

Responsabilité

Décisions de justice

Supplément au numéro 36

Décisions de justice 2007

Analyse des dossiers (civil, pénal, CRCI) ayant entraîné en 2007 la condamnation de médecins de spécialités diverses

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 MACSF¹, au supplément au numéro 33² présentant l'analyse des décisions concernant des médecins généralistes et urgentistes, au supplément au numéro 34³ présentant l'analyse des décisions concernant des chirurgiens, au supplément au numéro 35⁴ présentant l'analyse des décisions concernant des anesthésistes, des obstétriciens, des sages-femmes et l'échographie foetale.

Dr Catherine LETOUZEY*, Nicolas GOMBAULT**

OPHTALMOLOGIE

• LES CRCI

Les CRCI ont rendu 33 avis dont 12 rejets, 9 fautes (dont 2 partagées avec un aléa), 8 aléas et 4 décisions invitant l'ONIAM à indemniser une infection nosocomiale, le seuil de gravité étant atteint.

Décisions de rejet

Elles concernent des patients dont la pathologie est essentiellement en rapport avec l'évolution de leur état antérieur, dont l'évaluation des préjudices est inférieure au seuil de gravité exigé pour la compétence de la CRCI, ou des complications infectieuses nosocomiales dont l'indemnisation a été mise à la charge de l'établissement (4) en l'absence de toute faute de l'ophtalmologiste.

N'ont pas été indemnisées des complications inflammatoires après chirurgie de cataracte (2), la prise en charge de DMLA (2), d'un mélanome, d'une occlusion de la veine centrale de la rétine ou

de l'échec de la chirurgie d'un décollement de rétine. La CRCI a rejeté une demande d'indemnisation complémentaire, le patient ayant déjà été indemnisé au titre d'une perte de chance en relation avec un défaut d'information avant une chirurgie de cataracte.

Aléa thérapeutique

Ce sont des complications de la chirurgie de cataracte qui en majorité ont pu être qualifiées d'aléa thérapeutique (6 sur 8). Dans la majorité des dossiers, le patient a perdu toute acuité visuelle, ou sa vision est réduite à 1/20^{ème}. Au rang des complications figurent celles qui ont été favorisées par une rupture capsulaire : chute du noyau dans le vitré, hématorne choroïdien (2), décollement de rétine (3) avec une intolérance au matériel d'indentation qui a du être enlevé, luxation d'un anneau de tension capsulaire. Dans 1 cas, l'agitation de la patiente (après péri bulbaire et neuroleptanalgesie) au moment de l'incision a entraîné une hernie de l'iris

et favorisé les complications cornéennes de cette intervention, par ailleurs difficile du fait des conditions locales. Une chirurgie du trou maculaire s'est compliquée d'hypertonie et d'athalémie (réintervention en urgence) et d'une ophtalmie sympathique controlatérale. L'indemnisation des complications de la chirurgie de cataracte chez une patiente âgée de 75 ans (acuité inférieure à 1/20^{ème} et 5/10^{ème}) a donné lieu à l'indemnisation du préjudice corporel et de la tierce personne de 13 heures par semaine (femme de ménage et jardinier). Enfin, un choc anaphylactique lors d'une angiographie justifiée entraînant le décès malgré la réanimation immédiatement entreprise a été également qualifiée

¹ Le risque des professions de santé en 2007 – Responsabilité hors-série ; novembre 2008 : 9-13

² Responsabilité vol.9 ; supplément au n°33, mars 2009 : 1-28

³ Responsabilité vol.9 ; supplément au n°34, juin 2009 : 1-42

⁴ Responsabilité vol. 9 ; supplément au n°35, septembre 2009 : 1-44

*Médecin conseil, Le Sou Médical – Groupe MACSF

**Directeur général, Le Sou Médical – Groupe MACSF

d'aléa : le patient de 76 ans était traité par bêta bloquants, traitement « *qui ne constitue pas une contre-indication absolue au geste* ».

Les fautes

La faute a été retenue dans 9 dossiers, dont 3 concernent les complications infectieuses d'une chirurgie de la cataracte.

En voici quelques exemples :

1) Panophtalmie suite à une chirurgie de la cataracte (2001)



Le lendemain de l'ablation d'un fil de suture, trois semaines après une chirurgie de cataracte, un patient consulte pour douleurs liées à un abcès au niveau du site d'ablation du fil. Le jour suivant, il contacte téléphoniquement le praticien du fait de l'apparition de sécrétions purulentes. Il lui est conseillé d'attendre que le traitement agisse et ce n'est que le lendemain que le patient est adressé en urgence à l'hôpital pour prise en charge d'une panophtalmie.



Ce manquement à l'obligation de diligence de la part du praticien qui réside dans l'absence d'examen physique après la consultation téléphonique, n'ayant pas jugé utile d'orienter son patient vers un service d'urgence en dépit de l'aggravation de son état, a fait perdre au patient une chance d'éviter l'énucléation. Sans examen physique, le praticien n'était pas en mesure d'appréhender l'évolution de l'infection constatée la veille, la gravité et le degré d'urgence de la situation.



La CRCI évalue la perte de chance à 5 %. L'indemnisation des 95 % restants est à la charge de l'ONIAM.

2) Complications suite à une chirurgie réfractive (2002)



Lors d'une chirurgie réfractive par lasik pour hypermétropie chez une femme de 27 ans (premier œil opéré avec succès), l'opérateur constate que le volet cornéen est complètement découpé sans charnière et qu'il est trop petit, conduisant à un arrêt de la procédure. La patiente présente en postopératoire une hypermétropie de + 13 unilatérale qui l'empêche d'avoir une vision stéréoscopique.



L'expert précise que la survenue des complications, en particulier le capot libre, est plus fréquente lorsque la cornée est plate, ce qui n'est pas le cas de la patiente, ou lors de mauvais réglages de la butée ou d'inadaptation du choix de l'anneau de succions. Ce choix est guidé par le normogramme déterminé par le fabricant : ces paramètres ne sont pas connus ni notés. A ces imprécisions s'ajoutent des difficultés de montages qui ont semble-t-il été jugulées après les tests à vide. En tout état de cause, il appartenait au praticien de prendre toutes les précautions pour vérifier le bon clipsage des pièces constitutives de l'instrument. Le compte rendu opératoire n'en fait pas état. Une autre cause peut être le défaut de la force de succion. Il est indispensable de contrôler la pression intra oculaire à l'aide du tonomètre, là aussi la tonométrie n'a pas été appréciée scientifiquement mais subjectivement.

On ne peut affirmer que toutes les précautions aient été prises pour assurer la sécurité de la découpe. Il est plus que probable qu'il y a eu une perte du capot cornéen : l'absence de certitude sur cette perte tient au fait de l'absence de transmission d'examen postopératoire discriminants, type topographie cornéenne Orbscan II. Une expertise dans le cadre d'une procédure civile menée en parallèle avait également conclu à un défaut de clipsage du moteur sur la tête du microkératome.



La faute du praticien est retenue par la CRCI.

3) Complications inflammatoires d'une chirurgie de cataracte (2003)

Il est reproché la gestion de complications inflammatoires d'une chirurgie de cataracte (2003) : première visite à J 10, puis consultations espacées de 10 à 20 jours, avec l'instauration d'un traitement jugé insuffisant alors qu'existaient une dystrophie cornéenne, une acuité visuelle non mesurable puis une uvéite (perte de chance de 50 %).

4) Absence d'antibiothérapie (2004)

Il est reproché l'absence d'antibiothérapie per ou postopératoire alors que la chirurgie s'était compliquée d'une rupture capsulaire et d'une luxation postérieure de l'implant, et que l'intervention avait duré 105 mn (perte de chance de 50 %).

5) Complications suite à une injection d'anesthésique latérobulbaire (2004)

La CRCI considère qu'il y a eu un problème de coordination entre un ophtalmologiste et un anesthésiste, l'injection d'anesthésique latérobulbaire ayant été faite 1 h 15 avant l'intervention : l'agitation du patient en raison des douleurs ressenties, l'absence de demande à l'anesthésiste d'un geste complémentaire ont donné lieu à des manœuvres dont le caractère traumatisant est à l'origine du dommage (décompensation cornéenne). Elle retient leur responsabilité à parts égales.

6) Défaut d'indication d'une vitrectomie (2005)

La commission a suivi l'avis de l'expert considérant que la pratique d'une vitrectomie postérieure avec une endophotocoagulation pour une rétinopathie diabétique proliférante sans décollement de rétine était d'une indication prématurée, et qu'une pan photocoagulation aurait dû être préférée en première intention. L'œil présente un déficit visuel irréversible par atrophie optique, imputable selon l'expert à la prise en charge par l'ophtalmologiste. L'évaluation du préjudice n'a pas tenu compte de l'évolution prévisible de cette rétinopathie chez ce diabétique mal équilibré et peu compliant, ni des conséquences habituelles de la pan photocoagulation.

7) Retard de diagnostic de glaucome (2005)

Un mauvais suivi médical entraînant un retard de diagnostic d'un glaucome chez une femme de 60 ans est reproché à l'ophtalmologiste traitant, le diagnostic ayant été porté par un confrère 20 mois après la dernière consultation effectuée à son cabinet. L'expert a expliqué qu'il s'agissait bien d'un glaucome primitif à angle ouvert, avec un angle étroit bilatéral, ce qui n'est pas noté sur les fiches d'observation. Il est reproché au praticien d'avoir noté « *examen normal* » lors des consultations successives, sans préciser les données objectives de l'examen, notamment la pression oculaire, le résultat du fond d'œil. La pratique d'une gonioscopie n'est pas non plus notée sur le dossier.

Bien que la dépression nerveuse grave présentée par la patiente n'ait eu aucun retentissement sur l'évolution du glaucome puisque l'angle était étroit mais ouvert, l'expert a souligné « *lors d'une dépression, certains médicaments peuvent induire un glaucome par fermeture* ».

de l'angle sur des sujets prédisposés et ces pathologies doivent également être notées sur le dossier médical ». Ce « mauvais suivi médical » a eu pour conséquence l'absence de diagnostic de ce glaucome à l'origine d'une perte de chance, sinon de se soustraire à l'intervention de trabéculotomie pratiquée un mois après le diagnostic, ou tout le moins de voir diminuer les conséquences des séquelles présentées, comme la perte d'une grande partie du champ visuel de l'œil gauche et la baisse de l'acuité visuelle de cet œil. La perte de chance est évaluée à 35 %.

8) Complications suite à une chirurgie réfractive par presbylasik (2005)

Un praticien est considéré entièrement responsable des conséquences d'une chirurgie réfractive par presbylasik à l'origine d'une photophobie et d'une mydriase liée à l'action du laser sur les nerfs ciliaires. L'obligation de prudence et de diligence imposait à l'ophtalmologiste, qui n'avait aucune expérience personnelle de cette chirurgie, d'opérer un seul œil à la fois de façon à juger du résultat avant de prendre la décision d'intervenir sur le deuxième œil, ou d'adresser la patiente à un confrère possédant une bonne expérience de cette chirurgie. Il a de plus manqué à son obligation d'information et la patiente n'a pas été mise en situation de choix raisonné. Du fait des douleurs, la patiente a été mise en longue maladie alors que son acuité visuelle ne lui interdisait pas l'exercice d'une activité professionnelle. Cette affaire fait également l'objet d'une plainte pénale en cours.

9) Complications suite à une anesthésie topique (2006)

Il est reproché un défaut d'information, l'absence de préparation par collyres antibiotiques en préopératoire, l'absence de douche bétadinée et de consultation d'anesthésie avant la réalisation d'une anesthésie topique par gel de xylocaïne, chez un patient qui comprenait mal le français. La gestion critiquable de la complication est relevée : envoi du prélèvement intra vitréen sur un simple écouvillon alors qu'il aurait dû « absolument être adressé dans la seringue de prélèvement avec ou sans aiguille car sinon il n'y a pas de possibilité de recherche d'ADN bactérien » et lavage avec deux antibiotiques en chambre antérieure sans injection intra vitréenne d'antibiotiques.

• DECISIONS CIVILES

Décisions favorables

Elles concernent 14 dossiers, dont 7 décisions de Cours d'appel.

Parmi elles :

- échec d'une 3^{ème} greffe de cornée chez un patient de 40 ans et retard non confirmé de diagnostic d'une occlusion de la veine centrale de la rétine (et si le diagnostic avait été fait lors de la consultation litigieuse, le traitement n'aurait pas modifié l'évolution).

- prise en charge jugée conforme d'un glaucome entre 1993 et 1999 (le patient ayant reproché des champs visuels trop espacés et l'absence de traitement hypotonisant, alors que le diagnostic de cette maladie glaucomateuse familiale avait été porté à un stade où la maladie était déjà très évoluée).

- deux endophtalmies post chirurgicales sont indemnisées par les établissements. Dans un cas, le patient reproche l'absence de glycémie préopératoire, un diabète ayant été découvert ultérieurement. Les magistrats ont estimé que rien ne permettait d'établir que le diabète dépisté dix mois plus tard était déjà présent à la date de l'intervention.

- un arrêt de Cour d'appel infirme une décision défavorable prononcée en 2006 : il était reproché l'absence de surveillance pendant la quinzaine de jours écoulés entre le diagnostic de déchirure rétinienne et la séance de laser prévue, un décollement de rétine s'étant constitué dans l'intervalle. Après un premier rapport d'expertise favorable, un deuxième expert reprochait cette absence de surveillance entre le diagnostic et le geste, et soulignait que le praticien « avait négligé d'informer le patient de la gravité de son état ». Le tribunal avait retenu une faute ayant entraîné une perte de chance de 25 % pour le patient de bénéficier d'un traitement plus rapide et donc plus efficace de la prévention du décollement de rétine. La Cour d'appel considère qu'il n'est pas contestable que l'indication de laser posée était adaptée à la pathologie de déchirure rétinienne, que l'état hémorragique du vitré, non contesté, entraînait une contre-indication à ce traitement en urgence, que rien ne permet de retenir que le risque de décollement de rétine était prévisible le jour de la consultation, et que rien au surplus ne permet d'admettre, comme le soutenait le patient, que l'absence de prescription de « repos »

ait favorisé sa réalisation. Le praticien ne prouve pas avoir avisé son patient du risque de décollement de rétine encouru, que ce soit dans les minutes, les jours ou les mois qui suivent, et ce défaut est fautif. Lorsque les signes de décollement de rétine ont été décelés, le traitement a été effectué avec succès, de sorte qu'il n'est pas établi que le défaut d'information imputé à l'ophtalmologiste ait causé un retard de traitement à l'origine d'un quelconque préjudice. La perte définitive de l'acuité de l'œil droit est liée à une récurrence du décollement de rétine constaté trois mois après l'intervention, qui n'a pas lien de causalité avec le manquement à l'obligation d'information, ni avec le suivi postopératoire de cette intervention.

- un arrêt de Cour d'appel a infirmé un jugement défavorable rendu du fait du mauvais résultat d'une chirurgie réfractive, l'expert ayant précisé qu'aucune faute n'avait été commise mais qu'il était impossible de se prononcer sur l'information délivrée. Une fiche d'information précisant les risques, y compris de perte de la vue, signée par le patient le jour de la chirurgie, ayant été retrouvée après le jugement, les magistrats ont considéré que l'information avait été délivrée : « rien n'indiquait que le patient avait pris connaissance de cette fiche d'information (seulement) à la date de sa signature ». Ce patient avait subi en 1986 une kératotomy radiaire avec des retouches en 1987 et 1989 et était mécontent du résultat imparfait d'un lasik réalisé en 1998, avec baisse d'acuité visuelle. L'expert a considéré qu'il s'agissait d'un aléa de la reprise chirurgicale, aléa plus fréquent lors des reprises que lors d'une intervention sur œil sain, et les magistrats de la Cour d'appel ont confirmé l'absence de faute technique, un résultat imparfait n'étant pas la preuve d'une faute.

Condamnations

On recense 37 condamnations, dont la majorité pour absence de preuve d'une information délivrée en préopératoire, y compris pour des faits anciens.

Défaut d'information

Il est plus fréquent en chirurgie réfractive que lors d'une chirurgie de la cataracte.

1) Occlusion de l'artère et de la veine centrale de la rétine suite à une chirurgie de la cataracte (1999)

Les magistrats ont estimé que « s'agissant d'une intervention utile mais non

nécessaire ni urgente, la patiente y aurait peut être renoncé si elle avait été complètement informée du risque » et estiment la perte de chance à 30 % du préjudice réellement subi.

Indemnisation : 14 925 €.

2) Hémorragie intra oculaire suite à une chirurgie de la cataracte (1999)



Un homme de 34 ans ayant un œil non voyant après plusieurs interventions pour décollement de rétine, subit une chirurgie de cataracte à visée « esthétique » en raison d'une opacité cristallinienne associée à une cataracte blanche obturante. Cette intervention se complique d'une hémorragie intra oculaire profuse et irréversible, et une éviscération sera ultérieurement nécessaire. Le patient déclare avoir été licencié du fait de son inaptitude définitive à son ancien métier de magasinier cariste chauffeur et une impossibilité de reclassement dans un poste administratif dans son entreprise, selon les directives du médecin du travail.



D'après l'expert, le risque d'évolution compliquée de la chirurgie de la cataracte sur un œil porteur d'un décollement de rétine ancien n'a pas été évoqué. Or, le risque d'évolution vers l'hyphéma, la rubéose irienne, le glaucome néo vasculaire et l'atrophie du globe sont connus lorsque l'on opère ce type d'œil. L'expert considère qu'il y a eu un manque d'information spécifique concernant le cas particulier de ce patient, ce qui n'est pas contesté par l'ophtalmologiste. L'expert s'étonne du retentissement professionnel, chez ce patient borgne avant même la chirurgie. Les magistrats ont confirmé qu'en l'espèce, l'intervention litigieuse avait une visée seulement esthétique s'agissant de remédier à la gêne relationnelle occasionnée par l'aspect blanchâtre de la pupille, d'où une obligation d'information renforcée du médecin.



Les magistrats chiffrent la perte de chance à 50 %. Ils considèrent également que la perte de l'œil a néanmoins « engendré » pour le patient la perte de son emploi car l'employeur n'a pu le reprendre sous son ancien poste selon les directives de la médecine du travail. Le manque à gagner pendant sa période de chômage doit être indemnisé.

Indemnisation : 7 808 €.

3) Baisse d'acuité visuelle et haze suite à une chirurgie bilatérale par lasik (1999)

Suite à une chirurgie bilatérale par lasik pour hypermétropie et astigmatisme compliquée d'une baisse d'acuité visuelle et d'un haze, l'expert a précisé que l'indication de ce type de laser à l'époque était encore discutée et n'avait pas véritablement reçu une validation de la part du corps médical. Les magistrats ont estimé que l'obligation d'information était d'autant plus impérative qu'il s'agissait d'une technique non éprouvée et d'une intervention de confort, de surcroît bilatérale. Ils ont condamné à l'indemnisation de 95 % du préjudice au titre de la perte de chance (51 128 €). Il est intéressant de constater que malgré la remise, d'après l'ophtalmologiste, d'une fiche d'information, les magistrats soulignent que celle-ci n'était ni signée ni paraphée par la patiente et que parmi les risques énumérés ne figurait pas le risque qui s'est réalisé.

4) Névrite optique suite à une blépharoplastie (2000)

Après une blépharoplastie pour ptôsis sur l'œil utile ayant une acuité visuelle de 6/10^{ème} « d'indication probablement légitime dans la mesure où la paupière cachait l'axe optique à droite de façon permanente ou intermittente », compliquée d'une névrite optique ischémique, un défaut d'information sur les possibles complications graves même exceptionnelles est retenu, « n'étant pas contesté qu'il n'a été recueilli aucune trace écrite de l'information donnée ». La perte de chance de renoncer à l'intervention a été fixée à 40 % par la Cour d'appel.

Indemnisation : 7 500 €.

5) Incident de découpe cornéenne lors d'une chirurgie réfractive (2001)

De façon inhabituelle, une chirurgie réfractive a été qualifiée de chirurgie à visée esthétique, dans la mesure où le patient avait signé avant l'intervention un devis intitulé « devis concernant un acte médico chirurgical à visée esthétique, lasik ». Le libellé de ce devis empêchera de contester le caractère purement esthétique de cette chirurgie réfractive devant les magistrats. Celle-ci s'était compliquée, chez un hypermétrope, ayant entraîné des troubles visuels dus à des aberrations optiques. L'ophtalmologiste ne justifie d'aucune information

écrite. Les magistrats ajoutent « que le fait que le risque connu d'aberration optique soit mal analysé à l'époque des faits devait conduire le praticien à redoubler de clarté, de précision et de loyauté dans la délivrance de l'information ». Les magistrats indemnisent la quasi-totalité du préjudice en lien avec ce défaut d'information.

Indemnisation : 20 620 €.

6) Chirurgie de la cataracte (2003)

Le fait d'avoir informé un patient avant la chirurgie de cataracte d'un premier œil ne dispense pas le praticien d'informer son patient préalablement à la seconde intervention. « Il ne peut être présumé qu'un malade ait le souvenir du contenu d'un document signé près de trois mois auparavant, ce d'autant plus que le patient était âgé de 76 ans au moment de son hospitalisation. Il incombe donc au médecin de s'assurer de la connaissance par son patient des risques encourus lors de l'opération par la signature d'un document de consentement éclairé ». Le patient a été indemnisé à hauteur de 10 % de son préjudice.

Indemnisation : 9 798 €.

7) Hémorragie rétinienne chez une patiente atteinte de DMLA (2003)



Lors de la survenue d'une hémorragie rétinienne chez une patiente atteinte de DMLA, l'ophtalmologiste a jugé inutile de faire une angiographie vue l'importance de l'épanchement, et a contacté téléphoniquement un rétinologue qui lui a dit qu'une chirurgie était envisageable dans un délai de deux semaines, mais que le bénéfice par rapport à l'abstention n'était pas prouvé. Il a revu sa patiente dix jours plus tard avec une discrète résorption de l'hémorragie, ne l'a pas informée de cette possibilité chirurgicale éventuelle et lui a conseillé d'attendre une amélioration spontanée.



Les magistrats ont estimé que l'ophtalmologiste était à l'origine d'un préjudice moral lié à l'absence d'information sur les soins qui pouvaient être proposés dans les jours suivant la survenue de l'hémorragie rétinienne : le médecin devait exposer et expliquer les raisons de son opposition à toute

intervention, en évoquant la littérature médicale, les risques encourus et les résultats généralement modestes, afin d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts.

Indemnisation : 6 000 €.

Dans 4 autres dossiers de chirurgie réfractive (1997-2000), c'est au titre d'une perte de chance liée à l'absence de preuve d'une information (75 à 90 %) que les patients ont été indemnisés. L'indemnisation la plus élevée après des complications d'une chirurgie lasik en 1997 (déjà décrite – volume 7 – n° 25 – page 20) s'élève à 479 800 €.

A signaler que dans deux dossiers, un préjudice professionnel a été évoqué : chauffeur de poids lourd et photographe.

Infection nosocomiale

Concernant la survenue d'une infection nosocomiale après chirurgie de cataracte, deux jugements confirment la responsabilité de l'ophtalmologiste au titre de l'obligation de sécurité résultat, en l'absence de faute, à partager avec la clinique (faits en 1998 et 2000, antérieurs à la loi du 4 mars 2002).

Indemnisations : 63 760 € et 73 492 €.

Prise en charge inappropriée de la complication

1) Refus d'hospitalisation (2002)



Après une chirurgie de cataracte sans incident chez une femme née en 1941 et sous antibiotiques pendant 5 jours (compte tenu de son hygiène relative), la patiente est revue le lendemain après un examen pratiquement normal. La survenue de douleurs importantes dans l'après-midi motive un examen en urgence. Il existe un signe de Tyndall beaucoup plus marqué que le matin, l'acuité visuelle sans correction a chuté de 3/10^{ème} à 1/10^{ème}.

La patiente refusant une hospitalisation, l'ophtalmologiste réalise une injection sous conjonctivale d'antibiotique et de corticoïde et rajoute à la Quinolone prescrite un autre antibiotique. Dès le lendemain, il existe un hypopion mais la patiente aurait de nouveau refusé une hospitalisation. Il assure le suivi de cette patiente tous les jours pendant cinq jours, renouvelle les injections et finit par la confier à un confrère trois semaines plus tard. Malgré le traitement,

la fonction visuelle est définitivement perdue.



L'expert a estimé que le praticien aurait dû insister sur la nécessité d'une hospitalisation en informant sa patiente qu'elle perdrait la fonction visuelle si elle refusait. Convaincre un patient d'une hospitalisation indispensable relève du devoir du médecin s'il est persuadé de son diagnostic. Par ailleurs, les soins n'ont pas été conformes car on ne poursuit pas les injections sous conjonctivales d'un antibiotique qui n'est pas toujours efficace sur les germes intra oculaire pendant plusieurs jours.



Les magistrats ont confirmé, d'après le rapport d'expertise, une perte de chance de 50 % de guérison et relevé que l'ophtalmologiste soutient que sa patiente se refusait à une hospitalisation mais ne le prouve pas. « Sa patiente s'est soumise à l'antibiothérapie qu'il lui avait prescrite, ce qui contredit l'argumentaire selon lequel elle était totalement réfractaire à tout traitement antibiotique ». Ils confirment le raisonnement de l'expert qui avait indiqué qu'il ne connaissait pas de patient qui, averti du risque de perte totale de la fonction visuelle, en l'espèce sérieusement encouru, refuse l'hospitalisation.

Indemnisation : 66 187 €.

2) Prise en charge d'une infection oculaire chez un monoptalme devenu aveugle (2004)



Une femme née en 1965 présentait un glaucome congénital opéré d'intervention filtrante en 1991 puis de cataracte du côté gauche. La fonction visuelle de l'œil droit était perdue. L'œil gauche avait une acuité visuelle fluctuante de 2/10^{ème} environ. La surveillance clinique n'était pas facile du fait de la gravité du cas présenté, du mauvais état de la cornée et de la photophobie. L'ophtalmologiste l'a adressée pour avis à différents praticiens qui ont réalisé une capsulotomie au laser en 1999 qui a été suivie d'une hypotonie et d'un œdème papillaire et maculaire, puis sur l'état de la fistule anti glaucomeuse, puis sur l'état cornéen précaire en vue d'une éventuelle greffe de cornée recusée du fait des risques. Elle consulte en urgence le 1^{er} avril 2004 pour une conjonctivite. L'ophtalmologiste note « œil gauche : œdème palpébral, larmolement ++, ça

pique, collé ce matin, lampe à fente œil gauche conjonctivite aiguë dépouille fluo + œdème cornéen diffus mucus +++ ». Il est prescrit un traitement antibiotique et corticoïde en collyre et en pommade et un arrêt de travail de 8 jours. Quarante-huit heures plus tard, d'après les déclarations de la patiente, elle aurait demandé à sa voisine de contacter l'ophtalmologiste qui aurait répondu que l'infection allait passer avec le temps et le traitement. Le soir même, souffrant beaucoup, elle rappelle elle-même le cabinet de l'ophtalmologiste et est examinée par son associé qui découvre une endophtalmie de l'œil gauche et l'adresse immédiatement au CHU. Une intervention chirurgicale est effectuée dès l'admission le soir même pour prélèvement de chambre antérieure et injection intra vitréenne d'antibiotiques. Malgré un traitement optimal, la totalité de la fonction visuelle de cet œil est perdue. La patiente antérieurement monoptalme est atteinte d'une cécité complète.



Lors de l'expertise, l'interrogatoire de la patiente apprend qu'elle s'était réveillée la veille de la première consultation avec un œil gauche collé et que les douleurs s'intensifiaient pendant la nuit, elle avait donc consulté en urgence le lendemain. L'ophtalmologiste déclare que l'examen a été difficile, qu'il ne montrait qu'un œdème palpébral, pas de signe de seidel et un aspect de conjonctivite. Il existait à ce moment là un contexte épidémique de conjonctivite. Au CHU, il n'est pas signalé de rupture de la bulle de filtration de trabéculéctomie, aucun germe n'est retrouvé dans le prélèvement d'humeur aqueuse. L'expert souligne que la conjonctivite s'est développée sur un terrain inhabituel (monoptalme, œil gauche opéré à de nombreuses reprises) et que de nombreuses publications démontrent que l'usage des anti métaboliques lors d'une trabéculéctomie majeure le risque d'endophtalmie qui existe même des années après l'intervention. Tout en considérant que le diagnostic initial de conjonctivite aiguë était exact et que le choix d'un traitement par antibiotique local était adapté, l'expert considère qu'il y a eu une erreur d'appréciation du risque que présentait l'état antérieur de cette patiente. Cette erreur d'appréciation aboutit à la prescription d'un traitement habituel à une posologie classique sans contrôle planifié de l'efficacité de ce traitement. Il aurait

été logique de prescrire par précaution un collyre dont la pénétration intra oculaire est importante à une posologie rapprochée. Il eût été judicieux de prévoir un contrôle de l'évolution le lendemain afin de dépister les éventuels premiers signes d'extension de l'infection, en particulier, un abcès de la bulle de filtration. Sa découverte précoce aurait permis d'adapter le traitement, d'ajouter éventuellement un antibiotique ou de réaliser des injections intravitréennes en milieu hospitalier. Il est impossible d'affirmer devant cette infection fulgurante que l'endophtalmie ne serait pas apparue en cas d'utilisation d'un antibiotique majeur, et rien ne permet d'affirmer qu'un traitement intensif réalisé un jour plus tôt aurait préservé la fonction visuelle de l'œil gauche. L'endophtalmie sur trabéculotomie est une atteinte particulièrement grave dont l'évolution, la plupart du temps, est catastrophique malgré le traitement. En l'absence de toute infection, le devenir prévisible de cet œil était la perte progressive de la fonction visuelle utile à moyen terme avec la probabilité de conserver une perception lumineuse. La rupture de la bulle de filtration était toujours possible, pouvant imposer une réfection chirurgicale en urgence au résultat incertain.



En 2007, les magistrats considèrent que les fautes de l'ophtalmologiste ont, dans un premier temps, privé la patiente de la chance de ne pas voir évoluer son infection oculaire en endophtalmie (traitement pas assez puissant), puis privé de la chance de pouvoir traiter l'endophtalmie le plus rapidement possible (défaut de surveillance). Ils indiquent qu'il ne convient pas de retenir comme le fait le médecin expert que, de toutes les façons, la patiente, compte tenu du tableau clinique qu'elle présentait, aurait perdu progressivement la fonction visuelle de son œil gauche. Le fait qu'une personne qui aurait pu conserver la vue pendant encore plusieurs années soit privée de façon anticipée de ce sens est, à l'évidence, constitutif d'un préjudice. De plus, un rapport non contradictoire concluait différemment, indiquant au contraire qu'aucun élément ne permettait d'affirmer que la perte de l'œil gauche était une fatalité et que dans son expérience, des patients atteints, opérés d'un glaucome congénital, beaucoup plus âgés que la patiente, menaient une vie normale grâce à une fonction visuelle bien conservée.

Les magistrats estiment que la perte de chance est de 70 %.

Après appel de cette décision, la Cour d'Appel a rendu son arrêt en 2008 : « *Les premiers juges ont retenu à juste titre l'existence d'un lien de causalité entre les manquements fautifs et le préjudice de la patiente. La sous-estimation du risque a privé la patiente de la chance de recevoir un traitement initial énergique ; puis l'absence de contrôle de l'évolution n'a pas permis de dépister une extension de l'infection. Cette patiente, qui n'avait que 39 ans à l'époque des faits, aurait pu conserver cette fonction visuelle pendant plusieurs années ; elle a incontestablement subi un préjudice en perdant la vue de manière prématurée. Si l'expert qualifie de prévisible à moyen terme la perte de fonction visuelle utile, il n'existe cependant aucune certitude démontrée à ce sujet. Les juges ont eu raison d'estimer le préjudice résultant de la faute du médecin à 70 % de l'indemnisation due* ».

Versement d'une provision, dans l'attente d'une nouvelle expertise évaluant les préjudices (IPP imputable fixée à 38 %) avec l'aide d'une tierce personne non spécialisée.

3) Endophtalmie, absence d'antibioprophylaxie (2005)



Une femme de 67 ans, en surcharge pondérale, est opérée de la cataracte, sans incident. Le lendemain, le tonus est à 32 mm Hg ; il est constaté un œdème de cornée modéré et prescrit du Diamox. Le lendemain, elle se plaint de céphalées, d'œil rouge et douloureux et de larmoiements. Elle est examinée 5 jours plus tard, en urgence et immédiatement hospitalisée pour une endophtalmie. L'acuité visuelle est réduite à « compte les doigts » et il n'y a pas de récupération malgré le traitement.



Le premier rapport d'expertise judiciaire souligne que le diagnostic a été fait seulement cinq jours après la consultation à J 1 et qu'une consultation avant les 5 jours aurait été préférable même s'il n'y a, semble-t-il, pas d'incidence de ce délai. Les protocoles sont satisfaisants et conformes. Aucun protocole préventif d'antibioprophylaxie n'a été appliqué puisque la patiente n'avait pas de facteur de risque d'après

l'ophtalmologiste. La patiente avait, en fait, un facteur de risque : l'obésité. Un protocole d'antibioprophylaxie préventive aurait pu être appliqué mais il n'y a pas de consensus professionnel sur ce point. On ne peut donc pas le reprocher. Lors des conclusions échangées avant le jugement de première instance, la partie adverse a bien entendu insisté sur cette absence d'antibioprophylaxie. Des avis spécialisés et de la littérature sur l'état des connaissances au moment des faits (2005) ont été produits pour étayer l'argumentation en défense.



Les magistrats ont retenu qu'il était pour le moins contradictoire pour l'expert de dire que la patiente avait un facteur de risque et de considérer en même temps qu'il n'y avait pas de consensus professionnel sur un protocole antibioprophylaxie préventif. De la littérature médicale produite aux débats, il ressort que l'antibioprophylaxie est recommandée essentiellement pour les patients à risque (« *nébuleuse relativement floue si l'on excepte le diabète, l'immunodéprimé, le foyer infectieux chronique, l'implant secondaire et le premier œil perdu par endophtalmie* ») mais que la littérature précise que, bien que la majorité des chirurgiens soient convaincus de l'utilité de l'antibioprophylaxie, il n'existe pas de consensus quant à leur mode d'administration. Ils tirent donc de cette littérature le fait que l'absence de consensus se rapporte plus au mode d'administration des antibiotiques que sur les sujets devant en bénéficier, la plupart des chirurgiens étant convaincus de l'utilité de l'antibioprophylaxie. Ils ordonnent une expertise pour l'évaluation des préjudices, sans revenir sur le problème de la responsabilité.

Un appel de cette décision a été interjeté, de nouveaux avis d'experts exposés à la Cour qui, en 2009, a confirmé le jugement de première instance. L'indemnisation des préjudices est donc partagée par moitié entre l'établissement et le praticien.

Indemnisation : 88 070 €.

Perforation du globe oculaire lors d'une anesthésie locorégionale

La responsabilité de l'ophtalmologiste est partagée avec celle de l'anesthésiste du fait de la survenue d'une perforation du globe oculaire lors d'une anesthésie loco régionale chez un myope fort : il

est reproché à l'anesthésiste son mode d'anesthésie (rétro bulbaire abandonné au profit de la péri bulbaire en 2002), et à l'ophtalmologiste de ne pas avoir informé l'anesthésiste de la forte myopie dont la patiente était atteinte (longueur axiale supérieure à 26 mm) afin de permettre une bonne indication d'anesthésie, relevant que le chirurgien et l'anesthésiste composent une équipe chirurgicale.

Responsabilité retenue aux 2/3 pour l'anesthésiste et à 1/3 pour le chirurgien.

Indemnisation : 40 797 €.

Maladresse

Des dossiers concernent plus précisément un défaut de technique qualifié de maladresse :

- chirurgie d'exérèse d'une tuméfaction conjonctivale située sous le bord externe de la paupière supérieure qui s'est avérée être une lipoptose, compliquée d'une section du muscle releveur de la paupière nécessitant trois nouvelles interventions chirurgicales.

Indemnisation : 9 000 €.

- indication non-conforme d'un laser maculaire chez un patient de 70 ans, dont l'angiographie 10 mois auparavant ne montrait pas de remaniement maculaire notable, décidé après examen du fond d'œil montrant un œdème maculaire et des clichés non concluants de rétinographie (angiographie non pratiquée, information orale succincte). Ce laser s'est compliqué de scotome centraux et para centraux. Après un litige sur l'évaluation des préjudices et une nouvelle expertise judiciaire, un jugement rendu en 2009 confirme la responsabilité du praticien tenu à la réparation intégrale des préjudices subis.

Indemnisation : 40 714 €.

Manquement à un devoir général de surveillance

C'est en raison d'un « manquement à son devoir général de surveillance » qu'un ophtalmologiste a été jugé responsable in solidum avec la clinique du fait de l'absence de matériel nécessaire pour suturer la cornée en fin d'intervention (chirurgie de cataracte compliquée de rupture capsulaire, nécessité d'agrandir l'incision, complications inflammatoires et perte de l'acuité visuelle). « Il incombe à l'ophtalmologiste de s'assurer auprès

de la surveillante du bloc opératoire qu'il disposait du matériel nécessaire avant de débuter l'opération ; le fait que le recours à du fil de suture ait été imposé par la survenue d'un aléa consistant en une rupture capsulaire n'est pas de nature à exclure toute responsabilité de ce dernier ; l'expert ayant relevé que cet aléa était tout à fait banal, il appartenait au chirurgien d'envisager cet accident au cours de son intervention et de veiller à ce que le matériel nécessaire pour y remédier soit mis à sa disposition ».

Indemnisation : 37 000 €.

Chirurgie réfractive

1) Chirurgie réfractive : perforation cornéenne (1999)



Lors d'une intervention par lasik, afin de corriger la myopie d'un patient, l'intervention s'est compliquée d'une perforation cornéenne en raison d'un mauvais blocage de la cale du microkératome.

L'ophtalmologiste reconnaît qu'il ne s'est pas assuré du blocage de cette cale dans la mesure où l'appareil était habituellement fourni, cale bloquée. Il s'est aperçu qu'il avait pénétré dans la chambre antérieure. Il suture la perforation cornéenne et l'iris. Le patient présente un astigmatisme irrégulier et une déchirure irienne avec ascension pupillaire, source de diplopie et d'éblouissement. Une greffe de cornée sera nécessaire.



La faute technique du chirurgien est établie dans la mesure où il est de son devoir de s'assurer du placement et de l'immobilisation parfaite de la cale avant de réaliser la découpe. Le matériel lui-même n'est pas en cause dans la mesure où il venait d'être révisé quelques jours avant l'intervention.

Indemnisation : 83 500 €.

2) Chirurgie réfractive : erreur de programmation (2001)



Le patient, né en 1972, informaticien, présentait une myopie (- 4, - 6 dioptries) et portait des lentilles de contact qui n'étaient plus bien tolérées. Après un bilan préopératoire complet, le patient a accepté le principe de l'intervention début 2001. L'ophtalmologiste a déclaré avoir remis un document

expliquant les risques éventuels de ce type de chirurgie (aucune preuve). Le patient a déclaré que l'ophtalmologiste lui avait affirmé qu'il existait un risque zéro et, en aucun cas, ne l'avait informé des risques éventuels du laser Excimer. Celui-ci a été effectué de façon bilatérale d'emblée. Les suites ont été tout à fait simples sur l'œil droit. Par contre, le résultat est mauvais sur l'œil gauche avec une acuité visuelle limitée à 3/10^{ème} sans correction, remontant à 6/10^{ème} avec une correction. Une topographie cornéenne montre un astigmatisme asymétrique inverse de celui qui était présenté par cet œil avant la chirurgie (l'astigmatisme antérieurement de 2 dioptries à 60° est actuellement de 5 dioptries à 70°). L'examen réalisé confirme qu'il y a eu une erreur de programmation du laser. En dehors de la baisse d'acuité visuelle, le patient est gêné par un éblouissement, notamment pour travailler sur écran du fait de la diffraction des images entraînant une fatigabilité anormale.



Les magistrats confirment l'erreur dans l'entrée des données et la responsabilité de l'ophtalmologiste. Le préjudice professionnel est une perte de chance de promotion de carrière, fixée à 30 % de l'avantage qu'aurait procuré la poursuite de l'activité d'ingénieur informaticien. Il résulte du rapport d'expertise comptable que la reconversion professionnelle en consultant en imagerie numérique se rapproche du profil de technicien qualifié. La différence entre les revenus des deux profils sur une carrière s'élève au titre de la perte de chance de 30 % à 86 764 €.

Indemnisation : 90 365 €.

3) Chirurgie réfractive : retard à la prise en charge de la complication (2001)



Cette femme de 50 ans est opérée par lasik en 2001 d'une hypermétropie modérée (+ 2,25 et + 2,75) après signature d'un consentement éclairé. Lors de l'intervention de l'œil gauche avec un microkératome MORIA jetable, se produit un blocage du capot. La procédure est interrompue. L'œil droit venait d'être opéré avec le même matériel sans incident. Six mois plus tard, une ré-intervention se déroule sans incident. Le soir même, un vendredi, se plaignant de douleurs importantes, elle tente de rejoindre sans

succès son ophtalmologiste le soir même et le samedi dans la journée. Elle téléphone à l'hôpital qui lui conseille d'attendre le retour du praticien. Le dimanche matin, celui-ci prend connaissance du message laissé sur son portable et propose à la patiente un rendez-vous le soir même. Le lenticule cornéen est enroulé dans l'angle interne, le capot légèrement opalescent et l'épithélium irrégulier. Une lentille de contact est remise en place. Quarante-huit heures après, l'évolution est satisfaisante. Malheureusement, quelques jours plus tard, se produit une récurrence de l'enroulement du lenticule. Un envahissement épithélial de l'interface nécessitera une greffe lamellaire de cornée l'année suivante. Six mois plus tard, l'acuité visuelle est de 7/10^{ème} mais l'hypermétropie (+ 6) est gênante. Il est proposé par un autre opérateur la mise en place d'un implant réfractif : l'intervention se déroule avec un bon résultat.



L'expert conclut que le retard de prise en charge de 48 heures est préjudiciable à l'évolution mais que l'on ne peut pas affirmer qu'une prise en charge plus précoce aurait permis d'améliorer de façon certaine celle-ci. Il existe des réserves pour l'avenir du fait de la présence d'un implant.



Le tribunal fixe la perte de chance de pouvoir éviter les complications finalement survenues à 50 %.

Indemnisation : 11 150 €.

4) Chirurgie réfractive : découpe du capot (2001)

Dans un précédent jugement en 2005, les magistrats avaient retenu que le praticien avait failli à son obligation d'information et avaient demandé un complément d'expertise pour avoir des précisions sur l'incident thérapeutique retenu, qualifié d'aléa, à savoir un incident de découpe du capot aboutissant à la découpe d'un capot incomplet par perte de couplage entre la lame et la cornée. Il ne s'agit pas, d'après les explications du praticien, d'un lâchage de succion mais plutôt d'une perte de couplage entre l'instrument et la cornée ou d'un autre problème mécanique qui a été responsable d'une découpe cornéenne incomplète. Il peut s'agir également

d'un mauvais engagement de la crémaillère dans l'anneau de succion. Le dommage qui a eu lieu n'a pas pour origine un dysfonctionnement mécanique lié à l'étalonnage de l'appareil puisque le praticien avait pratiqué l'étalonnage de manière classique et que cet appareil, avec son bloc moteur, a été réutilisé sans modification pour des patients ultérieurs sans qu'il y ait le moindre problème. La lame n'a pas été conservée. La patiente a refusé d'être réopérée. En appel, c'est essentiellement le problème du matériel qui est retenu par les magistrats. *« La responsabilité du chirurgien, en dehors de toute faute de sa part, doit être retenue dès lors qu'il est établi que l'instrument utilisé au cours de la pratique opératoire a été à l'origine du dommage et qu'il a dysfonctionné de façon certaine, même si la cause de ce fonctionnement défectueux n'est pas définie avec certitude puisqu'il peut s'agir d'une défectuosité de la lame utilisée comme d'un mauvais engagement de la crémaillère dans l'anneau de succion ».* Ils font droit à la réparation totale du dommage.

Indemnisation : 60 567 €.

5) Chirurgie réfractive : ectasie cornéenne (2002)



Une patiente, née en 1958, consulte pour la première fois en février 2002 car, myope, elle souhaite un changement de ses lentilles de contact. Lors de cette consultation, elle s'est entretenue avec le praticien sur la possibilité d'être opérée de sa myopie. La décision a été arrêtée ce jour-là. Le médecin a demandé à la revoir quelques semaines plus tard, sans lentilles. Lors de cette deuxième consultation, un nouvel examen a constaté un degré de myopie semblable et, par contre, une modification de l'astigmatisme associé qu'il a attribuée à l'effet des lentilles. Il procède ce jour là à une intervention par lasik bilatérale.

Dans les suites immédiates, elle a présenté une bonne récupération visuelle mais une gêne à l'œil gauche qui a justifié d'une retouche, sans amélioration notable. Il est apparu une ectasie cornéenne bilatérale par décompensation d'un kératocône infra clinique qui a nécessité une greffe de cornée bilatérale.

L'ophtalmologiste a déclaré avoir procédé à une pachymétrie qui montrait

une épaisseur supérieure à 500 µ et qui n'entraînait pas de contre-indication à l'intervention. Il a opéré après avoir remis un document écrit signé ce jour-là afin de recueillir le consentement éclairé. La retouche à l'œil gauche a été motivée par la persistance d'un certain astigmatisme de l'ordre d'une dioptrie se majorant à 1,75 dioptrie et il a réopéré sept mois après l'intervention initiale après avoir procédé à une nouvelle topographie cornéenne ne montrant pas d'ectasie de la cornée. L'acuité visuelle est, avec lentilles, de 2/10^{ème} à droite et de 1/10^{ème} à gauche P 5. Une greffe de cornée est prévue.

Même si un délai de trois semaines est intervenu entre la première consultation et l'intervention, la patiente insiste sur le fait que, si le praticien lui a explicité l'intervention, il n'a nullement parlé de l'éventualité de complications aussi graves que celle qui s'est réalisée, ce que ne dément pas le praticien. La fiche de consentement n'a pas été remise lors de la première consultation mais seulement le matin même de l'intervention.



L'expert considère que le praticien pouvait avoir son attention attirée lors de la deuxième consultation sur l'évolution probable de l'astigmatisme que présentait cette patiente. En effet, elle n'avait jamais été corrigée d'un astigmatisme ; or elle se trouvait gênée et les mesures pratiquées montraient un astigmatisme notable de 2 dioptries à droite et de 3 dioptries à gauche. Ce type d'élément associé à une certaine augmentation de la myopie avait des raisons d'interpeller le praticien. La notion d'astigmatisme évolutif aurait pu inciter le praticien à une mesure de prudence de n'opérer qu'un œil, bien que l'on ne puisse considérer comme une faute le fait d'avoir opéré les deux yeux en même temps. Les résultats tirés de la topographie cornéenne n'allaient pas dans le sens de suspecter un kératocône infra clinique. Aucun des critères retenus ne permettait de suspecter un kératocône. Le rapport ne précise pas l'épaisseur du capot cornéen réalisé (épaisseur cornéenne 509 microns à gauche et photoabrasion de 115 microns). Le protocole opératoire est conforme mais la retouche sur l'œil gauche six mois après la première chirurgie apparaît contestable sur plusieurs points.

Il est admis de pratiquer un « retraitement » après lasik lorsque réapparaît un certain degré de myopie. En l'occurrence, il s'agissait de la réapparition d'un astigmatisme important (1,75 dioptrie) pouvant faire soupçonner l'évolution vers une ectasie de cornée et, si les mesures tirées de la topographie cornéenne autorisaient une reprise du lasik devant l'épaisseur résiduelle de la cornée (354 μ), l'étude de l'élévation de la surface postérieure de la cornée ayant augmenté par rapport à l'examen, laissait aussi suspecter le développement d'une ectasie. Il n'y a pas de remarque à faire sur la réalisation technique de la réintervention qui s'est réalisée sans incident avec une profondeur d'abrasion limitée.



Au regard des reproches soulevés par l'expert, le praticien est considéré comme entièrement responsable du préjudice de la patiente, malgré les remarques du praticien sur le fait qu'une intervention bilatérale ne correspondait pas à une faute caractérisée, qu'il était facile a posteriori d'indiquer que la réapparition d'un astigmatisme important pouvait faire soupçonner l'évolution vers l'ectasie cornéenne, que la topographie cornéenne par ORBS-CAN ne montrait aucun signe de kératocône et qu'il n'y avait pas de raison de ne pas faire une retouche, que celle-ci n'est pas à l'origine du dommage puisque c'est le même dommage qui est survenu sur l'autre œil qui n'a pas subi de retraitement. IPP à 30 % pour l'ensemble des séquelles ophtalmologiques et psychiques, préjudice professionnel avec mise en invalidité catégorie 2 sans reclassement lié au handicap.

Une provision a été versée.

Indemnisation : 32 000 €.

6) Processus chirurgical disproportionné ou non-indiqué (1994, 2004)

Dans trois dossiers de chirurgie réfractive, il est essentiellement reproché un processus chirurgical disproportionné ou non indiqué notamment :

- chez une femme de 45 ans, myope et presbyte, a été programmé un processus chirurgical complexe, à savoir une découpe de volet cornéen bilatéral suivie d'une chirurgie de la cataracte d'un œil, puis d'une chirurgie de la cataracte de l'autre œil, un mois plus tard, d'une intervention

par laser Excimer pour corriger la myopie en prévoyant une monovision. Ce processus chirurgical apparaît disproportionné par rapport à un port de lunettes relativement bien supporté. De plus, l'intervention chirurgicale concernant la cataracte n'était pas justifiée, un cristallin peu opalescent n'étant pas considéré comme nécessitant une intervention chirurgicale en présence d'une acuité visuelle de 5 à 6/10^{ème} P 2.

Indemnisation : 28 289 €.

- Un patiente de 50 ans, opérée en 1994, a présenté une hyper correction, une baisse d'acuité visuelle après un protocole jugé trop important et non adapté à sa réfraction préopératoire étant donné son âge et le degré limite de sa myopie.

Indemnisation : 48 000 €.

- Chez une femme née en 1948 opérée en 2000 d'un lasik pour emmétropiser l'œil gauche et myopiser l'œil droit, l'intervention considérée comme non justifiée par l'expert a été un échec. Le devoir d'information n'a pas été rempli.

Indemnisation : 7 134 €.

7) Analyse insuffisante de la topographie cornéenne préopératoire (2005)



Chez un homme âgé de 31 ans est prévue une chirurgie réfractive de sa myopie (astigmatisme myopique de 4 et 5 dioptries en 2003 et de 1,5 et 1 dioptrie en 2004). Une topographie cornéenne est réalisée quelques heures après la dépose des lentilles souples avant une chirurgie bilatérale au laser Excimer qui s'est compliquée d'un kératocône bilatéral. La topographie a été considérée comme normale au vu des indices de détection du kératocône.



« Les indices spécifiques de détection précoce du kératocône sont fournis par l'appareil mais leur fiabilité ne dépasse pas 95 % et l'analyse d'une topographie doit prendre en compte, non seulement ces indices, mais également l'ensemble des paramètres mesurés : astigmatisme, puissance dioptrique point par point, recherche de l'asymétrie entre les hémisphères supérieur et

inférieur. Dans le cas présent, sur la topographie cornéenne des astigmatismes de 5,75 dioptries à droite et de 3,98 dioptries à gauche sont en contradiction avec les astigmatismes de 1,50 dioptrie à droite et 1 dioptrie à gauche retrouvées lors de la mesure de la réfraction. D'autre part, on retrouve sur la carte dioptrique une puissance réfractive maximale de 49,08 dioptries à droite et de 47,56 dioptries à gauche alors qu'une valeur supérieure à 47,2 dioptries est suspecte de kératocône. Par ailleurs, afin d'éviter toute erreur de jugement sur une topographie, il est préconisé de ne pratiquer cet examen qu'après deux semaines d'arrêt de port de lentilles souples. Une dépose de quelques heures a été insuffisante pour obtenir un retour de la cornée à sa géométrie initiale. Il existait donc sinon une suspicion, tout au moins un doute en particulier à droite sur l'existence d'un kératocône infra clinique. Ce doute justifiait de surseoir à l'intervention et de pratiquer une nouvelle topographie après une dépose prolongée des lentilles souples ».



Les magistrats ont condamné à l'indemnisation complète du préjudice du fait de la survenue de cette ectasie cornéenne après une analyse insuffisante de la topographie cornéenne.

A titre de provision : 38 650 € (réserves des droits au titre du préjudice professionnel, le patient restant apte à exercer sa profession de chaudronnier, mais l'orientation vers une profession l'exposant moins à des microtraumatismes oculaires étant cependant à conseiller).

Retard diagnostique

1) Retard diagnostique d'une plaie perforante (1998)

Traumatisme oculaire, retard de diagnostic d'une plaie perforante, perte de chance de 50 %.

Versement d'une provision.

2) Retard diagnostique d'un corps étranger intra oculaire (2001)



Un patient né en 1959, agriculteur, ressent la projection d'un corps étranger au niveau de l'œil alors qu'il était en

train d'utiliser un broyeur et de tondre de l'herbe.

Il se rend au service hospitalier le plus proche et est opéré le jour même d'une plaie irienne qui est suturée avec réintégration d'une hernie d'iris.

Deux mois plus tard, il est opéré d'une cataracte traumatique. Du fait des difficultés opératoires lors de cette intervention, le chirurgien suspecte un décollement de rétine, fait réaliser une échographie orbitaire et adresse le patient à un de ses référents au CHU. L'intervention permet de découvrir qu'il n'existait pas en fait de décollement de rétine mais une grosse organisation vitréenne probablement secondaire à une hémorragie vitréenne et à une endophtalmie en partie guérie. Il est également découvert dans la cavité vitréenne un petit corps étranger métallique allongé. L'examen anatomopathologique indique : « *l'aspect histologique observé correspond à une endophtalmie granulomateuse épithélioïde nécrosante en apparence non spécifique* ». Les suites de l'intervention sont défavorables avec réveil d'une endophtalmie, hypertension. Le patient se plaint de la perte d'acuité visuelle de son œil opéré.



Le compte rendu de la première intervention lors du traumatisme porte la mention « *pas de corps étranger intra oculaire* » et l'ophtalmologiste indique avoir demandé à ce moment là la programmation d'une radiographie orbitaire avant le départ du patient. Il n'y a pas de trace de cet examen dans le dossier.

L'expert souligne qu'il n'a donc pas été réalisé de radiographie d'orbite ni de surveillance échographique. Alors qu'une cataracte traumatique était apparue, le patient aurait dû bénéficier d'une surveillance radiographique plus rapprochée, une vitrectomie aurait dû être réalisée plus tôt, ce qui aurait diminué le risque de complication vitréo rétinienne sans le rendre nul. Il souligne que le pronostic visuel des endophtalmies post traumatiques est mauvais : 30 % des yeux obtiennent une acuité visuelle supérieure ou égale à 1/20^{ème} ou 60 % supérieur ou égal à 5/10^{ème}. La littérature ne mentionne pas de résultat d'acuité visuelle en fonction du délai de persistance d'un corps étranger oculaire non extrait. La fréquence des endophtalmies post traumatiques atteint 30 % après une plaie perforante en milieu rural.



Les magistrats, prenant en considération que le retard de diagnostic est de trois mois et la diminution nette du risque de complication vitréo rétinienne avec un suivi adapté et fixent la perte de chance à 70 %.

Indemnisation : 79 645 €.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

• CRCI

Les CRCI ont rendu 9 avis. La demande a été rejetée dans 7 dossiers : dans 3 cas, il s'agissait de néoplasies ORL ayant conduit au décès, pour lesquelles il était reproché certains éléments de la prise en charge, de façon non motivée. Dans les autres cas, il s'agissait du retard diagnostique par plusieurs praticiens d'une leucémie chez une patiente qui avait été vue par l'ORL pour des vertiges parfaitement explorés, d'une thyroïdectomie avec curage ganglionnaire pour cancer thyroïdien a été compliquée d'un torticolis hyperalgique chez un patient ayant des antécédents « cervicaux », d'un patient insuffisant respiratoire obèse et alité pour un tassement vertébral, décédé d'une septicémie avec choc septique sans lien de causalité avec l'infection locale du site d'exérèse d'une lésion spinocellulaire compliquée d'une désunion de la cicatrice...

Dans un cas, la CRCI a déclaré que l'indemnisation devait être confiée à la solidarité nationale du fait d'un aléa : intervention chirurgicale pour drainage de sinusite maxillaire, sous endoscopie, compliquée d'une diplopie et d'un hématorne sous-orbitaire. Le bilan effectué montre une effraction de la paroi orbitaire interne (ethmoïde) sans incarceration musculaire au niveau de la brèche osseuse. Une intervention oculo motrice sera pratiquée, puis des séances de rééducation orthoptique.

L'expert a estimé que les soins ont été attentifs. Il précise que « *le trocart a pu échapper à une fraction de seconde lors de la pression au contrôle de l'ORL expliquant qu'il ait perforé la partie inférieure de l'orbite droite* », tout en excluant cette possibilité affirmant que « *même si le trocart est passé directement de la fosse nasale dans l'orbite, cela est dû à un os qui est très fin* ». La prise en charge de la complication tout comme l'indication sont conformes.

La CRCI suivra l'avis de l'expert. La patiente sera indemnisée par la solidarité nationale (préjudice économique et professionnel avec incapacité temporaire de travail pendant deux ans, retentissement professionnel).

Retard diagnostique d'un neurinome de l'acoustique : responsabilité partagée (2002)



Une patiente née en 1970 est suivie de février 2002 à avril 2004 pour « *des vertiges* ». En février 2002, elle consulte un ORL pour vertiges et acouphènes. Après un examen clinique et un audiogramme (balayage), le diagnostic évoqué est celui de vertige paroxystique bénin. Un médecin généraliste (Docteur A) est consulté à deux reprises les mois suivants pour « *vertiges et céphalées* » et il prescrit un traitement symptomatique. La patiente, inquiète, consulte un deuxième médecin généraliste, le Docteur B. qui l'adresse au centre d'exploration otoneurologique pour la réalisation d'une vidéo nystagmographie.

Le compte rendu du deuxième ORL (en mai 2002) signale un déficit vestibulaire droit de 21 % bien compensé aux épreuves caloriques, isolé et indique dans sa conclusion « *en raison de l'existence de ce déficit vestibulaire, il serait préférable de poursuivre les explorations par la réalisation d'un audiogramme, des potentiels évoqués auditifs et otolithiques. L'hypothèse diagnostique la plus vraisemblable est un vertige positionnel paroxystique bénin en voie de guérison. Nous ne manquerons pas de vous tenir informé des résultats de ces examens* ». Contrairement à ce qui était inscrit dans son dossier, l'hypothèse d'un neurinome de l'acoustique n'est pas formulée dans ce compte rendu destiné au médecin traitant et la patiente n'est pas non plus informée de cette possibilité. Celle-ci estimant aller mieux ne reverra pas cet ORL et ne fera pas pratiquer les examens conseillés (pour lesquels ont ne sait pas si des rendez-vous avaient effectivement été pris par le praticien). Elle revoit le docteur B, généraliste, en novembre 2002, qui note qu'elle a fait une nouvelle crise de vertige et que le bilan n'a pas été fait et note « *conseillé++* ». Il pensait que des rendez-vous avait été pris par l'ORL du centre et bien que possédant un bloc pré rempli pour la réalisation de ces examens, il ne fait pas de prescription hormis de la rééducation vestibulaire. La patiente voit à plusieurs reprises un kinésithérapeute naturopathe. Elle consulte

un 3^{ème} ORL en octobre 2003 (une seule consultation) puis retourne voir en mars 2004 à 4 ou 5 reprises son premier médecin généraliste, le docteur A, pour une symptomatologie persistante de fatigue, de troubles de l'équilibre puis « l'impression d'avoir le visage plus dur à droite et un bras lourd ». Début avril, elle est hospitalisée en urgence en neurochirurgie dans un tableau d'hypertension intracrânienne révélant un hématomme cérébelleux d'une tumeur ponto cérébelleuse (troubles cérébelleux, troubles de la déglutition, paralysie faciale et troubles de l'oculomotricité). La responsabilité de 5 praticiens (3 ORL et 2 médecins généralistes) est recherchée.



L'expert souligne que l'hémorragie intra tumorale est une complication rare et imprévisible des neurinomes de l'acoustique. Le retard diagnostique a constitué une perte de chance de 90 % de présenter les complications liées à l'accident hémorragique (IPP 30 % sur une IPP totale de 50 %, tierce personne 3 heure/jour...).

Il innocente le 1^{er} et le 3^{ème} ORL consultés une seule fois (le compte rendu des explorations ORL précédentes ne leur ayant d'ailleurs pas été communiqué), et retient la responsabilité des 3 autres médecins : au 2^{ème} ORL, il est essentiellement reproché un défaut d'information (au médecin traitant et à la patiente) constitutif d'une perte de chance de 40 % car, informée de la possibilité d'un neurinome, cette patiente, apte à entendre les choses, aurait pu faire les examens conseillés. L'ORL indique qu'il n'avait pas informé la patiente pour ne pas l'inquiéter et que pour le même motif, il n'en a pas fait état dans son compte rendu dicté en présence de la patiente. Le médecin généraliste B consulté au décours de ce bilan, qu'il avait lui-même prescrit, aurait dû prendre contact avec l'ORL pour s'informer des risques à ne pas faire les examens conseillés, ou prendre l'avis d'un autre ORL, ou prescrire les examens supplémentaires souhaités d'autant plus qu'il dispose d'un « bloc pré rempli » pour faire effectuer les examens dans ce centre. Cette attitude est constitutive d'une perte de chance de 25 %.

Quant au médecin généraliste, docteur A, il a vu cette patiente à cinq reprises pendant le dernier mois d'évolution. Il lui est essentiellement reproché l'absence d'examen neurologique complet alors que la patiente décrivait des troubles

qui le nécessitaient (troubles de l'équilibre, bras lourd, visage engourdi...). Le médecin généraliste indique qu'il n'a pas fait mention de cet examen neurologique car il était normal, et qu'il ne notait dans son dossier que les éléments anormaux. Cette absence d'examen clinique n'est pas conforme aux pratiques de la médecine et constitue une perte de chance de 25 %.



La CRCI retient la responsabilité de l'ORL à hauteur de 40 %, celle du Dr A à hauteur de 40 % et celle du Dr B à hauteur de 10 %.

• DECISIONS CIVILES

Les décisions judiciaires favorables (4 jugements) concernent des patients et/ou leur famille qui reprochent les conditions de prise en charge de néoplasies, souvent évoluées, et à ces prises en charge « défailtantes » est parfois associé le reproche d'un retard diagnostique.

Parmi les condamnations (12 jugements), signalons une condamnation à la réparation de l'entier préjudice (1995) du fait de la prise en charge d'une infection survenue 15 jours après une septoplasie chez un adolescent de 16 ans, évoluant vers une ostéite sur brèche ostéo-méningée sphénoïdale diagnostiquée 6 semaines après la chirurgie. Il est reproché l'absence de prise en compte de la gravité de l'état clinique présenté 15 jours après la chirurgie et de l'absence d'antibiothérapie devant une infection patente. Indemnisation : 75 096 €.

Une chirurgie de ronflement (1999) chez une patiente née en 1936 a donné lieu à un jugement défavorable : résection de la luette et du voile du palais « trop large » et information insuffisante sur l'intervention proposée. Indemnisation : 22 000 €.

Dans un dossier de rhinoplastie, dont le résultat n'a pas été considéré comme satisfaisant, la Cour d'appel a condamné le praticien « qui a manqué à l'obligation renforcée d'information et de conseil qui s'attache à une proposition de chirurgie accompagnée d'honoraires particuliers sans rapport avec ceux rémunérant les soins purement médicaux ». Indemnisation : 11 700 €.

Une section du nerf facial lors de l'ablation d'un kyste de la première fente brachiale

a été considérée comme une maladresse technique. Indemnisation : 24 526 €.

Un praticien a été condamné du fait d'une imprudence à réaliser l'éradication d'un cholestéatome et de corriger dans le même temps une otospongiose par stapédecotomie avec interposition veineuse, ce d'autant que la patiente déclare ne pas avoir été informée de la possibilité d'une surdité totale, complication qui est survenue. Cette chirurgie avait été précédée 8 mois plus tôt de la fermeture d'une vaste perforation tympanique du même côté. L'indemnisation tient compte de l'état antérieur. Indemnisation : 26 817 €.

1) Paralysie récurrentielle bilatérale après thyroïdectomie : faute (2001)



Une patiente, née en 1970, est opérée d'un goitre multinodulaire révélé par une hyperthyroïdie biologique, après préparation par néomercazol. Il existe deux nodules à droite, la scintigraphie est normale.

La patiente a été prévenue du risque de paralysie récurrentielle (unilatérale) comme cela est noté dans le dossier. Le compte rendu opératoire précise que la lobectomie droite a été menée de dehors en dedans en restant à distance de la région récurrentielle, mais l'opérateur est très gêné par l'hypervascularisation de la glande et de nombreuses coagulations bipolaires ont dû être réalisées. Les gestes sont réalisés dans les mêmes conditions à gauche.

Dans les suites immédiates de l'extubation, la patiente présente une gêne respiratoire importante avec agitation imposant une trachéotomie en urgence. La paralysie récurrentielle bilatérale n'a pas récupéré et a nécessité dans les mois et années suivantes trois cordotomies au laser CO2. Dès les premiers jours postopératoires est également survenue une hypocalcémie en rapport avec une hypoparathyroïdie qui s'est avérée être définitive.

Si la patiente reconnaît avoir été prévenue du risque de paralysie récurrentielle unilatérale, elle déclare ne pas avoir été prévenue du risque de paralysie récurrentielle bilatérale, ni du risque de trachéotomie, ni du risque d'hypocalcémie par hypoparathyroïdie définitive. Pourtant il s'agit là de complications, certes très rares mais graves, qui figurent dans les fiches de recommandations aux opérés élaborées par les sociétés savantes.



Le praticien reconnaît ne pas avoir vu ni disséqué les nerfs récurrents ni les parathyroïdes : l'expert considère qu'il s'agit d'un manque de précautions nécessaires.



Le jugement retient la responsabilité de l'ORL. Indemnisation du préjudice physique (dysphonie et dyspnée d'effort) et des conséquences économiques de son incapacité « *il est établi que, compte tenu de sa disponibilité physique réduite, elle ne subit pas seulement des désagréments mais une véritable conséquence économique quant à son impossibilité de réaliser en totalité les tâches ménagères quotidiennes et à gérer en toute efficacité ses obligations de mère de famille de trois enfants* ». L'indemnisation lui est versée sur la base d'une rente temporaire de 20 ans afin d'élever ses enfants (près de 30 000 €).

Indemnisation : 169 245 €.

2) Paralyse récurrentielle : information (2001)



Une femme née en 1943, femme de ménage, présente un goitre multihétéronodulaire très gênant (dysphagie, fausses routes, dysphonie) normothyroïdien. Quatre ans avant les faits incriminés, un seul nodule existait (15 mm x 20 mm) alors que, six mois avant les faits incriminés, quatre nodules étaient présents dont un hypoéchogène.

Cette thyroïdectomie totale (« conservant les parathyroïdes et les récurrents ») avec réinclusion d'une glande parathyroïde inférieure dans le muscle sternocléidomastoïdien, se complique d'une paralysie de la corde vocale droite et d'une parésie de la gauche. Après trachéotomie, puis, neuf mois plus tard aryténoïdectomie, la patiente va développer une sténose laryngo-trachéale nécessitant le port d'une canule permanente de trachéotomie (impossibilité de réaliser l'ablation de la canule).



L'expert considère que cette femme était porteuse d'un goitre hétéronodulaire d'évolution lente sans facteur de risque, non compressif, sans éléments faisant craindre l'existence d'une dégénérescence maligne et qui ne s'était pas fondamentalement modifiée les trois dernières années de sa surveillance. Il

ne pouvait être rendu responsable de la symptomatologie dont se plaignait la patiente (dysphagie et fausses routes, dysphonie) et il n'y avait donc aucun caractère d'urgence à l'opérer. En présence d'un tel goitre, deux options sont à la disposition des chirurgiens : la thyroïdectomie totale ou le traitement médical freinateur associé à une surveillance éventuellement complétée de ponctions cytologiques d'un nodule. Ces deux options étaient envisageables et l'intervention chirurgicale n'était pas indispensable. Cette paralysie laryngée est en rapport direct avec l'intervention, le développement de la sténose laryngo-trachéale étant un aléa de l'aryténoïdectomie.

A noter que l'indication chirurgicale avait été posée par un endocrinologue, la patiente ayant déclaré ne pas supporter son traitement hormonal.



Les magistrats considèrent que l'intervention n'était pas indispensable. Si la patiente avait été pleinement informée des risques, de l'existence d'une autre option thérapeutique et de l'absence de motif pertinent permettant de privilégier l'opération par rapport au traitement médicamenteux, elle aurait refusé l'intervention. L'ORL lui devra donc réparation du préjudice subi. Les interventions postérieures ayant également été compliquées mais du fait d'un aléa, l'expert a bien fait le partage entre le préjudice directement imputable à la chirurgie première et le préjudice définitif découlant également des complications survenues postérieurement. Après appel de la partie adverse, la Cour d'Appel, en 2008, confirme la décision du tribunal en ce qu'elle retient la responsabilité de l'ORL. Mais elle considère que c'est à tort que le tribunal de première instance a considéré que l'obligation en réparation devait se limiter à la première période et augmente la condamnation. Au seul titre du défaut d'information, la réparation du dommage mis à charge est retenue dans une fraction du tiers du préjudice subi.

Indemnisation : 35 033 €.

3) Complication d'une chirurgie de l'oto-spongiose (2001)



Un patient, né en 1944, a été opéré d'une oto-spongiose gauche en 2001. L'intervention a lieu le 15 novembre et les suites opératoires en cours d'hospitalisation

ont été relativement simples, le patient quittant la clinique le 18 novembre. Son chirurgien l'a revu avant sa sortie, ne lui a pas remis d'ordonnance ni de traitement spécial mais un rendez-vous de consultation pour le 21 novembre, soit quatre jours plus tard. Lors du premier pansement, l'ORL constate une infection du conduit auditif externe avec suppuration et œdème. Prescription de gouttes auriculaires de quinolones et antibiothérapie par Pyostacine (4 comprimés par jour pendant 7 jours). Le patient est revu 15 jours plus tard : persistance d'une otorrhée, perforation postérieure. Un prélèvement avec antibiogramme fait le 26 novembre est négatif. Le 6 décembre, le traitement par gouttes auriculaires est poursuivi. Le 19 décembre, la perforation tympanique, déjà constatée, est fermée. L'évolution se complique d'une labyrinthisation due à une fistule labyrinthique qui sera opérée par un confrère. Le patient présente une cophose et une hyporéflexivité vestibulaire marquée mais parfaitement compensée. Il se plaint essentiellement de ne plus entendre du côté gauche, son oreille droite étant par ailleurs très atteinte et appareillée depuis plusieurs années, et estime que ce nouveau handicap, outre son retentissement social et familial, ne lui permet plus de poursuivre son activité professionnelle. La mise en place d'une prothèse Baha est envisagée.



L'expert relève que l'information sur les risques encourus fait l'objet de deux versions différentes, mais il n'en reste pas moins que le patient a été informé de la possibilité d'échec de l'intervention et qu'il était très demandeur d'une solution chirurgicale à un problème de surdité qui s'aggravait, et dont l'appareillage ne lui permettait plus d'exercer correctement son activité professionnelle. L'intervention chirurgicale était indiquée et conforme aux données de la science. La survenue d'une fistule labyrinthique n'est pas fautive. A cette fistule labyrinthique s'est associée une infection qui est sûrement à l'origine des séquelles actuelles et qui ne constitue pas une faute. Par contre, le praticien, s'il a institué un traitement antibiotique de monothérapie pendant 7 jours mais 7 jours seulement, n'a prescrit aucun autre traitement que local par la suite, alors qu'un prélèvement revenait négatif, que le germe n'était pas identifié, que les symptômes persistaient et qu'une

perforation tympanique était constatée. Il considère qu'il y a eu dans la surveillance et les soins postopératoires une négligence de la part du chirurgien. Cette expertise ayant été contestée, un complément d'expertise a permis au même expert de préciser que ce patient présentait un terrain particulier à risque (psoriasis, port d'embout prothétique et traumatismes locaux), qu'une désinfection du conduit peropératoire particulièrement soignée s'imposait, l'état de la peau du conduit auditif externe imposant des précautions renforcées, que la fistule labyrinthique majorait les risques infectieux et qu'une antibiothérapie systématique postopératoire était indiquée. Le traitement de l'infection une fois déclarée n'a pas été mené selon les règles classiques de la science médicale. Il ne s'agit pas d'une infection nosocomiale.



Les magistrats ont suivi le raisonnement de l'expert et l'ORL a été déclaré entièrement responsable.

Indemnisation : 69 119 €.

GASTRO-ENTEROLOGIE

25 décisions, dont 5 décisions de CRCI 19 décisions judiciaires et 1 décision pénale.

Les avis rendus en CRCI et les décisions judiciaires concernant les gastro-entérologues font avant tout référence à des complications de gestes techniques.

• PERFORATIONS

Décisions favorables

En 2007, 5 décisions judiciaires ont débouté des patients suite à la survenue de perforations coliques (faits de 1998-2000) lors d'une coloscopie, d'une pancréatite après cholangiographie rétrograde, de la perforation d'un diverticule de Zencker lors d'une fibroscopie ou d'une médiastinite après perforation œsophagienne à la suite d'une dilatation sur méga œsophage.

Une CRCI a qualifié d'aléa la survenue d'une perforation d'une première anse jéjunale, favorisée par l'existence d'un antécédent de gastrectomie des deux

tiers de type Finsterer lors d'une cholangiographie rétrograde endoscopique.

Condamnations

1) Perforation colique au décours d'une coloscopie (1998)

Un jugement de première instance a retenu la responsabilité du gastro-entérologue du fait d'une imprudence, sur la foi d'un avis d'expert demandé par la victime, et bien que le rapport d'expertise judiciaire ne contienne aucune notion de cette nature. Du fait des antécédents chirurgicaux de la patiente et de la progression très laborieuse du coloscope lors de l'examen, « la perforation peut être due à une poussée trop appuyée, à une insufflation excessive ou à la constitution d'une boucle du coloscope mais en tout état de cause à une maladresse ». De plus, à la date des faits (1998), il n'y avait pas de preuve d'une information éclairée.

Indemnisation : 53 053 €.

2) Perforation chez une patiente porteuse d'une diverticulose sigmoïdienne (2000)

Un arrêt de Cour d'appel infirme un jugement favorable rendu en 2004 retenant une imprudence du fait des difficultés de progression du coloscope, « le bas intestin étant adhérent à la paroi abdominale ce qui a provoqué une perforation » chez une patiente de 73 ans porteuse d'une diverticulose sigmoïdienne. « En constatant la difficulté, le médecin devait mettre un terme à l'examen qu'il a néanmoins poursuivi pour constater la perforation qui pouvait être prévisible, compte tenu de l'âge de la patiente et de la fréquence de diverticules à cet âge ».

Indemnisation : 55 989 €.

Ces décisions doivent être envisagées à la lumière d'un arrêt de Cour d'appel rendu en décembre 2006, qualifiant une perforation intestinale de maladresse du praticien. Dans cette affaire, le pourvoi en cassation du praticien a été rejeté le 18 septembre 2008 avec publication de la décision de rejet au bulletin civil des arrêts de la Cour de cassation.

3) Défaut d'information sur les risques de perforation (2001)

Un jugement a condamné le praticien du fait de l'absence de preuve d'une

information avant la coloscopie (absence d'entretien préalable avec le gastro-entérologue). Il condamne à indemniser 50 % du préjudice du patient qui a présenté une perforation.

Indemnisation : 14 950 €.

• INFECTIONS NOSOCOMIALES

Décisions favorables

Après un traitement hémorroïdaire par ligature sont survenues de multiples complications (fistule, cellulite périrectale, épanchement intra-péritonéal nécessitant une colostomie, rupture sphinctérienne...). La CRCI a confié l'indemnisation de cette infection à l'ONIAM, en l'absence de faute du praticien.

Condamnations

Dans une affaire datant de 1999, la responsabilité conjointe de l'établissement et du gastro-entérologue a été retenue du fait de la découverte d'une hépatite C dont le délai de survenue, moins de deux mois après l'hospitalisation, était compatible avec une contamination lors de la gastroscopie avec biopsie ou lors de la coloscopie sous anesthésie générale qui ont été pratiquées. Il n'était pas possible d'exclure formellement une autre origine. Outre la réserve émise par l'expert judiciaire sur le temps réel de désinfection de l'endoscope, un procès verbal de constat a été établi par huissier de justice cinq ans après les faits, qui contient la copie d'un procès verbal du CHSCT de l'établissement duquel il ressort : que les solutions n'étaient pas ou peu changées, plusieurs appareils trempant ensemble ; que les bacs de trempage et de rinçage n'étaient pas nettoyés entre chaque examen ; que le nombre d'examen pratiqués dépassait fréquemment la limite fixée et destinée à permettre dans de bonnes conditions la désinfection des endoscopes. « Le gastro-entérologue, en sa qualité de praticien, est à même de connaître le protocole de désinfection à respecter, de surveiller et au besoin de diriger l'action du personnel chargé de la désinfection. Chargé de procéder à l'examen, et devant à cette occasion s'assurer qu'il ne fait pas prendre de risque dépassant les aléas normaux liés à tout examen, notamment en s'assurant de la parfaite désinfection du matériel qu'il utilise, il a commis une faute contractuelle ».

• CHUTES

Une chute survenue en fin de procédure de coloscopie sous anesthésie a engagé in solidum la responsabilité du gastro-entérologue et de l'anesthésiste pour défaut de surveillance, le gastro-entérologue étant qualifié de « chef d'équipe » (2002).

Indemnisation : 14 900 €.

• RETARDS DIAGNOSTIQUES

La responsabilité du praticien a été écartée dans des dossiers où les complications survenues (notamment ischémie des membres inférieurs) n'étaient pas en rapport avec le geste pratiqué.

1) Retard diagnostique d'un infarctus du myocarde (1998)



Le gastroentérologue avait fait une fibroscopie pour brûlures rétro sternales à irradiation ascendante. Révélation le lendemain d'un infarctus du myocarde antérieur, suivi du décès du patient. L'examen s'était déroulé sous anesthésie, et c'est l'anesthésiste qui avait signé la sortie.



Le gastro-entérologue est mis hors de cause, mais l'anesthésiste est condamné : « *Même si la symptomatologie était atypique, l'absence de prise en compte d'une tachycardie permanente et régulière et d'épisodes de désaturations durant l'anesthésie et lors du séjour en salle de réveil doit être considérée comme un manque de précaution et une négligence. L'anesthésiste ayant assuré le suivi aurait dû demander une radiographie thoracique et un électrocardiogramme qui auraient permis de faire plus précocement le diagnostic de la cardiopathie.* »

2) Retard de diagnostic d'une occlusion du grêle : organisation (1998)



Une femme de 35 ans se présente avec un tableau douloureux abdominal évoquant un syndrome subocclusif. Elle a dans ses antécédents une appendicectomie. Elle est apyrétique. Le médecin d'urgence prescrit une radiographie d'ASP, une échographie, un bilan biologique (quasiment normal), hospitalise la patiente dans des lits d'endoscopie de jour servant de dégagement au service des urgences. Un

traitement symptomatique est prescrit. Le compte rendu de l'ASP est disponible en milieu d'après midi : il ne montre pas de niveau hydro aérique et l'échographie abdominale est normale. La patiente est revue le lendemain midi par un gastro-entérologue qui fait un compte rendu détaillé de son interrogatoire et de son examen clinique, concluant à une crise douloureuse sur constipation sans cause évidente, mais n'excluant pas l'existence d'une bride post appendicectomie. Il conseille et/ou prescrit un nouvel ASP debout dans l'après-midi et pour le lendemain. Cet ASP est réalisé en début d'après-midi par le manipulateur, interprété immédiatement par le radiologue. Le compte rendu manuscrit est tapé par la secrétaire vers 16 h et mentionne « *niveaux hydro aériques centrés sur la colonne lombaire évoquant un syndrome occlusif du grêle* ». Apparemment, personne ne tient compte de ce résultat. Dans la nuit suivante, le même urgentiste de garde revoit la patiente pour des vomissements, un abdomen douloureux, un pouls filant, un météorisme abdominal. Il fait poser une sonde gastrique et deux heures plus tard note sur le dossier « *transfert en réanimation, avis chirurgical* ».

Un interne en chirurgie écrit à 4 h du matin : « *syndrome occlusif probable, état de choc septique* ». Personne n'appelle le chirurgien qui à 8 h du matin voit cette patiente « *presque par hasard* » et l'opère immédiatement d'une occlusion aiguë du grêle par volvulus. Elle sera reprise pour un infarctus mésentérique, avec nécessité d'une résection étendue du grêle, d'une jéjunostomie. Elle est porteuse d'un grêle court avec des contraintes diététiques extrêmement sévères.



L'expert considère qu'après l'hospitalisation de la patiente, il apparaît manifestement un dysfonctionnement dans l'établissement car une fois hospitalisée, cette patiente n'est pas suivie par un médecin particulier. L'urgentiste auquel elle avait été personnellement confiée, après l'avoir traitée correctement à son arrivée (à ce moment l'ASP était normal) ne l'a plus revue ultérieurement. Le gastro-entérologue demande un ASP dont il ne voit pas le résultat, et il ne s'assure pas qu'il sera vu par quelqu'un. La patiente n'était pas dans le service d'urgence, mais dans des lits d'endoscopie. Le radiologue qui interprète la radiographie en début d'après-midi a fait

confiance au prescripteur qui, d'après la fiche, était un gastroentérologue, mais il ne s'est pas assuré qu'un médecin ou un chirurgien prendrait les mesures thérapeutiques nécessaires et urgentes. L'infirmière de l'après-midi n'a pas vérifié qu'un médecin avait vu la radiographie, (on ignore si elle a lu le compte rendu) et aucune contre visite n'a lieu dans l'après-midi alors que l'état de la patiente ne s'améliorait pas. L'infirmière devait dans ces conditions appeler le médecin pour lui faire part du compte rendu de la radio. Elle aurait dû au moins appeler le médecin d'urgence ou appeler le gastro-entérologue qui avait demandé l'examen. Elle a manqué de vigilance. La nuit, l'urgentiste n'a pas demandé lui-même d'avis chirurgical alors que le diagnostic d'occlusion était évident cliniquement et radiologiquement. Le réanimateur aurait estimé que son état ne permettait pas de l'opérer immédiatement et aurait dit à l'urgentiste qu'il se chargerait d'appeler le chirurgien. Le fait majeur consiste en l'absence de communication entre les médecins, responsable d'une intervention chirurgicale tardive alors qu'était apparu un état de choc septique. Il n'y a pas de faute chirurgicale.



Un jugement partage la responsabilité entre l'urgentiste (40 %), le radiologue (30 %), la clinique du fait des actes du personnel infirmier (15 %) et le gastro-entérologue (15 %). Il aurait dû s'assurer du résultat de l'examen, ou s'assurer qu'un autre médecin avait été destinataire du compte rendu. Peu importe que la patiente lui ait été adressée personnellement ou non.

Le radiologue ayant fait appel de cette décision, un arrêt de Cour d'appel est intervenu en 2008 et confirme le jugement en toutes ses dispositions.

Indemnisation : 1 234 587 €.

3) Retard diagnostique de perforation colique (1999)



Chez une patiente de 70 ans, lors d'une coloscopie sous analgésie, l'opérateur constate la survenue d'une « fissure » au niveau de la jonction recto sigmoïdienne (distance avec la marge anale non précisée) sur une diverticulose. Dès son réveil, la patiente présente des douleurs pelviennes, des vomissements et des sueurs. Le médecin l'examine vers 14 h à la sortie du bloc endoscopique

et juge l'examen normal. Un ASP vers 14 h est étiqueté normal. Le lendemain midi, elle est vue par le gastro-entérologue : l'examen est considéré comme normal. Dans l'après-midi vers 16 h, appel du chirurgien qui vient en fin d'après-midi et l'opère en urgence d'une perforation colocolrectale avec un rétro pneumopéritoine extensif.



Selon l'expert, la perforation à la face postérieure du rectum, au départ sous-péritonéale, explique la discrétion du pneumopéritoine. Le médecin radiologue et le gastro-entérologue se sont fiés à l'ASP, mais n'ont pas pris en compte qu'il s'agissait d'une lésion intéressant la face postérieure du rectum, et l'absence de pneumopéritoine ne signifiait pas l'absence de perforation. Un premier chirurgien appelé le jour de l'endoscopie n'a pas examiné la patiente, attendant que lui soit communiqué le résultat de l'ASP. La surveillance comporte un hiatus puisque aucun médecin n'a examiné la patiente pendant 24 heures. Si le chirurgien était intervenu plus rapidement, la stomie aurait peut-être pu être évitée.



Le tribunal considère que le praticien est responsable des préjudices subis, du fait de sa défaillance dans la surveillance post coloscopique.

Indemnisation : 26 220 €.

4) Retard diagnostique d'un hémato rachis cervical



Hémato rachis cervical post-traumatique diagnostiqué avec retard chez un patient de 75 ans, sous anticoagulants, hospitalisé, et révélé par des troubles sphinctériens puis déficitaires. Le chef du service de gastro-entérologie est mis en cause.



L'expert judiciaire affirme que l'ensemble des antécédents du patient rendait le diagnostic de la pathologie post-traumatique plus difficile pour un praticien non spécialisé en neurologie. L'absence de moyens (absence d'IRM au centre hospitalier) a contribué au retard du diagnostic.



Il n'y a pas de faute caractérisée. Le lien de causalité entre le retard de diagnostic (d'une dizaine de jours

a posteriori) et le décès n'est pas établi avec certitude. Le chef de service est relaxé.

5) Retard diagnostique de perforation duodénale (2004)



Un patient de 76 ans subit une ablation à l'anse diathermique d'un polype plan du 2^{ème} duodénum. Une hémorragie a été contrôlée par un traitement hémostatique. Ce patient était régulièrement suivi pour des polypes duodénaux en dysplasie, et une zone adénomateuse tubulo villoseuse en dysplasie moyenne avait déjà été objectivée en 2003, sans caractère suspect de malignité.

A la fin de son programme d'endoscopies, le gastro-entérologue est appelé pour examiner son patient, compte tenu de l'importance des douleurs résistant aux antalgiques donnés une ou deux heures auparavant. L'examen est normal. Il prescrit de la morphine et une surveillance régulière.

Présent en consultation dans les locaux de la clinique jusqu'à 20 h, il n'est jamais rappelé au téléphone et n'a pas de nouvelles du patient jusqu'au lendemain matin. A 1 h du matin, le chirurgien de garde examine le patient, prescrit un lavement et la poursuite de la surveillance, l'examen clinique lui semblant normal. La surveillance infirmière fait simplement état des chiffres tensionnels à 2 h, 4 h, 6 h, avec un « trou » de trois heures avant un collapsus présent à 9 h, révélant un choc septique. Le patient est transféré par le SAMU au centre hospitalier le plus proche, opéré d'une perforation duodénale compliquée de péritonite, et décède quelques jours plus tard.



L'expert indique que devant la survenue de douleurs très inhabituelles, il eût fallu rapidement faire pratiquer

des examens complémentaires : un simple ASP aurait sans doute montré un pneumopéritoine et/ou un épanchement péritonéal. On peut regretter que le gastro-entérologue n'ait pas revu son patient après 15 h 30, ce d'autant que sa prescription de morphine était selon lui, une « prescription d'attente ». Il fallait en outre, devant l'intensité des douleurs, établir une surveillance plus rigoureuse entre minuit et 9 h du matin, alors que celle qui fut effectivement pratiquée n'a consisté qu'à inscrire de simples chiffres tensionnels.



La perforation n'est pas en elle-même fautive, le retard à son diagnostic a été favorisé par l'absence d'examens complémentaires et par une surveillance trop légère. Ce retard au diagnostic est responsable d'une perte de chance qui peut être évaluée à 30 %. Devant la CRCI, la famille a mis en cause la clinique et le gastro-entérologue. La responsabilité est partagée entre le praticien (70 %) et le personnel infirmier (30 %) pour une perte de chance de survie de 70 %. L'indemnisation est confiée à la solidarité nationale pour une part de 30 % en raison de l'aléa thérapeutique que constitue la perforation.

GYNECOLOGIE

Les CRCI ont rendu 6 avis, dont 5 rejets (dont retards diagnostiques allégués ou confirmés de cancer du sein ou de cancer de l'endomètre, sans lien avec le préjudice, troubles fonctionnels après un curetage de polype utérin) et une faute.

Les décisions judiciaires civiles concernent 13 dossiers, dont 7 favorables (dont retards diagnostiques d'un cancer, prise en charge d'un kyste ovarien qui se révèle malin, suivis de grossesse, dont une absence de prise en compte du résultat d'un triple test prescrit pour le dépistage d'une trisomie, le résultat n'étant pas parvenu au gynécologue, survenue d'une grossesse après une « implantation » d'un dispositif contraceptif, la grossesse survenue avec naissance d'un enfant bien portant n'étant pas un préjudice indemnisable).

Parmi les condamnations, citons les complications dues à la pose d'un stérilet (3) (perforations utérines et mise en place d'un deuxième stérilet, le premier ayant été méconnu) et deux dossiers de retards diagnostiques de cancers du sein (interprétation des mammographies notamment).

Retard diagnostique d'un choriocarcinome : coordination entre médecins (2006)



Une patiente de 29 ans a dans ses antécédents deux fausses couches spontanées et la naissance d'une petite fille en 2000.

Le 8 septembre 2003, elle consulte son gynécologue pour un début de grossesse avec métrorragies. La date des dernières règles est le 27 juillet, les bêta HCG sont à 282 UI/L. Une échographie

met en évidence une rétention placentaire et un kyste de 14 mm nécessitant un contrôle. Elle est revue trois jours plus tard, avec des images identiques ; un nouveau dosage de bêta HCG est prescrit et un nouveau rendez-vous est donné pour le 17 septembre. Le contrôle des bêta HCG le 15 septembre est à 176 289 UI/L. Le médecin dit ne pas avoir eu connaissance de ce résultat qui ne lui a pas été adressé. Le 17 septembre, un autre gynécologue intervient pour une révision utérine, pour une rétention trophoblastique. Un rendez-vous de contrôle avec le premier gynécologue consulté est prévu 10 jours plus tard. Le résultat du curetage utérin effectué a permis de conclure en une « *hyperplasie trophoblastique sur rétention placentaire et de caduque probablement en rapport avec un avortement spontané par aberration chromosomique* ». Etant donnée cette constatation, il est souhaitable de suivre l'évolution des Bêta HCG pendant quelques mois ». Le premier gynécologue consulté dit avoir pris connaissance de ce résultat, mais n'en a pas tenu compte car il dit recevoir régulièrement exactement la même formulation de résultats. Le 24 septembre, une échographie pelvienne est effectuée et ne révèle rien d'anormal. Le 29 décembre, une autre échographie réalisée en raison de l'apparition de métrorragies ne révèle aucune anomalie. Le 23 janvier, à la demande d'un troisième médecin, la patiente réalise un contrôle des bêta HCG qui sont à 14 489 UI/L pour des dates de dernières règles notées au 1^{er} janvier 2004. Le 24 janvier, elle voit en consultation un quatrième médecin, en urgence pour la première fois, pour des métrorragies. Elle donne le résultat des bêta HCG oralement, réalise une numération (normale) à la demande du médecin qui préconise un nouveau contrôle des bêta HCG quelques jours plus tard. Le 25 janvier, elle est hospitalisée au centre hospitalier en raison de métrorragies importantes pour une suspicion de fausse couche. L'échographie mentionne une muqueuse épaisse, pas de rétention. Son bilan biologique met en évidence des bêta HCG à 6 904 à l'entrée. Elle est mise sous traitement et autorisée à quitter l'établissement le lendemain par le médecin hospitalier qui préconise la réalisation de bêta HCG, d'une numération formule sanguine et un contrôle avec le dernier gynécologue consulté le 24 janvier 2004. Le 28 janvier, les métrorragies persistantes ont conduit la patiente à revenir en urgence au centre hospitalier. Elle a une anémie à 7 gr/l.

Un curetage évacuateur est réalisé. Les bêta HCG sont alors à 14 429 UI/L. Un des médecins du service remarque ce taux et note : « *anapath* », comme s'il lui paraissait nécessaire d'insister sur la nécessité de voir ce compte rendu. L'examen anatomopathologique a permis de conclure en « *une caduque non infectée et l'absence de villosités placentaires* ». Le courrier de sortie précise impérativement un rendez-vous dans les 15 jours suivants pour un contrôle gynécologique. En fait, la patiente ne consulte que le 25 mars : l'échographie ne visualise pas de grossesse, les bêta HCG sont à 435 UI/L le 12 mars, à 850 UI/L le 25 mars, puis à 1 347 UI/L le 30 mars. L'utérus est toujours vide, sans argument pour une grossesse extra utérine. Les bêta HCG (aux environs de 1000 UI/L) sont régulièrement suivis pendant le mois d'avril jusqu'à une échographie du 24 avril qui conclut à l'absence d'hématosalpinx franc visible, à l'absence d'épanchement, à l'absence de contre-indication à une deuxième injection de Methotrexate. Le 7 mai, elle est hospitalisée dans une clinique pour une suspicion de grossesse extra utérine. La cœlioscopie n'objective pas de GEU, le curetage « *un endomètre fonctionnel en phase proliférative* ». C'est un mois plus tard que sera évoqué, devant la ré ascension des bêta HCG, un diagnostic de maladie trophoblastique. Quinze jours plus tard, la patiente fait une hémorragie cérébrale secondaire à une métastase cérébrale de sa maladie trophoblastique et décède quelques jours plus tard.



Le rapport d'expertise reproche le suivi aux différents médecins. L'augmentation importante des bêta HCG à 176 000 UI/L le 15 septembre aurait dû attirer l'attention des médecins associés (le premier et le second gynécologue consulté) qui disent ne pas avoir eu connaissance de ce résultat. Le laboratoire confirme que, sauf demande expresse de la part du médecin, les résultats ne sont pas communiqués à celui-ci, mais remis à la patiente. Le biologiste aurait pu considérer qu'il pouvait s'agir d'un résultat à surveiller ou l'adresser directement au médecin, car il méritait une attention particulière, des taux si importants étant exceptionnels. Ce taux est incompatible avec le diagnostic de fausse couche spontanée en rétention, et sa connaissance aurait pu orienter les deux premiers médecins sur l'existence de la maladie trophoblastique. A la décharge

du laboratoire, les taux sont en accord avec la date des dernières règles notée sur le résultat d'examen.

Le gynécologue qui a prescrit l'examen et celui qui a fait le curetage auraient pu s'enquérir du résultat lorsqu'ils ont revu la patiente en septembre, mais la demande de dosage était justifiée par le doute sur l'évolution de la grossesse et, dès lors que le diagnostic de fausse couche a été posé, le dosage n'était plus justifié, ce qui explique pourquoi les deux médecins ne se sont pas enquis des résultats.

Le résultat anatomopathologique du curetage n'est pas strictement normal. Il ne se prononce pas sur le caractère éventuellement atypique du prélèvement, mais signale l'existence d'une hyperplasie et émet une recommandation en préconisant la surveillance des bêta HCG. Le médecin qui en a pris connaissance n'en a pas tenu compte car il recevait régulièrement des résultats de ce type. S'il n'avait pas confiance dans les résultats de cet anatomopathologiste, il aurait dû changer de correspondant ou demander une relecture, car il n'y a aucun intérêt à demander un examen si on ne tient pas compte du résultat. Ce résultat ne sera pas adressé au médecin traitant, et la patiente n'en sera pas informée. Or la patiente aurait pu, à son tour, informer les médecins du centre hospitalier et le quatrième praticien qui l'ont prise en charge ultérieurement, leur permettant éventuellement de les orienter vers le diagnostic de maladie trophoblastique persistante début janvier ou, en tout cas, trois mois plus tard.

Au mois de septembre, lors de la consultation de contrôle avec le premier praticien, après le curetage, c'était le moment d'informer la patiente des doutes de l'anatomopathologiste et de lui prescrire, par sécurité, un dosage de bêta HCG. Le 29 décembre, lors d'une consultation avec le second praticien, il n'y a pas non plus de prescription de bêta HCG. La surveillance de la patiente échappe alors au deux premiers gynécologues.

En janvier 2004, lorsqu'elle réalise sur prescription du généraliste un dosage de bêta HCG, le résultat est incompatible avec la date des règles notée (bêta HCG à 14 489 UI/L pour des D.R. notées au 1^{er} janvier 2004), soit à peine plus de trois semaines d'aménorrhée. En marge de ce résultat figure le rappel du dosage à 170 000 UI/L du 15 septembre. Ce résultat avait été transmis au médecin généraliste et le quatrième praticien n'a

eu connaissance de ce résultat que par voie orale. Il est regrettable qu'il n'ait pas été plus attentif à toutes ces discordances. Cependant le taux des bêta HCG est difficile à interpréter, car la date des dernières règles est incertaine. On peut regretter que la patiente n'ait pas revu en consultation les deux premiers gynécologues qui la suivaient depuis le début de son histoire. On ne peut guère reprocher au troisième gynécologue de ne pas avoir contacté les deux confrères intervenus précédemment car la patiente aurait dû être informée d'une anomalie sur le produit du premier curetage. En recevant le courrier de sortie du centre hospitalier, fin janvier, il n'avait aucune raison de la reconvoquer, n'ayant aucune raison de penser qu'elle ne reviendrait que fin mars. On ne sait pas par qui est vue la patiente à la sortie, car le médecin qui la laisse sortir n'inscrit rien dans le dossier et la patiente dit qu'on ne lui a donné aucune consigne. Or, vu la date de réception du résultat anatomopathologique et la date de dictée du courrier de sortie, le médecin n'avait pas pris connaissance du résultat anatomopathologique du produit de curetage. Il existe une incompatibilité entre le taux de bêta HCG à 14 429 et l'absence de villosité, une incompatibilité également avec l'augmentation du taux de bêta HCG à 48 h d'intervalle. Si le dossier avait été clôturé avec l'ensemble des examens, la patiente aurait été reconvoquée et le courrier de sortie à destination du quatrième praticien plus précis. A ce stade, le pronostic était bon, elle était à faible risque.

Concernant la suite des événements, devant l'absence d'évolution favorable, on ne peut que s'étonner du résultat du curetage endo utérin pratiqué fin avril, qui ne retrouve qu'un endomètre fonctionnel en phase proliférative. Il était encore difficile d'évoquer le diagnostic de maladie trophoblastique très atypique sur le plan clinique (utérus de taille normale), sur le plan biologique, avec des taux de bêta HCG toujours inférieurs, sauf une fois à 15 000.

L'expert conclut que, dans aucun des différents dossiers, n'existe la preuve que la patiente a reçu une information éclairée sur les différents examens et traitements qui ont été prescrits : la problématique ne vient pas de complications d'examens prescrits mais d'un défaut d'information sur les résultats de certains des examens qu'elle a subis. Les deux premiers médecins auraient dû

l'informer des résultats anormaux du curetage. Les médecins de l'hôpital auraient dû l'informer des discordances entre les bêta HCG et le résultat anatomopathologique. L'absence de négativation des bêta HCG (si elle avait été constatée) aurait pu permettre d'aboutir au diagnostic dès le mois de novembre-décembre et, en janvier, elle aurait dû être convoquée par les médecins de l'hôpital pour réaliser des contrôles de bêta HCG dans le même laboratoire et les résultats anatomo-pathologiques auraient dû être confrontés au contexte clinique, biologique et échographique. Le diagnostic aurait dû être fait avec une prise en charge adaptée et un excellent pronostic à ce moment-là, et donc des chances de survie.



La CRCI a rendu un avis condamnant l'ensemble des praticiens à la réparation du préjudice lié à la perte de chance de survie. Le demandeur ayant abandonné la procédure devant la CRCI pour se tourner vers la voie judiciaire, un jugement a été rendu en 2009 : il retient la responsabilité des deux premiers gynécologues (seuls attraités dans la cause devant le tribunal) au titre d'une perte de chance de survie de 90 %, et fixe leur part de responsabilité dans la survenance du dommage à 50 % (compte tenu des fautes imputables au centre hospitalier et au troisième médecin gynécologue).

Indemnisation : 225 965 €.

ONCOLOGIE

La CRCI a rendu un avis (aléa) et les décisions judiciaires concernent 5 dossiers (une relaxe, 2 condamnations, 2 décisions favorables).

• TRAITEMENT INADAPTE



En 1999, un praticien met en place une chimiothérapie excessive chez une patiente de 50 ans ayant des antécédents de cancer du sein et présentant une récurrence métastatique. La patiente décède huit jours plus tard d'une défaillance polyviscérale.



Le rapport d'expertise pénale met en évidence un traitement inadapté dans la mesure où la chimiothérapie mise en

œuvre présentait une toxicité d'autant plus importante que la patiente souffrait d'une insuffisance hépatique.



Le traitement a pu accélérer le décès, mais le pronostic vital était déjà engagé, sachant que les traitements ne pouvaient avoir qu'un effet palliatif sur l'évolution de la maladie. Le praticien est relaxé.

• MANQUE DE COMMUNICATION

La famille d'un patient décédé dans la phase terminale d'un cancer pulmonaire et gastrique reproche un manquement au devoir d'information. La période avant le décès a été ressentie comme une absence de prise en compte de la souffrance familiale, et il semble y avoir eu une communication insuffisante de l'équipe médicale.

• EXTRAVASATION D'UN PRODUIT DE CHIMIOTHÉRAPIE

1) Nécrose cutanée suite à extravasation de produit de contraste (2002)



Chez une femme de 76 ans, après une première tentative de mettre en place un port-à-cath sous anesthésie locale soldée par échec, l'équipe médicale a décidé de recourir à la mise en place d'une perfusion au niveau du dos de la main gauche. La première cure de chimiothérapie se déroule sans problème. L'extravasation lors de la deuxième cure est responsable d'une nécrose cutanée majeure nécessitant des greffes. La patiente sort de l'ambulatorioire sans que cet accident n'ait été décelé et garde des séquelles indiscutables. Ultérieurement sera mis en place un port-à-cath pour poursuivre cette chimiothérapie.



L'expert estime que le fait de recourir à une voie périphérique ne peut être considérée comme un élément fautif. Il s'agit là d'une pratique d'usage relativement courant. Mais elle est beaucoup plus dangereuse du fait du risque d'extravasation du produit qu'une voie veineuse centrale. Malgré l'échec de la première tentative de placer un port-à cath sous anesthésie locale, une deuxième tentative pouvait avoir lieu entre les deux cures de chimiothérapie. Le fait de choisir une voie veineuse périphérique plutôt qu'une voie veineuse centrale est une perte de chance imputable au

prescripteur. S'agissant de l'obligation d'information du médecin, l'expert conclut qu'il n'y a très certainement pas eu d'information très détaillée sur les complications d'extravasation du produit. Même si on peut considérer que le choix porté sur la mise en place d'une voie périphérique n'est pas fautif en soi, le médecin ne justifie toutefois pas avoir informé sa patiente d'un risque d'extravasation accru au titre de la pose de cette voie périphérique. Ce défaut d'information est à l'origine d'une perte de chance.

La surveillance doit être assurée par une infirmière qui doit, pendant la chimiothérapie, s'assurer qu'il n'existe pas d'extravasation. La relève infirmière, assez curieusement, ne fait pas état après cette deuxième cure de chimiothérapie d'un accident quelconque. Si l'infirmière s'était rendue compte de cet accident pendant la chimiothérapie, elle aurait pu arrêter la perfusion, faire appel au médecin et mettre en route immédiatement le traitement adapté. L'insuffisance de surveillance de l'équipe médicale et paramédicale a concouru au dommage.



Les magistrats estiment que cette extravasation implique nécessairement une insuffisance de surveillance du personnel infirmier et, par conséquent, un comportement fautif. L'absence de mention d'un quelconque incident dans le dossier médical et les dénégations de l'infirmière ne sauraient emporter la conviction du tribunal. Les magistrats prennent en compte les attestations de l'ambulancier et de l'aide ménagère de la patiente qui décrivent dès le retour à domicile l'existence d'une main enflée, sur laquelle un membre du personnel de la clinique aurait recommandé d'appliquer des compresses. La responsabilité de l'équipe infirmière est retenue pour 70 % du préjudice. Le médecin est responsable à hauteur de 30 % du dommage subi en raison d'un défaut d'information sur les risques et alternatives de la voie d'abord périphérique.

La perte de chance est estimée à 30 % d'éviter le préjudice finalement réalisé.

Indemnisation : 41 663 €.

2) Lymphœdème suite à extravasation du produit de contraste (2004)



Un cathéter pour une chimiothérapie de cancer du sein est posée difficilement au pli du coude. L'extravasation est responsable d'un lymphœdème sensible et inflammatoire, puis d'ulcérations

de l'avant-bras nécessitant l'arrêt de la chimiothérapie, un traitement par corticoïdes et antibiotiques. Les lésions se sont aggravées avec une thrombose veineuse du membre supérieur et un écoulement purulent à staphylocoque doré. La situation s'est améliorée, laissant néanmoins des séquelles. La perfusion a été interrompue dès que l'infirmière a constaté le reflux.



Il apparaît que la patiente présentait un état veineux fragilisé qui a pu contribuer à la survenue de l'incident d'extravasation, sans faute de l'infirmière. A été discutée la possibilité de recourir à un site implantable, sans qu'existe un consensus sur la préférence à donner à l'une ou l'autre de ces méthodes. La prise en charge de cette extravasation qui est une complication, connue mais rare, des cures de chimiothérapie, a été conforme.



La CRCI estime qu'il s'agit d'un aléa et qu'il incombe à l'ONIAM d'adresser à la patiente une offre d'indemnisation de ses préjudices.

• ORGANISATION D'UNE TRANSFUSION



Chez un patient de 75 ans en cours de chimiothérapie (cancer du poumon métastasé, troisième cure de chimiothérapie), une numération dans le cadre du suivi biologique est prélevée à son domicile et montre une thrombopénie majeure à 2 000 plaquettes par mm³. En fin de matinée, l'oncologue est prévenu et reçoit les résultats par un fax qui n'a pas été conservé. Vers 16 h, il contacte le patient pour une hospitalisation. Celui-ci se présente le même jour vers 17 h à la clinique et est vu en consultation par l'oncologue vers 19 h. Il présente alors un syndrome hémorragique avec un purpura des membres inférieurs, un épistaxis, un hématome au point de ponction veineuse. Le médecin prescrit un concentré de plaquettes « à passer ce soir » et l'ordonnance de prescription de produits sanguins est faxée à l'EFS le soir même avec la mention « urgence ». Un bilan prétransfusionnel est adressé simultanément au laboratoire correspondant de la clinique (et différent de celui où a été faite la numération plaquettaire), comprenant la détermination du groupe sanguin et une recherche d'anticorps anti érythrocytaires. Le médecin quitte la clinique

vers 20 h. A 22 h, l'infirmière de garde téléphone au laboratoire pour avoir les résultats du bilan prétransfusionnel qui doit être fait « dans la nuit ». A 1 h du matin, le patient téléphone à son épouse avec son portable car il est inquiet. Le médecin anesthésiste de garde est appelé vers 2 h pour une hémiparésie gauche et une hémoptysie. Il prescrit un hémostatique et un anxiolytique, et demande un suivi très régulier du malade. Il sait qu'il présente une thrombopénie sans connaître le nombre exact de plaquettes. La fiche de transmission infirmière note à chaque heure que le patient dort. Les analyses demandées seront effectivement faites vers minuit mais les résultats ne seront pas transmis pendant la nuit par le technicien au biologiste de garde et ne seront faxés à l'EFS qu'à 8 h du matin. Le patient sera transfusé vers 9 h du matin. Peu avant la transfusion, s'installe un coma dû à une hémorragie cérébrale responsable du décès.



L'expert reproche au médecin de ne pas s'être renseigné pour savoir si le concentré plaquettaire avait bien été administré. La transfusion de plaquettes était une urgence vitale, le caractère vital n'ayant pas été mentionné spécifiquement lors de la demande de plaquettes à l'EFS. La mention « urgence » prévoit que le délai permet d'attendre les résultats du bilan prétransfusionnel. Le groupe sanguin du patient n'avait pas été déterminé, comme il aurait dû l'être au début de la chimiothérapie. Cette analyse simple et rapide n'aurait jamais dû faire retarder la transfusion. Quant à la recherche d'agglutinines irrégulières, elle n'avait aucun intérêt dans le cas présent puisque ce sont des plaquettes qui avaient été prescrites. La transfusion plaquettaire est intervenue trop tardivement pour prévenir le risque hémorragique majeur que présentait ce patient. Une transfusion de plaquettes de donneur universel de groupe O était également possible. Le retard apporté à l'exécution de la transfusion sanguine peut être considéré comme une perte de chance d'éviter le décès que l'on peut estimer comme importante.



Le jugement du tribunal confirme l'avis (contesté) de la CRCI : le médecin cancérologue est responsable à hauteur de 70 % dans la survenance du dommage, l'anesthésiste de garde de 20 %.

Le refus de l'indemnisation, suite à l'avis CRCI, avait été formulé car la CRCI n'avait pas tenu compte d'une perte de chance et décidé d'une indemnisation de l'entier préjudice. Un taux de perte de chance de 70 % est accordé par le tribunal.

Indemnisation : 27 533 €.

PEDIATRIE

On recense dans cette spécialité 11 décisions judiciaires (dont 4 condamnations) et une pénale (non-lieu), ainsi qu'un avis CRCI (faute).

Les dossiers concernent avant tout des nourrissons ou des enfants dans leurs premiers mois de vie, notamment lors de la naissance (retard diagnostique de cardiopathies, prise en charge d'enfants après accouchement difficiles, méningite...). Dans plusieurs dossiers, les jugements rendus confirment des décisions antérieures ou fixent l'évaluation des préjudices.

Quelques exemples :

1) Défaut de transmission d'information : galactosémie (2000)



Une femme, mère d'un premier enfant bien portant, consulte un obstétricien pour une 2^{ème} grossesse et l'informe que sa sœur est atteinte de galactosémie. Lors d'une autre consultation, il lui est prescrit une amniocentèse pour étude du caryotype en raison de son âge et pour recherche d'une galactosémie en raison des antécédents familiaux. L'amniocentèse a lieu en présence de l'obstétricien mais seul le caryotype a été effectué. La patiente a été informée que « le bilan était normal » et elle a pensé que le risque de galactosémie avait été éliminé. Après un accouchement normal d'un enfant apparemment en bonne santé, la dégradation de l'état de l'enfant motive son transfert au 5^{ème} jour sans que le diagnostic de galactosémie n'ait été porté. L'antécédent de galactosémie n'avait pas été signalé alors qu'il figurait dans le dossier obstétrical, mais cette donnée n'avait pas été transcrite sur le dossier pédiatrique par l'équipe obstétricale chargée d'informer les pédiatres des antécédents maternels. N'a pas non plus été reportée sur le dossier pédiatrique la notion d'une amniocentèse.



Le pédiatre a appris de la bouche de la mère qu'il existait une galactosémie chez une tante, la veille du transfert, mais que l'amniocentèse pratiquée était normale. Il lui est reproché de ne pas avoir pris contact avec le gynécologue obstétricien pour s'assurer que celui-ci était certain que l'enfant n'était pas atteint de cette maladie, lui permettant de vérifier que les symptômes non spécifiques de l'enfant n'étaient pas en réalité des symptômes de galactosémie et il lui est également reproché un retard à la décision de transfert (d'un jour), même si un diagnostic plus précoce n'aurait pas permis d'améliorer son état (évolution globalement favorable). Il est reproché à l'obstétricien de ne pas avoir discuté avec les pédiatres en anténatal de cette notion de galactosémie, et le flou qui entoure les raisons pour lesquelles la recherche de galactosémie n'a pas été faite (refus de la mère ? oubli ?).

De toute façon, le traitement maternel qui aurait pu être envisagé est, selon les experts, d'une efficacité médiocre.



Alors qu'il existait un risque, si minime soit-il, le gynécologue obstétricien aurait dû le mentionner de manière apparente dans le dossier, en discuter en anténatal avec les pédiatres afin que l'ensemble des professionnels amenés à intervenir lors de la naissance de l'enfant soient informés, pratiquent les examens qui s'imposaient et s'adressent à tout spécialiste si nécessaire sans délai.

En ne discutant pas de ce risque avec les pédiatres amenés à intervenir, en ne prenant pas toute mesure pour s'assurer que cette information essentielle figure de manière très apparente dans le dossier de l'enfant, ce qui risquait d'entraîner un retard de diagnostic si l'enfant était effectivement porteur de cette pathologie, l'obstétricien a manqué à ses obligations et a engagé sa responsabilité.

La responsabilité de l'obstétricien est fixée à 90 %, celle du pédiatre à 10 %. Le préjudice subi par le nouveau-né, lié aux manquements des deux médecins, est limité aux conséquences de l'aggravation de ses symptômes entre le 4^{ème} et le 6^{ème} jour de sa naissance et de son hospitalisation en urgence, et le préjudice des parents consiste en une angoisse liée à l'aggravation non expliquée de l'état de santé de leur nouveau-né, au traumatisme moral de regagner leur domicile après l'accouchement sans leur

enfant dont l'état de santé était préoccupant.

Indemnisation : 40 291 €.

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



Un nourrisson de 15 jours est adressé par le médecin généraliste à l'hôpital pour la prise en charge d'une bronchiolite nécessitant une hospitalisation compte tenu des difficultés respiratoires. Le SMUR et les pédiatres hospitaliers confirment le diagnostic. Il sévit une épidémie de bronchiolite. Les soins apportés à l'enfant lors de son hospitalisation du 25 au 26 octobre sont symptomatiques : proclive, pose d'une perfusion chez cet enfant qui continuait à s'alimenter, kinésithérapie respiratoire. Le cliché de thorax retrouve une nette distension compatible avec un diagnostic de bronchiolite sans signe de gravité radiologique. L'immuno-fluorescence confirme le diagnostic d'infection à virus respiratoire syncytial, agent le plus souvent en cause dans cette affection. La surveillance clinique est exercée pendant 24 heures et l'état de l'enfant autorise sa sortie le 26 octobre. Deux ordonnances et un compte rendu d'hospitalisation sont remis aux parents : une prescription de kinésithérapie respiratoire, de paracétamol et d'anti reflux. Les parents indiquent avoir quitté l'hôpital avec leur enfant dans l'après-midi « sans avoir vu un médecin » et que les prescriptions et les comptes rendus d'hospitalisation leur ont été remis « par une infirmière ». En fait, ils avaient rencontré un des médecins hospitaliers, chef de service, qui n'avait pas décliné son identité. Le lendemain de la sortie, les parents tentent de prendre un rendez-vous avec un kinésithérapeute qu'ils finissent par obtenir vers 17 h. Aux environs de 13 h, l'enfant ayant passé une nuit agitée, et son état ne s'étant pas amélioré d'après les parents, ils décident de consulter de nouveau le médecin généraliste qui leur dit être « étonné que l'enfant n'ait pas été gardé à l'hôpital » car « son état n'avait pas évolué de façon positive ». Il délivre une prescription d'antibiotiques, de bêta mimétiques, et de corticoïdes. L'enfant était encore encombré et avait du mal à respirer même s'il y avait une amélioration par rapport à la précédente visite 48 heures auparavant. Une séance de kinésithérapie respiratoire a lieu le même jour. Le kinésithérapeute

constate que l'état de l'enfant s'est amélioré dans la mesure où il s'alimentait correctement et avait fini par s'endormir. Le lendemain matin, alors qu'ils amenaient leur fils chez le kinésithérapeute, les parents constatent que l'état de l'enfant s'est subitement dégradé et ils consultent un autre médecin, plus proche, disponible en urgence. Celui-ci constate une cyanose de l'enfant, et alerte immédiatement le SAMU. Il prodigue les premiers gestes de secours, dont un massage cardiaque. A l'arrivée du SAMU, l'enfant est en arrêt cardio-respiratoire et ne pourra pas être réanimé.



Dans le cadre de la procédure pénale, un premier médecin expert rappelait que la bronchiolite pouvait avoir « *un caractère dramatique et asphyxiant et connaître une évolution rapide particulièrement dans les premières semaines de la vie... susceptible d'évoluer vers une détresse respiratoire* ». Cet expert ajoutait qu'une telle aggravation brutale, parfaitement prévisible, ne pouvait être rapidement et efficacement traitée hors du milieu hospitalier. Ce nourrisson de 15 jours au moment de l'hospitalisation imposait de le maintenir en surveillance prolongée.

A la sortie de l'hôpital, les râles pulmonaires et les « *sécrétions épaisses et abondantes* » affirmaient la bronchiolite qui restait évolutive et imposaient une surveillance en milieu hospitalier qui ne devait pas s'achever dès l'observation de signes d'amélioration. Le fait de ne pas avoir maintenu en hospitalisation ce nouveau-né constituait une faute imputable au médecin chef du service de pédiatrie. L'expert concluait que l'enfant aurait pu être sauvé s'il était resté hospitalisé.

Les médecins du centre hospitalier et le médecin généraliste sont mis en examen.

Le médecin chef du service hospitalier justifiait la sortie précoce par l'absence d'aggravation avec des critères médicaux de bénignité de l'atteinte indiquant que les signes cliniques présentés par l'enfant ne justifiaient pas d'hospitalisation. La décision de sortie qu'il avait prise était aussi dictée par la surcharge d'activité du service en cette période d'épidémie de bronchiolite. Cette décision a été prise en début d'après-midi, après avoir examiné le nouveau-né, en accord avec

les parents, et après une réunion collégiale avec le personnel au rang duquel figurait le médecin hospitalier qui avait suivi l'intégralité de l'hospitalisation de l'enfant.

Restaient en observation les enfants dont l'état de santé nécessitait une oxygénothérapie et une nutrition par sonde.

Un collège d'experts médecins pédiatres a réalisé une 2^{ème} expertise, précisant que conformément au consensus des recommandations du 21 septembre 2000 sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, l'âge de moins de 6 semaines constituait un critère de gravité qui imposait l'hospitalisation. La décision de sortie s'appuyait sur une évaluation clinique des deux praticiens hospitaliers et sur la surcharge du service dans une période d'épidémie de bronchiolite. Ils reprochent que la surveillance clinique exercée pendant l'hospitalisation ait été insuffisante ou insuffisamment retranscrite par l'équipe infirmière : mesure de la saturation en oxygène figurant seulement à deux reprises, fréquence cardiaque à une reprise, absence de chiffre de tension artérielle et de fréquence respiratoire. En revanche, la surveillance de l'alimentation, de la température, des urines avait été correcte et adaptée. L'état de santé de l'enfant, dont le jeune âge était le seul critère de gravité, autorisait sa sortie mais imposait au médecin hospitalier de le revoir personnellement matin et soir pour juger de son évolution et permettre de diagnostiquer une aggravation de la situation respiratoire qui à cet âge constitue un risque imprévisible et brutal. Cette absence de rendez-vous pour des visites journalières constitue une faute. Les discordances entre les différentes déclarations quant aux informations données aux parents à la sortie de l'hôpital démontrent qu'elles ont été sinon insuffisantes, en tout cas non comprises dans leur portée et leur caractère impératif, en violation des recommandations du consensus sur la prise en charge de la bronchiolite des nourrissons. Le défaut de compétence médicale exclut toute faute du kinésithérapeute : celui-ci n'avait pas les connaissances requises pour juger de la situation du nouveau-né, qui a d'ailleurs été examiné le jour même par un praticien. Le médecin généraliste a mal évalué la veille du décès l'état clinique de l'enfant qui imposait le retour immédiat en milieu hospitalier pour une indispensable évaluation clinique complète. Ses

prescriptions n'apparaissent pas cohérentes avec ses constatations cliniques : les experts ne comprennent pas qu'un médecin juge l'état de l'enfant en amélioration et qu'il prescrive des traitements supplémentaires. La revue de la littérature suggère l'inefficacité des corticoïdes dans la bronchiolite, à l'inverse de ce qui a été démontré dans l'asthme. Aucun élément figurant dans le dossier ne justifiait la prescription d'une antibiothérapie. Les broncho dilatateurs n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans la bronchiolite.

Il est précisé dans les textes des recommandations que dans cette classe de médicaments, les « *bêta 2 mimétiques en nébulisation peuvent entraîner une désaturation lorsqu'ils sont administrés sans oxygène, surtout chez l'enfant de moins de 3 mois* ». La prescription du généraliste était inadaptée et non-conforme aux données acquises de la science. En fait, la prescription de bêta mimétique n'était pas en nébulisation mais en aérosol. Le médecin déclarait avoir préféré à titre de précaution prescrire des antibiotiques et des corticoïdes pour éviter tout risque d'infection. Il justifiait le manquement souligné par les experts sur la nécessité de redemander l'hospitalisation par une légère amélioration confirmée par le kinésithérapeute et par le fait qu'il lui paraissait difficile de renvoyer à l'hôpital un enfant que les médecins hospitaliers avaient fait sortir la veille.



Les magistrats estiment que le médecin généraliste et un des médecins hospitaliers n'ont commis aucune faute de nature à engager leur responsabilité pénale, contrairement au médecin chef de service de pédiatrie. C'est ce médecin, en sa qualité de chef de service, qui a pris la décision définitive de sortie et rédigé les ordonnances pour les traitements et la kinésithérapie respiratoire. Il lui appartenait, dans la mesure où il autorisait la sortie, d'indiquer aux parents qu'il convenait de ramener l'enfant bi-quotidiennement afin de juger de son évolution et pour permettre de diagnostiquer une aggravation de la situation respiratoire qui, à son âge, constituait un risque imprévisible et brutal. L'absence de rendez-vous constitue une faute imputable au seul médecin ayant autorisé la sortie, et ce quelles que soient les difficultés matérielles

rencontrées en milieu hospitalier derrière lesquelles il ne saurait s'abriter. Le médecin pédiatre chef de service est donc condamné à la peine d'emprisonnement d'un mois avec sursis, les deux autres médecins sont relaxés.

Sur appel de cette décision par le médecin condamné, la Cour d'appel infirme le jugement. « *Attendu que le médecin a toujours affirmé avoir procédé aux formalités de sortie et à la rédaction des ordonnances en informant les parents des soins et surveillance à exercer et notamment de la nécessité de ramener l'enfant en cas d'aggravation. Qu'il déclare être intervenu personnellement en raison de l'insistance des parents qui souhaitaient pouvoir ramener l'enfant au plus vite. Attendu que les parents n'ont conservé que le souvenir des contacts avec l'autre médecin hospitalier, déclarant n'avoir eu affaire qu'à une infirmière lors de la sortie et qu'une confusion avec le chef de service est envisageable. Attendu qu'en conséquence, il n'est pas établi que les informations requises n'ont pas été données, l'existence d'une faute par défaut d'information n'est pas caractérisée de même que le lien de causalité entre un hypothétique manque de communication et le décès survenu le surlendemain alors que les parents avaient vu un autre médecin et un kinésithérapeute entre temps* ». Il est reproché aux praticiens de n'avoir pas organisé des visites régulières de l'enfant et ces derniers ont souligné l'impossibilité, compte tenu des effectifs, d'assurer ce suivi. Le chef de service a précisé que l'hôpital ne disposait pas d'un kinésithérapeute pendant le week-end et que le service de pédiatrie était débordé.

« *Attendu surtout que les préconisations de la conférence de consensus ne font pas état d'une telle exigence mais recommandent en revanche « une meilleure organisation des soins » diminuant l'afflux d'enfants à l'hôpital par une meilleure prise en charge des formes communes en médecine libérale et « en gérant de façon plus efficace le surcroît d'activité aux urgences hospitalières et en hospitalisation ». Sont également préconisées une anticipation des événements et une planification sanitaire cohérente qui doit inclure tous les intervenants et « donner au médecin traitant une place centrale... dans la surveillance des enfants malades en valorisant les consultations pluri quotidiennes ».*

Il n'est en conséquence pas établi que le chef de service ait enfreint une quelconque recommandation de la conférence de consensus qui fixe les obligations des praticiens pour la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, ayant pu légitimement penser qu'une surveillance par les praticiens de ville serait suffisante et mieux adaptée.

3) Transmission des informations (2002)



Un pédiatre est appelé en urgence pour être présent à la naissance d'un enfant un quart d'heure avant la réalisation d'une césarienne, et ne reçoit aucune information concernant la surveillance de la grossesse et les raisons de la césarienne.

Lorsque l'enfant naît, il est noté une pâleur extrêmement importante avec hépato spléno mégalie. Il n'y a pas de dosage de l'hémoglobine fœtale ou de numération sanguine au sang du cordon. Il n'y a pas de PH à la naissance. L'APGAR est noté à 7, 10, 10 et le poids de naissance à 3,5 kg. La prise en charge comporte une ventilation au masque suivie d'une intubation à 3 mn de vie. L'enfant est ventilé, permettant d'assurer une saturation à environ 70. L'état neurologique est noté peu satisfaisant malgré un bon tonus et une bonne réactivité. L'enfant est pâle, l'auscultation cardiovasculaire est normale, les pouls périphériques sont perçus et le temps de recoloration est inférieur à 3 secondes. Le SAMU est appelé dès la naissance et le pédiatre contacte par téléphone le médecin du CHU pour lui demander des conseils. Après cet entretien téléphonique, une perfusion avec du glucosé est réalisée ainsi qu'un remplissage avec du sérum physiologique. Appelé à 9 h 50, le SAMU arrive vers 11 h 30 et repart vers le CHU à 12 h. Pendant le transfert, la saturation en oxygène est notée imprenable, du sang est demandé en urgence. Arrivé à 12 h 15, l'enfant reçoit immédiatement une transfusion sanguine, est ventilé à haute fréquence. La gazométrie montre une acidose importante avec une anémie à 33 g/l, une lactacidémie à 19 mmol/l. L'enfant est traité par exsanguino-transfusion, présente à plusieurs reprises des arrêts cardiorespiratoire et décède deux heures plus tard de cette anémie aiguë hémolytique due à une incompatibilité fœto maternelle rhésus.



Les experts reprochent au pédiatre de ne pas avoir fait de groupe à la naissance ni de dosage de l'hémoglobine

dans le sang du cordon, mais reconnaissent qu'il ne connaissait pas le dossier et qu'il n'était pas prévenu de l'allo immunisation sévère et du risque d'anémie qui n'avait pas été diagnostiqué. Il a été mis devant le fait accompli, n'ayant pu consulter le dossier que peu de temps avant la naissance, alors qu'il aurait dû être prévenu de cette allo immunisation dès l'admission : il aurait pu ainsi émettre un avis sur le lieu de naissance et les précautions à prendre. Le diagnostic du retentissement de l'allo immunisation anti RH-1 n'a pas été correct du fait des négligences dans la surveillance prénatale biologique, d'un retard apporté au diagnostic, du délai anormalement long dans la réception des résultats, d'un défaut de diagnostic de l'anoxie chronique (mauvaise analyse du RCF), d'une intervention décidée dans de mauvaises conditions pour l'accueil de l'enfant. Les techniques appropriées au diagnostic et au traitement des allo immunisations n'ont pas été mises en œuvre : diagnostic complémentaire de la gravité par amniocentèse et décision adaptée rapidement au résultat : à savoir proposition éventuelle de transfusion in utero ou compte tenu de l'état gestationnel, extraction dès les premiers signes d'anoxie, c'est-à-dire antérieurement à la prise de décision de césarienne.



Les magistrats confirment que la conduite de l'équipe obstétricale est responsable d'une perte de chance de survie de l'enfant et mettent le pédiatre hors de cause.

Indemnisation : 98 797 €.

4) Retard diagnostique d'une atrésie des voies biliaires (2003)



Trois jours après une naissance normale par voie basse après une grossesse sans problème, le pédiatre de la maternité écrit sur la feuille de suivi postnatal : « *ictère +, mère rhésus +, selles jaunes, abdomen souple, ni gros foie, ni grosse rate, bilan demain* ». Le lendemain, un dimanche dans la soirée, le même médecin écrit : « *ictère en diminution, selles jaunes d'or mais urines foncées, pas de gros foie ni de*

grosse rate. Bilirubine totale 106 μmol dont 56 de μmol de conjuguée » (il s'agit des résultats des examens faits la veille). L'examen clinique complet est normal en dehors de l'ictère. Le matin même, la numération était normale, la bilirubine totale à 179 $\mu\text{mol/l}$, conjuguée à 96,4 $\mu\text{mol/l}$. Devant ces derniers chiffres traduisant l'existence d'une cholestase, le médecin demande un complément de bilan (bilirubine, transaminases, phosphatase alcaline et échographie abdominale). Ces examens sont faits le lendemain avant la sortie de la maternité. L'aspect du foie et des voies biliaires en échographie est sans particularité. Le lundi, le résultat des derniers examens biologiques demandés se trouve dans le dossier de la maternité : les ASAT sont à 49 u l, les alates à 11 u l (normale inférieure à 40), les phosphatases alcaline à 204 u l (normale inférieure à 300). Ces résultats, non transcrits dans le carnet de santé, auraient été transmis par le laboratoire le jour même mais ne seraient parvenus au domicile des parents, selon leur dire, que deux mois et demi plus tard. Le médecin de la clinique dit avoir signalé à la mère l'anomalie constatée en termes mesurés pour ne pas l'inquiéter et lui aurait demandé si elle connaissait un médecin pédiatre. Celle-ci ayant répondu par la négative, par déontologie, il n'a pas voulu proposer ses services. Les parents disent qu'ils n'ont pas été contactés par les médecins de la maternité qui, selon eux, leur avaient promis de leur faire part des résultats de l'examen pratiqué le jour de la sortie. Ils ont interprété leur silence comme le témoin d'une évolution favorable, ceci d'autant plus que l'enfant allait bien et qu'ils ne voyaient pas la coloration jaune de sa peau. A la sortie de la maternité, l'enfant sera vu à deux reprises par un pédiatre à l'âge d'un mois et de deux mois, qui n'évoquera qu'un ictère au lait maternel. L'enfant est en très bon état général, aucun symptôme n'est signalé par les parents. Les selles ne sont pas blanches, les urines foncées. Le développement neurologique est normal.

Entre temps, à plusieurs reprises, l'enfant est également vu par un médecin de la PMI, (notamment à l'âge de quinze jours pour une vaccination) qui n'a pas remarqué l'ictère, n'a fait aucun commentaire sur les anomalies consignées dans le carnet de santé et n'a demandé aucune consultation spécialisée.

Deux mois et demi après la naissance, les résultats des examens biologiques expédiés par le laboratoire arrivent enfin au domicile des parents. La présence d'anomalies inquiète les parents qui prennent immédiatement contact avec leur pédiatre. Devant ces résultats, celui-ci fait refaire une prise de sang et leur demande de consulter en milieu spécialisé. Le tableau est évocateur d'une atresie des voies biliaires confirmée par une cholangiographie. Une intervention de Kasaï est pratiquée. L'échec de l'intervention nécessite une transplantation hépatique à l'âge de 18 mois avec un bon résultat.



Il est reproché au pédiatre de la maternité le manque d'informations claires à la sortie sur la possibilité d'une cholestase congénitale d'origine organique et la nécessité d'un contrôle biologique avant la fin du premier mois. Le médecin n'a pas contacté les parents pour leur donner les résultats du bilan, même s'il n'était plus de garde le jour de la sortie, et il aurait dû s'enquérir des résultats. Aucun courrier n'a été adressé au médecin destiné à suivre l'enfant. La simple mention sur le carnet de santé des examens faits en maternité n'a pas suffi à alerter ni les parents ni les trois médecins qui ont vu l'enfant ultérieurement. Le pédiatre de ville, rassuré par l'état de l'enfant, n'arrive pas à comprendre comment il a pu passer à côté de ce diagnostic, trompé par un ictère modéré, un excellent état général de l'enfant et surtout par l'absence d'alerte de la part de la maternité et des parents, malgré la mention des résultats biologiques sur une page du carnet de santé qu'il a méconnue.



Le retard de diagnostic a entraîné une perte de chance de réussite de l'intervention de Kasaï. La responsabilité conjointe du pédiatre ayant pris l'enfant en charge à la maternité est estimée à 60 % et celle du pédiatre libéral traitant à 40 %. La perte de chance pour l'enfant de conserver son foie natif jusqu'à l'âge de 10 ans est estimée à 20 %. Si le pédiatre de la maternité avait prescrit un contrôle du taux de bilirubine conjuguée 15 jours après la sortie et si les anomalies persistantes avaient provoqué une consultation spécialisée, le diagnostic aurait pu être fait très précocement après la naissance, donnant

les meilleures chances de succès au traitement.

RADIOLOGIE

Les décisions judiciaires ou avis CRCI concernent 19 dossiers mettant en cause un radiologue : 6 avis CRCI (3 fautes, 1 aléa et 2 rejets) et 13 décisions judiciaires civiles (8 condamnations).

• INFECTION APRES UN EXAMEN INVASIF

Spondylodiscite après discographie, indemnisée par l'établissement, arthrite après arthrographie (2) ou ponction trituration d'une calcification de l'épaule (1).

1) Infection suite à une arthrographie (1999)

Lors d'une arthrographie compliquée d'infection à staphylocoque doré, révélée trois jours plus tard par un épanchement traité par anti-inflammatoire, puis diagnostiqué 19 jours plus tard par une ponction, c'est la responsabilité conjointe de l'établissement et du praticien qui a été retenue à la date des faits au titre de l'obligation de sécurité-résultat.

Indemnisation : 15 152 €.

2) Infection suite à une coronarographie (2000)

Une infection est survenue après coronarographie (puis angioplastie) chez un obèse qui a présenté un hématome du scarpia au point de ponction, puis une probable arthrite de hanche avec une bactériémie à staphylocoque. Le rôle du système de fermeture artérielle de type Perclose a été retenu comme facteur de risque par l'expert. Les faits étant antérieurs au 5 septembre 2001, l'indemnisation a été partagée entre l'établissement et l'opérateur.

Indemnisation : 29 000 €.

3) Arthrite septique suite à une arthrographie (2001)

Un arrêt de Cour d'appel a considéré qu'une arthrite septique du genou à streptocoque après arthrographie était bien d'origine nosocomiale, même si le patient était porteur de foyers dentaires infectieux, le caractère endogène de l'infection ne faisant pas obstacle à ce qu'elle soit reconnue comme nosocomiale. Néanmoins, le praticien

exerçant dans un cabinet de radiologie hors d'un établissement, les magistrats ont considéré que la responsabilité du médecin ne pouvait être engagée, même pour les infections nosocomiales, qu'en cas de faute prouvée. L'expert n'ayant retenu aucune faute, le patient est débouté.

4) Infection suite à une ponction trituration (2005)

Après une ponction trituration d'une calcification sous acromiale effectuée début octobre, une infection à staphylocoque épidermidis suspectée un mois plus tard (mi-novembre) et mise sous antibiotique a été confirmée lors d'une arthroscopie mi-décembre. L'expert a considéré qu'il existait un retard de mise en œuvre de la thérapeutique mais que celui-ci n'a pas engendré le dommage, l'enraidissement séquellaire de l'épaule étant une évolution classique de l'état antérieur. L'indemnisation est à la charge de la clinique.

• CHUTES

Une CRCL a considéré qu'une chute en rapport avec un mauvais maniement du fauteuil par la manipulatrice employée par le radiologue n'avait pas causé le décès d'une patiente ayant de sévères multipathologies, mais avait favorisé la survenue d'une cascade de complications en rapport avec son état de santé altéré. Un hématome expansif de la jambe avait été la conséquence de cette chute, avec une déglobulisation, puis une nécrose cutanée surinfectée. La responsabilité du praticien a été retenue à hauteur de 10 %.

• INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE

1) Réaction cutanée

Survenue d'une réaction cutanée avec un œdème de la face rapidement résolutif après arthrographie. Le patient se plaint surtout de la survenue ultérieure d'une exophtalmie dont le lien de causalité n'est ni prouvé, ni exclus. Le patient est débouté par le tribunal.

2) Œdème de la main (1997)



Une extravasation importante de produit de contraste chez une femme de 29 ans est survenue lors de la pratique d'un scanner. Un cathlon avait été

posé par l'infirmière avec contrôle de la voie d'abord par une injection test de sérum physiologique. Une injection de 100 à 120 ml de produit de contraste iodé était prévue, à l'injecteur automatique. La patiente a ressenti immédiatement lors de l'injection une douleur importante, dont elle n'a pas fait état. Immédiatement, la main a doublé de volume avec un œdème remontant à la face externe de l'avant-bras, très douloureux, avec des troubles de la sensibilité. Le scanner a été jugé ininterprétable. Quelques heures plus tard sont apparues des phlyctènes qui ont motivé un traitement symptomatique et une corticothérapie. L'évolution a été qualifiée de favorable malgré la survenue d'une algodystrophie importante chez cette droitrière qui garde des séquelles à type de fatigabilité du membre supérieur, de la main et des douleurs.



L'expert a estimé « que la douleur n'a pas fonctionné comme signal d'alarme pour faire interrompre l'injection ».

Le risque est majoré lors du choix d'un injecteur automatique au lieu d'une injection manuelle. Ce risque connu n'a pas de caractère manifestement fautif lorsque l'extravasation est précocement reconnue et l'injection immédiatement suspendue. L'expert a considéré qu'une extravasation importante pouvait être considérée comme une insuffisance de précaution (insuffisance de test de la voie d'abord veineuse, insuffisance de surveillance du point de ponction en début d'injection) ou une maladresse fautive (ponction traumatique de la veine). Ceci peut être imputable au radiologue responsable de la manipulatrice.



La patiente est en cours d'indemnisation (provision).

• RETARD DIAGNOSTIQUE

Il concerne 6 dossiers.

1) Méconnaissance d'une image lésionnelle hilare (2000)

Deux radiologues ont été condamnés du fait de la méconnaissance sur des clichés répétés du thorax entre 2000 et 2004, d'une image lésionnelle hilare, métastatique, inextirpable d'un cancer du sein traité antérieurement, dont la

patiente est décédée deux ans plus tard. Il a été retenu un retard diagnostique de quatre ans et une perte de chance de voir la pathologie évoluer favorablement.

Indemnisation : 26 500 €.

2) Retard de diagnostic de cancer du sein (2005)



Une femme de 40 ans consulte en 2003 son médecin généraliste du fait de l'apparition d'une « boule » sur un sein.

En 1999, elle avait eu des mammographies du fait de l'existence de kystes, mammographies tout à fait rassurantes et qu'elle n'a pas conservées. Il n'y a aucun antécédent familial de cancer du sein chez cette femme nullipare. Le compte rendu de la mammographie indique : « pas de formation nodulaire ou étoilée suspecte ; pas de micro calcifications pathologiques ou groupées ; calcifications d'allure microkystique au sein d'une surdensité supéroexterne droite ; micro calcifications rondes disséminées supéro externes droites également sous jacentes ; pas de phénomènes d'adhérences cutanée ou profonde ; sein ACR III à droite et ACR I à gauche. Prochaine mammographie dans un an ». Le compte rendu et les radiographies sont remis à la patiente le jour même et elle est rassurée par le radiologue qui l'invite à transmettre les résultats à son médecin traitant. Sept mois plus tard, elle décide de reconsulter son médecin traitant qu'elle n'avait pas revu depuis la mammographie, la masse étant toujours présente. Le généraliste prend immédiatement rendez-vous auprès d'un gynécologue qui refait faire une nouvelle mammographie qui précise en conclusion, pour le sein droit, qu'il est classé ACR V pour des lésions étendues à l'ensemble des quadrants externes et supérieurs. Deux biopsies sont pratiquées : celle du quadrant supéro externe du sein droit montre un carcinome intracanalair *in situ* de grade intermédiaire et de haut grade avec un foyer micro invasif. La deuxième biopsie montre également un petit foyer de carcinome infiltrant.



Les experts retiennent que l'interprétation faite par le médecin apparaît conforme aux images radiographiques,

qu'il n'était pas possible de comparer avec des mammographies antérieures qui n'étaient plus en possession de la patiente. La prise en charge par le radiologue ne peut être considérée comme fautive et elle n'est la source d'aucun dommage. Le rapport a été contesté par la patiente qui fournit à la CRCI un rapport critique indiquant que, devant une image mammographique qualifiée d'ACR III, une surveillance à court terme est conseillée (à 3 ou 6 mois), qu'il aurait été souhaitable d'envisager des clichés agrandis, voire une échographie, qu'il est dommage que les données de l'examen mammaire ne figurent pas sur le compte rendu, qu'il est souhaitable que la décision de surveillance soit prise de façon collégiale en associant le médecin traitant et en bénéficiant de l'avis d'un radiologue expert en sénologie.



La Commission a considéré que les fautes commises avaient entraîné un retard de diagnostic limité à deux mois, mais a débouté la patiente de sa demande, le dommage étant lié à l'évolution de la maladie. La patiente a porté l'affaire devant le tribunal.

3) Retard diagnostique d'un cancer de l'ovaire (2005)



Une femme née en 1961 est suivie par un gynécologue depuis les années 2000. Celui-ci a effectué à plusieurs reprises une échographie pelvienne montrant un kyste de l'ovaire droit. Il demande une nouvelle échographie à un radiologue en mai 2003, qui conclut à une dystrophie ovarienne avec des ovaires globuleux d'aspect dystrophiques, multi folliculaires notamment à droite. Le gynécologue contrôle cliniquement et échographiquement (sans compte rendu) entre 2003 et 2004 cet ovaire qui, augmentant de volume, fait l'objet d'une nouvelle échographie par le même radiologue. Celui-ci conclut de façon identique et décrit à droite des formations kystiques anéchogènes à paroi fine. Deux mois plus tard est pratiquée une coelioscopie qui diagnostique un cancer de l'ovaire stade III C.



Il est reproché au radiologue que l'échographie de mai 2003 soit peu descriptive : l'analyse des clichés montre un ovaire droit augmenté de

volume, de structure hétérogène, présentant des aspects solides compatibles avec des végétations et deux images liquidiennes séparées par des cloisons. Les experts reprochent de ne pas avoir complété l'examen par un doppler, de ne pas avoir décrit l'aspect suspect dans le compte rendu, d'avoir proposé un contrôle à 4 à 6 mois alors que l'aspect échographique nécessitait un contrôle le mois suivant ou dans les 2 mois, et de ne pas avoir alerté le gynécologue du doute diagnostique.

Ils reprochent lors de la deuxième échographie de ne pas avoir interprété les images comme suspectes alors qu'existait un ovaire augmenté de volume, un aspect hétérogène avec une composante solide évocatrice de végétations intra kystiques et des cloisons.

L'expert cancérologue indique que le problème est donc celui de la perte de chance du fait du retard au diagnostic entre une échographie en mai 2003 et une coelioscopie en juillet 2004. Cette échographie de mai 2003 ne permet pas de classer de façon précise et formelle le stade du cancer à cette date. Cet aspect douteux justifiait la pratique d'un dosage des marqueurs tumoraux et une coelioscopie diagnostique. Des petites granulations péritonéales de moins de 5 cm ne peuvent être mises en évidence à l'image échographique. Seule une visualisation par coelioscopie ou laparotomie aurait permis de préciser l'existence de nodules tumoraux et de classer précisément le stade du cancer. Il s'agissait d'un cancer peu différencié qui a récidivé après chimiothérapie et évolué vers une carcinose. Trois raisons permettent d'affirmer que le cancer s'est aggravé en un an : c'est une lésion inexorablement évolutive qui, en l'absence de traitement, s'étend progressivement à partir de l'ovaire vers le petit bassin, puis l'ensemble de l'abdomen. L'ovaire qui mesurait 4 cm à l'échographie de mai 2003, mesure 7 cm à l'échographie de juin 2004 : il y a donc eu augmentation nette de volume. Après l'intervention d'octobre 2004, il n'y avait aucune tumeur visible dans l'abdomen et, malgré le traitement, une récurrence pelvienne est observée en novembre 2005, treize mois plus tard, montrant l'évolutivité importante de cette tumeur. Il n'est pas possible de préciser de façon formelle le stade tumoral en mai 2003.

Le retard diagnostique a entraîné une perte de chance avec aggravation du

pronostic. Une chimiothérapie aurait été probablement nécessaire même en cas de diagnostic plus précoce, de même qu'une intervention chirurgicale était inévitable.



La responsabilité du radiologue est retenue pour 40 %. La responsabilité du gynécologue est retenue pour 60 % : il ne saurait se décharger de toute responsabilité en invoquant le compte rendu d'examen rassurant du radiologue. Il n'aurait pas dû se contenter de l'échographie réalisée par le radiologue et, devant la persistance de la lésion et l'aspect douteux des images échographiques, aurait dû avoir recours à des investigations plus approfondies. La mauvaise tenue du dossier médical qui a été relevée par l'expert n'a aucune incidence sur le diagnostic du cancer. La perte de chance de survie ou d'évolution moins défavorable est estimée à 30 %.

Indemnisation : 59 428 €.

4) Retard diagnostique d'une fistuleurale sacrée



Sept médecins, orthopédistes et radiologues, ont été impliqués dans une affaire concernant le retard diagnostique d'une fistuleurale sacrée à drainage veineux médullaire, affection qui reste très rare. Il est reproché aux radiologues qui ont pratiqué une sacroradiculographie et une IRM de ne pas avoir décrit l'existence d'une veine anormale trop bien visible dans la région dorsolombaire, ayant décrit un signal anormal au niveau du cône terminal avec hypersignal de la moelle en T 2. (à l'IRM) et au niveau des racines sacrées des images indirectes de pelotons vasculaires hautement évocatrices du diagnostic (sacroradiculographie). Le radiologue qui avait fait l'IRM lombaire avait conseillé une IRM dorsale avec injection de Gadolinium. Il lui est reproché de ne pas avoir informé directement le patient que cet autre examen serait souhaitable et de ne pas s'être informé auprès du patient qu'il devait subir l'après midi même une sacroradiculographie. Il n'a pas donné suite à sa demande de faire pratiquer une IRM avec injection et n'a pas décidé de la réaliser lui-même lors de l'examen. Il est reproché aux orthopédistes d'avoir posé le diagnostic de canal lombaire étroit bien qu'ils soient surpris par l'intensité des signes notamment sphinctériens

contrastant avec l'imagerie avant la première intervention, puis par la persistance des signes avec extension de ceux-ci.



Sur une perte de chance de 50 % de diminuer les séquelles du fait du retard de diagnostic, la part de responsabilité de chacun des praticiens a été répartie entre les différents intervenants, les radiologues étant responsables, pour leur part, de 15 % de cette perte de chance.

• COMPLICATION D'UN GESTE TECHNIQUE



La CRCI a retenu au titre de l'aléa thérapeutique la survenue d'une compression du sciatique poplité externe, vraisemblablement au col du péroné droit chez un patient ayant les séquelles d'une hémiplegie controlatérale, une artériopathie importante des membres inférieurs, lors d'une artériographie rénale sous neuroleptanalgie avec mise en place de stent. Cette complication de l'angiographie réalisée sur une table de radiologie, le patient étant en décubitus dorsal, n'est pas décrite dans la littérature. Le patient avait une posture difficile à maintenir en raison de ses séquelles paralytiques du coté gauche : la complication est la conséquence de facteurs favorisants posturaux et ischémiques propres au patient.



Le premier expert judiciaire désigné avait conclu à un aléa thérapeutique, celui qui a été désigné par la CRCI a retenu un défaut de vigilance dans le fait de ne pas s'être aperçu de la compression en peropératoire.



La commission en a conclu que le comportement fautif du praticien ouvrait droit à l'entière réparation des préjudices qui en découlent (y compris une tierce personne).

RHUMATOLOGIE

On recense dans cette spécialité 4 avis de CRCI (2 rejets, 1 aléa, 1 faute) et 5 décisions judiciaires (3 déboutés et 2 condamnations).

• COMPLICATION D'UNE INFILTRATION

1) Brèche durale à la suite d'une infiltration épidurale (2001)



Il survient une brèche durale lors d'une infiltration épidurale. La patiente reproche le défaut d'information sur

les complications et n'a pas pris contact avec le rhumatologue devant la survenue de céphalées persistantes qui ont été prises en charge de façon adéquate au 6^{ème} jour, et d'évolution favorable en quelques jours. Elle continue à se plaindre d'acouphènes.



Il s'agit d'une complication connue et de caractère bénin. Quant aux acouphènes, « même à supposer que ce trouble existe, il n'est pas établi qu'il trouve son origine dans la prise en charge tardive des céphalées à la suite de l'injection ».



Le lien de causalité entre le défaut d'information et le préjudice n'est pas établi. La demande est rejetée.

2) Brèche durale à la suite d'une infiltration épidurale (2002)



A la suite d'une deuxième infiltration épidurale de corticoïdes, la survenue de céphalées persistantes motive une hospitalisation cinq jours après le geste. Devant la survenue d'une diplopie, une IRM est pratiquée, confirmant le diagnostic de thrombophlébite cérébrale, d'évolution favorable (arrêt de travail de quatre mois, puis mi-temps thérapeutique pendant cinq mois).



La complication survenue (brèche durale) est « la réalisation d'un risque rare, due au caractère aveugle de l'infiltration et à la micro anatomie des foyers méningés qui peut avoir laissé l'aiguille traverser le feuillet dure-mérien ».



Cette complication n'est pas imputable à une faute, et l'avis de la Commission est en faveur d'un aléa thérapeutique à indemniser par l'ONIAM.

3) Surdité bilatérale suite à une infiltration épidurale (2003)

Le tribunal a suivi l'avis de l'expert et condamné le praticien du fait de la survenue d'une surdité brutale, bilatérale et définitive, précédée d'acouphènes après injection épidurale, l'expert ayant qualifié la survenue d'une brèche d'une « certaine maladresse »... « aux fron-

tières d'un geste maladroit et d'un aléa thérapeutique » et critiqué l'emploi d'une aiguille de 21 G, de 0,8 mm de diamètre et de 5 cm, le diamètre de l'aiguille influant de façon significative le risque de survenue de complications.

Indemnisation : 17 699 €.

4) Infection suite à une infiltration de l'épaule (2004)



Une patiente, née en 1951, s'est présentée avec une PSH droite majeure, avec épanchement, qui a bénéficié d'une ponction (claire) et d'une infiltration de corticoïdes. Une semaine après, la patiente revient avec une épaule toujours aussi douloureuse (PSH calcifiante), une deuxième infiltration est réalisée et le praticien prescrit, ou reprécrit un bilan biologique (numération, VS, CRP), ce qui est contesté. Trois semaines plus tard, malgré les anti-inflammatoires, une hydarthrose avec des douleurs en recrudescence depuis 48 heures motive la prescription d'un arthroscanner de l'épaule : compte tenu du contexte clinique et radiologique, l'arthrographie n'est pas effectuée et le scanner confirme la probable ostéoarthrite de l'épaule. Le rhumatologue prescrit une antibiothérapie (amoxicilline) en monothérapie. Il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec une CRP à 227 mg par litre, et à la réception de ces résultats, le praticien majore le traitement antibiotique en ajoutant de la Gentamicine. La patiente est hospitalisée une semaine plus tard, l'infection de l'épaule s'étant abécédée à la peau. Elle bénéficie d'une intervention pour évacuer et drainer l'infection ostéoarticulaire. Aucun germe ne sera identifié.



L'indication de cette infiltration devant une « périarthrite » post traumatique (effort important de soulèvement) est conforme. Au cours de la deuxième infiltration, la patiente semble avoir bougé, ce qui a entraîné un retrait de l'aiguille. Le rhumatologue a renouvelé l'injection avec deux ou trois points de ponction différents, sans changement d'aiguille, « ce qui ne constitue pas un usage habituel ». Lors de la suspicion d'ostéoarthrite, la mise en route d'un traitement antibiotique, en monothérapie, sans réaliser de prélèvement articulaire, n'est pas conforme. La patiente garde

une raideur invalidante de l'épaule sur le bras dominant.



La responsabilité du praticien, non contestée, a été confirmée par le tribunal qui a fixé le montant de l'indemnisation.

Indemnisation : 40 200 €.

Parmi les autres décisions, citons le rejet par une CRCI de la demande d'un patient qui se plaignait d'une algodystrophie après une chute en accident de travail. L'épicondylite du coude avait fait l'objet d'une infiltration, puis d'une chirurgie, et les suites ont été considérées comme en rapport avec l'état antérieur. Un TGI a également rejeté la demande d'un patient hospitalisé pour un saignement sur une diverticulose sigmoïdienne (décès après la chirurgie), étant considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre le quart d'ampoule de corticoïde injecté en intra articulaire dans le genou et la survenue de cette hémorragie.

• RETARD DIAGNOSTIQUE

Dans un dossier, le médecin généraliste, le rééducateur et le rhumatologue ont été condamnés par la CRCI à indemniser le préjudice d'un patient paraplégique du fait de la décompensation d'un neurinome dorsal méconnu, sur la base d'une perte de chance de 100 %. Cet avis a été contesté et l'affaire se poursuit devant les instances judiciaires.

La survenue d'une tendinopathie achilléenne bilatérale après un traitement antibiotique par quinolones prescrits par le médecin généraliste pour une otite purulente, chez un patient de moins de 60 ans sans insuffisance rénale, et dont le diagnostic a été fait avec retard par le rhumatologue consulté, n'a pas été indemnisée par le tribunal dans la mesure où les complications des fluoroquinolones et les facteurs de risque de ce traitement ont été connus postérieurement à la date des faits (1998). De plus, il n'y avait pas de lien de causalité entre le retard diagnostique de la complication et la gêne séquellaire.

• IATROGENIE

Un dossier est intéressant pour rappeler les effets secondaires possibles et graves d'une association médicamenteuse formellement contre indiquée.



Le 17 décembre, une patiente de 42 ans présente des douleurs de la main, des doigts, et des paresthésies d'apparition brutale. Elle consulte le jour même son médecin généraliste qui pense à un syndrome du canal carpien et prescrit des antalgiques et un antibiotique : du Zithromax® (azithromycine), pour des maux de gorge. Quatre jours plus tard, elle consulte de nouveau le médecin généraliste en raison d'une exacerbation des douleurs, ce qui justifie la prescription d'un anti-inflammatoire pendant une semaine sans aucun résultat. Cette symptomatologie se serait accompagnée d'une coloration bleutée des doigts. Le 28 décembre, elle consulte pour la troisième fois le médecin généraliste qui lui prescrit des antalgiques et des corticoïdes. La patiente signale que la douleur aurait été particulièrement importante, surtout la nuit, que la main aurait été gonflée et bleue, qu'elle aurait ressenti des picotements au poignet surtout lors des mouvements de pronosupination. Le 11 janvier, elle consulte un rhumatologue qui note que cette patiente souffre depuis trois semaines, sans facteur déclenchant, de douleurs cervico-scapulaires irradiant sur le membre supérieur homo latéral, extrêmement atypiques, avec une gêne permanente. La patiente est très difficile à examiner du fait de l'intensité des douleurs. Le rachis cervical est enraid, l'examen neurologique est difficile. Les radiographies montrent une cervicarthrose modérée. Il est difficile de faire la part entre une pathologie scapulaire ou une, plus vraisemblable, cervico-brachialgie. Compte tenu des manifestations curieuses, de leur intensité et de leur résistance au traitement, un bilan hospitalier est envisagé rapidement. La patiente est examinée trois jours plus tard au CHU. A l'examen clinique, la main est froide, ischémique de façon globale. Le toucher et la mobilisation de la main et de l'avant-bras sont douloureux. La patiente est adressée en consultation de chirurgie vasculaire. Un doppler montre un flux huméral mais pas de flux radial et cubital gauche. Il existe une thrombose de l'artère radiale dans son tiers moyen, l'artère humérale est grêle mais perméable. Une embolectomie en urgence, une héparinothérapie puis une thrombolyse n'éviteront pas une évolution défavorable menant à l'amputation, au tiers moyen, tiers distal de l'avant bras gauche chez une droitrière.



C'est finalement, a posteriori, l'analyse des pièces médico-légales qui permet une description et la compréhension des faits. Il faut souligner que ce praticien ne détient aucun dossier médical concernant la patiente. Le 17 décembre, lors de la première consultation, le médecin généraliste a prescrit du Seglor® (dihydroergotamine) pour des céphalées qu'aurait présentées l'intéressée. Il est impossible de déterminer avec certitude quand sont apparus les premiers signes ischémiques mais, d'après l'interrogatoire du généraliste, c'est vraisemblablement lors de la deuxième consultation en date du 21 décembre qu'aurait été constaté un aspect bleuté de la main. Ceci cadre avec l'action des dérivés de l'ergot de seigle. Par ailleurs, la patiente a également été traitée durant la même période par du Zithromax®, antibiotique appartenant à la famille des macrolides dont l'utilisation est formellement contre-indiquée lors d'un traitement par dérivés de l'ergot de seigle, comme le rappelle le Vidal qui signale dans son chapitre « interactions médicamenteuses » : « *contre indications : macrolides (sauf spiramycine) par extrapolation à partir de l'érythromycine, de la josacyne et de la clarythromycine* ». L'expert fait remarquer que pour l'azithromycine, il n'a pas été retrouvé dans la littérature ni dans la banque nationale de pharmacovigilance de cas d'ergotisme imputé à cette molécule. « *On ne peut incriminer de manière formelle l'association de ces deux molécules, d'autant plus que certains auteurs estiment que l'azithromycine serait le seul macrolide pouvant être utilisé avec les dérivés de l'ergot de seigle. Il est cependant, encore aujourd'hui, demandé d'être très vigilant et d'éviter la co-prescription de dérivés de l'ergot de seigle avec n'importe quel macrolide* ». C'est de manière formelle le Seglor® qui a été responsable du syndrome ischémique du membre supérieur gauche. Or cette molécule n'était pas indiquée dans le cas de la patiente, les seules indications retenues étant le traitement de fond de la migraine et le traitement de l'hypotension orthostatique. L'apparition d'un syndrome ischémique avec cyanose de l'extrémité aurait dû faire alerter son prescripteur sur un possible ergotisme. La procédure mise en place après le résultat de la consultation rhumatologique n'était pas adaptée à la situation car il fallait une hospitalisation rapide ; or il a uniquement été prévu par le généraliste une consultation trois

jours après, non pas dans un service d'urgence, mais de nouveau dans un service de rhumatologie du CHU. La responsabilité du médecin généraliste est engagée.

Quant au rhumatologue, ne trouvant pas d'anomalie rhumatologique évidente, il a suggéré une hospitalisation rapide, a fourni le jour-même le rapport médical à la patiente en lui demandant de consulter rapidement son praticien traitant. Celle-ci reproche le fait de ne pas avoir mis en évidence le syndrome ischémique. Il n'est pas décrit d'aspect anormal de la main dans le courrier du rhumatologue. Par ailleurs, celui-ci ayant effectué un électromyogramme de la main, il n'est pas pensable qu'il n'ait pas remarqué l'existence de troubles circulatoires distaux évidents ou de modification de la température locale. Cette ischémie s'est vraisemblablement installée progressivement par spasmes vasculaires. Le compte rendu opératoire mentionne que ce n'est que 48 heures avant l'hospitalisation qu'aurait été notée l'aggravation de la douleur avec doigts cyaniques hyperalgiques. La responsabilité du rhumatologue est écartée.

En l'absence de documents et, en particulier, d'ordonnances, sur lesquels auraient figuré conjointement les deux molécules, aucune responsabilité du pharmacien ne peut être retenue. (Le ticket « Vitale » qui a permis de retrouver la prescription de Seglor® ne mentionne pas le Zithromax®. Le médecin généraliste aurait-il donné un échantillon à la patiente ?)



La CRCI rend un avis selon lequel le généraliste doit indemniser le préjudice comportant notamment une IPP de 40 %, des besoins en tierce personne (auxiliaire de vie 2 heures par jour 7 j /7), un préjudice d'agrément et sexuel.

CARDIOLOGIE

On recense 7 avis de CRCI concernant les cardiologues (3 rejets, 1 aléa et 2 dossiers fautifs) et 7 décisions judiciaires civiles (dont 4 condamnations). Une plainte pénale s'est terminée par un non-lieu.

1) Erreur du laboratoire (1994)



Une jeune fille de 18 ans (en 1994) est hospitalisée pour une thrombose veineuse profonde du membre

inférieur droit, un déficit en protéine C est suspecté lors de la recherche de l'étiologie de cette thrombose mais les dosages en faveur de ce diagnostic sont pratiqués alors qu'elle était déjà sous traitement par antivitamines K.

Sur prescription du cardiologue, après arrêt des antivitamines K, un nouveau prélèvement à la recherche d'un déficit a été demandé à un laboratoire qui a rendu un résultat normal. Le traitement anticoagulant a donc été totalement arrêté, ce d'autant que cette patiente obèse avait d'autres facteurs de risque de maladie thrombo embolique : tabac, pilule oestroprogestative. Six mois après l'arrêt du traitement anticoagulant, la patiente est hospitalisée de nouveau en urgence à la suite d'une thrombose veineuse nécessitant une lourde intervention chirurgicale.

Un nouveau contrôle et l'enquête génétique confirment un déficit en protéine C également présent dans la fratrie et chez la mère. Le cardiologue avait été condamné in solidum avec le laboratoire à l'indemnisation du préjudice de la jeune fille.



En appel, la responsabilité du laboratoire « au titre de l'obligation de sécurité résultat » est retenue. Le laboratoire a fait valoir qu'il était établi que la prescription n'était assortie d'aucune information quant à la suspicion d'un déficit en protéine C. L'ordonnance n'a pu être retrouvée et il n'est donc pas démontré que le cardiologue avait assorti sa prescription des renseignements nécessaires à la bonne exécution et à la bonne interprétation des résultats (comme le préconise l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale). Toutefois, cet arrêté ne s'applique pas aux faits antérieurs à 1999 et aucune faute ne peut être reprochée au praticien de ce chef.

Un pourvoi en cassation est en cours.

2) Etat de choc lors d'une scintigraphie myocardique (2002)



Chez un patient de 50 ans, suivi pour une broncho-pneumopathie obstructive chronique post tabagique, il est prescrit une scintigraphie myocardique au thallium sous dipyridamole, l'épreuve d'effort tentée ne pouvant être réalisée dans de bonnes conditions. A la suite d'une complication survenue lors

de l'examen, le patient est en coma végétatif. Une plainte pénale est déposée.



Cinq rapports successifs ont été déposés. Les premiers rapports convergent pour conclure à une indication « logique » de l'examen, à une complication exceptionnelle ayant entraîné un bronchospasme et secondairement un arrêt cardiorespiratoire. La réanimation immédiatement entreprise (adrénaline, hydrocortisone) et l'appel au SAMU ont été effectués dans des conditions conformes. Une expertise se prononcera sur le fait que le laboratoire d'analyses fonctionnelles disposait des équipements requis pour procéder à ce type d'examen.

Les rapports d'expertise suivants ont trait aux contre-indications éventuelles de cet examen dans le cas précis de ce patient : il est confirmé par un expert pneumologue que même s'il prenait un traitement broncho-dilatateur, corticoïde et à base de théophylline, ce patient n'était pas un asthmatique et que si l'injection de dipyridamole est contre-indiquée de façon absolue dans l'asthme, la BPCO est une contre-indication relative imposant une attention particulière. Se référant aux indications du Vidal, l'expert estime qu'une injection d'aminophylline aurait pu être administrée au moment du choc et que l'absence de recours à ce traitement est une négligence, de même que la non prescription d'oxygène, s'il s'avérait qu'il n'en avait pas été fait usage.

L'absence de bilan prospectif de l'allergie n'est ni une négligence ni une imprudence.

Sur la nature de l'accident, on pouvait envisager deux hypothèses : un choc anaphylactique ou un bronchospasme sévère, lequel pouvait être aussi une complication du choc allergique ou avoir pour origine une inhalation suite aux vomissements constatés.

Le cardiologue responsable de l'examen faisait valoir qu'à la date des faits (2002) il n'existait aucune autre contre-indication que l'allergie au dipyridamole, que le cardiologue prescripteur ne l'avait pas informé des antécédents du patient et que le recours à l'aminophylline peut être dangereuse en cas de douleur thoracique et d'électrocardiogramme anormal (une menace d'infarctus ne pouvant être exclue dans le cas précis).

Le SAMU confirmait qu'à son arrivée, le patient était sous oxygène.



Les magistrats considèrent que c'est à tort que l'expert pneumologue s'est référé au Vidal 2005, que la contre-indication relative qu'est la BPCO n'apparaît qu'en 2004, que l'étude de la littérature antérieure aux faits fournie par le demandeur (bronchospasme et BPCO) n'est pas univoque et que l'existence d'une contre-indication relative à l'examen ne faisait pas partie des données acquises de la science à la date des faits. Ils confirment que l'indication de l'examen, la prise en charge de la complication, l'absence de bilan d'allergie, l'absence de recours à l'aminophylline ne constituent pas une négligence fautive et confirment le non-lieu prononcé à l'égard des 3 praticiens (généraliste, cardiologue prescripteur et cardiologue réalisateur de l'examen).

3) Prise en charge d'une endocardite et refus de soins (2004)



Un patient est hospitalisé dans la ville où il passait des vacances, dans un tableau amenant à la suspicion d'une endocardite selon l'échographie pratiquée le 7 janvier. Il subit dans un autre établissement des explorations complémentaires les deux jours suivants (coloscopie et fibroscopie du fait d'une anémie importante) puis exige une sortie pendant quelques jours malgré les réticences du cardiologue. Il revient néanmoins pour l'échographie transœsophagienne prévue le 12 janvier, qui confirme le diagnostic (végétations mitrales et aortiques importantes) mais part de façon précipitée de la clinique, déclarant vouloir se faire suivre à Paris, ayant des impératifs professionnels urgents et quittant la clinique sans même que le cardiologue ait eut le temps de lui remettre le compte rendu dactylographié de son examen. Il lui est remis une prescription comportant son traitement digitalo-diurétique, auquel est rajouté un anticoagulant, mais pas d'antibiotiques, aucun germe n'étant encore identifié (hémocultures non faites). Deux jours plus tard, le cardiologue soumet à une réunion multidisciplinaire le dossier du patient et écrit le 19 janvier au patient en résumant les faits à l'intention du médecin traitant.

C'est avant le rendez vous prévu avec un nouveau cardiologue que le patient est hospitalisé en urgence le 21 janvier

et décède dans un tableau d'infarctus (embol septique probable).



L'épouse du patient ne nie pas avoir été informée d'un problème cardiaque « très grave » nécessitant un rendez-vous rapide chez un cardiologue, mais sans aucune information sur une infection ou la nécessité d'une hospitalisation. Son avocat reproche une sortie sans courrier et la tardiveté du courrier résumant les faits, envoyé chez le patient. Le praticien fait valoir qu'il a fallu négocier en permanence pour convaincre le patient de la nécessité des examens, et que celui-ci ne voulait pas prendre conscience de la gravité de son état, qui lui avait pourtant été exposée. L'expert souligne que si la gravité semble avoir été comprise, l'urgence du traitement ne l'avait pas été et que tout devait être fait pour dissuader cette sortie ou pour documenter celle-ci « contre avis médical ». C'est en tenant compte de l'absence de compliance que le cardiologue devait organiser la suite de la prise en charge. Une hospitalisation s'imposait en urgence pour hémocultures et antibiothérapie ; si le patient refusait une hospitalisation sur place, un transport sanitaire était logique à destination directe d'un milieu hospitalier et aucune information n'a été donnée à ce point de vue au patient ou à l'épouse. Afin de convaincre le patient, le cardiologue aurait du lui remettre directement tous les éléments utiles à sa prise en charge et le courrier destiné au médecin traitant est trop tardif, parvenu alors que le patient était de nouveau hospitalisé. Le risque de mort et l'urgence de la prise en charge auraient du être annoncés et une sortie contre avis médical prononcée et documentée.



Le défaut de prise en charge est à l'origine d'une perte de chance de bénéficier rapidement d'un traitement adapté et d'éviter l'infarctus fatal. Des débats ont eu lieu pour quantifier cette perte de chance estimée à 20 % par la CRCI, à 80 % pour le demandeur (qui produit un avis d'expert) à 50 % pour l'expert du médecin. C'est finalement une perte de chance de 50 % que retiendra le tribunal.

Indemnisation : 27 667 €.

4) Gestion d'un traitement anti-coagulant (2005)



Une femme née en 1945 a été opérée en 1965 d'une communication inter auriculaire congénitale découverte tardivement. Entre 2000 et 2003, elle présente plusieurs épisodes de tachy arythmie complète par fibrillation auriculaire traités par un anti arythmique Flecaïne® (flécaïnide). Elle est en rythme sinusal sous ce traitement et doit être opérée d'une cholécystectomie sous coelioscopie pour une cholécystite aiguë. Elle est en rythme sinusal avant l'intervention et il est prévu de lui donner un comprimé de Flecaïne® en préopératoire. Au retour du bloc, un flutter auriculaire à conduction variable est constaté : la Flecaïne® est remplacée par une dose de charge en amiodarone associée à de la Calciparine® (héparine) en sous cutané. Ce traitement permet une réduction en rythme sinusal. Elle quitte l'établissement après trois jours d'hospitalisation, en rythme sinusal, sans aucun traitement ni anticoagulant ni arythmique mais avec un rendez-vous de consultation cardiologique un mois plus tard. Avant sa sortie, elle s'est entretenue avec le cardiologue dans un box adjacent au cabinet de consultation. Il lui a dit de ne pas prendre de Flecaïne®. Quinze jours plus tard, elle fait un accident vasculaire sylvien profond droit, d'origine embolique, responsable d'une hémiplegie gauche non régressive à l'occasion de la récurrence d'un épisode de fibrillation auriculaire.



Les experts considèrent que le risque thrombo embolique a été sous-estimé car il s'agissait d'une communication inter auriculaire opérée tardivement compliquée à distance de l'intervention de troubles du rythme auriculaire emboligènes et récidivants : arythmie complète et flutter auriculaire.

Même si un retour au rythme sinusal avait été obtenu, l'absence de prescription d'un anti arythmique et surtout d'anticoagulant au moment de la sortie de l'hôpital a été le facteur favorisant de cet accident. Cette absence de couverture préventive a favorisé le développement d'une thrombose à l'origine de l'accident neurologique 15 jours plus tard. Cette absence de prescription n'est pas conforme aux règles de l'art et a constitué

une perte de chance : après un retour en rythme sinusal, un traitement anticoagulant est recommandé dans les semaines qui suivent une régularisation. Le taux de perte de chance d'éviter la survenue d'un épisode embolique, estimé par les experts à 90 % a été contesté par un rapport critique : la patiente ne présentait aucun des facteurs de risque et son score CHADS 2 était à 0. La communication inter auriculaire n'apparaît pas comme une cardiopathie augmentant le risque d'embolie. Le fait que cette malformation ait été opérée à l'âge de 20 ans ne doit pas être considéré comme un traitement tardif car lorsque les communications inter auriculaires sont bien tolérées dans l'enfance, il est habituel de les opérer vers l'adolescence. Certes, la reprise d'un traitement anti arythmique à la sortie aurait certainement diminué le risque de récurrence d'un trouble du rythme auriculaire, mais la protection apportée par le traitement est incomplète, plus encore après un épisode de flutter que de fibrillation auriculaire. La réduction du risque de récurrence apportée par le traitement anti arythmique peut être estimée à environ 20 % à 30 %. Le traitement anticoagulant aurait diminué le risque de 60 à 70 %.

Une transaction est proposée sur cette base.

5) Accident vasculaire cérébral après coronarographie (2005)



Une patiente âgée de 73 ans est porteuse d'une cardiopathie hypertrophique hypertensive avec coronaropathie. Une première coronarographie en 1997 avait révélé des lésions non significatives sur la coronaire droite et un traitement médical avait été mis en place. Elle consulte en raison d'un trouble du rythme cardiaque à type de fibrillation auriculaire (traitement antiarythmique et anticoagulant). Six mois plus tard, elle présente un angor d'effort d'apparition récente : après examen clinique et échographie cardiaque, une coronarographie est prévue. L'arrêt des anticoagulants est décidé avant la réalisation de cet examen. Avant la coronarographie, l'état clinique est identique. L'électrocardiogramme montre une fibrillation auriculaire lente. La coronarographie, sans incident, par ponction fémorale, met en évidence des lésions bi tronculaires sévères qui relèvent d'une indication d'angioplastie. Un quart

d'heure après l'examen apparaît une aphasie sans trouble moteur évident, puis une hémiparésie droite massive. Le scanner cérébral effectué immédiatement est normal. Un scanner cérébral à distance confirmera un infarctus dans le territoire de la cérébrale antérieure, une lacune du noyau caudé et para ventriculaire gauche.



L'indication de la coronarographie était tout à fait licite et il n'y a pas eu de faute lors de la réalisation de cet examen ni retard au traitement de la complication immédiatement prise en charge. Il n'y a pas de trace dans le dossier d'un consentement éclairé signé par la patiente. L'hémiparésie est la conséquence de l'acte médical.

Un complément d'expertise a été demandé à l'expert sur la gestion du traitement anticoagulant lors du geste. Il est confirmé que le cardiologue a bien arrêté l'antivitamine K et qu'avant la coronarographie, la coagulation était normale, cinq jours après l'arrêt de l'antivitamine K. L'expert estime que dans le cas de cette patiente, le risque thrombotique de l'arrêt du traitement pouvait être considéré comme intermédiaire car il s'agissait d'une patiente en fibrillation auriculaire depuis cinq mois, porteuse d'une coronaropathie avec fuite mitrale de grade 2 et âgée de plus de 65 ans. Un traitement par Héparine de bas poids moléculaire aurait dû être prescrit dès le lendemain de l'arrêt du Previscan® (fluindione) avec arrêt la veille de la réalisation de la coronarographie. On peut discuter de l'opportunité de cette injection la veille de la coronarographie dans l'hypothèse d'une embolie à point de départ auriculaire. Dans le compte rendu de l'échographie trans thoracique pratiquée avant la coronarographie, il n'est pas mentionné d'anomalie (thrombus) concernant l'oreillette.

L'expert conclut que l'hémiparésie peut être, soit la conséquence de la coronarographie (50 %), soit la conséquence d'une migration embolique due à la fibrillation auriculaire et à l'absence de relais par anticoagulant (50 %). Suite au pré rapport d'expertise déposé, des observations seront adressées à l'expert : il lui sera rappelé qu'il s'agissait d'une patiente insuffisante rénale (créatinine 17 mg/L) ce qui posait un problème pour la prescription d'HBPM, et que

dans le cas de figure de cette patiente, il existait deux écoles : soit un arrêt de courte durée des anti vitamines K avec reprise immédiate du traitement anticoagulant juste après le geste, soit un arrêt du traitement anticoagulant quatre à cinq jours avant le geste et relais par Héparine jusqu'au jour de l'acte invasif. La tendance actuelle est plutôt de ne pas faire de substitution lorsque l'interruption est inférieure à 8 jours. Il est important de rappeler que l'efficacité de l'anticoagulant lors de la fibrillation auriculaire n'est que de 60 à 70 %. L'accident vasculaire cérébral ayant été diagnostiqué au décours immédiat de la coronarographie, la chronologie plaide en faveur d'une complication aléatoire du geste pratiqué.

Ces remarques seront entendues par l'expert qui a estimé que le relais par Héparine n'était pas impératif et que la non prescription de celui-ci ne constituait pas une faute médicale. Effectivement, l'insuffisance rénale contre-indiquait une Héparine de bas poids moléculaire. Une injection d'Héparine calcique aurait pu être faite la veille de l'intervention mais il est peu probable que cette injection ait modifié quoi que ce soit dans l'hypothèse d'une embolie à point de départ auriculaire. Il confirme que la gestion de l'accident vasculaire cérébral a été conforme aux données de la science (traitement par Héparine, seule thérapeutique envisageable compte tenu du contexte).

L'expert a modifié son rapport la répartition entre les deux hypothèses formulées et indiqué qu'il pouvait s'agir d'un accident de la coronarographie (pour 95 %), la responsabilité d'un accident dû à la fibrillation auriculaire étant bien moins importante (pour 5 %).



La CRCI confie 95 % de l'indemnisation de la patiente à l'ONIAM au titre de l'aléa médical.

La responsabilité d'un cardiologue a également été retenue dans les dossiers suivants :

- retard de diagnostic de phlébite (responsabilité de l'urgentiste) et prise en charge jugée non optimale par le cardiologue alors qu'il existait une embolie pulmonaire qui a entraîné le décès :
- accident vasculaire cérébral à la faveur d'un relais anti coagulant chez une

patiente porteuse d'une cardiopathie mitrale en arythmie complète (relais anticoagulant mal géré - responsabilité des anesthésistes)

- retard de diagnostic de quelques jours d'un infarctus du myocarde (anomalie minime à l'électrocardiogramme incorrectement interprétée par le cardiologue)
- suite au décès d'un patient immédiatement après un transfert en centre de rééducation qui n'aurait pas dû être autorisé du fait d'une aggravation de la symptomatologie dans les heures précédant sa sortie (contexte d'hématome pariétal aortique) alors qu'il n'avait pas été examiné depuis 36 h (perte de chance de survie de 20 % - responsabilité du cardiologue impliqué

dans sa prise en charge retenue à 50 % - responsabilité de l'anesthésiste et d'un autre cardiologue également retenue)

- retard de diagnostic d'un phœochromocytome : condamnation lors d'un jugement antérieur confirmée en appel.

Dans cinq affaires, les patients ont été déboutés ou la demande a été rejetée (procédures civiles ou avis de CRCI) mettant en cause :

- un défaut de surveillance d'une cardiomyopathie pendant la grossesse chez une femme qui a subi ultérieurement une transplantation
- survenue d'une cécité par thrombose de l'artère centrale de la rétine 9 jours après une coronarographie (pas de lien de causalité avec le geste, accident

vasculaire cérébral ischémique ancien au scanner)

- complications hémorragiques avec décès d'un patient des conséquences d'un choc hémodynamique réfractaire par hématome sous anticoagulant rétro péritonéal, psoas et iliaque après pose d'un pace maker, la prise en charge des complications d'un remplacement valvulaire (4 autres praticiens impliqués) associé à un pontage aorto coronarien ayant entraîné le décès.

Enfin, une Cour d'appel a infirmé un jugement défavorable prononcé en 2004 concernant la prise en charge d'une jeune fille dans un contexte de thrombophilie.

Bulletin d'abonnement
2010

Décembre 2009

Oui, Je m'abonne pour l'année 2010, 4 numéros

Je joins à mon bulletin d'abonnement **mon règlement à l'ordre des Editions du GAMM**

- 45 € TTC** Tarif institutions (avocats - facultés - hôpitaux)
- 35 € TTC** Tarif individuel
- 25 € TTC Tarif réservé aux sociétaires du Sou Médical et de la MACSF assurés en RCP**
- Je souhaite recevoir une facture acquittée

Date

N° Sociétaire

Société/profession

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél Fax

e-mail

Coupon à retourner à : *Responsabilité* - Le Sou Médical - Groupe MACSF - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX

Responsabilité
Décisions de Justice - Supplément

Responsabilité
Civile Professionnelle
+ Protection Juridique



On peut être
un médecin très pro
et exercer
l'esprit léger.

**Des garanties professionnelles
sur mesure pour une protection optimale.**

Avec la Responsabilité Civile Professionnelle et la Protection Juridique du Sou Médical,
vous bénéficiez de la compétence des médecins conseils et juristes.

En cas de litige, nous vous apportons l'assistance, le soutien et le conseil
indispensable pour définir une stratégie de défense ainsi que les garanties
financières nécessaires.



SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ASSURANCES
ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

www.macsfr

☎ 3233* ou 01 71 14 32 33

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible
d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.



M. A. C. S. F

Notre vocation, c'est **VOUS**

Mutuelle Assurance Epargne Financement

LE SOU MEDICAL - 784 394 314 RCS Nanterre - Société médicale d'assurances et de
défense professionnelles - SAM - Entreprise régie par le code des assurances - Siège Social :
Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 Puteaux - Crédit photos : Steve Hiett - **CGPais**

