

Chapitre 21- Aspects médico-légaux du GPAO

X. Zanlonghi (Rennes CHU), JF. Rouland (Lille CHU)

dr.zanlonghi@gmail.com

1	– Les juridictions, institutions publiques et privées pouvant amener à une expertise (Ordre des médecins, droit commun, CRCI, assurance maladie, MDPH, assurance contractuelle ...)	4
1.1	- <u>L'ordre des médecins</u>	4
1.2	- <u>La juridiction pénale</u>	5
1.3	- <u>La juridiction civile</u>	5
1.3.1	– Le tribunal de grande instance (TGI) pour l'exercice libéral	5
1.3.2	– Le tribunal administratif pour l'exercice public	6
1.3.3	– La Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI loi du 4 mars 2002) :	6
1.3.4	– L'assurance maladie	7
1.3.5	– Les MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)	9
1.3.6	– Les tribunaux militaires régionaux ou nationaux	9
1.3.7	– Assurance privée	9
2	– Les guides barèmes	10
3	– le bilan fonctionnel dans le cadre d'une expertise	17
3.1	L'acuité visuelle :	17
3.2	Champ visuel (9)	17
3.3	Le bilan orthoptique basse vision dans le glaucome	19
4	– La conduite d'une expertise médicale ophtalmologique	20
5	– L'information du patient	21
6	Bibliographie dans ordre alphabétique du premier auteur ;	23

LES POINTS CLES

En expertise, les mesures d'acuité et de champ visuel doivent être pratiquées en examens monoculaire et surtout binoculaire

L'expert argumente en s'appuyant sur les recommandations disponibles françaises et internationales dans le domaine du glaucome, et utilise le guide barème cité dans sa mission d'expertise.

Tout ophtalmologiste peut être amené à réaliser une expertise médicale, ou à y participer comme sapiteur à la demande d'un autre médecin expert (ophtalmologiste ou non) qui a besoin de compétence dans le domaine du glaucome, ou pour réaliser des examens complémentaires de type imagerie (UBM, OCT...), examens électro-physiologiques (PEV, PERG,...), ou psychophysiques (champ visuel, sensibilité aux contrastes, ...).

Des patients atteints de glaucome peuvent également demander une pièce médicale constitutive d'un dossier d'expertise, comme par exemple un champ visuel binoculaire.

La maladie glaucomateuse et sa prise en charge thérapeutique peuvent être source de litiges. Cette situation est très rare. Dans ses rapports annuels, par exemple pour l'année 2020 (1), le Sou Médical-MACSF indique :

- 1 déclaration mettant en cause retard diagnostique d'un glaucome. ;
- 3 déclarations contestant la prise en charge, la surveillance et le traitement du glaucome ;
 - Réclamation concernant la survenue d'un glaucome cortisonique bilatéral.
 - Cécité bilatérale dans les suites d'une rétinopathie diabétique et d'un glaucome réfractaire au traitement.
 - Retard de prise en charge allégué d'un glaucome, baisse d'acuité visuelle.
- Deux sociétaires mis en cause pour une baisse de l'acuité visuelle au décours d'une chirurgie de glaucome.
- Évolution défavorable d'un glaucome chronique bilatéral suivi depuis une dizaine d'années.
- Insatisfaction du résultat chirurgical (2 dossiers).

Sur son site internet, la MACSF nous trouverons plusieurs guides selon la situation, la juridiction, qui indiquent les démarches que doit entreprendre un ophtalmologiste en cas de litige, qu'il exerce comme salarié ou en libéral : « <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle> »

Pour l'année 2020, le taux de sinistralité des médecins s'établit à 1,15 % en 2020 contre 1,53 % en 2019, soit une diminution de 0,38 points. En 2020, les deux principaux types de mises en cause des médecins sont, comme en 2019 :

- Les réclamations amiables : 40 % contre 38 % en 2019.
- Les saisines CCI : 31 %, identiques à 2019.

Les procédures civiles arrivent en 3^e place avec 20 % en 2020 contre 22 % en 2019.

Quant aux plaintes pénales et ordinaires, elles portent sur de faibles volumes (3 % et 6 % respectivement).

En 2020, les 4 455 sociétaires ophtalmologistes de la MACSF ont adressé 189 déclarations, soit une sinistralité de 4,24 % contre 5,30 % en 2019.

Ces déclarations se répartissent en 1 procédure administrative, 32 procédures civiles, 10 procédures ordinaires, 1 procédure pénale, 103 réclamations amiables et 42 saisines d'une CCI.

Les 3 437 ophtalmologistes libéraux ont adressé 160 déclarations. Leur sinistralité s'établit à 4,66 %, contre 5,89 % en 2019 (2).

Une mise à jour de la sinistralité des ophtalmologistes a été publiée en septembre 2023 : En 2022, les 4 455 sociétaires ophtalmologistes de la MACSF ont adressé 186 déclarations de sinistres corporels, soit une sinistralité de 4,18 % contre 4,95 % en 2021. Les 3 189 ophtalmologistes libéraux ont adressé 166 déclarations. Leur sinistralité s'établit à 5,21 %

contre 5,95 % en 2021. Ces déclarations se répartissent en 24 procédures civiles, 9 procédures ordinaires, 1 procédure pénale, 101 réclamations amiables et 51 saisines d'une CCI.

Pour le glaucome la MACSF note :

- retard de prise en charge allégué d'un glaucome à l'origine d'une baisse de l'acuité visuelle (3 cas).
- une perte du champ visuel central, après chirurgie
- cécité après chirurgie de glaucome (2 cas).

https://www.macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2022/risque-des-professions-de-sante/o/ophtalmologie?s=00CF09BD62DD6931D600010901&utm_campaign=NL-rapport-annuel-ophtalmologiste-septembre-2023-septembre-2023&utm_medium=newsletter&utm_source=unica

- 1 – Les juridictions, institutions publiques et privées pouvant amener à une expertise (Ordre des médecins, droit commun, CRCI, assurance maladie, MDPH, assurance contractuelle ...)

Les ophtalmologistes peuvent être confrontés à une expertise au titre de plusieurs juridictions.

1.1 - L'ordre des médecins

Dans le domaine du glaucome, le Conseil de l'Ordre demande exceptionnellement des expertises, sauf pour valider à un médecin une exemption de garde de nuit en cas de glaucome évolué gênant la conduite. Les plaintes ordinaires envers un ophtalmologiste sont exceptionnelles, et concernent le plus souvent un manquement aux devoirs d'information et/ou de soins envers les malades.

1.2 - La juridiction pénale

La voie pénale est exceptionnellement choisie par un patient lors d'un litige. Elle est chargée de punir les infractions. Les fautes pénales peuvent être par exemple des délits de « blessures involontaires », ou d'« atteinte involontaire à l'intégrité physique ». Il existe une liste d'experts ophtalmologistes agréés par les tribunaux de grande instance (TGI). Après approbation par le tribunal, un ophtalmologiste expert peut demander à un autre ophtalmologiste son aide comme sapiteur sur une question précise.

1.3 - La juridiction civile

Elle est chargée de régler les litiges entre deux parties. En matière médicale, la responsabilité civile est sous le coup de l'article 1382 du code civil : « Tout fait de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

Les juridictions civiles sont :

1.3.1 – Le tribunal de grande instance (TGI) pour l'exercice libéral

Tout ophtalmologiste peut être nommé comme expert ou sapiteur par le Président du tribunal, et reçoit une mission d'expertise dite de droit commun, modifiée en 2015 par la mission dite « Dintilhac ».

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNAmed_nomenclature_Dintilhac.pdf
<https://www.aredoc.com/wp-content/uploads/2019/12/La-nomenclature-des-postes-de-pr%C3%A9judice-Bilan-2019.pdf>

Le médecin peut également être mis en cause par une personne victime ou s'estimant victime d'un dommage, le plus souvent en même temps qu'une procédure en CRCI. Mais l'acceptation de l'indemnisation par la victime proposée par l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux <https://www.oniam.fr>) éteint la possibilité de recours au civil. Si le seuil

de gravité n'est pas atteint (24% IPP, ITT ≤ à 6 mois), la personne recherchera une responsabilité médicale devant les tribunaux civils. Si le seuil de 25% est atteint, la procédure reste en CRCI.

1.3.2 – Le tribunal administratif pour l'exercice public

Il concerne les médecins ophtalmologistes salariés de l'hospitalisation publique, qui peuvent être nommés comme expert par le président du tribunal administratif. Ils peuvent également être nommé sapiteur. Ils reçoivent une mission d'expertise propre au TA :

<https://www.cncej.org/publications/public/guides>

<https://www.bordeaux-expert.com/wp-content/uploads/2016/12/Guide-complet-de-lexpert-administratif-au-06062013.pdf>

Ils peuvent également être mis en cause par une personne victime ou s'estimant victime d'un dommage, le plus souvent en même temps qu'une procédure en CRCI. Mais l'acceptation de l'indemnisation par la victime proposée par l'ONIAM éteint la possibilité de recours eu tribunal administratif.

1.3.3 - La Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI loi du 4 mars 2002) :

Ce sont des structures administratives, sans aucun pouvoir judiciaire, dont le rôle est un travail préparatoire à une éventuelle indemnisation assurée par l'ONIAM. Un ophtalmologiste peut être nommé expert ou sapiteur par le président de la CRCI qui est un magistrat professionnel (art L. 1142-12 CSP). Il reçoit une mission d'expertise, soit pour étudier un dossier sur pièce pour en apprécier la recevabilité, soit pour examiner la personne :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/la-mission-d-expertise-medicale-des-crci>

Le médecin peut également être mis en cause par une personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soin réalisée, et qui saisit la CRCI. Celle-ci examine la recevabilité du dossier soit à partir des pièces du dossier médical, soit à partir d'une expertise, mais l'appréciation des seuils de gravité nécessite toujours une expertise sur le fond. Quatre critères de gravité sont recherchés :

- les séquelles imputables exclusivement au dommage, indépendamment de l'état antérieur, correspondent à une atteinte permanente de l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24% (IPP) par référence au barème fixé par le décret 2003-314 du 4 avril 2003. Toute la difficulté dans le glaucome est d'établir la part imputable d'IPP lié au fait générateur et non le taux d'IPP global. L'appréciation de l'état antérieur (champ visuel, imagerie du nerf optique, ..) est très importante ;
- la durée de l'arrêt des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à 50% (ITT) d'au moins 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur un an ;
- une inaptitude définitive à l'exercice de l'activité professionnelle antérieure ;
- des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence, y compris sur le plan économique.

Si la CRCI estime qu'il y a une faute médicale à l'origine du dommage, l'assurance du praticien devra en indemniser les conséquences, sauf contestation qui entraîne une procédure judiciaire.

Si la CRCI estime qu'il s'agit d'un aléa non fautif, l'indemnisation pourra, sous certaines conditions prévues par la loi, être prise en charge par l'ONIAM.

Si le dommage résulte de l'évolution de la maladie ou d'un échec thérapeutique sans réel accident médical, il n'y a pas d'indemnisation.

1.3.4 - L'assurance maladie

Il existe une liste de médecins experts ophtalmologistes "L 141-1" de sécurité sociale. Mais en pratique n'importe quel ophtalmologiste peut recevoir une mission de l'assurance maladie. L'ophtalmologiste missionné doit trancher un désaccord médical portant sur l'état de santé d'un patient. Le médecin traitant reçoit de la part du médecin conseil du Service Médical de l'assurance maladie un dossier comportant :

- le protocole d'expertise comportant le résumé du litige, l'avis du patient, du médecin traitant et du médecin conseil et les questions posées à l'expert ;
- le courrier de contestation du patient ou le certificat de prolongation du médecin traitant ;
- toutes pièces qu'il jugera utile (compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, résultats d'examens complémentaires, certificats et déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle).

Après examen du patient et des pièces qui lui sont fournies par les parties, l'expert émet un avis médical qui sera transmis au Service Médical de la Caisse. Seules ses conclusions (oui/non, avis favorable/défavorable) seront transmises aux services administratifs de la Caisse. Même non inscrit sur la liste des experts, l'ophtalmologiste peut recevoir une mission précise et qui portera le plus souvent sur ...

- le risque maladie : contestation d'un avis de fin de versement d'indemnités journalières (stabilisation), contestation de refus d'exonération du ticket modérateur (ALD 30, pathologie "hors liste", polypathologie invalidante) ;
- le risque AT-MP : contestation de consolidation ou guérison, contestation de refus de rechute, contestation de refus de lésion nouvelle (une lésion nouvelle est prise en charge au titre d'un AT-MP si elle est imputable à la lésion initiale), contestation de refus de soins post-consolidation.

Les mêmes missions d'expertise peuvent être diligentées à la demande du Tribunal de Grande Instance. Depuis 2019, le contentieux social, réparti avant 2019 entre les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et les commissions départementales d'aide sociale (CDAS), sont fusionnés et transférés aux tribunaux de grande instance (TGI). Les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont supprimés.

1.3.5 - Les MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Un ophtalmologiste peut être nommé comme expert ou sapiteur par le médecin de la MDPH. La mission d'expertise, en général très simple, demande si la pathologie est susceptible d'amélioration par un traitement, les valeurs d'acuité visuelle sans et avec correction optique de loin et de près, et une copie du champ visuel binoculaire selon la technique d'Esterman.

1.3.6 - Les tribunaux militaires régionaux ou nationaux

Les pensions militaires peuvent être à l'origine d'expertise. Le plus souvent, c'est une aggravation de l'état ophtalmologique que va poser un problème d'imputabilité. Ces expertises sont demandées par le centre de réforme sur dossier, ou le tribunal départemental des pensions, voir la cour régionale d'appel. L'indemnisation est régie par le barème des pensions militaires d'invalidité

(https://www.defense.gouv.fr/content/download/325013/4459538/guide_bareme.pdf et <https://codepensionsmilitaires.fr/guide-bareme>). Les ophtalmologistes militaires dépendant de la CNMSS (www.cnmss.fr) sont le plus souvent sollicités pour ce type d'expertise. Le patient demande souvent à son ophtalmologiste traitant des « pièces » (champ visuel, OCT...) qui serviront lors de l'expertise.

1.3.7 - Assurance privée

L'ophtalmologiste peut-être directement contacté par une compagnie d'assurance pour évaluer des risques avant d'établir un contrat, ou pour estimer la responsabilité de l'assuré lorsqu'un dommage survient. Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la règle est claire : pas de partage d'informations médicales avec les compagnies d'assurances. En revanche, l'ophtalmologiste doit remettre les certificats médicaux nécessaires « en mains propres » au patient uniquement (art 76 du code de déontologie médical). Le patient communique ou non ces données personnelles.

L'ophtalmologiste traitant ne doit pas remplir un questionnaire médical en vue d'une adhésion à un contrat d'assurance décès. En effet, l'article 105 du code de déontologie estime que « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant du même malade ».

Il y a une exception, c'est la convention AREAS de 2006 qui s'adresse aux personnes souhaitant accéder au crédit et aux assurances, mais présentant un risque de santé aggravé (cancer, SIDA, sclérose en plaques, glaucome grave ...). Le glaucome grave est connu du médecin de la compagnie d'assurance, car il a librement été déclarée par le patient.

En revanche, le service médical d'une compagnie d'assurance peut missionner tout ophtalmologiste en tant qu'expert, sauf s'il s'agit de l'un de ses patients.

2 – Les guides barèmes

L'ophtalmologiste expert doit se prononcer sur l'imputabilité des dommages liés à l'accident, fixer la date de consolidation et déterminer l'étendue des dommages corporels. Afin d'apprécier le degré d'atteinte à l'intégrité physique et psychique, l'ophtalmologiste se réfère à un barème médical (3).

Plusieurs guides barèmes permettent d'évaluer l'incapacité permanente partielle (Concours Médical 2001 mis à jour en 2021-2022 par l'AREDOC <https://www.aredoc.com>, Société de médecine légale et de criminologie de France et Association des médecins experts en dommage corporel en 2000, barème propre aux accidents médicaux Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003).

Les organismes sociaux eux-mêmes disposent de leurs propres guides barèmes (Sécurité sociale, pensions civiles et militaires, maisons départementales des personnes handicapées).

C'est pourquoi en 2008, le rapport du Conseil National d'Aide aux Victimes préconise la mise en place d'un barème de référence unique (4).

En pratique, chaque juridiction utilise son propre guide barème, mais leurs finalités sont différentes (5). L'évaluation du taux d'invalidité doit tenir compte *stricto sensu* du guide barème, mais des nuances peuvent être apportés par l'ophtalmologiste. En effet, toutes les situations ne sont pas prévues comme la cécité nocturne, la fatigue visuelle liée au scotome absolu dans les glaucomes graves. C'est surtout lorsque le calcul du taux d'incapacité donne un taux proche d'un seuil « important » de 24% en CRCI, et de 79% en MDPH, que l'expert tiendra compte d'autres atteintes fonctionnelles non citées dans le guide barème comme l'éblouissement, la cécité nocturne, ...

Les guides barèmes servent à calculer le taux d'Incapacité Permanente Partielle ou IPP. Ce taux d'IPP n'a pas le même sens selon les juridictions :

- en droit commun, l'IPP représente le déficit physiologique. Le barème le plus utilisé en droit commun est celui du Concours Médical (6, 7). La perte totale de la fonction visuelle des deux yeux est arbitrairement évaluée à 85%. La perte totale de la fonction visuelle d'un œil, l'autre étant normal, est estimée à 25 %. Ce guide barème recommande de réaliser un champ visuel binoculaire de Goldmann avec l'isoptère III/4 (figure 1). Par contre, ce barème ne donne pas d'indication pour l'atteinte du champ visuel monoculaire. Si les scotomes atteignent la vision para-centrale, on utilisera la grille d'Amsler en binoculaire et en lecture de près ;

- pour les CRCI, c'est exactement le même guide barème que barème du « droit commun » ci-dessus (décret 2003-314 du 4 avril 2003) ;

- en matière de sécurité sociale, le médecin conseil fixe l'IPP (ou invalidité) en fonction de l'âge, de l'état général, des facultés physiques et mentales. S'il s'agit d'un accident de travail (possible sur un œil fragilisé, par exemple par un glaucome congénital), le médecin conseil tient également compte de la nature de l'infirmité, de l'aptitude et de la qualification professionnelle, et du guide barème indicatif d'invalidité [Annexe I : Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) (application de l'article R. 434-35), Annexe I à l'art. R434-35 (1) Version en vigueur au 20 mai 2013]. Le calcul de l'IPP permet d'obtenir un taux administratif d'après lequel sera fixée la pension d'invalidité. En maladie (cas le plus fréquent pour le glaucome), le médecin conseil doit tenir compte de la capacité restante, de la formation professionnelle ainsi que de l'usure prématuré de l'organisme (art. L. 341-3 et L. 341-1 du Code de la Sécurité Sociale) ;

- pour les MDPH, le guide barème sert à déterminer un taux d'incapacité selon la législation applicable en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap tel que défini à l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles. "Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant" (8). L'ouverture de droits à divers avantages ou prestations est liée aux seuils de 50% et de 80%. Un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut être soit concrètement repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne, avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans ses accomplissements, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Il n'est pas nécessaire que la situation médicale de la personne soit stabilisée pour déterminer un taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit cependant être au moins égale à un an pour déterminer le taux d'invalidité.

- le guide-barème des invalidités applicables au code des pensions militaires sert de base dans la fixation des taux d'évaluation des infirmités en milieu militaire ;

- enfin, en assurance contractuelle, il existe le plus souvent un guide barème en annexe du contrat. En général, il est très succinct.

En ophtalmologie, tous les guides-barèmes s'appuient essentiellement sur les mesures d'acuité visuelle (tableaux 1, 2) et de champ visuel binoculaire (figure 1).

Tableau 1 : récapitulatif de 5 guides barèmes : acuité visuelle de loin

	10/10	09/10	08/10	07/10	06/10	05/10	04/10	03/10	02/10	01/10	01/20 1/20 et moins de 1/20	<1/20 Enucléat ion	Cécité cécité Enucléation
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	28	65	65
09/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
		0	0	0	1	2	4	8	15	19	30	33	
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	30	65	65
08/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
		0	0	1	2	4	5	12	17	21	30	33	
	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	33	65	65
07/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
		0	1	3	4	6	7	14	19	22	32	35	
	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	36	65	65
06/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
		1	2	4	6	8	9	18	21	24	35	40	
	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	39	65	65
05/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
	3	4	5	6	7	10	15	20	25	30	35	40	50
		2	4	6	8	10	11	20	23	26	40	45	
	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	42	65	65
04/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
	4	5	6	7	9	15	30	35	40	45	50	55	60
		4	5	7	9	11	13	22	25	30	45	50	
	18	21	24	27	30	33	60	67	72	72	72	72	72

03/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
	7	8	9	10	12	20	35	50	55	60	65	68	70
		8	12	14	18	20	22	25	35	45	55	60	
	21	24	27	30	33	36	67	70	77	79	79	79	79
02/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
	12	14	15	16	18	25	40	55	70	72	75	80	82
		15	17	19	21	23	25	35	50	60	75	80	
	24	27	30	33	36	39	72	77	80	86	86	86	86
01/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
	16	18	20	22	25	30	45	60	72	80	82	83	84
		19	21	22	24	26	30	45	60	80	90	95	
	27	30	33	36	39	42	72	79	86	95	100	100	100
01/20 1/20 et moins de 1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
	20	21	23	25	29	35	50	65	75	82	85	87	88
		30	30	32	35	40	45	55	75	90	100	100	
	28	30	33	36	39	42	72	79	86	95	100	100	100
<1/20 Enucléation	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
	23	24	25	28	32	40	55	68	80	83	87	90	92
		33	33	35	40	45	50	60	80	95	100	100	
	65	65	65	65	65	65	72	79	86	100	100	100	100
Cécité cécité totale Enucléation	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85
	25	26	28	30	35	50	60	70	82	84	88	92	95
	65	65	65	65	65	65	72	79	86	100	100	100	100

En noir : Droit commun (Concours Médical MAJ en 2022 et Aredoc-ESKA SFML)

En noir : CRCI Décret 2003-314 du 4/4/2003 – JO du 5/4/2004, annexe I I-2 – III Ophtalmologie

En rouge MDPH – CDAPH Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées Décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004

En vert assurance maladie : Annexe I : Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) (application de l'article R. 434-35), Annexe I à l'art. R434-35 (1)

En bleu barème le plus avantageux : article 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre version du 10 février 1959 et barème de 1919 modifié par le décret n°74.499 du 17/5/1974 <http://www.legifrance.gouv.fr>

Tableau 2 : récapitulatif de 5 guides barèmes : acuité de près

	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	<P20	Cécité 0
P1,5	0 0	0 0	2 2	3 3	6 6	8 8	10 10	13	16 16	20 20	23 23	25 25
P2	0 0	0 0	4 4	5 5	8 8	10 10	14 14	16	18 18	22 22	25 25	28 26
P3	2 2	4 4	8 8	9 9	12 12	16 16	20 20	22	25 25	28 28	32 32	35 35
P4	3 3	5 5	9 9	11 11	15 15	20 20	25 25	27	30 30	36 36	40 40	42 42
P5	6 6	8 8	12 12	15 15	20 20	26 26	30 30	33	36 36	42 42	46 46	50 50
P6	8 8	10 10	16 16	20 20	26 26	30 30	32 32	37	42 42	46 46	50 50	55 55
P8	10 10	14 14	20 20	25 25	30 30	32 32	40 40	46	52 52	58 58	62 62	65 65
P10	13 16	16 18	22 25	27 30	33 36	37 42	46 52	50	58 65	64 70	67 72	70 76
P14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P20	20 20	22 22	28 28	36 36	42 42	46 46	58 58	64	70 70	75 75	78 80	80 85
<P20	23 23	25 25	32 32	40 40	46 46	50 50	62 62	67	72 72	78 80	80 85	82 90
Cécité 0	25 25	28 28	35 35	42 42	50 50	55 55	65 65	70	76 76	80 85	82 90	85 95

En noir : Droit commun (Concours Médical MAJ en 2022 et Aredoc-ESKA SFML)

En noir : CRCI Décret 2003-314 du 4/4/2003 – JO du 5/4/2004, annexe I I-2 – III Ophtalmologie

En rouge MDPH – CDAPH Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles
établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées Décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004

3 – le bilan fonctionnel dans le cadre d'une expertise

3.1 L'acuité visuelle :

L'utilisation d'échelle d'acuité visuelle de loin et de près en progression logarithmique est recommandée par certains, à une distance de 4 ou 5 mètres pour la vision de loin et de 40 cm pour la vision de près. Les acuités doivent être mesurées en binoculaire et en monoculaire, sans correction, avec la correction portée, et avec la meilleure correction optique le jour de l'expertise. Pour l'acuité visuelle de près, il faut en plus réaliser des mesures à une distance imposée de 40 cm et à la distance utilisée par le patient (noter cette distance).

La notation de l'acuité visuelle doit donc être en notation décimale (./10) en vision de loin et en Parinaud en vision de près. En cas de notation différente (cycles par degré, logmar, score ETDRS, Snellen, ..) l'ophtalmologiste devra fournir une table de correspondance. Il ne faut jamais écrire dans les expertises 1/20 car, si cette notation indique qu'il n'a pas 1/20 réellement utilisable, les juridictions ne connaissent pas cette nuance et ils liront 1/20.

3.2 Champ visuel (9)

L'examen sera pratiqué à l'aide de la coupole de Goldmann ou avec un périmètre automatique, en cinétique ou en statique. Il est important que la technique utilisée soit précisée.

Seuls les déficits apparentes au test III/4 seront considérés comme entraînant un réel retentissement fonctionnel, et donc sources d'incapacité. Le champ visuel binoculaire doit être étudié. La superposition du tracé sur la figure 1 ci-dessous donne le taux d'incapacité.

En cas d'atteinte du champ visuel central, l'examen pourra être complété par un test d'Amsler ou équivalent, et l'invalidité sera appréciée comme elle est mentionnée Figure 1 pour les scotomes centraux et para-centraux.

La figure 1 donne le taux d'incapacité :

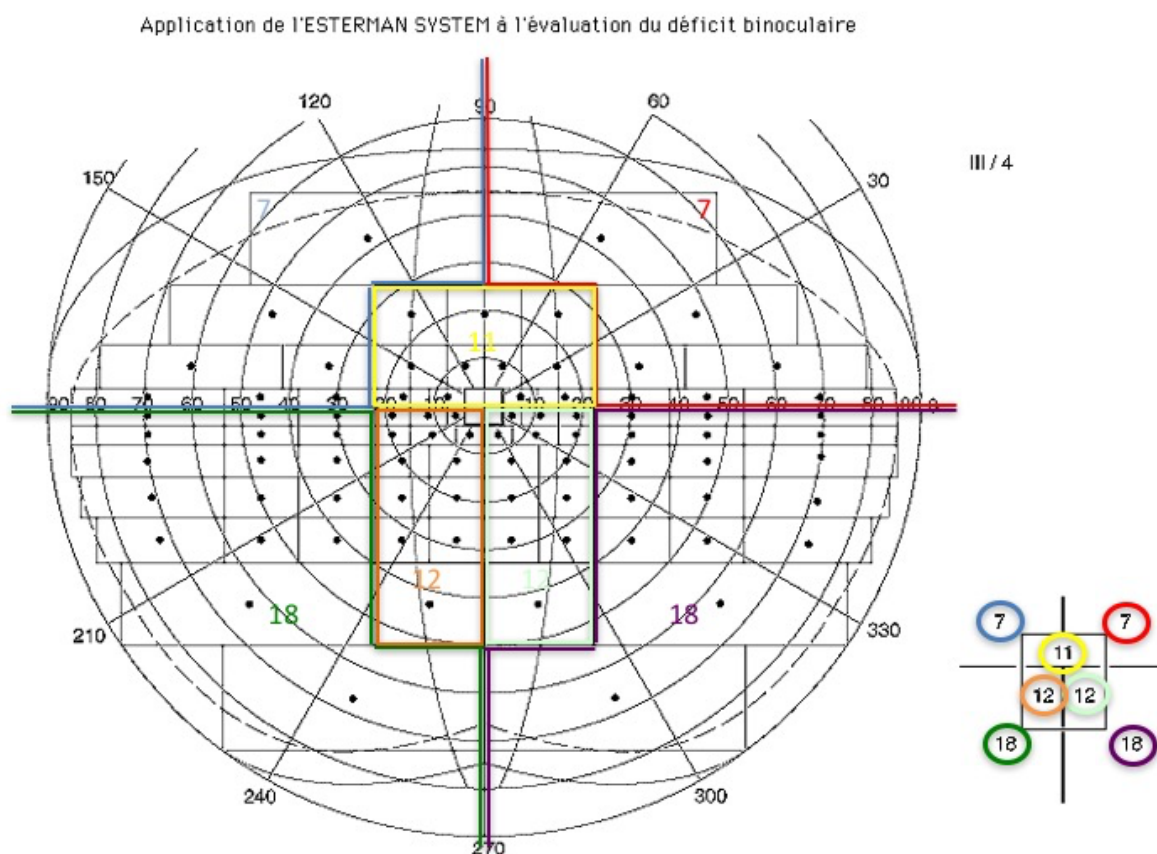


Figure 1 : Approche de l'indemnisation du champ visuel (la ligne brisée représente la limite du champ visuel binoculaire normal pour l'isoptère III/4e). Chaque point correspond à un scotome et à 1 % d'IPP. On procède par addition de points. Le rectangle en marge correspond au nombre de points par zone de champ visuel.

Les autres altérations visuelles (contraste, éblouissement, cécité nocturne, perte de la vision colorée, perte de la vision stéréoscopique, diplopie) doivent également être évaluées mais, en pratique, elles donnent moins d'IPP.

3.3 Le bilan orthoptique basse vision dans le glaucome

L'évolution progressive et insidieuse du glaucome, en l'absence de traitement, s'accompagne de l'installation puis de l'extension de déficits périmétriques, initialement discrets.

En s'approfondissant et en s'étendant, ces déficits entraînent des difficultés et des limitations importantes dans l'accomplissement de certaines activités, très variables d'un patient à un autre, certains adoptant des stratégies de compensation, d'autres limitant d'eux même leurs activités à leur niveau de déficit (Figure 2). Certains glaucomateux mettent en place des stratégies oculomotrice de compensation avec une augmentation des mouvements de tête et une augmentation du nombre de saccade oculaire par exemple lors de la conduite de véhicule.

La réalisation d'un champ visuel binoculaire permet d'objectiver les scotomes réellement gênant pour la vie quotidienne et donne une bonne et rapide idée de la qualité de la vision centrale et périphérique du patient et les répercussions de ces atteintes sur la vie courante (Figure 1).

L'interrogatoire basse vision est un point essentiel du bilan. Par des questions orientées comme dans un questionnaire de qualité de vie, on peut aider le patient à prendre conscience de quelques gênes fonctionnelles. Les patients même avec un champ visuel très altéré ne ressentent pas de sensation de tunnel noir.

C'est seulement dans les formes très avancées de glaucome touchant les deux yeux que le patient se rend compte qu'il ne voit plus qu'à travers un « canon de fusil », qu'il est très gêné dans ses déplacements, qu'il ose de moins en moins sortir seul, qu'il se cogne souvent dans les bacs de fleurs, bute dans les trottoirs, surtout dans des endroits qu'il connaît mal. Il ne reconnaît plus les personnes car ils ne voient pas leurs visages en entier, il reconnaît les gens à la voix, ou si les gens se présentent à lui, entre autre dans la rue. Lors des repas, il ne trouve plus aussi facilement la salière, son verre transparent et doit balayer un moment l'espace avant de localiser un objet. La lecture devient très difficile : le patient a du mal à repérer la ligne suivante, il saute

des lignes. Ce n'est pas tant la taille des caractères qui le gêne car son acuité visuelle centrale reste correcte, même à ce stade, que la perte des contrastes. Il ressent également une photophobie et une héméralopie importantes.

A un stade vraiment terminal, le patient décrit une baisse d'acuité visuelle centrale et en permanence une vision floue.

Evolution du glaucome gênes fonctionnelles

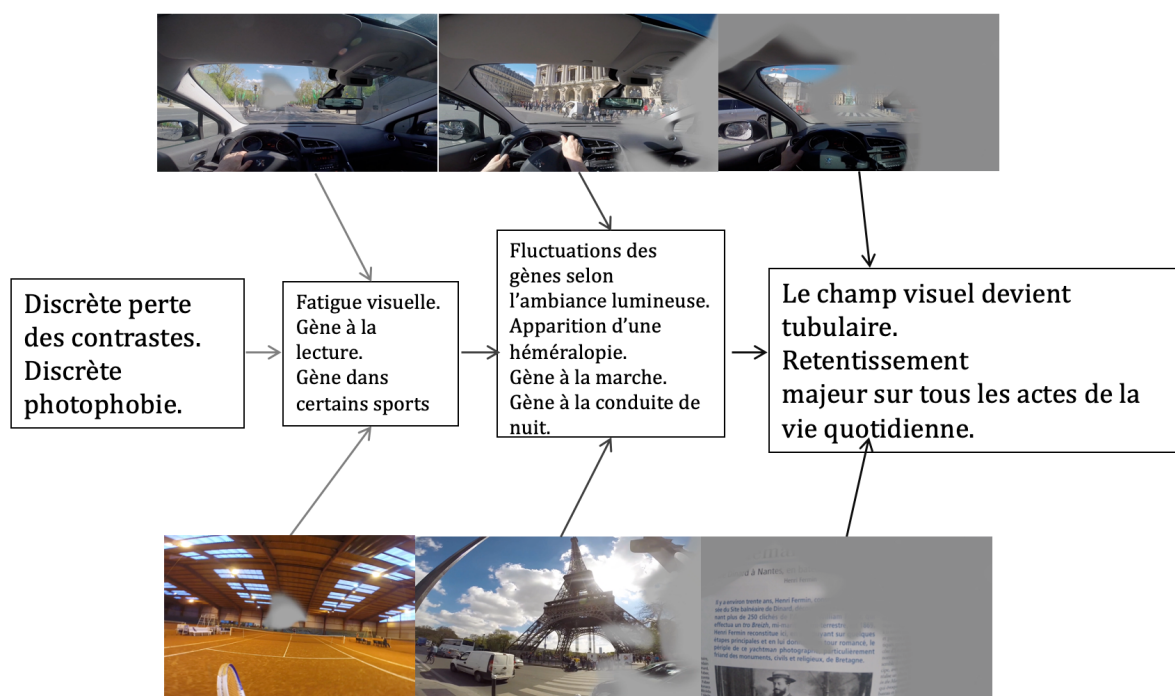


Figure 2 : évolution de l'atteinte fonctionnelle du champ visuel en fonction de l'atteinte périmétrique

4 - La conduite d'une expertise médicale ophtalmologique

Lors de la conduite de l'expertise, l'expert se réfèrera à l'état de l'art au moment des faits. L'expert utilisera les publications importantes comme les rapports de la SFO, les fiches d'information de la SFO, mais également les publications de l'HAS (10, 11)

5 – L'information du patient

L'information du patient est un élément essentiel du rapport ophtalmologiste-malade. Son contenu doit porter sur l'état du patient. Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, l'article 35 du Code de Déontologie Médicale a été modifié en 2012. Désormais, l'article 35 du CDM prévoit que l'ophtalmologiste traitant ne doit plus tenir son patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Toutefois le patient peut demander à être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic. Le médecin doit alors respecter cette demande. De même la HAS a publié en 2012 plusieurs recommandations sur la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé (12).

La nature et les conséquences des thérapeutiques proposées, les alternatives thérapeutiques éventuelles, les suites "normales" et les risques (fréquents ou graves normalement prévisibles) doivent être communiqués au patient. Il est important de noter dans le dossier du patient que cette information a été donnée. La plupart des situations conflictuelles vient soit de l'absence de dialogue, soit d'un dialogue mal conduit.

Pour un certain nombre d'actes techniques, thérapeutiques, chirurgicaux, un consentement éclairé du patient est nécessaire. Les fiches d'information de la SFO sont une aide précieuse, et cinq d'entre elles concernent le glaucome chronique à angle ouvert :

- Opération du glaucome chronique - Chirurgie filtrante (03);
- Traitement du glaucome chronique à angle ouvert par laser (04);
- Traitement du glaucome réfractaire (05);
- Opération de l'iris au laser (06) ;
- Opération du glaucome congénital (19).
- Consentement chirurgie combinée cataracte et pontage trabéculaire (01)

Mieux qu'une signature obtenue lors et/ou après une distribution impersonnelle de fiche d'information, qui a parfois été jugée fautive par la jurisprudence, c'est la présence de preuves d'une prise en charge et d'une information personnalisées qui établit le respect des exigences légales en matière d'information. Ce devoir d'information est partagé entre le médecin qui adresse le patient et le spécialiste en glaucome, et il s'impose également entre professionnels de santé. Les courriers aux médecins traitants permettent d'attester que l'information a bien été prodiguée.

Une évolution très récente de la jurisprudence à la fois au niveau de la Cour de Cassation et du Conseil d'État tend à créer un dommage spécifique : le défaut d'information (13), avec quatre conséquences :

- tout défaut d'information cause un préjudice ;
- ce préjudice doit toujours faire l'objet d'une réparation ;
- il est indépendant du dommage corporel subi ;
- sa réparation en est déconnectée ; elle peut venir en plus de la réparation du dommage corporel.

- **À RETENIR**

- Le médecin a le devoir d'établir un dossier médical, de l'archiver et d'en assurer la bonne tenue.
- L'information orale reste la règle.
- Tout défaut d'information cause un préjudice.
- En cas d'aléa thérapeutique, la victime peut être indemnisée par le biais d'un fonds créé par la loi du 4 mars 2002 : l'ONIAM.
- La notion de responsabilité pour faute du médecin est toujours d'actualité : si le patient estime qu'une faute a été commise, il doit en apporter la preuve pour invoquer la responsabilité civile de l'ophtalmologiste.

6 Bibliographie dans ordre alphabétique du premier auteur ;

- 1 – Ameline V. Ophtalmologistes : les motifs de réclamation des patients en 2020
<https://www.macsf.fr/rapport-annuel-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante/risque-des-professions-de-sante/o/ophtalmologie>
- 2 - Laude A., La judiciarisation de la santé. Questions de Santé Publique, Ed by IRESP, www.iresp.net, N°20 - Mars 2013, 1-4,
- 3 - Sapanet M., Creusot G., Dumasdelage G., Carbonnie C., Rouge D. Expertises médicales. Dommages corporels, assurance de personne, organismes sociaux. Ed Masson, Paris, 7ème édition, 2012, 274pp.
- 4 - ASSOCIATION FRANÇAISE de l'ASSURANCE. Livre Blanc sur l'indemnisation du dommage corporel, Ed by Fédération Française des Sociétés d'Assurances, GEMA Les Mutuelles d'Assurance, 2008, 17p
- 5 - Leid J., Froussart-Maille F. Le Vademecum de l'ophtalmologiste 2012/2013. Revue de l'Ophtalmologie Française n° S7, 98-110 MAJ tous les 2 ans sur le site <https://www.snof.org/>
- 6 - Jourdain P., Chodkiewicz JP., Papelard A., Fournier C. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Le Concours Médical Editions, 10/2003 (6ème édition), 96 pp attention mise à jour en 2021-2022 sur le site de l'AREDOC <https://www.aredoc.com>
- 7- V. Ameline, J.-C. Lepori, P. Ligeon-Ligeonnet, R. Marduel, X. Zanlonghi, NOUVEAU BARÈME INDICATIF DES INCAPACITÉS EN OPHTALMOLOGIE, Revue de l'AREDOC, 2021,

8 - Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées

9 - Esterman B. Functional scoring of the binocular field. *Ophthalmology*, 1982, 89, 1226-1234

10 – HAS : Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : Problématique perspective en France RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE. RAPPORT D'ORIENTATION. Service évaluation médico-économique et santé publique Novembre 2006, 70pp

11 – HAS : Diagnostic et prise en charge de l'hypertonie oculaire et du glaucome primitif à angle ouvert, 2022, 27pp, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321655/fr/diagnostic-et-prise-en-charge-de-l-hypertonie-oculaire-et-du-glaucome-primitif-a-angle-ouvert#ancreDocAss

12 - HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé : principes généraux, 2013, <http://www.has-sante.fr>

13 - Decroix G., Réparation du défaut d'information : une jurisprudence en pleine évolution, *Revue Responsabilité*, Éditions du GAMM, 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100 92919 LA DEFENSE CEDEX, mars 2013 - No 49 - volume 12, 10-11