'une amélioration, on est dans une démarche qualité même si assez souvent déçu tout simplement parce que le processus judiciaire maintient en quelque sorte, inconsciemment la revendication, la demande et donc le trouble et l'entretient de la plainte. Il y a bien des raisons pour que ces bénéfices soient réactivés : bénéfices primaires, secondaires,

tertiaires : on a décrit ça très précisément en psychiatrie et donc, ce qu'il faut avoir à l'esprit c'est qu'il y a tout un tas d'éléments, là, d'éléments diaboliques on pourrait dire! La part du diable qui fait que, il y a un maintien de la symptomatologie au bénéfice de mécanisme psychopathologique. Donc on va vers une victimisation

Je passe sur les souffrances endurées simplement en vous disant que ça me parait injuste que les souffrances morales ne soient considérées en psychiatrie, si ce n'est en ce qui concerne l'intensité des soins, qu'en décrivant l'intensité des soins, c'est réellement tout de même une souffrance morale qui est à prendre en compte, mais si là, on manque relativement d'échelle, on manque relativement de références qui sont toutes tournées vers le somatique et très peu, à part l'hospitalisation et le traitement psychotrope, sur l'évaluation des souffrances endurées. Une dépression grave, ça fait mal et ça fait souffrir et là, il y a peut-être des progrès à faire mais c'est peut-être aux psychiatres de s'emparer de ces questions.

Je passe sur la clinique mais, juste pour vous signaler que, en ce qui concerne les psychoses post-traumatiques, vous savez que c'était la plupart du temps non imputable sauf exception, en fait je pense que, là, on va avoir des psychoses traumatiques non imputables, pour deux raisons: la première raison c'est le même raisonnement que ce qui s'est passé sur les troubles de conversion par exemple; c'est-à-dire : il y avait rien avant, il y a quelques chose après, donc, finalement, c'est bien l'accident qui, d'un point de vue juridique, porte la responsabilité en quelque sorte, de

la cause et donc, on va imputer à ce titre - il n'y a pas de raison, on le fait pour une conversion hystérique, on ne voit pas pourquoi on ne le ferait pas pour un délire –

Puis le deuxième c'est qu'on commence à décrire réellement et avoir des publications dans la littérature de schizophrénies post traumatiques qui, dans certains cas, avec des expressions cliniques assez précises semblent bien avoir été déclenchées par le traumatisme lui-même.

Voilà!

Je voulais vous dire que l'expertise civile par certains aspects en psychiatrie relève du numéro d'équilibriste mais que ce n'est pas pour ça qu'il ne faut pas avoir confiance dans vos experts psychiatres.

Je vous remercie.

Prospective

PROJET DE DÉCRET INSTITUANT UNE NOMENCLATURE DES PRÉJUDICES RÉSULTANT D'UNE ATTEINTE CORPORELLE

Mme Sylvie MENOTTI, Présidente de la chambre de l'instruction de la cour d'appel de REIMS,
en charge du service des experts Colloque du 21/11/2015 à BIARRITZ

On m'a demandé de vous parler du projet de décret élaboré par la chancellerie pour remplacer la nomenclature DINTILHAC.

En effet, comme vous le savez peut-être, la chancellerie a entrepris une vaste réflexion sur la justice du XXIe siècle et, parmi les sujets traités, elle a rédigé un **texte en matière de réparation de dommage corporel qui, en décembre 2014, a fait l'objet d'une consultation "ouverte",** laquelle a donné lieu à un grand nombre de commentaires contradictoires :

- certains estiment que ce texte va trop loin ;
- d'autres le trouvent au contraire insuffisamment novateur ;
- d'autres encore considèrent qu'il ne change finalement pas grand chose à la nomenclature DINTILHAC.

Je me propose d'examiner ce texte pour en dégager les enjeux, en articulant mon propos autour de 3 thèmes :

- les raisons ayant conduit à l'élaboration de celui-ci ;
- la présentation de ce projet ;
- et les perspectives d'avenir de ces dispositions.

Les raisons ayant conduit à l'élaboration d'un nouveau texte

Ainsi que cela a été rappelé ce matin, on a eu recours, pendant très longtemps, pour chiffrer le préjudice corporel des victimes, au concept d'"incapacité".

Mais cette notion posait de nombreux problèmes, de sorte que la **commission DINTILHAC** a décidé de l'abandonner purement et simplement pour le remplacer par deux types de préjudices bien distincts :

- d'une part, le préjudice physique fonctionnel appelé ***"déficit fonctionnel"*** : il s'agit d'un préjudice personnel qui échappe au recours des tiers payeurs ;
- d'autre part, le préjudice professionnel qui n'est pas systématique puisqu'il résulte de la perte de gains professionnels si l'intéressé exerce un métier, en prévoyant un poste appelé ***"perte de gains professionnels actuels (PGPA)"*** qui, lui, est soumis au recours des tiers payeurs.

Il faut le dire très clairement : la nomenclature DINTILHAC a constitué une avancée considérable au plan de la réparation du dommage corporel. Toutefois, elle n'a pu régler tous les problèmes.

La première difficulté qu'elle pose tient à son absence de valeur normative, c'est-à-dire impérative :

- alors certes, elle est très largement appliquée par les juges judiciaires : ils y ont d'ailleurs été invités par une circulaire du ministre de la justice du 25 février 2007 ; mais, je le dis pour les non- juristes, une circulaire ne constitue qu'une "recommandation" que le juge peut parfaitement décider d'écarter ;
- par ailleurs, cette nomenclature n'est pas appliquée dans son intégralité par tous :

* c'est ainsi que, si les juges administratifs s'en inspirent, ils la trouvent trop complexe et recourent plus volontiers à une nomenclature DINTILHAC "simplifiée" ;
* de même et cela a été dit ce matin, cette nomenclature n'est pas appliquée par tous les fonds de garantie, et en particulier par le FIVA.

Il en résulte donc un défaut d'harmonisation de l'indemnisation des dommages corporels qui n'est pas satisfaisant pour les victimes, ainsi soumises à un aléa incompréhensible.

Le deuxième type de difficulté posé par la nomenclature DINTILHAC tient à certains postes de préjudice. Et, pour vous l'expliquer de manière la plus parlante possible, j'ai préparé un tableau qui résume les différents postes de préjudices résultant de la nomenclature DINTILHAC, avant et après consolidation, de manière à mettre en exergue quelques constats expliquant l'intervention du projet de décret.

Système actuel résultant de la nomenclature DINTILHAC	
AVANT CONSOLIDATION	APRÈS CONSOLIDATION
Dépenses de santé payées	Dépenses de santé futures
Frais divers comportant notamment l'assistance temporaire d'une tierce personne	Frais d'appareillage, d'adaptation du logement, du véhicule ...
	Assistance permanente d'une tierce personne
Perte de gains professionnels subie	Perte de gains professionnels future
	Incidence professionnelle
	Préjudice scolaire, universitaire, de formation
Déficit fonctionnel temporaire comportant : - l'atteinte temporaire au potentiel physique ou intellectuel - les troubles temporaires dans la qualité de vie - le préjudice d'agrément temporaire - le préjudice sexuel temporaire	**Déficit fonctionnel permanent comportant :** - l'atteinte permanente au potentiel physique ou intellectuel - les douleurs permanentes en fonction de leur intensité - les troubles persistant dans la qualité de vie
Souffrances endurées temporairement en fonction de leur durée et de leur intensité	**Souffrances endurées permanentes incluses dans le déficit fonctionnel permanent**
Préjudice esthétique temporaire - l'expert le décrit in abstracto - le juge le chiffre en fonction de l'âge, du sexe et de la profession de la victime	Préjudice esthétique permanent - l'expert le décrit in abstracto - le juge le chiffre en fonction de l'âge, du sexe et de la profession de la victime
Préjudice d'agrément temporaire inclus dans le déficit fonctionnel temporaire	Préjudice d'agrément permanent - l'expert doit surtout se prononcer sur son imputabilité aux lésions subies - le juge en chiffre l'importance
Préjudice sexuel temporaire inclus dans le déficit fonctionnel temporaire	Préjudice sexuel permanent avec plusieurs composantes : - le préjudice morphologique - le préjudice lié à l'aptitude à l'acte sexuel - l'impossibilité de procréer
	Préjudice d'établissement
	Préjudice permanent exceptionnel

Ce tableau conduit à faire deux constats :

- **1er constat : il n'y a pas de parallélisme absolu entre les postes avant et après consolidation :**
  * en effet :
    + il y a un poste pour les souffrances temporaires mais pas de poste autonome pour les souffrances permanentes qui sont incluses dans le déficit fonctionnel permanent ;
    + à l'inverse, il n'y a pas de poste de préjudice d'agrément temporaire ni de poste de préjudice sexuel temporaire car ces deux préjudices sont inclus dans le déficit

fonctionnel temporaire, alors qu'il y a un poste de préjudice d'agrément permanent et un poste de préjudice sexuel définitif ;

* or, cette absence de symétrie constitue un enjeu important qui cristallise un certain nombre d'oppositions :
  + d'un côté, certaines associations de victimes voudraient voir instaurer une symétrie totale
  entre les rubriques avant et après consolidation ; + de l'autre côté, les assureurs y sont hostiles car ils estiment qu'une telle symétrie induirait une multiplication des postes et une augmentation corrélative des indemnisations ;

- 2e constat : le poste "déficit fonctionnel" reste un poste très complexe, qu'il soit temporaire ou permanent :
  * **en effet si l'on prend en compte le déficit fonctionnel permanent (DFP), celui-ci comporte 3 composantes d'une nature très différente, à savoir :**
    + le déficit proprement fonctionnel qui répare la réduction définitive du potentiel physique,
    psychique ou intellectuel ; + mais aussi les souffrances permanentes générées par ce déficit (qui sont le "pendant" des
    souffrances temporaires) ; + mais encore les
    atteintes aux conditions de vie quotidienne ;
  * or, un certain nombre de juristes (et non des moindres) estiment que ces trois composantes ne sont pas suffisamment prises en compte par le système actuel puisque le déficit fonctionnel permanent est concrètement chiffré comme suit : le médecin retient un taux qui est fonction de l'état de la victime et le juge multiplie ce taux par la valeur du point qui dépend de l'âge de la victime ; ce faisant, il est rarement tenu compte de la spécificité de la situation de chacun alors même qu'il suffit de donner un exemple pour se convaincre de la nécessité d'une plus grande personnalisation du préjudice : si une personne ne peut plus utiliser sa voiture, il est évident que son préjudice ne sera pas le même selon qu'elle vit à PARIS, où elle pourra utiliser les transports en commun, ou en CREUSE, où elle se retrouvera totalement isolée.

Ce sont donc toutes ces considérations qui on conduit la chancellerie à proposer le projet de décret dont je vais maintenant vous parler.

<u>La présentation du projet de décret</u>

J'en rappellerai les objectifs avant d'examiner les moyens utilisés pour y parvenir.

La chancellerie a élaboré ce projet de texte en poursuivant essentiellement deux buts :
- **rendre la nomenclature impérative et ce faisant, aboutir à l'harmonisation souhaitée de la jurisprudence ;**
- **par ailleurs, veiller à ce que la réparation du préjudice soit intégrale et donc personnalisée en fonction des situations de chacun : <u>la chancellerie affirme donc qu'il ne s'agit pas d'indemniser plus mais d'indemniser mieux</u>.**

Pour y parvenir, elle a prévu un projet de décret :
- qui adopte une nomenclature très largement inspirée de la nomenclature DINTILHAC ;
- mais qui prend soin de préciser qu'il *"ne fait pas obstacle à la détermination d'un chef de préjudice ne figurant pas dans cette annexe",* afin que les choses ne soient pas "verrouillées" (on pourrait, par exemple, évoquer le préjudice d'anxiété dont on a parlé ce matin).

Pour vous présenter ce texte, je vous ai également préparé deux tableaux comparatifs des chefs de préjudice selon la nomenclature DINTILHAC et des chefs de préjudice résultant du projet :

- un premier tableau pour les préjudices temporaires ;
- un second pour les préjudices permanents.

Le premier tableau ne nous retiendra pas longtemps.

POSTES DE PREJUDICES TEMPORAIRES (AVANT CONSOLIDATION)	
Nomenclature DINTILHAC	Projet de décret
Dépenses de santé actuelles	*Dépenses de santé avant consolidation (DSAC) "F hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceu assimilés"*
Frais divers (FD) comportant l'assistance temporaire par tierce personne	Frais divers (FD) Honoraires de médecins assistant aux expertises F transport Dépenses destinées à permettre des activités non professionnelles qui ne peuvent être assumées pa (ex : frais de garde d'enfants ou de travaux ménag Frais ponctuels exceptionnels (ex : frais expos commerçant contraints de recourir à du per remplacement **Assistance temporaire par tierce personne (AT**
Pertes de gains professionnels actuels (PGPA)	Pertes de gains professionnels avant consolidatior *"Répercussions du dommage sur la sphère profes*
Déficit fonctionnel temporaire (DFT) Hospitalisation, astreinte aux soins, difficultés dans l'exécution de tâches domestiques, privation d'activités d'agrément habituelles, retentissement sur la vie sexuelle	**Déficit fonctionnel temporaire (DFT)** *Indemnisation de l'invalidité dans la sphère person victime (hospitalisation, perte de la qualité de vie te séparation de la famille,* ***son préjudice d'agrémer préjudice sexuel)***
Souffrances endurées jusqu'à la consolidation *Souffrances physiques ou morales provoquées par la gravité des blessures, les hospitalisations, les soins, les troubles connus engendrés par certaines lésions*	*Souffrances endurées temporaires (SET) "Souffra physiques et psychiques et troubles associés"*
Préjudice esthétique temporaire (PET)	*Préjudice esthétique temporaire (PET) Indemnisat présentation de la victime dans un état physique a grands brûlés, traumatisés de la face)*

Ce tableau établit clairement que le projet de décret n'apporte pas de changement significatif à
la situation actuelle :

- certes les frais d'assistance de tierce personne, actuellement compris dans les frais divers, deviennent un poste autonome mais, si cela va dans le sens d'une plus grande symétrie entre les

postes avant et après consolidation, je pense que cela ne changera rien au chiffrage ; - par ailleurs, il est aisé de constater que l'on n'a pas été au-delà dans l'élaboration d'un parfait parallélisme puisque le préjudice d'agrément temporaire et le préjudice sexuel temporaire ne constituent toujours pas des postes autonomes et restent inclus dans le déficit fonctionnel temporaire.

Je passe donc au tableau comparatif relatif aux préjudices permanents pour lesquels le projet apporte une modification qui a suscité un certain nombre de protestations.

POSTES DE PREJUDICES PERMANENTS (APRES CONSOLIDATION)	
Nomenclature DINTILHAC	Projet de décret
Dépenses de santé futures (DSF)	Dépenses de santé après consolidation (DSAC) *"Frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels, médicalement prévisibles"* (ex : frais d'hospitalisations périodiques dans un établissement de santé, suivi médical avec analyses, soins infirmiers, pose de prothèses ou d'appareillages)
Frais d'adaptation du logement Frais d'adaptation du véhicule	Frais de logement adapté (FLA) Aménagement du domicile, surcoût résultant de l'achat ou de la location d'un autre logement, frais de déménagement Frais de véhicule adapté (FVA) Adaptation du véhicule, surcoût résultant du renouvellement du véhicule, surcoût de frais de transport
Assistance par tierce personne	Assistance permanente par tierce personne (APTP)
Perte de gains professionnels futurs (PGPF)	Perte de gains professionnels après consolidation (PGPAPC) *- indemnisation de la perte d'emploi ou de la réduction de son temps de travail* *- estimation pour ceux qui étaient en recherche d'emploi*
Incidence professionnelle (IP)	Incidence professionnelle économique (IPEC) *- Indemnisation de la dévalorisation de la victime sur le marché du travail, de sa perte de change professionnelle* *- estimation pour ceux qui ne sont pas encore rentrés dans la vie active*
Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSUF)	*Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (PSU) "Perte d'année scolaire, universitaire ou de formation" (retard, modification d'orientation, renonciation à la formation)*
Déficit fonctionnel permanent (DFP) Réduction définitive du potentiel physique, psychique ou intellectuel (APIPP : atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique) + Répercutions au plan de la douleur et atteinte aux conditions de vie quotidienne	**Déficit fonctionnel permanent (DFP)** *"Atteintes aux fonctions physiologiques de la victime (telle que la réduction du potentiel physique, psychosensorielle ou intellectuelle)"* —> disparaît l'indemnisation des répercutions de ces atteintes au plan de la douleur, de la psychologie et de l'atteinte aux conditions de vie quotidienne

5

	Souffrances endurées permanentes (SEP) Poste nouveau qui prend en compte le 2e aspect du DFP (douleur et atteinte aux conditions de vie)
Préjudice esthétique permanent (PEP)	éjudice esthétique permanent (PEP)
Préjudice d'agrément (PA)	éjudice d'agrément (PA)
Préjudice sexuel (PS)	éjudice sexuel (PS) *"préjudice morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires"* *"préjudice lié à l'acte sexuel (perte de libido, perte de la capacité physique à réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir)"*
	Incidence professionnelle extra-patrimoniale (IPEX) "Indemnisation des incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle, de nature extra-patrimoniale" (ex : l'augmentation de pénibilité d'un emploi ; nécessité d'abandonner son emploi pour un autre)
Préjudice d'établissement	éjudice d'établissement (PE) *Indemnisation de la perte de chance de réaliser un projet de vie familiale*
Préjudice permanents exceptionnels	*Préjudices permanents exceptionnels (PPE) Indemnisation d'un préjudice non indemnisable au titre d'un autre poste : préjudice atypique (ex : impossibilité d'accomplir des gestes liés à sa culture ; nature de la cause du dommage tel un attentat terroriste ou une catastrophe naturelle ou industrielle)*

La modification qui fait polémique concerne le "déficit fonctionnel permanent" qui, comme vous le voyez, se trouve scindé en deux postes distincts dans le projet de décret :

- *d'une part,* ***un poste que je qualifierai d'"objectif"*** *et que le texte intitule comme aujourd'hui* ***"déficit fonctionnel permanent*** *(DFP)", mais qui réparera uniquement les "atteintes aux fonctions physiologiques de la victime (telle que la réduction du potentiel physique, psychosensorielle ou intellectuelle" ;*
- d'autre part, **un poste que l'on pourrait dire "contextuel"** et que le texte appelle ***"Souffrances endurées permanentes*** *(SEP)",* lequel réparera le prix de la douleur permanente, mais aussi les troubles causés aux conditions d'existence.

Or, les assureurs se sont élevés contre la création de ce nouveau poste autonome en faisant valoir qu'aux indemnités actuellement versées (le taux fixé par l'expert multiplié par la valeur du point), viendra s'ajouter une somme supplémentaire en réparation des douleurs permanentes et des troubles dans les conditions d'existence.

Alors que pensez de tout cela ?

- ce projet de texte présente, à mon sens, **plusieurs aspects positifs** :
  * je dirai d'abord **qu'il est utile dans son principe** en raison de la volonté d'harmonisation qui le fonde **et qu'il est aussi prudent** puisqu'il a pris la précaution de ne pas fermer pas la porte à d'autres préjudices auxquels on n'aurait pas pensé ;
  * **il a aussi le mérite, me semble-t-il, de mettre l'accent sur l'absence totale de corrélation entre le préjudice physiologique et le prix de la douleur induite par celui-ci : on sait tous**
    qu'un grand brûlé peut souffrir temporairement le martyre sans pour autant se trouver finalement affecté par des séquelles fonctionnelles permanentes invalidantes ; le projet de décret matérialise parfaitement cette dissociation de l'appréciation des séquelles physiologiques et des douleurs induites par celles-ci ;
  * **il met enfin l'accent sur le contexte de vie de la victime qui n'est effectivement pas suffisamment pris en compte par le calcul souvent purement mathématique que j'ai rappelé précédemment (taux d'incapacité multiplié par la valeur du point) ;**
- **en revanche, il pose plusieurs questions :**
  * **une première question de pure forme relative à l'intitulé du nouveau poste : il est appelé *"souffrances endurées permanentes",*** alors même que l'on comprend de la lecture du projet que ce poste prendra en compte non seulement la douleur permanente, mais aussi les troubles permanents dans les conditions d'existence : peut-être serait-il opportun d'adopter un intitulé moins équivoque sur le contenu de ce poste !
  * **la deuxième question concerne le fond même de cette réforme et son incidence sur les taux d'incapacité retenus par les médecins, lesquels, on le sait, s'inspirent très largement des barèmes prenant en compte chaque type de pathologie : en effet, si l'on retire les aspects "douleur" et "altération des conditions d'existence" de ce que l'on appelle aujourd'hui le "déficit fonctionnel permanent", ne faudra-t-il pas revoir à la baisse les taux appliqués actuellement par les médecins pour en extraire ce qui a trait à ces aspects qui auront vocation à être indemnisés de manière autonome ? Mais est-ce si facile de "décortiquer" ainsi le préjudice d'une victime pour aller jusqu'à dissocier le chiffrage de son aspect purement physiologique de celui correspondant aux douleurs qu'il induit ?**
  * et la troisième question que l'on peut se poser est étroitement liée à cette problématique : quand on parle de douleur, il y a un versant "objectif", lié à tel ou tel type de pathologie, et un versant "plus subjectif", dépendant de la perception qu'en a la victime ? Notre système actuel est simple en ce qu'il conduit à estimer que telle pathologie correspond à telle douleur "moyenne" qui est intégrée dans le taux fixé par le médecin ? Mais si l'on applique le nouveau système, **sera-t-il aisé, voire possible pour le médecin, d'apprécier la réalité du volet "subjectif" de cette douleur** ?

A l'évidence, les deux dernières questions échappent à la compétence du juge que je suis et c'est tout l'intérêt que présentera l'intervention à venir du Dr BONNET qui nous éclairera sûrement sur ces points.

Alors que va devenir ce projet de texte ? **<u>Les perspectives d'avenir</u>**

Prenant mes renseignements à la source c'est-à-dire auprès de la chancellerie, j'ai appris qu'en l'état, personne n'est en mesure de prévoir le sort qui sera fait à ce projet de décret :

- ce qui est certain, c'est qu'**il ne fait pas partie des priorités absolues** de la chancellerie qui a d'autres chantiers très importants en cours, notamment la réforme attendue du droit des contrats ;

- par ailleurs, ce texte a créé un certain nombre de crispations qui rendent le sujet sensible et qui **vont nécessiter des arbitrages politiques,** lesquels peuvent prendre du temps.

Enfin, on m'a dit que la question se pose de savoir s'il ne conviendrait de renoncer à publier ce texte de manière isolée, pour l'intégrer dans une **réforme plus vaste sur la responsabilité civile,** qui permettrait d'assurer un meilleur équilibre des intérêts en présence.

Bref, bien imprudent serait celui qui se hasarderait aujourd'hui à faire des pronostics sur le devenir de ce projet !

S'il existe un proverbe chinois qui dit : *"toutes les fleurs de l'avenir sont dans les semences d'aujourd'hui",* on pourrait lui opposer, s'agissant de ce texte, la citation suivante : *"nul ne connaît 'histoire de la prochaine aurore"* ! Je vous remercie de votre attention.

Je vous remercie de votre attention.

Sollicité pour réagir aux conséquences de ce texte j'ai repris, Madame la Présidente, les deux points suivants:
«Est-il possible de décortiquer comme vous l'avez dit, le D.F.P en deux composantes?» Et
«Comment établir le versant objectif ou subjectif des douleurs ressenties par les victimes?»
Pour essayer de répondre, j'ai essayé d'illustrer mon propos en prenant une des affaires qui peuvent conduire à une judiciarisation et dans le domaine qui est le mien, celui de l'anesthésie.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, employée de maison qui, pour une intervention des membres inférieurs, a une rachianesthésie
En réalisant cette rachianesthésie, l'aiguille introduite dans le dos déclenche des douleurs violentes lors de la première tentative. Une deuxième tentative provoque également de violentes douleurs.
La patiente est ensuite opérée mais présente en post-opératoire immédiat un déficit du membre inférieur, qui se manifeste par des difficultés la marche, associées à des
douleurs qui vont évoluer sur plusieurs mois avec la nécessité de prendre des antalgiques de façon quotidienne.
Le syndrome douloureux et le déficit sont attribués de façon certaine à la rachianesthésie, par des

explorations neurophysiologiques. Les traitements eux-mêmes ont un retentissement important sur l'état de la patiente.
Elle se présente à l'expertise avec un certain nombre de plaintes, dont un déficit moteur qui, va être responsable de six chutes dans les semaines et mois qui précèderont la réunion contradictoire

Elle se plaint d'une importante limitation dans son quotidien domestique, Elle signale la nécessité d'avoir une aide, en l'occurrence celle de son mari, mais aussi une difficulté liée à ses conditions de logement, la nécessité d'aménager son appartement, puis dans sa vie d'agrément et sa vie affective une impossibilité de s'occuper comme elle le faisait avant, de ses petits-enfants et également, évidemment, une perte de revenus et un préjudice sexuel du fait, finalement d'un état dépressif qui accompagnait l'ensemble de ses difficultés
Les doléances et les dommages se recoupaient en grande partie et de plus une kinésithérapie importante s'avérait nécessaire engendrant frais.

Comment pouvait-on évaluer son handicap et son préjudice? De ce point de vue, la nomenclature Dintilhac
apporte une aide très positive, car le calcul de pourcentages, en se basant sur des barèmes qui en partie sont obsolètes, compte tenu de leur ancienneté de publication et du fait que, finalement, peuvent se révéler artificiels à l'usage.

La médecine évoluant les barèmes globaux peuvent être difficiles à appliquer. Tout ce qui permet une analyse détaillée d'u phénomène complexe associant dans notre exemple des douleurs et un déficit moteur don voit le retentissement important dans la vie quotidienne, qu'elle soit affective ou professionnelle, contribue à mieux cerner l'importance du handicap.
La nomenclature Dintilhac, constitue donc une aide pour l'évaluation du handicap et des préjudices.
Le deuxième point est de savoir si l'on peut distinguer des éléments liés au handicap physiologique et d'autres, liés à son ressenti. Dans l'exemple présenté, la distinction semble possible:
Certains éléments sont liés à l'aspect moteur du handicap, qui est notamment une gêne à la marche et d'autres activités
Un autre versant qui est celui des douleurs. On on connait la difficulté d'appréciation et le degré de subjectivité.

En effet la définition qui est donnée de la douleur par l'International Association for the Study of Pain,(IASP) la société scientifique qui, à l'échelon mondial s'intéresse à ce sujet, est de la présenter comme une expérience personnelle vécue comme telle et décrite en ces termes.
Chacun d'entre nous peut donc décrire sa douleur de façon différente et une des difficultés tient à l'absence de mesure objective des différentes dimensions de la douleur.

Par ailleurs, il faut distinguer ce qu'on appelle «la nociception» qui est un phénomène neurosensoriel, **la douleur** qui est la perception consciente du phénomène en question et **la souffrance** qui est une sensation plus globale qui altère le comportement et qui altère globalement la qualité de la vie.

Ce qu'on demande à l'expert d'évaluer, ce n'est pas tant la douleur que la souffrance des victimes. En effet la douleur est une réaction physiologique alors que la douleur pathologique, la souffrance, c'est la pérennisation de ce syndrome qui va lui donner son sens. Par ailleurs, la douleur quand, finalement elle perdure, provoque des modifications comportementales.
L'entourage, est compassionnel vis-à-vis des patients douloureux chroniques mais la compassion s'épuise et de fait, la douleur conduit à l'abandon et à la désocialisation. Le patient lui-même présente un certain nombre de modifications comportementales qui sont importantes S'il se construit autour de la douleur, doit-on considérer que, finalement, il s'agit d'une altération externe au handicap, alors qu'il s'agit d'une adaptation au phénomène.

Comment mesure t'on la douleur ressentie? Le plus souvent on évalue l'intensité, en utilisant des échelles unidimensionnelles, comme par exemple l'échelle visuelle analogue. [EVA]

Ce qui est plus difficile, c'est l'appréciation multidimensionnelle prenant en compte la dépression, l'anxiété etc.
Cette évaluation répond à certains critères qui mesurent la qualité de vie, le retentissement de la douleur sur la qualité de vie, et, des questionnaires qui explorent les différentes composantes du phénomène douloureux et de son retentissement et peuvent aider à évaluer le préjudice.

Enfin, il apparait souvent, lors de réunions contradictoires, que les patients douloureux chroniques sont mal pris en charge et négligés et que, pendant des mois, ils n'ont pas eu de traitement adapté au type de douleur qu'ils présentent.

En conclusion le concept de **douleur** doit être élargi à celui de **souffrance** des patients. On ne peut pas réduire la douleur à l'intensité et à la durée du phénomène, mais considérer l'ensemble des phénomènes objectifs et subjectifs qui s'y rapportent.

Si la question était: *«Peut-on dissocier le handicap physiologique d'un handicap qui serait les souffrances?»*

La réponse est qu'il n'y a pas d'objection à le faire.

Vers une mission consensuelle

Mr R.Vanhasbrouck –Premier Président Cour d'appel de Pau

Une mission consensuelle!

Autrement dut vers un contenu de la mission qui recueillerait l'accord de tous: les parties et leurs avocats (et quand je dis les parties, je parle de la victime, du responsable, de leurs assureurs, de l'organisme social..), le Juge et l'expert.

Vous aurez remarqué la prudence de nos organisateurs dans l'intitulé de cette intervention!

D'abord par l'utilisation de la préposition «vers», qui marque la direction, l'aspiration, mais aussi l'approximation...

Ensuite en s'abstenant de faire suivre le titre de toute ponctuation...

Vers une mission consensuelle. Point final?

Vers une mission consensuelle! Point d'exclamation?

Vers une mission consensuelle? Point d'interrogation?

Je vous livre quelques réflexions pour vous permettre de faire un choix parmi ces trois propositions...

En me concentrant bien sûr, sur la mission «Préjudice corporel» et dans la perspective du projet de décret que viens d'évoquer Madame Ménotti.

Première option:

Vers une mission consensuelle. Point final.

Point final en effet, puisque dès lors que l'article 1er du projet de décret prévoit que les préjudices patrimoniaux et les préjudices extra-patrimoniaux, consécutifs à un dommage tel que défini à

l'article 28 de la Loi du 5 Juillet 1985 sont déterminés suivant la nomenclature figurant en annexe du décret, la mission confiée à l'expert par le juge ne peut être que le pendant de cette nomenclature.

L'expert n'aurait alors pour tâche que d'apprécier l'existence et l'importance des préjudices tels que définis dans la nomenclature, en tout cas celles relevant de sa compétence médicale, regroupées sous l'appellation «Préjudices extra patrimoniaux».

Le consensus, oui**; mais un consensus imposé par le texte.**

La loi ou le règlement énumère et définit le préjudice indemnisable, l'expert apporte son analyse technique, et le juge apprécie le montant de la réparation...

C'est un mécanisme voisin de celui que l'on connait dans d'autres domaines, par exemple dans le droit de la construction...

L'article 1792 du code civil fixe une responsabilité de plein droit du constructeur pour les dommages qui comprennent la solidité de l'immeuble ou qui le rendent impropre à sa destination.

A l'expert d'examiner que le dommage répond à cette définition, au juge de fixer le montant des travaux de reprise.

S'agissant du dommage corporel, on serait finalement dans la continuité de l'actuelle nomenclature Dintilhac.

Le décret ne ferait qu'augmenter d'un cran sa valeur en passant de la valeur de recommandation à la valeur de disposition règlementaire.

J'y vois un vrai confort pour l'expert qui, finalement, pourrait se passer de la lecture de la mission du juge.
On pourrait imaginer un rapport sous forme de cadre pré-établi que l'expert remplirait.

Deuxième option:
Vers une mission consensuelle! Point d'exclamation!
L'exclamation, signe de l'audace...
Une mission consensuelle, résultant du règlement, ne remettrait elle pas en cause, en effet la liberté du juge?
L'article 265 du code de procédure civile affirme bien que c'est le Juge qui ordonne l'expertise, et c'est lui seul qui énonce les chefs de la mission de l'expert.
La Cour de cassation, dans un arrêt de principe du 26 novembre 1980 régulièrement repris par la suite affirme que

«...les juges du fond fixent souverainement l'étendue de la mission confiée à un expert»

Cette mission doit être formulée de manière claire et précise, afin d'en circonscrire le champ, d'en délimiter l'objet, d'en définir la finalité, eu égard, bien entendu, à l'objet du litige tel que déterminé par les prétentions des parties.
Car c'est un point essentiel qu'il ne faut jamais oublier...
L'objet du litige, c'est l'article 4 du code de procédure civile qui l'énonce, est déterminé par les prétentions des parties, et, ni le juge, ni l'expert, ne peuvent s'exonérer de ce principe.

En pratique, il est pourtant courant que le juge établisse une mission s'éloignant de celle proposée par l'acte introductif d'instance qu'il estime incomplète, insuffisante ou inadaptée.
Pour avoir été pendant seize années et jusqu'à il y a peu encore, juge des référés, j'ai fait le constat de l'approximation, de l'indigence parfois, des missions proposées dans les assignations introductives d'instances.
C'est alors le juge qui d'initiative, je pourrais dire d'office, rédige une mission plus adaptée.
On est loin alors du consensuel...

Troisième option:
Vers une mission consensuelle? Point d'interrogation.
Interrogation d'abord à la lecture du projet de décret lui-même. Il s'intitule comme:
«Instaurant une nomenclature des postes de préjudice résultant d'un dommage corporel»
Son champ d'application est pourtant expressément limité, au travers du visa de la loi du 5 Juillet 1985, et de son article 1, aux victimes d'accidents de la circulation...
Le terrain reste libre pour toutes les autres catégories de dommage corporel, même si l'on peut envisager un effet de contagion.
Interrogation aussi, puisque si l'article 1er prévoit que *les préjudices patrimoniaux et les préjudices extra-patrimoniaux (consécutifs à un dommage corporel tel que défini à l'article 28 de la loi du 5 juillet 1985 susvisée, sont déterminés suivant la*

nomenclature figurant en annexe du présent décret, l'article 2 ouvre immédiatement une brèche en précisant que *L'article premier ne fait pas obstacle à la détermination d'un chef de préjudice ne figurant pas dans cette annexe.*

Autrement dit, il y aura toujours possibilité de débattre de postes de préjudice hors la nomenclature, et donc des chefs de mission...

On peut compter sur les associations de victimes ou sur les avocats spécialisés dans la réparation du préjudice corporel pour s'engouffrer dans cette brèche...

Interrogation par ailleurs, puisque le code de procédure civile prévoit déjà un mécanisme de contractualisation de l'expertise.

L'article 266 du code de procédure civile prévoit en effet que

la décision qui ordonne l'expertise peut aussi fixer une date à laquelle l'expert et les parties se présenteront devant le juge qui l'a rendue, ou devant le juge chargé du contrôle pour que soient précisée la mission et s'il y a lieu, le calendrier des opérations.

Cette disposition permet au juge de procéder à une désignation provisoire d'un technicien dont la compétence apparaît correspondre à la mesure d'instruction sollicitée, de

réunir celui-ci et les parties, et de définir la mission après débat contradictoire.

Ce mécanisme tend donc véritablement au consensuel en instituant une sorte d'audience «expertise ». Sauf que....

QUI Dans cette salle a déjà été amené à appliquer ce dispositif?

Il faut reconnaitre qu'il est lourd et peu compatible avec la charge de travail des magistrats et des experts.

En réalité, ce mécanisme existe déjà en germe dans la pratique qu'ont certains magistrats, en cas de difficulté, de contacter l'expert avant la décision, en cours de délibéré, pour s'entendre sur la mission et sa rédaction...

Du consensuel alors, entre le juge et l'expert, en dehors des parties et donc en violation manifeste du principe sacré de la contradiction.

Plus généralement, l'article 21 du code de procédure civile vient également préciser qu'il entre dans la mission du juge de concilier les parties. Rien ne lui interdit de les rapprocher,

y compris sur la mission de l'expert...C'est, du reste la tendance générale et forte de notre justice civile que de voir se développer les modes alternatifs de règlement des litiges..

Interrogation encore, lorsque l'on examine les conditions dans lesquelles le juge fait application de l'actuelle nomenclature Dintilhac...

Peu ou prou, chaque magistrat a adapté ses trames à celle-ci,

mais sans réelle coordination...

Dans la perspective de cette journée, je me suis livré à un sondage auprès des cinq tribunaux de grande instance du ressort de la cour d'appel, en leur demandant de me faire parvenir leur trame de mission. Inutile de vous dire que chaque tribunal de grande instance utilise des trames différentes.

Mieux, l'un de ces tribunaux m'en a communiqué quatre! Celle du juge des référés, celle du juge civil, celle du juge correctionnel, celle enfin spécifique au traumatisme crânien dite mission Vieux...

Un autre tribunal m'en a communiqué trois...
Et je n'ai pas demandé à voir ce que faisaient les tribunaux d'instance.

Mesdames et Messieurs les experts, j'en suis désolé mais je crois que, sauf à prévoir une annexe 2 au projet de décret qui fixerait la mission de l'expert, le jour n'est pas encore venu ou vous pourrez vous abstenir de la lecture de la mission dans la décision vous désignant.

En conclusion, je voudrais vous faire remarquer que nous fêtons cette année deux anniversaires: les 30 ans de la loi du 5 juillet 1985 et les 10 ans de la nomenclature Dintilhac...
Nous avons fait, me semble t'il, des progrès considérables dans la réparation du dommage corporel et, pas à pas, nous allons vers un mode de réparation à la fois intégral, réglementé et unifié qui facilitera bien évidemment la transaction entre la victime et l'assureur,..entre la victime et le fond de garantie...
Puisque c'est bien là qu'est finalement le débat: Un régime unifié ou pas?
L'article 3 du projet de décret, qui prévoit une application aux décisions des juridictions judiciaires et administratives ainsi qu'au transactions ayant pour objet l'indemnisation d'un dommage corporel apporte une réponse sans ambigüité...

Revenant à mon propos d'introduction, Madame la Présidente, je salue donc définitivement votre prudence éditoriale;

Quant à la ponctuation, j'ai bien une solution à vous proposer sous la forme d'une quatrième option:

Vers une mission consensuelle.....Points de suspension.

Table Ronde Europe

Pourquoi une mission européenne?

Dr R.Ménès –Premier vice- président de la CNEMJ

«Juste un mot pour vous présenter le sujet: Biarritz est loin de Strasbourg, de Luxembourg, de Bruxelles et on ne pense «Europe» que lorsqu'on peut y avoir recours pour obtenir des subventions qu'il s'agisse d'organismes publics ou privés. Et pourtant, peut-être à cause de la situation géographique de l'Auvergne, on y pense ! L'Auvergne est à mi-parcours entre Brest et Zagreb ou entre Helsinki et Gibraltar. On a la chance, si je peux dire ou la malchance d'être traversé par une route qui est sans doute la plus dangereuse de France, sinon d'Europe, la route Centre-Europe-Atlantique. Sur la R.C.E.A, en quelques minutes, on voit des véhicules immatriculés au Portugal, en Espagne avec des marques distinctives pour les basques et les catalans. L'Italie, la Roumanie, la Slovénie, la Slovaquie, l'Autriche, l'Allemagne, la Pologne, la Lituanie, l'Estonie, la Lettonie, l'Irlande, la Grande-Bretagne, j'ai pas tout noté! En ce qui concerne l'expertise, depuis 2010, on a commencé sous l'égide de la Commission Européenne, le recensement des règles applicables dans les différents états de l'Union. En 2012, a eu lieu à Bruxelles un premier colloque pluridisciplinaire qui a essayé de réunir ces documents. De 2012 à 2015, des groupes de travail ont travaillé autour de la thématique de l'expert, ce qui a fait l'objet d'une conférence de consensus le 29 mai 2015 à la cour de cassation de Rome, au cours de laquelle on est arrivé à définir à l'unanimité

quels étaient les critères communs que l'on exigerait des experts dans les différents pays de l'Union. Il y a donc un train

qui s'est mis en marche et il nous appartient de le prendre avant qu'il ne roule trop vite; c'est ce qui m'a incité à proposer ce thème de l'Europe à notre présidente et je vous remercie d'être resté jusqu'à maintenant pour l'écouter.

La mission d'expertise en Espagne

Mtre Patxi LOPEZ – Barreau de San Sébastian
Bâtonnier du Collège des Avocats du Gipuzkoa.

« Arratsalde on.
Bonsoir ».

Je voudrais tout d'abord remercier la Compagnie Nationale des Experts Médecins de Justice et en particulier sa Présidente, Mme le Docteur Danièle Monestier-Carlus pour m'avoir fait l'honneur de m'inviter à participer à votre colloque.

Je remercie également Mme la Bâtonnière du Barreau de Bayonne, Me Isabelle Duguet avec qui nous organisons régulièrement des rencontres entre nos Barreaux de Saint-Sébastien et de Bayonne.

J'avais préparé plusieurs pages introductives pour vous faire découvrir le système judiciaire espagnol mais pour respecter le temps qui m'est imparti, je vais aller droit au but en vous disant que si certains points sont semblables d'autres sont différents. Nous avons ainsi quatre juridictions: Civile, Pénale, Administrative et Sociale. Chacune d'elle a un rapport avec les problèmes de l'expertise médicale des dommages corporels.

*Le Code Napoléonien

Au Civil, nous appliquons le «Code napoléonien » et j'ai pu observer dans ma pratique professionnelle que les articles de notre Code Civil sont pour la plupart traduits, à la lettre, du Code Civil français.

Toutefois, il y a quelques différences que je vais essayer de souligner, non seulement dans le Code mais surtout au niveau de

la procédure et ainsi, souvent, se trouve-t-on assez loin des questions de l'expertise médicale.

*Le délai de prescription

La première différence que je vois est celle dont on a parlé ce matin, qui concerne la matière du dommage corporel et de la relation avec un médecin privé: cela relève du contractuel, sinon il s'agit comme vous dites «du délictuel et nous , nous disons en Droit : «extra-contractuel»

Ceci a une conséquence très importante en matière de prescription. En effet, et c'est terrible, la matière délictuelle requiert seulement une année de délai, au lieu, j'ai cru l'entendre, de dix ans chez vous. Et si chez nous, pour un médecin dans une relation contractuelle, la prescription était avant de quinze ans, depuis cet automne, elle va passer à cinq ans. En revanche l'affaire délictuelle reste à un an.

*La procédure

Chez nous, la Justice Civile attire le reste s'il y a un problème de compétence. Cela veut dire quoi ? Que même si, normalement on demande la responsabilité patrimoniale de l'Administration sanitaire devant la juridiction que vous appelez «Administrative» et nous «Contentieuse-Administrative»; en Espagne, la victime et son avocat se dépêchent et saisissent d'abord la Justice Civile, parce que, par exemple, il y a aussi un médecin concerné ou une compagnie d'assurance, qui peuvent s'adresser à une Juridiction civile.

Dans ce cas, l'Administration est attirée au Civil sans pouvoir exempter son privilège de juridiction, et sans pouvoir dire qu'elle a le droit de rester dans le domaine Administratif. C'est à mon avis, une différence importante.

*Les droits «foraux »

Une autre différence concerne le système juridique général dont on a parlé au début. Chez nous, nous avons un système moins uniformisé que le vôtre. Il faut rappeler que l'unification de notre Droit Civil, dans le code de l'année- je crois que c'était en 1889, n'a pas abouti complètement et il est resté des droits «forales» comme on dit, surtout en matière de famille et de droits de succession. De plus, il ne faut pas oublier la décentralisation politique de l'Etat espagnol avec certaines régions autonomes comme la nôtre - la Basque - qui ont des pouvoirs très importants dans divers domaines.

Par exemple pour ce qui concerne la santé, celle-ci relève de la compétence du Gouvernement Basque qui a un service de Santé -Sécurité Sociale qui s'appelle «Osakidetza ». Et donc lorsqu'on parle de responsabilité sanitaire, par exemple, dans mon pays, cela relève de l'Administration Basque.

*La procédure

Je vous disais que notre système procédural est très différent du vôtre et cela se voit surtout, j'anticipe un peu - dans les principes de l'expertise, parce que si chez vous , vous avez les Magistrats qui ont tous les pouvoirs d'agir d'office; chez nous par contre c'est le dispositif poussé à l'extrême qui prévaut, au point que...sauf dans le cas de l'article 429 de notre Code de Procédure Civile, il permet , je dis bien « permet» au Magistrat de «suggérer» aux parties, de leur dire : «Je crois que les moyens que vous utilisez ne sont pas en rapport avec vos prétentions ou bien avec les questions que vous me posez. Donc je vous conseille de m'apporter telle preuve ou telle autre...»

Le magistrat ne peut , en revanche, accorder aucune expertise d'office, exception faite , comme chez vous , dans des

cas d'incapacité, de tutelle , de curatelle, ou de problèmes qui intéressent les mineurs, mais c'est la seule exception, et pour le reste , c'est le dispositif poussé à l'extrême qui est suivi.

*Pas de référé

Une autre différence, c'est que nous n'avons pas chez nous, et je m'en plains - une procédure de référé - et je dis que je m'en plains parce que cela éliminerait beaucoup de problèmes ultérieurs. Donc, l'expertise se déroule toujours dans le cadre de la procédure au fond, sauf motif d'anticipation très exceptionnel qui ne mérite pas la peine d'expliquer plus avant.

*Pas d'expertise judiciaire d'office

Chez nous, ce sont les parties qui se procurent des expertises médicales privées et qui les présentent au procès : le demandeur à l'aide de son avocat au moment de l'assignation, le défendeur au moment de ses premières conclusions de réponse ou de défense. Et si on ne produit pas l'expertise à ce moment-là- et sauf certaines exceptions qui ne méritent pas non plus d'être expliquées - on risque la forclusion de la possibilité d'avoir une expertise... Et comme on est dans le principe dispositif, on peut perdre tout un procès par manque d'une bonne expertise de soutien.

*La demande expresse d'une expertise judiciaire

Il y a quand même une possibilité d'expertise judiciaire mais il faut la demander expressément. Cela nécessite que l'une des parties, ou les deux, la demandent au juge au début de la procédure, pour renforcer les conclusions de leur expertise de partie, pour se procurer au moins une expertise judiciaire en soutien de leur réclamation.

Et tout cela va avoir comme conséquences l'absence chez nous de tous ces problèmes qui vous tracassent dans votre système et qui vous préoccupent aujourd'hui: les problèmes d la rédaction de la mission, les problèmes de la relation des experts avec les avocats, ou aussi les problèmes du contradictoire qui ont été débattus ce matin.

*L'absence du contradictoire et la mission d'expertise

Pour établir le lien de causalité entre l'accident et les dommages corporels que présente la victime, chez nous, il n'y a pas de droit au contradictoire, ni d'obligation ou charges de contradiction dans l'expertise, comme chez vous. Ainsi, mes postes de préjudices sont-ils tels et tels... » Dans ce cas de figure, l'avocat et l'expert rédigent ensemble la mission que l'expert développera plus tard.

*Le choix de l'expert

Il arrive aussi dans le cas d'une expertise judiciaire (qui est demandée au juge bien sûr) que celui-ci choisisse l'expert sur des tableaux ou sur une liste officielle ou à l'aide des Associations scientifiques médicales. Mais dans tous les cas, le contenu de la mission est toujours proposé par l'avocat de la partie qui demande l'expertise judiciaire. Une fois seulement, j'ai vu un juge dire à l'avocat : « C'est trop, on n'a pas besoin d'autant de questions, éliminez telle et telle... »Toutefois, c'est tout ce que peut faire le juge dans l'expertise judiciaire car il n'a pas un droit d'initiative d'office et il ne propose pas de questions à éclairer par l'expert.

*L'Expert en dommage corporel

En Espagne , dans les procès de dommage corporel on trouve plusieurs experts. Cependant, il y a une famille spéciale d'experts que sont les techniciens analystes d'accidents de la voie publique.

Pourquoi ? Parce que chez nous, on dénonce tout au procès, même les procès-verbaux des enquêtes policières, aussi y a-t-il des techniciens qui sont des ingénieurs ou d'autres qui ont des compétences en matière de circulation routière qui font ce genre d'analyse au service des parties.

Et pour les questions de responsabilité ou celles des dommages corporels, il y a des médecins spécialistes dans les diverses pathologies ou en évaluation des dommages corporels qui sont, soit choisis par le juge sur une liste officielle, soit désigné par les Associations scientifiques médicales.

Au pénal, bien sûr, nous avons les médecins légistes («forense»).

*Le rapport de l'expert et la conclusion du juge

Une fois que la partie, les parties ou leurs avocats ont choisi la mission assignée à l'expert, que celui-ci a rédigé son rapport, s'il y a concurrence entre les rapports des différents experts privés, se pose alors pour le juge un problème d'évaluation: comment choisir entre les diverses conclusions qui peuvent être parfois contradictoires ? Certes, il existe des critères tels que: l'autorité scientifique de chaque expert, les relations que les experts ont peut-être maintenu préalablement avec les parties, même s'ils sont présumés objectifs, etc...Ces divers éléments permettent au juge d'arriver à des conclusions...Sauf s'il s'agit des rapports des experts « publics» comme c'est le cas des médecins légistes au Pénal, lesquels bénéficient, comme chez vous , d'une présomption d'objectivité. Ou bien dans le cas de responsabilité

administrative, les rapports des inspecteurs médicaux qui sont aussi des fonctionnaires.

Pour le reste des situations, dans le cas de concurrence d'experts privés, il n'y a pas de priorité, il n'y pas un critère qui domine, et c'est le juge qui doit trancher, quelques fois avec difficulté.

*La faute et l'aléa

J'ai noté ce matin que vous faisiez la distinction entre la faute et l'aléa en matière de responsabilité médicale. Or, chez nous, tout ce que vous appelez «aléa» est compris dans la responsabilité du médecin. Ainsi peut-il arriver qu'il n'y ait pas eu de faute, mais on retiendra quand même la responsabilité du praticien. Par exemple, le manque de consentement éclairé ou le manque d'opportunité pour *s'être trompé,* même légèrement dans le diagnostic, cela relève chez nous de la responsabilité du médecin ...et le médecin sera condamné.

*Le Barème

Pour finir, chez nous, depuis 1995, on a un barème obligatoire dont la légalité a été contestée devant le Tribunal Constitutionnel espagnol qui l'avait validé en 2000. Il spécifie les postes des dommages et leur montant d'indemnisation en matière d'accident de la circulation avec une «autorité générale» et une application fréquente par les Tribunaux aux autres cas de dommages corporels.

Ce barème est intéressant parce qu'il n'est pas en théorie, obligatoire, en matière de dommages corporels en dehors du trafic routier ? Malgré tout, si la victime d'un autre fait accidentel ou de violence demande que le barème lui soit appliqué pour un dommage concret, le barème doit être appliqué

dans toute sa portée. On ne peut pas demander l'application du barème pour un poste de préjudice et rejeter ce barème pour les autres postes.

*19 postes de préjudices et 146 articles

Le système du barème espagnol est maintenant à peu près le même que celui que vous envisagez. Mais je dois vous dire que l'on va trouver dix-neuf postes de préjudices et cent quarante-six articles dans le nouveau barème qui va entrer en vigueur chez nous le 1er Janvier 2016.

*La vie commune

Pour finir, une anecdote, ainsi dans le cas de compensation du décès d'une victime à sa famille directe (
le conjoint survivant par exemple) pour qui il est retenu un somme de 50 000 € Dans le nouveau barème, ce montant fait preuve à mon avis de mesquinerie avec le conjoint survivant car si celui-ci était en séparation de fait, bien qu'il n'avait pas encore demandé le divorce voire la séparation officielle, ce conjoint sera écarté de la compensation.

En revanche, en cas de concurrence de plusieurs conjoints ou de plusieurs «pacsés», quand leur légalité personnelle le permet (ex. : victime polygame originaire d'un pays de droit coranique), l'indemnité de décès sera attribuée par le nouveau barème à tous les conjoints, au prorata des années de vie commune. Donc pas de droit de compensation dans le nouveau barème espagnol au simple «séparé de fait» et tous les droits de compensation aux divers conjoints « polygames» de la victime.

La mission médicale en Allemagne et en Angleterre.

M.tre Charles-Henri CARON – Avocat – barreau de Paris.

Je tiens en premier lieu à remercier le Docteur Monestier Carlus et le Docteur Ménès pour leur invitation à ce colloque sur l'expertise médicale.

Comme le Docteur Ménès l'a indiqué, je vais traiter de la mission d'expertise médicale en Allemagne et en Angleterre.

Je suis avocat dans le département contentieux du bureau de Paris du cabinet Hogan Lovells et ma pratique concerne principalement les dossiers de responsabilité du fait des produits de santé. A ce titre, l'expertise médicale représente naturellement une partie importante de mon travail. Le cabinet dans lequel je travaille compte environ cinquante bureaux dans le monde, et nous sommes très présents en Europe, notamment en Allemagne et au Royaume-Uni. Je travaille pour ma part au quotidien avec nos bureaux étrangers, particulièrement les bureaux de Londres et de Munich.

Il ressort de mon expérience au sein de l'équipe européenne *Produits de Santé* de notre cabinet que les procédures d'expertise allemandes sont relativement proches des nôtres, du moins elles tendent aux mêmes fins. C'est aussi le cas des Pays-Bas ou de l'Italie ; on voit donc se dessiner certaines tendances de l'expertise médicale en Europe continentale. Sans grande surprise, les règles procédurales anglaises étant très différentes, les procédures d'expertise –

si on peut les désigner ainsi – le sont tout autant. Le statut et le rôle de l'expert, notamment, sont très différents.

1. L'expertise médicale en Allemagne

Je commencerai par parler de l'Allemagne, puisque c'est un pays plus proche de nous en termes de tradition juridique. Comme j'aurai l'occasion d'y revenir, le mécanisme des procédures expertales allemandes est, dans ses grandes lignes, assez proche du système français. Le déroulé est toutefois quelque peu différent.

Mesures d'instruction. Tout comme le droit procédural français, le droit procédural allemand prévoit l'organisation de mesures d'expertise (i) à la demande d'une partie avant tout procès, dans le cadre d'une procédure dite "*procédure autonome de preuve*" (Art. 485 du Code de Procédure Civile allemand - ZPO), ce qui équivaut à notre procédure de "référé 145" ou (ii) dans le cadre d'une instance pendante au fond.

Ainsi, dans le cadre de procédures civiles ou administratives, le juge allemand peut comme en France ordonner une expertise judiciaire afin que soit évaluée la situation médicale des patients, c'est-à-dire les atteintes physiques subies, leur gravité et leur étendue. Le Code de Procédure Civile allemand laisse au juge le soin de déterminer s'il est lui-même compétent ou s'il estime avoir besoin de l'opinion d'un expert. C'est naturellement souvent le cas en matière de dommage corporel.

Désignation de l'expert. L'expert est désigné par le juge. Les experts sont en règle générale choisis dans des registres d'experts à disposition des tribunaux et leur accréditation repose sur des conditions de compétence et d'indépendance. Pour les experts dans des domaines techniques, l'accréditation se fait auprès des chambres de commerce ou d'industrie. En revanche, il n'existe pas de liste d'experts pour les médecins, les ordres professionnels s'y refusant.

Les parties peuvent s'entendre sur une ou plusieurs personnes qui pourraient être désignées en qualité d'experts, auquel cas le Tribunal est lié par cet accord. Il s'agit là d'une première différence avec la France, où il arrive que les parties suggèrent des experts sans avoir l'assurance que ceux-ci seront effectivement désignés par le juge.

Rédaction de la mission d'expertise. Comme en France, la mission de l'expert est déterminée par le juge. On retrouve en Allemagne la même problématique que celle se posant aux juridictions françaises : la rédaction d'une mission d'expertise satisfaisante au regard des faits soumis au juge nécessite que le juge ait déjà une bonne connaissance ou compréhension de l'affaire et de ses enjeux, alors que la désignation d'un expert résulte du fait que le juge estime ne pas être en mesure de se prononcer sans un avis technique ou médical sur les faits qui lui sont soumis. Le droit procédural allemand (Article 404a, al. 2 du ZPO) prévoit à cet égard que le Tribunal peut entendre l'expert avant de rédiger sa mission. Le Tribunal délimite ensuite le champ de

la mission de l'expert : quelles recherches devront être effectuées ? quels éléments du dossier seront accessibles à l'expert ? ...

Quelques différences quant à la rédaction de la mission. Les institutions ou juges français disposent parfois de missions d'expertise type. Je pense notamment à la mission d'expertise médicale des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation ou – même si c'est un peu différent – aux missions d'expertise des Tribunaux qui souvent se ressemblent, notamment en ce qu'elles font référence à la nomenclature Dintilhac. Par ailleurs, les missions d'expertise médicale françaises sont souvent rédigées de manière large, au sens où il s'agit de questions ouvertes ou de demandes d'avis, qui laissent à l'expert une certaine marge de manœuvre (formules du type "*solliciter la communication des pièces que l'expert estimera utile à sa mission*", "*possibilité d'entendre des sachants*").

A l'inverse, la mission d'expertise médicale en Allemagne est beaucoup plus encadrée. Elle est souvent rédigée sous forme de questions fermées très précises, au regard notamment des allégations des patients ou parties en demande. Les questions seront davantage rédigées de la manière suivante : "*en ce qui concerne l'affirmation du demandeur selon laquelle* [description d'un événement]*, les gestes médicaux réalisés ont-ils conduit à telle ou telle* [conséquence précise alléguée] ?". Au final, un expert allemand pourra prendre moins de libertés dans sa réponse aux questions qu'un expert français. Cela tient à une

conception particulièrement stricte en matière de preuve en droit allemand et aux règles de procédures allemandes qui imposent aux parties de soulever très tôt tous leurs arguments à peine d'irrecevabilité par la suite. L'expertise judiciaire doit permettre au juge qui a commis l'expert de déterminer si le patient rapporte effectivement la preuve, par le biais de l'expertise, des faits qu'il allègue. En fonction du nombre d'allégations de la partie en demande, la mission d'expertise sera donc particulièrement détaillée et précise.

Appréciation des faits par l'expert allemand. En matière médicale, l'expert allemand a pour mission principale d'examiner les "*faits du diagnostic*" et les conséquences de l'accident. L'expert peut demander – et le Tribunal doit les fournir – ce qu'on appelle les "*faits attachés*", qui ne sont pas à proprement parler des "*faits du diagnostic*" mais des éléments factuels que l'expert estime nécessaires pour remplir sa mission. Il s'agit, par exemple, des éléments relatifs à la situation antérieure du demandeur, afin de pouvoir évaluer les conséquences de l'accident médical ou de l'atteinte corporelle. En pratique, l'expert a généralement accès à l'intégralité du dossier, mais c'est au juge qu'il revient de déterminer les éléments mis à disposition de l'expert.

Différence dans le déroulement de la mission. Si les rapports d'expertise seront structurés de la même manière en France et en Allemagne (rappel des faits, opinion de l'expert, réponses aux questions), la méthode de travail des experts judiciaires est sensiblement différente de part et

d'autre du Rhin pour ce qui est de l'organisation et du déroulé de la mission d'expertise.

En France, certaines caractéristiques des expertises judiciaires tiennent au fait que l'expert jouit d'une grande liberté dans le déroulement des mesures expertales, à moins que le juge en charge du contrôle des expertises ne soit saisi d'une difficulté. Une autre caractéristique majeure tient au principe du contradictoire et au rôle joué par les parties, qui, par principe, assistent aux réunions d'expertise, peuvent poser des questions à l'expert et commenter son pré-rapport.

En Allemagne, l'organisation des mesures expertales relève davantage du juge qui a ordonné l'expertise, dans la mesure où ce dernier n'est pas dessaisi, contrairement au juge des référés français ayant rendu l'ordonnance. Le droit procédural allemand prévoit que le juge détermine dans quelle mesure l'expert peut contacter les parties ou les autoriser à participer à ses investigations. Les échanges des parties avec les experts peuvent donc être limités, celles-ci n'ayant en principe pas la possibilité de discuter avec l'expert, de lui poser des questions ou de lui faire part de leurs observations jusqu'au dépôt du rapport. Bien entendu, cette règle générale connaît un infléchissement en matière de préjudice corporel.

Utilisation du rapport d'expertise. En ce qui concerne la valeur procédurale du rapport d'expertise, la situation est la même qu'en France : le rapport d'expertise n'est qu'une

opinion sur laquelle le juge se fonde pour rendre sa décision. En pratique, comme en France, le juge suit dans la plupart des cas les conclusions du rapport d'expertise.

L'évaluation du dommage corporel en tant que telle relève davantage du juge que de l'expert. Pour ce faire, le juge allemand ne dispose pas de documents de référence aussi précis que la nomenclature Dintilhac ou de barèmes officiels. Il existe néanmoins quelques grilles d'orientation pour l'évaluation du pretium doloris. L'approche demeure donc propre à chaque dossier.

Ainsi, bien que l'expertise judiciaire allemande soit, par les fins auxquelles elle tend, très proche de notre système, je souhaitais mentionner ces quelques éléments. Les différences évoquées tiennent principalement au contrôle renforcé du juge allemand pour l'organisation et le déroulement des mesures d'expertise tandis que le système français, de manière générale, accorde une grande liberté à l'expert. Comme nous le verrons maintenant, l'expertise médicale en Angleterre est radicalement différente de l'expertise judiciaire française. Ceci résulte des différences tenant au déroulé du procès civil anglais.

2. Expertise médicale au Royaume Uni

L'expert médical au Royaume-Uni n'a pas de statut spécifique comme en France ou en Allemagne. L'expertise médicale est donc soumise aux règles applicables à l'expertise en général. A cet égard, le juge et les parties peuvent s'appuyer sur les règles de procédure civile ainsi

que sur les lignes directrices et les protocoles qui les accompagnent.

Désignation de l'expert

En règle générale, les experts ne sont pas désignés par le Tribunal, mais désignés et rémunérés par chacune des parties. Ils ont le statut de témoin dans la procédure ("*expert witness*") ; leur statut n'a donc rien à voir avec celui de l'expert judiciaire français ou allemand. Une précision : un médecin peut aussi être entendu en qualité de "*witness*" (témoin simple) sur les faits d'un dossier. Il peut par exemple s'agir d'un médecin traitant ou d'un praticien hospitalier expliquant la situation médicale d'un patient et les décisions prises.

L'expert dont je vais parler correspond à un témoin expert dans la procédure, duquel est attendue une opinion. Il est mandaté par une partie et a donc un lien contractuel envers cette partie. Ce système engendre des inconvénients, notamment un risque de partialité de l'expert et des coûts élevés subis par les parties. Des aménagements aux règles de procédure civile (*Civil Procedure Rules*) ont pour objet de remédier à ces inconvénients.

Les modalités de désignation de l'expert diffèrent selon qu'il est désigné par chaque partie, comme cela est le plus souvent le cas, ou désigné conjointement par elles ou par le Tribunal.

Désignation par chaque partie de son expert. Dès lors qu'une partie souhaite produire le témoignage oral d'un expert ou un rapport d'expertise, ce qui est évidemment fréquent, elle doit solliciter l'approbation du juge (CPR 35.4 – *"aucune partie ne peut faire appel à un expert ou produire un rapport d'expertise sans autorisation du tribunal"*). La demande d'autorisation doit contenir l'indication du domaine dans lequel une expertise est nécessaire ainsi que le nom de l'expert proposé.

Le texte explicatif des règles de procédure civile précise que le document par lequel un expert est désigné doit contenir les éléments suivants : la qualité dans laquelle l'expert est nommé (s'il est nommé par une partie ou par plusieurs conjointement), le travail qui lui est demandé (par exemple la rédaction d'un rapport, la réponse à des questions écrites, la participation à des réunions ou à des audiences judiciaires), une date de dépôt du rapport et enfin des indications quant à la rémunération prévue, les frais d'annulation, les frais engagés par l'expert pour assister aux audiences, le délai de paiement et le paiement potentiel des frais par un tiers.

Cas de l'expert désigné d'un commun accord par les parties ("*single joint expert*" - CPR 35.7 et 35.8). Les règles de procédure civile anglaises encouragent le recours aux experts désignés d'un commun accord par les parties, surtout lorsque les sujets à soumettre à expertise sont peu susceptibles de faire l'objet d'un contentieux entre elles. Le recours à un expert désigné d'un commun accord est

d'ailleurs la norme dans les affaires dont la résolution semble relativement simple et dont l'enjeu financier est peu élevé ("*small claims track*") et dans certaines affaires pouvant être jugées très rapidement ("*fast track*").

D'après le texte explicatif des règles de procédure civile, le Tribunal peut ordonner le recours à un expert commun au regard notamment des facteurs suivants : les montants en jeu et la complexité des points litigieux, la rapidité et l'efficacité qui peut résulter en l'espèce du recours à un expert commun, ou encore l'existence d'un relatif consensus des parties sur un point précis.

Si les parties ne peuvent se mettre d'accord sur un expert en particulier, le tribunal peut en désigner un à partir d'une liste préparée par les parties ou ordonner qu'un expert soit désigné selon toute autre modalité précisée par le Tribunal (CPR 35.7). En tout état de cause, le document par lequel l'expert est désigné doit contenir la mention selon laquelle les parties sont responsables solidairement du paiement des frais d'expertise.

Les instructions des parties, source de la mission de l'expert. Une partie qui désigne un expert est tenue de lui indiquer sa mission par le biais d'instructions précises. Aucune mission n'est donc donnée à l'expert par le Tribunal comme en Allemagne ou en France.

Là encore, il convient de faire une distinction selon le cas où l'expert est désigné conjointement par les parties et celui où chaque partie désigne son expert.

- Désignation par chaque partie de son expert

Les instructions données par les parties doivent notamment contenir des informations générales (telles que les nom, adresse, numéro de téléphone et date de naissance des personnes concernées), la nature et l'étendue de la mission d'expertise, la raison du recours à l'expertise et une description de l'affaire contenant les principaux points en litige ainsi que l'identité de toutes les parties. Doivent également être produits les conclusions et documents officiels ("*statements of case*") utilisés au cours de la procédure, les déclarations de témoins pertinentes, un calendrier des dates d'audience et un programme détaillant les tâches à effectuer par l'expert.

Une fois ces instructions données par la partie à "son" expert, celui-ci doit indiquer sans délai s'il les accepte ou les refuse. Un refus peut être par exemple dû au fait que ce qui lui est demandé est hors de son domaine d'expertise, que le travail n'est pas réalisable dans le délai imparti, que les instructions ne sont pas suffisamment claires ou qu'il existe pour l'expert un conflit d'intérêts.

- Cas de l'expert désigné d'un commun accord par les parties

Lorsque le juge ordonne qu'un expert soit désigné d'un commun accord par les parties, il est préférable que celles-ci s'accordent sur les instructions et les documents à lui fournir. Si les parties ne parviennent pas à se mettre d'accord, chacune est habilitée à donner des instructions à

l'expert. Chaque partie a alors l'obligation d'en envoyer une copie à l'ensemble des autres parties concernées.

Rôle du Tribunal dans le déroulement de l'expertise. Bien que les experts soient le plus souvent désignés par chacune des parties et que les termes de leur mission proviennent de celles-ci, le juge joue un rôle important dans l'expertise (CPR 35.14). Par exemple, un expert peut demander au Tribunal de lui fournir des indications afin de pouvoir mener à bien sa mission. Une telle requête doit en général être précédée d'une discussion avec la partie qui a désigné l'expert et lui a donné des instructions. Le Tribunal peut également intervenir sur demande de l'expert lorsque ce dernier constate que la ou les parties qui lui ont indiqué les termes de sa mission ne lui ont pas donné assez d'informations. L'expert doit dans un premier temps s'entretenir avec la ou les parties concernées puis il peut saisir le juge qui aura le pouvoir d'enjoindre une partie de fournir les informations.

Devoirs de l'expert tout au long de la procédure (CPR 35.3). Les devoirs de l'expert s'exercent dans une double mesure. D'une part, un expert doit se conformer aux règles professionnelles qui lui sont applicables et effectuer sa tâche avec compétence et diligence ("*reasonable skill and care*") à l'égard de la partie qui l'a désigné. S'il a été désigné par plusieurs parties, l'obligation s'exerce de façon égale vis-à-vis de toutes les parties. Par exemple, l'expert ne peut assister à une réunion à laquelle une seule partie assiste, sauf accord des parties ou du Tribunal, et doit informer

toutes les parties des développements importants intervenant dans le cadre de sa mission.

Mais une autre exigence prime sur les obligations de l'expert envers les parties. Il s'agit de la nécessité primordiale de collaborer avec le Tribunal et d'agir le plus justement possible dans l'intérêt de la justice ("*the overriding duty to the court*", CPR 35.3). L'article 35.3 des règles de procédure civile dispose ainsi qu'il est du devoir des experts d'aider le Tribunal sur les sujets qui relèvent de leur expertise et que ce devoir est supérieur aux obligations de l'expert à l'égard de la partie de laquelle il reçoit ses instructions ou sa rémunération. Ainsi, bien que l'expert travaille pour une partie, il n'est pas exempt de devoirs vis-à-vis du Tribunal. En théorie, cela signifie que les experts doivent donner une opinion objective malgré les pressions inhérentes au contentieux. D'après le texte explicatif des règles de procédure civile, l'expert peut être considéré comme indépendant dès lors que son opinion aurait été la même s'il avait été retenu par la partie adverse.

Rémunération de l'expert. Les devoirs envers le Tribunal et l'exigence d'indépendance imposent également que l'expert ne soit pas rémunéré en fonction de l'issue du procès. En outre, à la fin du procès, le juge peut poser une limite au montant qui peut être réclamé par une partie à une autre au titre du remboursement des frais d'expertise.

Le rapport d'expertise (CPR 35.10, 35.5, 35.6, 35.13). Dans son rapport, l'expert doit s'efforcer de distinguer d'une part

les faits servant de base à l'écriture du rapport et d'autre part les opinions qu'il exprime. S'agissant des faits, l'expert doit rappeler les faits importants et nécessaires à l'expertise et déclarer quels sont les faits issus de ses connaissances personnelles. Quant au raisonnement suivi par l'expert, le rapport doit contenir le détail de la littérature sur laquelle il s'est fondé, la méthodologie utilisée, l'indication des noms des personnes ayant procédé aux examens scientifiques ou techniques et en préciser les conditions. Enfin, lorsque l'expert se fonde sur des sources extérieures, il doit présenter les différentes opinions et, le cas échéant, justifier en quoi la sienne diffère.

L'expert doit certifier dans son rapport qu'il a identifié et pris en considération tous les faits à portée de ses connaissances personnelles. Il doit également certifier que toutes ses constatations sont exactes et aussi que ses conclusions correspondent à son opinion réelle et complète (Practice Direction n° 35).

Lorsque le rapport d'expertise a été déposé, les parties disposent de 28 jours pour interroger l'expert par écrit aux fins de clarification du rapport. L'expert est tenu de répondre aux questions et les réponses données font ensuite partie intégrante du rapport. En cas de refus de l'expert de répondre, le Tribunal peut prononcer des sanctions financières contre la partie lui ayant donné des instructions ou prononcer l'impossibilité pour elle de se prévaloir du rapport.

L'expert est en principe tenu d'assister aux audiences prévues. C'est pourquoi les parties ayant fait appel à un expert doivent s'assurer qu'il sera en mesure d'y assister et lui donner toutes les informations nécessaires à ce titre. Les témoins experts peuvent être entendus lors des audiences ; ils peuvent subir une *cross-examination* de la part de la partie adverse

Rôle des Avocats. Du fait de la particularité de ces procédures, le rôle de l'avocat est primordial dans le travail avec l'expert. C'est en effet l'avocat qui doit remettre au Tribunal un dossier comprenant l'inventaire des préjudices subis, les indemnités demandées, les modes de calculs afférents et les rapports d'expertise qui contribuent à justifier ces éléments. En ce qui concerne ces "batailles d'experts", il appartient naturellement à chaque partie de critiquer les conclusions du rapport d'expertise adverse et au juge de trancher au vu de ces deux rapports.

Dommage corporel. Le droit anglais reconnait certains postes de préjudice de manière plus restrictive que le droit français. Les préjudices économiques se subdivisent en trois groupe (*loss of income*, *medical expenses* et *funeral expenses*). Les préjudices non économiques sont globalisés sous l'appellation "*pain and suffering and loss of amenity*". L'expert joue naturellement un rôle pour aider la partie et ses Conseils à justifier de la réalité de ces préjudices et de leur appréciation. Une spécificité du droit anglais mérite d'être soulignée : l'aggravation n'est pas reconnue. Il est donc crucial que les expertises de nature médicale décrivent

les souffrances endurées (physiques et psychiques) mais également la possibilité d'aggravation de la situation médicale des patients. Il est ainsi souvent demandé aux experts de mentionner les risques d'une aggravation (en pourcentage de probabilité) et de donner leur avis sur le délai dans lequel de telles manifestations pourraient survenir. Il appartient alors aux Conseils du patient ayant subi une atteinte corporelle de décrire le parcours futur possible ou probable du patient. L'avis des médecins-conseils est bien entendu de première importance en la matière.

L'expertise médicale se présente donc sans surprise différemment en Allemagne et en Angleterre. Sans surprise encore, l'expertise médicale judiciaire allemande reste globalement proche de la nôtre, comme c'est d'ailleurs le cas pour d'autres pays d'Europe continentale. Une particularité française tient au caractère détaillé des postes de préjudices résultant de la nomenclature Dintilhac, nomenclature maintenant communément reprise par les juridictions civiles, et qui guide souvent la rédaction des missions d'expertise. Nos voisins anglais ou allemands ne disposent pas à ce jour d'un tel outil. La rédaction des missions d'expertise résultera donc principalement, pour le juge allemand ou pour les parties au procès civil anglais, d'une approche individuelle propre à chaque dossier, de nature à davantage encadrer et délimiter la mission de

l'expert au regard des faits et allégations spécifiques des parties.

La mission consensuelle-Une mission européenne

Mtre A.CARA –Avocate– Barreau de Toulouse

Madame la Présidente, je vous remercie de m'avoir confié ce sujet qui m'a dérouté au premier abord et qui m'a ensuite, je dois le dire, passionnée, donc je vous en remercie infiniment.

En premier lieu, pour arriver à ma conclusion, il faut quand même que j'introduise ce sujet, et que je rappelle quand même le cadre juridique dans lequel nous vivons et les raisons pour lesquelles s'est mise en place cette procédure d'
harmonisation des expertises dans notre espace européen.

Tout d'abord, la convention européenne des droits de l'homme s'applique à tous les états membres, donc à la France, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Italie etc. Cette convention européenne des droits de l'homme a fixé des grands principes comme la libre circulation des personnes et, notamment, en ce qui nous concerne, l'article 6 qui vise le droit au procès équitable pour tout ressortissant de notre espace européen. «Droit à un procès équitable» cela veut dire que tout le monde a droit aux mêmes bénéfices, aux mêmes procédures de sécurité. On va parler du contradictoire etc. Que ce soit en Allemagne, en Italie, en Belgique ou en France, on a les mêmes droits au procès équitable. Procès équitable, cela veut dire, bien-sûr: respect des droits de la défense, mais également un délai raisonnable dans le cadre de la gestion de son procès, et nous allons voir que, dans la mission que va donner le juge, dans cette mission européenne, nous allons revoir ce problème de délai raisonnable. Nous avons donc cet article 6: le droit au procès équitable, et nous avons

l'article 14 de cette convention européenne des droits de l'homme, qui fixe le principe de non-discrimination et, en ce qui nous concerne, par rapport à l'origine nationale; cela veut dire que le bavarois qui va être expertisé à Bayonne va devoir être expertisé dans les mêmes conditions avec les mêmes droits et sans discrimination parce qu'il est d'un pays étranger, d'une ville étrangère, d'une région étrangère. Donc voilà, la convention européenne des droits de l'homme avec ses grands principes.

En même temps, nous avons le Traité de Lisbonne qui a intégré la notion d'espace de justice de liberté et de sécurité.

Dans ce traité de Lisbonne, on retrouve un principe que nous connaissons en droit français, qui est le principe *«Non bis ibidem»* qui veut dire que nous ne pouvons pas être jugés deux fois pour les mêmes faits, et cela va être très importants lorsque le juge va ordonner une mission d'expertise européenne, parce que ce principe, reconnu par le traité de Lisbonne, va prendre toute sa valeur et va être également une sécurité juridique pour le patient, pour la personne qui va être expertisée. Nous sommes dans un espace juridique européen qui renforce les droits des citoyens et qui prévoit déjà par ce traité de Lisbonne, des mesures d'harmonisation. Il y a l'Institut européen de l'expertise et de l'expert qui a mis en place cette réflexion sur un système d'expertises harmonisées.

Pourquoi? Parce que nous avons, dans notre espace européen, des systèmes de responsabilité d'indemnisation très variés. Par exemple, le statut de l'expert est très varié. En Angleterre – mon confrère vous a expliqué que c'est un témoin qui est proposé par

chaque partie – En Angleterre, une expertise, un procès, visent à la recherche d'une solution, alors qu'en France, par exemple, nous essayons de chercher une certaine vérité. On voit que ce 'est pas tout à fait la même mentalité et la même finalité. Nous avons des systèmes d'indemnisations très différents. En Suède, le système d'indemnisation est déconnecté de la faute. Ce pays ne connait que la responsabilité pour risques. En France, on vous a expliqué ce matin et vous le savez d'ailleurs depuis longtemps, nous avons le système de la responsabilité pour faute, la présomption de responsabilité, et l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. En

Italie, par exemple, on ne connait pas le recours des tiers payeurs. Concernant le délai de prescription des droits, en France, nous avons une prescription décennale à compter de la consolidation. En Espagne, sous le contrôle de mon confrère, c'est cinq ans à compter des faits. Aux Pays Bas également cinq ans à compter des faits. Au Danemark, par exemple, il n'y a pas d'indemnisation si l'indemnisation du préjudice est inférieure à 1500,00€ (Mille cinq cent). Ainsi, la situation à laquelle nous sommes confrontés, est donc très hétérogène et il y a eu une recherche de consensus pour assurer la sécurité juridique et l'égalité de traitement des justiciables.

Comme vous l'avez fort justement soulevé tout à l'heure, on a commencé par le moins compliqué, c'est-à-dire le plus consensuel: on commence par le simple pour aller vers le plus compliqué et donc on a commencé par les contours de l'expertise. Effectivement, le guide des bonnes pratiques issu de

cette réunion à Rome au mois de Mai 2015 a fixé beaucoup de points, a envisagé beaucoup de pistes, mais on est sur le contour, c'est à dire le statut des experts, la liste des experts, un code de déontologie européenne, et comme vous le voyez, on n'arrive pas encore à ce qui est le cœur, et qui est mon sujet: la mission de l'expert! Alors, malgré tout, avec ces travaux qui s'étendent sur de nombreuses années – puisque déjà, en 2012,il y avait déjà eu des travaux à Bruxelles-la convention de Rome de cette année a avancée et donc, même si aujourd'hui je ne peux pas vous proposer, je ne peux pas vous montrer à l'écran, une mission type ou du moins une mission harmonisée, que le juge confiera à l'expert européen, il y a des grands principes concernant cette mission, et l'expertise, qui se sont dégagés, et dont le juge va être maitre.

Tout d'abord et, Monsieur le Président, vous l'avez fort justement indiqué ce matin, comme en droit français, le recours à l'expertise sera subsidiaire, c'est-à-dire que le juge n'ordonnera l'expertise que s'il n'a pas d'autres éléments qui
permettent de régler le litige. Donc ce principe de subsidiarité est dégagé. Deuxièmement, on sait que le juge missionnera l'expert qui, normalement, sera sur une liste et il contrôlera le
déroulement de l'expertise. C'est très important, parce qu'il va y avoir, du moins il est prévu, qu'il y ait une grande interaction entre le l'expert, le juge et les parties. Le juge va pouvoir, «à tout moment» intervenir pour modifier la mission- ce que nous, ne connaissons pas- pour modifier, pour raccourcir, pour rajouter pendant le déroulé de cette mission; puisque en France, nous

devons faire des actes successifs lorsqu'il y a des éléments nouveaux. On a l'impression que les Juge va pouvoir agir de manière plus facile pour essayer d'alléger ce recours à l'expertise. Alors, bien sûr, je vous ai parlé de la convention européenne des droits de l'homme, il va y avoir un strict respect des droits fondamentaux: Le principe du contradictoire, dont on a déjà beaucoup parlé avec la communication de pièces entre les parties, et notamment l'existence d'un pré-rapport. Cela fait partie du principe du contradictoire! Parce que le pré-rapport va permettre de fixer l'évolution intellectuelle ou du moins la réflexion de l'expert et que toutes les parties vont pouvoir participer à cette réflexion.

Donc, on est bien dans le respect du contradictoire. Bien sûr il y aura le respect du Droit de la défense que l'article 6 nous rappelle. Le juge sera garant de ces respects des droits fondamentaux. Alors, contrairement à ce que nous connaissons en droit administratif, et Madame la Présidente tout à l'heure le disait, en droit administratif français l'expert peut concilier; dans la future mission...l'expert ne pourra pas concilier les parties, il est vraiment un appui technique du juge, il n'est là que pour l'éclairer, que pour lui donner des éléments lui permettant de régler le litige. Alors, Madame la Présidente, effectivement votre soucis est pris en compte, si je peux dire par anticipation, puisqu'il est quand même prévu, parce que c'est un vrai souci pour vous experts et pour nous avocats. Il y aura un libellé précis de la mission qui, normalement devrait être au plus près de ce qui est nécessaire pour trancher le litige. Alors vous voyez, même

si on part avec des intentions extraordinaires, on est sur une espèce de pragmatisme, c'est-à-dire que le juge va poser des questions, même s'il n'y en a que trois ou quatre, des questions ciblées, celles qui lui permettront de trancher le litige. Il y aura une interaction des parties puisque les parties pourront ajouter une question à la mission. Et alors, en même temps, le Juge, qui doit veiller au respect des droits des parties, vérifiera également en même temps le coût de l'expertise, c'est-à-dire qu'on va mettre en exergue le principe de proportionnalité entre la mission qui est demandée, le coût de cette mission, et ce que nous, nous appelons l'intérêt du litige, et c'est vrai que vous et moi, nous avons vu des expertises incroyablement compliqués, incroyablement longues et malgré tout très couteuses pour parfois des litiges qui étaient assez simples. D'ailleurs le projet envisage cela puisque le juge, pour des petits litiges- alors restera encore à savoir ce qu'on définira comme «petits litiges» - ne pourra poser qu'une ou deux questions et donc vous voyez qu'on est très pragmatique, et on essaye d'aller vite, le moins cher possible, et d'être efficace! Alors, voilà, mon sujet est passionnant, il est intéressant, malheureusement je ne peux rien vous dire de concret sur a mission puisqu'elle n'est pas encore élaborée. Nous avons ces grands principes, qui devraient s'appliquer au cas par cas, et compte tenu de la situation, il semblerait que d'ici 4-5ans, 5-6 ans, nous pensons que l'institut ait avancé, alors, Madame la Présidente, si vous le permettez, je vous propose, si vous en êtes d'accord, et si tout le monde est

d'accord, qu'on se retrouve ici, dans 5-6 ans au même endroit et à la même heure.

Conclusions de la table ronde.

Dr R.Ménès - CNEMJ

Merci beaucoup Maitres, pour ces présentations de la mission d'expertise dans différents pays de l'Union Européenne.

Je serais un peu moins pessimiste que vous pour conclure, puisque, on a quand même avancé déjà un petit peu. Tout le monde s'est mis d'accord pour dire que l'expertise devait avoir un aspect exclusivement technique;qu'elle ne devait être ordonnée effectivement, que si on n'avait d'autre moyen d'apporter les éléments de preuves et que cette expertise se fait et est exécutée sous le contrôle d'un juge. Ces trois points sont déjà actés. Quelle est la finalité qui est recherchée à travers cette mission européenne? C'est de permettre l'harmonisation des pratiques – on n'y est pas encore – mais surtout la reconnaissance par le juge d'un état membre de l'Union Européenne et la validation par ce juge de la valeur probante accordée par le juge d'un autre état. Donc cela permettra, quand une expertise aura été faite par un expert français, d'être validée en Allemagne, en Italie ou en Angleterre ou dans tout autre pays de l'Union Européenne et réciproquement.

Merci Maîtres, d'avoir bien voulu consacrer un peu de votre temps pour les travaux de ce colloque» -

Monsieur le Premier Président, Monsieur le Président, Madame la Présidente,
Je tiens d'abord à vous dire combien je suis heureux d'être parmi vous une nouvelle fois et à vous remercier de ce si chaleureux accueil.
Après des exposés d'une aussi grande qualité, pour conclure, il semble qu'il faille en revenir à deux points essentiels : le pourquoi et le comment.
Le pourquoi : ce matin, Madame la Présidente, d'emblée vous l'avez mis en exergue lorsque vous avez déclaré : "*Ce qu'il faut, c'est rechercher un sens*".
Or, c'est bien la question du sens qui domine avant tout et devrait l'emporter dans notre société où, bien souvent, le sens apparait introuvable au même titre que le bon sens est parfois perdu...
Au cœur de cette question du sens, va aussi se trouver une double question : celle de la finalité immédiate et celle de la finalité médiate de la mission.
La finalité immédiate est celle qu'attend le juge.

Ainsi que Monsieur le Président DENARD a pu le souligner ce matin, le juge attend qu'on lui produise un rapport clair de telle sorte que le langage technique devienne perceptible par celui qui sera amené à rendre une décision dans le langage du droit.

À cette finalité immédiate s'ajoute une finalité médiate, celle que recherche un justiciable qui attend qu'on l'écoute et que l'on ait conscience de sa douleur avant de l'indemniser : il s'agit là de la confiance qui devra présider à chaque étape de la mission entre ceux qui y seront associés.
Pour atteindre un tel but, va alors se poser l'interrogation du « comment ».

Alors même qu'un large consensus a pu se dégager dans un hommage rendu au nom de DINTILHAC, qui demeurera celui d'un humaniste auteur d'une nomenclature à l'origine de notre réflexion, nous avons rapidement perçu qu'évoluer ne voulait pas pour autant dire faire table rase du passé et au premier chef de celle-ci.

Dans son brillant exposé, Madame le Président MENOTTI nous a ainsi montré que s'il y avait effectivement un certain nombre de changements susceptibles d'être envisagés dans le cadre d'un décret en gestation, dont on ne sait encore de manière très précise s'il verra le jour, nombre de points devraient être maintenus.

Dans une vision prospective d'une nomenclature nouvelle éventuelle, Madame le Professeur BERNARD a mis en évidence les risques de multiplication des chefs de mission en rappelant, très sagement, qu'au même titre que trop d'informations tue

l'information, trop de questions peuvent tuer l'essentiel sous le poids de détails qui risquent d'écarter l'expert, mais aussi à terme le juge, de ce qui constitue le centre du débat.

A cet égard, bien qu'il ne s'agisse pas du propos d'aujourd'hui, on ne peut manquer d'être tenté de souligner l'apport pour l'expertise de la démarche présentée par la nouvelle procédure participative du code de procédure civile qui permet de recentrer sur l'essentiel au terme d'une coopération des parties dans les formes des dispositions des articles 1547 et suivants du CPC.

Mais outre le risque de prolifération des chefs de mission et l'impératif d'en revenir toujours à l'utile, se pose naturellement un ensemble de problème associés au caractère évolutif de la mission.
Ainsi que, là encore, Madame le Président MENOTTI l'a très bien mis en évidence en insistant sur le fait que le futur décret ferait en sorte de considérer que les postes ne seraient pas nécessairement figés, il convient de ne jamais perdre de vue que le matériau sur lequel l'expert, les avocats et le juge vont avoir vocation de travailler est le plus beau des matériaux, le matériau humain, un matériau par définition évolutif.

À l'heure où après des débats qui ont alimenté la doctrine civiliste durant près d'un siècle, le code civil consacre la théorie de l'imprévision, il importe sans doute de ne pas demeurer victimes d'une pesanteur normative et de faire dominer la finalité

recherchée pour que le justiciable ne soit pas animé du sentiment du droit lésé et que le juge puisse comprendre les réponses à des questions bien posées dans la clarté de ce qui ne doit pas nécessairement être exclusivement normatif.

Alors même que le normatif.

En effet si le normatif est parfois nécessaire, il convient d'en user avec modération.
Si CARBONNIER rappelle qu'à l'époque de la Révolution, existait un club des "*adorateurs de la loi*", rappelons-nous qu'en revanche, existait chez les Locriens un usage consistant à faire en sorte que celui qui proposait une loi devait se présenter une corde à la main aux fins d'être pendu pour le cas où elle ne se serait pas avérée satisfaisante...

Lors d'une table ronde consacrée à l'Europe, les normes ont naturellement été mises en question dans un espace géographique où la distinction opportunément soulignée par Madame le Président GUERIN entre missions des juridictions administratives et missions des juridictions de l'ordre judicaire se heurte à la rencontre d'autres droits, voire d'un futur jus commune.
Or très précisément, on ne saurait manquer à ce propos de rappeler qu'une résolution 75-7 du Conseil de l'Europe du 14 mars 1975 est intervenue aux fins d'envisager la question de l'harmonisation de la réparation des préjudices corporels en

Europe et que de même, en 2005, à l'initiative de notre ami le Professeur Jacques HUREAU, fondateur de la C.N.E.M., l'Académie de Médecine s'est livrée à une réflexion sur l'harmonisation de la réparation des préjudices corporels en droit commun dans l'espace expertale européen.

C'est dire alors combien le colloque d'aujourd'hui figure au titre des préoccupations des plus hautes instances.

Il y a un instant, Madame le Président MENOTTI nous invitait à penser à l'aurore.
Il existe des aurores où subsistent encore des étoiles.
Scrutons alors celles de l'Europe en espérant qu'elles ne disparaîtront jamais.

ABU AMARA Saad CHU DE ROUEN – CHIRURGIE INFANTILE – 1 RUE DE GERMONT – 76031 ROUEN cedex
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 adamsbaum.catherine@gmail.com
F.4.1. Radiologie et imagerie médicale

ALBORINI André 824 ROUTE DE PACONINGES – 74100 JUVIGNY
T04 50 37 72 02 P 06 14 30 85 59 docteur.alborini@orange.fr
F.1.14 Médecine générale

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 – 35768 SAINT GREGOIRE CEDEX
T 02 99 23 93 27 F 02 99 23 36 01 lalno@vivaltosante.com
F.3.13. Urologie

ANCIAUX Pierre 7 BOULEVARD GEORGES CLEMENCEAU– 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

AYRIVIE Pierre Antoine 4 RUE F SARCEY – RESIDENCE LES GLYCINES – 34500 BEZIERS
T 04 67 30 89 09 F 04 67 62 63 47 p-aayrivie@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

P06 72 67 68 75 labobarres@orange.fr

F.1.2.Anatomie et cytologie pathologiquesG.1.3.Autopsie et thanatologie

BARTHELEMY Isabelle CHU ESTAING–1 Place L et R Aubrac– 63003CLERMONT FERRAND CEDEX 01

T04 73 75 01 02 P06 10 77 82 41F04 73 75 01 03 ibarthelemy@chu-clermontferrand.fr

F.3.4.Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

BECOUR Bertrand Hôtel Dieu de Paris – 1 place Notre Dame – 75181 PARIS CEDEX 4

T01 42 34 85 47 bertrand.becour@htd.aphp.fr

G.1.4 Médecine légale du vivant dommage corporel et traumatologie séquellaire

---

BERCHE Michel 42 RUE ROCHECHOUARD – 75009 PARIS

T01 48 78 66 10 F01 42 81 90 65 mberche3@gmail.com

F.1.21 Ophtalmologie F.3.11 Ophtalmologie

BERQUET Jean Claude Polyclinique Saint André – 18 rue de l'Ecu – 51100 REIMS

T03 26 05 55 55 P06 09 78 12 61 F03 26 46 31 99 jcberquet@groupe-courlancy.com

F.1.3.Anesthesiologie et réanimation

BERNARD Mary-Hélène Service de neurochirurgie – Hôpital Maison Blanche CHU – 45 rue Cognacq Jay – 51092 REIMS Cédex

T03 26 78 76 82 P06 86 88 74 05 mhbernard@chu-reims.fr

F.3.10 Neurochirurgie F.9 Sécurite sociale G1.3 Autopsie et thanatologie

G1.4 Médecine légale du vivant dommage corporel et traumatologie séquellaire

---

BLOCH Patrick 19 RUE SAINT PIERRE – 92200 NEUILLY SUR SEINE

T01 46 37 48 19 P06 78 56 72 56 F01 46 37 35 18 patrick.bloch06@gmail.com

F.3.1.Chirurgie digestiveF.1.9.Gastro-entérologie et hépatologie

---

BODENAN Patrice Centre Hospitalier Saint Anne – 1 rue Cavanis – 75014 PARIS

T01 45 34 84 36 P06 08 56 37 71 pabodenan@orange.fr

F.1.3.Anesthésiologie et réanimation F.9.1.3.Anesthésiologie réanimation

---

BONNET Daniel 22 RUE DU MOULIN CLIQUOT – 51500 TAISSY

T03 26 78 42 00P06 09 37 70 70F03 26 78 42 05 DBonnet51@aol.com

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

---

BOUCCARA Didier 54 RUE VASCO DE GAMA 75015 PARIS

T01 48 56 24 39 P06 07 25 05 44 d.bouccara@orange.fr

F.3.12.Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale F1.22 Oto-rhino-laryngologie (ORL) médicale

---

BOUGERIE Jean Pierre POLYCLINIQUE DU PARC – AVENUE DES SABLES – 49300 CHOLET

T 02 41 64 14 77 F02 41 63 45 45 dr.jeanpierre.bougerie@orange.fr

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

---

BRICHE Thierry 1 PLACE GAMBETTA – 75020 PARIS

T01 47 97 72 01 P06 83 48 64 66 F01 47 97 29 36 t_briche@club-internet.fr

F.1.22 .ORL médicale F.3.12 Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale

---

BRION Nils 50 RUE DU ROCHER– 75008 PARIS

T01 44 90 03 42 P06 09 91 22 25 F01 44 90 03 42 dr_nils_brion@hotmail.com

F.1.13.Maladies infectieuses, maladies tropicales

BRION Serge 36 RUE LA FONTAINE – 75016 PARIS

T01 42 88 54 12P06 09 45 12 71F01 42 88 62 37 serge.brion@wanadoo.fr

F.1.20.Neurologie F.2.Psychiatrie

CALAS Didier La Mauragne 32100 CONDOM

T05 62 28 36 06 P06 33 73 52 39 dcalas.expert@gmail.com

F.3.9 Gynécologie-obstétrique

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

---

CALITCHI Elie 37 AVENUE VICTOR HUGO – 92100 BOULOGNE

T01 41 10 27 27 F01 46 04 88 32 ecalitchi@ccpsc.com

F.1.05.Cancérologie ; radiothérapie

CARZON Jacques CLINIQUE DU LANDY 23 RUE DU LANDY – 93400 ST OUEN

T01 49 45 84 66F01 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– 34295MONTPELLIER CEDEX 5

T04 67 33 85 86P06 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 BOULEVARD ARISTIDE BRIAND – 93100 MONTREUIL

T01 42 87 24 00P06 60 67 24 00F01 48 59 90 45 cabjmc@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

T02 37 30 30 59 F02 37 30 30 89 jfcazagou@ch-chartres.fr

F.3.2.Chirurgie générale

CHAIGNEAU Gaël 109 RUE DE LA REPUBLIQUE – 83140 SIX FOURS LES PLAGES

T04 94 25 85 50 P06 13 45 31 10 F04 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 BAT A 95 AV. DE LA REPUBLIQUE - 91230 MONTGERON

T01 69 03 78 14P06 75 86 96 48F01 69 03 77 48 dr.m.chaneac@orange.fr

F.3.11.Ophtalmologie

CHANZY Michel 16 BOULEVARD GARIBALDI – 75015 PARIS

T01 43 27 93 53 P06 12 46 82 58 chanzy.michel@wanadoo.fr

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

CHAPUIS Catherine Villa Alice – Hopîtal Henri Gabrielle – 69230 SAINT GENIS LAVAL

T04 78 86 49 60 P06 62 17 56 08 F04 78 86 49 69 catherine.chapuis@chu-lyon.fr

F.5.2. Bactériologie virologie hygiène hospitalière

CHARRIER Pierre 3, PLACE DE L'EGLISE – 80310 LA CHAUSSEE TIRANCOURT

T03 22 51 45 64P06 07 36 83 57F03 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

T05 55 24 55 56 F05 55 17 08 57 vito19@orange.fr

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

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

T01 45 65 86 07P06 07 49 51 86F01 47 83 91 99 prbchiche@gmail.com

F.3.2.Chirurgie générale

CHIDIAC Antoine 31 Rue Georges Joignet – 27660 BEZU SAINT ELOI

P06 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 20 bis rue Daru 75008 PARIS

T01 43 65 82 31 P06 09 68 94 79 F01 43 65 82 31 daniel.cogan@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

COMPERE Georges Louis 8 BOULEVARD VICTOR HUGO – 30133 LES ANGLES

T04 90 25 29 18F04 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

T05 61 32 28 59P06 14 69 27 78F05 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

T04 67 49 36 80 P06 79 80 24 39 F04 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 AV DE LA FORET DE HAYE – BP 184 54505VANDOEUVRE CEDEX

T03 83 68 37 10 P06 22 77 73 13 F03 83 68 37 19 henry.coudane@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologiqueG.1.3.Autopsie et thanatologie

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

---

D'ANJOU PRIGENT CENTRE HENRI BECQUEREL – RUE D'AMIENS – 76038 ROUEN CEDEX

T06 14 01 20 84 jdanjou@voila.fr

F.1.2. Anatomie et cytologie pathologique F.1.5. Cancerologie radiothérapie F.1.11 gynécologie médicale

---

DANO Yves 11 BIS RUE DE MONS – 91200 ATHIS MONS

T01 69 84 86 00P06 07 91 51 93F01 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 – 75004PARIS

T01 42 34 84 35P06 09 14 96 92F01 42 34 84 33 nicolas.dantchev@htd.aphp.fr

F.2.1.Psychiatrie d'adultes

DAYEZ Jacques 685 ROUTE DE MENTHONNEX – 74370 ARGONNAY

T04 50 09 74 01 P06 83 34 65 71 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 j2berail@yahoo.fr

F.1.16 Médecine physique et de réadaptation

DE BERTRAND PIBRAC Pierre EHPAD BELLEVUE – 18021 BOURGES

T 02 48 57 88 45 P 06 61 51 86 13 F 02 48 67 94 12 p.debertrand@mr-bellevue.com

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

---

DEBODINANCE Philipe C-H DUNKERQUE avenue de la Polyclinique – 59760 GRANDE SYNTHE

P 06 86 88 26 23 ph.debodinance@wanadoo.fr

G.3.9. Gynécologie-obstétrique

DE BRIER Christian 9 RUE MONTALEMBERT – 75007 PARIS

P 06 09 77 09 86 drdebrier@gmail.com

G.1.3.Autopsie et thanatologie

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

---

DELCROIX Michel-Henri APPRI Maternité sans tabac – EPSM des Flandres BP 139 59270 BAILLEUL

T 03 28 43 47 85 P 06 08 24 78 80 F 03 28 41 08 56 mhdelcroix@bbox.fr

F.3.9 Gynécologie-obstétrique

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

DE MESTIER DU BOURG Philippe 19 RUE OUDINOT– 75007 PARIS

T01 40 61 46 61 P06 11 88 84 31 F01 40 61 11 28 ph.demestier@wanadoo.fr

F.3.1.Chirurgie digestive

DEMARLY Christophe14 RUE DU 11 NOVEMBRE – 59400 CAMBRAI

T03 27 74 99 37 F03 27 81 33 73 cdemarly@nordnet.fr

F.1.14.Médecine générale 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

T03 23 08 16 92P06 03 06 08 20F03 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

T01 47 94 06 20P06 12 35 27 35F01 47 99 04 20 g.dhumerelle@free.fr

F.1.14.Médecine générale

DOUTREMEPUICH Christian 43 AVENUE DE LA REPUBLIQUE CS51636 – 33073 BORDEAUX CEDEX

T05 57 22 03 03 F05 57 22 04 04 secretariat@adn-laboratoire.com

G.2.3.Biologie d'identification

DUBEC Michel 6 RUE DE LESDIGUIERES – 75004 PARIS

T01 42 71 58 16 F01 42 71 21 94 dubec@wanadoo.fr

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

DUCASSE Alain CHR REIMS Avenue Alexis Carrel – 51100 REIMS

T03 26 78 70 99 P06 08 21 27 63 F03 26 78 46 87 ducasse.alain@wanadoo.fr

F.3.11.Ophtalmologie

DUCOMMUN Philippe 53 RUE MONTESSUY – 91260 JUVISY SUR ORGE

T01 69 21 01 89 P06 07 78 99 72 dr.philippeducommun001@orange.fr

F.3.4.Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

DUMESNIL Jean-Jacques 10 PLACE DE LA ROUGEMARE – 76000 ROUEN

T02 35 07 51 51 jj.dumesnil@free.fr

F.1.14.Médecine générale

DUMONTIER Christian Clinique les eaux claires –Moundong 97122 BAIE-MAHAULT

P06 89 37 46 96 dumontierchristian@mac.com

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

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

DUROYAlain 18 CHEMIN DES COLLINES CANTON DU VALAIS – 1950 SION – SUISSE

T00 41 27 32 13 16 7 P06 27 45 33 07 F00 41 27 32 13 16 7 duroy.alain@bluewin.ch

F.3.9.Gynécologie-obstétrique

EBELIN Michel 32 BIS RUE PERIGNON – 75015 PARIS

T01 40 56 95 50 F01 47 34 08 89 mvebel@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

EBERLE Frantois 20 RUE DU 22 NOVEMBRE – 67000 STRASBOURG

T03 88 32 42 68P06 80 10 19 56F03 88 22 23 62 eberlefr@msn.com

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

ESTEVE Christine CH Sud Francilien 116 boulevard Jean Jaurès 91100 CORBEIL ESSONNES

T01 61 69 73 76 P06 08 18 98 cestevzx@gmail.com

F.3.11.Ophtalmologie F.9.3.11 Ophtalmologie

FISCHER Georges 32 RUE MALESHERBES – 69006 LYON

T04 37 42 18 97 P06 20 67 85 15 F04 37 47 98 67 georges-pr.fischer@orange.fr

F.3.10.Neurochirurgie

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

T04 92 03 14 37P06 11 52 09 03F04 92 03 15 68 bernard.flipo@gmail.com

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

FURIOLI Jean

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

T01 34 97 40 00F01 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

T05 90 81 38 94P06 90 59 93 78 pat.gadras@mediaserv.net

F.1.11.Gynécologie médicaleF.3.9.Gynécologie-obstétrique

GAISNE Etienne CLINIQUE JEANNE D'ARC 21 RUE DES MARTYRS – 44100 NANTES

T02 51 84 88 84P06 62 03 43 43F02 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

GAUZIT Rémy CHU Cochin 27 rue du Faubourg Saint Jacques 75014 PARIS

T02 58 41 21 38 P06 80 47 96 57 remy.gauzit@htd.aphp.fr

F.1.3 Anesthésiologie et réanimation

GELIS Robert 4 RUE DU JONCTIER – 27930 LE VIEIL EVREUX

T02 32 67 07 50 P06 08 86 74 10 F02 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

T04 73 75 16 80 F04 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

T05 59 63 16 91P06 11 66 81 69F05 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 – 75015PARIS

P06 82 97 12 10F01 84 10 04 23 gizardin@gmail.com

F.1.3.Anesthésiologie et réanimationF.9.Sécurité sociale

GOLDBERG Daniele 6 SQUARE JOUVENET – 75016 PARIS

T01 42 15 41 10P06 07 34 95 06F01 42 15 40 04 danielegoldberg@yahoo.fr

F.1.27.Rhumatologie

GOMIS Robert 230 chemin du Pont de la République – 30900 NIMES

T04 66 04 88 22 P06 16 39 86 93 gomis.robert@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

GOZLAN Eric 1 RUE DE MEDICIS – 75006 PARIS

T01 40 51 02 01F01 40 51 04 50 ericgozlan@libertysurf.fr

F.1.16.Médecine physique et de réadaptation

GUEGUEN Bernard CH Saint Anne – 1 RUE CABANIS 75674 PARIS CEDEX 14

T01 45 65 81 76 P06 62 76 08 99 guegenexp2@gmail.com

F.1.20 Neurologie

GUILLOT Marcel – CHG ROBERT BISSON -4 RUE ROGER AINI – 14100 LISIEUX

T02 31 61 31 31 P06 77 31 39 58 marcelgu@wanadoo.fr

F.1.24.Pédiatrie F.9. Sécurité Sociale

GUIN Philippe Service de médecine légale. Centre hospitalier de Perpignan. 2à Avenue du Languedoc – BP 49954 – 66046 Perpigan Cedex – Tel secrétariat: 04 68 61 77 50

P: 06 11 04 08 19 M: expert@guin.fr

G14 Med légale du vivant Dommage corporel et traumatologie séquellaire

F 01 03 – Anesthésiologie et réanimation

GUTERMAN Roland

HOPITAL DE CHARTRES – CHIRURGIE VISCERALE – BP 30407 – 28018 CHARTRES CEDEX

T02 37 30 30 59 P06 80 62 26 23 F02 37 30 30 89 rguterman@ch-chartres.fr

F.3.2.Chirurgie générale

GUYARD Claude CLINIQUE DES CEDRES CHATEAU D'ALLIEZ – 31700 CORNEBARRIEU

T05 62 13 32 06P06 07 25 38 74F05 62 13 32 05 dr.guyard.c@wanadoo.fr

F.1.16.Médecine physique et de réadaptation

HAERTIG Alain CHU PITIE-SALPETRIERE87 BD DE L HOPITAL – 75651 PARIS CEDEX 13

T01 42 17 71 41 P06 60 54 77 77 F01 42 17 71 58 ahaertig@mac.com

F.3.13.UrologieG.1.3.Autopsie et thanatologie

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

---

HALLEY Guy 24 RUE ACHILLE BOISNEUF – 97110 POINTE A PITRE

T05 90 82 53 73P06 90 55 69 59F05 90 83 90 29 guyhalley@wanadoo.fr

F.3.9.Gynécologie-obstétrique F.1.11.Gynécologie médicaleF.9.Sécurité sociale

---

HEISSLER Pierre – BP 60243 – 60631 CHANTILLY CEDEX

T06 80 18 58 33 pheissler.md@gmail.com

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

---

HERMABESSIERE Jean 22 D AVENUE PAUL BERT – 63400 CHAMALIERES

T04 73 42 39 51P06 07 87 23 72 jhermabessiere@orange.fr

F.3.13.Urologie

HORAY Pascal 146 RUE DE L'UNIVERSITE – 75007 PARIS

T01 47 05 70 05 pascalhoray@yahoo.fr

F.3.6.Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique; brûlologie

---

HUBINOIS Philippe 16 RUE PICOT – 75116 PARIS

T01 39 76 50 54 P06 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

T01 39 76 07 36P06 86 92 50 43F01 39 76 07 36 jhureau@noos.fr

F.3.1.Chirurgie digestive

ISTRIA Roland HOTEL DIEU – UMJ – 2 PLACE DU PARVIS NOTRE DAME – 75004PARIS

T01 42 34 82 29P06 74 13 66 85F01 42 34 82 55rolistria @wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

IZAC Paul 15 RUE FLORIAN – 87000 LIMOGES

T05 55 50 50 50P06 66 24 77 74F05 55 05 97 84 izac.p.87000@orange.fr

F.1.14.Médecine généraleF.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

T04 67 33 82 34P06 09 09 86 77F04 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

T06 89 93 82 64 andre.janin@wanadoo.fr

F.1.6.Cardiologie F.9.Sécurité sociale

JEULIN Christian 16 RUE DES GLEUX – 70200 LURE

T03 84 62 72 46 P06 20 54 89 61 F03 84 30 29 48 christianjeulin@wanadoo.fr

F.1.14.Médecine générale G.1.4. Médecine légale du vivant – Dommage corporel

---

JOREST Roland HOPITAL LAENNEC – BP 72 – 60109 CREIL CEDEX

T03 44 61 62 41P06 16 72 78 61F03 44 61 62 40 roland.jorest@ch-creil.fr

F.3.13.Urologie

JOSSAY Michel 141 RUE DE LONGCHAMP – 75016 PARIS

michel.jossay@wanadoo.fr

F.1.7.Dermatologie – vénérologieF.9.Sécurité sociale

KAPRON Anne-Marie 74 RUE RODIER BP 230 – 75423 PARIS CEDEX 09

T01 42 80 25 11P06 09 49 26 48 amkapron@wanadoo.fr

F.3.2.Chirurgie généraleF.3.6.Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique; brûlologie

F.3.8.Chirurgie vasculaire

KIEFFER Bernard 19 RUE DU PARLEMENT – 39100 DOLE

T03 84 72 39 86 F03 84 72 06 75 kieffer.dole@wanadoo.fr

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

LAHON Gérard CABINET SOLFERINO – 47 BIS RUE JEAN LECANUET – 76000 ROUEN

T02 35 89 56 41P06 13 49 65 29F02 35 89 01 02 gerard.lahon@laposte.net

G.1.3.Autopsie et thanatologie

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

---

LANCE Dominique 64 RUE LABROUSTE – 75015 PARIS

T01 44 19 50 00F01 44 19 51 88 lance.d@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

LASCOMBES Pierre

HOPITAL DEBRABOIS – 5 ALLEE DU MORVAN – 54511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX

T03 83 15 47 15 P06 07 96 28 81 F03 83 15 47 15 p.lascombes@chu-nancy.fr

F.3.3.Chirurgie infantile

LATTES Guy 68 RUE THEODORE DE BEZE – 89000 AUXERRE

T03 86 52 27 04 F03 86 52 27 04 guy.lattes0701@orange.fr

F.3.4.Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LAYET Antoine Hôpital Monod BP 24 – 76083 LE HAVRE CEDEX

T02 32 73 31 75 P06 17 54 64 00 F02 32 73 31 77 antoinelayet@free.fr

F.1.20.Neurologie

LE BRIS Jean-Loup LE TELEMLY – 24 RUE DES QUATRE FILS DOUMER – 58200 COSNE SUR LOIRE

T03 86 26 93 43P06 08 26 17 19F03 86 26 93 43 jean-loup.le-bris@orange.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEBRUN Christophe 72 CHEMIN DU LAC – 73100 TRESSERVE

T04 79 88 18 54 P06 85 11 65 71 F04 79 88 18 54 chris.lebrun@orange.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEHOT Jean Jacques

HOPITAL CARDIOLOGIQUE28 AVENUE DU DOYEN LEPINE – 69677 BRON CEDEX

T04 72 11 89 33 F04 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

T03 83 57 11 85P06 08 45 63 78F03 83 57 21 07 lepori@club-internet.fr

F.3.11.Ophtalmologie

LEREDE Daniel 12 BOULEVARD ROCHEPLATTE – 45000ORLEANS

T02 38 53 03 30P06 60 99 87 03F02 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

T02 62 43 22 20P06 92 87 29 05F02 62 43 03 89 hliecht@ool.fr

F.1.6.Cardiologie

LIGNAC Frantois 8 RUE DE FIGEAC – 31450 BELBERAUD

T05 61 83 28 19P06 22 90 12 41F05 61 83 28 19 francois.lignac@gmail.com

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

---

LOISEL Jean-Claude C34 RESIDENCE DEBUSSY – 12 PASSAGE BERTOLT BRECHT – 77100 MEAUX

T01 64 33 30 30 P06 82 88 46 89 JC.Loisel@wanadoo.fr

F.3.9.Gynécologie - obstétrique

MACHIN Robert 92 BOULEVARD JEAN JAURES – 54000 NANCY

T03 83 55 59 11P06 08 00 73 32F03 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

T03 22 66 83 84 P06 16 70 08 12F03 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 CH Robert Morlevat 21140 SAUMUR EN AUXOIS

T06 13 63 61 50 didiermandron@aol.com

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

MARCHAL Olivia 8 AVENUE VILLEMAIN – 75014 PARIS

P06 08 07 10 67 omarchal@club-internet.fr

F.8.3.Ingénierie biomédical

MARTIN LEBRUN Elisabeth 635 Avenue de Mazargues – 13009 MARSEILLE

P06 07 43 22 87 dr.eml@orange.fr

F.1.24.Pédiatrie

MARTINON François 57 AVENUE DE LA FOLATIERE – 38480 PONT DE BEAUVOISIN

T04 76 32 88 34P06 14 79 29 49F04 76 32 88 34 martinon.francois@orange.fr

F.3.1.Chirurgie digestiveF.3.2.Chirurgie générale F.9.Sécurité sociale

---

MASSON Xavier 54 AVENUE DE LA BOURDONNAIS – 75007 PARIS

T01 47 05 30 26P06 64 14 84 43F01 45 56 14 77 xaviermasson@free.fr

F.2.1.Psychiatrie d'adultes

MAZIERES Henri 40 RUE DU COTEAU – 76130 MONT SAINT AIGNAN

T02 35 71 78 60P06 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

T04 42 84 14 98P06 08 25 73 51F04 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

T04 73 61 42 12 P06 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 F3.5 Chirurgie orthopédique et traumatologique

G.1. 4. Médecine légale du vivant – dommage corporel et traumatologie séquellaire

---

MERCIER Jean-François 5 RUE DUBRUNFAUT – 75012 PARIS

T01 43 47 45 60 F01 43 47 55 11 j.f.mercier@hotmail.fr

F.1.14.Médecine généraleG.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

T01 49 28 28 76F01 49 28 27 57j. milliez@sat.aphp-paris.fr

F.3.9.Gynécologie-obstétrique

MONESTIER-CARLUS Danièle 83 RUE MARECHAL FOCH – 66000 PERPIGNAN

T04 68 34 11 66 P06 63 82 28 79 F04 68 35 44 17 danielemonestier@wanadoo.fr

F.3.11.Ophtalmologie F.1.21 Ophtalmologie F.9. Sécurité sociale

---

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 – 91400 ORSAY

T01 69 29 76 03 P06 14 83 52 24 F01 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

T04 74 28 20 14 P06 85 56 44 81 F04 74 28 76 33 daniel.noyer1@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

ORST Gérard 17 RUE HOTEL DES POSTES – 06000 NICE

T04 93 16 16 02P06 15 02 96 63F04 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 53 BOULEVARD BINEAU – 92200 NEUILLY SUR SEINE

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

---

PEAN Eric 3 RUE L'EYREVIEILLE – 33430 BAZAS

T 05 56 25 02 51 P 06 80 20 87 46 F 05 56 25 95 12 dr.peaneric@wanadoo.fr

F.1.14 Médecine générale F.9.1.14 Médecine générale sécurité sociale

---

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

PERESSONGenevieve 21 RUE ALSACE LORRAINE – 31400 TOULOUSE

T05 61 23 34 84P06 19 65 32 89 docteur.peresson@wanadoo.fr

F.2.1.Psychiatrie d'adultes

PETITMENGIN Pascal 26 RUE DE VERDUN – 54800 JARNY

T03 82 33 07 76 P06 09 24 61 66 F03 82 33 33 49 ppetitmengin001@rss.fr

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

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

---

PIDHORZ Laurent CH LE MANS 194 AVENUE RUBILLARD 72037 LE MANS CEDEX 09

T02 43 43 27 32 P06 19 40 22 35 F 02 43 43 26 03 lpidhorz@cl-lemans.fr

F.3.5 Chirurgie orthopédique et traumatologique

PIEDELIEVRE Christian 50 RUE LECOURBE – 75015 PARIS

T01 42 73 09 09P06 50 39 65 69F01 42 73 09 99 piedelievre@aol.com

G.1.3.Autopsie et thanatologie

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

---

PIERMONT Jean Michel 1 RUE DE L'EVECHE – 58000 NEVERS

T06 20 98 28 08 F03 86 36 64 67 docteurpiermont@gmail.com

F.1.27.Rhumatologie F.1.14.Médecine générale

PIQUET Pierre Marie 276 BOULEVARD SAINT GERMAIN – 75007 PARIS

P06 07 31 16 39 epiquet@free.fr

F.3.9.Gynécologie-obstétrique

PLU Isabelle INSTITUT MEDICO LEGAL – 2 PLACE MAZAS – 75012 PARIS

T06 19 55 47 49 F01 44 75 47 15 depluzenplus@wanadoo.fr

G.1.3.Autopsie et thanatologie

POTIER Alain HP PARLY II 21 RUE MOXOURIS 78150 LE CHESNAY

P 06 15 09 36 45 alain.potier.2@gmail.com

F.3.7.Chirurgie thoracique et vasculaire

POURRIAT Jean-Louis HOTEL DIEU – 1 PLACE DU PARVIS NOTRE DAME – 75181 PARIS CEDEX 01

T01 42 34 88 19P06 07 23 42 21F01 42 34 85 53 jeanlouispourriat@mac.com

F.1.3.Anesthésiologie et réanimation

PRIES Pierre CHU DE LA MILETRIE- BP 577 – 86021 POITIERS CEDEX

T05 49 44 38 60P06 86 93 15 38F05 49 44 41 12 p.pries@chu-poitiers.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

RACINET Claude189 CHEMIN DE L'ENCLOS – 38320 BRIE ET ANGONNES

T04 76 73 67 93P06 03 62 06 16F04 76 73 09 60 claude.racinet@orange.fr

F.3.9.Gynécologie-obstétrique

RENARD Philippe 32 BOULEVARD ARAGO – 75013 PARIS

T01 44 39 53 35 P06 03 70 20 32 F01 45 49 13 75 prenard@institut-vernes.fr

F.3.11.Ophtalmologie

REYNOIRD Elisabeth 51 RUE SAINT LOUIS EN l'ISLE – 75004 PARIS

T01 44 07 30 30 F01 44 07 90 90 elisreynoird@wanadoo.fr

F.1.20.Neurologie

REY-SALMON Caroline HOTEL DIEU – UMJ – 75181 PARIS CEDEX 01

T01 42 34 82 29 P06 12 19 79 22 caroline.rey@htd.ap-hop-paris.fr

F.1.24.Pédiatrie

ROCHARD France 241 RUE DU FAUBOURG SAINT HONORE – 75008 PARIS

T01 58 05 11 24P06 82 45 50 43 dr.f.rochard@orange.fr

F.3.2.Chirurgie générale

ROCHE Marc 71 rue Nozière 97110 POINTE A PITRE

T05 90 83 70 85 F05 90 93 07 43

F.1.14. Médecine générale

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

---

ROMAIN Pascal POLYCLINIQUE SAINT ANDRE – 3 BOULEVARD DE LA PAIX – 51052 REIMS CEDEX

T03 26 05 55 07 F03 26 77 89 71 drpasromain@yahoo.fr

F.3.4.Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

RONDINI GILLI Eric 38 RESIDENCE DU PORT – 83990 SAINT TROPEZ

T04 94 97 09 24P06 03 00 03 29F04 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

T05 62 21 16 28 P06 15 77 87 86 F05 62 21 16 74 j.roques@clinique-pasteur.com

F.3.1.Chirurgie digestive

ROSSI Bernard CLINIQUE MATHILDE4 RUE DE LESSARD – 76100 ROUEN

T02 32 81 15 50F02 32 81 15 51 bernard.rossi3@wanadoo.fr

F.1.7.Dermatologie – vénérologieF.3.6.Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique

---

ROUSSEAU Didier POLYCLINIQUE DE POITIERS–86035 POITIERS CEDEX

T05 49 61 72 02P06 07 96 05 36F05 49 61 71 96 rousseaudidier@yahoo.fr

F.3.1.Chirurgie digestiveF.3.2.Chirurgie générale F.9.Sécurité sociale

---

SADOUL Georges 36 AVENUE DE JOINVILLE – 94130 JOINVILLE

P06 86 46 53 58 georges.sadoul@wanadoo.fr

F.3.9.Gynécologie-obstétrique

SALMON Rémy Jacques 29 RUE DE LA SANTE – 75013 PARIS

T01 478324 02P06 83 83 31 17 dr.rjsalmon@gmail.com

F.3.2.Chirurgie générale

SAVORNIN Claude 41 RUE D'AMSTERDAM – 75008 PARIS

T01 48 74 95 21P06 81 22 64 65F01 48 74 95 21 claude.savornin@wanadoo.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

SCHUHL Jean-François BP 89 – 76233 BOIS GUILLAUME CEDEX

T06 07 04 63 33 jf@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 IRCGN 5 BOULEVARD DE L'HAUTIL - 95300 PONTOISE

T01 58 66 50 22F01 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 25 AVENUE DE CLICHY 75017 PARIS

T01 44 69 26 93 P06 09 18 30 62 F01 44 69 26 99 m.schupak@wanadoo.fr

F.4.1.Radiologie et imagerie médicale

SIMON Philippe CHUde MANGOT VULCIN – route du Vert Pré 97232 LAMENTIN

T06 96 29 46 94 P06 80 68 82 68 simon.phil1@orange.fr

F.3.2.Chirurgie générale F3.6 Chirurgie plastique, reconstructive, esthétique

SINAYA Ludovic – Service de médecine légale – C.H de Perpignan- 20 Avenue du Languedoc

BP 45954 – 66046 Perpignan cedex – P: 06 61 52 18 38 Email:ludovic.sinaya@ch-perpignan.fr

G.14 Médecine légale du vivant, dommage corporel et traumatologie séquellaire.

G.13 Autopsie et thanatologie.

SMADJA Claude HOPITAL ANTOINE BECLERECHIRURGIE DIGESTIVE – 92141CLAMART CEDEX

T01 45 37 43 52 P06 71 29 04 85 F01 45 37 49 78 claude.smadja@abc.aphp.fr

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

SOUSSY Annie CHI DE CRETEIL 40 AVENUE DE VERDUN – 94000 CRETEIL

T01 45 17 52 85 F01 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 46 RUE DU GENERAL BRUNET 75019 PARIS

T01 77 18 56 83 P06 09 17 39 43 F01 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 HOSPITALIER13 AVENUE DES BROUSSAILLES – 06400 CANNES

T04 93 69 71 30 F04 92 18 67 30 j.tabutin@ch-cannes.fr

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

TACCOEN Marc INSTITUT MEDICO-LEGAL – 2 PLACE MAZAS – 75012 PARIS

P06 09 77 08 21 mtaccoen@nordnet.fr

F.9.Sécurité socialeG.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

T04 73 90 02 42 P06 08 63 76 96 sterver@hotmail.com

F.3.5.Chirurgie orthopédique et traumatologique

THIBIERGE Martin NEURORADIOLOGIE DES QUINZE-VINGTS– 75571 PARIS CEDEX 12

T01 40 02 16 51P06 11 39 55 72F01 43 40 87 85 thibierge@quinze-vingts.fr

F.4.1.Radiologie et imagerie médicaleF.4.1.2.Neuro-imagerie

TISSERAND Marie-Josèphe7 BIS PLACE DARCY BATIMENT C – 21000 DIJON

T03 80 30 65 94 F03 80 49 92 70 drtisserandmj@wanadoo.fr

F.1.27.Rhumatologie

TISSOT-GUERRAZ Françoise FACULTE DE MEDECINE – 8 AVENUE ROCKEFELLER – 69008 LYON

P06 81 95 57 11F04 74 54 31 91 francoise.tissot-guerraz@orange.fr

F.1.13.Maladies infectieuses, maladies tropicales

TOLLEMER René 83 RUE DE BOURRASSOL – 31300 TOULOUSE

T05 61 42 33 91P06 10 65 86 40F05 62 21 00 29 rene.tollemer@laposte.net

F.2.Psychiatrie F.1.14.Médecine généraleF.9.2.1.Psychiatrie d'adultes

---

TRAPÉ Florent HOPITAL RANGUEIL – PSYCHIATRIE – TSA 50032 31059 TOULOUSE CEDEX 9

T05 61 32 34 15P06 80 17 67 97F05 61 32 31 87 trape.f@chu-toulouse.fr

F.2.1.Psychiatrie d'adultesF.9.Sécurité sociale

TRIVIER Dominique CENTRE HOSPITALIER – HYGIENE HOSPITALIERE – 62307 LENS CEDEX

T03 21 69 16 89 dtrivier@ch-lens.fr

F.5.2.Bactériologie, virologie ; hygiène hospitalière

VAZQUEZ Pierre 123 BOULEVARD DIDEROT – 75012 PARIS

T01 40 19 96 20 P06 13 27 02 30 pierre.vazquez@sfr.fr

F.1.24.Pédiatrie

VENDRELY Eric 7 RUE DE PORS AR VILLIEC – 29241 LOCQUIREC

T02 98 67 68 59P06 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 45 13 07 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

T04 66 68 32 99P06 77 75 65 36 denis.vincent@chu-nimes.fr

F.1.13.Maladies infectieuses, maladies tropicalesF.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

T09 64 14 05 63P06 88 65 46 91F02 38 53 09 46 cg.voillot@gmail.com

F.3.11.Ophtalmologie

VORHAUER Walter – 1686 RUE VICTOR HUGO – 60750 CHOISY AU BAC

T03 44 85 00 33 P06 08 26 87 54 F03 44 85 00 33 vorhauer@wanadoo.fr

F.1.01.02.Anatomie et cytologie pathologiques G.1.03Autopsie et thanatologie

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

---

YOUNES Elia CENTRE HOSPITALIER – 2 BOULEVARD SULLY 78201 MANTES LA JOLIE

T01 34 97 40 60 P06 11 59 47 02 elieyounes@hotmail.fr

F.3.13. Urologie

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

T04 91 42 30 61 F04 91 47 76 33 gerard.zini@wanadoo.fr

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

POURQUOI LA CNEMJ?

Mon Cher collègue,

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

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

La CNEMJ 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 DEBUSSYC 34 BEAUVAL – 12 PASSAGE BERTOLT BRECHT – 77100MEAUX

O Madame OMademoiselle O Monsieur

☐ Docteur ☐ Professeur

Prénom / Nom Date de naissance
Adresse professionnelle
Téléphone
Fax
Mobile
Adresse e-mail
Expert près la Cour d'Appel de
Spécialité(s) **Nouvelle nomenclature F...**
Expert près la Cour 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 (1) ***(parrainage obligatoire)***
Présenté(e) par (2) ***(parrainage obligatoire)***

Achevé d'imprimé sur les presses de All Numéric (63)
Novembre 2016

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

Hôtel Sofitel –Miramar (Biarritz)

Yonn Evasion

Une présence humaine sur cette partie de la côte est attestée depuis la préhistoire. Plusieurs vestiges confirment la présence plus tardive d'une occupation romaine. C''est au moyen âge que la cité prend forme avec la fusion de deux bourgs, l'un continental et agricole développé autour de la paroisse St Martin, l'autre maritime, qui donnera son nom à la ville limitée au Nord Est par la presque ile de la pointe St Martin et au Sud- Ouest par le plateau de l'Atalaye, que prolonge aujourd'hui le Rocher de la Vierge. BI-Arri – les deux rochers-restera longtemps un petit port de pêche et de chasse à la baleine, pour laquelle des guetteurs scrutaient l'horizon depuis une vigie édifiée sur la plateau de l'Atalaye. Après la capture du dernier cétacé en Mars 1686 les marins basques se reconvertirent dans la grande pêche, qui les mena en Islande, à Terre Neuve et jusque dans les iles du Pacifique. D'autres rejoignirent les navires marchands, ou les flottes corsaires. De la dispersion de ces équipages naquit la diaspora basque, particulièrement abondante en Amérique du Sud. Mais Biarritz reste une modeste bourgade.

Dès 1784 la mode des bains de mer apparait, mais il faut attendre le début du XIXème S. pour voir arriver sur la côte les riches bayonnais venus à dos d'ânes ou de mulets, bientôt rejoints par les nobles espagnols. La comtesse de Montigo y séjourne en 1838 accompagnée de sa fille Eugénie. Elles y reviennent les années suivantes. Devenue Impératrice, Eugénie entrainera son époux Napoléon III à venir y séjourner dès 1858. L'Empereur fera construire pour elle la Villa Eugénie (actuel hôtel du Palais). La ville connaitra une expansion rapide, renforcée par l'essor du thermalisme. La reine Nathalie de Serbie posera la première pierre des thermes en 1892.

La seconde guerre mondiale verra l'installation d'importantes batteries allemandes de défense côtière.

A partir de 1956 le surf arrive à Biarritz avec l'acteur Peter Viertel et son épouse Déborah Kerr lors du tournage du film «Le soleil se lève aussi» (The sun also rise). Le Waikiki surf club de Biarritz est créé en Septembre 1959.

Biarritz à acquis une renommée mondiale dans le monde du surf et du golf