

Supplément

Analyse des dossiers civils ayant entraîné en 2007 la condamnation de médecins généralistes et de médecins urgentistes

*Dr Catherine BONS-LETOUZEY**, *Nicolas GOMBAULT***

Cette analyse porte sur l'année 2007 afin d'être au plus près de l'actualité juridique et fait suite au rapport sur les décisions de justice rendues en 2007 concernant des médecins sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF***.

LES MEDECINS GENERALISTES (A propos de 125 décisions judiciaires ou avis de CRCI).

- **Avis des CRCI (Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation)**

► En 2007, les CRCI ont rendu 38 avis, non publiés, concernant au moins un médecin généraliste.

Elles se sont déclarées incompétentes dans deux dossiers, le préjudice en lien avec l'accident médical n'ayant pas atteint le seuil de gravité fixé par la loi : retard diagnostique d'une épiphysiolyse de hanche chez un enfant de 11 ans, essentiellement suivi en milieu hospitalier ; prise en charge d'une grave fracture de hanche secondaire à une chute chez une pensionnaire de maison de retraite âgée de 96 ans, grabataire et démente.

Dans 20 dossiers, les CRCI ont considéré que les reproches vis-à-vis du médecin généraliste n'étaient pas fondés et/ou en relation avec le préjudice. Il s'agit de plaintes concernant des diagnostics difficiles ou atypiques dans lesquels la prise en charge par le médecin généraliste n'a été que ponctuelle avant une hospitalisation ou l'avis d'un spécialiste qu'ils ont eux-mêmes demandé, à un moment jugé adéquat compte tenu du tableau clinique. Le préjudice n'a pas été considéré comme étant en rapport avec un retard éventuel de diagnostic ou de prise en charge par le médecin généraliste, eu égard à la gravité de la pathologie initiale et à son évolution propre.

Les retards allégués de diagnostic de tumeur bénigne (1) (méningiome cérébral) ou maligne (4) (cancers broncho pulmonaire du cavum, lymphome) sont en cause dans 5 dossiers. Trois dossiers concernent le retard diagnostique et/ou la prise en charge d'une pathologie vasculaire cérébrale : décès d'une femme de 40 ans d'une thrombo phlébite cérébrale de

* Médecin conseil, Le Sou Médical – Groupe MACSF

** Directeur général, Le Sou Médical – Groupe MACSF

*** Le risque des professions de santé en 2007. *Responsabilité* hors série ; novembre 2008 : 16-20.

diagnostic difficile et d'emblée gravissime, hémorragie méningée par rupture anévrysmale chez une femme de 58 ans, hémiparésie par sténose serrée de la carotide chez un hypertendu de 64 ans.

► La responsabilité du centre hospitalier ou d'autres praticiens a néanmoins été retenue dans 4 dossiers de sepsis grave, la prise en charge inadéquate par ceux-ci ayant donné lieu à une perte de chance (estimée entre 10 et 80 %) d'éviter les séquelles ou le décès : prise en charge d'une endocardite à streptocoque chez une femme de 53 ans entraînant la cécité par embolies septiques, prise en charge d'une pneumopathie grave entraînant le décès chez une femme de 40 ans, prise en charge d'un choc septique au cours d'une chimiothérapie, prise en charge d'une péritonite appendiculaire responsable du décès d'un homme de 32 ans.

► La gravité propre de la pathologie initiale a été jugée responsable de séquelles et/ou du décès dans 4 dossiers : insuffisance rénale temporairement aggravée par la prescription d'anti-inflammatoires pour une courte durée, prolongée à l'initiative du patient, retard de diagnostic d'une fracture du pied secondairement infectée ayant nécessité l'amputation chez une diabétique mal équilibrée, troubles du rythme ventriculaire révélés par une syncope lors d'une séance d'acupuncture, ayant nécessité la pose d'un stimulateur cardiaque, absence de relation entre la prescription d'antalgique morphinique et le décès d'une patiente de 84 ans présentant une maladie d'Alzheimer.

Les autres plaintes concernent des pathologies diverses (suicide, infection nosocomiale post-chirurgicale...) pour lesquelles le médecin généraliste a été consulté bien souvent en parallèle avec une prise en charge spécialisée et/ou hospitalière.

Certains patients ou leur famille, déboutés par la CRCI, poursuivent néanmoins la procédure par voie judiciaire civile, afin de tenter d'obtenir une indemnisation.

► Il est intéressant de constater que les CRCI ont confié à l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) le soin d'indemniser les victimes au titre de l'**aléa** dans 8 dossiers, dont 5 sont en relation avec de graves accidents iatrogéniques, attribués à la prescription d'un médicament : réaction immuno-allergique à l'Hexaquine[®] (quinine benzoate, thiamine chlorhydrate) (1 comprimé) responsable d'une nécrose corticale rénale bilatérale chez un homme de 42 ans, réaction immunologique sévère avec une longue hospitalisation chez un homme de 53 ans attribuée au Celebrex[®] (célécoxib), syndrome de Lyell sous un traitement médicamenteux associant Ketec[®] (telithromycine), Nuroflex[®] (acide arylcarboxylique) et Oracefal[®] (céfadroxil monohydrate), hémorragie digestive gravissime chez une femme de 50 ans prenant du Vioxx[®] (coxib), hématome spontané épidural responsable d'une paraplégie chez un homme de 50 ans porteur d'un stent et prenant des anti-agrégants plaquettaires (Plavix[®] (clopidogrel hydrogénosulfate) et acide acétylsalicylique).

Un dossier concerne une infection secondaire à des séances d'acupuncture pour une tendinite achilléenne.

Dans tous ces dossiers, la prise en charge par le médecin généraliste (prescription médicamenteuse, geste effectué, gestion de la complication) a été considérée comme conforme aux règles de l'art.

► Les CRCI ont retenu **la responsabilité du médecin généraliste** (totalement ou partiellement au titre de la perte de chance) dans 8 dossiers (8/38 soit 21%) :

- Défaut d'hospitalisation chez un patient de 49 ans porteur d'un rétrécissement aortique, aux antécédents coronariens, obèse et hypertendu, décédé d'une pneumopathie extensive hypoxémiante : il était reproché au médecin généraliste qui effectuait une deuxième visite à 24 heures d'intervalle après le précédent puis au régulateur du SAMU, de ne pas avoir décidé d'une hospitalisation immédiate.

- Deux retards de diagnostic de syndrome de la queue de cheval par hernie discale chez des patients vus pour une lombosciatique déficitaire (dans un dossier la responsabilité est partagée avec un spécialiste).

- Purpura fulminans chez un splénectomisé, dont l'état de choc a nécessité des amputations multiples, vu pour syndrome fébrile, qui a conduit à un traitement symptomatique sans antibiothérapie.

- Refus de visite à domicile chez un homme de 53 ans ayant téléphoné pour douleur thoracique et malaise. Le médecin généraliste surchargé de travail a conseillé au patient dont le domicile était distant de 15 km de se rendre au cabinet, où il s'écroule, victime d'un arrêt cardiovasculaire.

- Retard diagnostique d'une arthrite septique de hanche chez un enfant de 9 ans considérée comme un rhume de hanche, vue deux fois en consultation à 48 h d'intervalle, dont l'échographie décelait une synovite aiguë et le bilan biologique une hyper leucocytose (responsabilité de l'hôpital également engagée).

- Retard diagnostique d'un neurinome médullaire révélé par une paraplégie chez un homme de 41 ans suivi par des spécialistes (rhumatologue et rééducateur).

- Retard diagnostique d'un cancer hépatocellulaire sur une cirrhose chez un homme de 54 ans du fait de l'absence de prescription du bilan semestriel conseillé par le gastroentérologue. Cette décision peut être contestée par la compagnie d'assurance du médecin reconnu comme fautif. Le patient est indemnisé par l'ONIAM par substitution et la procédure se poursuit.

- **Décisions civiles**

Rappelons que les procédures judiciaires en référé se terminent après le dépôt du rapport d'expertise. Nombre d'entre elles n'ont pas de suite après un rapport d'expertise favorable au praticien ou à l'établissement poursuivi. Les jugements dont nous faisons état, correspondent donc à la poursuite de la procédure, le plus souvent par le patient, contestant un rapport d'expertise favorable ou estimant que ses conclusions sont exploitables pour qu'il puisse bénéficier d'une indemnisation. La poursuite de la procédure peut également être le fait d'un appel en garantie d'un médecin généraliste par un autre professionnel de santé, ou le fait des organismes sociaux.

Jugements favorables

Citons, parmi les jugements favorables (29/73 soit 40%) rendus, ceux qui concernent des retards diagnostiques de traumatisme (5) : fracture de côte avec blessure de rate après une bagarre en milieu scolaire, fracture du col fémoral après une chute chez une femme âgée, fracture du scaphoïde, fracture cervicale C6/C7 dont le diagnostic a été retardé du fait de l'erreur d'interprétation de radiographie du rachis cervical de lecture difficile, fracture de l'odontoïde responsable d'une tétraplégie puis d'un décès chez un homme examiné à domicile dans un état d'ivresse. Le retard diagnostique parfois très bref (24 heures ou moins) n'a pas été jugé fautif ou était sans lien de causalité avec le préjudice constaté.

Si une vaccination anti-hépatite B n'a pas été jugée responsable d'une sclérose en plaques ou d'une fibromyalgie, la vaccination anti-amarile chez un dialysé chronique a été jugée fautive et responsable de l'aggravation de l'insuffisance rénale justifiant un rapatriement (médecin salarié).

Deux certificats ont conduit leur auteur (médecin généraliste) à être sanctionné par l'Ordre des médecins : certificats de décès successifs « par pendaison » puis « par mort naturelle », immixtion dans un conflit conjugal, le médecin certifiant que l'épouse, subissant « un harcèlement physique et psychique » ... « devait quitter le domicile conjugal ». Mais sur le plan civil, les tribunaux de Grande Instance n'ont pas considéré que ces certificats étaient responsables d'un préjudice indemnisable.

Si des maladies rares (rétinoblastome chez l'enfant, cancer des surrénales chez un diabétique, maladie de Behçet ...) ont pu faire l'objet de procédures, d'autres pathologies moins exceptionnelles sont aussi à l'origine de plaintes : syndrome de la queue de cheval sur hernie discale (la consultation du médecin a eu lieu avant le début de la symptomatologie), pneumopathie grave chez un splénectomisé (consultation du médecin généraliste au tout début de la symptomatologie fébrile).

Un médecin salarié a été condamné du fait de la rupture des tendons extenseurs du 5^{ème} doigt après infiltration d'une maladie de Dupuytren déjà traitée antérieurement par aponévrotomie à l'aiguille.

Eu égard à la possibilité de mettre en cause la responsabilité d'un médecin pendant 30 ans à l'époque des faits, deux procédures concernaient des faits très anciens : un syndrome de Little après accouchement effectué par un médecin généraliste en 1972, un syndrome de Lyell après prescription de divers médicaments en 1974.

Rappelons que la loi du 4 mars 2002 a réduit la prescription en matière médicale à 10 ans.

Il est un domaine où la responsabilité des médecins généralistes, comme celle d'autres professionnels de santé, est souvent recherchée : la gestion des traitements anticoagulants. Une gestion attentive, conforme aux données de la science a néanmoins été retenue pour deux médecins généralistes : survenue d'un hématome de la fesse responsable d'une compression du sciatique à l'occasion d'une hypercoagulabilité (alors que la patiente n'avait pas fait ses examens dans les temps utiles), survenue d'un accident vasculaire cérébral d'origine thromboembolique chez un porteur de valve cardiaque au décours d'une intervention ORL, chez un patient sous héparine parfaitement suivi par le médecin généraliste au décours de cette intervention, même si la partie adverse considérait que chez ce porteur de valve cardiaque, les résultats biologiques témoignaient d'une sous anticoagulation au moment de la survenue de son accident vasculaire cérébral, probablement thromboembolique. Les périodes postopératoires de relais de traitements anticoagulants sont fréquemment en cause comme motif de plainte et le patient doit être informé des modalités du suivi de son traitement.

Les circonstances qui ont abouti à des jugements favorables en première instance ou en appel, concernant des médecins généralistes, portent sur des situations extrêmement diverses. Les magistrats et les experts ont tenu compte des connaissances médicales au moment des faits, de la difficulté du diagnostic, du moment de la prise en charge du patient par rapport à sa pathologie et, dans les cas litigieux où s'affrontaient des thèses adverses, de la rigueur du suivi antérieur par le médecin (par exemple patients sous anticoagulants niant avoir reçu le bon conseil de la part du médecin à la réception de son résultat d'analyse, alors que le dossier du médecin antérieur aux faits reflétait la qualité du suivi).

Ont toujours été retenus comme des éléments favorables la bonne traçabilité d'un suivi attentif, la prise en compte de facteurs de risques, la demande d'examens et/ou d'avis spécialisés.

Dans un dossier où le patient est décédé à 33 ans, vraisemblablement d'un problème cardiaque, les magistrats, suivant l'avis de l'expert, relèvent qu'il semble extrêmement difficile de reprocher au médecin généraliste, qui intervient la nuit, de ne pas faire le diagnostic très difficile d'une pathologie coronarienne atypique, alors que le patient a plusieurs fois été examiné par divers spécialistes, hospitalisé et longuement observé par plusieurs confrères qui n'ont pas non plus évoqué la maladie coronarienne.

En matière de conseil téléphonique, un chauffeur routier de 55 ans, obèse, diabétique, hyperlipidémique et tabagique, consultant moins d'une fois par an et suivant très imparfaitement les conseils et les prescriptions, consulte le 18 novembre 2000 pour un reflux

gastro oesophagien. La symptomatologie est identique à celle de l'année passée et il lui est de nouveau conseillé de voir un gastroentérologue. Le 6 décembre, après avoir fait plusieurs malaises, selon les dires de sa famille, il consulte à nouveau. La symptomatologie est alors dominée par une dyspnée. L'examen n'est pas contributif. Un rendez-vous « rapide » avec le cardiologue est conseillé. Le 16 décembre, il serait vu par le remplaçant du cardiologue qui lui fait une épreuve d'effort positive. Une coronarographie est prévue le lendemain. Le problème est alors dominé par une anémie avec une hémoglobine à 7.7 g/l. La fibroscopie révèle l'existence d'une très volumineuse hernie hiatale avec des rhagades inflammatoires au niveau du collet. Le bilan est complété par une coloscopie et un scanner abdominopelvien qui ne révèlent pas d'autres causes à cette anémie. Le patient regagne son domicile le 21 décembre. Aucune conclusion écrite des cardiologues ne figure au dossier. La coronarographie n'a pas été pratiquée. Le compte rendu est signé du gastroentérologue. Le 2 janvier au matin, alors que sa femme est à son travail d'auxiliaire de nuit depuis la veille au soir, elle reçoit un appel téléphonique de son mari qui lui indique avoir passé une mauvaise nuit, avoir vomi et fait des malaises. Il lui demande d'appeler le SAMU. Personne ne s'explique que le patient ait pu appeler son épouse mais n'ait pu appeler lui-même le SAMU. Celle-ci demande au SAMU le transport de son mari mais celui-ci refuse et conseille de joindre le médecin habituel. Il est environ 12h. Le médecin est alors appelé vers 12h15-12h30. Lors de l'expertise, les dires uniquement fondés sur des souvenirs aussi bien de la fille du patient que du médecin généraliste, ne permettent pas de savoir quels ont été exactement les propos échangés. Quoiqu'il en soit, le médecin dit avoir pensé à une gastroentérite. Dans la mesure où la consultation n'est pas terminée et que le médecin a ensuite une longue après-midi de visites à faire, il conseille d'appeler un confrère plus proche et plus disponible.

La fille trouve son père désorienté, se plaignant de douleurs épigastriques, ayant fait plusieurs « malaises avec crispation ». Elle le trouve pâle, essoufflé.

Le SAMU, devant la description de ce malaise avec nausées, céphalées et point de côté à droite, conseille d'appeler un autre médecin. Le décès survient 1/2h plus tard.

En l'absence d'autopsie, les causes précises du décès ne sont pas connues. A posteriori, l'état clinique paraît compatible à l'expert avec un accident cardiaque ischémique lié à une insuffisance coronarienne favorisée par l'anémie.

Fallait-il que le médecin contacté abandonne sa consultation et aille immédiatement voir le patient ? Il n'avait pas, dans le passé lointain et récent, de motif d'inquiétude grave et immédiat. Il n'avait aucun argument, sans être témoin de son état, pour demander lui-même à 12h30 l'intervention du SAMU.

En ne se rendant pas immédiatement au domicile du patient, le médecin a-t-il fait perdre une chance de survie au patient ? Etant donnée la survenue rapide du décès, en supposant qu'il ait pu se rendre immédiatement au chevet de ce patient, seul et sans moyens, il n'aurait rien pu faire ; le SAMU n'aurait pu rejoindre à temps le domicile du patient.

Les magistrats rendent en 2004 un jugement favorable et la famille fait appel.

L'arrêt confirme le jugement et l'absence de responsabilité du médecin et considère qu'il n'y a pas d'élément susceptible de justifier l'annulation de l'expertise. Aucune faute ne peut être reprochée au médecin qui n'a recueilli que des renseignements « de seconde main » qui étaient nécessairement interprétés et déformés. Rien ne dit que l'épouse a donné au médecin

des renseignements qui justifiaient une réaction immédiate de sa part. Il n'avait pas de raison d'abandonner ses autres patients pour effectuer une visite, ce d'autant que le domicile du patient était assez éloigné de son cabinet.

Cette décision contraste avec celles où il est reproché au médecin une non assistance à personne en danger.

Condamnations judiciaires civiles

Parmi les condamnations recensées (44/73 soit 60%), certaines confirment des décisions déjà évoquées dans **RESPONSABILITÉ** (décisions 2004-2005) ou statuent sur des problèmes juridiques ou d'indemnisation (décompte de frais, délais de garantie...).

L'indemnisation totale du patient dans cette série oscille entre un euro symbolique (certificat) et près d'un million d'euros (ischémie de jambe).

Les condamnations les plus fréquentes concernent des retards diagnostiques de pathologies aiguës, dont la prise en charge urgente peut se compter en heures pour espérer un pronostic favorable [(infarctus du myocarde (5), accident vasculaire cérébral (1), neuropaludisme (2), torsion du cordon spermatique (1)]. Sont reprochés un examen insuffisant ou insuffisamment décrit dans le dossier quand il existe, une interprétation erronée d'examens (ECG), la non prise en compte de facteurs de risque qui devaient inciter à l'hospitalisation en cas de doute sur une pathologie cardiaque. Comment justifier a posteriori sa conduite diagnostique ou thérapeutique en l'absence de la moindre note ou lorsque celle-ci est pour le moins succincte ? Quand le risque est grave, le médecin ne peut se réfugier derrière la réticence du patient à suivre ses recommandations ou sa proposition d'hospitalisation: a-t-il été informé, a-t-il bien compris les explications données ? A-t-on des preuves que le médecin a bien exposé les risques d'un refus de sérothérapie antitétanique ou la nécessité d'une goutte épaisse ? Dans les cas de retards diagnostiques de cancers (7), il est surtout reproché au terme de plusieurs consultations l'absence d'avis spécialisé ou de remise en cause du diagnostic initial. Deux infections gravissimes après infiltrations articulaires chez des diabétiques illustrent la problématique de la balance bénéfique /risque d'un geste thérapeutique dont l'indication doit être bien pesée.

La iatrogénie médicamenteuse est aussi bien représentée avec des médicaments « classiquement » à l'origine de plaintes qu'il s'agisse de quinolones ou de corticoïdes y compris en collyre (chaque année un accident médical grave du à l'emploi injustifié de collyres contenant des corticoïdes, sans diagnostic précis ou du fait de renouvellements de prescriptions).

Le médecin généraliste « celui qui connaît le mieux son patient » comme l'énonce le tribunal dans une décision, doit aussi remplir son devoir d'information et de conseil.

Voici une synthèse des décisions les plus marquantes.

Maladies professionnelles et certificats

1) Non déclaration de maladie professionnelle (1999)

Femme née en 1950, rouleuse fileteuse en métallurgie, souffrant de l'épaule droite depuis 1995. A l'époque, on a parlé de tendinopathie, en l'absence de lésion significative radiologique. Plusieurs infiltrations ont été réalisées au domicile par le médecin généraliste, non retranscrites dans le dossier médical de l'intéressée (dernière infiltration réalisée en mai 1999).

Un mois plus tard, la patiente est mise en arrêt de travail du fait de la survenue d'une lombosciatique qui justifie une hospitalisation en rhumatologie. Les courriers de l'époque ne concernent que la pathologie lombosciatique, la pathologie de l'épaule n'étant nullement évoquée. En août 1999, de façon brutale, l'épaule « se bloque » et le médecin généraliste prescrit une corticothérapie de courte durée à forte dose, associée à des antalgiques et à une physiothérapie de l'épaule.

La patiente est ultérieurement examinée par un médecin du travail qui indique que l'état de santé ne permet pas la reprise du travail de rouleuse, sans préciser si la prolongation d'arrêt est justifiée pour la pathologie de l'épaule ou pour les suites de la lombosciatique.

En janvier 2000, un arthroscanner de l'épaule montre une perforation du tendon du sus épineux et, probablement, une lésion de l'insertion du tendon du sous scapulaire. Un rhumatologue confirme le diagnostic, mais la patiente attendra avril 2001 pour consulter un chirurgien orthopédiste, comme conseillé. Dans le courrier adressé au médecin généraliste, le chirurgien mentionne qu'il s'agit d'une rupture distale de la coiffe des rotateurs, non rétractée, transfixiante, à l'origine d'une gêne fonctionnelle douloureuse, elle-même responsable d'une capsulite rétractile. Il évoque, à mots couverts, la possibilité d'une maladie professionnelle en indiquant que les ruptures de la coiffe sont souvent en rapport avec des activités nécessitant la main à hauteur d'épaule, et qui sollicitent donc l'ensemble de la coiffe des rotateurs. C'est à ce moment-là que le médecin généraliste établit une déclaration de maladie professionnelle. La patiente estime que le retard de déclaration de cette maladie professionnelle lui a fait perdre le bénéfice de la prise en charge de sa pathologie de l'épaule.

L'expert a estimé qu'à partir de 1999, la pathologie de l'épaule présentée (ayant justifié infiltrations et corticothérapie) entrerait dans le cadre de la définition de la maladie professionnelle inscrite au tableau sous le n° 57 A, en relation avec « des travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule ». Il estime que tous les praticiens avaient l'obligation de déclarer le caractère professionnel de cette affection.

Les magistrats, reprenant l'article L 461-6 du Code de la Sécurité Sociale, indiquent que « en vue tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle... la déclaration est obligatoire pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence... Il est constant qu'il s'agit d'une obligation générale qui s'impose à tout docteur en médecine... sont ainsi concernés, outre les médecins du travail, les médecins conseils des caisses de Sécurité sociale et les médecins traitants ».

Le médecin généraliste, du fait du retard à l'établissement de cette déclaration entre le 28 août 1999 et le 8 juin 2001, est condamné à payer la somme réclamée au titre du préjudice matériel correspondant à la différence entre les indemnités journalières perçues et les indemnités

journalières qui auraient dû être versées pendant ces 649 jours. (*Les autres praticiens qui ont pris en charge de façon ponctuelle la patiente n'ont pas été appelés dans la cause*).

Indemnisation : 9.976 €

2) Certificat d'inaptitude au travail (2001)

Patient employé dans une ambassade, en arrêt de travail prolongé, et convoqué pour examen, à la demande de l'employeur, par un médecin généraliste « de confiance » attaché à l'Ambassade.

Ce dernier certifie « avoir examiné le patient, avoir fait un électrocardiogramme, s'être mis en rapport par téléphone avec le médecin traitant et le cardiologue. De tous les éléments recueillis, il ressort que monsieur X n'est plus apte de façon définitive à faire le travail qui avait été prévu pour lui, son état ne lui permettant pas de porter ou de transporter des charges lourdes ».

Le patient conteste le licenciement dont il a fait l'objet et saisit le conseil des Prud'hommes qui confirme la nullité du licenciement au motif que l'avis d'inaptitude n'a pas été donné par un médecin du travail mais par un médecin attaché à l'Ambassade.

Les magistrats relèvent que le plaignant n'apporte aucun élément permettant de considérer que l'avis rendu était erroné.

Il n'est pas démontré que le patient avait expressément accepté que ce certificat soit porté à la connaissance de son employeur. La remise d'un certificat médical par le praticien à l'ambassade constitue une violation du secret médical.

Le licenciement dont il a fait l'objet et la majoration de son état dépressif ne sont pas directement en lien avec la violation du secret médical, la rupture du contrat de travail étant la conséquence de son état de santé.

Condamnation à 1 € de dommages et intérêts (et 1.500 € au titre de l'article 700).

3) Rédaction d'un certificat de décès (2005)

Un médecin est appelé dans la matinée du fait du décès à son domicile d'une femme âgée. Le médecin des urgences médicales, arrivé à 14h30, n'aurait procédé à aucun examen du corps et a remis à la famille un certificat sommaire, établi sur son papier à en-tête, certifiant que la mort était réelle et constante. En dépit des objections des services de police présents, il aurait affirmé que ce document suffirait et quitté les lieux sans paroles de réconfort pour la famille.

Au vu de ce certificat non réglementaire, les pompes funèbres ont refusé de procéder à la levée de corps. Le médecin refusant dans un premier temps de revenir, serait finalement revenu à la requête des services de police, muni du formulaire réglementaire qu'il aurait rempli de façon incomplète dans sa voiture sans procéder à un quelconque examen mais en préconisant cette fois-ci des prélèvements.

La famille engage une procédure, non seulement à l'encontre du médecin, mais également de la société des pompes funèbres du fait de l'organisation de la cérémonie d'incinération.

Le médecin généraliste fait valoir qu'il ne s'est pas désintéressé de la défunte mais que le diagnostic de décès était évident et ne demandait pas d'investigation complémentaire. Ne disposant pas d'un modèle réglementaire de certificat de décès, il a rédigé une simple ordonnance ; puis il a rempli le formulaire réglementaire, dans un deuxième temps, sans remplir la partie relative aux causes du décès, faute de connaître les antécédents médicaux de la défunte. Il a ordonné des prélèvements afin que ces causes soient déterminées et il a donc fait preuve de prudence sans manquer à ses obligations. La remise du certificat officiel lors d'une seconde visite n'a fait que retarder d'une heure les démarches à effectuer par la famille mais ne lui a pas causé de préjudice.

Les magistrats indiquent qu'il ressort des propres explications des demandeurs que ce décès est dû, selon toute vraisemblance, à une mauvaise chute.

Dès lors que le médecin savait être appelé pour constater un décès, sa mission devait être exécutée en respectant la procédure. Faute d'avoir sur lui le modèle de certificat nécessaire, il devait faire toute diligence à cet égard afin d'éviter d'augmenter le désarroi de la famille. Il a manqué à son obligation d'intervenir de façon consciencieuse, dévouée et diligente. Le préjudice reste minime au regard de la peine provoquée par la disparition de la mère des demandeurs.

Par ailleurs, la société de pompes funèbres n'a pas rempli son obligation d'information et de conseil consistant à exposer clairement le contenu des prestations offertes et à faire signer à ses clients un devis détaillé.

Le médecin et la société de pompes funèbres sont condamnés à payer 100 € chacun au titre du préjudice moral aux enfants et au conjoint.

Gestes techniques

1) Infection après infiltration intra articulaire (2003)

Femme de 54 ans, hypertendue, dépressive et diabétique insulino-dépendante. Le diabète serait équilibré et compliqué d'une rétinopathie. La patiente indique qu'elle se plaignait de douleurs du rachis cervical et dorsal mais pas de l'épaule gauche. Le médecin précise qu'en janvier 2003, il avait fait le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale et proposé trois mois plus tard une infiltration qu'il a réalisée à son cabinet. Il s'est lavé les mains, a utilisé de l'alcool, a mis des gants, nettoyé la peau avec de la Bétadine® (povidone iodée) et piqué à trois reprises en utilisant à chaque fois le tiers de la seringue, et des aiguilles courtes. Il a fait une injection par voie supérieure et deux voies antérieures.

Quarante-huit heures après, un tableau septique (cellulite de la région scapulaire et septicémie à staphylocoques dorés) associé à une décompensation du diabète oblige à l'hospitalisation. Une collection purulente pré scapulaire et un phlegmon d'un doigt par embol septique seront

évacués chirurgicalement. La patiente gardera comme séquelles une raideur de l'épaule avec des douleurs en mobilisation active, et une raideur de la main.

L'expert reproche au médecin de ne pas avoir de dossier médical, ce qui ne permet pas de connaître de façon objective l'état clinique de la patiente. Le diagnostic de périarthrite scapulo- humérale n'est confirmé par aucun examen complémentaire.

L'infiltration n'a été précédée d'aucune tentative thérapeutique par des antalgiques, des anti-inflammatoires ou de la kinésithérapie.

Le médecin généraliste n'avait aucun renseignement sur le suivi de ce diabète, sur son équilibre, et n'a prescrit aucune glycémie avant ou après l'injection. Il n'a pas pris contact avec le diabétologue. La patiente se devait d'être prévenue des éventuels risques d'une infiltration de corticoïdes, du déséquilibre possible du diabète, du risque augmenté de complication infectieuse.

L'expert considère également que la technique est critiquable : utilisation d'une aiguille courte chez une patiente corpulente, trois sites d'injections, localisations des injections.

Les magistrats retiennent l'entière responsabilité du praticien car l'indication n'était pas impérative et qu'il existait des alternatives thérapeutiques ; par ailleurs la technique utilisée est critiquable, ce d'autant que la patiente présentait un diabète insulino dépendant l'exposant plus particulièrement au risque infectieux.

Condamnation à indemniser l'intégralité du préjudice dont le recours à une tierce personne évalué à 3 heures par semaine.

Indemnisation : 91.731 €

2) Infection après infiltration articulaire (2004)

Patiente de 63 ans qui a reçu une infiltration au niveau de l'épaule droite du fait d'une crise hyperalgique datant de 48 heures. Dans les heures qui suivent, les douleurs augmentent et une fièvre à 40° apparaît. Des radiographies vont révéler une calcification et le diagnostic de cellulite est porté au cabinet de radiologie du fait d'images aériques sous cutanées. Lors de l'hospitalisation, le diagnostic est confirmé et un streptocoque identifié.

La patiente subira une intervention pour cette cellulite abcédée avec drainage d'une très importante collection purulente de l'épaule puis, cinq jours plus tard, sera réopérée du fait de l'extension de la fasciite à la face postérieure du bras et de l'omoplate. Elle garde une importante raideur de l'épaule, gênante dans les activités de la vie quotidienne.

Le médecin généraliste ne dispose d'aucun dossier médical. Il est incapable de préciser le nom du savon qu'il utilise ou celui du gel hydroalcoolique, il désinfecte la peau avec de la Bétadine®. Le corticoïde utilisé, de l'hydrocortancyl® (prednisolone acétate), est à préparer (deux aiguilles). Mais il a également infiltré en deux points successifs avec la même aiguille et la désinfection du site a été estimée insuffisante par l'expert. L'information sur la nature de l'acte, ses conséquences et les risques encourus a été inexistante avant l'acte et non

convaincante après, ce qui n'a pas permis à la patiente d'avoir une appréciation correcte de la gravité de sa situation infectieuse et retardé de 24 h le traitement de son infection (la patiente s'est rendue à l'hôpital le lendemain de la visite à domicile du médecin généraliste et de la consultation du radiologue).

Aucune recherche de contre indication ou de facteurs de risque n'a été effectuée préalablement à l'acte alors qu'il s'est avéré que la patiente présentait une prédisposition diabétique majorant le risque infectieux.

Les magistrats retiennent la responsabilité du praticien (procédure d'asepsie, défaut d'information) et le condamnent à l'indemnisation de l'entier préjudice, physique, professionnel, y compris une heure par semaine de femme de ménage (à vie) chez cette femme âgée de 66 ans au moment du jugement.

Indemnisation : 117.379 €

Médicaments

1) Ostéonécrose de hanches après prescriptions répétées de corticoïdes (1993)

Patient de 38 ans: entre octobre 1990 et septembre 1994, il subira deux interventions justifiées pour une hernie discale L4-L5 récidivée et responsable d'une lombosciatique invalidante. Les deux interventions ont été encadrées par une prescription renouvelée quasi permanente d'anti-inflammatoires et de corticostéroïdes notamment sous forme de Solumedrol[®] (methylprednisolone hémisuccinate) en intramusculaire en cure intermittente.

Le patient a dû être opéré à un an d'intervalle d'une ostéonécrose bilatérale des deux têtes fémorales qui ont, de même que la lombosciatique, été prises en charge au titre d'un accident du travail.

Les experts ont considéré que la dose cumulative de Solumedrol[®] qui a été injectée est relativement élevée bien que dans les limites de la normale (6 grammes). Les prescriptions, essentiellement faites par le rhumatologue mais relayées par le médecin généraliste, ont été surtout des cures de courte durée. La relation entre la dose de corticoïdes et l'existence d'une ostéonécrose n'est pas établie même si celle-ci semble plus susceptible de se produire avec des doses élevées. Le patient, après une recherche attentive, n'avait aucun autre facteur de risque pour la survenue de cette pathologie. L'administration de corticoïdes en infiltrations peut également avoir été un élément aggravant. Cet effet indésirable du médicament est difficilement prévisible mais il doit être connu des praticiens.

La surveillance, tant clinique que biologique, a été inexistante mais cette surveillance indispensable ne permet pas toujours de prévenir ou de détecter des effets indésirables rares tels que l'ostéonécrose. Aucun des paramètres (régime alimentaire, prise de sang, tension artérielle), s'ils avaient été surveillés, n'aurait été de nature à prévenir l'ostéonécrose.

On aurait dû s'attendre à ce que le rhumatologue prescripteur initial avertisse son patient des risques encourus et prescrive des examens de surveillance. Le patient ne semble pas avoir été

informé des risques thérapeutiques éventuels consécutifs au traitement prescrit, notamment des complications osseuses.

Compte tenu du fait que la relation de cause à effet entre corticoïdes et ostéonécrose n'est pas définitivement et fortement établie, il ne peut être affirmé que les deux médecins ont commis une faute dans l'acte technique de prescription.

L'arrêt de la Cour d'appel de 2007 confirme le jugement rendu en 2005, condamnant non seulement le rhumatologue, mais également le généraliste, à l'indemnisation non pas sur le fondement d'une faute mais sur celui d'une défaillance dans leur obligation de conseil. Celui qui est contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. Néanmoins, il n'est pas certain qu'informé des risques encourus, le patient aurait renoncé à ce traitement, ce d'autant que les experts, décrivant les effets indésirables de l'administration des corticoïdes, disent que l'ostéonécrose de la tête fémorale est l'une des complications mais pas la plus fréquente. Le préjudice subi s'analyse en une perte de chance d'avoir pu éviter cette conséquence invalidante du traitement subi, perte de chance estimée à 50% du préjudice.

Indemnisation : 56.883 €

2) Conduite d'une prophylaxie antithrombotique (2000)

Femme de 43 ans qui chute de sa hauteur et consulte pour une impotence complète : le médecin urgentiste, puis le chirurgien orthopédique, confirment l'existence d'une rupture musculaire du jumeau interne post traumatique associée, à l'échographie, à un petit hématome collecté de faible épaisseur (2 cm). Il est prescrit une immobilisation avec la nécessité d'une marche en décharge sans appui, avec des cannes anglaises, pendant trois semaines.

Le chirurgien, dans son courrier de liaison au médecin traitant, indique « la suspension d'appui est à observer pour trois semaines au total. Je vous laisse le soin de surveiller le traitement anticoagulant et de lui prescrire vers la troisième semaine une rééducation... ». Le chirurgien ne rédige pas d'ordonnance.

La patiente consulte le médecin généraliste munie de son strapping et de ses cannes anglaises huit jours après le traumatisme. D'après le médecin, elle posait le pied au sol ; d'après la patiente, elle marchait en décharge complète.

Le médecin généraliste lui aurait indiqué « dans le milieu hospitalier, on a toujours tendance à dramatiser ». Il rédige une prescription d'Aspégic 500[®] (lysine acétylsalicylate) – 1 comprimé par jour.

Un mois après l'accident, survient une thrombophlébite fémoro-suro-poplitée, fémorale superficielle, imposant la prescription d'un traitement anticoagulant curatif qui n'empêche pas, 48 heures plus tard, la survenue d'une embolie pulmonaire.

L'expert a considéré que, seule une héparinothérapie a des effets véritablement prophylactiques sur l'apparition d'une thrombose veineuse. Aucun élément dans la littérature ne permet d'affirmer que le traitement par Aspirine ait véritablement un effet préventif sur la

maladie thromboembolique veineuse. « En ce qui concerne l'embolie pulmonaire, notre expérience quotidienne en traumatologie nous a fait constater que l'anticoagulation par HBPM diminue très nettement la survenue de phlébite, sans faire disparaître le risque et que nous n'avons plus à déplorer la survenue d'embolies pulmonaires ce qui -semble-t-il- est l'apport majeur de ce traitement ».

Les magistrats retiennent la faute du médecin généraliste et estiment que celle-ci a entraîné une perte de chance pour la patiente d'éviter ces complications, perte de chance évaluée à 80%.

Indemnisation : 48.721 €

3) Prescription inadéquate d'un traitement substitutif de la ménopause (2002)

Femme de 62 ans qui est suivie depuis une quinzaine d'années par un médecin généraliste. En 1990, pour la première fois en période ménopausique, le médecin généraliste prescrit des oestrogènes naturels, prescription qui sera renouvelée régulièrement pendant dix ans. Cette prescription d'œstrogène ne s'accompagne pas de la prescription d'un progestatif. La patiente indique que ce traitement lui a été exclusivement prescrit par son médecin généraliste, ce qu'il confirme, bien que soit noté dans le dossier que sa patiente « voit son gynécologue si besoin ». Or, a posteriori, on s'aperçoit que cette femme n'a pas consulté son gynécologue depuis 1973.

Depuis cette date, aucun examen gynécologique ni aucun frottis n'a été effectué. Des mammographies ont été demandées régulièrement.

En août 2001, elle consulte en raison de la découverte d'un polype s'extériorisant à la vulve. Il est effectué une résection de ce polype, un curetage avec biopsie, dont le compte rendu histologique pathologique, révélant un cancer de l'endomètre, est classé sans suite par la secrétaire, dans le dossier du chirurgien : la patiente ne revient pas le consulter, se croyant guérie. Continuant à subir des pertes quotidiennes après l'intervention, elle finit par consulter son gynécologue neuf mois après les faits.

A cette date, une lésion bourgeonnante est découverte en échographie au niveau de l'endomètre, confirmant le cancer de l'endomètre précédemment révélé par l'examen histologique, sans envahissement ganglionnaire ni métastase.

Une hystérectomie totale élargie avec curage est effectuée. Les ganglions prélevés ne sont pas envahis. Le traitement est complété par une radiothérapie et une curiethérapie. La tumeur apparaît de bon pronostic sans ganglion ni métastase à distance avec, toutefois, une infiltration du col et du myomètre. En 2004, il semble s'agir d'une forme plus agressive avec l'existence de ganglions du carrefour aortico cave et rénal et, de fait, elle décède un an plus tard.

Certes, du fait d'une erreur du chirurgien, la patiente a été traitée de son carcinome endométrial avec dix mois de retard et ce retard de prise en charge est imputable au seul chirurgien.

Mais, de surcroît, elle bénéficiait depuis une dizaine d'années d'une oestrogénothérapie non conforme prescrite par son médecin traitant. « Il est dommage que celui-ci n'ait pas incité la patiente à consulter un spécialiste pour un avis thérapeutique sur sa ménopause. La tenue du dossier est excellente car chaque consultation comprend de nombreux points d'ordre psychologique, le traitement de l'arthrose... L'aspect gynécologique apparaît être au second plan. Le dossier est très fourni et il apparaît difficile à un médecin généraliste d'envisager tous les points médicaux à chaque consultation ».

A aucun moment, il ne lui est prescrit de la progestérone afin de réaliser un équilibre hormonal indispensable et d'éviter une prolifération endométriale pathologique. En effet, l'adénocarcinome endométrial est favorisé par le traitement hormono substitutif mal conduit même si l'imputabilité ne peut être de 100%.

C'est une erreur thérapeutique par omission.

Les deux praticiens sont condamnés *in solidum* à la réparation du préjudice, au titre d'une perte de chance.

La patiente est décédée en cours de procédure.

Indemnisation forfaitaire : 26.000 €

4) Prescription renouvelée d'un corticoïde en collyre (2005)

Femme née en 1972 qui consultait environ une fois par an un ophtalmologiste pour un examen systématique et la prescription d'une correction optique (lunettes, lentilles).

En 1998, elle consulte un pneumo allergologue qui mentionne l'existence d'une conjonctivite printanière, des épisodes de toux spasmodiques, qui semblent être en rapport avec une allergie aux acariens et aux pollens de graminées. Elle se plaint d'éternuements, d'épisodes d'obstruction nasale, d'importants œdèmes palpébraux et d'une sécheresse oculaire.

Pendant plusieurs années, de 1993 à 2000, une grande quantité de collyres banals divers et d'antihistaminiques généraux et locaux ont été prescrits pour ces problèmes d'atopie.

Pour la première fois, en 2003, le médecin généraliste prescrit du Tobradex[®] (dexaméthasone, tobramycine), 2 gouttes matin et soir, dans les deux yeux.

Entre septembre 2003 et fin mars 2005, on peut relever la prescription régulière du même collyre. Pendant toute cette période, la patiente a très peu consulté d'ophtalmologistes, sans leur faire part du traitement prescrit par son médecin généraliste. L'instillation des gouttes a entraîné une amélioration transitoire avec une reprise rapide des symptômes par une sorte d'effet de rebond l'amenant à continuer et à poursuivre le traitement de façon constante. En avril 2005, elle perçoit des points noirs et consulte quelques jours plus tard en urgence, ayant constaté à son réveil la perte de la vision à droite et une baisse d'acuité visuelle à gauche.

L'ophtalmologiste diagnostique une cataracte bilatérale et une hypertonie à 40 mm de mercure sur l'œil droit, l'œil gauche étant porteur d'une hypertonie plus modérée.

Après réduction de l'hypertonie, la patiente est opérée d'une cataracte bilatérale et récupère une vision de 5/10° à droite, et 6/10° à gauche.

L'expert confirme qu'il existait une symptomatologie de conjonctivite chronique de type allergique manifestement importante, prouvée par de nombreux écrits et de nombreuses consultations, le tout dans un contexte d'atopie générale. A la réalité manifeste de cette pathologie oculaire s'est ajouté un terrain psychologique particulier autour duquel on retrouve une quantité impressionnante de consultations pour des motifs variés qui ont été exposés par le médecin généraliste, en forte augmentation dans les années 2002 à 2004.

L'expert considère, bien que cela ne soit pas pathognomonique, que l'aspect anatomique de cette cataracte évoque une cataracte cortico-induite étant donné l'âge de la patiente, l'absence de myopie forte et de diabète, et retient l'entière responsabilité de l'utilisation prolongée du Tobradex® dans l'apparition de cette cataracte associée à une hypertonie.

Dans la notice grand public du produit, il est clairement écrit qu'en cas de traitement prolongé, une surveillance par l'ophtalmologiste est nécessaire ; il est difficile dans ces conditions d'admettre que la patiente était inconsciente de la puissance du collyre utilisé.

Il n'y a pas de réponse claire sur le fait qu'elle n'en ait pas informé son ophtalmologiste, ce qui aurait pourtant été logique et utile.

Le médecin généraliste ne nie pas avoir été conscient des effets secondaires potentiels d'un collyre corticoïde. Ses effets sont clairement indiqués sur l'information destinée au corps médical par le laboratoire et chaque médecin peut consulter les fiches du dictionnaire Vidal.

Les magistrats n'ont pas retenu la responsabilité du médicament qui n'est pas en cause par lui-même, seul son usage prolongé ayant posé un problème.

Le médecin est doublement fautif et a failli non seulement à ses devoirs thérapeutiques, mais aussi à son obligation de conseil et d'information vis-à-vis de son patient. Ne commet pas de faute un patient bénéficiaire d'un traitement régulièrement renouvelé par le médecin traitant, qui se conforme strictement aux prescriptions arrêtées par ce dernier sans réserve ni mise en garde sur les incidences nocives d'un usage prolongé.

La relation entre médecin et patient repose en effet sur le principe de confiance qui fonde le libre choix par le malade de son médecin. Un médecin ne peut exiger de son patient plus de compréhension de la posologie qu'il n'en a lui-même.

Indemnisation : 27.533 €

5) Rupture des tendons achilléens sous quinolones (2005)

Patiente de 60 ans qui présente une rupture bilatérale des deux tendons d'Achille deux jours après la prescription d'une quinolone pour surinfection bronchique ne répondant pas favorablement aux prescriptions initiales d'un antibiotique classique. Elle garde des séquelles invalidantes.

L'expert indique que selon la monographie du Vidal, les tendinites touchent préférentiellement les sujets à risque : plus de 65 ans, corticothérapie (y compris inhalée). L'indication d'une quinolone pour une infection respiratoire ne cédant pas à une prescription initiale d'un antibiotique classique correspond aux recommandations d'usage. Par contre, il

s'agissait d'un sujet à risque dans la mesure où elle prenait un traitement corticoïdes inhalé au long cours pour un asthme.

Ce terrain particulier aurait du inciter le praticien à éviter cette prescription et à s'orienter vers un autre choix thérapeutique.

Les magistrats ont estimé que le praticien a commis une faute en prescrivant cet antibiotique dont l'indication n'était pas absolue. La notion d'aléa en raison du faible risque de rupture, ne peut être soutenue en l'occurrence puisque les statistiques ne sont pas spécialement afférentes aux sujets à risque.

Indemnisation : 58.882 €

Prise en charge

1) Non révélation d'un diagnostic de sclérose en plaques (1995)

Patient né en 1961, qui a présenté une anoxie néonatale responsable d'une maladie de Little avec comme séquelles principales des troubles moteurs des membres inférieurs (difficulté à la marche). Ce patient est cependant autonome, se déplace seul, conduit un véhicule automobile et après avoir mené des études, exerce différentes activités professionnelles.

Dans les années 90, il présente une accentuation des difficultés de déambulation et constate l'apparition de troubles sphinctériens.

A partir de 1993, différents examens sont pratiqués, et font évoquer une malformation de la charnière et une syringomyélie.

Au cours de l'année 1995, compte tenu de l'apparition de signes discordants (survenue d'une diplopie et d'une ophtalmoplégie internucléaire), le diagnostic de sclérose en plaques est porté sur la foi d'anomalies à l'IRM, du liquide céphalorachidien et des potentiels évoqués visuels.

Le médecin rééducateur qui le prend en charge en 1995 notamment pour des problèmes vésico-sphinctériens, prescrit alors une corticothérapie et écrit au médecin traitant en précisant : « j'ai évoqué avec le patient l'hypothèse d'une maladie inflammatoire du système nerveux central mais il ne connaît pas le diagnostic supposé. En cas de nouvelle poussée, il conviendrait qu'il soit vu par un neurologue pour décider d'un traitement immunosuppresseur ». Il le reverra une fois dans le cadre du suivi des troubles vésicaux en 1997.

Entre 1998 et 2001, l'aggravation est lentement progressive avec une agressivité particulière de la maladie pendant l'année 2001. Dans le centre de rééducation où avait été porté le diagnostic, le nouveau médecin qui assure alors sa prise en charge lui révèle le diagnostic et l'adresse dans un service de neurologie.

Le patient reproche au médecin traitant le défaut d'information sur sa maladie, notamment lors d'un certificat médical en vue d'un prêt, l'absence de consultation neurologique qui aurait pu déboucher sur d'autres traitements que les corticoïdes, notamment sur un traitement immunosuppresseur.

En 2002, l'expert souligne que le diagnostic de sclérose en plaques n'est pas toujours facile à établir au début, étant donné l'extrême diversité des signes de la maladie. Il appartient au médecin, en son âme et conscience, d'évaluer si le sujet est capable ou non de recevoir le diagnostic sans conséquence psychologique pour lui. « Il semblerait que les médecins aient voulu ménager ce patient »... « Dire toute la vérité à un patient sur son état peut lui être extrêmement préjudiciable ». Il n'y a pas eu de perte de chance d'un autre traitement plus précoce et une consultation neurologique en milieu spécialisé ne lui aurait pas permis de bénéficier d'une prise en charge différente. Jusqu'à la fin des années 1990, le traitement de fond consistait principalement en un immunosuppresseur dont l'effet n'était pas certain et dont le risque infectieux était loin d'être négligeable chez ce patient faisant des auto sondages. Les traitements de fond actuels (Interféron) sont prescrits depuis 4 à 5 ans mais ne sont donnés dans les formes progressives comme celles présentées par le patient que depuis 2 ans environ.

Les magistrats retiennent qu'en 1995, même si le médecin rééducateur a évoqué fortement le diagnostic, il manquait pour le confirmer la notion de poussée, et que, selon l'expert, il était licite, avant d'annoncer le diagnostic, qu'on prenne le temps de voir le profil évolutif de la maladie et d'annoncer progressivement ce diagnostic. Dans la mesure où le patient n'a ensuite plus été suivi dans le centre de rééducation, « compte tenu de la difficulté d'appréhender la capacité du patient à recevoir sans dommage psychologique grave l'annonce d'un diagnostic aussi péjoratif que celui d'une sclérose en plaque... il y a lieu de retenir que le médecin rééducateur a pu légitimement faire le choix de s'abstenir de porter cette information à la connaissance de son patient ».

Le médecin traitant, à la différence du médecin rééducateur, a continué à le suivre sans interruption. Il a été tenu informé de l'aggravation. Or, en 2000, lorsque cet homme a sollicité un prêt immobilier (d'un montant de 25.000 € remboursables en 12 ans), le médecin généraliste a rempli un certificat médical confidentiel destiné à la compagnie d'assurance au vu duquel les risques couverts pour la garantie du remboursement du prêt ont été limités. La compagnie d'assurance a accepté de garantir le prêt en excluant le risque d'invalidité permanente et absolue et celui d'incapacité totale de travail.

Se trouvant actuellement en invalidité, ce patient a des difficultés financières et estime qu'il n'aurait pas contracté ce prêt immobilier s'il avait connu le diagnostic de sa maladie.

Les magistrats considèrent que le praticien ne pouvait légitimement laisser, en toute connaissance de cause, le patient s'engager dans des projets financiers à long terme comportant des risques extrêmement élevés sans l'informer clairement sur le diagnostic de son affection et sur le pronostic en découlant. Il ne peut pas tirer quelque justification de dispense d'information du fait que le patient ne lui aurait pas demandé clairement de lui indiquer le diagnostic de son affection ni justifié son silence par la crainte de répercussions psychologiques dès lors qu'il risquait de mettre son patient dans une situation définitive encore plus difficile à vivre et sur laquelle ce dernier n'avait pas reçu les éclaircissements appropriés.

Ils le condamnent à l'indemnisation de son préjudice économique.

Indemnisation : 18.000 €

2) Défaut d'information (1999)

Patient né en 1927 qui subit une gastrectomie en 1999 pour un adénocarcinome gastrique (sur moignon de gastrectomie partielle ancienne) associée à une hépatectomie partielle (du fait de métastases). Les suites sont marquées par la survenue d'un hoquet persistant, d'une dégradation progressive de l'état général, et le patient décède en octobre 1999. Dix jours avant son décès, il est retiré une pièce de textile obstruant le rectum (d'environ 40 cm sur 40 cm avec une bande radiodélectable) qui selon toute vraisemblance est une compresse oubliée lors de l'intervention, qui a ensuite migré.

L'expertise concerne tous les praticiens (11 au total) qui ont participé au suivi de ce patient pendant cette période. Une analyse du textilome confirme que cette compresse est du même type que celles utilisées dans la clinique lors de la dernière intervention. Lors des suites opératoires avaient été réalisés de nombreux examens radiologiques qui auraient pu permettre de faire le diagnostic de textilome avant l'issue finale. En effet, en mai 1999, il a subi une échographie abdominale puis un transit baryté le 12 juillet après un scanner le 9 juillet, dont l'interprétation est erronée : des images anormales para coliques gauche sont interprétées comme une stase de baryte mais à cette date aucune exploration utilisant de la baryte n'avait été réalisée. Le 3 octobre 1999, abdomen sans préparation et échographie font le bon diagnostic. Ce patient est pris en charge pendant les derniers mois de sa vie par un gériatre qui assure la prise en charge palliative et adresse un courrier le 4 octobre au médecin traitant indiquant que le bilan radiologique ne révèle pas d'anomalie (oubli, inattention ?). Mais ce défaut d'information du médecin et du patient n'a eu aucune conséquence, l'état du patient rendant discutable de nouvelles explorations et contre indiquant une reprise chirurgicale. Comme l'a confirmé l'autopsie, le décès est dû à l'évolution de sa maladie et non aux manquements relevés.

L'oubli de cette compresse est une faute du chirurgien responsable d'une partie des troubles digestifs présentés mais on ne peut attribuer à cette compresse et à sa migration le hoquet, la dégradation de l'état général et la dénutrition, comme le soutient la famille. Le chirurgien, le gastro-entérologue, un des radiologues et le gériatre du fait de l'interprétation erronée des documents radiologiques et « du manquement au devoir d'information » du patient ont commis des manquements en lien avec le préjudice moral de l'épouse et des enfants. « Ils n'ont pas permis au patient et à sa famille de connaître les troubles liés à la présence de ce corps étranger et de se préparer à son expulsion ».

Indemnisation : 11.900 €

3) Blessure involontaire lors d'une contention (2003)

Un médecin généraliste intervient dans le cadre d'un service de médecine d'urgence au domicile d'une femme née en 1976. L'examen se déroule en présence de l'ex-mari de la patiente et de deux ambulanciers appelés en vue d'un transfert hospitalier.

Devant le comportement hystérique de cette patiente, qu'il veut maîtriser, il a un geste malencontreux lors de la contention et tord la jambe de la patiente qui ressent une douleur intense et « un craquement ». Il est ultérieurement porté le diagnostic d'entorse grave du genou gauche avec rupture complète du ligament croisé postéro interne.

Cette affaire a fait l'objet d'une plainte pénale (classement sans suite), ordinale (pas de faute déontologique) puis civile.

Au vu des pièces produites et des auditions recueillies lors de l'enquête de police, il apparaît que le praticien a dû faire face à une patiente se trouvant dans un état d'excitation certaine et qu'il a tenté de la maîtriser compte tenu d'un risque d'autolyse non négligeable. (La patiente a fini par accepter une hospitalisation en psychiatrie). « La nécessité de maîtriser l'intéressée n'est pas discutable, il n'en demeure pas moins qu'une telle intervention se doit d'être proportionnée au but recherché et exempte de maladresse. Il convient de souligner la très notable différence de morphologie signalée par tous les protagonistes de la scène entre le médecin et la patiente, l'énervement patent et sans doute justifié du médecin eu égard à l'attitude de la patiente mais aussi le caractère disproportionné ou au moins emprunt d'une certaine maladresse de l'usage de la force par ce praticien pour contraindre et maîtriser la patiente afin de permettre son hospitalisation ».

Le praticien est tenu d'indemniser les conséquences dommageables des lésions qu'elle a subies.

Indemnisation : 13.229 €

4) Absence de sérothérapie antitétanique (2005)

Femme de 76 ans qui se blesse en tombant dans son jardin et se coupe profondément l'avant bras en heurtant un pot de fleurs. La plaie souillée est suturée par le médecin généraliste (12 points de suture) et celui-ci prescrit un vaccin antitétanique qui sera fait 24 heures plus tard par une infirmière libérale.

Dans les jours suivants, une infection locale motive une nouvelle consultation et le tableau rentre en partie dans l'ordre sous un traitement antibiotique banal.

C'est huit jours plus tard que la patiente sera hospitalisée du fait de douleurs très violentes du bras, dans un contexte de troubles de conscience et de trismus et que le diagnostic de tétanos sera immédiatement porté. Elle séjourne deux mois en réanimation (cinq semaines de curarisation, sept semaines de ventilation assistée, atteinte myocardique transitoire).

Elle garde comme séquelles une raideur importante de l'épaule secondaire à une capsulite rétractile et des séquelles neuropsychiques avec des troubles de mémorisation portant essentiellement sur les faits récents.

Lors de l'expertise, le médecin soutiendra qu'il avait proposé une sérothérapie qui a été refusée par la patiente. Le neveu de celle-ci, qui l'accompagnait, ne s'en souvient pas. L'avocat de la patiente rétorquera qu'il n'est pas logique qu'elle ait accepté un vaccin et refusé une gammathérapie car la patiente était totalement incapable de faire la différence entre les deux.

L'expert précise que le médecin avait une obligation éthique d'indiquer ce refus dans son dossier et, en parallèle, de faire écrire à la patiente son opposition à une éventuelle gammathérapie. Il n'est pas évoqué que le médecin ait signalé tous les risques de la non réalisation de la sérothérapie. Comme dans tout domaine sensible, il aurait dû revoir la patiente le lendemain et tenter de l'influencer pour qu'elle change d'avis.

On ne peut pas considérer que cette injection a un risque nul mais le coefficient risque-bénéfice est largement positif avec cette gammathérapie d'origine humaine, dont les complications sont de l'ordre de l'exceptionnel.

Les magistrats confirment que le médecin n'a pas délivré de soins consciencieux, et a manqué à ses obligations médicales et le condamnent à l'indemnisation.

Indemnisation : 59.707 €

Retard de diagnostic

1) Retard diagnostique de phlébite (1992)

L'arrêt de 2007 réforme un jugement de 2002 qui avait condamné le praticien généraliste à une indemnisation forfaitaire de 20 000 € du fait du retard de diagnostic d'une phlébite révélée par une douleur de cuisse considérée comme d'origine musculaire (en postopératoire après ablation d'un abcès de la marge anale chez une femme de 30 ans ayant des antécédents de phlébite compliquée d'embolie pulmonaire).

Le traitement de cette phlébite s'est compliqué d'une allergie à l'héparine justifiant une amputation transmétatarsienne chez cette femme diabétique, qui est actuellement sous dialyse. L'arrêt d'appel condamne l'anesthésiste et le chirurgien à 90% du préjudice et le médecin généraliste à 10%.

Indemnisation : 914.012 €

2) Retard de diagnostic d'une phlébite (1999)

Patient né en 1981, opéré d'une appendicectomie. Il rejoint son domicile le 23 octobre 1999. Dans l'après midi, il présente de la fièvre et des vomissements et retourne à la clinique où il a été opéré. Il est vu par un urgentiste qui lui prescrit du paracétamol. De retour à domicile, le tableau clinique persistant, le médecin généraliste l'examine et prescrit un antispasmodique. Il adresse le patient aux urgences de l'hôpital où il est examiné vers 23h10. Il existait des douleurs abdominales au niveau de la cicatrice et une douleur au niveau du pli inguinal. La

feuille d'accueil du service des urgences fait état des notations suivantes : « douleur abdominale brutale avec vomissements ce matin ; appendicectomie ; dernières selles ce jour. Examiné à la clinique : rien à signaler. Examen à l'arrivée au service des urgences. Cicatrice normale, abdomen souple, apyrexie, douleur en regard de la cicatrice ».

La radiographie abdominale ne montre rien de pathologique. Le bilan biologique est normal. Le patient retourne à son domicile où il séjourne du 24 octobre au 1^{er} novembre. L'adolescent qui est allongé se plaint de douleurs de l'aîne gauche s'étendant vers la cuisse, qui augmente de volume. Elle aurait doublé de volume au niveau de son tiers supérieur et devient suffisamment gênante pour qu'elle l'empêche d'aller aux toilettes. Le 30 octobre, le médecin généraliste est appelé en raison de la persistance de douleurs abdomino lombaires et aurait prescrit un traitement homéopathique. D'après le père, il n'aurait pas examiné le membre inférieur gauche.

Dans les 48 heures qui suivent la consultation, l'adolescent ne dort plus du fait de douleurs à la cuisse et, après appel du SAMU, il est de nouveau transféré vers le centre hospitalier.

Devant ces douleurs du scarpia accompagnées d'une fièvre à 38°6, il est pratiqué des hémocultures et, faute de place en médecine, l'adolescent est transféré en chirurgie, avec, comme conclusion « pathologie médicale en voie d'exploration ».

Du 1^{er} au 4 novembre, les parents, voyant se dégrader l'état de leur enfant et n'ayant jamais rencontré les médecins du service, réclament le transfert au CHU. L'augmentation du volume de la cuisse gauche n'aurait pas été signalée par les médecins ni dans les rapports médicaux. C'est à l'arrivée au CHU qu'est fait le diagnostic d'une thrombose veineuse profonde fémoro iliaque gauche qui est immédiatement traitée par héparinothérapie, difficile à équilibrer. Le 9 novembre, les douleurs augmentent. Une cyanose du membre inférieur gauche apparaît avec déficit moteur, raison de son transfert en chirurgie spécialisée. Le relais est pris par une héparine non fractionnée, puis, malgré la régression de la symptomatologie locale, l'Héparine étant difficile à équilibrer, le traitement est relayé par Orgaran® (danaparoiide sodique) et antivitamine K. Le bilan de thrombophilie ne montre rien de particulier. Le 22 novembre, il existe une reperméabilisation de la veine iliaque primitive gauche.

Le 27 décembre, l'échodoppler veineux montre une veine cave inférieure libre et au niveau du membre inférieur gauche, un thrombus semi récent échogène obstructif au niveau poplité, fémoral superficiel, fémoral commun, iliaque externe et à la partie basse de l'iliaque primitive. Au niveau sural, existe une thrombose de la veine tibiale postérieure et de la péronière d'aspect ancien.

L'adolescent gardera des séquelles de cette thrombose veineuse profonde nécessitant le port d'une contention élastique.

Le premier rapport d'expertise demandé par le Tribunal Administratif devait apprécier la responsabilité du centre hospitalier ; il conclut à l'existence d'une faute médicale par défaut d'établissement du diagnostic concernant à la fois le médecin généraliste lorsqu'il a été appelé à domicile, les médecins de l'hôpital du service des urgences et du service de chirurgie. Se pose la question suivante : pourquoi le médecin généraliste n'a-t-il pas pris en charge les douleurs du pli inguinal gauche soit en demandant des examens complémentaires, soit en faisant hospitaliser plus tôt ce jeune patient ?

Une nouvelle expertise met en cause le médecin généraliste. Lorsque le médecin généraliste est appelé le 28 octobre en raison de douleurs de la région abdominale, de la région lombaire gauche et de l'aîne, il dit avoir évoqué trois hypothèses diagnostiques : pyélonéphrite, abcès appendiculaire, syndrome grippal. Il dira a posteriori avoir également évoqué une thrombose veineuse profonde, avoir palpé les mollets, mesuré la circonférence de cuisse mais ne pas avoir retenu le diagnostic de thrombose veineuse sur ces seuls arguments cliniques. L'expert indique qu'il est fortement recommandé, dès lors que le diagnostic est évoqué, de faire pratiquer un écho doppler veineux afin de confirmer ou d'éliminer ce diagnostic. Bien qu'un certificat d'hospitalisation aurait été « laissé au domicile du patient », la décision d'hospitalisation a été laissée à l'appréciation des parents, ce qui a été confirmé par le médecin généraliste lui-même.

Si le diagnostic avait été porté plus tôt, le traitement anticoagulant l'aurait été également mais, malgré ce retard thérapeutique, il n'est pas survenu d'embolie pulmonaire et il n'y a pas de lésion imputable à ce retard, malgré la présence de séquelles de la thrombose veineuse profonde à l'écho doppler.

Par jugement du Tribunal Administratif en 2006, l'hôpital est reconnu responsable du retard diagnostique.

Devant le Tribunal de Grande Instance, le jugement de 2007 reconnaît également la faute du médecin généraliste dans ce retard de diagnostic partagé avec le Centre Hospitalier.

« L'hôpital ayant des moyens sur place pour effectuer tous les examens complémentaires, a une part de responsabilité plus grande que celle du médecin généraliste. En revanche, ce dernier a une meilleure connaissance de son patient ; dès lors la responsabilité de celui-ci sera retenue pour 30% dans la réalisation du dommage. »

Indemnisation : 4.440 €

3) Retard diagnostique d'une torsion du cordon spermatique (1999)

La mère d'un adolescent de 15 ans appelle un urgentiste à 6 heures du matin en raison d'une violente douleur inguinale droite dont se plaignait son fils. Le médecin de garde se présente très rapidement au domicile, procède à l'examen, suspecte une colique néphrétique, rédige une ordonnance comportant des anti-inflammatoires, des antispasmodiques et des antalgiques et demande d'effectuer au plus tôt une échographie rénale et de consulter le médecin traitant. Les parents se rendent au cabinet du radiologue en fin de matinée. Celui-ci complète l'échographie prescrite par une échographie scrotale et adresse en urgence le jeune homme à l'hôpital où il est opéré d'une torsion du cordon spermatique vers 13h00.

L'évolution se fait vers une atrophie testiculaire nécessitant ultérieurement l'ablation du testicule et la mise en place d'une prothèse.

Le médecin fait valoir que l'adolescent n'avait pas de douleur scrotale mais des douleurs « du ventre » lors de son examen à 6 heures et qu'il n'aurait pas pu être opéré dans les deux heures suivantes, soit plus de trois heures après la torsion, la douleur s'étant manifestée vers 5 heures du matin.

L'expert judiciaire indique : « il s'agissait d'un événement essentiellement douloureux, brutal, sans fièvre et le premier diagnostic à évoquer chez un enfant de 15 ans dans ce contexte de douleur abdominale et d'apyrexie est celui de torsion du testicule ».

Lorsque la « détorsion » n'intervient pas avant un délai de 6 heures, la torsion entraîne très souvent une atrophie testiculaire secondaire. Si l'intervention « de détorsion » est faite avant la troisième heure, le testicule peut, le cas échéant, être conservé.

Les magistrats ont considéré que l'examen radiographique mettant en évidence la torsion a été effectué à 11h30 et l'intervention chirurgicale vers 13h00, soit une heure et demie plus tard et que l'on peut raisonnablement considérer qu'hospitalisé en urgence vers 6h30 ou 7h00, le jeune patient aurait pu être traité vers 8h00 et que cette détorsion intervenue dans les délais de trois heures pouvait permettre d'éviter l'ablation du testicule.

Ils évaluent à 80% la perte de chance subie par le demandeur.

Une expertise est ordonnée en vue de l'évaluation du préjudice.

4) Retard diagnostique d'une tumeur hépatique (1999)

En mai 1999, à la suite d'une échographie pratiquée pour un autre motif, est décelée chez un patient de 42 ans, sans facteur de risque, une formation hypo échogène intra hépatique. Le patient bénéficie d'un scanner « rassurant » évoquant une plage stéatosique, d'un bilan biologique, notamment hépatique, normal. Neuf mois plus tard, l'apparition de troubles digestifs motive une nouvelle échographie confirmant que l'image suspecte a modérément augmenté de volume, et l'avis d'un spécialiste est demandé. Le dosage des marqueurs tumoraux et de l'alpha foeto protéine fait en mars 2000 associé aux anomalies échographiques et à l'IRM, oriente vers un carcinome hépatocellulaire qui est confirmé. Une hépatectomie droite est pratiquée. Des métastases se révèlent trois mois plus tard et le patient décède un an plus tard. La tumeur présentait d'emblée des facteurs histologiques péjoratifs.

C'est dans ce contexte que les experts indiquent que, si le dosage de l'alpha foeto protéine avait été vérifié dès le mois de mai 1999, certes, le diagnostic aurait été porté quelques mois plus tôt, mais ils limitent le préjudice à un gain éventuel de survie de quelques semaines, rappelant que le taux de survie à cinq ans n'est que de 10% dans les stades IV.

En 2006, condamnation du médecin généraliste, à 1 € d'indemnisation du fait du retard de diagnostic d'une dizaine de mois de ce carcinome hépatique ayant d'emblée un mauvais pronostic.

La Cour d'Appel confirme le jugement mais le réforme sur le montant de l'indemnisation, accordant 5.000 €

5) Retard diagnostique d'une tumeur thoracique (1999)

Enfant né en juin 1989, chez lequel un médecin scolaire dépiste en octobre 1999 un trouble de la statique rachidienne et conseille de consulter le médecin traitant. Le médecin généraliste constate une inflexion scoliotique avec une petite gibbosité, prescrit 15 séances de kinésithérapie et des radiographies (inflexion du rachis lombaire vers la gauche à partir de L4 et redressement au niveau dorsal moyen en T7-T8, rotation des vertèbres dorsales de part et d'autre de T7). Quelques jours plus tard, il revoit l'enfant en consultation (pas de mention dans le dossier médical ni dans le carnet de santé) et considère cette scoliose comme banale au vu de ce résultat.

C'est entre novembre 1999 et janvier 2000 que seraient apparues des douleurs dorsales et « un affaissement de l'épaule droite ». L'enfant aurait consulté de nouveau en février 2000 pour ce motif mais le dossier médical ne répertorie à cette date qu'une consultation pour sa sœur. Le praticien confirme avoir prescrit un renouvellement des séances de kinésithérapie sans avoir réexaminé l'enfant.

Les douleurs s'accroissent et perturbent le sommeil et la mère déclare avoir revu le médecin en avril 2000 (aucune mention de cette consultation dans le dossier). Celui-ci aurait prescrit un anti-inflammatoire (la mère ne se souvient pas si cette prescription a été établie au nom de son fils ou d'un autre membre de la famille) et renouvelé les séances de kinésithérapie. Le médecin ne garde aucun souvenir de cette consultation. C'est en août 2000 que devant les douleurs, l'importante asymétrie thoracique et l'apparition d'un essoufflement à l'effort que l'enfant est adressé pour avis à un orthopédiste qui prescrit de nouvelles radiographies puis un scanner thoracique. Il existe un volumineux processus expansif développé dans la gouttière costo-vertébrale droite et visible sur 15 cm de hauteur, un remaniement de plusieurs arcs costaux associant des éléments lytiques et condensants. Le bilan affine le diagnostic de tumeur myofibroblastique dont l'exérèse incomplète sera réalisée en octobre 2000 n'empêchant pas une récurrence. Une arthroscopie puis une chimiothérapie seront nécessaires.

L'expert considère que la démarche du médecin lors de la première consultation est conforme aux bonnes pratiques même si la prescription de kinésithérapie est discutable pour être sans utilité démontrée. Il lui reproche de ne pas avoir proposé une consultation systématique de surveillance et de ne pas avoir mentionné ses constatations sur le carnet de santé, son dossier médical étant par ailleurs particulièrement laconique « scoliose à déterminer ».

Le fait de ne pas avoir réexaminé l'enfant en février 2000 et d'avoir reconduit la kinésithérapie est jugé « imprudent » et si l'enfant a bien été examiné, l'absence de réaction devant l'apparition de dorsalgies est fautive. Le même raisonnement de l'expert s'applique à la prescription d'antalgiques en avril 2000. C'est dans cette période que le diagnostic aurait pu et du être posé. « Le fait que la sœur aînée soit prise en charge par le praticien pour « un mal de dos », l'habitude qui semble avoir été acceptée par la famille et le médecin de réaliser des prescriptions pour un membre de la famille à l'occasion de la consultation d'un autre ont contribué à une certaine confusion et participé au manque de rigueur dans la prise en charge qui n'a pas été compensé par la vigilance du kinésithérapeute resté passif devant un enfant qui s'aggravait pendant les soins ». Si le diagnostic avait été porté 5 ou 7 mois plus tôt, il est probable mais non certain que l'exérèse chirurgicale de cette tumeur d'évolution lente aurait été plus aisée avec un plus faible risque de récurrence locorégionale.

En 2007, les magistrats déclarent le médecin traitant responsable de l'entier préjudice.
En 2008, un arrêt de la Cour d'appel infirme le jugement et évalue à 40% des préjudices (à déterminer) la perte de chance subie du fait de ce retard diagnostique.

6) Non diagnostic d'un purpura rhumatoïde (2000)

Adolescent de 12 ans qui consulte début juin 2000 pour des lésions rouges persistantes des deux jambes ayant débuté après une exposition au soleil et évoquant un purpura. Les lésions ne s'accompagnent pas de douleurs articulaires ou abdominales ni de fièvre. Une numération sanguine et plaquettaire est normale, de même que la vitesse de sédimentation et la CRP. Les lésions disparaissent. En novembre, du fait d'une asthénie, il est évoqué une mononucléose infectieuse (numération normale, MNI test négatif). L'adolescent sera revu à quatre reprises en avril, juin 2001 puis janvier et juin 2002 (tension artérielle 130/80 mmHg) pour différentes raisons. En octobre 2002, l'existence de céphalées déclenche un nouveau bilan et au vu des résultats, la mère décide de prendre rendez vous avec un pédiatre. Celui-ci, devant l'existence d'oedèmes des membres inférieurs et d'une hématurie microscopique, conseille une hospitalisation. Il existe un syndrome glomérulaire avec un syndrome néphrotique impur et une insuffisance rénale.

Le diagnostic de glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'IgA est porté par la biopsie rénale : sans que l'on puisse éliminer une glomérulonéphrite primitive (maladie de Berger), l'ensemble du tableau évoque une néphropathie du purpura rhumatoïde. L'évolution de l'insuffisance rénale, malgré le traitement corticoïde et antihypertenseur, est défavorable nécessitant des hémodialyses un an plus tard.

L'expert après avoir passé en revue les différentes étiologies des purpuras, reproche, lors de l'épisode de purpura, un bilan incomplet sans recherche de protéinurie et de sang dans les urines. Il reproche également l'absence de conseils et d'informations donnés dans le cadre de la surveillance des éléments purpuriques, tels que la surveillance de l'apparition d'oedèmes ou d'hématurie (l'adolescent n'a parlé à personne de la survenue à deux reprises d'hématuries) ainsi que l'absence de surveillance de la tension artérielle et de la protéinurie de manière systématique dans l'année qui a suivi l'apparition du purpura et lors de la dégradation de son état de santé. Malgré les atypies (poussée unique de purpura très inhabituelle, absence de signes extra-rénaux...), l'expert considère que le diagnostic de purpura rhumatoïde reste l'hypothèse la plus probable.

Exposant que l'atteinte rénale du purpura rhumatoïde survient dans 95% des cas au cours des trois premiers mois de la maladie, il conclut qu'un traitement plus précoce aurait été susceptible d'apporter un meilleur résultat à court et moyen terme sans préjuger du résultat à long terme.

Les magistrats considèrent que l'erreur diagnostique est fautive et, au vu des éléments bibliographiques produits par l'expert, que la perte de chance de « guérison » est de 80%. Un appel de cette décision est en cours.

Indemnisation : 405.530 €

7) Non diagnostique d'un accès palustre. Décès (2000)

Homme né en 1942 qui revient d'un voyage d'affaire de dix jours en Afrique du Sud, dont une incursion au Zimbabwe, pays impaludé. Aucune prophylaxie antipaludéenne n'a été prise. Dix jours après le retour, le 27 avril 2000, il se plaint de fièvre, de céphalées et d'une dysphagie. Le médecin généraliste -qui n'est pas son médecin traitant habituel- constate une gorge rouge et prescrit une antibiothérapie. La mention est faite d'un séjour en Afrique du Sud, de l'absence d'une chimioprophylaxie antipaludéenne mais la notion de séjour au Zimbabwe est occultée.

Trois jours plus tard, l'épouse rappelle le médecin en indiquant que son mari est dans un état stationnaire avec toujours de la fièvre et des céphalées.

Au quatrième jour, nouvel appel au médecin qui constate l'existence d'un syndrome méningé et décide l'hospitalisation. L'accès palustre est confirmé et avec une parasitémie forte à 15%. Le patient est hospitalisé en réanimation dans un état confusionnel avec une agitation motrice, une atteinte hépatique et une insuffisance rénale aiguë. Il est intubé, ventilé, dialysé. Il décède dans un tableau de défaillance multiviscérale aggravé par un choc septique d'origine nosocomiale.

L'expert considère qu'il existe un adage toujours enseigné en médecine qui dit que « il faut penser un paludisme d'importation chaque fois qu'il existe une pathologie fébrile chez un voyageur de retour d'une zone d'endémie palustre ». En l'absence d'information donnée au médecin sur ce séjour en zone d'endémie, on comprend que celui-ci ait pu ne pas évoquer un accès palustre lors de sa première consultation. Il n'en reste pas moins que l'accès palustre est une urgence thérapeutique absolue. Tout retard thérapeutique, même de 48 heures, est pénalisant, pouvant favoriser l'évolution vers une forme grave avec une mortalité qui reste de 10 à 15%. Le décès du patient est d'origine infectieuse. Une septicémie avec localisations multiviscérales a compliqué l'évolution d'un accès pernicieux sévère dont la gravité initiale a été responsable « d'une importante fragilisation de l'état général du patient ». « La sévérité de l'accès palustre a contribué à amoindrir la résistance du patient et à favoriser les complications infectieuses ».

Le retard de diagnostic de trois jours n'a pu favoriser que très indirectement ces complications infectieuses.

Le Tribunal de Grande Instance, en 2004, déboute la veuve et le fils de leurs demandes, considérant que la preuve d'une faute commise par le médecin généraliste en relation de cause à effet avec le décès n'était pas apportée.

La Cour d'appel infirme ce jugement. Quand bien même le patient n'aurait pas évoqué son incursion au Zimbabwe, on remarquera que l'expert judiciaire considère que, même en Afrique du Sud, il existe des zones d'endémie palustre et que le praticien, alerté par son patient sur son séjour en Afrique du Sud, se devait d'être particulièrement prudent et vigilant, au besoin en questionnant avec précision celui-ci sur son parcours et cela d'autant mieux qu'une forme de paludisme est mortelle. Ne l'ayant pas fait, il a commis une faute étant précisé qu'une simple prise de sang suffisait à établir le diagnostic. A plusieurs reprises, l'expert met l'accent sur l'accès pernicieux palustre sévère avec manifestations multiviscérales initiales qui a été responsable d'une importante fragilisation de l'état général. La Cour retient que la faute commise a fait perdre au patient une chance d'éviter le décès et que cette perte de chance est de 80%.

Indemnisation du préjudice moral de la veuve et du fils et du préjudice économique de celle-ci.

Indemnisation totale : 523.141 €

8) Non diagnostic d'un accès palustre. Décès (2001)

Un couple est de retour de voyage de 15 jours au Togo et au Ghana. L'attente est longue à l'aéroport de Lomé, climatisé et le mari éprouve une sensation de froid. Ils atterrissent le vendredi 17 août au matin et il se plaint de céphalées et de fatigue. Le samedi, il a des céphalées, une température à 38°5, ne présente pas de troubles digestifs mais il ressent une fatigue inhabituelle. Le dimanche, devant la persistance des symptômes et d'une fièvre à 39°, il est fait appel, vers 8 h du matin au médecin de garde. L'épouse, qui a déjà eu deux crises de paludisme dans sa vie, informe le médecin de ses craintes d'un accès palustre ce d'autant qu'ils n'ont pas pris de chimio prophylaxie, malgré les recommandations du voyageur. Après examen, le médecin affirme un diagnostic de sinusite et prescrit des antibiotiques et une corticothérapie. La fièvre baisse mais la fatigue persiste. Le lundi, le patient a de forts accès de sueurs mais la température n'est pas prise. La fatigue est intense, sans troubles de la conscience ni de troubles digestifs. Le mardi, il est fait appel au médecin traitant qui est informé des événements depuis le retour de voyage et l'épouse lui fait part de ses craintes de paludisme. Lors de cette consultation, son mari se sentait plutôt mieux, sans fièvre, avec une sensation de moindre fatigue. Le médecin généraliste confirme le diagnostic de son confrère et conseille la poursuite du traitement en cours. Le jeudi, devant la constatation d'un syndrome confusionnel, il est hospitalisé. Dès son arrivée, le diagnostic de neuropaludisme est confirmé, avec une parasitémie élevée (6%) et une thrombopénie importante à 18 000 par millimètre cube. Il présente alors tous les symptômes d'un paludisme grave, est transféré en réanimation et décède 48 heures plus tard dans un tableau de défaillance multiviscérale sans qu'aucune co-infection bactérienne ou fongique n'ait pu être identifiée.

En reprenant la version des faits, le premier médecin indique qu'il a insisté et réitéré ses explications quant au risque de paludisme mais que le patient a refusé de se rendre un dimanche à l'hôpital, un peu éloigné de son domicile. Il a donc donné des éléments de

surveillance et a fermement conseillé, devant la moindre réapparition de fièvre, d'absence de rétablissement franc dans les 48 heures, de se rendre sans délai aux urgences de l'hôpital. Après avoir débuté une lettre pour les urgences de l'hôpital, celle-ci n'est pas terminée et sera déchirée. Il n'est pas fait d'ordonnance de frottis ou de goutte épaisse. Le médecin généraliste traitant n'a constaté aucune anomalie clinique à l'examen, ne pense pas que le diagnostic de paludisme pouvait être retenu compte tenu de l'amélioration sous traitement antibiotique de l'état du patient.

Un premier expert indique qu'il faut systématiquement évoquer le diagnostic de paludisme chez un patient de retour d'un pays en zone endémique, quel que soit le tableau clinique. L'absence de chimio prophylaxie dont le patient est responsable, le tableau clinique trompeur et une mauvaise communication ont prolongé le retard au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique par manque d'esprit systématique. On ne peut pour autant établir un lien de causalité direct et exclusif entre l'évolution fatale et les manquements relevés, au moins pour le deuxième médecin, et à prouver pour le premier. On peut estimer qu'une prise en charge plus précoce aurait généré 70% de chance de guérison.

Après ce premier avis, non contradictoire, une expertise judiciaire est ordonnée et confiée à un professeur de maladies infectieuses. Celui-ci confirme la chronologie des faits. Les deux médecins devaient évoquer le paludisme. Le premier médecin n'a malheureusement pas été au bout de sa démarche, même s'il a évoqué le diagnostic de paludisme puisque, en dépit de propositions faites de se rendre à l'hôpital pour y subir les prélèvements, il n'a pas su être suffisamment convaincant. En tout cas, il n'a pas rédigé l'ordonnance qui aurait été nécessaire ou, au moins, la lettre qui aurait permis d'exprimer au médecin de l'hôpital la suspicion de paludisme pour laquelle il a adressé le patient. Il aurait peut-être dû insister davantage auprès de l'épouse et lui préciser les graves enjeux d'un refus.

Le deuxième médecin aurait dû également évoquer le paludisme. On peut considérer qu'il a pu être trompé par l'existence d'une régression de la fièvre avec l'impression d'une amélioration de l'état clinique. Mais, là encore, compte tenu de l'état de fatigue et de l'évocation faite par l'épouse d'un diagnostic de paludisme, il eût été souhaitable qu'il prescrive en urgence un frottis et une goutte épaisse.

Le patient et son épouse auraient dû prendre une prophylaxie antipalustre, en dépit des antécédents de médiocre tolérance. C'est un risque que le couple, parfaitement informé, a assumé.

Il y a eu une perte de chance puisqu'un accès palustre peut, en dépit d'un diagnostic fait relativement précocement, évoluer vers l'aggravation. Un traitement précoce et adapté aurait vraisemblablement permis au patient d'évoluer vers la guérison.

Les magistrats ont considéré, pour le premier médecin, que si le diagnostic de paludisme a été évoqué, il n'a pas été suivi par la rédaction d'une ordonnance ni par des conseils suffisamment appuyés pour que le malade soit conduit à l'hôpital.

Concernant le deuxième médecin, il aurait dû également prescrire en urgence les examens appropriés. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de retenir l'existence d'un lien de causalité entre le décès et le défaut de prise en charge. « L'utilisation par l'expert du vocable

« perte de chance » doit s'entendre par rapport à la notion de certitude en matière médicale et non dans une acception juridique du terme, toute personne présentant une pathologie ne pouvant que perdre des chances de guérir puisque, de fait, elle était déjà malade ». Les magistrats ont considéré que le défaut de prise en charge a joué un rôle causal dans la survenue du dommage et que les médecins sont tenus d'indemniser intégralement le préjudice résultant du décès (réparation du préjudice moral de la famille).

Indemnisation : 43.500 €

9) Méconnaissance d'une fracture de fatigue (2001)

Homme sportif de 33 ans, en sur entraînement pour être sélectionné comme lanceur (pitcher) dans une équipe nationale de Baseball. Il consulte à six reprises entre avril et début juillet un médecin compétent en médecine du sport (ou son associé) pour des douleurs du coude droit au lancer. Il refuse toute immobilisation et arrêt sportif. Il est traité par anti-inflammatoires, antalgiques et par trois infiltrations épi condyliennes qui apportent un certain soulagement. Il se plaint également de douleurs du gril costal (radiographie normale). Début juillet, il est très content d'être sélectionné dans l'équipe convoitée. Il vient de voir le médecin de l'INSEP qui aurait confirmé le diagnostic d'épicondylite et prescrit des massages transverses profonds. Mi juillet, lors d'un lancer au cours d'un match, il ressent une douleur syncopale qui révèle une fracture « spontanée » de l'humérus, diaphysaire basse, propagée jusqu'au niveau de l'épitrochlée. Le chirurgien qui réalise l'ostéosynthèse évoque l'existence préalable d'une fracture de contrainte.

Une vive discussion s'est instaurée pendant l'expertise sur les échanges entre le médecin et le sportif pendant les consultations, notamment sur des conseils de modération de l'entraînement.

Le médecin aurait pu s'entourer d'examen complémentaires (radiographie ou scintigraphie) « qui auraient pu l'aider à imposer l'interruption d'un entraînement sportif que le demandeur, il faut bien le reconnaître, a mené de façon bien obstinée alors qu'à l'évidence des douleurs le rendaient peu apte à la poursuite de son activité ».

« Compte tenu de l'hypothétique mise en évidence du diagnostic suivie d'une incertitude sur l'arrêt de l'activité sportive du fait de la motivation du patient », les magistrats retiennent une perte de chance limitée à 20 %.

Indemnisation : 4 331 €

10) Retard diagnostique d'un accident vasculaire cérébral (2001)

Patient de 45 ans, pianiste concertiste, aux nombreux facteurs de risque (hypercholestérolémie, hypertension, hypertriglycéridémie et tabagisme) qui consulte pour la première fois le 13 mai 2001 à la suite d'un malaise. La tension artérielle est à 160/110

mmHg dans un contexte de stress et de surmenage. Le cardiologue consulté demande un contrôle biologique et un monitoring tensionnel sur 24 heures avant de prendre la décision d'un éventuel traitement anti hypertenseur.

Le patient, considérant que le médecin ne lui avait pas transmis de notion d'urgence, n'avait pas encore fait pratiquer ces examens lorsque le 29 août, étant seul à domicile avec son jeune enfant, il présente un malaise avec des céphalées temporales, des troubles visuels, une difficulté de parole et un manque du mot. Il fait appel à un urgentiste qui rédige une fiche de visite (céphalées, vertiges, malaises, examen neuro : RAS. TA : 18/10. Cœur poumon RAS. Aldactazine® (altizide, spinonolactone micronisée) un comprimé par jour et une ampoule de Lasilix® (furosémide) intramusculaire. La consultation se déroule à 9h15 le matin.

Deux ans après les faits, lors de l'expertise, le médecin n'a qu'un vague souvenir de cette consultation.

Le patient précise que le médecin avait l'air très pressé. Il s'est dit être incapable de dire et de faire quoi que se soit. Il avait du mal « à exprimer les choses » et la céphalée qu'il ressentait était « pas ordinaire et grave ». Il ne peut dire de quel côté était cette céphalée mais il avait une douleur dans la mâchoire et dans la langue. Il ne sait pas s'il avait précisé les caractéristiques de cette douleur au médecin et n'a probablement pas mentionné sa consultation antérieure chez le cardiologue.

Le médecin ne se rappelle plus si l'intéressé était ralenti ou confus, ou s'il avait des difficultés pour parler ; pour lui, il était clair et cohérent.

Une discussion s'est instaurée, concernant le règlement de la visite et ce détail aura beaucoup d'importance pour les magistrats : le patient, selon ses propres dires, avait des difficultés à rédiger lui-même le chèque et c'est le médecin qui l'aurait rempli, ainsi que le talon du chèque. Il est produit une photocopie de ce talon qui montre bien que l'écriture est celle du médecin par comparaison avec les ordonnances.

Le patient avait appelé lui-même l'urgentiste mais cet appel téléphonique était difficile car il n'arrivait pas à faire le numéro ni à trouver les touches du téléphone. Il ne se rappelle plus de ce qui s'est passé à l'arrivée de sa femme mais se souvient de l'arrivée du SAMU.

Sa femme confirmera qu'elle a eu deux messages sur son portable dans la matinée qui étaient assez inquiétants. Son mari lui précisait qu'il ne se sentait pas bien. Il était confus. Il se sentait mal et appelait au secours avec une voix très faible. Lorsqu'elle est rentrée à 11h30, son mari parlait peu, avec des difficultés. Elle a tenté de joindre un médecin, ce qui était difficile pendant cette période du mois d'août et finalement a fait appel au SAMU qui arrive à 14h30.

Le patient est transféré dans le cadre du service de grande garde de neurochirurgie pour effectuer un scanner cérébral qui ne montre pas d'anomalie intracérébrale, d'hémorragie méningée ou cérébroméningée. Il aurait été noté pendant le transfert un épisode d'hémianopsie latérale homonyme droite transitoire.

Lorsqu'il arrive dans le service de grande garde, il est conscient, désorienté, avec un manque du mot. Le reste de l'examen neurologique est normal. Il reçoit de l'héparine sodique intraveineuse et est transféré en neurologie où il sera hospitalisé pendant une quinzaine de jours. Il est ralenti, a un tableau d'aphasie mixte avec manque du mot, paraphasie, alexie et acalculie. Il a une hémianopsie latérale homonyme droite, une discrète asymétrie faciale droite. Le bilan révèle qu'il a une hypercholestérolémie et une hypertriglycémie et le

diagnostic porté sera celui de dissection de l'artère carotide interne responsable d'un AVC ischémique sylvien gauche par occlusion carotidienne.

Le patient garde comme séquelles des troubles de la motricité de la main droite, des perturbations neurocognitives notamment pour des activités de haut niveau intellectuel telles qu'elles sont nécessaires à un concertiste, des troubles du caractère et des difficultés à assumer un certain nombre de tâches quotidiennes.

L'expert se pose la question du moment d'apparition de ces signes neurologiques. Certes, le praticien a écrit dans son compte rendu d'observation : « neuro : RAS... »... mais quel a été le contenu de son examen neurologique ? Le patient n'est pas arrivé à remplir le chèque pour régler la consultation et le médecin a dû le faire à sa place. Il semble donc bien qu'il y avait un problème et que cela peut être le signe indirect qu'existaient bien des signes neurologiques au moment de cette visite. Un accident sylvien gauche chez un droitier entraîne en effet des troubles de la parole et des troubles de la motricité du côté droit qui peuvent parfaitement bien expliquer que le patient n'ait pu remplir son chèque ni parler comme il le souhaitait pour exprimer ce qu'il ressentait. La conduite adoptée par le médecin suite à sa visite n'a pas été adaptée. Il n'a donné aucune consigne de surveillance ou de rappel à un service médical. Il a simplement conseillé de voir le médecin traitant. Il n'a pas contrôlé l'efficacité du geste thérapeutique accompli sur la tension artérielle. Il est reparti en laissant le patient seul chez lui alors que celui-ci était dans un état particulier et qu'il était seul avec un enfant en bas âge alors même que le patient semblait très inquiet puisqu'il rappellera sa compagne en lui laissant des messages sur son portable. Il y a lieu de retenir un retard à recevoir un traitement adapté d'environ 5 heures.

Un délai plus court aurait-il permis d'éviter que l'accident neurologique ne se constitue ? La réponse est complexe. Après avoir détaillé le traitement d'une thrombose primitive et d'une dissection, les mécanismes de survenue de troubles neurologiques, l'expert considère que ce délai constitue une perte de chance de minimiser les conséquences de l'accident neurologique qui était en voie de constitution. Si le patient avait jugulé ses différents facteurs de risque plus tôt, peut-être que l'accident neurologique n'aurait pas eu lieu. On ne peut répondre avec certitude à cette question. Quoi qu'il en soit, le médecin a traité la poussée hypertensive avec un traitement modeste, n'a pas su saisir la gravité de la situation et n'a pas adopté l'attitude qui aurait été souhaitable, c'est-à-dire une hospitalisation en urgence chez un sujet de 45 ans présentant des troubles de la vigilance et du langage.

En 2004, les magistrats ont considéré que la perte de chance de minimiser les conséquences de l'accident neurologique est limitée à 40%.

En 2007, le jugement du Tribunal fixe le préjudice définitif (physique, professionnel, aide d'une tierce personne 4 heures par semaine...) chez ce patient qui, depuis son accident, s'est séparé de son épouse.

Indemnisation : 122.550 €

11) Retard diagnostique d'un cancer de l'amygdale (2001)

Patiente de 51 ans qui a consulté en novembre 2000 pour la première fois un médecin généraliste pour une « angine ». Le médecin constate des lésions blanchâtres muqueuses, une adénopathie cervicale. Il prescrit une échographie dont le compte rendu indique « adénopathie inflammatoire jugulo carotidienne gauche isolée ». Un bilan biologique est prescrit ainsi qu'un traitement antibiotique.

Après cette première consultation en novembre 2000, le médecin l'a examinée à plusieurs reprises, une à deux fois par mois, à son domicile jusqu'à juillet 2001. Il y avait une amélioration de la gêne mais les symptômes ne disparaissaient pas complètement. Il a varié les traitements, prescrit divers antibiotiques, anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens. Il n'y a pas de dossier médical faisant le compte rendu de ces différentes consultations.

En juin 2001, la patiente, fatiguée, qui ne mangeait plus, consulte un ORL qui l'adresse au centre hospitalier, pour une suspicion de lésion du pilier antérieur de l'amygdale afin de réaliser un bilan lors d'une hospitalisation.

Le chirurgien écrira à l'ORL qu'il n'a pas pu réaliser le bilan habituel car « sur les conseils de son médecin », elle avait préféré reprendre un traitement « d'épreuve » antifongique et antibiotique. Elle ne reviendra jamais voir le chirurgien ou l'ORL.

Le médecin généraliste dit qu'il a effectivement discuté avec la patiente ; qu'il l'a informée des risques d'hémorragie inhérents à la réalisation d'une biopsie et l'a invitée à réfléchir pour savoir si elle devait faire cet examen. Le diagnostic sera fait quatre mois plus tard. Ce carcinome épidermoïde T 3 de la région sous amygdalienne est traité par radiothérapie puis chimiothérapie mais la patiente décède en mai 2002 d'un choc septique au cours de celle-ci.

L'expert considère, étant donné le terrain (intoxication tabagique et éthylique), que la prise en charge instaurée était inadéquate, que la symptomatologie persistait, qu'il n'y avait pas de diagnostic précis et qu'une adénopathie était mise en évidence. L'ensemble des données devait faire évoquer la possibilité d'une tumeur maligne des voies aérodigestives supérieures et demander l'avis d'un ORL. Le conseil ultérieurement délivré après la proposition de la biopsie à la patiente était incorrect et non adapté à l'état clinique. Cette conduite a abouti à un important retard dans le diagnostic du cancer qui a conduit au décès de la patiente.

L'expert fait référence à certains éléments bibliographiques pour estimer le pronostic de ces tumeurs en fonction du stade de découverte de celle-ci.

Le jugement entérine les conclusions de l'expert : la perte de chance de survie de 50% du fait de ce retard diagnostique de près d'un an. Il condamne à indemniser le préjudice moral de son mari et de ses enfants majeurs.

Indemnisation : 37.000 €

12) Retard de diagnostic d'un lymphome (2001)

Jeune fille de 18 ans qui consulte une dizaine de fois un médecin généraliste durant l'année 2001 pour une symptomatologie associant une asthénie, un amaigrissement de 3 à 5 kilos dans un contexte anxio dépressif pris en charge par un psychiatre, un épisode rhinopharyngé, une demande de certificat.

C'est l'existence d'une volumineuse adénopathie indurée latéro cervicale droite qui conduit au diagnostic de lymphome après avoir fait évoquer pendant un mois une mononucléose infectieuse. Deux examens biologiques considérés comme normaux avaient été pratiqués durant l'année. La jeune fille reproche au médecin généraliste de ne pas avoir pris en considération son amaigrissement, l'existence d'un prurit non mentionné dans le dossier médical, une hospitalisation traumatisante en milieu psychiatrique. Il semble que le psychiatre qui a suivi cette jeune fille pendant toute cette période pour des troubles anxieux et des conduites de phobie scolaire, avait attiré l'attention du médecin généraliste lui demandant d'éliminer une possible organicité des troubles.

Le premier bilan prescrit montrait un syndrome inflammatoire biologique, des perturbations hépatiques mais les trois premiers mois, il n'y avait pas de raison d'envisager une maladie de Hodgkin. Puis le tableau se complète : « l'association d'un amaigrissement, d'un syndrome inflammatoire et d'un prurit est assez caractéristique d'une maladie de Hodgkin. Il aurait été plus prudent de prendre un autre avis afin de mettre une étiquette plus précise sur ce problème de prurit, le prurit psychogène devant être considéré comme un diagnostic d'élimination ».

L'expert estime que ce retard au diagnostic est au maximum de 9 mois mais l'attitude thérapeutique aurait été la même si le diagnostic avait été fait plus tôt.

Les magistrats ont considéré que le rapport d'expertise démontre que le médecin a commis des fautes, d'abord en ne remettant pas en question, face à l'existence d'un prurit, le diagnostic porté au départ d'une affection psychiatrique et en n'adoptant pas la démarche qui lui aurait permis de trouver une autre explication des symptômes observés, puis en posant un diagnostic erroné de mononucléose.

Indemnisation : 28.704 €

13) Retard diagnostique d'un infarctus du myocarde (2002)

Les antécédents de ce patient, âgé de 50 ans au moment des faits, sont marqués par des facteurs de risque vasculaire (tabagisme, obésité, dyslipidémie) et par une myocardiopathie hypertrophique avec hypertrophie septale asymétrique. En janvier 2002, du fait de vagues troubles de la repolarisation, une épreuve d'effort et une scintigraphie au thallium sont pratiquées et les troubles observés ont paru s'intégrer dans le cadre de la myocardiopathie. Dans la semaine précédant le décès, plusieurs témoignages recueillis a posteriori décrivent que le patient « n'était pas bien, fatigué, se plaignait de douleurs dans la poitrine et présentait des difficultés pour respirer ». Un matin à 6 H 30, il est fait appel au médecin de garde qui arrive immédiatement au domicile. Le patient avait en effet ressenti la veille à midi en

montant en voiture, une douleur médio thoracique exagérée par les mouvements de torsion. Après un examen complet, le médecin enregistre un électrocardiogramme qui ne lui paraît pas modifié et conclut à une douleur pariétale.

Il est revu trois jours plus tard avec des troubles urinaires qui paraissent au premier plan et motivent un traitement anti-infectieux symptomatique mais il est également noté des douleurs thoraciques. Le médecin généraliste affirme que contrairement à ce que mentionne l'épouse, elle n'a pas sollicité ce jour là l'hospitalisation de son mari.

Il décède le lendemain au domicile d'un arrêt cardio-circulatoire.

Le principal reproche de l'expert est la mauvaise interprétation de l'électrocardiogramme enregistré par le médecin généraliste : celui-ci montre un aspect hautement évocateur d'une ischémie antérieure profonde. En présence d'un tel tracé chez un patient se plaignant de douleurs thoraciques, même atypiques, et porteur d'un contexte de myocardiopathie, il aurait fallu au minimum effectuer des dosages enzymatiques, demander en urgence l'avis d'un cardiologue ou mieux, le diriger vers un service spécialisé. Ces mesures auraient donné en tout cas les meilleures chances d'éviter l'issue fatale.

Les magistrats rappellent que le défunt présentait un tableau assez lourd en ce qui concerne les risques cardiaques et que de surcroît il est établi par les observations du médecin traitant et du cardiologue qu'il était négligent quant au suivi de son traitement et à la nécessité d'observer des règles minimales en matière d'hygiène de vie et particulièrement d'alimentation.

L'expert n'exclut pas une issue fatale même dans un cadre hospitalier puisqu'il indique qu'une hospitalisation précoce aurait permis « de mettre en œuvre peut être une intervention de revascularisation et sans doute sinon éviter la survenue d'un infarctus, du moins permis de faire face avec quelques chances de succès à un éventuel trouble de rythme ».

Le tribunal estime « que ces quelques chances de succès » doivent être évaluées à 50 % de perte de chance de survie.

Le médecin est condamné à l'indemnisation des ayants droit (épouse et deux enfants mineurs) en réparation de leurs préjudices moraux et économiques.

Indemnisation : 106.036 €

14) Retard diagnostique d'un cancer du testicule (2002)

Homme de 29 ans au moment des faits ayant subi en septembre 1990 la cure d'un varicocèle. Il consulte pour la première fois en octobre 2002 du fait d'une grande fatigue, de lombalgies et de douleurs sous l'omoplate gauche et la paroi thoracique gauche.

Le médecin généraliste précise les caractéristiques de la douleur, l'existence d'une contracture musculaire et lui prescrit un traitement antalgique et « défatiguant ».

Un mois plus tard, aux symptômes précédents, se sont ajoutées de la fièvre, des sueurs et une toux. Il est demandé une radiographie du thorax qui s'avère normale.

A la troisième consultation, fin novembre 2002, il est toujours fébrile, épuisé et amaigri. Le médecin généraliste augmente les antalgiques et prescrit des antibiotiques.

Début décembre, le patient a atrocement mal au point de se coucher par terre, continue à tousser.

Fin décembre 2002, la mère, consciente de la gravité de l'état de son fils, l'accompagne en consultation. Le médecin généraliste ne note pas d'anomalie à l'examen clinique, et inscrit dans son dossier « toux persistante, gastroentérite et fièvre ». Il prescrit des examens sanguins qui sont normaux (VS et CRP) et une radiographie des sinus.

C'est fin décembre, lors de la 6^{ème} consultation, que ce jeune homme est adressé en consultation à un médecin spécialiste pour suspicion de maladie digestive, type maladie de Crohn.

Fin janvier, le diagnostic de cancer du testicule avec métastases osseuses et hépatiques est porté. Il décède quinze jours après le début de la chimiothérapie. Le décès semble s'être produit dans un tableau d'embolie pulmonaire et non pas du fait d'une progression tumorale évidente.

L'expert reproche au médecin généraliste de ne jamais avoir pesé ce jeune homme qui maigrissait, de n'avoir jamais palpé les testicules (la tumeur était cliniquement évidente), de ne pas avoir palpé une hépatomégalie chez ce malade amaigri, et estime que le retard de diagnostic est au moins d'un mois.

Les magistrats ont retenu une perte de chance sérieuse de survie à hauteur de 50 % : « il incombait au médecin, aux prises à une difficulté majeure dans l'établissement de son diagnostic et au fait des questions de pudeur inhérentes à l'examen intime de ses patients, de prendre l'initiative d'un tel examen approfondi même si le patient n'avait pas signalé cette grosseur anormale de son testicule ».

Plus délicate est la question des conséquences du retard de prise en charge d'un mois du traitement du cancer dont souffrait le patient. On comprend à la lecture des conclusions que l'expert est dubitatif sur ce point, estimant que les chances de survie auraient été supérieures un mois plus tôt sans pouvoir les quantifier. Les magistrats font état de références bibliographiques produites aux débats qui évoquent un taux de guérison élevé dans ce type de cancer.

Indemnisation : 45.000 €

Un appel est en cours.

15) Retard diagnostique de cancer (2002)

Patient né en 1934 qui est suivi mensuellement par son médecin généraliste pour une gammopathie monoclonale, une hyper cholestérolémie et une sinusite chronique.

Les visites, pour des raisons de commodité, s'effectuent au domicile du patient situé en face du cabinet médical.

A partir de juin 2002, débutent des manifestations digestives qui ne sont pas mentionnées sur la fiche médicale. Cette pathologie est confirmée indirectement par des ordonnances de médicaments à visée symptomatique, gastro-entérologique lors de deux consultations en juillet. Ces traitements ne seront pas renouvelés lors des visites ultérieures en août, septembre et octobre.

En novembre 2002, les signes digestifs sont incontestables, un traitement symptomatique puis antidépresseur est prescrit. Les données de l'examen clinique ne sont pas notées sur la fiche de consultations.

Entre décembre 2002 et début janvier 2003, une nouvelle prescription d'anti infectieux, d'anti diarrhéique et d'anti spasmodique précède fin janvier la prescription d'un bilan biologique du fait de la constatation d'une hépatomégalie. Une échographie abdominale mi-février révèle l'existence d'une tumeur hépatique qui se révélera être secondaire à un adénocarcinome colique responsable d'une sténose infranchissable de la charnière recto sigmoïdienne. Le patient refuse toute chimiothérapie. Il est pris en charge par le service de soins palliatifs à domicile et décède début mai 2003.

Tout en reprochant la pauvreté des éléments contenus dans la fiche de suivi du patient, l'expert estime qu'il n'y a pas de faute dans la prise en charge jusqu'en novembre 2002. A partir de cette date, la persistance de troubles du transit, de douleurs abdominales, résistant au traitement symptomatique et associés à une altération progressive de l'état général, aurait du faire ordonner plus rapidement des examens chez ce patient de plus de 60 ans sans passé digestif.

Tout en reconnaissant que la néoplasie n'aurait pas pu bénéficier d'un traitement à visée curative dans les six mois précédents, l'expert estime qu'un traitement palliatif bien conduit aurait eu des chances non négligeables de prolonger la survie de quelques mois, peut être d'une année.

Le jugement de 2006 déboutant la famille est réformé par un arrêt de la Cour d'appel. Les magistrats retiennent que l'expert relève la pauvreté des documents médicaux objectifs de surveillance, des carences dans l'examen clinique et dans l'interprétation des symptômes. Ils considèrent qu'existe un manquement à l'obligation de moyens de la part du praticien. Considérant que le retard de diagnostic peut avoir pour point de départ la fin de l'été 2002, que ce retard selon l'expert, a probablement réduit les chances et la qualité de survie du patient, les magistrats décident d'indemniser le préjudice moral de la famille de ce patient dont « le cancer n'a été diagnostiqué qu'à la phase généralisée de sorte que le traitement adapté tant pour la maladie que pour la douleur n'a pu être mis en place de façon adaptée ».

Indemnisation : 34.307 €

16) Non diagnostic d'un infarctus du myocarde (2003)

Homme de 73 ans au moment des fait, sans antécédent cardiovasculaire notable, le seul facteur de risque retrouvé étant un tabagisme important. Il n'a pas été retrouvé de symptôme

prémonitoire préalablement aux faits. Il appelle en urgence un médecin, le 1^{er} août 2003, au moment d'une vague de chaleur. Selon le médecin généraliste, le patient ne lui aurait pas décrit de douleur thoracique, ce qui est contesté par la famille. Vers 13 h, un examen clinique complet est pratiqué, s'avère normal et le praticien conclut à une anxiété, redoute une déshydratation et prescrit un bilan biologique ainsi qu'un anxiolytique. Le patient laisse un message téléphonique sur le répondeur de sa fille, indiquant « je suis malade, rappelle-moi ; j'ai vu un médecin dans l'après-midi ». Vers 21h celui-ci indique qu'il avait vomi et décrivait à sa fille une douleur thoracique, dorsale, médiane, irradiant dans le thorax sans essoufflement. Il fixe le début de la douleur dans l'après-midi sans précision, en l'absence d'effort physique particulier. La fille décide de rappeler l'association d'urgentistes, demande à parler sans succès au médecin qui avait effectué la visite à domicile et il est décidé d'envoyer un second praticien pour réaliser un électrocardiogramme au domicile. Le deuxième praticien, arrivé une dizaine de minutes plus tard, réinterroge le patient sur le caractère de sa douleur, l'examine, prend la tension, réalise un électrocardiogramme, déclare que celui-ci est normal. Il récupère par téléphone le bilan biologique du matin qui était, lui aussi, normal et confirme le diagnostic de son confrère, à savoir une douleur pariétale. La fille aurait demandé s'il ne fallait pas réaliser des enzymes cardiaques mais le praticien aurait répondu que cela n'était pas nécessaire. Le lendemain, le patient est fatigué mais la douleur thoracique s'est estompée. Le surlendemain, la situation est identique mais, le soir, le patient est retrouvé décédé à domicile.

Lors de l'expertise, le premier médecin indique que le patient ne lui avait pas parlé de douleurs mais de malaise général, qu'il faisait extrêmement chaud et cite de mémoire les données de l'interrogatoire et de l'examen, n'ayant pas de dossier médical. Il est difficile a posteriori de connaître avec précision l'horaire d'apparition des douleurs dorsales et des irradiations thoraciques, les bandes téléphoniques de la régulation de l'appel n'ayant pu être auditionnées, malgré les tentatives de l'expert pour les récupérer. Le réexamen de l'électrocardiogramme pratiqué par le deuxième médecin en consultation est parasité mais montre un aspect caractéristique d'infarctus du myocarde de topographie antéroseptale en cours de constitution. Eu égard à l'imprécision sur le caractère des douleurs, il est difficile à l'expert d'estimer que le premier médecin a commis une négligence. Concernant le second, il y a eu une erreur d'interprétation de l'électrocardiogramme. Il y a un lien direct entre l'erreur de diagnostic et le décès. Il est néanmoins impossible d'affirmer qu'une prise en charge conforme aux données acquises de la science aurait, de façon certaine, permis la survie du patient et l'expert chiffre cette perte de chance à 50%.

Les magistrats, en se calquant sur l'avis de l'expert, estiment que le deuxième médecin généraliste, du fait de son erreur de diagnostic, a fait perdre au patient une chance de survie évaluée à 50% et le condamne à l'indemnisation du préjudice moral de la famille.

Indemnisation : 68.000 €

17) Retard diagnostique d'un infarctus du myocarde (2003)

Homme né en 1976, réveillé à 7h30 du matin par une douleur dans la poitrine, dans le bras gauche, accompagnée de vomissements. Il était suivi depuis sa naissance au cabinet de son médecin généraliste et une personne de sa famille le dépose en voiture à 9h du matin à ce cabinet. Il monte les étages, rentre dans la salle d'attente qui est vide. Le médecin traitant sort de son cabinet et lui dit qu'il consulte uniquement sur rendez-vous, fait rentrer une première personne et demande au patient de repartir chez lui. Le patient redescend les cinq étages à pied, retourne à son domicile distant d'1 km et il appelle une association d'urgentistes qui lui envoie les pompiers puis le SAMU et il arrive aux urgences à 11h30 le matin. Il est immédiatement pris en charge. Une coronarographie objective une occlusion de la coronaire droite. Une angioplastie est effectuée, avec mise en place d'un stent.

La scintigraphie myocardique d'effort montre une hypofixation antérieure et apicale, une séquelle d'infarctus à la pointe et à la base, et une fraction d'éjection de 51%.

Le médecin généraliste occupe un cabinet avec un autre médecin et consulte sur rendez-vous. Il suit ce patient depuis son enfance, notamment depuis plusieurs années pour un syndrome dépressif associé à une intoxication alcoolique et tabagique. En 2001, après instauration d'un traitement antidépresseur, est survenue une hospitalisation en urgence pour un pré delirium tremens.

En 2002, le patient consulte pour un soutien psychothérapique du fait d'une rechute de son intoxication.

Depuis janvier 2003, il n'avait pas repris son traitement, avait des idées suicidaires, avait eu un accident sur la voie publique avec retrait de son permis de conduire et se plaignait d'être victime d'harcèlement au travail. En juillet 2003, deux rendez-vous n'avaient pas été honorés. Lorsque le patient s'est présenté en urgence, il lui aurait dit « je tousse ». Le médecin lui aurait répondu : « Je ne peux pas te recevoir ; retéléphone. ». Ce n'était pas la première fois que ce patient présentait une pathologie bronchique ou une trachéite en lien notamment avec son intoxication tabagique.

L'expert considère que le médecin aurait pu au moins demander au patient la raison de sa consultation avant de lui demander de repartir et qu'il en est résulté un retard au diagnostic d'au moins d'une heure. L'expert estime que les séquelles de l'infarctus myocardique auraient pu être évitées mais sans l'affirmer de manière certaine.

Une incapacité de 20% est retenue en tenant compte de l'état antérieur.

Un dire fait remarquer à l'expert que, lorsque le patient s'est présenté au cabinet, l'infarctus du myocarde avait débuté deux heures auparavant ; que, dans le meilleur des cas, le diagnostic aurait pu être fait à 9h30 ; dans cette hypothèse optimiste, la reperfusion par angioplastie n'aurait pu avoir lieu avant 11h30, à plusieurs heures du début de l'infarctus du myocarde. Seule une perte de chance pourrait être retenue. De plus, le taux de 20% d'IPP retenu paraît excessif dans la mesure où le patient présente une fraction d'éjection quasi normale et que la dernière épreuve d'effort est cliniquement et électriquement négative pour un effort maximal.

L'expert maintient ses conclusions disant que l'on ne peut rien affirmer avec certitude mais que, si la reperfusion avait eu lieu à 11h30, on pouvait espérer l'absence de séquelles.

Les magistrats ont considéré qu'il ressort de façon pertinente du rapport critique établi que rien ne prouve que le médecin généraliste aurait pu faire le diagnostic et que cela aurait permis au patient de n'avoir aucune séquelle. Prenant appui plus sur ce rapport critique que sur le rapport de l'expert, les magistrats, tout en convenant qu'il existe une perte de chance, l'évalue forfaitairement.

Indemnisation : 17.500 €

18) Retard de prise en charge d'un infarctus (2003)

Patient de 82 ans, conduit à la consultation du remplaçant du médecin généraliste habituel par sa fille du fait d'une sensation de fatigue importante depuis quelques jours associée à un essoufflement au moindre effort. D'après la fille, son père explique au remplaçant qu'il ressentait une violente douleur dans la poitrine au niveau du sternum et qu'il souffrait de son bras gauche. La fille aurait réclamé au médecin le dernier compte rendu d'hospitalisation, datant de trois semaines, compte rendu que ce dernier aurait imprimé depuis son ordinateur et lui aurait remis sans en prendre connaissance.

Le patient et sa fille souhaitent une hospitalisation, ce que le médecin ne juge pas utile.

Dans la mesure où la fille lui fait remarquer les antécédents cardiaques importants de son père et le fait qu'il est coronarien, il décide de pratiquer un ECG mais, ne réussissant pas à faire un tracé visible, se résigne à se passer du résultat et prescrit un bilan biologique en déclarant que la douleur thoracique est purement mécanique.

A l'extérieur du cabinet, le père fait un malaise et retourne au cabinet médical où il est ramené en salle d'examen ; la tension est reprise et le médecin évoque une hypotension orthostatique liée au traitement par les diurétiques.

A la demande réitérée de la fille d'une hospitalisation, le médecin aurait répondu : « il n'en est pas question ».

Le père se serait couché en se plaignant toujours d'une douleur thoracique et le lendemain matin, il est hospitalisé en urgence par le SAMU du fait d'une hémorragie digestive responsable d'un état de choc secondaire à la fois à un infarctus du myocarde et à l'anémie. Il décède 48 heures plus tard.

En reprenant les antécédents, l'expert fait état des comptes rendus d'hospitalisation en août 2002, pour une cardiomyopathie dilatée en arythmie complète associée à une anémie macrocytaire par carence vitaminique, à une insuffisance rénale modérée. Il a été hospitalisé en service de cardiologie en raison d'une douleur basique thoracique gauche prolongée évocatrice d'une coronaropathie. La coronarographie n'a pas été pratiquée. Le patient a été traité par diurétique, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, héparine, aspirine, a bénéficié de transfusions et le compte rendu d'hospitalisation indique qu'il a fait une nécrose antéroseptale compliquée d'insuffisance cardiaque gauche, et qu'il a une anémie macrocytaire.

Il sera réhospitalisé un an plus tard, trois semaines avant la consultation litigieuse, en unité de soins intensifs cardiologiques pour un syndrome coronarien aigu dans le territoire latéral compliqué d'insuffisance cardiaque gauche. Il ne bénéficie toujours pas d'une coronar-ventriculographie.

Contrairement aux dires de la fille, le médecin remplaçant indique que la consultation a été motivée pour une douleur persistante identique à celle qui avait nécessité son hospitalisation trois semaines auparavant ; qu'il ne disposait pas du compte rendu d'hospitalisation ; qu'il avait fait un diagnostic de douleur pariétale car elle était majorée à la pression des arcs costaux et à la mobilisation du membre supérieur gauche et que l'auscultation montrait la présence de crépitations aux bases pulmonaires témoignant d'une insuffisance cardiaque. Il aurait tenté de joindre l'hôpital pour avoir de plus amples informations et, devant l'absence d'un médecin compétent pour le renseigner, il avait été convenu qu'il rappellerait. Il aurait appris de la bouche de la fille qu'un problème d'anémie s'était posé pendant l'hospitalisation et que la pathologie de son père « n'était pas curable » et que l'on s'acheminait lentement vers une fin de vie. Pour ne pas dégrader encore plus ce patient fragilisé, il a décidé de ne pas recourir à une hospitalisation.

L'expert considère que le remplaçant savait qu'il était en présence d'un patient coronarien avéré et que toute douleur thoracique, associée de surcroît à une insuffisance cardiaque gauche, est synonyme de syndrome coronarien aigu jusqu'à preuve du contraire. Au moindre doute sur l'origine cardiaque de cette douleur, l'hospitalisation s'impose. Le retard de prise en charge est en lien de causalité partielle avec le décès.

L'expert s'interroge sur les choix thérapeutiques préalables à cette dernière hospitalisation (pourquoi le patient n'a-t-il jamais bénéficié d'une stratégie coronaire interventionnelle ?) et sur certains points concernant la dernière hospitalisation (transport non médicalisé, pas d'appel du cardiologue...).

Les magistrats estiment que, même en admettant que le remplaçant ait été confronté à des difficultés techniques pour réaliser un électrocardiogramme, il ne pouvait se contenter, compte tenu des antécédents du patient et de ses doléances, de le renvoyer chez lui en reportant des examens complémentaires au lendemain. Il se devait, devant l'impossibilité matérielle de recueillir les éléments permettant de cerner la pathologie dont il souffrait, d'avoir une extrême vigilance et employer tous les moyens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic adéquat et à défaut, de prendre la précaution de le faire hospitaliser. Tout en tenant compte de la polyopathie présentée par ce patient, les magistrats ont estimé à 30% la perte de chance de survie, malgré son âge et ses facteurs de risque.

C'est sur cette base que sera indemnisé le préjudice moral de la famille (sa veuve, ses trois enfants et ses quatre petits-enfants).

Indemnisation : 34.543 €

19) Retard de diagnostic d'infarctus myocardique (2003)

Patient né en 1948 avec, dans ses antécédents, un cancer pulmonaire sans rechute malgré la poursuite d'un tabagisme après un traitement par chimiothérapie et radiothérapie, dix ans auparavant.

Le 13 octobre, la version des faits diffère entre la famille et le médecin généraliste : la famille parle d'une oppression et de douleur thoracique, raison de l'appel du médecin.

Vers 15 h, l'examen à domicile conclut à un syndrome dépressif suite à des soucis professionnels. Il est prescrit un anxiolytique et un antidépresseur.

Le patient s'aggrave dans la nuit du 16 au 17 octobre : selon sa famille il se sent oppressé, se lève sans arrêt pour ouvrir la fenêtre, étouffe et tousse.

Le lendemain matin, au terme d'une communication téléphonique entre son épouse et le médecin généraliste, celui-ci lui conseille de venir consulter au cabinet, ne pouvant se déplacer.

Le trajet est éprouvant : le patient est obligé de s'arrêter trois fois entre le parking et le cabinet du médecin généraliste qui ne confirmera pas selon la famille la douleur ou la « compression thoracique » et note : « toux grasse, mieux depuis trois jours, sous antidépresseur ». La seule mention de l'examen clinique est une tension artérielle maxima à 100, habituellement à 140 mm de mercure. Un traitement symptomatique pour la toux est prescrit.

Entre le 17 et le 22 octobre, le patient dort assis dans son fauteuil car il a une oppression thoracique majorée s'il s'allonge. Son « manque d'air » est crescendo. A 9 H 00 du matin, le 22 octobre, nouvel appel téléphonique de l'épouse au cabinet du médecin généraliste. La secrétaire indique qu'il va passer avant midi mais lorsque l'épouse rappelle vers 11 H 45, le praticien est parti en vacances et il est proposé que le remplaçant vienne le lendemain.

Le lendemain, il existe un tableau d'insuffisance cardiaque et le patient est alors hospitalisé. Le diagnostic d'infarctus myocardique, en milieu hospitalier, ne sera fait qu'avec retard du fait des difficultés d'interprétation de l'électrocardiogramme. Le patient est transféré par le SAMU au CHU en état de choc cardiovasculaire.

Il décède malgré une angioplastie de sauvetage après coronarographie qui a confirmé une atteinte tri tronculaire.

Le médecin expert a conclu que tout un faisceau d'arguments évoquait dès le 17 octobre un problème cardiaque subaigu, malgré ses antécédents de cancer du poumon et que le praticien n'avait pas procédé en temps utile aux examens qui s'imposaient. Le diagnostic était difficile à établir en raison de l'état antérieur pathologique du patient, du caractère atypique de la présentation clinique.

Différents éléments lors de l'hospitalisation (électrocardiogramme, dosages enzymatiques) permettent à l'expert de fixer la date de survenue de cet infarctus avant le 22 octobre et celui-ci reproche au médecin généraliste de ne pas avoir demandé des examens complémentaires à partir du 17 octobre, appréciant la perte de chance de survie à 50 %.

Des reproches concernent également la prise en charge ultérieure à l'hôpital général : les médecins hospitaliers, à l'entrée, n'ont pas diagnostiqué l'infarctus malgré les examens pratiqués (retard de cinq heures environ).

Les magistrats, en suivant le rapport d'expertise, estiment que, contrairement à ce que le médecin prétend, le tableau clinique n'était pas atypique ; que les examens qui auraient dû être pratiqués dès le 17 octobre, auraient permis d'établir le diagnostic d'une cardiopathie ischémique grave et qu'une hospitalisation en milieu spécialisé s'imposait. Sans tenir compte d'avis critiques versés aux débats, ils évaluent la perte de chance de guérison à 80 - 90% étant observé qu'en matière de pathologie coronarienne aiguë, la rapidité de la prise en charge conditionne l'évolution de la maladie. Il existe un lien de causalité direct entre la faute commise et le décès, et ce quelle que soit la faute qui aurait pu être commise par le centre hospitalier.

La perte de chance est évaluée à 85%.

Indemnisation : 135.762 €

Un appel de cette décision est en cours.

- **Décisions pénales**

Les procédures pénales sont redoutées des médecins et les médecins généralistes sont les plus concernés par cette procédure : un quart des condamnations pénales de 2007 concerne des généralistes, piliers de l'urgence.

Six médecins ont été relaxés ou ont fait l'objet d'une ordonnance de non lieu (non assistance à personne en péril non démontrée, pas de faute de prise en charge d'un enfant au tout début d'une gastroentérite, dans la prise en charge d'une patiente fébrile en postopératoire d'une intervention mammaire, dans le diagnostic d'un cancer broncho-pulmonaire...).

Cinq médecins ont été condamnés.

1) Blessures involontaires (1995)

Du fait de la prescription renouvelée d'un anorexigène amphétaminique pour surcharge pondérale, « médicament à usage humain soumis à prescription restreinte », un médecin a été condamné à une amende de 1 500 € mais relaxé de la poursuite au titre de blessures involontaires.

2) Homicide involontaire (1997)

Détenu en centre pénitentiaire (600 détenus), un diabétique insulino-dépendant de 28 ans est vu à la consultation d'admission par un médecin généraliste vacataire (2 à 3 vacations par semaine) en janvier 1997. Il apporte son dossier médical tenu dans un autre centre pénitentiaire qui précise que ce diabète est compliqué d'une rétinopathie depuis 1994 et d'une néphropathie débutante. Il a été dirigé depuis deux mois en consultation de diabétologie, ophtalmologie et psychiatrie pour une prise en charge globale.

Un mois et demi plus tard, un contrôle de la glycémie est à 2,43g mais le traitement n'est pas modifié. Le détenu est approvisionné une fois par semaine en insuline par l'infirmier (3 à 4 infirmiers), et il est censé prendre en charge son traitement et son contrôle. Dans le dossier médical, il sera a posteriori constaté que ses glycémies oscillent entre 0,5g et 5g mais ces résultats ne seront jamais présentés au médecin, en dépit des consignes orales habituelles. Le 5 août, l'infirmier signale qu'il y a un doute sur le traitement du détenu et un entretien se déroule avec le médecin. Le détenu affirme qu'il est capable de gérer son traitement lui-même. Le médecin demande un contrôle de la glycémie au laboratoire, ne procède pas à l'examen, ne demande pas de contrôle urinaire ou de glycémie capillaire et ne demande pas à consulter le carnet de surveillance personnel de ce diabétique (qui ne sera jamais retrouvé). Le lendemain, il reçoit un appel de l'infirmier qui signale que le détenu n'est pas bien. La glycémie de la veille est à 3,40g. Le médecin rédige un courrier à l'intention du médecin hospitalier local, sans avoir examiné le patient, précisant que « depuis le matin, il est somnolent, vomit et dialogue difficilement ». Le patient est alors transféré en ambulance non médicalisée en service de médecine après entretien téléphonique entre le chef de service et le médecin généraliste, puis aux urgences de l'hôpital car le maintien en service ouvert n'est pas possible compte tenu de son état. Il décède quatre heures après son arrivée à l'hôpital dans un tableau de coma acidocétosique (glycémie à 11g, acidose majeure avec un PH effondré, insuffisance rénale fonctionnelle associée à un déséquilibre hydro électrolytique dont une importante hyperkaliémie dont le retentissement est visible sur l'électrocardiogramme). Une enquête diligentée par l'IGAS conclut à l'insuffisance de suivi médical et au retard de la prise en charge pendant les 48 h précédant le décès.

Trois expertises, dont une par un collège d'experts, auront à se prononcer sur la prise en charge hospitalière et finiront par conclure qu'aucune faute directement en lien avec le décès ou à un manquement à une obligation de prudence ne peut être reprochée à l'équipe. En revanche, le suivi du détenu pendant son incarcération fait l'objet de plusieurs critiques. Le suivi médical n'a pas été approprié au centre de détention, mais si la surveillance n'est pas rigoureuse, elle n'est pas spécialement critiquable dans un tel contexte. Entre mi-mars et août n'apparaît aucun commentaire relatif à une surveillance biologique (hémoglobine glycosylée) mais le résultat d'août n'est pas très anormal. Les glycémies mensuelles capillaires oscillent entre 1,40g et 2,40g, ce qui ne semble pas traduire de déséquilibre majeur. Aucune surveillance de la rétinopathie connue n'a été demandée. Surtout, dans les 48 h fatidiques (entre le 4 et le 6 août), il convenait de mieux prendre en compte la symptomatologie et les plaintes qui justifiaient un examen clinique attentif, la prescription d'examens biologiques, d'autant plus que le tableau évoluait en période de canicule. En effet, dès le 4 août, le patient est signalé au médecin car il a vomi et fait un malaise hypoglycémique (pas de glycémie). Le lendemain, si on avait des doutes sur le suivi du traitement par ce patient par ailleurs dépressif, un contrôle de la glycosurie, cétonurie et de la glycémie auraient dû être faits. Le 6 août, il semble qu'il était allongé dans sa cellule, somnolent, ayant vomi ce dont le médecin a été informé. Il aurait du faire l'objet d'un examen clinique. Le médecin a contribué à une perte de temps dans la prise en charge. Ce manquement à l'obligation de prudence a exposé le patient à un risque mortel.

Le jugement de 2006 condamne le médecin à 6 mois d'emprisonnement avec sursis et au paiement des intérêts civils, ce qui est confirmé en appel : « en raison de son indépendance professionnelle, en commettant plusieurs manquements graves dans la prise en charge d'un détenu diabétique, en se montrant négligent dans le suivi de l'intéressé au cours de son incarcération puis en décidant trop tardivement de le faire hospitaliser alors qu'existaient des signes de dégradation de son état, le médecin a commis une faute personnelle suffisamment caractérisée pour être susceptible d'engager sa propre responsabilité ». La peine d'emprisonnement a été amnistiée.

3) Défait d'hospitalisation après une chute en état d'ivresse (1998)

Un jeune homme de 18 ans, après avoir bu les trois quarts d'une bouteille de whisky, chute dans l'escalier en carrelage de son domicile, vers 13 h 30, en présence de son frère. Il est transporté au domicile de ce dernier, « sans réaction » et « se plaignant de la tête ». Les sapeurs pompiers sont appelés. Ceux-ci trouvent un sujet en état d'ébriété, découvrent une bosse au niveau du crâne, conseillent de mettre de la glace et d'appeler le médecin de garde. Lorsque celui-ci arrive, vers 16 h d'après la famille, le jeune homme « dormait et ronflait » et « il ne répondait pas ».

Le médecin aurait tenté de le réveiller. Le patient ne répondait pas réellement à ses questions mais a déclaré avoir mal à la tête et n'avait pas vomi. L'examen neurologique était normal. Les pupilles étaient symétriques et un petit hématome crânien était confirmé. L'examen clinique rassurant et la somnolence s'expliquant, d'après le médecin, par l'imprégnation alcoolique, il décide de ne pas le faire hospitaliser en s'assurant qu'il reste sous la surveillance d'un membre de sa famille. Le jeune homme est ramené chez lui en voiture à 19 h et retrouvé mort au domicile à 20h.

Cette affaire a fait l'objet d'une enquête pénale et le praticien a été mis en examen pour homicide involontaire. Des expertises ont été réalisées dans le cadre de l'information judiciaire avant le décès du médecin : une ordonnance de non lieu a constaté l'extinction de l'action publique.

La famille a mis en œuvre une procédure civile.

Il ressort des nombreuses expertises sur pièces, du prélèvement de l'alcoolémie post mortem et de l'autopsie, que ce jeune homme était décédé d'un hématome extradural secondaire à la chute, dans un état d'ébriété (alcoolémie à 1,20 gr).

Les magistrats ont condamné le praticien qui aurait dû faire hospitaliser le patient pour surveillance en raison de l'existence de cette chute, d'un traumatisme crânien et de troubles de la conscience.

Ils écartent la responsabilité du corps des sapeurs pompiers et condamnent le praticien à la réparation du préjudice moral et matériel des membres de la famille.

Indemnisation : 65 156 €

4) Homicide involontaire (1999)

Enfant né à 37,5 semaines d'aménorrhée en décembre 1998, vu par le médecin généraliste au 10^{ème} jour de vie pour un muguet buccal et des coliques du nourrisson.

A deux mois de vie, l'enfant est revu pour un examen systématique. L'état général est bon, la croissance pondérale est satisfaisante, des régurgitations persistent.

Le médecin rédige une prescription de Tétracoq 0,5 ml comme il en a l'habitude pour la primo vaccination réglementaire des nourrissons. Le personnel de la pharmacie substitue le Tétracoq par un autre vaccin, l'Infanrix Polio HiB[®]. Le médecin n'est pas consulté sur cette substitution, le pharmacien non plus.

A l'âge de deux mois et demi, la mère emmène son fils en consultation chez le médecin généraliste pour la réalisation du vaccin. Celui-ci est surpris de la substitution, conseille à la mère de différer de quelques jours la vaccination de façon à ce qu'elle puisse se procurer le Tétracoq prescrit mais, la mère préférant que la vaccination ait lieu le jour même, il décide de réaliser cette injection. Dès le soir, l'enfant est fébrile et la mère lui donne, comme prescrit, du paracétamol.

Le lendemain matin, l'enfant a une fièvre à 40° et malgré la poursuite régulière de l'anti pyrétique, il est fébrile toute la journée du samedi. La situation reste identique le dimanche et une nouvelle consultation auprès du médecin généraliste a lieu le lundi. Celui-ci ne trouve rien d'anormal et attribue cette poussée de fièvre à une infection rhinopharyngée d'autant qu'un membre de la famille proche présentait une infection similaire. Il prescrit des antibiotiques, un traitement symptomatique et ne conseille pas de nouvelle consultation à titre systématique.

La fièvre persiste puis s'amende. L'épisode fébrile a donc duré au total 4 jours.

Trois mois plus tard, le médecin pratique la deuxième injection de vaccin Infanrix PolioHDiB[®] ayant estimé qu'il n'existait aucune contre-indication (telle qu'une réaction fébrile supérieure à 40° durant plus de 48 heures). Après cette vaccination qui a lieu le 8 mars, l'enfant est fébrile, sous anti pyrétique, un appel téléphonique au médecin le lendemain matin confirme aux parents que la fièvre est due au vaccin et la nécessité d'une nouvelle consultation n'est pas évoquée.

C'est 48 heures plus tard, le 10 mars, que l'enfant, qui a toujours 39°, présente des vomissements. La mère rappelle le médecin indiquant que l'enfant a une modification du comportement (il ne pleure plus, a un cri inhabituel).

Il note : « examen normal, réaction vaccinale ». Les dires sont contradictoires sur le fait qu'il ait ou non pesé l'enfant.

La nuit du 10 au 11 est difficile, l'enfant reste fébrile, continue à vomir et « gémit ». Le 11 au matin, l'examen clinique du médecin est rassurant. L'enfant aurait pris du poids de l'ordre de 20 grammes. Il est prescrit des anti-diarrhéiques du fait d'un abdomen ballonné et gargouillant, sans constatation par lui-même de diarrhée à l'examen des couches. Dans l'après-midi, les parents déclarent que l'état de l'enfant ne s'était pas amélioré, que son regard était devenu anormal, que la fièvre persistait. La mère téléphone à nouveau au cabinet du médecin généraliste, l'informant que son fils « avait une tête de mort ». L'appel téléphonique,

nié par le médecin, n'est pas confirmé par l'analyse des appels reçus par le praticien cette après-midi là sur son téléphone portable.

Le lendemain matin, les parents découvrent leur enfant mort dans son lit.

Deux expertises ont eu lieu :

Le premier expert conclut que l'enfant est probablement décédé d'une déshydratation aiguë au cours d'une gastroentérite fébrile vraisemblablement d'origine virale. Le seul reproche en lien avec le décès est une surveillance clinique insuffisante les 10 et 11 mars notamment par l'absence de pesée et par le défaut de prise en compte de l'appel de la mère le 11 mars.

Le deuxième expert indique que deux hypothèses pouvaient être formulées pour expliquer le décès :

- une déshydratation aiguë par diarrhée, cette hypothèse ne pouvant être confirmée ni infirmée de façon certaine en l'absence de pesée le 11 mars ;
- un syndrome toxique réactionnel au vaccin anti coquelucheux lors de la deuxième injection. Dans ce dernier cas, la revaccination par un vaccin anti coquelucheux dès lors qu'une hyperthermie était apparue après la première injection pouvait être considérée comme une faute de la part du médecin.

L'absence de pesée le 10 et 11 mars était également fautive et ces fautes sont en lien de causalité avec le décès.

Après le dépôt de ces deux expertises, des éléments nouveaux apparaissent. Il s'avère que l'enfant avait été pesé le 11 mars au matin, ce qu'a confirmé la mère qui a même précisé que l'enfant avait repris du poids (de l'ordre de 20 grammes). La mère a confirmé que l'enfant ne présentait pas de diarrhée contrairement à ses déclarations lors d'une audition antérieure, et après avoir déclaré qu'elle avait pris contact avec le médecin le 11 mars dans l'après-midi, elle a précisé qu'elle l'avait en réalité appelé, non pas au cabinet, mais sur son téléphone portable. Or l'identification des deux appels reçus dans l'après-midi sur le téléphone portable du médecin ne correspondait pas à une ligne téléphonique pouvant être utilisée par la mère. Une troisième expertise confiée à un collège de trois experts a donc lieu. Un des experts, en désaccord sur certains points avec ses confrères, fait apparaître son avis propre dans un texte spécifique.

Ils rappellent l'indication des vaccinations dans les premiers mois de vie et leur calendrier.

Dans le Tétracoq, le vaccin anti-coquelucheux est de type cellulaire tandis que dans l'Infanrix[®], le vaccin pentavalent (également actif contre l'hémophilus influenzae de type B), est de type acellulaire ce qui représente un progrès.

A l'époque des faits, il était commercialisé dans le cadre d'une AMM portant comme indication « rappel de vaccination anti coquelucheuse entre 16 et 18 mois ».

Néanmoins, dans le cas présent, l'utilisation de ce vaccin en primo vaccination n'a nullement constitué une prise de risque pour l'enfant. La décision d'utiliser ce vaccin à la place du Tétracoq ne peut pas être reprochée au médecin.

Les experts considèrent que l'enfant présentait des régurgitations banales et que rien ne permet de retenir l'existence d'un reflux gastro oesophagien soumettant l'enfant à un risque d'apnée du sommeil, cause possible de la mort subite et inexplicée du nourrisson.

Malgré l'absence de confirmation autopsique, l'inhalation de vomissement pendant le sommeil a pu causer une asphyxie mortelle qui représente vraisemblablement le mécanisme final de la mort.

Après s'être interrogés sur l'existence d'une déshydratation qui ne justifiait probablement pas une hospitalisation, ils envisagent qu'une certaine déshydratation se soit constituée pendant la nuit et ait contribué à l'issue fatale, et soulignent que le médecin a fait preuve de négligence en ne notant pas le poids sur le carnet de santé et sur son dossier médical.

Les médecins notent les déclarations contradictoires sur l'existence d'une altération de l'état général et du comportement du nourrisson décrite par les parents dès la nuit du 10 au 11 mars contrairement aux affirmations du médecin qui déclare avoir constaté un enfant tonique et souriant.

Les signes cliniques présentés après la première et la deuxième injection et leur chronologie sont compatibles avec une réaction vaccinale sans que cette relation puisse être affirmée.

A posteriori, l'hypothèse d'une réaction vaccinale après le premier vaccin paraît vraisemblable aux experts et cette réaction pouvait constituer une contre-indication ultérieure à la poursuite de ce type de vaccination.

On peut éventuellement admettre que face à la réaction fébrile qui a suivi la première injection, le médecin ait jugé préférable de privilégier l'hypothèse infectieuse et ne pas retenir le lien avec l'acte vaccinal. Mais devant cette incertitude, aucune investigation ne pouvant trancher formellement, le médecin devait par prudence s'abstenir de réaliser une deuxième injection anti-coquelucheuse. A défaut, s'il décidait malgré tout de faire cette injection, il devait organiser une surveillance attentive et s'astreindre lui-même à une grande vigilance en cas de mauvaise tolérance avérée de cette deuxième injection.

Devant la survenue d'un deuxième épisode post-vaccinal très fébrile suivant la même chronologie, le médecin aurait dû être alerté et aurait dû faire hospitaliser l'enfant.

Les experts relèvent que plusieurs prescriptions établies ont été erronées et/ou inappropriées (posologie de l'aspirine, choix de ce médicament chez un nourrisson, prescription d'un anti-histaminique antitussif et sédatif alors que l'enfant n'avait pas de toux non productive gênante, prescription de Iopéramide, analogue des opiacées, qui est contre-indiqué avant l'âge de deux ans (médicament non administré par les parents en l'absence de diarrhée).

Mais ces erreurs de prescription ne peuvent avoir entraîné le décès.

Enfin, constatant le décès sans en connaître la cause, le médecin aurait dû rédiger le certificat de décès en mentionnant un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Les magistrats ont considéré que le comportement fautif du médecin a contribué au décès de l'enfant qui, dès le 10 mars, aurait pu être soigné efficacement et surtout surveillé pour éviter une issue fatale si le diagnostic de réaction vaccinale avait été envisagé, même sans certitude, par le médecin, ou s'il avait correctement évalué le risque engendré par les symptômes qu'il avait lui-même notés sur le carnet de santé. Il a ainsi commis des fautes caractérisées ayant exposé autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer en sa qualité de professionnel. Il est en conséquence sanctionné par une peine de 8 mois d'emprisonnement assorti du sursis. Son comportement global dans le suivi de l'enfant, notamment les graves erreurs de prescriptions pointées par les experts, et sa réaction inadaptée lors du décès,

amènent à prononcer en plus à son encontre une interdiction d'exercer la médecine pendant six mois.

5) Non assistance à personne en danger (2000)

Patient de 43 ans porteur d'une infection à VIH pour lequel il suit une trithérapie associée à un traitement par Bactrim® (cotrimoxazole).

Alors qu'il est en déplacement loin de son domicile, le 7 juillet, il déclare avoir pris froid et devient fébrile. La fièvre persiste malgré la prise d'antipyrétiques pendant trois jours et il appelle alors un médecin généraliste de la région qui l'examine et porte le diagnostic de rhinopharyngite. Il remplace le traitement de Bactrim® par une céphalosporine qui est débutée dans la journée.

Le lendemain, la température est à 40° avec une gêne respiratoire et l'entourage du patient rappelle le médecin généraliste : la secrétaire répond que le médecin est en visite mais qu'il sera averti et qu'il va venir.

Le patient, étant alors en déplacement loin de son domicile, préfère demander un avis téléphonique à son médecin traitant habituel qui lui conseille la réalisation d'une radiographie pulmonaire. Il parvient difficilement à joindre le médecin local qui confirme que la proposition de radiographie des poumons est une sage mesure. Puisque le médecin ne peut pas se déplacer pour faire une ordonnance, il conseille que la radiographie soit faite à la clinique de la ville.

Lorsque le patient arrive au service des urgences, le médecin urgentiste répond aux personnes qui l'accompagnent qu'il ne fera pas cette radiographie « de confort », qu'il faut que les antibiotiques agissent, que faire cette radio sans examen clinique serait un acte de complaisance. Une altercation s'ensuit. Il n'examine pas le patient qui, lors d'un entretien dans le couloir ne lui aurait pas demandé de consultation.

Le patient regagne son domicile à 20 h et ne peut joindre le médecin qui l'avait examiné quelques jours auparavant.

Dans la nuit, il appelle le SAMU qui alerte les pompiers et à 2h du matin, à l'arrivée sur les lieux, il est noté la présence de difficultés respiratoires : il est transporté sous oxygène vers le centre hospitalier.

Il fait un arrêt cardiorespiratoire à l'arrivée et décède après 1h30 de réanimation.

L'expert indique que concernant le VIH, le nombre de CD4 (11 % soit 257/mm³ avec une augmentation pathologique de l'ARN à 1142 équivalents copie/ml) sont stables depuis deux ans et compatibles avec l'efficacité de la trithérapie.

Il reproche l'organisation du secrétariat du médecin car il n'a pas été possible de savoir si celui-ci avait été effectivement prévenu le 11 juillet par son secrétariat des appels de l'entourage du patient. Il a fallu en effet un nouveau coup de téléphone en milieu d'après-

midi, alors qu'il ne pouvait se déplacer, pour obtenir l'adresse de la clinique afin de réaliser une radiographie. La notion de pathologie VIH et d'une fièvre persistante aurait dû mettre ce médecin en alerte et, soit le faire venir directement en fin de matinée pour l'examiner, soit avertir la clinique de son arrivée. Quant au médecin des urgences, son attitude doit être considérée comme une faute caractérisée. En l'absence d'autopsie, il est difficile de se prononcer sur les causes du décès mais l'expert indique qu'il est hautement vraisemblable qu'il s'est agi d'une pneumopathie infectieuse aiguë asphyxiante sur ce terrain immunodéprimé.

En effet, non seulement le patient était fébrile mais il a présenté des difficultés respiratoires et lorsqu'il est arrivé au centre hospitalier, il présentait une dyspnée sévère imposant la position semi assise.

L'expert ne retient pas de lien de causalité entre le décès et l'organisation défaillante du secrétariat du médecin, mais retient une perte de chance du fait de l'absence de réalisation de la radiographie thoracique à la charge de l'urgentiste.

Les deux praticiens sont poursuivis pour non assistance à personne en danger.

Les magistrats ont retenu que le médecin généraliste a été informé par le secrétariat externe à son cabinet d'une demande de visite avant midi, puis du rappel de la famille une heure plus tard alors qu'il était toujours en visite.

La notion d'urgence n'aurait pas été mentionnée par le secrétariat, dont ce n'est pas le rôle. Le médecin n'a pas expliqué non plus la raison pour laquelle, opinant à la proposition d'une radiographie, il n'a pas proposé au patient de passer au cabinet pour l'examiner et pour lui délivrer une ordonnance pour la réalisation des clichés.

Il s'est déchargé de la responsabilité qui lui incombait pour avoir été consulté la veille et appelé à plusieurs reprises le jour même, sans pour autant s'assurer que le patient pouvait effectivement être pris en charge par un confrère dans les conditions que requérait son état de santé. L'urgence de la situation lui imposait cette démarche, faute d'agir lui-même.

Les nombreuses visites effectuées ce jour-là ne sauraient à elles seules constituer un fait justificatif, et il s'est rendu coupable de l'infraction de non-assistance à personne en danger ayant eu conscience de l'état de péril dans lequel se trouvait ce patient lors du 3^{ème} appel vers 16h.

Concernant le médecin urgentiste, à supposer qu'il ait proposé un bilan complet nécessitant une hospitalisation après qu'on l'ait sollicité pour la délivrance d'un « bon de radio », et que ce bilan ait été refusé par le patient, on ne saisit pas la raison pour laquelle il n'a pas dans un premier temps accédé à la demande d'un examen utile, au terme duquel il aurait été possible de réévaluer avec le patient l'opportunité d'un bilan. Il a écrit de sa main que le patient avait une température proche de 40° et qu'il était séropositif. On ne peut donc affirmer avec certitude que l'urgentiste a été confronté à un refus d'examen de la part du patient qui apparaissait au préalable nécessaire à l'indication de tout bilan.

Il est reconnu coupable d'une non assistance à personne en danger.

Les deux médecins sont condamnés à six mois d'emprisonnement avec sursis.

Les parties civiles ont relevé appel du jugement rendu, ayant été déboutées de leurs demandes de réparation du préjudice.

6) Homicide involontaire (2001) (relaxe)

Jeune femme de 23 ans, élève infirmière, qui appelle son médecin pour des céphalées importantes avec des vomissements. Le remplaçant du médecin se déplace entre 23h et minuit. Il se rend au domicile où sont présents la patiente et ses parents. Il l'examine : elle présente des céphalées qui évoluent depuis quelques jours et qui viennent brutalement de s'aggraver de manière importante, céphalées occipitales avec des irradiations temporales. Le médecin s'étonne de l'intensité des céphalées décrites alors que la télévision fonctionne et que le plafonnier est allumé. La patiente répond de façon cohérente aux questions. Dans ses antécédents personnels et familiaux, elle dit avoir été traitée pour une hypothyroïdie, être sous contraceptif oral, avoir des antécédents de céphalées occipitales qui ont été répertoriées et bilantées et avoir subi un scanner cérébral dont le résultat est normal. La mère a été opérée d'anévrismes cérébraux de découverte fortuite et à aucun moment il n'a été prescrit pour elle d'imagerie de dépistage après l'intervention subie par sa mère. L'examen neurologique est normal et le médecin recommande la prise d'un antalgique présent dans la pharmacie familiale, ainsi que d'un sédatif du fait de l'anxiété.

Il quitte le domicile en donnant des conseils de grande vigilance et en demandant de rappeler rapidement si de nouveaux signes apparaissent ou si la céphalée ne disparaissait pas totalement.

Une demi-heure à une heure plus tard, le médecin est rappelé pour des vomissements et il examine de nouveau la patiente et décide de l'hospitaliser. Il téléphone au centre hospitalier régional et le standard de l'hôpital le met en communication avec le médecin du SAMU. La transcription de la communication téléphonique est connue. Elle a duré 7 minutes. Au cours de cette communication, le médecin explique le cas de cette jeune femme et à l'évidence, il souhaitait une hospitalisation. Le médecin régulateur se montre rassurant et parvient à convaincre son confrère que l'hospitalisation en urgence n'est pas justifiée. A la suite de cette communication téléphonique, le médecin fait une injection d'anti vomitif et d'anxiolytique en intramusculaire et rentre à son cabinet.

Le lendemain matin après une nuit normale, il semble qu'elle n'avait plus mal à la tête ni de vomissements. Elle se rend en voiture chez son ami. Le lendemain, en milieu de matinée, le SAMU est appelé et la découvre dans un coma profond de décérébration en état de mal convulsif. Le scanner en urgence mettra en évidence une hémorragie méningée basse avec une inondation ventriculaire et un œdème. L'artériographie montre un anévrisme de l'artère cérébrale antérieure, et le décès intervient sans qu'une procédure d'embolisation ait pu être tentée.

Le premier rapport (médecin légiste près la Cour de Cassation) commente dans sa discussion le procès verbal de transcription de l'appel téléphonique entre le remplaçant et le médecin régulateur. Selon l'expert, le remplaçant voulait entendre de son interlocuteur la prise de décision de l'hospitalisation sans l'imposer au régulateur hyper rassurant, plein de certitudes. Le fait qu'il évoque l'absence de place d'hospitalisation n'est pas une raison pour se montrer aussi rassurant. Il s'étonne que le régulateur n'ait pas conscience de la gravité potentielle de la

pathologie de cette jeune femme et est surpris par l'absence de doute dans les réponses de ce médecin qui influence le médecin traitant. Il peut être reproché au médecin traitant l'absence d'appréciation de l'urgence alors qu'il semble avoir besoin de réassurance et que le diagnostic qu'il avait évoqué avec justesse devait lui imposer une hospitalisation. Une évolution fatale ne pouvait être écartée même après hospitalisation.

Une deuxième expertise pratiquée par un neurologue conclut effectivement à une perte de chance du fait du retard à l'hospitalisation. Il souligne que malgré un tableau incomplet d'hémorragie méningée, le médecin généraliste était suffisamment préoccupé par l'état de la malade pour prendre la décision de la faire hospitaliser, et qu'il est donc regrettable que le médecin du SAMU n'ait pas accepté l'hospitalisation comme cela lui avait été demandé et qu'il n'ait pas compris qu'on lui téléphonait pour une hospitalisation et non un avis médical. Il est effectivement très inhabituel de prendre un avis médical en pleine nuit. Les deux médecins ont été mis en examen du chef d'homicide involontaire.

Le juge d'instruction a estimé que l'erreur de diagnostic ne constitue pas une faute caractérisée susceptible d'engager la responsabilité des médecins et qu'en outre, cette faute ne serait pas en lien direct avec le décès.

Il prononce une ordonnance de non lieu.

En 2006, la Cour d'appel retient contre le médecin de garde que s'il a sollicité lui-même le SAMU à 1h du matin, c'est qu'il estimait que la situation revêtait un certain caractère d'urgence et qu'il lui appartenait, devant le refus du médecin régulateur, de provoquer une hospitalisation par d'autres moyens.

En ce qui concerne le médecin régulateur, il lui est reproché le manque d'attention et les conclusions trop rapidement tirées qui engagent sa responsabilité pénale.

La faute consiste à imposer son diagnostic à distance et à dissuader le médecin qui était au chevet de la patiente de la faire hospitaliser.

La faute est en relation directe avec le décès qui aurait pu être évité en cas d'hospitalisation immédiate.

La Cour réforme l'ordonnance de non lieu rendue en 2004 et ordonne le renvoi des deux médecins devant le Tribunal correctionnel.

En 2006, celui-ci retient qu'en manquant de fermeté, le médecin généraliste a commis une imprudence.

Quant à son confrère, qui était non seulement régulateur du SAMU mais chef de service des urgences de l'hôpital, il a commis une grave imprudence en jouant de son rôle pour persuader son confrère que l'hospitalisation envisagée ne permettrait pas de réaliser le scanner en urgence.

Mais les magistrats retiennent des rapports des deux experts que même si les deux médecins ont commis une faute caractérisée, il n'y a pas de lien de causalité certain entre le décès et les fautes commises.

Les deux médecins sont relaxés. Sur les intérêts civils, le tribunal se déclare incompétent pour statuer sur la responsabilité du régulateur salarié dépendant de la juridiction administrative et

condamne le médecin généraliste à l'indemnisation du préjudice subi par la famille au titre d'une perte de chance d'éviter le décès.

Indemnisation : 32 000 €

7) Non assistance à personne en danger (2002)

L'épouse d'un patient de 72 ans téléphone au médecin de garde en lui expliquant « que son mari ne se sentait pas bien mais que cela ne pressait pas ». Le médecin arrive vers 13h. Elle lui aurait déclaré que son époux venait de sortir de l'hôpital où il avait fait l'objet d'un bilan complet.

Il est informé de la prescription de sortie comportant un lourd traitement à visée cardiovasculaire, prend connaissance des résultats d'une analyse sanguine dont les résultats ne seraient pas alarmants et constate la présence, au chevet du patient, d'un respirateur qui n'était pas branché.

Le patient se plaint de douleurs abdominales gauches. Le médecin évoque un tableau de colique néphrétique. Selon la famille, il aurait déclaré que si la douleur persistait, il faudrait aller à l'hôpital. Il prescrit des anti-inflammatoires et des anti-spasmodiques.

La nuit suivante, le médecin est rappelé, il conseille de faire hospitaliser le patient et de téléphoner au SAMU. La famille conteste, indiquant que le médecin a essentiellement parlé de se rendre aux urgences de l'hôpital.

La famille appelle une ambulance qui mettra deux heures à parvenir au domicile. L'état du patient se dégrade pendant le transport. Il arrive à l'hôpital à 5h du matin et malgré la réanimation, il décède quelques minutes après son arrivée au service des urgences dans un tableau évocateur d'un œdème aigu du poumon.

Une autopsie sera pratiquée après exhumation du corps et la confrontation des constatations anatomopathologiques avec les informations dont les experts disposent sur les circonstances du décès et les manifestations cliniques suggère que ce patient a présenté un épisode ischémique cardiaque aigu (angor voire infarctus) associé à d'éventuels troubles du rythme qui a été responsable d'une aggravation mortelle de l'insuffisance cardiaque préexistante.

Après deux expertises faites par des médecins légistes au vu de l'autopsie, une troisième expertise est pratiquée par un praticien hospitalier. En reprenant les dossiers, il s'avère que ce patient était suivi depuis plusieurs années pour une triple pathologie : une insuffisance cardiaque hypertensive, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une fonction rénale stabilisée sur un rein unique droit.

L'ensemble du dossier médical de ce patient est archivé au sein du cabinet de groupe où travaille le médecin de garde. Le rein gauche n'est pas fonctionnel. L'expert considère que le diagnostic de colique néphrétique gauche était tout à fait inapproprié puisqu'il n'existe plus de fonction rénale, que les signes pouvaient être évocateurs d'une lésion fissuraire aortique, que la pathologie douloureuse du flanc gauche ne pouvait être qu'une pathologie grave non gérable à domicile par une thérapeutique simple et que chez ce patient aux multiples pathologies, l'hospitalisation était indispensable. La marge de manœuvre thérapeutique chez

ce patient n'autorisait pas des hypothèses diagnostiques et des essais thérapeutiques. Les six anti hypertenseurs déjà prescrits, les fonctions rénale et respiratoire n'autorisaient aucune marge de manœuvre et imposaient de n'engager une quelconque thérapeutique que sur des certitudes diagnostiques. Il est relevé de surcroît que la prescription d'anti-inflammatoires dans ce contexte n'était pas recommandée, ces médicaments ayant des effets délétères sur la fonction rénale qui était déjà précaire. L'attitude ultérieure du praticien lors du rappel téléphonique nocturne est également critiquée. Même si la dégradation a été rapide, le praticien n'aurait pas du laisser la famille s'organiser seule pour appeler des secours. Le médecin est mis en examen pour homicide involontaire.

Les magistrats ont considéré que la nature exacte des informations détenues par le médecin de garde n'est nullement établie, qu'il résulte des propres déclarations de l'épouse qu'il n'a pas été fait état de l'absence de fonctionnement du rein gauche et qu'il n'est pas établi de manière certaine que le prévenu ait eu connaissance au moment de la consultation de l'état de santé dégradé et fragile de son patient en raison de sa triple pathologie.

Les informations recueillies lors de la consultation sur l'état du patient, eu égard aux données acquises de la science médicale et aux moyens techniques dont le médecin disposait, n'apparaissent pas comme insuffisantes pour caractériser une maladresse ou une négligence à l'origine de l'erreur de diagnostic, ce d'autant que la pathologie lourde et complexe de ce patient rendait difficile la constatation des symptômes et leur interprétation. Il n'a jamais été indiqué dans le rapport d'expertise médicale qu'un diagnostic fiable posé dans le cadre d'une hospitalisation immédiate aurait permis d'éliminer tout risque de décès. Le médecin est relaxé du chef d'homicide involontaire.

En revanche, il est condamné au titre de la non assistance à personne en péril à un mois de prison avec sursis et 1 500 € d'amende. Le médecin ne s'est pas déplacé ni indiqué rapidement le service des urgences à contacter, ni contacté lui-même l'hôpital pour annoncer l'arrivée d'un patient. Cette désinvolture dans le traitement d'un patient apparaît peu compatible avec ses devoirs de secours et d'humanité. Les magistrats rappellent que le médecin avait conseillé l'hospitalisation 4 heures après sa première visite si l'état ne s'améliorait pas et qu'il s'était écoulé plus de 12 heures avant le rappel de l'épouse. Une telle attitude est constitutive du délit de non assistance à personne en péril car le médecin, venant de visiter un patient âgé pour lequel le traitement prescrit venait d'échouer, savait qu'il existait un risque éventuellement vital.

Ne pouvant se méprendre sur la gravité de ce péril, le médecin s'est volontairement abstenu d'intervenir pour porter secours à son patient.

LES MEDECINS URGENTISTES

Le médecin urgentiste, salarié ou libéral au sein d'un établissement privé ou public mérite un chapitre particulier car son mode d'exercice est différent de celui du médecin généraliste « de garde » qui ne dispose pas du même plateau technique.

« Seulement » six dossiers concernent des urgentistes. Ils ont été impliqués dans 3 saisines de CRCI (algodystrophie après botte en résine non fautive, cellulite orbitaire après traitement corticoïdes pour oedème de Quincke considérée comme aléa, retard de diagnostic d'une torsion du cordon spermatique fautive).

Une plainte pénale a fait l'objet d'un non lieu (la défaillance ou la mauvaise utilisation d'un défibrillateur était au centre des débats) et une autre a donné lieu à une amende.

- **Décisions civiles**

Voici deux décisions civiles fautives concernant la prise en charge de pathologies traumatiques.

1) Absence de diagnostic d'une fracture lombaire (2000)

Patient de 54 ans victime d'une chute à son domicile en mars 2000. En descendant l'escalier, il glisse et tombe sur un sol carrelé d'une hauteur de 2,50 m environ. Il se plaint de douleurs basi thoraciques gauches et de la région iliaque gauche. Le médecin salarié urgentiste qui le reçoit, demande des radiographies du gril costal (normales) et pratique une échographie abdominale (normale).

Au retour à son domicile, il est incapable de marcher, de monter les escaliers et consulte son médecin généraliste qui prescrit un traitement antalgique et conseille le repos en décubitus strict au lit. Quelques jours plus tard, en raison de la persistance de lombalgies, le médecin traitant prescrit une ceinture de maintien lombaire puis des séances de kinésithérapie.

Ce n'est qu'en mai 2000 qu'est détectée, après une radiographie du bassin normale, une fracture tassement du corps de L1 avec recul du mur postérieur sur les radiographies du rachis lombaire. Sur le scanner, un fragment osseux se situe à l'intérieur du canal médullaire. Il existe aussi une rupture des deux lames de L1. La sténose canalaire est de l'ordre de 50%.

A posteriori, dans le cadre de l'expertise, un neurochirurgien confirme que la découverte précoce de la fracture vertébrale aurait justifié une hospitalisation en service de neurochirurgie pour une intervention chirurgicale de stabilisation par arthrodèse du segment D12-L1 ; que la fracture qui a dû se constituer d'emblée ne s'est que très peu aggravée sur le plan anatomique avec le temps et que l'indication chirurgicale n'était plus du tout justifiée lors de la découverte tardive de la fracture deux mois et demi après l'accident. L'indication d'un examen radiographique du rachis était formelle, compte tenu des circonstances de l'accident et du contexte d'un patient « lourd » tombé d'une hauteur de 2,50 m, malgré une symptomatologie initiale vraisemblablement atypique et trompeuse.

En 2005, le tribunal de Grande Instance retient la responsabilité du médecin urgentiste qui n'a pas élaboré son diagnostic avec le plus grand soin.

Les magistrats retiennent une indemnisation au titre de la perte de chance de pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale en milieu spécialisé.

La clinique, employeur de l'urgentiste salarié, et son assurance interjettent appel de cette décision. Ils ne contestent pas le principe de leur responsabilité mais seulement la durée de l'ITT et les condamnations prononcées à ce titre. En effet, une expertise limitait à un mois la durée de l'ITT imputable à la faute de l'urgentiste.

La Cour d'appel infirme le jugement antérieur quant au quantum alloué et fait droit à l'argumentation de la clinique.

2) Prise en charge d'une plaie (2001)

Adolescent de 14 ans qui s'est blessé à la partie supéro externe de la jambe gauche au cours d'une baignade en rivière. Amené aux urgences, il est examiné : il présente une plaie propre de la jambe d'un centimètre de diamètre environ, ouverte en son centre, étoilée sur la périphérie, correspondant possiblement à l'impact d'une pierre au cours d'un plongeon. Après avoir exploré la plaie à l'aide d'une pince à griffe, celle-ci est suturée.

Des radiographies sont prescrites et ne révèlent pas de lésion osseuse.

Les jours suivants, l'enfant souffre, devient fébrile et, trois jours plus tard, l'aggravation de l'état clinique fait conseiller au médecin traitant une hospitalisation.

La plaie est purulente et elle est prise en charge par le chirurgien de garde qui décrit une importante plaie de la loge antéro externe de la jambe avec un phlegmon et une cellulite importante. Il retrouve une très importante plaie de l'aponévrose du jambier antérieur avec des fusées purulentes et un décollement sous cutané externe. Le décollement est important, mesure 5 cm de largeur et il est très profond jusqu'au niveau du tibia, voire du péroné. Des prélèvements sont effectués, positifs à Escherichia Coli et un traitement antibiotique est institué, puis modifié avec les résultats de l'antibiogramme. Les hémocultures sont négatives. Quarante-huit heures plus tard, une nouvelle reprise chirurgicale a lieu du fait de l'apparition d'un flexum non réductible de la jambe. L'exploration retrouve à nouveau un épanchement collecté situé très en profondeur en arrière des muscles de la loge antéro externe et dans la loge postérieure. La plaie est nettoyée. Un épanchement situé à la face postérieure de l'articulation du genou qui heureusement ne pénètre pas dans l'articulation, est évacué. Il est effectué des équivalents d'incisions d'aponévrotomie de décharge. Les suites sont satisfaisantes nécessitant néanmoins deux nouvelles interventions pour le nettoyage de ce volumineux adénophlegmon.

Trois semaines plus tard, la cicatrisation est incomplète et la surveillance poursuivie.

Deux mois plus tard, une récurrence d'abcès sur la cicatrice nécessitera de nouveau une évacuation de la collection superficielle.

Lors de l'expertise, le réexamen du bilan radiographique met en évidence des éléments aériques au niveau des parties molles du tiers supérieur et postérieur de jambe. L'expert considère que, compte tenu du fait qu'il s'agissait d'un plongeon dans une eau de rivière, que l'urgentiste a reconnu qu'il n'avait pas jugé nécessaire d'agrandir la plaie pour pratiquer une exploration plus profonde, que l'interprétation des radiographies était erronée, l'urgentiste a commis une faute. De plus, s'agissant d'un milieu souillé (eau de rivière), il convenait d'être prudent et de ne pas fermer de façon étanche la plaie qui pouvait être comparable à une plaie

par morsure humaine ou morsure d'animal dont on connaît le caractère particulièrement septique.

L'expert ne retient pas de faute dans la prise en charge chirurgicale.

Après le dépôt du rapport d'expertise, le jeune homme a présenté une hernie musculaire douloureuse en regard du releveur du gros orteil et du jambier antérieur gauche et il a dû être repris chirurgicalement. Dans les suites opératoires immédiates, il a présenté une compression de la loge antéro externe de la jambe gauche de type syndrome des loges nécessitant une réintervention en urgence et laissant persister une atteinte du sciatique poplité externe, ou du moins de sa branche tibiale antérieure.

Six réinterventions seront nécessaires au cours d'une hospitalisation de près de trois mois. Sur le plan esthétique, persiste une large cicatrice à la face antérieure de la jambe sur quasiment les deux tiers de la hauteur. Il existe des séquelles avec une amyotrophie de la loge antéro externe par atteinte du nerf tibial responsable d'un steppage.

Une expertise en aggravation a lieu sur le préjudice corporel et le lien de causalité avec l'accident datant de deux ans.

Les magistrats ont considéré que le défaut de diagnostic constitue une faute en relation directe avec l'ensemble des préjudices, y compris ceux en rapport avec le syndrome des loges, responsable de la majorité des séquelles.

Un appel de cette décision est en cours.

- **Décisions pénales**

Blessures involontaires (2004)

Un médecin d'un service d'urgence est le troisième à intervenir en quatre jours chez une enfant d'un an, pesant 8 kilos, déshydratée du fait d'une gastroentérite s'accompagnant depuis peu de vomissements.

La consultation a lieu vers midi.

Il prescrit notamment du Primpéran[®] (métoclopramide chlorhydrate monohydrate) en suppositoire (1 suppositoire à 10 mg).

Le service d'urgence reçoit un deuxième appel vers 20h de la mère qui décrit des dyskinésies et il est conseillé de faire hospitaliser l'enfant.

Il semble, alors que l'ordonnance ne comportait qu'un suppositoire, que la pharmacie ait délivré une boîte et que la mère ait mis un deuxième suppositoire dans la journée.

Accueillie en service hospitalier pédiatrique, l'enfant est placée sous perfusion. Les signes dyskinétiques régressent spontanément dans la nuit et l'état de santé de l'enfant s'étant bien amélioré, elle sort dans la journée.

Eu égard aux pièces versées au débat, les magistrats considèrent que le médecin a violé de façon délibérée une obligation de prudence et de sécurité en prescrivant ce médicament à une

dose trop importante pour un enfant de cet âge et de ce poids, la dose maximale étant de 3,20 mg par 24h.

Le médecin est condamné pour blessures involontaires avec incapacité n'excédant pas trois mois à une amende de 3 000 €