



HAL
open science

**Comparaison de l'évaluation de postes de préjudices lors
d'expertises judiciaires civiles entre un médecin expert
et un jury**
Perrine Colin

► **To cite this version:**

Perrine Colin. Comparaison de l'évaluation de postes de préjudices lors d'expertises judiciaires civiles entre un médecin expert et un jury. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04587030

HAL Id: dumas-04587030

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04587030v1>

Submitted on 24 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement
Par **Perrine COLIN**

Le 07/03/2024

Comparaison de l'évaluation de postes de préjudices lors d'expertises judiciaires civiles entre un médecin expert et un jury

Directeur de thèse : Professeur Éric BACCINO

JURY

Président :

Professeur Éric BACCINO : Professeur des Universités – Médecin légiste

1^{er} assesseur :

Docteur Frédérique JEAN-RICHARD : Médecin généraliste

2^{ème} assesseur :

Docteur Pierre ASSIE : Médecin généraliste

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement
Par **Perrine COLIN**

Le 07/03/2024

Comparaison de l'évaluation de postes de préjudices lors d'expertises judiciaires civiles entre un médecin expert et un jury

Directeur de thèse : Professeur Éric BACCINO

JURY

Président :

Professeur Éric BACCINO : Professeur des Universités – Médecin légiste

1^{er} assesseur :

Docteur Frédérique JEAN-RICHARD : Médecin généraliste

2^{ème} assesseur :

Docteur Pierre ASSIE : Médecin généraliste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	GUI TER Pierre	NAVRATIL Henri
ALLIEU Yves	CAMU William	HEDON bernard	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	HERTAULT Jean	PAGES Michel
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JAFFIOL Claude	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE ROUX Jean-Louis	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	DOMERGUE Jacques	LESBROS Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	DUJOLS Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	ECHENNE Bernard	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOULOT Pierre	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MEYNADIER Jean	TOUITOU Isabelle
BOUSQUET Jean	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	VISI ER Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	NAVARRO Maurice	



Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DEDET Jean-Pierre	MESSNER Patrick
BASTIEN Patrick	DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	MONNIER Louis
BLANC François	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BONAFE Alain	HERISSON Christian	PUJOL Remy
BOULENGER Jean-Philippe	JEANDEL Claude	REYNES Jacques
BOURREL Gérard	JONQUET Olivier	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	ROSSI Jean-François
CANOVAS François	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	TOUCHON Jacques
COMBE Bernard	MARES Pierre	VOISIN Michel
DAURES Jean-Pierre	MAUDELONDE Thierry	ZANCA Michel
DAUZAT Michel	MILLAT Bertrand	
DAVY Jean-Marc	MAURY Michèle	

Docteurs Emerites

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DERUELLE Philippe	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie

Service de gestion des personnels

ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

YCHOU Marc Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

Service de gestion des personnels

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOMMART Sébastien	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DAIEN Claire	Rhumatologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Héliène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOUBET Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Service de gestion des personnels

ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STEPANIAN Alain	Hématologie ; transfusion
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)
BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)
DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)
GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique
CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion
RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique
BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca Immunologie

Service de gestion des personnels

COSSEE Mireille	Génétique
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
GOUZI Farès	Physiologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DEBOURDEAU Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DUPONT Chloé	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FROUIN Eric	Anatomie et cytologie pathologiques
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynecologie médicale
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive



Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maitres de Conférences de classe normale

BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	Maieutique
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maitres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

CARBONNEL François
MILLION Elodie



Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MINET Mathilde

SERAYET Philippe

URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DURAES Martha Anatomie

FAVIER Valentin Oto-Rhino-Laryngologie

GAVOTTO Arthur Pédiatrie

POULEN Gaetan Neurochirurgie

ROCH Benoît Pneumologie, addictologie

THERON Alexandre Pédiatrie

URSIC BEDOYA José Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

AGUILHON Sylvain	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	LE BIHAN Clément	PICOT Marie Christine
AKKARI Mohamed	CASPER Thierry	FLORI Nicolas	LE GUILLOU Cédric	POQUET Héléne
ALRIC Jérôme	CATHALA Philippe	FOURNIER Philippe	LE MOINE DONY Marie-Christine	PRIN Pauline
AMEDRO Pascal	CAZABAN Michel	FRANC Nathalie	LETERTRE Simon	PUJOL Sarah-Lise
AMOUREUX Cyril	CHALARD Kévin	GAILLARD Nicolas	LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier
ANTOINE Valéry	CHARBIT Jonathan	GALMICHE Sophie	LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence
ATTALIN Vincent	CHEVALLIER Thierry	GARNIER Sylvain	MAILLE Olivier	RAINGEARD Isabelle
BADR Maliha	COLIN Olivier	GENY Christian	MANDOUL Caroline	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	CONEJERO Ismael	GERONIMI Laetitia	MANZANERA Cyril	RAY Valéry
BARBAR Saber Davide	CONSEIL Mathieu	GINIES Patrick	MARGUERITTE Emmanuel	RIBRAULT Alice
BASSET Didier	CORBEAU Catherine	GONON DEMOULIAN Raphael	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL Brigitte
BATIFOL Dominique	COROIAN Flavia-Oana	GOULABCHAND Radjiv	MATTATIA Laurent	RIDOLFO Jérôme
BATTISTELLA Pascal	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric	MAZARD Thibault	RIPART Sylvie
BELL Ariane	COUTUREAU Juliette	GRIVET Benjamin	MEROUEH Fadi	ROBERT Pierre
BENENATI Syvain	CUNTZ Danielle	GROSSIN Delphine	MESTREGODIN Sandrine	RONGIERES Michel
BENNYS Karim	DAVID Aurore	GUEDJ Anne Marie	MEUNIER Lucie	ROULET Agnès
BERNARD Nathalie	DE BOUTRAY Marie	HEDON Christophe	MEYER Pierre	RUBENOVITCH Josh
BERNIER Maud	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	HENRY Vincent	MICHEL Moïse	SANTONI Fannie
BERTCHANSKY Ivan	DEBIEN Blaise	HIRECHE Kheira	MILESI Christophe	SASSO Milène
BIBOULET Philippe	DEGRAVI Lauriane	INGHILLERI Marie-Laure	MONET Clément	SCHMITT David
BIRON-ANDREANI Christine	DELPONT Marion	JAMMET Patrick	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
BLANC Brigitte	DENIS Héléne	JEDRYKA François	MORQUIN David	SEGURET Fabienne
BLANCHET Catherine	DEVILLE de PERIERE Gilles	JREIGE Riad	MOSER Camille	SENESE Pierre
BLATIERE Véronique	DI CASTRI Alberto	JULIER Ingrid	MOUSTY Eve	SERRE Jean-Emmanuel
BOGE Gudrun	DJANIKIAN Flora	KADERBAY Akil	MOUTERDE Gaël	SKALLI El Medhi
BOURRAIN Jean Luc	DUCROCQ Vincent	KINNE Mélanie	NOU HOWALDT Monira	SOLA Christelle
BOUYABRINE Hassan	DUNYACH-REMY Catherine	LABARIAS Coralie	ORY Jérôme	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	ESTRIC Clémentine	LABORDE Caroline	PANTERA Eric	SOULLIER Camille
BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LACAMBRE Mathieu	PERNIN Vincent	STEPHAN Robin
BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LARCHER Romaric	PERRIGAULT Pierre François	STOEBNER DELBARRE Anne
CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	LAURENT Jérémy	PEYRON Pierre-Antoine	SURCIN-TSEKOURAS Nicolas
CARR Julie	FILLERON Anne	LAZERGES Cyril	PICARD Eric	SZAFORS Paulina
TALEB ARRADA Ikram				

Service de gestion des personnels

TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia



REMERCIEMENTS

Au Pr. Baccino,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Je vous exprime toute ma gratitude pour votre soutien dans la réalisation de ce projet et pour la confiance que vous m'avez accordée en me donnant l'opportunité de réaliser cette FST. Je mesure la chance que j'ai eue d'apprendre à vos côtés, d'avoir pu bénéficier de vos conseils et de votre grande expérience au cours de cette année. Je vous remercie pour la passion et l'investissement dont vous faites preuve dans l'enseignement de l'expertise auprès de vos étudiants. Je suis admirative de votre curiosité scientifique insatiable, de la rigueur et du dévouement que vous déployez dans votre travail. En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes, veuillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.

Au Dr. Jean-Richard,

Votre soutien et vos précieux conseils ont été déterminants dans l'aboutissement de ce travail. Merci infiniment pour votre bienveillance et votre pédagogie. Vous avez toujours été très disponible à mon égard, et ce même avant le début de ma thèse. J'ai particulièrement apprécié l'apprentissage de l'expertise à vos côtés et tiens en grande estime votre travail. J'espère ne jamais démeriter et honorer votre confiance. Soyez assurée de ma plus sincère reconnaissance.

Au Dr. Assie,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse et pour votre investissement dans son évaluation. Je vous suis très reconnaissante d'avoir partagé votre grande expérience dans le domaine de l'expertise médicale. La rigueur de votre travail lors de votre participation m'a grandement aidée dans ma réflexion. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération.

A Madame Brochard,

Madame la magistrate permettez-moi de vous témoigner mes très sincères remerciements pour m'avoir permis de réaliser ce travail. Je vous suis très reconnaissante pour toute la bienveillance dont vous avez fait part à mon égard et le temps précieux que vous m'avez accordé. Veuillez recevoir l'expression de ma haute considération.

A Monsieur Besson,

Monsieur le magistrat, je vous exprime également ma profonde gratitude pour la disponibilité dont vous avez fait preuve et votre immense aide à la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Au Dr. Moulis,

Je vous remercie pour votre aide pour la réalisation des statistiques et vos conseils avisés.

Au Dr. Vidil-Roux,

Merci pour tous les enseignements et conseils que vous m'avez transmis au cours des 6 mois de stage au sein de votre cabinet. Merci de m'avoir toujours reçue avec autant de gentillesse. J'ai beaucoup apprécié les moments d'apprentissage à vos côtés.

Au Dr. Van Raay,

Merci également de m'avoir accueillie et formée à l'expertise.

Merci à tous ceux qui m'ont formée et tant appris au cours de ces longues années d'études.

Un remerciement tout particulier pour mes amis. Votre soutien est sans faille. Tous ces moments passés ensemble ont été plus que nécessaires pendant ces années d'internat. Vous représentez pour moi bien plus que ces trois lignes. Merci pour tout.

Ma famille, je n'ai rien à dire que vous ne sauriez déjà. Vous êtes indispensables à ma vie, et la pudeur m'empêche de vous dire ici à quel point je vous aime. De toute façon, aucun mot ne suffirait.

Pierre, j'aurais pu écrire des pages entières pour te dire combien je t'aime, combien ton soutien m'est indispensable, combien je suis fière de partager ta vie... mais comme l'écrit si bien Eric-Emmanuel Schmitt : « *Les preuves d'amour valent davantage que des mots... l'amour est une fleur précieuse qu'on préserve par un silence sacré, de peur qu'elle porte la cicatrice des termes inadéquats* ».

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION	23
A) Préambule	23
B) L'expertise judiciaire	24
1. Nomenclature Dintilhac	24
2. Les postes de préjudices	25
<input type="checkbox"/> Le Déficit Fonctionnel Permanent	25
<input type="checkbox"/> Le Préjudice Esthétique Temporaire	26
<input type="checkbox"/> Le Préjudice Esthétique Permanent	26
3. La consolidation	27
4. L'imputabilité	27
C) Le médecin expert	28
1. Les différents types de formation	28
2. Le Diplôme Universitaire de Dommage Corporel de Montpellier	30
3. Inscription sur listes de Cours d'Appel	30
D) Médecine générale et expertise	31
MATERIELS ET METHODES	33
A) Méthodologie de l'étude	33
1. Format et objectifs	33
<input type="checkbox"/> Objectif principal	33
<input type="checkbox"/> Objectifs secondaires	33
2. Déroulement de l'étude	33
3. Définition de la population	34
<input type="checkbox"/> Critères d'inclusion	34
<input type="checkbox"/> Critères d'exclusion	34
4. Recueil des données	34
<input type="checkbox"/> Les rapports d'expertises judiciaires	34
<input type="checkbox"/> Les données concernant les médecins experts initiaux	35
5. L'anonymisation	36
6. Choix du jury	36
7. Choix des postes de préjudices et leur évaluation	38
8. Agrément de lecture	40
B) Analyse des données	41

1. Critères de jugement -----	41
2. Méthode d'analyse -----	41
RESULTATS -----	43
A) Description de la population étudiée -----	43
<input type="checkbox"/> Les rapports d'expertises -----	43
<input type="checkbox"/> Caractéristiques de la population des médecins ayant fait la première expertise -----	45
B) Résultats statistiques -----	47
1. Concordance entre les 3 experts -----	47
2. Concordance entre l'analyse initiale et la moyenne des 3 experts -----	47
3. Concordance en sous-groupes entre l'analyse initiale et la moyenne des 3 experts -----	48
<input type="checkbox"/> DFP -----	48
<input type="checkbox"/> PEP -----	49
<input type="checkbox"/> Date de consolidation -----	49
<input type="checkbox"/> PET -----	51
4. Qualité de mise en page des rapports -----	53
5. Qualité de la justification des postes de préjudices -----	54
DISCUSSION -----	57
A) Discussion des critères qualité d'un rapport d'expertise judiciaire à partir des erreurs les plus fréquemment rencontrées -----	57
<input type="checkbox"/> Rédaction du rapport -----	57
<input type="checkbox"/> Cadre de vie/état antérieur -----	58
<input type="checkbox"/> Certificat médical initial -----	59
<input type="checkbox"/> Rappel des faits/soins avant consolidation -----	59
<input type="checkbox"/> Examens complémentaires/documents présentés -----	60
<input type="checkbox"/> Doléances -----	60
<input type="checkbox"/> Examen clinique -----	61
<input type="checkbox"/> Discussion -----	61
<input type="checkbox"/> Conclusion -----	62
<input type="checkbox"/> Dires -----	62
B) Importance de la formation à l'expertise judiciaire -----	63
C) Influence de la spécialité -----	64
D) Les limites de l'étude -----	65
CONCLUSION -----	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	68
SERMENT -----	70
RÉSUMÉ -----	71

LISTE DES ABREVIATIONS

AIPP	Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique
AFQEM	Association Française pour la Qualité de l'Expertise Médicale
ANAMEVA	Association Nationale des Médecins-conseils de Victimes
ANMCR	Association Nationale des Médecins-Conseils de Recours
AREDOC	Association pour l'Etude de la Réparation du Dommage Corporel
CAPEDOC	Certificat d'Aptitude à l'Expertise du Dommage Corporel
CDDC	Centre de Documentation en Dommage Corporel
CMI	Certificat Médical Initial
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DFP	Déficit Fonctionnel Permanent
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DIUEM	Le Diplôme Interuniversitaire de Droit de l'Expertise Médico-légale
DU	Diplôme Universitaire
FST	Formation Spécifique Transversale
IRCA	Indemnisation et Recours Corporel Automobile
PET	Préjudice Esthétique Temporaire
PEP	Préjudice Esthétique Permanent
QADEM	Qualification en Droit de l'Expertise Médico-légale

INTRODUCTION

A) Préambule

L'expertise médicale du dommage corporel est un processus essentiel dans le domaine juridique et médical qui vise à évaluer les conséquences médicales des préjudices subis par une personne à la suite d'un événement ainsi que leur imputabilité. Cette expertise joue un rôle crucial dans l'indemnisation des préjudices d'une victime en déterminant l'étendue des dommages physiques et psychologiques. Aujourd'hui, elle peut être comparée à un acte spécialisé tant cela nécessite des connaissances constamment renouvelées de l'évaluation médico légale des séquelles et des règles strictes devant être connues et respectées. C'est dans cette logique que s'est inscrit la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de « médecine légale et expertise médicale » en 2017.

Plusieurs organismes peuvent avoir recours à l'expertise médicale du dommage corporel :

- Les sociétés d'assurance,
- La justice, qu'elle soit d'ordre civil, pénal, social ou administratif,
- Les organismes sociaux (dont la Sécurité Sociale),
- Les organismes administratifs du travail,
- L'administration en général (et la fonction publique).

Il existe également l'expertise de recours où la victime choisit elle-même de recueillir l'avis et de se faire assister par un médecin qu'elle a choisi.

Ce sont les expertises judiciaires qui sont les plus réglementées. La justice est organisée en deux ordres distincts et indépendants l'un de l'autre : l'ordre judiciaire et l'ordre administratif. L'ordre judiciaire désigne les tribunaux qui appliquent le droit commun et qui n'impliquent pas l'Administration.

Au sein de l'ordre judiciaire, les experts médicaux peuvent intervenir dans divers types de juridictions (ou catégories tribunaux) en fonction de la nature du litige et des questions médicales en jeu :

- Les juridictions civiles, dont le rôle est de trancher un litige de droit privé sans infliger de peine. Les expertises médicales sont notamment nécessaires dans les affaires civiles

impliquant des accidents de la route, des erreurs médicales, ou des litiges liés à des assurances. Les expertises judiciaires civiles peuvent être réalisées par des médecins de diverses spécialités.

- Les juridictions pénales, qui sont chargées de sanctionner les infractions commises contre le droit pénal. Ce dernier a pour fonction de réprimer « *les atteintes à l'ordre public, à la santé publique et à la sécurité publique* » (1). Dans les affaires pénales, les expertises médicales peuvent être sollicitées pour établir des preuves médicales liées à des infractions comme des agressions, des homicides, ou des violences sexuelles. Ces expertises contribuent à clarifier les conséquences médicales des actes criminels. A l'exception des expertises psychiatriques, les expertises médicales judiciaires pénales sont majoritairement réalisées par des médecins légistes. En effet, certaines missions ne concernent pas que l'évaluation du dommage corporel.

Au cours de cette étude seront traitées les spécificités de l'expertise médicale judiciaire civile.

B) L'expertise judiciaire

1. Nomenclature Dintilhac

La nomenclature Dintilhac est un système de classification et de codification utilisé en France pour catégoriser les postes de préjudices subis par les victimes d'accidents ou d'infractions. Elle est issue du rapport de M. Jean-Pierre Dintilhac, conseiller honoraire à la Cour de cassation, qui a participé à l'élaboration de ce système de classification.

La nomenclature Dintilhac (2) vise à fournir une méthodologie uniforme et structurée pour évaluer les préjudices corporels et permettre aux juridictions d'indemniser les victimes.

Elle a progressivement trouvé sa place dans toutes les juridictions civiles en raison de sa praticité, mais elle n'a pas un caractère réglementaire. En d'autres termes, bien que la nomenclature Dintilhac n'ait pas de valeur légale formelle, son utilité est largement reconnue et validée par la pratique.

Elle divise les dommages corporels en différentes catégories, appelées "postes de préjudices", chacune correspondant à un aspect spécifique du dommage subi par la victime. Elle permet d'assurer une certaine uniformité et cohérence dans l'évaluation des préjudices corporels. (3,4)

2. Les postes de préjudices

Il est possible de les classer de différentes manières. On distingue les préjudices des victimes directes et ceux des victimes indirectes, les préjudices patrimoniaux (ou économiques) et extra patrimoniaux (c'est-à-dire personnels) et enfin les préjudices temporaires et permanents (déterminés selon la date de consolidation).

Nous nous concentrons ici sur la définition de 3 postes de préjudices : le déficit fonctionnel permanent (DFP), le préjudice esthétique temporaire (PET) et le préjudice esthétique permanent (PEP).

- Le Déficit Fonctionnel Permanent

Le DFP correspond à « *la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo physiologique médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié éventuellement complété par des examens complémentaires, à laquelle s'ajoute les phénomènes douloureux et répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituelles et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours* » (2).

Les éventuelles souffrances permanentes sont également prises en compte dans le DFP depuis l'arrêt de la 2^{ème} chambre civile du 28 février 2013. (5)

Ainsi trois composantes le définissent :

- ▶ le déficit physique ou psychique objectif,
- ▶ les souffrances persistantes après la consolidation,
- ▶ l'atteinte à la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence.¹

Ce poste de préjudice doit réparer la perte d'autonomie personnelle de la victime dans son quotidien, ainsi que tous les déficits fonctionnels spécifiques qui perdurent après la consolidation.

¹ Ces termes visent à couvrir les aspects plus larges et subjectifs des dommages subis par la victime comme l'altération du bien-être général et la capacité à mener une vie normale.

Le DFP rentre dans la catégorie des préjudices extra-patrimoniaux permanents et s'exprime en pourcentage (de 0 à 99% en droit commun).

- Le Préjudice Esthétique Temporaire

Estimant que ce préjudice fréquent et réel doit être défini dans un poste de préjudice distinct, la nomenclature Dintilhac en a donné la définition suivante : « *Altération de l'apparence physique de la victime, certes temporaire, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables liées à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers* ».

Pour l'évaluer, l'expert devra se reporter aux éléments du dossier : descriptions par les médecins ayant vu la victime peu après le dommage, les photographies réalisées par les proches, le dossier médical, les ordonnances d'aide technique... (6).

Le PET est à évaluer pour chaque période d'évolution, sur une échelle allant de 1 à 7 en progressant par demi-point. Bien qu'il soit soumis à la subjectivité du médecin expert, les points de repères standardisés du barème de la Société de Médecine Légale permettent théoriquement une bonne reproductibilité et objectivité de son évaluation.

- Le Préjudice Esthétique Permanent

Il s'agit de « *l'ensemble des disgrâces physiques, cicatrices ou déformations majeures imputables à l'accident et dont reste porteur la victime après consolidation* » (7).

Les critères d'évaluation sont les mêmes que pour le PET, mais sans distinction de période d'évolution. La meilleure méthode d'appréciation objective d'un dommage esthétique reste une description anatomique la plus fidèle possible. Pour se faire, l'expert peut joindre dans son rapport des photographies des lésions esthétiques constatées, avec l'accord du patient. Celles-ci doivent être d'une qualité suffisante pour être interprétables.

3. La consolidation

La consolidation médico-légale fait référence à un stade spécifique dans le processus d'évolution d'une victime de dommages corporels. L'état de santé de la victime est stable et l'on considère que les blessures subies ont atteint un état permanent ou qu'elles ne sont plus susceptibles de s'améliorer de manière significative.

La consolidation ne signifie pas nécessairement que la victime soit complètement guérie, mais plutôt que les traitements actifs aient atteint leur limite et que les dommages corporels soient devenus permanents ou stationnaires.

4. L'imputabilité

En droit commun, la victime d'un accident engageant la responsabilité d'un tiers peut obtenir réparation de l'éventuel dommage corporel qu'elle a subi seulement si elle apporte la preuve de la relation de cause à effet directe et certaine entre les lésions créées par ce fait traumatique et les séquelles dont elle se plaint (3).

En effet, selon l'article 1353 du Code civil, la charge de la preuve revient à la victime.

En pratique ce sont donc les médecins experts, dont le rôle est d'évaluer le dommage, qui sont chargés de présenter aux juristes les arguments reliant un état temporaire ou séquellaire à des lésions initiales déterminées, en se basant sur les preuves médicales fournies par le patient. Les juristes, quant à eux, sont chargés de la réparation du préjudice. (8)

Bien que datant de 1925, les critères de Müller et Cordonnier sont des outils qui gardent toute leur valeur dans la détermination de l'imputabilité. Ils permettent aux experts médicaux d'analyser et de déterminer dans quelle mesure les lésions ou les troubles de santé d'une personne peuvent être attribués à un événement traumatique particulier, tel qu'un accident ou une agression. Ces critères sont au nombre de 7 :

- Réalité du trauma et ses caractéristiques,
- Vraisemblance scientifique,
- Certitude du diagnostic,
- Intégrité préalable,

- Concordance de siège,
- Corrélation temporelle entre l'événement et les lésions,
- Continuité évolutive.

L'imputabilité médicale est la pierre angulaire de l'expertise, celle-ci doit être argumentée et justifiée. L'accès au dossier médical le plus complet possible en est l'outil indispensable. Si un doute subsiste, alors les arguments en faveur ou contre cette imputabilité doivent être précisément exposés voire enrichis de publications scientifiques établies et reconnues. (3)

C) Le médecin expert

1. Les différents types de formation

D'après l'article de La Revue de Médecine Légale intitulé « *La Formation Spécialisée Transversale (FST) d'expertise médicale pour les internes en médecine : résultats d'une enquête nationale et comparaison avec les données issues des Diplômes d'Université* » (9), il existe une grande hétérogénéité de formations à l'expertise médicale, puisque on dénombre pas moins de 36 formations universitaires sous forme de Diplômes Universitaires (DU) et Diplômes Interuniversitaires (DIU). Sept de ces formations sont axées sur l'expertise psychiatrique. La plupart de ces programmes ont une durée d'un an et se concluent par un examen final écrit comprenant des questions rédactionnelles et la rédaction de discussions d'expertises. La rédaction d'un mémoire est fréquemment requise. Certains de ces diplômes incluent également des stages auprès d'experts, mais en raison du grand nombre d'étudiants inscrits chaque année par rapport au nombre limité de médecins experts disponibles, cette formation pratique est rarement proposée.

Des Formations Spécialisées Transversales (FST) ont vu le jour suite à la réforme du troisième cycle des études médicales en novembre 2019. Elles sont ouvertes aux internes de certaines spécialités médicales. La FST d'expertise médicale et préjudice corporel donne « une formation théorique de base en réparation du dommage corporel nécessaire à la formation des futurs experts judiciaires » (10). D'une durée d'un an, cette FST offre une formation théorique reposant à minima sur le suivi des cours d'un DU en réparation juridique du préjudice corporel proposé dans la même ville ou région et d'une formation pratique avec la réalisation de deux stages de 6 mois chacun.

Il existe également trois autres formations privées : les deux Certificats d'Aptitude à l'Expertise du Dommage Corporel (CAPEDOC) et la Qualification en Droit de l'Expertise Médico-légale (QUADEM) (11). Ces programmes, seulement accessibles en formation continue, ont un taux de réussite similaire aux DU et DIU et diplôment environ une centaine d'étudiants chaque année.

La QUADEM a succédé au DIUDEM en 2018, qui était un DIU commun aux universités de Paris et de Montpellier. Cette formation est délivrée sous le label de l'Association Française pour la Qualité de l'Expertise Médicale (AFQEM), société savante créée en 2017. Elle forme des professionnels de santé à la pratique de l'expertise médicale dans ses différentes modalités : expertise judiciaire, médecine de recours, et expertise assurantielle.

Les CAPEDOC se concentrent exclusivement sur l'expertise assurantielle. Ils se distinguent par la qualité de leur formation à la fois pratique, avec un stage obligatoire auprès d'un médecin expert sur plusieurs jours, et théorique avec plus de 105 heures de cours (12). Ils sont nécessaires à l'inscription sur la convention d'Indemnisation et de Recours Corporel Automobile (IRCA). Seuls les experts inscrits sur cette liste peuvent être sollicités pour les expertises de type Badinter.

L'absence de critères clairement définis par la justice quant aux compétences attendues des experts judiciaires participe à la grande hétérogénéité de ces formations disponibles.

Toutes ces constatations soulèvent des questions :

- **L'évaluation des postes de préjudices par les médecins experts judiciaires titulaires d'un DU de réparation du dommage corporel est-elle différente des autres ?**
- **Le DU de réparation du dommage corporel est-il nécessaire à l'exercice de l'expertise judiciaire ?**
- **L'évaluation des postes de préjudices par les médecins experts judiciaires titulaires du CAPEDOC est-elle différente des autres ?**

2. Le Diplôme Universitaire de Dommage Corporel de Montpellier

Le diplôme universitaire de Montpellier s'intitule « Réparation juridique du dommage corporel » (13). Il s'agit d'une formation de 80 heures organisée sous forme de 4 séminaires de 3 jours consécutifs répartis sur 1 an. Elle est accessible en formation initiale pour les internes en médecine légale ou les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales. Cette formation est également réalisable en formation continue pour les médecins, dentistes et chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues et neuropsychologues.

L'obtention du diplôme est conditionnée à la réussite d'un examen écrit. Celui-ci se compose de 3 cas d'expertises réelles et anonymisées, pour lesquelles l'étudiant doit rédiger la discussion, la conclusion et donner les modalités de convocation et d'envoi du rapport. Le candidat doit avoir obtenu la moyenne à l'ensemble des épreuves. Au cours de cette formation, les étudiants ont également la possibilité d'assister au moins à 10 expertises.

Ce diplôme existant depuis plus de 20 ans forme chaque année entre 30 et 40 professionnels.

Le taux moyen de réussite de ce diplôme est de 70%.

Ainsi, lorsque l'on compare avec les autres formations citées précédemment dont le taux de réussite moyen global est de 91 % pour l'année 2020-2021 (9) avec en moyenne 27 inscriptions par programme chaque année, le diplôme universitaire montpelliérain semble être le plus exigeant et sélectif.

De ce fait, les évaluations rendues par les médecins titulaires de ce DU sont-elles différentes de celles faites par des experts issus d'autres cursus ?

3. Inscription sur listes de Cours d'Appel

Depuis l'adoption de la loi du 11 février 2004, l'inscription sur les listes de Cours d'Appel se déroule en deux étapes (12).

En premier lieu, l'expert devra prêter serment et effectuer une inscription initiale, qualifiée de probatoire, d'une durée de deux ans. Puis à l'issue de cette période, l'expert devra soumettre une nouvelle candidature. Une fois celle-ci acceptée, l'expert se réinscrira pour une durée de cinq ans, avec une possibilité de renouvellement.

L'inscription initiale du candidat est conditionnée par la présentation d'un dossier comprenant ses diplômes, son historique professionnel, ainsi que tout travail ou réalisations qui viennent appuyer sa qualification dans les spécialités pour lesquelles il souhaite être inscrit.

Jusqu'à très récemment il n'était pas indispensable d'avoir un diplôme d'évaluation du dommage corporel ni aucune formation spécifique à l'expertise judiciaire. A titre d'exemple, sur la liste des experts pour 2021 de la Cours d'Appel de Montpellier, on trouve 66 médecins de spécialités médicales (hors périodes probatoires) dont 32 ont déclaré être titulaires d'un Diplôme Universitaire de réparation juridique du dommage corporel.

Depuis le décret n°2023-468 du 16 juin 2023 (14) relatif à l'expertise devant les juridictions judiciaires, les conditions d'inscription imposent désormais de « justifier d'une formation à l'expertise ». Une formation préalable devient ainsi obligatoire pour l'inscription sur les listes d'experts judiciaires.

Une commission propose des candidatures au vote de l'assemblée générale des magistrats. Sa composition est la suivante :

- Un conseiller à la cour d'appel qui est chargé des experts,
- Un représentant de chaque tribunal judiciaire du ressort de la cour d'appel, (ou les magistrats chargés du contrôle de chaque tribunal judiciaire qui évaluent les besoins en experts dans chaque spécialité),
- Le procureur de la République (ou son représentant), qui aura préalablement fait procéder à des enquêtes sur les candidats,
- Des représentants de la Compagnie des Experts consultés sur la réputation et la compétence des experts telle que connues et reconnues par leurs pairs.

D) Médecine générale et expertise

Les pathologies rencontrées au cours d'expertises médicales sont diverses et variées. De ce fait, l'expert judiciaire doit posséder un champ de compétence étendu et faire preuve d'une grande polyvalence. Les victimes présentent souvent plusieurs pathologies intriquées. Par exemple, il est fréquent d'expertiser des victimes souffrant à la fois de traumatismes somatiques et psychologiques.

Dans ce contexte, le médecin généraliste semble être un excellent candidat pour devenir expert judiciaire. En effet, ce praticien est habitué à traiter une grande diversité de maladies et de patients. La formation en médecine générale permet d'acquérir une connaissance étendue de divers domaines médicaux, ce qui le rend capables d'évaluer des cas médicaux complexes. Au cours de l'internat, l'interne en médecine générale est formé par exemple à la pédiatrie, à la gériatrie, à la médecine d'urgence, et à la gynécologie.

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des patients, et le rédacteur des certificats médicaux initiaux. Il est habitué à avoir une vue d'ensemble de ses patients avec une prise en charge globale. Il joue donc un rôle central interdisciplinaire. Sa grande pratique clinique rend crédible ses évaluations.

De plus, il est habitué à communiquer avec de multiples patients aux profils divers, ce qui lui confère des compétences essentielles en matière de communication. Il doit être capable d'expliquer des concepts médicaux de manière claire et compréhensible, ce qui est crucial lorsqu'il fournit des rapports médicaux d'expertise judiciaire.

La formation, la polyvalence, et les compétences en communication en font donc d'excellents candidats pour servir en tant qu'experts judiciaires.

En reprenant l'exemple précédent, sur la liste des experts pour 2021 de la Cours d'Appel de Montpellier, on trouve 27% de médecins généralistes inscrits parmi les spécialités médicales.

Ceci nous amène à nous questionner sur l'existence de différences entre une expertise judiciaire faite par un médecin généraliste et celle d'un médecin d'une autre spécialité.

Cette étude, que nous qualifierons de préliminaire car il s'agit de la première étude faite sur ce sujet à notre connaissance, va tenter à répondre aux questionnements soulevés ci-dessus.

MATERIELS ET METHODES

A) Méthodologie de l'étude

1. Format et objectifs

Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle et descriptive.

- Objectif principal

Evaluer la concordance des différents postes de préjudices lors d'expertises judiciaires civiles comparativement à un jury composé de 3 experts.

- Objectifs secondaires

- Evaluer la concordance des différents postes de préjudices du jury
- Evaluer la concordance en sous-groupe selon les caractéristiques du médecin initial :

- * Le DU

- * La spécialité

- * Le diplôme du CAPEDOC

- Décrire les qualités de mise en page des rapports et de justification des postes de préjudices selon les membres du jury.

2. Déroulement de l'étude

Nous avons soumis des rapports d'expertises judiciaires anonymisés à un jury composé de 3 experts référents. Il leur a été demandé de réévaluer quatre postes de préjudices et de faire une évaluation qualitative de la rédaction des rapports (ou agrément de lecture).

3. Définition de la population

- Critères d'inclusion

Les rapports analysés étaient des rapports d'expertises judiciaires civiles réalisées récemment (moins de 3 ans), par un expert unique. La nature des dossiers relevait de la traumatologie afin que le rapport puisse être relu et compris par un expert omnipraticien, avec une mission de type Dintilhac. Les rapports devaient être complets, aucune page ou documents ne devaient être manquants.

- Critères d'exclusion

Les rapports d'expertise exclus pour notre étude ont été les suivants :

- Les rapports pour lesquels un membre du jury était présent ou impliqué,
- Les rapports incomplets (pages ou documents manquants),
- Les rapports trop spécialisés (portant exclusivement sur une spécialité médicale ou chirurgicale et ne pouvant pas être analysés par un expert omnipraticien),
- Les rapports comportant un nombre de pages supérieur à 100 (leur relecture aurait été trop chronophage pour le jury),
- Les rapports provenant plus de trois fois du même expert initial, afin de favoriser une diversité de médecins experts. (C'est-à-dire qu'un expert n'a jamais été évalué dans plus de 3 expertises).

4. Recueil des données

- Les rapports d'expertises judiciaires

Il a semblé pertinent d'étudier des rapports d'expertises judiciaires du fait de l'hétérogénéité des formations des experts initiaux contrairement au milieu expertal d'assurance. Il s'est avéré également moins compliqué d'obtenir l'accord d'un magistrat que celui d'une compagnie d'assurance pour accéder à un nombre satisfaisant de rapports.

Ainsi nous avons récupéré des rapports d'expertises judiciaires auprès de deux tribunaux :

- Le tribunal judiciaire de Montpellier
- Le tribunal judiciaire de Paris

L'ensemble des rapports a été numérisé au sein des tribunaux puis anonymisé, avant d'être soumis à la relecture du jury.

- Les données concernant les médecins experts initiaux

Les informations nécessaires à la comparaison de l'évaluation des postes de préjudices entre l'expert initial et le jury ont été obtenues de différentes manières :

- La spécialité et le lieu d'exercice ont été obtenu en consultant l'annuaire de l'Ordre des Médecins qui informe sur la discipline exercée, les disciplines complémentaires d'exercice, ainsi que les autres titres ou orientations autorisées. Le département d'inscription et l'adresse du lieu d'exercice y figurent également. Ces informations, disponibles librement, sont soumises à une vérification de la part de l'Ordre des Médecins avec nécessité de montrer les versions originales des diplômes et d'envoyer une copie.
- Pour obtenir les diplômes et qualifications nous avons également consulté l'annuaire de l'Ordre des Médecins ou bien directement la liste de la Cours d'Appel de Montpellier (pour les experts montpelliérains) et de Paris (pour les experts parisiens).
- Nous avons consulté la liste des médecins titulaires du DU de dommage corporel de Montpellier depuis 2006 auprès de la faculté de médecine de Montpellier.
- Les informations disponibles sur l'annuaire du Centre de Documentation de Dommage Corporel (CDDC), composé des adhérents du CDDC, dont toutes les compagnies d'assurances membres de l'AREDOC, nous ont permis de connaître les experts titulaires du CAPEDOC.
- Pour savoir si l'expert initial exerce une activité d'expertise de recours, nous avons consulté la liste de l'Association Nationale des Médecins-conseils de Victimes d'Accident (ANAMEVA) et la liste de l'Association Nationale des Médecins-Conseils de Recours (ANMCR).

5. L'anonymisation

La méthode d'anonymisation a consisté au masquage des données suivantes :

- Toutes données permettant d'identifier le patient expertisé : identité, adresse, lieu de travail. Seule la date de l'année de naissance a été conservée car l'âge du patient était un élément nécessaire pour l'évaluation de certains postes de préjudices. Il en est de même pour la profession du patient.
- Toutes données permettant d'identifier le médecin expert initial : identité, adresse et lieu du déroulement de l'expertise, spécialité, diplômes, signature. Seule la première lettre du nom a été conservée, afin de faciliter l'intelligibilité des rapports. Les données concernant les avocats ont également été masquées en ne gardant que la première lettre du nom dans un souci de confidentialité.

Les résultats des évaluations des postes de préjudices faites par l'expert initial n'ont pas été anonymisés car l'un des objectifs secondaires était d'analyser la justification et l'argumentation. Cette évaluation qualitative nécessitait que le jury ait accès à ces informations.

6. Choix du jury

Afin d'évaluer la qualité des rapports et de réévaluer les postes de préjudices, un gold standard composite « artificiel » formé de trois experts référents a été créé. Pour pouvoir étudier leur niveau de concordance dans leurs évaluations (par un coefficient de concordance ou un pourcentage d'accord), un nombre minimum de trois experts est nécessaire. Un nombre plus important d'experts référents aurait été trop compliqué à obtenir par manque de disponibilités des experts judiciaires.

En effet, il n'existe pas de gold standard officiel dans l'évaluation de postes de préjudices. L'évaluation se base sur des barèmes, mais le rendu final est laissé à l'appréciation personnelle des experts.

Les experts référents ont été sélectionnés sur les critères suivants :

- Une expérience de l'expertise judiciaire significative (> 10 ans d'exercice à partir de la date de la 1^{ère} inscription sur liste de Cours d'Appel des experts judiciaires).
- Une reconnaissance professionnelle dans le milieu judiciaire : un nombre important d'expertises judiciaires réalisées par année (témoignant d'une certaine confiance accordée par les magistrats) ; et une expérience de l'enseignement de l'expertise judiciaire.
- Une diversité des spécialités et/ou des lieux d'exercices (praticien hospitalier et libéral).
- La disponibilité pour la relecture chronophage des rapports.

Table 1. Caractéristiques des membres du jury

	Jury 1	Jury 2	Jury 3
Type exercice	Libéral	Libéral	PU-PH
Lieu exercice	Occitanie	Occitanie	Occitanie
Spécialité ²	Généraliste	Généraliste	Légiste
Nombre d'années d'expérience de l'expertise judiciaire	39 ans	12 ans	35 ans
Nombre d'expertises judiciaires civiles en 2022	132	62	65
Activité d'expertise d'assurance ou titulaire CAPEDOC	Oui	Oui	Oui
DU de dommage corporel	Oui	Oui	Oui
Expérience de l'enseignement de l'expertise judiciaire	Oui	Oui	Oui

² Telle que publiée sur l'annuaire de l'Ordre des Médecins

7. Choix des postes de préjudices et leur évaluation

Le jury a évalué les 4 postes suivants : le déficit fonctionnel permanent, la date de consolidation, le préjudice esthétique permanent et temporaire.

- Le déficit fonctionnel permanent

Ce poste de préjudice est d'une importance capitale. En effet, il permet de calculer les dommages et intérêts de la victime. Ce calcul consiste à multiplier le pourcentage de DFP par la valeur du point (variable selon divers paramètres dont l'âge de la victime par exemple).

Concernant son évaluation, il n'y a aucun barème officiel ou légal s'imposant aux médecins experts sur le terrain judiciaire. Mais en pratique, les experts disposent de 2 barèmes. On distingue « *Le barème d'évaluation médico-légale* » de la Société Française de Médecine Légale (7) qui aborde le DFP par le biais de la déficience fonctionnelle ; et le barème du Concours Médical (15) qui est une production de l'Association pour l'étude de la Réparation du Dommage Corporel (AREDOC) qui aborde le DFP par le biais de la lésion anatomique. (Ce dernier est annexé aux conventions entre assureurs, en particulier à la convention IRCA, et s'impose aux médecins réalisant une expertise pour les compagnies d'assurance). Bien que le barème de la Société Française de Médecine Légale soit plus complet dans son approche que celui du Concours Médical, il semble que quel que soit le barème utilisé, les taux de DFP ne soient pas significativement différents (3).

Nous avons donc demandé aux membres du jury de donner leur évaluation du taux de déficit fonctionnel permanent en utilisant le barème de leur choix, en pourcentage, en se basant sur toutes les informations nécessaires à sa détermination dans le rapport, dont la description de l'examen clinique de l'expert initial et les doléances du patient.

- La date de consolidation

La détermination d'une date de consolidation est primordiale lors d'une expertise judiciaire, car elle permet non seulement de conclure un dossier et déclencher l'indemnisation, mais aussi de distinguer les préjudices temporaires (avant consolidation) et permanents. Il s'agit d'une date précise (jour, mois, année), dont la détermination doit être justifiée dans le rapport. Cette justification peut se faire par des documents médicaux attestant par exemple de la fin d'une

thérapeutique médicamenteuse ou de séances de kinésithérapie, la date de la dernière consultation avec un spécialiste, la dernière imagerie réalisée... (6)

Une consolidation trop précoce peut entraîner une surévaluation d'une pathologie susceptible de s'améliorer plus tard ; tandis qu'au contraire une consolidation tardive va retarder l'indemnisation de la victime. Les enjeux de la détermination de la date de consolidation sont donc importants.

Nous avons demandé aux membres du jury de donner leur évaluation de la date de consolidation, toujours en se basant sur les informations contenues dans le rapport de l'expert initial.

- Le préjudice esthétique temporaire

Ce poste de préjudice se quantifie seulement dans le cadre des expertises judiciaires. En effet, l'AREDOC ne demande aux médecins des compagnies d'assurances que « d'en décrire la nature, la localisation, l'étendue et l'intensité et d'en déterminer la durée » (point 13 de la mission AREDOC 2023). De ce fait, le PET est souvent mal connu des experts d'assurance non titulaires d'un DU de réparation du dommage corporel. Il nous a donc semblé pertinent de l'analyser. De plus, l'évaluation de ce poste de préjudice qui ne dispose pas de son propre barème donne souvent lieu à de multiples débats.

Cependant, son évaluation s'est avérée trop chronophage car contrairement au préjudice esthétique permanent, le PET a un caractère évolutif et se définit par période.

Nous avons donc demandé au jury de l'évaluer de la manière suivante : s'il était d'accord avec la période ET le taux de PET définis par l'expert initial, alors il évaluait à 1 (avec une tolérance de +/- 0,5 points pour le PET). Autrement, il attribuait la note de 0 s'il n'était pas d'accord avec l'un de ces deux paramètres.

- Le préjudice esthétique permanent

La qualité de son évaluation est déterminée par une description précise. Contrairement au PET, son évaluation repose sur un barème précis disponible dans le barème de la Société Française de Médecine Légale.

Nous avons demandé au jury son évaluation entre 0 et 7 du taux de PEP en se basant sur les informations contenues dans le rapport de l'expert initial.

8. Agrément de lecture

Pour chaque rapport anonymisé, nous avons demandé au jury une évaluation qualitative de deux paramètres : la mise en page des rapports et la justification des postes de préjudice.

Il s'agit de donner une indication de la lisibilité des rapports destinés à des mandants non-médecins mais aussi de l'utilité des rapports en cas de contre-expertise. En effet il est parfois difficile pour un expert de comprendre ce que le collègue voulait dire et surtout de retrouver les informations pertinentes.

Les critères de qualité de mise en page sont détaillés dans la discussion. Une mise en page de bonne qualité est notée 1 tandis qu'une mise en page non réglementaire est évaluée à 0.

Il en va de même pour la qualité de justification des postes de préjudices : une argumentation détaillée et précise permettant une bonne compréhension de l'évaluation des postes de préjudices est notée 1. Dans le cas contraire elle est évaluée à 0.

B) Analyse des données

1. Critères de jugement

Les critères de jugement sont les quatre postes de préjudices :

- DFP
- Date de consolidation
- PEP
- PET

2. Méthode d'analyse

Un descriptif de la population a été réalisé. Les variables qualitatives ont été décrites via leurs effectifs, les pourcentages et les variables quantitatives via leurs moyennes et écart-types ou médianes et quartiles selon la distribution.

Dans un premier temps, nous avons évalué la reproductibilité du gold standard artificiel composé du jury (les trois experts référents), avant d'évaluer la concordance entre la moyenne des évaluations du jury avec les médecins initiaux.

Pour calculer la concordance des différents postes de préjudices entre les trois experts, des coefficients de concordance pour un nombre d'observateurs supérieur à 2 ont été utilisés : Kappa de Fleiss et AC1 de Gwet, et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés. Pour évaluer la concordance entre l'expertise initiale et la moyenne du jury, des coefficients de concordance (Kappa de Cohen non pondéré, Kappa de Cohen pondéré linéairement et AC1 de Gwet) ont été calculés lorsque cela était possible. Leurs intervalles de confiance à 95% ont été également calculés.

Bien que le coefficient de Kappa de Cohen soit l'estimateur de concordance inter observateur le plus répandu, l'AC1 de Gwet s'avère être plus robuste lorsqu'il y a une grande variation de distribution dans les mesures (16). Quant au Kappa de Cohen pondéré, il permet de prendre en compte la taille de la différence.

Pour interpréter ces coefficients de concordance, nous avons pu utiliser les ordres de grandeurs proposés par Landis et Koch (17):

- < 0 : désaccord ;
- [0.00-0.20] : accord très faible ;
- [0.21-0.40] : accord faible ;
- [0.41-0.60] : accord modéré ;
- [0.61-0.80] : accord fort ;
- [0.81-1.00] : accord presque parfait.

Lorsque le calcul des coefficients de concordance n'était pas possible, nous avons calculé des pourcentages d'accord. Pour les postes de préjudices quantitatifs, nous avons préféré nous référer au Kappa de Cohen pondéré.

Puis des analyses en sous-groupes ont été réalisées pour avoir la concordance selon l'obtention du DU de dommage corporel de Montpellier, selon la spécialité (généraliste vs autres) et selon l'obtention du CAPEDOC. Les pourcentages d'accord ont été comparés selon ces modalités grâce à des tests du Chi² lorsque cela était possible, et des tests de Fisher dans le cas contraire.

Les pourcentages de qualité de mise en page et de qualité de justification des postes de préjudices ont été calculés avec leurs intervalles de confiance à 95%.

RESULTATS

A) Description de la population étudiée

- Les rapports d'expertises

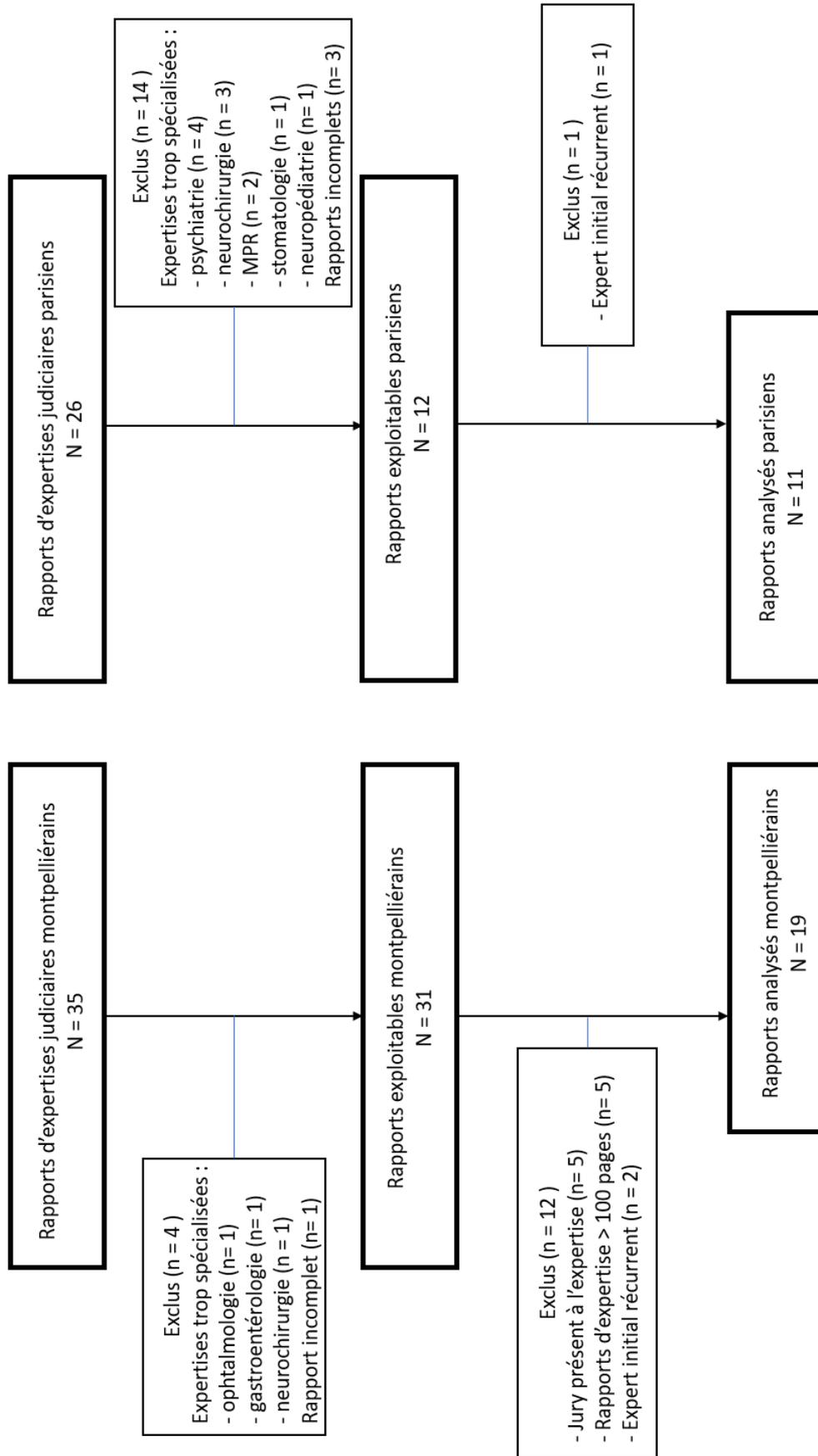
Nous avons obtenu 61 rapports d'expertises judiciaires civiles, dont 35 dossiers en provenance du Tribunal Judiciaire de Montpellier et 26 dossiers en provenance du Tribunal Judiciaire de Paris.

43 dossiers étaient exploitables après l'exclusion de 4 rapports montpelliérains et 14 rapports parisiens trop spécialisés ou incomplets. Parmi ces rapports, 30 ont été anonymisés puis analysés dont 19 rapports montpelliérains et 11 rapports parisiens.

Nous dénombrons 13 dossiers exploitables mais non analysés car ils impliquaient le jury, étaient trop longs, ou étaient rédigés par un expert initial dont des rapports avaient déjà été sélectionnés 3 fois.

L'ensemble de ces données nous permet d'établir le flow chart de notre population d'analyse :

Figure 2. Répartition de la population étudiée (flow chart)



- Caractéristiques de la population des médecins ayant fait la première expertise

Table 2. Caractéristiques de la population

Variable	Modalités	Population totale
Spécialité de l'expert initial (n(% col))		N=30
	MPR	3 (10.00)
	Cardiologue	1 (3.33)
	Chirurgien maxillo-facial	1 (3.33)
	Chirurgien orthopédiste	7 (23.33)
	Chirurgien plasticien	1 (3.33)
	Généraliste	10 (33.33)
	Légiste	7 (23.33)
Genre de l'expert initial (n(% col))		N=30
	Femme	3 (10.00)
	Homme	27 (90.00)
Lieu d'exercice de l'expert initial (n(% col))		N=30
	Occitanie	18 (60.00)
	Ile-de-France	12 (40.00)
Lieux du tribunal (n(% col))		N=30
	Montpellier	19 (63.33)
	Paris	11 (36.67)
DU dommage corporel de l'expert initial (n(% col))		N=30
	Non	2 (6.67)
	Oui	28 (93.33)
DU dommage corporel de Montpellier (n(% col))		N=30
	Non	21 (70.00)
	Oui	9 (30.00)
CAPEDOC (n(% col))		N=30
	Non	24 (80.00)
	Oui	6 (20.00)

Les 30 rapports d'expertises retenus étaient rédigés par 24 experts initiaux différents. 27 rapports ont été rédigés par des hommes (soit 90%) et 3 par des femmes (soit 10%).

Les spécialités exercées par les experts initiaux étaient diverses. Les plus représentées étaient la médecine générale, la chirurgie orthopédique et la médecine légale.

19 rapports provenaient d'experts exerçant en Occitanie et 11 par des experts exerçant en île-de-France.

Concernant l'activité expertale de l'expert initial, 5 experts (soit 21% de l'échantillon d'experts initiaux) étaient titulaires du CAPEDOC et ont rédigé 6 rapports.

Un seul expert initial avait une activité d'expertise de recours.

Concernant la formation déclarée par l'expert initial, plus de 93% des rapports analysés ont été produits par un expert déclarant avoir suivi une formation à l'expertise médicale judiciaire par l'obtention d'un DU de dommage corporel.

En effet, 29% des experts étaient titulaires du DU de dommage corporel de Montpellier (représentant 30% du nombre total des rapports d'expertises analysés). 63% étaient titulaires d'un DU d'une autre ville (représentant 63% du nombre total des rapports d'expertises analysés). 8% des experts ne déclaraient aucun diplôme ni aucune formation à l'expertise (représentant 6.67% du nombre total des rapports d'expertises analysés).

Parmi les 22 experts initiaux déclarant avoir été formés à l'expertise médicale judiciaire, 5 d'entre eux déclaraient une formation supplémentaire en lien avec l'expertise judiciaires (DIU de droit de l'expertise médicale, DU d'évaluation des traumatisés crâniens, DIU d'expertise en accidents médicaux, DU d'approfondissement en expertise médicale et odontologique, DIU de droit médical).

B) Résultats statistiques

1. Concordance entre les 3 experts du jury

Table 3. Mesure de la concordance entre les 3 membres du jury

	Indice	Valeur	Erreur Standard	IC 95%
DFP	Gwet's Ac1	0.40	0.07	0.27 ; 0.53
Date de consolidation		0.46	0.08	0.31 ; 0.61
PEP		0.49	0.09	0.31 ; 0.66

En se basant sur les ordres de grandeurs proposés par Landis et Koch, les 3 membres du jury ont un accord faible à modéré.

2. Concordance entre l'analyse initiale et la moyenne des 3 experts

Table 4. Mesure de la concordance entre l'expertise initiale et la moyenne du jury pour DFP, date de consolidation et PEP

	Indice	Valeur	Erreur Standard	IC 95%
DFP	Kappa pondéré	0.79	0.06	0.66 ; 0.92
Date de consolidation		0.65	0.11	0.43 ; 0.87
PEP		0.82	0.06	0.70 ; 0.93

Si l'on s'intéresse au Kappa pondéré, il y a une concordance forte entre la moyenne du jury et l'expertise initiale pour le DFP et le PEP.

Concernant la date de consolidation, 58 sur 87 évaluations des membres du jury ont trouvé une date identique (3 données manquantes), soit 66.67% des cas, avec un intervalle de confiance à 95% [55.75% ; 76.42%]. La concordance est modérée entre le jury et l'expertise initiale.

Pour le PET, le pourcentage d'accord entre les membres du jury pris individuellement et l'évaluation initiale est de 44 sur 90, soit 48.89%, avec un intervalle de confiance à 95% [38.20% ; 59.65%]. Le pourcentage d'accord peut être qualifié de moyen.

3. Concordance en sous-groupes entre l'analyse initiale et la moyenne des 3 experts

- DFP

Table 5. Mesure de la concordance entre l'expertise initiale et la moyenne du jury pour évaluation du DFP selon la formation et la spécialité

	Indice	Valeur	Erreur Standard	IC 95%
DU de Montpellier : oui (n= 9)	Kappa pondéré	0.88	0.03	0.83 ; 0.94
DU de Montpellier : non (n= 21)		0.81	0.07	0.67 ; 0.96
Spécialité : généraliste (n=10)		0.80	0.10	0.60 ; 0.99
Spécialité : autre (n=20)		0.80	0.07	0.66 ; 0.94
CAPEDOC : oui (n=6)		0.90	0.03	0.85 ; 0.95
CAPEDOC : non (n=24)		0.80	0.07	0.67 ; 0.93

En se basant sur les ordres de grandeurs proposés par Landis et Koch, l'accord entre la moyenne du jury et l'expertise initiale est fort à presque parfait. Bien que l'accord semble plus important lorsque l'expert initial est titulaire du DU de dommage corporel ou du CAPEDOC, la différence n'est pas statistiquement significative.

- PEP

Table 6. Mesure de la concordance entre l'expertise initiale et la moyenne du jury pour évaluation du PEP selon la formation et la spécialité

	Indice	Valeur	Erreur Standard	IC 95%
DU de Montpellier : oui (n= 9)	Kappa pondéré	0.95	0.05	0.86 ; 1.00
DU de Montpellier : non (n= 21)		0.76	0.08	0.60 ; 0.91
Spécialité : généraliste (n=10)		0.78	0.13	0.52 ; 1.00
Spécialité : autre (n=20)		0.83	0.06	0.72 ; 0.95
CAPEDOC : oui (n=6)		1.00	0.00	1.00 ; 1.00
CAPEDOC : non (n=24)		0.79	0.11	0.36 ; 0.80

L'accord entre la moyenne du jury et l'expertise initiale pour l'évaluation du PEP est significativement meilleur lorsque l'expert initial est titulaire du CAPEDOC. Il semble également plus important lorsque l'expert initial est titulaire du DU de dommage corporel de Montpellier.

- Date de consolidation

Table 7. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour détermination de la date de consolidation selon le DU de Montpellier

Variable	Modalité	Population totale	Titulaire DU dommage corporel de Montpellier		P
			Non	Oui	
Correspondance date jury (n(% col))		N=87	N=61	N=26	0.07
	Date différente	29 (33.33)	24 (39.34)	5 (19.23)	
	Date identique	58 (66.67)	37 (60.66)	21 (80.77)	

Table 8. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour détermination de la date de consolidation selon la spécialité

Variable	Modalité	Population totale	Spécialité = Médecin généraliste		P
			Non	Oui	
Correspondance date jury (n(% col))		N=87	N=57	N=30	0.06
	Date différente	29 (33.33)	23 (40.35)	6 (20.00)	
	Date identique	58 (66.67)	34 (59.65)	24 (80.00)	

Table 9. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour détermination de la date de consolidation selon le CAPEDOC

Variable	Modalité	Population totale	Titulaire CAPEDOC		P
			Non	Oui	
Correspondance date jury (n(% col))		N=87	N=69	N=18	0.57
	Date différente	29 (33.33)	22 (31.88)	7 (38.89)	
	Date identique	58 (66.67)	47 (68.12)	11 (61.11)	

Pour la détermination de la date de consolidation, les titulaires du DU de dommage corporel de Montpellier semblent avoir un accord plus important que les autres avec la moyenne du jury (81% vs 61%), sans que cela ne soit statistiquement significatif (p-value=0.07). Il en est de même pour les spécialistes en médecine générale (80% vs 60%, p-value =0.06).

- PET

Table 10. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expertise initiale et la moyenne du jury pour évaluation du PET selon le DU de Montpellier

Variable	Modalité	Population totale	Titulaire DU dommage corporel de Montpellier		P
			Non	Oui	
Préjudice esthétique temporaire accord jury (n(% col))		N=90	N=63	N=27	< 0.01
	Non	46 (51.11)	39 (61.90)	7 (25.93)	
	Oui	44 (48.89)	24 (38.10)	20 (74.07)	

Table 11. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expertise initiale et la moyenne du jury pour évaluation du PET selon la spécialité

Variable	Modalité	Population totale	Spécialité = médecin généraliste		P
			Non	Oui	
Préjudice esthétique temporaire accord jury (n(% col))		N=90	N=60	N=30	0.77
	Non	46 (51.11)	30 (50.00)	16 (53.33)	
	Oui	44 (48.89)	30 (50.00)	14 (46.67)	

Table 12. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expertise initiale et la moyenne du jury pour évaluation du PET selon le CAPEDOC

Variable	Modalité	Population totale	CAPEDOC		P
			Non	Oui	
Préjudice esthétique temporaire accord jury (n(% col))		N=90	N=72	N=18	0.53
	Non	46 (51.11)	38 (52.78)	8 (44.44)	
	Oui	44 (48.89)	34 (47.22)	10 (55.56)	

Le pourcentage d'accord entre l'expertise initiale et la moyenne du jury est plus important chez les possesseurs du DU de dommage corporel de Montpellier que les autres (74% vs 38%, p-value<0.01).

En revanche, nous ne retrouvons pas d'effet de la spécialité ou du CAPEDOC sur le pourcentage d'accord entre la moyenne du jury et l'expertise initiale pour l'évaluation du préjudice esthétique temporaire.

4. Qualité de mise en page des rapports

- Sur tous les rapports

46 évaluations par les membres du jury sur 86 ont été notées comme « mise en page correcte » (4 données manquantes), soit 51.11%, avec un intervalle de confiance à 95% [40.35% ; 61.80%].

- Selon le DU de dommage corporel de Montpellier, la spécialité et le CAPEDOC

Table 13. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour la qualité de mise en page selon le DU de Montpellier

Variable	Modalité	Population totale	Titulaire DU dommage corporel de Montpellier		P
			Non	Oui	
Qualité mise en page jury (n(% col))		N=90	N=63	N=27	0.14
	Incorrecte	44 (48.89)	34 (53.97)	10 (37.04)	
	Correcte	46 (51.11)	29 (46.03)	17 (62.96)	

Table 14. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour la qualité de mise en page selon la spécialité

Variable	Modalité	Population totale	Spécialité = médecin généraliste		P
			Non	Oui	
Qualité mise en page jury (n(% col))		N=90	N=60	N=30	0.88
	Incorrecte	44 (48.89)	29 (48.33)	15 (50.00)	
	Correcte	46 (51.11)	31 (51.67)	15 (50.00)	

Table 15. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour la qualité de mise en page selon le CAPEDOC

Variable	Modalité	Population totale	CAPEDOC		P
			Non	Oui	
Qualité mise en page jury (n(% col))		N=90	N=72	N=18	0.92
	Incorrecte	44 (48.89)	35 (48.61)	9 (50.00)	
	Correcte	46 (51.11)	37 (51.39)	9 (50.00)	

Le fait d'être titulaire du DU de dommage corporel de Montpellier semble être associé à un meilleur pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury. Cependant nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative de qualité de mise en page des rapports selon la possession du DU dommage corporel de Montpellier, la spécialité ou le CAPEDOC.

5. Qualité de la justification des postes de préjudices

- Sur tous les rapports

45 évaluations par les membres du jury sur 90 ont été notées comme « justification correcte » des postes de préjudice, soit 50.00%, avec un intervalle de confiance à 95% [39.29% ; 60.73%].

- Selon le DU de dommage corporel de Montpellier, la spécialité et le CAPEDOC

Table 16. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour la justification selon le DU de Montpellier

Variable	Modalité	Population totale	Titulaire DU dommage corporel de Montpellier		P
			Non	Oui	
Qualité justification postes de préjudices jury (n(% col))		N=90	N=63	N=27	0.11
	Incorrecte	45 (50.00)	35 (55.56)	10 (37.04)	
	Correcte	45 (50.00)	28 (44.44)	17 (62.96)	

Table 17. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour la qualité de mise en page selon la spécialité

Variable	Modalité	Population totale	Spécialité = médecin généraliste		P
			Non	Oui	
Qualité justification postes de préjudices jury (n(% col))		N=90	N=60	N=30	0.03
	Incorrecte	45 (50.00)	35 (58.33)	10 (33.33)	
	Correcte	45 (50.00)	25 (41.67)	20 (66.67)	

Table 18. Mesure du pourcentage d'accord entre l'expert initial et le jury pour la qualité de mise en page selon le CAPEDOC

Variable	Modalité	Population totale	CAPEDOC		P
			Non	Oui	
Qualité justification postes de préjudices jury (n(% col))		N=90	N=72	N=18	0.60
	Incorrecte	45 (50.00)	37 (51.39)	8 (44.44)	
	Correcte	45 (50.00)	35 (48.61)	10 (55.56)	

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative de qualité de justification des postes de préjudices dans les rapports selon la possession du DU dommage corporel de Montpellier ou le CAPEDOC. En revanche, d'après le jury, le fait d'être médecin généraliste est associé à une meilleure qualité de justification des postes de préjudices (67% vs 42%, p-value = 0.03).

DISCUSSION

A) Discussion des critères qualité d'un rapport d'expertise judiciaire à partir des erreurs les plus fréquemment rencontrées

Concernant la qualité de mise en page ou de justification des postes de préjudices, les pourcentages d'accord peuvent être qualifiés de « moyens » puisqu'ils ne dépassent pas les 52%. Ceci prouve que les principes de rédaction sont loin d'être connus de tous. C'est un argument majeur en faveur de la nécessité d'une formation adéquate à l'expertise, et plus spécifiquement à l'expertise judiciaire.

- Rédaction du rapport

Le rapport d'expertise judiciaire étant amené à être relu par de nombreuses personnes (avocat, magistrat, d'autres médecins experts, l'expertisé lui-même parfois...), il est impératif qu'il soit rédigé de manière claire et précise afin d'être compris de tous. La lecture du rapport doit permettre au juge de se faire une idée juste et impartiale du dommage présenté par l'individu expertisé. N'étant pas lui-même médecin, il faut lui rendre compréhensible le langage médical. La partie médicale du rapport peut être soumise à des critiques. Dans 30% des rapports analysés, nous avons relevé des termes trop « techniques », des acronymes ou des abréviations rarement explicités. De même, nous avons trouvé des formules ambiguës qui peuvent perturber une interprétation. Dans 2 rapports, l'expert affirme des choses dont il ne peut être certain, sans utiliser le conditionnel.

Chaque affirmation doit être précisément justifiée et argumentée. (18)

Dans 5 rapports, l'expert reprend des informations issues de documents dont il dispose ou cite des déclarations qui lui sont faites lors de l'expertise sans utiliser la forme « entre guillemets » et en *italique*. Bien qu'il n'existe pas de règle officielle, cette mise en page est communément admise et permet d'éviter des confusions entre l'avis de l'expert rédacteur du rapport et l'énumération des éléments qu'il a à sa disposition. De plus, nous notons que dans 4 de ces mêmes rapports les dates des événements importants ne sont pas mises **en gras** ou dans une police distinctive, ce qui complique leur lecture.

Trois experts ont retranscrit l'intégralité des documents médicaux sans se contenter de citer la partie la plus informative. Une récapitulation, mentionnant la date et l'auteur, serait plus judicieuse.

De plus, certains documents médicaux hospitaliers reproduits dans ces rapports mentionnent des problèmes de santé survenus entre-temps ou des antécédents qui ne sont pas de nature à interférer avec l'accident et peuvent entraîner un risque de violation du secret médical (19).

Dans 27% des rapports, nous retrouvons des reproductions des pièces médicales sous format PDF qui cassent l'harmonie de lecture et impactent donc le raisonnement de l'expert ou du lecteur. Il est souhaitable de retranscrire les documents, les convertir ou les insérer avec la même police que le corps du texte du rapport...

Pour finir, les éléments indispensables devant figurer au début de tout rapport d'expertise manquaient dans 17% des rapports. Ces éléments étaient les suivants :

- L'instance demandant l'expertise ;
 - La liste des parties présentes le jour de l'expertise et leurs qualités ;
 - L'identité de l'expertisé et sa date de naissance ;
 - Le rappel de la mission qui peut éventuellement être annexé ;
 - Les dates de l'événement, de réalisation de l'expertise et d'adressage du rapport.
-
- Cadre de vie/état antérieur

L'expert se doit de recueillir les précisions indispensables sur la biographie de la personne expertisée comme sa situation familiale et socioprofessionnelle. Il est nécessaire de connaître précisément le statut du demandeur de l'expertise avant le fait générateur de l'expertise.

Nous notons par exemple dans 3 rapports que la profession exercée par la victime avec une description du poste occupé n'est pas précisée. Il est donc difficile de se rendre compte de l'activité réellement exercée en termes de sédentarité ou de contraintes physiques.

Dans plus d'une dizaine de rapports la distance entre le lieu de travail et le domicile, le type de logement, le niveau de formation, ou les loisirs pratiqués avant l'événement n'étaient pas précisés. Le manque de ces informations peut gêner l'appréciation des déficits fonctionnels temporaires et la justification de certains arrêts de travail.

Un rapport concernait une personne âgée sans préciser le niveau d'autonomie.

Pour finir, il est important de mentionner les antécédents médicaux interférant avec les faits traumatiques, ceux-ci constituant l'état antérieur. Il ne s'agit que de mentionner les éléments médicaux pouvant avoir un impact sur les lésions initiales ou les séquelles, ou bien pouvant avoir été modifié par le fait motivant l'expertise, conformément aux articles R. 4127-4 et R. 4127-72 du Code de la santé publique (19) sur le respect du secret médical. Nous relevons 5 rapports ne répondant pas à ces exigences.

- Certificat médical initial

Le certificat médical initial (CMI) est le document médical permettant de décrire l'état d'une victime à la suite d'un événement qu'il s'agisse d'un accident ou d'une agression. L'expert doit s'assurer qu'il a été établi peu de temps après l'événement causal. Le délai d'usage entre accident et rédaction du rapport est de 7 à 10 jours. Les CMI rédigés trop tardivement ou non datés sont suspects d'imprécisions.

Une approche attentive et critique est requise lors de l'examen de ce certificat.

Nous relevons le cas d'un rapport dans lequel l'expert impute une lésion non mentionnée dans le CMI sans discuter de son imputabilité selon les critères de Muller et Cordonnier. Dans cet exemple, l'expert s'expose potentiellement à des désaccords. Dans de telles situations, des certificats supplémentaires sont généralement produits.

- Rappel des faits/soins avant consolidation

Dans ce chapitre sont relatés les commémoratifs, c'est-à-dire les circonstances de l'incident et la chronologie de l'évolution du blessé et les soins apportés.

L'expert doit rédiger une description des conséquences immédiates de l'événement et énumérer les traitements administrés. Il doit également expliquer les éventuelles complications découlant de la détérioration de l'état antérieur.

Dans 27% des rapports analysés certaines données n'étaient pas indiquées : dates, services hospitaliers, ou bien la nature, la fréquence et la forme des soins en ambulatoire. Nous notons

également l'absence fréquente de déclarations du blessé et/ou de ses proches sur l'assistance humaine qu'ils ont dû fournir pour faire face à une possible perte d'indépendance.

Dans 3 dossiers nous déplorons le manque de détails décrivant de quelle manière les blessures initiales ont perturbé les activités quotidiennes, et expliquant les ajustements nécessaires.

- Examens complémentaires/documents présentés

L'expert est chargé d'analyser les examens en fonction de ses compétences ; il n'est pas contraint d'approuver les conclusions de ses confrères s'il ne les partage pas. Dans une telle situation, il doit exprimer son propre point de vue avec une justification appropriée. Lorsqu'il est confronté à des examens d'imagerie présentant des difficultés d'interprétation, l'expert peut choisir de se référer au compte rendu qui lui est fourni.

Dans 8 rapports évalués, des documents et leur analyse n'étaient pas essentiels à la compréhension de l'évolution. Dans ce cas, les experts auraient pu simplement mentionner qu'ils en ont pris connaissance sans les inclure dans leurs rapports.

- Doléances

Le patient fait part de son vécu personnel, évoquant ses douleurs et appréhensions, le retentissement sur son mode de vie, ses limitations fonctionnelles et psychologiques éventuelles.

Six rapports manquaient d'informations détaillées. Les limitations fonctionnelles et les niveaux de douleur n'incluaient pas leur degré d'intensité, leur emplacement et leur impact sur la vie quotidienne.

Cependant, simplement reproduire les doléances du patient comme l'ont fait 23% des experts n'est pas suffisant. L'interrogatoire doit être dirigé et systématique afin de structurer les plaintes dans une certaine logique médicale. Il est en particulier important de le structurer selon un ordre nyctéméral en partant de la gêne sur les actes les plus simples (dans la vie quotidienne) aux actes les plus complexes (activités sportives par exemple).

Des doléances écrites peuvent être annexées au dossier mais ne se substituent pas à un interrogatoire et une transcription attentive des doléances par l'expert. Le dialogue singulier

dont résulte en partie la capacité d'un médecin à en savoir plus sur le patient que le patient lui-même sont l'essence même de l'activité médicale.

- Examen clinique

Un examen clinique général n'est pas indispensable s'il n'apporte pas d'élément contributif dans les réponses à la mission. Mais il doit à minima porter sur la zone du corps mise en cause dans le certificat médical initial même si elle ne fait pas l'objet de doléances. Cet examen ciblé était absent dans 10 rapports analysés.

De plus, 3 experts n'ont pas examiné une zone corporelle ayant fait l'objet de doléances imputées au fait traumatique par le patient (même si son imputabilité est discutée par la suite).

Pour finir, nous relevons 2 rapports dans lesquels il aurait été judicieux d'indiquer les signes cliniques absents, ceux-ci pouvant servir de référence lors d'examens ultérieurs.

Afin d'être reproductibles, les mesures doivent être faites en se basant sur des repères anatomiques précis. Ces éléments n'étaient pas toujours précisés par les experts.

Des conclusions pertinentes ne peuvent reposer que sur une évaluation clinique crédible, c'est-à-dire précise et minutieuse.

- Discussion

Ce chapitre est une synthèse de l'ensemble des données acquises au cours de l'expertise. Il s'y discute l'imputabilité des lésions et l'évaluation des postes de préjudices.

Selon notre analyse, il manquait dans 13 rapports des éléments d'argumentation de chaque point de la mission qui auraient permis au lecteur de saisir les critères précis de l'évaluation.

Quatre rapports présentaient une rédaction compromettant la lisibilité. Ils reprenaient la mission en développant et répondant à chaque point. Cela exposait également à des redites.

Dans la majorité des rapports nous ignorons si la discussion s'est faite en présence des parties ou non.

- Conclusion

Selon la mission Dintilhac, la conclusion consiste à « établir un état récapitulatif de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ».

En pratique, afin d'être concise et la plus synthétique possible, l'AREDOC suggère une présentation sous la forme d'un tableau récapitulatif.

Cette présentation synthétique est retrouvée dans seulement 16% des rapports.

- Dires

A l'issue d'une expertise, l'expert peut rédiger un pré rapport et attendre d'éventuelles dire, ou bien demander une réunion de synthèse. (Cette option est souvent privilégiée dans les contextes de multi traumatismes ou multiple avis sages).

Les dire sont des observations sous la forme de notes écrites émises par l'une des parties, diffusées au contradictoire par le rédacteur.

Comme l'indique l'article 276 du Code de procédure civile (20), l'expert se doit d'inclure les dire à son rapport et y répondre s'ils sont formulés dans le délai imparti. Ce délai est de façon coutumière d'un mois. Les réponses aux dire, quand elles sont formulées, sont trop souvent elliptiques, évasives ou péremptoires sans argumentation. L'expert se doit d'y répondre précisément.

Pour conclure, un rapport d'expertise judiciaire doit répondre à certains critères de qualité. Il est attendu de la part de l'expert judiciaire une compétence certaine dans sa spécialité, une rédaction précise et argumentée répondant à la mission et aux dire. Les règles de l'évaluation médico légale doivent être connues de l'expert et le principe du contradictoire doit être respecté.

Un rapport d'expertise de qualité est avant tout un rapport qui éclaire les magistrats, ces derniers étant à l'origine de la nomination de l'expert inscrit sur la liste. Il est évident qu'ils choisiront préférentiellement un expert acceptant les missions, qui rend dans des délais acceptables des rapports explicites et peu contestés. (18)

B) Importance de la formation à l'expertise judiciaire

Nous avons mis en évidence un accord de concordance entre les 3 experts du jury « faible à modéré ». Ceci peut questionner dans la mesure où toutes les évaluations suivantes sont basées sur l'avis de ce jury.

Pour rappel, les 3 membres du jury ont été sélectionnés pour leur niveau de formation et leur grande expérience dans le domaine de l'expertise judiciaire. Ils sont tous titulaires d'un DU de dommage corporel, avec une activité d'expertise d'assurance et ils réalisent annuellement un grand nombre d'expertises judiciaires depuis au moins 12 ans. Il existe cependant des disparités quant à leurs analyses sur lesquelles nous pouvons nous interroger.

Ces divergences mettent en évidence toute la difficulté de l'évaluation en expertise judiciaire. L'absence de consensus précis sur l'évaluations des postes de préjudices et de règles rédactionnelles strictes favorisent peut-être l'apparition de ces disparités.

Bien qu'une part de l'évaluation reste soumise à la subjectivité des experts, un *modus operandi* précis, stricte et commun permettrait de rendre ces disparités négligeables. Nous avons fait le choix de comparer la concordance des experts initiaux (c'est-à-dire les experts évalués) avec la *moyenne* du jury afin de les lisser au maximum et qu'elles n'influencent pas les résultats de l'étude.

Nous remarquons qu'il y a une forte concordance pour le DFP et le PEP, c'est-à-dire des chefs de préjudices bien définis par des barèmes. Ceux-ci seraient donc moins soumis à une évaluation subjective contrairement à la date de consolidation pour laquelle la concordance est seulement modérée. Pour ce qui est du PET, le pourcentage d'accord est moyen, révélant ainsi une grande disparité dans son évaluation. Ceci pourrait confirmer l'hypothèse selon laquelle ce poste de préjudice est moins bien connu des experts d'assurance qui n'ont pas à l'évaluer de la même manière dans leurs expertises et se retrouvent donc dans l'incapacité de l'évaluer convenablement lors d'une expertise judiciaire. De plus, le manque d'éléments dans les dossiers ont pu rendre son évaluation difficile pour la détermination de la durée et des taux des différentes périodes.

Dans notre étude, ce PET était mal évalué dans plus de 50% des rapports d'expertises : taux absent, mal quantifié ou sans période correspondante.

D'après ces constatations, l'établissement d'un barème officiel propre à ce poste de préjudice sur le modèle de celui du préjudice esthétique permanent semble nécessaire.

Lorsque l'on se concentre sur l'analyse en sous-groupes, on remarque que les possesseurs du DU de dommage corporel de Montpellier évaluent mieux ce poste de préjudice que ceux qui ne le possèdent pas ; et ceci de manière statistiquement significative. Ceci démontre à nouveau l'importance d'une formation adéquate pour son évaluation. L'apprentissage de l'évaluation correcte de ce poste de préjudice ne peut se faire qu'au cours de formation spécifique à l'expertise judiciaire.

Sous réserve d'un manque de puissance, les résultats tendent à montrer également que la possession d'un DU de dommage corporel, et particulièrement celui de Montpellier, permet une meilleure détermination de la date de consolidation, du préjudice esthétique permanent ainsi qu'une meilleure qualité de mise en page des rapports d'expertise.

Les résultats montrent que les experts titulaires du CAPEDOC évaluent significativement mieux le préjudice esthétique permanent que ceux qui ne le possèdent pas. On note également une tendance à une meilleure évaluation du DFP. Bien que cette formation soit dédiée à l'expertise d'assurance et n'enseigne pas les spécificités de l'expertise judiciaire, ces résultats semblent montrer que le CAPEDOC est un diplôme délivré à l'issue d'une formation qui n'en demeure pas moins rigoureuse. Ce résultat pourrait également s'expliquer par le fait que les experts réalisant ces deux types d'expertises ont une activité expertale importante, et par conséquent une expérience de l'expertise médicale significative. Même si l'expérience n'empêche pas toujours de perpétuer de mauvaises habitudes, nous pouvons en conclure ici qu'elle est un gage de qualité.

C) Influence de la spécialité

D'après nos résultats, la spécialité en médecine générale de l'expert initial ne semble pas influencer l'évaluation quantitative des postes de préjudices. En revanche, les médecins généralistes présentent une justification plus qualitative, et ceci de manière statistiquement significative.

Ce résultat confirme que leur compétence en communication est un atout dans la rédaction d'une expertise judiciaire, où la capacité à expliquer des concepts médicaux de manière claire et compréhensible par les différents acteurs est cruciale.

La pénurie de médecins experts judiciaires étant un défi dans de nombreuses juridictions actuellement ; il semble légitime de se demander si les médecins généralistes pourraient participer à y pallier. En effet, les résultats de cette étude montrent que les médecins généralistes ont tout à fait leur place en tant qu'experts judiciaires par rapport aux experts issus d'autres spécialités. Ils sont plus nombreux sur le territoire que les autres spécialistes, ce qui les rend plus accessibles dans des régions dépourvues d'experts. Sensibiliser les médecins généralistes à cette problématique et augmenter leur formation à l'expertise judiciaire pourrait être une piste à explorer. Dans ce contexte, une augmentation du nombre de postes disponibles en Formation Spécifique Transversale d'expertise médicale pour les internes en médecine générale semble être opportune.

Mais bien qu'ils puissent offrir des avantages en termes de disponibilité et de polyvalence, l'omnipraticien n'est pas dispensé d'avoir parfois recours à des avis spécialistes pour des questions médicales très spécifiques. Ainsi la collaboration entre un expert généraliste et des spécialistes peut constituer une approche équilibrée pour pallier la pénurie de médecins experts judiciaires.

D) Les limites de l'étude

Aucune étude similaire n'a été réalisée sur ce sujet à notre connaissance jusqu'à présent. Ce travail novateur présente néanmoins quelques limites.

La principale limite de cette étude est un manque de puissance du fait d'un faible nombre de rapports analysés. En effet, il a été très difficile d'obtenir un nombre suffisant de rapports d'expertises exploitables. De plus, la relecture des rapports était très chronophage et nous a forcé à limiter à 30 le nombre de rapports à analyser. Nous constatons des résultats non significatifs notamment lors des analyses en sous-groupes, qui peuvent apporter tout de même des éléments intéressants de discussion. Il pourrait être intéressant de poursuivre l'étude à une plus grande échelle.

L'exclusion de rapports non exploitables car incomplets nous a fait exclure par définition des rapports de mauvaise qualité. Si ceux-ci avaient été analysés, cela aurait sûrement aggravé notre analyse qualitative de mise en page et renforcé l'argument en faveur de l'importance d'une formation. Il en est de même pour l'exclusion des rapports de plus de 100 pages. En effet, un aussi grand nombre de pages signifie de façon quasi systématique la piètre qualité de l'expertise dont le but initial est d'être compris par les mandants magistrats.

Bien que les dossiers aient été anonymisés, nous n'avons pas exclu la possibilité que le jury ait reconnu la prose de certains experts. En effet, le milieu expertal étant restreint, certains experts se connaissent et ont l'habitude de se côtoyer lors d'expertises. De plus, certaines informations telles que le tribunal de provenance des rapports ou les noms des structures de soins où étaient prises en charge les victimes n'ont pas pu être anonymisées. Ceci a pu influencer le jury en le renseignant sur la localisation parisienne ou montpelliéraine de l'expert initial. Il pourrait être intéressant dans une prochaine étude de comparer les experts en fonction de leur localisation géographique (Paris vs Montpellier par exemple), mais cela nécessitera un jury neutre afin de ne pas manquer d'objectivité.

De plus, le jury a réalisé son évaluation en se basant sur la description de l'examen clinique de l'expert initial. Or celle-ci s'est parfois avérée incomplète ou insuffisamment détaillée pour permettre une évaluation précise des postes de préjudices.

Il est possible que certains éléments aient été mentionnés oralement lors des expertises en présence de la victime sans que ces éléments n'aient été rapportés dans le rapport. Ils peuvent avoir influencés l'évaluation de certains postes de préjudices sans que le jury n'en ait eu connaissance. Ces situations restent néanmoins anecdotiques, les informations mentionnées étaient suffisantes dans la majorité des rapports.

Pour finir, l'évaluation qualitative de l'agrément de lecture est en partie soumise à la subjectivité du jury. Les opinions personnelles du jury, même involontaires, peuvent teinter l'interprétation des données et limiter la validité externe de cette partie de l'étude.

CONCLUSION

Cette étude montre qu'une standardisation des rapports d'expertises judiciaires s'impose. Pour cela, une formation commune diplômante permettant une uniformisation à la fois de l'évaluation des postes de préjudices et un formatage de la rédaction des rapports est nécessaire.

Bien qu'une expérience importante de l'expertise médicale semble être une plus-value significative, une formation spécifique à l'expertise médicale judiciaire reste cruciale.

Dans notre étude, même dans les rapports d'expertise de qualité très discutable, le magistrat a rendu un jugement et a proposé des indemnisations. Ceci est à l'origine d'une inégalité de traitement des justiciables du fait de la variabilité de la qualité des experts. Il est donc raisonnable de souligner qu'une formation en dommages corporels serait à cet égard plus qu'utile pour les magistrats chargés de ce type de contentieux.

Ces constatations confirment l'importance du récent décret du 16 juin 2023 actuellement entré en vigueur rendant obligatoire une « formation préalable » pour l'inscription et la réinscription sur les listes d'experts judiciaires. Cependant, ces conditions qui imposent désormais de « justifier d'une formation à l'expertise » sont vagues et n'en précisent pas la nature.

Dans l'attente d'une normalisation de la formation sur le territoire national, le DU de dommage corporel montpelliérain s'impose comme une option pertinente.

Les médecins généralistes représentent des experts judiciaires de choix qui pourraient participer à pallier la pénurie actuelle de médecins experts.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. UNJF | Introduction au droit [Internet]. Disponible sur : https://cours.unjf.fr/repository/coursefilearea/file.php/105/Cours/02_item/indexI0.htm
2. Rapport_groupe_de_travail_nomenclature_des_prejudices_corporels_de_Jean-Pierre_Dintilhac.pdf [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_groupe_de_travail_nomenclature_des_prejudices_corporels_de_Jean-Pierre_Dintilhac.pdf
3. Baccino É. Manuel d'expertises médicales. Montpellier: Sauramps médical; 2019.
4. Béjui-Hugues H, Bessières-Roques I. Précis d'évaluation du dommage corporel. 7e éd. Antony: « L'Argus de l'assurance » éditions; 2021. (Les fondamentaux).
5. Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 28 février 2013, 11-21.015, Publié au bulletin [Internet]. Publié au bulletin 2013. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000027127365>
6. Barat I, Baccino É. Le préjudice esthétique temporaire. L'expert devancé par le juge judiciaire.... Rev Médecine Légale. mars 2010;1(1):2-7.
7. Société française de médecine légale et d'expertises médicales, Association des médecins experts en dommage corporel, éditeurs. Barème d'évaluation médico-légale. Paris [Lyon]: Éd. Eska A. Lacassagne; 2000.
8. Vayre et al. - 2005 - Le lien de causalité en matière de responsabilité .pdf [Internet]. Disponible sur : <https://pdf.sciencedirectassets.com>
9. Sanchez P, Peyron PA, Colomb S, Martrille L, Baccino E. La Formation Spécialisée Transversale (FST) d'expertise médicale pour les internes en médecine : résultats d'une enquête nationale et comparaison avec les données issues des Diplômes d'Universités. Rev Médecine Légale. 1 juin 2023;14(2):100373.
10. Arrêté du 3 mars 2022 portant modification de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de maquettes de formation de diplômes d'études spécialisées et création d'option et de formations spécialisées transversales - Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045317010>
11. QUADEM 2024 [Internet]. JuriLexis Formation. Disponible sur : <https://quadem.fr/formations/quadem-2024/>
12. DU DIU Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes [Internet]. Disponible sur : <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/formalite>
13. DU Réparation juridique du dommage corporel - DU DIU Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes [Internet]. Disponible sur : <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/diplome-reparation-juridique-du-dommage-corporel-103>
14. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0139 du 17/06/2023 [Internet]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=g9Xry0koUiuKT_cBfEvzMeGvAkdkSz9Tz739noQKY2I=

15. Chodkiewicz JP. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. 6e éd. Paris: Le Concours médical; 2001.
16. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, Gwet KL. A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples. *BMC Med Res Methodol.* 29 avr 2013;13:61.
17. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* mars 1977;33(1):159-74.
18. Palaric R, Moulin V. Critères intervenant dans le choix de l'expert judiciaire, psychiatre ou psychologue, en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* sept 2014;172(7):489-94.
19. Article R4127-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912862/2022-04-06
20. Article 276 - Code de procédure civile - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006410415/2022-04-27

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : L'expertise médicale judiciaire du dommage corporel est une activité complexe pour laquelle il existe une grande diversité de formation, dont le DU de dommage corporel de Montpellier qui présente la particularité d'être particulièrement exigeant. L'objectif de notre travail est d'évaluer la concordance des différents postes de préjudices lors d'expertises judiciaires civiles comparativement à un jury composé de 3 experts. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la concordance au sein du jury puis en sous-groupes selon les caractéristiques du médecin initial : DU, spécialité, CAPEDOC ; et de décrire les qualités de mise en page des rapports et de justification des postes de préjudices.

Méthodes : Etude rétrospective, observationnelle et descriptive. 30 rapports d'expertises judiciaires civiles de 2 tribunaux ont été anonymisés et soumis à un jury composé de 3 experts référents. Il leur a été demandé de réévaluer le DFP, le PET, le PEP, la date de consolidation, et d'analyser les qualités de mise en page des rapports et de justification des postes de préjudices.

Résultats : Les trois membres du jury ont un accord faible à modéré. Concordance forte entre le jury et l'expertise initiale pour le DFP et le PEP, et date de consolidation identique dans 66.67% des cas IC 95% [55.75% ; 76.42%]. Pour le PET, pourcentage d'accord de 48.89% IC 95% [38.20% ; 59.65%]. L'accord pour l'évaluation du PEP est meilleur lorsque l'expert initial est titulaire du CAPEDOC, et semble plus important lorsqu'il est titulaire du DU de dommage corporel de Montpellier. Pour le PET, le pourcentage d'accord est meilleur chez les possesseurs de ce même DU que les autres (74% vs 38%, p-value<0.01). Le fait d'être médecin généraliste est associé à une meilleure qualité de justification des postes de préjudices (67% vs 42%, p-value = 0.03).

Discussion : La rédaction des rapports d'expertise judiciaire est encore loin d'être aussi qualitative qu'elle devrait l'être. Une formation spécifique à l'expertise médicale judiciaire est nécessaire. La polyvalence des médecins généralistes en fait d'excellents candidats à l'expertise judiciaire pouvant contribuer à résoudre la pénurie de médecins experts.

Conclusion : Une formation commune avec obtention de diplômes spécifiques est nécessaire afin d'harmoniser à la fois l'évaluation des différents types de préjudices et la structuration de la rédaction des rapports.

Mots clés : expertise médicale judiciaire, poste de préjudice, diplôme universitaire, dommage corporel