

L'évaluation des pratiques professionnelles du médecin expert judiciaire

Racinet C, Catteau C, Fabre H, Martinon F.

1) Préambule-Etat des lieux.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est devenue légalement obligatoire pour tous les médecins depuis le 1^{er} juillet 2005, qu'ils exercent dans le secteur public ou privé. Cette évaluation est coordonnée par la Haute Autorité de Santé (HAS): elle est réalisée par des médecins habilités ou par un organisme agréé (ce sont souvent des sociétés savantes qui vont se réunir pour évaluer leurs pairs) et par la Commission Médicale d'Etablissement pour les médecins du secteur public. L'objectif affiché est d'améliorer la qualité.

La notion de qualité de la pratique professionnelle devrait en toute logique s'appliquer également aux médecins experts, tant judiciaires qu'extra-judiciaires, mais aucune mesure spécifique à ce cadre n'a été envisagée. Le problème est surtout crucial au niveau des experts judiciaires, car le défaut de qualité expertale peut induire des décisions de justice inadaptées et aux conséquences toujours regrettables.

La crédibilité de l'expertise médicale est un sujet d'actualité auquel la société en général, les institutions judiciaires et les professionnels de santé en particulier sont très sensibles.

L'inscription sur la liste des experts judiciaires est prononcée par une assemblée générale de Cour d'Appel, et pour la liste nationale par le bureau de la Cour de Cassation, sans aucun critère concernant le niveau scientifique réel du candidat, hormis la justification des diplômes et des titres, voire la renommée. A noter que si notre propos ne concerne que la médecine, le problème est semble-t-il le même dans toutes les disciplines.

Il faut cependant reconnaître qu'il a été récemment institué (décret n° 2004.1405 du 23 décembre 2004) une sélection des experts spécialisés en accidents médicaux, dits « experts CRCI », constituée à partir de critères bien définis (contrôle et évaluation des connaissances théoriques et de la formation en matière de responsabilité médicale et réparation du dommage corporel et validée par une Commission Nationale des Accidents Médicaux –CNAM- composée en partie de médecins). Il est également prévu que les rapporteurs qui instruisent les dossiers de candidatures peuvent recueillir, le cas échéant, l'avis du Président de l'ordre professionnel compétent ou de la juridiction auprès de laquelle le candidat est inscrit en qualité d'Expert Judiciaire ainsi que tout autre avis qui leur paraît utile (article R 1142.30.2 du Code de la Santé Publique). Ceci est certainement un progrès par rapport aux modalités de nomination classique des experts judiciaires, mais on peut regretter l'absence d'implication de la HAS, seul organisme officiel habilité à décerner l'accréditation dans le domaine des professions médicales.

Après l'inscription, le seul contrôle des experts judiciaires est essentiellement de nature technico-juridique : il porte sur le respect de la procédure expertale, notamment du contradictoire, des délais à respecter, de l'indépendance et de l'absence de conflit d'intérêt...La clarté et la force logique des démonstrations sont aux yeux des magistrats des qualités qui influent naturellement sur la fréquence des désignations. Mais la force logique n'est pas un argument toujours probant car « le vrai peut paraître invraisemblable » et « le faux peut sembler crédible ». Il n'existe aucun contrôle de la qualité scientifique et méthodologique de l'expertise et il ne paraît pas que ce contrôle en aval soit prévu ni pour les experts judiciaires classiques ni pour les experts CRCI.

2) Un constat inquiétant: la sinistralité en Obstétrique et en Chirurgie

Parmi les disciplines médicales, toutes concernées à des degrés divers, l'exemple de l'Obstétrique mérite une place à part du fait des implications économiques majeures induites par sa sinistralité. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une épidémie d'accidents médicaux ; il est plus vraisemblable qu'il y a plusieurs causes (plus grande fréquence des plaintes, niveau plus élevé des indemnisations ...). A défaut de source française fiable, signalons qu'en Australie les 2% d'obstétriciens participent à 18% des indemnités (1), autrement dit un obstétricien coûte aux assurances 10 fois plus qu'un autre spécialiste médical, ce qui explique l'envol des primes qui, il faut bien le reconnaître, n'émeut que les assurés.

La sinistralité en obstétrique est devenue si lourde (coût moyen d'un dossier d'infirmité motrice cérébrale de 3 à 5 M€) que non seulement les assureurs soit se désengagent, soit s'interrogent sur les solutions à proposer devant cette situation qui ne peut perdurer, mais aussi que les obstétriciens abandonnent de plus en plus la pratique privée des accouchements pour se consacrer à la gynécologie médicale ou chirurgicale.

Le constat concernant la fréquente mise en cause de la responsabilité obstétricale a été remarquablement exposé dans un éditorial du JAMA (2) sous-titré : « Il n'a jamais été aussi sûr d'avoir un bébé ni aussi dangereux qu'être obstétricien », qui par ailleurs propose des solutions, qui nous paraissent partiellement adaptables au contexte français.

Bien que relativement moins contributive à la masse des indemnisations attribuées aux parties demanderesse, la chirurgie présente également un palmarès judiciaire si marquant, que l'exercice en est déformé par le principe de précaution et que la relève est là aussi difficile à recruter. La hausse de plus de 2 % de la sinistralité chaque année n'est pas la conséquence d'une moindre adresse des chirurgiens d'aujourd'hui, elle résulte de l'allongement de la durée de la vie et d'un changement des mentalités dans une société consumériste.

Alors que la chirurgie n'a jamais été aussi performante les chirurgiens ont le sentiment d'exercer à l'ère du soupçon. L'explosion de leurs primes d'assurances depuis quelques années les renforce dans leur inquiétude. Mais il convient aussi de souligner que dans 24 % des dossiers de condamnation civile le montant de l'indemnisation dépasse 100.000 euros, chiffre à multiplier par dix pour les infections nosocomiales.

Certes de l'obligation de moyens un glissement s'opère vers une obligation de sécurité- résultat déjà effectif pour les établissements et les matériels. Le principe de précaution devient omniprésent et certains y voient un frein à l'innovation et au progrès. Mais déplorer les évolutions de société sans s'adapter à elles serait s'exposer à disparaître.

3) La qualité de l'expertise obstétricale en question.

Parmi les facteurs permettant d'expliquer ce constat, il en est un dont le contrôle par la profession s'avère possible et souhaitable: celui de la qualité de l'expertise. En effet, on peut remarquer que la qualité scientifique et méthodologique de l'expertise médicale est parfois contestable, tout spécialement dans le domaine sensible (car générateur de lourdes indemnités supérieures à 3 M€) de l'infirmité motrice cérébrale infantile qui est encore très souvent rattachée à un défaut d'oxygénation pendant l'accouchement. Cette notion, qui était classique il y a vingt ans, est devenue totalement caduque depuis les études neuro-épidémiologiques dès le milieu des années 80 (3). Il est actuellement certain que moins de 10 % de ces infirmités motrices peuvent être causées par une asphyxie fœtale pendant l'accouchement, alors que beaucoup d'experts sont encore restés à des chiffres très supérieurs avoisinant encore les 100%. Il en résulte des condamnations de praticiens pour des pratiques non fautives ou qui, en tout cas, ne sont pas nécessairement la cause des lésions cérébrales.

Il existe un certain nombre de dossiers démonstratifs sur ce sujet (cf. Le Monde, 14 mars 2006 : « Un médecin est lavé d'une faute après 20 ans de procédure »), ce qui contribue à créer un climat médico-légal pesant et, on peut le dire, un véritable terrorisme poussant les praticiens à effectuer une médecine défensive (orientée vers une apparente sécurité judiciaire) plutôt qu'une médecine de qualité (alliant efficacité, sûreté et moindre coût). Il s'agit là de la principale cause de l'inflation du taux des césariennes, qui vient de dépasser en France en 2005 la barre des 20 % (29% aux USA), dont il est facile de remarquer qu'elles paraissent jouir d'une relative impunité judiciaire dans la mesure où il y a peu de plaintes concernant leur pratique.

4) Les propositions pour tendre vers une expertise de qualité moins contestable.

4-1. Création d'une liste d'experts validés par la profession.

Il serait utile, et rapidement réalisable, d'envisager (sous l'égide d'une structure professionnelle qui pourrait être pour l'Obstétrique une Commission mixte du Collège national des gynécologue-accoucheurs-CNGOF- et du Syndicat national des gynécologues accoucheurs -SYNGOF) des séminaires d'actualisation des données scientifiques destinés non seulement aux candidats-experts mais aussi aux experts titulaires (à partir de dossiers d'expertise anonymisés). Ces séminaires validés par une évaluation autoriseraient à décerner le label des professionnels de la discipline, lequel label serait renouvelable selon une

