

# Responsabilité

Décisions de justice

Supplément au numéro 37

Décisions de justice 2008

## Analyse des décisions civiles, pénales et de CRCI ayant entraîné en 2008 la condamnation de médecins généralistes et de médecins urgentistes

Cette analyse porte sur l'année 2008 afin d'être au plus près de l'actualité juridique et fait suite au rapport sur les décisions de justice rendues en 2008 concernant des médecins sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF<sup>1</sup>.

Catherine LETOUZEY\*, Nicolas GOMBAULT\*\*

### SOMMAIRE

#### MÉDECINS GÉNÉRALISTES

<b>CRCI</b> .....	p 2
<b>Fautes</b>	
Retard diagnostique de méningite et d'antibiothérapie en urgence	
Retard diagnostique d'un AVC	
Retard diagnostique d'une endocardite et traitement corticoïde inadapté	
Gestion d'un traitement anticoagulant	
<b>Rejets</b>	
Retards diagnostiques et/ou contestation de prise en charge de cancers	
Retards diagnostiques de maladies rares	
Pathologies cardiovasculaires probables ou certaines	
Infections	
Urgences viscérales	
Défaut de transmissions de résultats d'examens	
Iatrogénie	
<b>DÉCISIONS CIVILES</b> .....	p 7
<b>Diagnostic et prise en charge de tumeurs, de cancers</b>	
Déboutés	
Condamnations	
<b>Iatrogénie médicamenteuse</b>	
Déboutés	
Condamnations	
<b>Pathologies cardiovasculaires</b>	
Déboutés	
Condamnations	

<b>Prise en charge d'infections</b>	
Déboutés	
Condamnations	
<b>Certificats</b>	
Responsabilité de l'établissement seule retenue	
<b>Prise en charge et retard de diagnostic d'affections diverses</b>	
Déboutés	
Condamnations	
<b>DÉCISIONS PÉNALES</b> .....	p 18
Relaxes	
Condamnations	

#### MÉDECINS URGENTISTES

<b>CRCI</b> .....	p 20
<b>Fautes</b>	
<b>Rejets</b>	
<b>DÉCISIONS CIVILES</b> .....	p 21
Déboutés	
Condamnations	
<b>DÉCISIONS PÉNALES</b> .....	p 21

#### MÉDECINS RÉGULATEURS

<b>Relaxes</b> .....	p 22
<b>Condamnations</b>	

#### INTERNES

<sup>1</sup> Le risque des professions de santé en 2008 – Responsabilité hors-série ; décembre 2009 : 24-37

\*Médecin conseil, Le Sou Médical – Groupe MACSF –

\*\* Directeur général, Le Sou Médical – Groupe MACSF

Les CRCI<sup>2</sup>

Les CRCI ont rendu 31 avis, dont 25 de rejet et 6 de faute concernant des médecins généralistes.

Fautes

Les dossiers fautifs concernent un retard diagnostique d'une hépatite C chez un toxicomane (le diagnostic étant fait au stade de carcinome hépatique : perte de chance d'éviter le décès estimée à 10%) et de métastases osseuses multiples (absence d'examens complémentaires pendant 3 mois chez une femme ayant des antécédents de cancer du sein, indemnisation des souffrances endurées).

Citons également les cas suivants :

1) Retard diagnostique de méningite et d'antibiothérapie en urgence (2007)



Une jeune fille de 17 ans se plaint de douleurs abdominales, de nausées et de céphalées. La température n'est pas prise.

Vers 22h apparaissent des tremblements, et elle prend alors un gramme de paracétamol. Le lendemain matin, sa mère appelle le médecin traitant qui prévoit une visite à domicile dans l'après-midi, évoque une appendicite, conseille de renouveler le paracétamol et en cas d'aggravation, d'emmener la jeune fille aux urgences. A 16h, la jeune fille est agitée et se plaint de douleurs diffuses. Rappelé, le médecin promet de venir dès la fin de ses consultations. A l'examen, vers 17h45, il diagnostique une appendicite et l'adresse aux urgences de l'hôpital le plus proche. La patiente est immédiatement reçue par l'urgentiste, qui confirme le diagnostic ou du moins la suspicion d'appendicite, et décide un transfert à la clinique proche où un chirurgien de garde est présent. L'abdomen est sensible, il existe un psôittis et une douleur de l'hypocondre droit. La bandelette urinaire est négative, la CRP est à 160 mg. La numération montre une hyperleucocytose à 22 800 globules blancs, avec 80 % de polynucléaires. La jeune fille quitte l'hôpital à 21h20, arrive à la clinique à 21h45. Elle est examinée par un urgentiste qui note qu'elle est couchée en chien de fusil et se plaint de photophobie. Elle est

opposante à l'examen clinique qui met en évidence une raideur de la nuque. La température est à 39°C, elle vomit. Vers 22h, l'état clinique s'aggrave. Elle fait probablement une crise convulsive, suivie d'un coma post-critique. Le SAMU est appelé vers 22h40 et le régulateur envoie une ambulance pour le transfert aux urgences du CHU. L'ambulance arrive vers 23h10, et d'après la famille, l'ambulancier aurait refusé de la prendre en charge du fait de son état alarmant. Sur l'insistance du père, le transfert a lieu. La patiente est admise aux urgences puis en réanimation à 23h45 où elle est intubée et ventilée. Le scanner ne révèle pas de lésions focales. Le diagnostic de méningite purulente est confirmé par une ponction lombaire et la patiente reçoit immédiatement une antibiothérapie. Elle décède le lendemain dans un état de choc avec une défaillance multiviscérale secondaire à une méningococcémie associée à la méningite purulente à méningocoque.



L'expert note que l'examen du médecin généraliste s'est limité à l'abdomen, qu'il y a une absence de traçabilité sur l'examen neurologique pratiqué aux urgences de l'hôpital, mais il reproche surtout l'attitude attentiste de l'urgentiste à la clinique alors que le tableau était typique d'une méningite. L'état fébrile et l'apparition de convulsions justifiaient, avant même la ponction lombaire, l'administration d'une antibiothérapie probabiliste compte tenu de la possibilité d'une méningite bactérienne et de la fréquence à cet âge du méningocoque et du pneumocoque. Il relève que la mortalité d'une infection méningococcique associant méningite et méningococcémie sans purpura fulminans est habituellement inférieure à 10 % avec un traitement antibiotique adapté et précoce.

Le décès a été favorisé par le retard de diagnostic, par le caractère incomplet du tableau clinique initial et la focalisation de l'attention des deux premiers praticiens sur les douleurs abdominales, les nausées et les vomissements. Un interrogatoire et un examen clinique plus détaillés et plus complets auraient peut être permis d'évoquer d'autres hypothèses, dont celle d'un syndrome méningé car il existait déjà, outre le syndrome infectieux, des céphalées, une asthénie intense et des myalgies diffuses.



La CRCI partage la responsabilité entre les deux premiers intervenants : perte de chance de 90 %

d'éviter l'évolution fatale partagée entre l'urgentiste des urgences hospitalières (80 %) et le médecin généraliste (20 %). La responsabilité de l'urgentiste de la clinique, pourtant dans la cause, n'est pas évoquée. L'assureur du médecin généraliste oppose un refus d'offre d'indemnisation.

2) Retard diagnostique d'un accident vasculaire cérébral : absence d'examen complémentaire (2007)



Une femme née en 1936 commence à se plaindre en janvier 2006 de douleurs pulsatiles du « côté droit de la tête » avec

une impression de surdité et de « bruits » au niveau de l'oreille droite. Le médecin généraliste l'adresse en consultation à un ORL pour « bilan d'otalgie droite avec acouphènes ». Celui-ci diagnostique une presbycusie et prescrit un traitement symptomatique pour un mois, traitement qui sera renouvelé du fait de la persistance des symptômes. Elle revoit le médecin généraliste, qui conclut à un dysfonctionnement tubaire bilatéral compte tenu des observations de l'ORL.

L'évolution est marquée par une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, et le médecin généraliste note « impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche, symptomatologie atypique : scanner cérébral de sécurité, envisager électromyogramme puis consultation en neuro ».

La patiente présentait dans ses antécédents une intervention pour varices, une arthrose du genou, un traumatisme crânien en 2005, un syndrome dépressif traité, et elle avait bénéficié d'un doppler des troncs supra aortiques qui avait mis en évidence une plaque calcifiée des deux bifurcations carotidiennes, (examen prescrit semble t-il à la suite d'une consultation ophtalmologique). Il n'y avait pas de sténose hémodynamiquement significative sur les axes explorés. Le médecin généraliste n'a pas eu connaissance de cet examen.

Le scanner est pratiqué les jours suivants. Le compte rendu signale la présence d'un micro nodule sur les coupes sans injection. La radiologue conseille de compléter l'examen par une IRM qui est prescrite et dont le rendez-vous est prévu pour le 28 avril. Un électromyo-

<sup>2</sup> Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation

gramme est strictement normal. Le 22 mars, la patiente constate que son visage est asymétrique et qu'elle a du mal à fermer l'œil gauche. Elle consulte le médecin généraliste qui note dans son fichier informatique « *paralysie faciale gauche a frigore vraisemblable. A revoir dans 10 jours par sécurité, occlusion palpébrale si besoin* ».

A son domicile, le 28 mars, la patiente se rend compte qu'elle ne peut plus bouger la jambe gauche. Son époux appelle le médecin généraliste vers 8h30. Celui-ci constate une hémiparésie gauche et adresse la patiente à l'hôpital où elle arrive à 13h aux urgences. L'examen met en évidence « *un déficit complet du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche associé à une paralysie faciale gauche et une déviation du regard vers la droite* ». Le scanner montre une hypodensité temporo pariétale droite évoquant un accident vasculaire ischémique du territoire sylvien. Elle est adressée aux urgences neurovasculaires du centre hospitalier, où elle arrive à 19h30 : un traitement est alors institué, comportant du Lovenox® (enoxaparine sodique) et du Kardegic® (acide acétylsalicylique). Le 29 mars, un échodoppler des vaisseaux du cou met en évidence un thrombus extensif de la carotide interne droite, et une IRM avec angio IRM est pratiquée le 12 avril, montrant une thrombose complète de la carotide interne droite. Il n'y a pas d'indication chirurgicale. La patiente regagne son domicile 3 mois plus tard.

Elle garde les séquelles d'une hémiparésie gauche prédominant au membre supérieur.

Elle arrive à faire quelques pas avec une canne mais reste le plus souvent en fauteuil et il n'y a pas de récupération du membre supérieur. Elle a besoin d'aide pour s'habiller, manger, faire ses courses et a une auxiliaire de vie 4 heures par jour.



L'expert considère que lorsque la patiente a consulté son médecin généraliste en janvier, il était logique que celui-ci l'adresse à un ORL qui a recherché une cause locale. Lorsque le 1<sup>er</sup> mars, elle a consulté pour une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, dans la mesure où le déficit n'était pas complet et où sa survenue n'était pas brutale, où il était semblé t-il isolé, le médecin a demandé un scanner. Celui-ci mettait en fait en évidence des

lacunes vasculaires. Le fait que le radiologue n'ait pas signalé ces images et que le médecin généraliste ne les ai pas vues ne constitue pas une perte de chance pour la patiente, car ces signes étaient très discrets et difficilement interprétables.

Lorsqu'une paralysie faciale apparaît le 22 mars, il aurait fallu associer les signes et évoquer une cause neurologique vraisemblablement vasculaire, compte tenu de la brutalité de l'apparition de la paralysie faciale, et adresser la patiente en urgence à l'hôpital.

Le retard diagnostique constitue une perte de chance d'éviter à la patiente l'apparition d'une hémiparésie complète, perte de chance qui peut être chiffrée à 50 % car, compte tenu de la thrombose de la carotide interne qui était en train de se constituer, une prise en charge plus rapide n'aurait pas obligatoirement changé de façon certaine l'évolution. La prise en charge à l'hôpital est conforme aux règles de l'art.



La commission se déclare compétente et suit l'avis de l'expert déclarant responsable le médecin généraliste du fait de cette erreur de diagnostic à hauteur de 60 %.

### 3) Retard diagnostique d'une endocardite, traitement corticoïde inadapté (2008)



Une patiente de 55 ans a des antécédents importants : pose d'une valve mécanique aortique en 1979, pose d'une valve mécanique mitrale et plastie de la valve tricuspide ainsi qu'une implantation de pacemaker en 2004. Cette femme obèse (102 kg pour 1,60 m) a une fibrillation auriculaire chronique et prend un traitement par antivitamines K, anti-arythmique et IEC.

Du fait d'une pathologie veineuse, elle est adressée à un angiologue en 2004 qui envisage un traitement chirurgical de varices des membres inférieurs, mais l'intervention n'a pas lieu du fait de la chirurgie cardiaque. Les oedèmes liés à l'insuffisance cardiaque ont régressé. En 2006, elle consulte à nouveau l'angiologue, puis un chirurgien au CHU pour des varices du territoire saphène interne bilatéral, et il est décidé d'intervenir. L'intervention comporte une ligature de la perforante et la technique de Müller au niveau des veines de jambe gauche et à droite, une crossectomie de la saphène interne.

L'hémostase difficile sous HBPM, n'a pas permis de réaliser le programme décidé. En particulier, l'éveinage et les problèmes d'hémostase ont conduit à un élargissement de la cicatrice au pli de l'aîne droite. Une antibioprofylaxie par vancomycine est administrée avant l'incision. A la sortie, à J 2, des soins infirmiers sont prescrits au domicile. A J 11, l'infirmière note que la cicatrisation est mauvaise au niveau de l'aîne. En quinze jours, la patiente consulte trois fois son médecin généraliste pour des douleurs persistantes de l'aîne, puis pour des douleurs cervicales, dorso lombaires, des céphalées qui amènent le médecin généraliste à prescrire des antalgiques puis une corticothérapie pendant 5 jours.

Une consultation était prévue auprès du chirurgien vasculaire à un mois de la chirurgie, mais elle n'a pas eu lieu. Une aggravation motive une hospitalisation au centre hospitalier, où est porté le diagnostic d'endocardite mitrale due à un staphylococcus aureus sensible à la Mécicilline.

Il existe des lésions cutanées purulentes du scarpia. Le scanner cérébral révèle une hémorragie prépontique et deux hématomas intra parenchymateux dans un contexte de troubles de la coagulation (INR à 15) (localisations infectieuses cérébrales). La sévérité du choc septique et l'apparition d'une défaillance multi-viscérale conduisent au décès 48 heures plus tard.

La famille de la patiente reproche notamment une absence d'information sur les objectifs et les risques de l'intervention veineuse et l'absence de surveillance de la cicatrice par le médecin traitant (ce qu'il conteste).



Les experts estiment que compte tenu du contexte, les risques de l'intervention étaient très élevés, aussi bien sur le plan infectieux que du fait des risques de complications thrombotiques et/ou hémorragique, et regrettent que le chirurgien n'ait pas pris contact avec le chirurgien cardiaque qui avait antérieurement opéré la patiente à plusieurs reprises. Ils reprochent également aux autres professionnels de santé impliqués (dont le médecin traitant) de ne pas être intervenus pour évaluer le rapport bénéfice/risque.

Ils considèrent qu'il y avait une alternative à la chirurgie (l'abstention), et que l'intervention n'était pas justifiée en l'absence de troubles veineux

importants et de complications locales. L'antibioprophylaxie par vancomycine (1g, 15 mn avant l'incision) a été utilisée de façon inadéquate (temps de perfusion et délai par rapport à l'incision).

Les experts reprochent la mauvaise coordination entre le médecin traitant et l'infirmière : le médecin traitant n'a pas été attentif à la surveillance de la plaie et à l'apparition de signes infectieux. Il n'a pas de dossier médical. Pendant la période de suivi, il n'y a pas eu de prise de température, et un traitement par corticoïdes a été prescrit. La patiente est décédée d'un sepsis sévère dont la porte d'entrée est une infection du site opératoire.



La responsabilité du médecin généraliste est engagée à hauteur de 10%, celle du chirurgien hospitalier et de l'établissement pour 90 %.

Le grief le plus grave retenu à l'encontre du généraliste est la prescription de corticoïdes « dont il y a lieu de dénoncer le caractère particulièrement inadéquat ».

#### 4) Gestion d'un traitement anticoagulant (2008)



Une femme de 89 ans retourne à son domicile après la prise en charge d'une fracture du col fémoral le 18 juillet 2007,

toujours sous anticoagulants pour sa fibrillation auriculaire.

Le traitement associe également plusieurs médicaments cardiovasculaires et anti diabétique (HTA, cardiopathie ischémique).

Lors de la visite au domicile du 20 juillet, le médecin traitant établit une nouvelle ordonnance avec 3/4 de comprimé (augmenté d'1/4) de Previscan® (fluindione) et un INR régulier tous les quinze jours pendant six mois. Le dernier INR du 26 mai est à 1,13. L'INR du 28 juillet est à 8,74. Une conversation téléphonique entre le médecin généraliste et la patiente a lieu le jour des résultats et le médecin généraliste prescrit, lors d'une nouvelle visite à domicile, l'arrêt du Previscan® pour le jour même et le lendemain, puis la reprise du traitement à la dose d'un demi comprimé, et recommande un nouveau dosage d'INR une semaine plus tard.

Le médecin part en vacances le 30 juillet et son remplaçant revoit la patiente en consultation le 3 août. Celui-ci, sans avoir vu le dernier résultat d'INR pour établir sa prescription, renouvelle le

Previscan® (1 comprimé et demi par jour), la patiente ne disposant plus de médicaments selon ses dires. Quelques jours plus tard, elle présente des épistaxis (INR à 10), et est hospitalisée dans un tableau d'hémorragie digestive responsable d'une anémie aiguë. Elle décède en cours d'hospitalisation.



Le rapport d'expertise ne retient aucune faute à l'encontre du premier médecin qui a parfaitement géré le traitement anticoagulant, et prévu un relais par son remplaçant.

La responsabilité du remplaçant est retenue : il n'a pas pris connaissance de l'INR du 28 juillet, a renouvelé le traitement à une posologie excessive, et contrôlé tardivement l'INR.



En contradiction totale avec le rapport d'expertise, la CRCI retient la responsabilité conjointe des deux praticiens : elle reproche au premier médecin généraliste d'avoir augmenté la posologie des antivitamines K le 20 juillet sans disposer d'un INR suffisamment récent, et d'avoir suspendu le traitement durant seulement deux jours.

De plus, avoir prescrit un nouveau dosage d'INR huit jours plus tard, au-delà de son départ en congés, était tout à fait inapproprié : le résultat était suffisamment alarmant pour assurer un suivi plus étroit.

### Rejets

#### RETARDS DIAGNOSTIQUES ET/OU DE CONTESTATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CANCERS (5)

Retard diagnostique allégué de cancers du colon (2) ou prise en charge jugée inadéquate de cancer du pancréas, du rectum du fait d'une évolution défavorable ou des complications de leurs traitements (3).

#### RETARDS DIAGNOSTIQUES DE MALADIES RARES (4)

Hépatite fulminante herpétique. Cryoglobulinémie révélée par un purpura dans un contexte d'hépatite C évoluant vers une insuffisance rénale et le décès (le retard reproché à l'hospitalisation n'a pas entraîné de perte de chance de survie compte tenu de l'état antérieur).

Possible maladie de LYME chronique dans un contexte d'asthénie.

Cavernome dorsal qui s'est compliqué d'une paraplégie par hématome un mois après une chute de vélo sans conséquence (coïncidence).

#### PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES PROBABLES OU CERTAINES (5)

Consultation pour malaise suivie le jour même d'un arrêt cardiaque et du décès. Consultation pour douleur épigastrique précédant la survenue d'un arrêt cardiaque avec décès le même jour d'un homme de 46 ans.

Consultation en urgence pour douleur thoracique atypique précédant la survenue 2 jours plus tard d'un infarctus myocardique chez un homme de 38 ans qui a pu bénéficier d'une fibrinolyse.

Citons également dans cette catégorie :

#### 1) Prise en charge insuffisante de facteurs de risques vasculaires (2007)



Un patient né en 1943 est suivi pour une hypertension artérielle connue depuis 1985. Du fait des difficultés à équilibrer le

traitement car le patient avait toujours une pression diastolique élevée (entre 90 et 100 mm de Hg) en situation de stress ou des effets secondaires des médicaments, ce traitement (bithérapie) sera à plusieurs reprises modifié entre 1985 et 1995. En 2000, les chiffres tensionnels s'étant améliorés, seul un bêta bloquant est poursuivi avec une tension artérielle à 140/80 mm de Hg deux mois avant l'accident cérébral. Dès 1992 existe une surcharge pondérale (93 kg pour 1,74 m) associée à une glycémie élevée. En 2005, le poids est de 102 kg (IMC supérieur à 32). En 2004 a été diagnostiquée une hémorragie cérébrale temporo pariétale nécessitant une intervention en urgence afin d'évacuer l'hématome et dans les suites, il a présenté de multiples complications de réanimation. Il reste hémiparétique.

Le patient reproche à son médecin traitant de ne pas l'avoir suffisamment informé sur les risques de l'hypertension qu'il présentait, de ne pas l'avoir incité à perdre du poids et de ne pas lui avoir « interdit de faire des pompes », l'accusant d'être ainsi responsable de la survenue d'un accident vasculaire cérébral hémorragique.



Les experts n'ont pas manqué de remarquer la longueur du suivi par le même médecin généraliste (20 ans) et ont

confirmé que la prise en charge avait été satisfaisante et l'accident imprévisible.



La CRCI rend un avis de rejet.

## 2) Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral : responsabilité de l'hôpital (2007)



Un homme de 33 ans téléphone à son médecin généraliste du fait de l'apparition de troubles visuels à type de flou, de nausées transitoires et de céphalées alors qu'il circulait à vélo pour se rendre à son travail. Le médecin généraliste lui fixe un rendez-vous dans l'après-midi. Vers 16h, les troubles se sont quelque peu estompés, les céphalées sont moins intenses et l'examen neurologique, dont l'existence et la minutie sont confirmées par le patient, est normal. Le médecin généraliste prescrit un traitement symptomatique.

Vers 20h, en se relevant d'un fauteuil, il tombe du fait d'un déficit d'un membre inférieur droit. Il n'a pas perdu connaissance mais dit qu'il a ressenti « des convulsions ».

Il garde le souvenir de son transfert par les pompiers vers l'hôpital où il arrive à 20h20 : il est examiné par le médecin senior des urgences, neurologue. Celui-ci rappelle l'histoire du patient qu'il décrit « comme un peu lointain ». Il repère la notion d'un épisode fébrile récent et transitoire (température normale aux urgences) au retour d'un voyage en Afrique. Il évoque une pathologie cérébrale diffuse, les symptômes à type de troubles visuels bilatéraux et de vertiges ne pouvant être mis sur le compte d'une atteinte carotidienne mais évoquant plutôt une atteinte postérieure. Il réalise une ponction lombaire (liquide clair), un scanner (normal). Il est mentionné sur l'observation à 22h que le patient n'a pas de céphalées, pas de désorientation, pas de trouble du langage mais qu'il est endormi. Il existe une hémiparésie brachio-céphalique incomplète droite avec une dyscinésie du membre supérieur droit, une paralysie faciale centrale.

En plus des examens déjà faits, il est demandé un électroencéphalogramme et une IRM pour le lendemain.

L'hypothèse infectieuse émise par l'urgentiste se trouve renforcée par l'existence d'une température élevée (38°4) le lendemain matin. De nombreuses sérologies sont demandées, un traitement

anti-herpétique est institué, et le patient est transféré en réanimation.

L'IRM montre un accident ischémique sylvien gauche profond et superficiel. Le doppler montre une probable occlusion complète de la carotide interne gauche sans qu'il soit possible d'écarter une dissection. Celle-ci sera confirmée ultérieurement.

Un traitement anticoagulant est mis en route en réanimation après la réalisation de l'IRM.

Le patient garde des séquelles, notamment une impotence totale du membre supérieur droit, il marche avec une canne et a repris un travail (fonctionnaire) à mi-temps.



Les experts ne reprochent pas au médecin généraliste de ne pas avoir évoqué un diagnostic d'accident vasculaire cérébral, difficile à poser au moment où il a examiné le patient. Lorsqu'il s'est présenté aux urgences du CHU, il présentait un déficit neurologique évident et le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ne semble pas cependant avoir été évoqué en première hypothèse. Certes, il a été fait une ponction lombaire et un scanner cérébral qui n'ont pas montré d'anomalie, mais un scanner cérébral peut être parfaitement normal à la période initiale d'un accident vasculaire cérébral et ne permet pas d'éliminer le diagnostic. Tout n'a donc pas été mis en œuvre pour éliminer un tel diagnostic en urgence.

Le diagnostic n'a été fait que le lendemain après-midi : une IRM plus précoce et une échographie des troncs supra-aortiques auraient certainement permis de poser plus précocement le diagnostic d'accident vasculaire ischémique par dissection carotidienne.

A l'époque des faits (2005), le CHU ne disposait pas d'unité neurovasculaire. Après 18h, l'IRM cérébrale et l'échographie n'étaient plus disponibles, aussi bien pour les urgences médicales que pour les urgences neurochirurgicales. La non-availability de ces examens dans un délai bref témoigne de l'impossibilité d'une prise en charge suffisante de patients présentant ce type de pathologie. Faire un diagnostic plus précocement n'aurait peut-être pu changer significativement l'évolution des choses sur le plan clinique.

Il y avait des contre-indications formelles au traitement thrombolytique (troubles de la vigilance, délai écoulé entre l'apparition des premiers signes vers 8h30 le matin et la prise en charge hospitalière vers 20h).

En ce qui concerne les anticoagulants, la prescription n'est pas couramment admise, notamment lorsqu'il existe des troubles de la vigilance.

Il est donc difficile de savoir si d'éventuelles mesures thérapeutiques appropriées auraient pu donner plus de chance de voir les troubles neurologiques régresser, au moins partiellement. « On ne peut éliminer qu'un traitement anticoagulant précoce aurait peut-être permis une réperméabilisation vasculaire et peut-être une discrète récupération. Ceci ne peut cependant pas être affirmé et on ne peut pas non plus exclure que les anticoagulants n'auraient pas entraîné une complication qui aurait dès lors aggravé l'état de l'intéressé ».



La CRCI confirme l'absence de responsabilité du médecin généraliste mais retient la responsabilité du CHU pour « dysfonctionnement fautif dans l'organisation du service public hospitalier du fait d'une erreur diagnostique fautive de ce senior neurologue ». La perte de chance est estimée à la hauteur de 50 %.

## INFECTIIONS (3)

Epidurite infectieuse chez une patiente vue une seule fois en consultation 4 jours auparavant pour cervicalgies.

Décès d'une pneumopathie à pneumocoques d'un enfant de 4 ans vu deux fois à un jour d'intervalle avec un tableau banal par le généraliste, puis par un pédiatre avant une aggravation brutale motivant l'hospitalisation en urgence.

Dans la 3<sup>ème</sup> affaire, c'est le chirurgien qui a été reconnu fautif pour un calcul enclavé dans un climat fébrile révélé par une crise de colique néphrétique et hospitalisé à 3 h du matin. Le fait de ne pas administrer des antibiotiques après les prélèvements a été estimé non-conforme, le diagnostic étant posé, et l'intervention prévue pour le lundi. La patiente a fait un choc septique grave à E Coli avant la montée de sonde et a gardé des séquelles trophiques des extrémités : perte de chance de 50%.

## URGENCES VISCÉRALES (2)

Retard diagnostique d'une invagination intestinale (perte d'informations car plusieurs intervenants, diagnostic difficile devant des douleurs abdominales chez une jeune fille ayant déjà consulté aux urgences, avec une échographie abdominale normale).

Perforation d'un ulcère gastrique et décès chez un patient qui avait dissimulé sa toxicomanie et l'absorption massive d'opiacés.

### DÉFAUT DE TRANSMISSIONS DE RÉSULTATS D'EXAMENS (2)

Défaut de transmission d'examens de laboratoire ayant causé le décès de la patiente dans un tableau de troubles ioniques majeurs faisant retenir la responsabilité du laboratoire hospitalier.

Citons particulièrement :

#### Défaut de transmission d'un résultat histologique pathologique (2003)



Un patient de 70 ans consulte son médecin généraliste le 31 mars 2003 en raison « d'un mal de gorge » dans un contexte d'intoxication chronique alcoolotabagique. Un traitement antibiotique est prescrit.

Ce patient ne comprend ni ne parle bien le français. Lors d'une nouvelle consultation le 14 avril, il est noté une masse sous maxillaire gauche pour laquelle le médecin généraliste demande des examens complémentaires et adresse le patient à l'ORL. Après un contact téléphonique entre le médecin généraliste et l'ORL, celui-ci examine le patient le jour même, met en évidence une lésion bourgeonnante de la base de la langue et programme une laryngoscopie en suspension sous anesthésie générale. Il n'informe pas le patient de l'existence de cette lésion suspecte « pour ne pas l'inquiéter ».

Cet examen est réalisé le 16 mai 2003 : un gros bourgeon de la base de la langue est biopsié.

Le patient ne se rappelle pas avoir vu l'ORL en salle de réveil après la biopsie ni avant sa sortie. Il sort sans date de rendez-vous, mais l'ORL soutient qu'il lui aurait demandé de reprendre rendez-vous dans la semaine suivante, quand il l'a vu en salle de réveil ...

Dans la mesure où l'ORL et le médecin généraliste « ont l'habitude de travailler par téléphone », aucun courrier ou compte rendu opératoire ne sera adressé au médecin généraliste.

Le 23 mai et le 5 juin, deux consultations figurent dans le dossier du médecin généraliste pour des problèmes intercurrents : en fait, une consultation est effectuée par le remplaçant qui n'est pas informé de la prise en charge en ORL, et l'autre est une ordonnance de renouvellement de médicaments donnée à l'épouse sans consultation.

Le patient part alors en Algérie pendant 5 mois et revient le 18 octobre en consultation auprès de son médecin généraliste, qui constate qu'il n'a pas le résultat anatomopathologique de la lésion. Il recontacte l'ORL, reçoit par fax le résultat des prélèvements réalisés qui confirment un cancer épidermoïde.

A posteriori, l'ORL pense que les résultats ont été archivés sans qu'il les ait lus. Après l'endoscopie, le patient ne lui a pas retéléphoné pour prendre rendez-vous et « malheureusement, son cas lui est sorti de la tête ».

Une chimiothérapie et une laryngectomie permettent la rémission de la tumeur ORL mais le patient décède en juin 2006 dans un contexte de métastases d'un cancer digestif, pathologie développée indépendamment du cancer ORL alors en rémission.



Les experts pointent le délai de prise en charge thérapeutique de 5 mois expliqué par plusieurs facteurs étroitement intriqués :

un défaut de communication entre le médecin généraliste et l'ORL, une insuffisance dans la prise en charge du patient par l'ORL associant une absence d'information du patient quant au possible diagnostic, en particulier la possibilité d'une tumeur, une négligence dans le suivi avec absence de prise de rendez-vous en postopératoire pour informer le patient des résultats des prélèvements effectués, une absence de transmission des conclusions des examens au médecin traitant. Le départ du patient pour l'Algérie moins d'un mois après la biopsie, sans avoir contacté ou prévenu le spécialiste ou son médecin traitant, sa volonté affirmée à plusieurs reprises lors des réunions expertales de ne pas reprendre contact en postopératoire avec l'ORL, un défaut de prise en charge par les médecins algériens consultés ont également participé à ce délai de prise en charge thérapeutique. Celui-ci n'a pas conduit à une modification du stade tumoral ni à une modification de l'indication thérapeutique et n'a pas eu d'incidence sur le taux de survie.



La CRCI estime que le retard diagnostique est sans lien de causalité avec le décès, et la famille est déboutée de sa demande.

### IATROGÉNIE (4)

Absence de lien de causalité entre la prescription de Vioxx® (rofécocixib) et une cardiomyopathie.

Absence de lien de causalité entre la prescription de Tahor® (atorvastatine) et d'une cruralgie. Absence de lien entre le décès et l'injection en urgence de Célestène® (bétaméthasone) et Bricanyl® (terbutaline) du fait d'une accentuation d'une dyspnée chez un bronchopathe chronique.

Citons également le cas suivant :

#### Association médicamenteuse contre-indiquée (2002)



Un patient né en 1925 consulte son médecin traitant le 24 mai 2002 pour un renouvellement d'ordonnance des anti-coagulants qu'il prend à la suite d'une embolie pulmonaire bilatérale.

Le médecin traitant habituel n'est pas disponible ce jour là. L'associé, médecin généraliste, réalise la prescription informatique d'anti vitamines K et le patient sort du cabinet de consultation pour revenir immédiatement en sollicitant un soulagement pour une gêne buccale évocatrice d'une mycose. Le médecin prescrit sur une ordonnance séparée, manuscrite sur son papier à en tête, un gel buccal de Daktarin® (miconazole). Alors que le traitement anticoagulant était bien équilibré jusque là, le 6 juin 2002, l'INR est à 6,22 (avec un TP à 17 %). Dans la semaine suivant la prescription conjointe de ces deux médicaments, le patient ressent des troubles visuels : un ophtalmologiste note le 27 juin une hémorragie de l'œil droit dû à un important hématome choroïdien temporo maculaire responsable d'une baisse de l'acuité visuelle à 5/10<sup>ème</sup>.

L'hémorragie s'est ensuite progressivement résorbée, sans conséquence grave pour l'acuité visuelle notée à 7/10<sup>ème</sup> le 25 novembre, l'angiographie confirmant la résorption de l'hématome.

Fin novembre, après un traitement de photo coagulation rétinienne, l'acuité visuelle se dégrade de façon brutale (1/10<sup>ème</sup>), ceci coïncidant avec une nouvelle fluctuation spontanée de l'hémostase. En fait, cette baisse d'acuité est considérée comme étant en rapport avec l'évolution spontanée d'une dégénérescence maculaire sous jacente.



Le rapport d'expertise confirme que l'association médicamenteuse est contre-indiquée et fautive, ayant abouti à un

surdosage en anticoagulants. La survenue d'un saignement choroïdien peut être considérée comme imputable à cette association médicamenteuse. Mais l'hémorragie s'est ensuite résorbée sans conséquence grave. La nouvelle baisse d'acuité visuelle n'est pas une conséquence directe des faits incriminés. La faute est donc sans relation avec le préjudice actuel, et la demande du patient est rejetée.

## Décisions civiles

Les décisions judiciaires civiles concernent 52 dossiers (28 déboutés dont 4 en appel, 24 condamnations dont 5 en appel).

### Diagnostic et prise en charge de tumeurs, de cancers

#### DÉBOUTÉS (6)

Un patient a reproché à son médecin traitant d'avoir négligé de faire procéder à une surveillance échographique d'un nodule rénal décelé en 2000 et qualifié de façon faussement rassurante d'angioliipome bénin. Sans contester que la négligence du médecin ait entraîné un retard dans le diagnostic de cancer du rein, ce retard n'a en aucune façon nui à la santé du patient, la néphrectomie pratiquée en 2005 étant de toute façon inéluctable et la tumeur d'évolution lente n'ayant eu aucun retentissement ganglionnaire ou métastatique.

Trois patients chez lesquels ont été diagnostiqués un cancer du rein métastaté, une tumeur oesophagienne volumineuse ou un cancer du pancréas ont été déboutés de leur demande d'indemnisation : il a pu être reproché l'absence d'examen complémentaires (scanners), des examens uniquement centrés sur le rachis du fait de dorsalgies alors que le résultat de l'IRM ne pouvait pas expliquer les douleurs en fait dues à une volumineuse tumeur oesophagienne (cinq consultations entre octobre 2003 et février 2004) ou de ne pas avoir renouvelé une échographie abdominale qui montrait un pancréas mal visualisé et d'avoir attendu plus d'un an pour ordonner de nouveaux examens, sans prendre l'avis du spécialiste. L'attitude

du médecin généraliste a néanmoins été jugée conforme compte tenu de l'atypie des tableaux cliniques présentés et/ou de l'absence de modification du pronostic en cas de diagnostic plus précoce étant données l'évolutivité et l'agressivité de ces tumeurs.

Deux cas de méningiome (frontal, cérébelleux) ont donné lieu également à des procédures judiciaires : dans un cas, le patient avait refusé à deux reprises l'IRM proposée car « *l'enfer c'est la machine* » alors qu'il se plaignait essentiellement d'un syndrome dépressif ; dans l'autre cas, le médecin généraliste avait prescrit lui-même le scanner cérébral un mois après la sortie de la patiente qui avait passé six semaines en hospitalisation psychiatrique pour dépression, patiente qui est décédée ultérieurement des conséquences de l'intervention.

#### CONDAMNATIONS (7) :

Une affaire concerne un retard diagnostique d'un cancer anal, et un retard diagnostique d'une tumeur thoracique chez un enfant.

Citons plus particulièrement :

#### 1) Retard diagnostique de tumeur : erreur d'interprétation des radiographies (1996)



Une patiente de 49 ans au moment des faits consulte son médecin traitant pour des cervicalgies apparues depuis plusieurs mois. Celui-ci prescrit des radiographies du rachis cervical de face et de profil en septembre 1996. La conclusion est « *discopathie C5-C6, en fonction de la symptomatologie clinique et de l'évolution, intérêt de réaliser un examen tomodensitométrique à la recherche d'une hernie discale* ». Le médecin généraliste adresse la patiente à un confrère médecin ostéopathe qui la verra à plusieurs reprises en 1997. Parallèlement, il prescrira à cette patient des soins associant antalgiques, anti inflammatoires, collier, massages et rééducation.

Les cervicalgies persistant, un scanner et une IRM sont prescrits et réalisés en avril et mai 1998. Ils révèlent l'existence d'une lésion tumorale sans hypervascularisation, très expansive avec disparition de la lame de L4, très suspecte de malignité. L'histologie révélera qu'il s'agit d'un chondrosarcome de C4.

A posteriori, sur les clichés de 1996,

notamment sur le cliché de profil, il existait une image anormale au niveau de la lame gauche de C4, arrondie, avec des calcifications multiples évoquant un chondrome. Cette image anormale était évidente sur le profil.



L'expert estime que cette lésion radiologiquement visible imposait une imagerie complémentaire et que la responsabilité du retard à la mise en œuvre de ces moyens diagnostiques incombe aux trois praticiens : les médecins généralistes (1/4 chacun) et le radiologue pour 50 % dans la mesure où son compte rendu radiologique ne mentionnait pas d'anomalie de C4, ce qui pouvait induire en erreur les deux autres médecins non spécialistes en radiologie. S'agissant d'une tumeur se révélant maligne, l'exérèse sur une tumeur très limitée avait beaucoup plus de chance d'être carcinologiquement complète, l'évolution spontanée pendant 18 mois d'une tumeur maligne grevant le pronostic vital.

Sur le plan orthopédique, l'exérèse aurait probablement été en 1996 limitée à l'acte postérieur de C4, sans risque neurologique aussi important avec une meilleure conservation de la fonction. La patiente garde comme séquelles une mono parésie du membre supérieur gauche, des phénomènes douloureux, un retentissement statique rachidien. Elle n'a pu reprendre son travail.



Les magistrats ont estimé que « *s'il est vrai que les praticiens généralistes n'ont pas vu leur attention attirée par les résultats non alarmants du compte rendu radiologique, il n'en demeure pas moins que ceux-ci, eux-mêmes médecins même s'ils ne sont pas radiologues, auraient dû appréhender l'anormalité du cliché de profil qui apparaissait évidente* ».

Le tribunal considère que les fautes commises par les trois médecins ont concouru à parts égales à la production des dommages : la responsabilité du radiologue ne peut être retenue à hauteur de la moitié dès lors qu'il n'a pas eu connaissance après la radiographie de l'évolution de l'état de santé de la patiente, et la perte de chance d'avoir un traitement moins lourd aux conséquences moins préjudiciables est retenue à hauteur de 60 %.

L'expert a évalué ce qui revenait aux suites normales de l'intervention et ce qui était

imputable au retard de diagnostic.

Un appel a été interjeté à l'initiative de la caisse d'assurance maladie, une partie de sa créance n'ayant pas été retenue.

Indemnisation : 476 237 €.

## 2) Absence de radiographie pulmonaire (2001)



Une femme née en 1947, hypertendue, anxio-dépressive, est suivie mensuellement par son médecin généraliste pour des problèmes divers (suivi gynécologique, douleurs articulaires, varices des membres inférieurs, ...) et pour l'équilibration de son traitement antihypertenseur. A quatre reprises, en novembre 2000, mars 2001, novembre 2001 et mars 2002, elle présente des épisodes de rhinobronchites traités symptomatiquement.

C'est fin 2001, d'après la famille, qu'apparaissent des céphalées qui vont augmenter d'intensité et s'accompagner d'un essoufflement, d'une toux intermittente. Les céphalées auraient été mises sur le compte de l'hypertension artérielle par le médecin généraliste et elle consulte dans le premier trimestre 2002 son cardiologue pour une modification du traitement anti-hypertenseur. Le cardiologue est dubitatif sur le lien entre céphalées et hypertension.

C'est en avril 2002 qu'une crise tonico-clonique fait découvrir les métastases cérébrales d'un volumineux cancer bronchopulmonaire avec adénopathies médiastinales. Malgré le traitement, l'évolution est défavorable avec notamment survenue d'une hémiparésie droite définitive et troubles des fonctions supérieures.

La famille reproche l'absence de radiographie pulmonaire et de bilan alors que cette patiente consultait régulièrement pour des problèmes de toux et de céphalées.

Malgré le traitement, l'évolution est défavorable avec notamment survenue d'une hémiparésie droite définitive et troubles des fonctions supérieures.

La famille reproche l'absence de radiographie pulmonaire et de bilan alors que cette patiente consultait régulièrement pour des problèmes de toux et de céphalées.



L'expert relève que le médecin généraliste a été consulté à 9 reprises entre octobre 2001 et mi-avril 2002. Il n'y a pas eu de traitement spécifique prescrit concernant des céphalées ou des migraines car le médecin généraliste indique que les céphalées n'étaient pas l'objet des consultations. Il est à noter que le cardiologue avait écrit au médecin généraliste qu'il n'était pas persuadé que les céphalées soient liées à l'hypertension artérielle, somme toute

modérée sous traitement.

Le médecin généraliste insiste sur le fait qu'il n'est mentionné que deux épisodes de toux et d'infection pulmonaire (un traitement antitussif a été prescrit en novembre 2001 et en février 2002), que sa patiente n'avait pas de facteur de risque, ne fumait pas. La famille insiste sur le fait que la toux s'aggravait progressivement pour être de plus en plus invalidante.

L'expert reproche au médecin généraliste de ne pas avoir effectué de bilan radiographique pulmonaire et de ne pas avoir été alerté par les épisodes répétés bronchopulmonaires et ORL (4 épisodes entre novembre 2000 et mars 2002).

Il estime que le retard de diagnostic peut être évalué à 6 mois. Ce retard n'est pas préjudiciable au pronostic, mais la prise en charge thérapeutique plus précoce aurait pu amener « une modification de la symptomatologie présentée, entre autre éventuellement une diminution voire même possiblement l'absence de manifestation épileptique tonico-clonique, et un traitement plus précoce des céphalées ». Une perte de chance de 20 % est retenue.



Les magistrats, suivant les conclusions de l'expert, accordent une indemnisation de 7.000 € à la patiente au titre des souffrances endurées et de son préjudice moral et une somme de 9.000€ pour indemniser le préjudice moral personnel du conjoint et de la famille, étant entendu que même si la patiente avait subi le même traitement de chimio et radiothérapie, « sa qualité de vie aurait été meilleure ».

## 3) Retard diagnostique d'un cancer de prostate, absence de surveillance d'un résultat pathologique, absence de dossier, d'information et d'examen clinique (2002)



Un patient né en 1946 est suivi depuis les années 2000 par un médecin généraliste pour hypercholestérolémie, chiffres tensionnels élevés, gammas GT élevés.

A cette époque, un premier dosage de PSA est normal. En novembre 2002, il effectue un bilan complet au centre d'examens de santé de sa caisse d'assurance maladie. Au chapitre urologique, il est noté qu'au toucher rectal, la prostate est de volume normal, un peu ferme, il n'y a pas de dosage de PSA, les commentaires précisent

notamment « prostate à surveiller ». Le compte rendu du bilan de santé est adressé au médecin généraliste, qui déclarera ne pas l'avoir reçu. Entre novembre 2002 et février 2004, les relevés de la Sécurité Sociale indiquent que le patient a consulté une dizaine de fois son médecin généraliste. Il se plaignait de troubles divers : troubles gastriques avec avis du gastroentérologue pour une fibroscopie gastrique, problèmes dermatologiques, problèmes « circulatoires ». En janvier 2002, le PSA est à 2,8 ng/ml. En septembre 2003, une numération formule sanguine et vitesse de sédimentation sont normales.

Le 18 février 2004, un nouveau dosage de PSA est à 6,1 ng/ml (normale inférieure à 3,2 ng/ml). Ce résultat ne sera pas commenté lors des consultations suivantes et le médecin généraliste ne donne aucune information particulière à la suite de ce résultat.

En août 2004, une nouvelle prise de sang est pratiquée dont un dosage de PSA total à 14,1 ng/ml (normale inférieure à 4 ng/ml).

C'est à cette époque semble-t-il que le patient aurait demandé à la caisse d'assurance maladie un duplicata du compte rendu de son examen de santé, dont il aurait donné une copie à son médecin généraliste.

Celui-ci fait pratiquer une échographie vésico-prostatique qui est normale : prostate dont le poids est estimé aux environs de 23 g, de structure homogène sans zone suspecte, sans résidu mictionnel. Le médecin généraliste dira avoir été rassuré par ce résultat.

En octobre 2004, il demande un nouveau dosage de PSA qui est à 18,7 ng/ml (normale inférieure à 3,2 ng/ml) et adresse alors le patient à un urologue. Celui-ci constate, chez ce patient asymptomatique, qu'il existe au toucher rectal une prostate d'environ 25 g, indurée, irrégulière de manière bilatérale avec nodules prédominants du côté droit. Les biopsies prostatiques confirment l'existence d'un adénocarcinome prostatique, Gleason 5 + 3.

Le 14 décembre, les PSA sont à 25,8 ng/ml.

Un bilan complet est réalisé (scanner, IRM, ...). Les biopsies sont positives avec une extension de la tumeur à la base, aux vésicules séminales, avec une extension ganglionnaire importante sur les chaînes iliaques (6 cm). Il est décidé de proposer une chimiothérapie associée à une hormonothérapie. Il n'y a pas de métastases décelables.



Le premier reproche de l'expert concerne l'absence de tout dossier médical, manuscrit ou informatique, s'étonnant

qu'un médecin puisse suivre un patient sans trace de tout examen clinique. Seuls existent dans une pochette différents courriers et examens. Le médecin généraliste déclare noter habituellement le résultat de ses consultations sur le carnet de santé du patient, mais celui-ci n'en possède pas. L'expert s'étonne du manque d'information délivré par le médecin sur les résultats des PSA, « *une explication simple de la correspondance et de la valeur de cet antigène aurait été compréhensible* ». Bien que le médecin généraliste ait été formé par un grand nom de l'urologie, il ne pratique que rarement le toucher rectal et ne l'a jamais fait à son patient sous prétexte que celui-ci était facilement angoissé. « *Cette attitude peut paraître surprenante mais nous savons qu'un certain nombre de généralistes n'aiment pas pratiquer cet examen, ce qui est éminemment regrettable* ». Dans ces conditions, il aurait dû l'adresser à un urologue dès février 2004, sinon de toute façon en août 2004.

L'expert rappelle que la sensibilité du dosage de PSA sérique totale pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate est de l'ordre de 75 %, la spécificité de l'ordre de 90 %, et qu'en situation de dépistage individuel, la valeur prédictive positive est de l'ordre de 30 % alors que la valeur prédictive négative est de l'ordre de 90 %. « *Le toucher rectal reste le temps essentiel de l'examen clinique qui devrait être effectué annuellement chez les hommes de plus de 50 ans* ».

Le fait de ne pas avoir adressé plus précocement son patient à un correspondant qualifié peut être considéré comme un manquement fautif.

L'expert considère que la perte de chance est très importante et que celle-ci (8 mois) a induit la non opérabilité de la tumeur, voisine de 100 %.

Un avis critique de ce rapport d'expertise a été adressé à l'expert, puis un nouvel avis critique lors de la poursuite de la procédure.

Sur ces avis critiques, les experts soulignent que le terme de « prostate à surveiller » figurant dans le compte rendu de l'examen de santé de la caisse d'assurance maladie n'est pas très informatif pour un médecin généraliste, et que le bon commentaire aurait pu être

de conseiller d'adresser le patient en urologie ou de contrôler régulièrement les PSA.

Ils discutent du stade possible de la tumeur au moment où le diagnostic aurait été envisageable (stade 2 Gleason 5 + 3) concluant qu'existait d'emblée une lésion prostatique grave chez un homme jeune, de mauvais pronostic : prétendre que la perte de chance de guérison est de 100 % est excessif, ce d'autant que l'évolution dépend essentiellement de l'agressivité de la tumeur.



Les magistrats conçoivent parfaitement que le médecin généraliste n'est pas responsable du cancer lui-même. Ils retiennent que celui-ci était d'emblée de mauvais pronostic avec une survie de 70 % à 5 ans sans métastase, et indiquent qu'il est excessif de prétendre que les chances de guérison auraient été de 100 % si la prise en charge était intervenue dès février 2004.

Si le retard de diagnostic et le caractère non opérable du cancer peuvent être imputés au médecin généraliste à 100 %, la perte de chance de guérison ou de rémission, de même que celle d'échapper à un traitement lourd de chimiothérapie, ne lui est en revanche pas imputable en totalité.

Ils évaluent cette perte de chance à 60 % et refusent d'ordonner la contre expertise demandée.

Indemnisation : 26 000 €.

#### 4) Absence de contrôle d'un frottis suspect (2004)



A la réception du résultat de frottis cervicovaginaux qu'un médecin généraliste avait effectués en 1998 dans le cadre d'une surveillance gynécologique chez une femme née en 1956, la patiente n'a pas été informée de la nécessité de faire des biopsies, ce qui a entraîné un retard de deux ans à la prise en charge d'un cancer invasif de l'endocol et un lourd traitement (ovariectomie, curage, colpo hystérectomie élargie, curiethérapie, éventration...). Le compte rendu mentionnait « *la présence au niveau endocervical d'amas denses de cellules glandulaires -endocervicales ? endométriales ?- comportant des irrégularités nucléaires mais mal conservées* ». Il lui est également reproché de ne pas avoir contrôlé le frottis litigieux alors

que la patiente est venue le consulter à cinq reprises pour divers problèmes gynécologiques dans les 18 mois suivants.



Les magistrats concluent à une perte de chance de 50% d'éviter les traitements plus lourds (dont la curiethérapie) et leurs conséquences.

Indemnisation : 33 450 €.

#### 5) Absence d'avis spécialisé (2007)



Il est reproché à un médecin généraliste de s'être contenté d'un traitement symptomatique (à plusieurs reprises en un an) devant des troubles digestifs à type de ballonnements et de flatulences chez une femme de 67 ans, retardant le diagnostic de cancer du colon. Cette femme n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux, ni de troubles du transit ou de saignement, et un discret syndrome inflammatoire biologique pouvait s'expliquer par des problèmes articulaires.



Il a été considéré que le médecin aurait pu demander un avis 8 mois après le début des troubles, lors de sa troisième consulta-

tion, et que le retard diagnostique de 6 mois était une perte de chance d'éviter une hépatectomie de métastases hépatiques.

Cette perte de chance a été fixée à 50% d'éviter des séquelles moindres, mais la patiente a été déboutée de sa demande de préjudice économique suite à la cessation du gîte qu'elle animait avec son mari et aux remboursements d'aides à domicile.

Indemnisation : 17 747 €.

#### Introgénie médicamenteuse

##### DÉBOUTÉ (1)

#### Erreur de délivrance d'un médicament (2003)



Un enfant de six semaines a été hospitalisé pour une intoxication à l'aspirine du fait de la délivrance de Catalgine® (acétylsalicylate de sodium) 0,50 g par la pharmacie au lieu de la Catalgine® 0,10 g prescrite par le médecin, celui-ci n'ayant pas précisé l'âge et le poids de l'enfant sur l'ordonnance.



L'expert a reproché la prescription conjointe de Catalgine® et d'Octofene® (clofoctol), traitement insuffisant pour combattre une éventuelle infection bactérienne et la prescription à un nourrisson d'un salicylé tout en admettant que la prescription avait été effectuée à une posologie correcte.



La responsabilité du pharmacien a été retenue, celle du médecin généraliste n'a pas été considérée comme établie. Le tribunal a également retenu une part de responsabilité des parents qui n'ont pas procédé aux vérifications de la posologie du médicament prescrit par excès de confiance en leur pharmacien, alors qu'ils auraient dû vérifier la conformité des médicaments délivrés et prendre connaissance de la notice d'utilisation qui se trouvait dans la boîte de médicaments (10 % de responsabilité).

## CONDAMNATIONS (3)

### 1) Rétinite au Plaquenil® : défaut de coordination (2003)



Une femme née en 1951 est atteinte d'un lupus avec syndrome des anti phospholipides diagnostiqué en 1991. Dans le cadre de cette pathologie, son rhumatologue hospitalier lui a prescrit du Plaquenil® (hydroxychloroquine) en mars 1994 (1 comprimé par jour pendant un mois, ce traitement devant ensuite être augmenté à 2 comprimés par jour) mais la patiente l'a arrêté d'elle-même au bout de 15 jours. Ce traitement a été de nouveau prescrit en novembre 1998 à la dose de 2 comprimés par jour. Le rhumatologue dit avoir informé oralement sa patiente lors de la prescription initiale des risques de ce traitement et de la nécessité de consultations ophtalmologiques régulières, ce que reconnaît la patiente. En février 1999, elle consulte un ophtalmologiste qui écrit au rhumatologue que l'examen ophtalmologique est normal. Ce médicament est alors prescrit sans interruption soit par le rhumatologue lors de consultations semestrielles ou annuelles, soit par le médecin traitant qu'elle consulte mensuellement. Le 21 avril 2000, elle consulte un autre ophtalmologiste pour une baisse importante de l'acuité visuelle de l'œil gauche

à 1/10<sup>ème</sup> en relation avec une occlusion veineuse rétinienne, favorisée par le syndrome des anti phospholipides. Dans le cadre du suivi de cette occlusion veineuse, elle sera vue en consultation le 25 mai 2000, le 5 juillet 2000, le 6 septembre 2000 : la baisse d'acuité visuelle de cet œil gauche est définitive. L'ophtalmologiste a noté qu'elle prend du Plaquenil®.

Le 25 septembre 2002, elle reconstate cet ophtalmologiste pour une gêne visuelle de l'œil droit avec une impression de flou visuel et de gêne à la lecture. L'ophtalmologiste conteste le motif de la consultation, s'agissant pour lui d'une consultation de routine avec un examen inchangé. Quoi qu'il en soit, devant l'aggravation de ces problèmes visuels, elle demande à rapprocher le rendez-vous suivant initialement fixé en mars 2003. Le 26 février 2003, l'acuité visuelle est à 10/10<sup>ème</sup> P2 mais le champ visuel montre l'existence d'anomalies qui motivent l'hospitalisation pour un bilan complet.

Il est confirmé l'existence d'une rétinite aux antipaludéens de synthèse et le traitement est arrêté.



L'expert constate que la surveillance de ce traitement était en 1998 et au début des années 2000 encore assez peu systématique, mais que cette surveillance devait comporter au moins deux examens complémentaires (vision des couleurs, champ visuel, test d'Amsler, électrophysiologie) associés à l'examen clinique, aucun examen n'ayant la sensibilité nécessaire pour le diagnostic d'une intoxication rétinienne.

La surveillance, en général annuelle, aurait pu être plus rapprochée chez cette patiente monophthalme, dont la posologie de traitement était élevée (2 comprimés par jour pour un poids de 45 kg).

Ayant bénéficié d'une consultation ophtalmologique en février 1999, elle aurait dû bénéficier d'un nouvel examen ophtalmologique en début d'année 2000 dans le pire des cas. Ce n'est que le 21 avril qu'elle consulte l'ophtalmologiste pour une pathologie intercurrente. Lors de sa surveillance, aucun examen n'a été pratiqué à la recherche d'une éventuelle intoxication rétinienne débutante aux anti paludéens de synthèse.

L'expert constate qu'il existe manifestement un dysfonctionnement dans l'équipe médicale composée du médecin interniste, de l'ophtalmologiste et du

médecin traitant. Aucune information claire et précise du praticien hospitalier n'a été adressée soit au médecin traitant soit à l'ophtalmologiste correspondant, demandant la mise en place d'une surveillance de ce traitement par anti paludéens de synthèse. Les prescripteurs ont renouvelé leur prescription sans s'assurer que l'examen ophtalmologiste avait été réalisé. L'ophtalmologiste qui a vu plusieurs fois en consultation la patiente monophthalme, qu'il savait sous traitement, n'a pas cherché à s'enquérir auprès de ses confrères de la réalisation éventuelle d'examens complémentaires de surveillance, et la patiente conteste qu'il lui ait demandé de lui faire parvenir les bilans qu'il pensait être pratiqués au sein du centre hospitalier.

L'intoxication est un accident grave, rare et irréversible, et malheureusement pas toujours prévisible quels que soient les examens utilisés pour essayer de le prévenir.

Il est impossible de dire si un suivi attentif aurait pu permettre d'éviter cet accident. L'absence de réalisation d'examens complémentaires a empêché de façon définitive la mise en évidence de signes débutants d'intoxication rétinienne qui, s'ils avaient été mis en évidence, auraient pu permettre d'interrompre le traitement avant l'accident définitif.



En 2004, la CRCI estime à 50 % la perte de chance entraînée par ce défaut de surveillance et retient la responsabilité de l'ophtalmologiste, écartant celle du médecin traitant qui pouvait légitimement croire que la surveillance était régulièrement assurée. Le médecin interniste, hospitalier, n'est pas cité.

L'affaire a été portée ensuite par la patiente devant les juridictions civiles (n'était donc pas assigné devant cette instance le médecin interniste hospitalier).

Le tribunal a estimé que la perte de chance d'échapper aux effets nocifs du médicament était importante (75%). La responsabilité du médecin généraliste est retenue in solidum avec celle de l'ophtalmologiste car « le médecin généraliste qui a renouvelé les prescriptions, n'ignorant pas les risques d'effets secondaires graves du médicament et la nécessité d'un suivi ophtalmologique régulier et approfondi, ... devait avant de renouveler cette prescription vérifier que l'état de santé de la patiente était compatible avec ce traitement ... il n'est pas fondé de soutenir qu'il ne lui

appartenait pas de remettre en cause la prescription du spécialiste ni de vérifier la qualité du suivi opéré par l'ophtalmologiste, chaque praticien étant personnellement responsable de ses prescriptions ».

Indemnisation : 30 500 €.

## 2) Gestion des anti-coagulants par plusieurs médecins : manque de coordination (2004)



Une patiente de 72 ans, à la suite d'un accident ischémique rétinien, consulte un cardiologue, sur les conseils de son ophtalmologiste. Le 11 octobre 2002, celui-ci note : « antécédents d'HTA traitée, hypercholestérolémie, quelques épisodes de palpitations, rythme sinusal, bilan cardiologique complet nécessaire ». Après celui-ci, le 28 octobre, le cardiologue retient qu'un long filament de fibrine au niveau d'une sigmoïde aortique peut être à l'origine d'un accident embolique périphérique et met la patiente sous HBPM en prévoyant une échographie trans-oesophagienne de contrôle. L'ordonnance rédigée comprend du Lovenox® 40, une fois par jour, du 14 octobre au 23 octobre inclus. Ce traitement sera renouvelé pendant 15 jours. Il n'y a pas d'ordonnance de contrôle de la numération plaquettaire. A l'échographie trans-oesophagienne de contrôle, le 8 novembre, le filament fibreux sur la sigmoïde aortique est toujours présent, moins important, et le cardiologue décide d'un traitement par anti-vitamine K au long cours. Dans un courrier destiné au médecin généraliste, il indique qu'il a demandé à la patiente de le revoir afin d'équilibrer son INR qui doit se situer entre 2 ou 3 et qu'un contrôle cardiologique est souhaitable dans quatre à cinq mois.

Le 12 novembre, le médecin généraliste prescrit, en plus du traitement habituel, du Previscan® 20 mg, 1 comprimé le soir à 20 heures, pour un mois, à renouveler. Est joint à cette ordonnance la prescription d'un INR une fois par mois pendant trois mois. Il informe la patiente du risque hémorragique du traitement, de la nécessité de porter un document attestant de la prise d'anti-vitamine K et des précautions à prendre, notamment de ne pas associer de traitement anti-inflammatoire tel que de l'aspirine. Le cardiologue déclarera qu'il n'a pas remis de carnet d'information et de surveillance du traitement anti-vitamines K car c'était au médecin

traitant de prescrire le traitement anti-coagulant. Le résultat biologique du 12 novembre, jour de la prescription de Previscan®, fait état d'un INR à 1,4 et d'un taux de prothrombine à 62 % (valeurs anormales alors que le traitement n'aurait débuté que le 12 au soir). Le contrôle effectué le 15 novembre, alors que le traitement a été débuté depuis trois jours, montre une valeur d'INR à 3 ; ce résultat est adressé au praticien, docteur A, qui ne fait aucune remarque.

Un mois plus tard, le 15 décembre, la patiente se plaint d'une douleur vive du genou et fait appel à un premier médecin de garde, le docteur B. Celui-ci recommande l'arrêt du Previscan® devant la constatation d'un hématome du membre inférieur droit et la présence d'une hématurie. Nous sommes dans la nuit d'un samedi à un dimanche et le médecin considère qu'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence. Il reconnaît ne pas prescrire de bilan complémentaire pour le dimanche matin, 15 décembre, car il est difficile ou impossible de faire réaliser de tels examens ce jour-là, et confirme ne pas avoir signalé les conclusions de sa visite auprès de la patiente ainsi que la nécessité d'une surveillance par le médecin de garde qui le relève ou par le médecin traitant. La patiente passe une journée du dimanche tellement douloureuse qu'elle fait appel de nouveau à un médecin de garde, différent de la veille, le docteur C, qui constate la présence d'un hématome abdominal d'environ 2 cm, de gingivorragies, évoque un surdosage en AVK et prescrit de l'Exacyl® (tranexamique acide) et de l'Hemoclar® (polyester sulfonique de pentosane). Il juge qu'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence et prescrit un dosage du taux de prothrombine..

D'après la patiente, des hématomes couvraient tout le côté droit jusqu'à la taille, la douleur était atroce, accompagnée de vomissements et d'évanouissements.

Le lendemain matin, lundi 16 décembre matin, sa prescription d'examen complémentaire coïncide avec la prescription d'INR qu'avait faite le médecin généraliste A qui est appelé par le laboratoire : l'INR est supérieur à 10. Ce médecin généraliste dit avoir téléphoné au secrétariat du médecin C passé la veille, pour faire procéder à l'hospitalisation. Il ne se déplace pas car le domicile de la patiente serait éloigné de 50 km et n'établit aucun contact téléphonique,

ni avec la patiente ni avec son confrère. Le Docteur C nie qu'un contact ait eu lieu de la part du médecin généraliste traitant vers son cabinet médical et se demande pourquoi d'ailleurs il aurait été contacté, puisque le généraliste traitant ignorait qu'il s'était déplacé la nuit précédente. En fait, le docteur C se déplace pour une surveillance, prescrit un INR, (est-il informé du résultat de l'analyse biologique du jour ?) et l'hospitalisation n'a pas lieu.

Le 17 décembre, le résultat d'INR prescrit la veille par le Docteur C lors de sa visite, fait de nouveau état d'une valeur supérieure à 10 et ce deuxième résultat est de nouveau adressé au médecin généraliste A. Aucune réaction. Les médecins ne se sont-ils jamais contactés... Aucune décision nouvelle n'est prise par le docteur C qui est considéré comme nouveau médecin traitant par la patiente, ce qu'il ne sait pas plus que son confrère précédent. L'état de la patiente ne s'améliore pas. Le 18 décembre, il existe une nouvelle ordonnance du Docteur C renouvelant l'Hemoclar® deux fois par jour, avec un courrier hospitalisant la patiente du fait de l'absence d'amélioration clinique. Le Docteur C ne possède aucun dossier de consultation à domicile mais confirme qu'il a consulté cette patiente à plusieurs reprises entre le 16 et le 18 décembre. Lorsqu'elle arrive aux urgences, elle a des hématomes multiples, une hématurie, une anémie avec une hémoglobine à 7,9 gr. Elle sera transférée en secteur de réanimation, transfusée. Il sera mis en évidence une paralysie crurale dont l'origine est un hématome compressif, semi récent, non chirurgical, du psoas.

L'évolution sera favorable même si elle accuse un manque de force dans le membre inférieur qui la gêne pour monter les escaliers, pour marcher, et qui nécessite l'emploi d'une canne.



L'expert reproche au cardiologue la prescription d'HBPM sans surveillance de la numération plaquettaire, mais les complications

sont sans rapport avec une thrombopénie à l'Héparine.

Le médecin généraliste A a débuté un traitement anti-vitamine K, sans faire de relais avec le Lovenox® alors que cet anti-vitamine K va agir de façon efficace à partir du troisième jour de sa prescription, ce qui aurait obligé à continuer l'Héparine, tant que la preuve de l'efficacité n'était pas démontrée.

La posologie initiale du Previscan® doit être prudente chez la personne âgée et les doses recommandées sont de 50 % par rapport aux doses utilisées chez l'adulte. Surtout, la surveillance de l'efficacité de l'anti-vitamine K doit être contrôlée de façon rapprochée, alors que le médecin a prescrit un dosage par mois pendant 3 mois, ce qui est tout à fait inadapté aux conditions de surveillance. Les recommandations sont d'effectuer un INR à partir du troisième jour de la prise de l'anti-vitamines K puis de le renouveler jusqu'à ce que la valeur de l'INR soit comprise entre 2 et 3, de le confirmer le lendemain de ce premier résultat. A ce moment, l'Héparine moléculaire est stoppée, les anti-vitamines K poursuivis. De deux choses l'une, soit les deux contrôles successifs à 24 heures d'intervalle montrent un INR compris entre 2 et 3 et un nouvel INR est effectué une semaine après afin de vérifier sa stabilité, soit le contrôle de l'INR effectué 24 heures après n'est pas dans la fourchette de 2 et 3, et la posologie du traitement est adaptée (et le traitement ultérieurement contrôlé). Dans le cas présent, l'INR contrôlé le 15 novembre, alors que le Previscan® avait été débuté trois jours auparavant le 12 novembre, était au maximum autorisé de la fourchette. Il n'y a pas eu de prescription d'INR de contrôle ni le lendemain, ou tout au plus dans la semaine qui a suivi. Dès lors, il devait être craint la survenue d'un surdosage en AVK. Lorsque ce médecin traitant a été averti le lundi 16 décembre de la valeur de l'INR, il s'est contenté de téléphoner au secrétariat du médecin C, sans s'assurer que celui-ci prendrait la patiente en charge, patiente qui n'a d'ailleurs pas été avertie du caractère pathologique du résultat. Il est sera de même lors du résultat pathologique du 17 décembre. Mais, contrairement au cardiologue, ce médecin avait rempli son devoir d'information vis-à-vis des risques du traitement anti-coagulant. Le premier médecin de garde, Docteur B, a bien évoqué un surdosage en anti-vitamine K, mais n'a pas demandé de dosage de l'INR en urgence, ni de numération de formule sanguine. La confirmation biologique de ce surdosage et l'évaluation de la sévérité du diagnostic n'ont pas été assurées par ce médecin. Quant au médecin C intervenu par la suite, il n'a pas davantage prescrit de numération formule sanguine, a initialement prescrit pour le lendemain un contrôle du TP alors qu'il

fallait prescrire un contrôle de l'INR, n'a pas non plus prescrit d'examen complémentaire qui aurait pu également évaluer la gravité du diagnostic. Il est possible que ce soit lui qui ait prescrit l'INR du 17 décembre, dont le résultat, en fait, est adressé au médecin généraliste initial. Il n'a pas pris la décision de prescrire de la vitamine K en antidote immédiat. Le tableau clinique imposait la décision de prise en charge en milieu spécialisé pour une thérapeutique adaptée. S'il n'a pas reçu le résultat de l'examen prescrit, il lui appartenait en tant que prescripteur de s'assurer du résultat de l'examen, ou du moins de prendre contact avec le médecin généraliste traitant à ce sujet.



Les magistrats estiment que les fautes des trois médecins sont caractérisées et ont contribué chacune à la survenue et l'aggravation de l'accident hémorragique. Leur responsabilité est retenue à hauteur de 1/3 chacun.

Indemnisation : 37 259 €.

### 3) Aggravation d'une insuffisance rénale sous anti inflammatoires : absence de bilan (2005)



Un patient né en 1944 est diabétique depuis 25 ans, insulinodépendant depuis 10 ans (suivi par spécialiste) et insuffisant rénal (suivi par néphrologue). Il se plaint de gonalgies inflammatoires pour lesquelles le médecin généraliste qui le suit depuis 3 ans prescrit du Voltarène® (diclofénac) en gel, un antalgique et de l'Artotec® (diclofénac) ainsi qu'un bilan sanguin et des radiographies. Une semaine plus tard, au vu des résultats biologiques, le médecin conseille l'arrêt du traitement en fait déjà stoppé par le patient quelques jours auparavant après avoir lu la notice du médicament, du fait de l'installation d'une gêne respiratoire. La créatinine est à 53 mg/l, la clearance estimée à 23 ml/mn, avec hyperuricémie et protéinurie. Dix jours plus tard, devant l'aggravation de son état respiratoire, le malade est adressé immédiatement pour avis à un cardiologue et hospitalisé en réanimation dans un tableau d'insuffisance cardiaque globale, de troubles du rythme (fibrillation auriculaire) sur rétrécissement aortique calcifié et d'insuffisance rénale terminale obligeant à recourir à

une dialyse. L'aggravation de la fonction rénale est attribuée à la prescription du médicament dans un contexte d'insuffisance cardiaque méconnue. Le patient décède quelques mois plus tard au décours d'une chirurgie valvulaire cardiaque.

Le médecin généraliste déclare avoir examiné ce patient lors de rares consultations où il n'a jamais été fait état de ses antécédents, hormis le diabète pour lequel il a renouvelé les ordonnances. La notion d'une insuffisance rénale qui apparaît sur le dossier est postérieure à la demande d'examen biologique : c'est au décours de celle-ci qu'il a appris que le patient était suivi par un néphrologue et aucun courrier du spécialiste ne lui a jamais été adressé. Il ne prenait aucun autre traitement que son insuline alors qu'a posteriori, l'insuffisance rénale majeure avec une protéinurie massive existait déjà au moins un an auparavant. Le dossier médical du patient, commun avec un autre médecin du cabinet qui l'avait antérieurement suivi ne comporte aucun courrier, ni analyse biologique, ni suivi ophtalmologique. Le patient est décrit par les deux médecins comme peu coopératif, imprécis dans ses réponses et n'ayant jamais consulté avec un carnet de surveillance.



L'expert considère que le médecin n'apporte pas la preuve d'avoir ignoré l'insuffisance rénale, et de toute façon, étant donné le contexte, il aurait dû faire preuve de la plus grande prudence avant de prescrire un anti inflammatoire. Il pouvait attendre le résultat des analyses demandées, la gonalgie n'étant pas une telle urgence.

Il considère que l'aggravation de l'insuffisance rénale et la dialyse sont à mettre sur le compte de la prescription litigieuse.



Les magistrats refusent la demande de contre-expertise réclamée, notamment pour rediscuter des préjudices imputables eu égard à l'état antérieur, et acceptent le remboursement des créances de la CPAM jusqu'au décès, un taux d'IPP de 40%, mais reconnaissent que le décès n'est pas en rapport direct avec la prescription fautive.

Indemnisation : 162 299 €.

Un appel est en cours.

## Pathologies cardiovasculaires

### DÉBOUTÉS (2)

Patient né en 1937, décédé d'un possible infarctus du myocarde (absence d'autopsie) quinze jours après une consultation pour douleurs thoraciques avec électrocardiogramme per critique normal.

Femme née en 1941, diabétique, insulino dépendante, qui avait arrêté son traitement un an auparavant, présentant une hyperglycémie sous anti diabétiques oraux, consulte pour une douleur thoracique en urgence et est adressée en hospitalisation par ambulance simple (SAMU surchargé), le médecin n'ayant pas attendu l'arrivée de l'ambulance. Elle a présenté un arrêt cardiovasculaire peu après l'arrivée aux urgences (où elle n'a pas été examinée immédiatement) dans un contexte d'œdème pulmonaire sur infarctus du myocarde et elle est décédée trois semaines plus tard.

### CONDAMNATIONS (2)

#### 1) Absence de bilan chez une diabétique hypertendue (2000)



En 1995, un médecin généraliste prend en charge une patiente de 57 ans, notamment pour le suivi d'une hypertension artérielle difficile à équilibrer malgré une trithérapie, les chiffres tensionnels restant entre 170/90 et 200/100 mm de Hg à de nombreuses reprises. En 2001, cette femme tabagique, en surpoids (105 kg) est hospitalisée pour une ischémie aiguë du pied sur une artérite étagée, et après l'échec d'un pontage avec sympathectomie, elle est amputée en transmétatarsien. Un diabète de type II est découvert, mis initialement sous insuline avant de recourir aux anti-diabétiques oraux, et une hyperthyroïdie sur goitre ancien bénéficie d'une prise en charge spécifique. Son hypertension nécessite l'utilisation de plusieurs molécules, des adaptations multiples de la posologie et des modifications thérapeutiques en cours d'hospitalisation. Malgré cela, elle fait une poussée d'insuffisance cardiaque puis une fibrillation auriculaire. Elle décède en 2002, après l'expertise judiciaire. Il est signalé dans le dossier du médecin généraliste le refus de la patiente de se soumettre à certains contrôles, la persistance de l'intoxication tabagique, la suspicion de la mauvaise observance, l'échec des mesures diététiques.



Le rapport d'expertise insiste surtout sur le fait que le médecin a prescrit un traitement antihypertenseur quasi inchangé pendant toutes ces années, alors qu'il n'a jamais obtenu une diminution des chiffres tensionnels aux niveaux recommandés, qu'il n'a pas adressé la patiente à un spécialiste, qu'il n'a pas fait procéder aux examens nécessaires à l'évaluation de l'hypertension, à l'appréciation du retentissement sur les organes cibles ou pour apprécier les facteurs de risque associés, alors qu'il a effectué de multiples visites à domicile. Les experts considèrent que ces négligences dans le suivi sont fautives et en lien avec l'amputation.



Les magistrats refusent la contre-expertise demandée, malgré un rapport critique insistant sur l'indiscipline de la patiente, les facteurs de risque dont le tabac, l'évolution de la maladie athéromateuse sans lien direct avec la seule hypertension réfractaire.

Ils considèrent que l'absence de tout bilan ou avis pendant six ans malgré l'existence de facteurs aggravants (hypertension rebelle, obésité, douleurs de jambe six mois avant l'ischémie) sont des fautes caractérisées, et l'indiscipline alléguée de la patiente n'exonère pas le médecin puisque ces bilans n'ont pas été prescrits ou recommandés.

Indemnisation : 26 000 €.

#### 2) Retard diagnostique d'infarctus du myocarde : manque de moyens (2004)



Un patient né en 1954, cadre supérieur, sportif de haut niveau, n'a pas de facteur de risque cardio-vasculaire personnel, ni d'hérédité cardio-vasculaire. Le 8 février 2003, après 30 à 40 kilomètres de vélo comme d'habitude, sans effort inhabituel, il rentre à son domicile et présente, une heure après son retour, un violent malaise (pâleur, sueur) et la sensation sourde de serrement thoracique. Vers 11h30, son épouse appelle le médecin de garde. Le patient, incapable de se lever, a dû rester allongé jusqu'à l'arrivée de celui-ci, vingt minutes plus tard. Le médecin généraliste de garde a indiqué que sa secrétaire avait reçu l'appel de l'épouse alors que la garde commençait à 12h. Celle-

ci aurait indiqué que le patient faisait un malaise avec des sueurs, et le praticien a terminé sa consultation avant d'aller sans retard faire sa visite. Il y a une discordance dans la description de la symptomatologie faite par le patient et le praticien, dans la mesure où le médecin indique ne pas avoir eu la notion d'une gêne dans la poitrine mais plutôt une gêne épigastrique remontant dans la région rétro sternale et non constrictive. Une prise de tension et un examen cardio-vasculaire auraient été normaux (pas de trace écrite de la consultation). Le médecin a indiqué avoir questionné le patient sur ses antécédents médicaux, ne pas avoir retrouvé de facteur de risque et conclu à un possible reflux gastro-oesophagien. Le patient reste couché jusqu'à 16h, incapable de se lever, et ne peut absorber les médicaments prescrits. Il vomit vers 16h et la gêne thoracique augmente progressivement, de topographie rétro sternale à irradiation latérale gauche, ce qui conduit l'épouse à rappeler le médecin vers 19h devant l'aggravation de l'état de son mari. Il se rend, de nouveau sans délai, au domicile du patient, évoque une pathologie cardiaque devant cette douleur de topographie épigastrique irradiant vers l'hypocondre gauche. Il pratique un électrocardiogramme qui montre des signes typiques d'infarctus du myocarde dans le territoire antérieur. Les pompiers arrivent 15 minutes plus tard, et une fibrinolyse sera débutée vers la 9<sup>ème</sup> heure dans le car SAMU, malgré le délai. En réanimation, une coronarographie au 6<sup>ème</sup> jour montre des lésions multiples sur l'IVA qui ne se prêtent pas à une angioplastie. Le patient garde comme séquelles une dysfonction ventriculaire gauche avec une diminution de la fraction d'éjection et une réduction de la capacité à l'effort de 30 à 50 %. Il a réduit ses activités, y compris professionnelles, et est angoissé à l'idée d'une transplantation qui a été évoquée en cas de dégradation de son état. Il reproche au médecin de ne pas avoir fait l'électrocardiogramme dès la première visite. Le médecin a répondu qu'il n'avait pas les moyens de le faire dans la mesure où, l'appareil « n'était pas disponible ce jour-là car laissé au cabinet médical pour être utilisé par ses collègues ».



Pour l'expert, s'il est concevable que le praticien se soit orienté vers une pathologie digestive du fait de la topographie thoraco-abdominale des douleurs ressenties, il est regrettable que le praticien n'ait pas réalisé d'électrocardiogramme « *alors qu'il en avait l'habitude* », chez ce patient de 54 ans. S'il n'est pas possible d'affirmer qu'une intervention plus précoce aurait de façon certaine permis de limiter l'importance de l'infarctus du myocarde, la perte de chance du fait du retard à la mise en route d'un traitement adapté est estimée à 30 % avec une amputation d'environ moitié de la fraction d'éjection et de la capacité à l'effet (IPP imputable à l'accident de l'ordre de 35 %).



Le tribunal de grande instance, conformément au rapport d'expertise, condamne le praticien à la réparation du préjudice au titre de cette perte de chance.

Indemnisation. : 51 185 €.

## Prise en charge d'infections

### DÉBOUTÉS (2)

#### 1) Mauvaise coordination avec le spécialiste (1999)



Un homme de 37 ans consulte en 1999 pour une gonalgie brutale avec épanchement intra articulaire survenu dans un contexte d'effort. Le chirurgien décide d'une arthroscopie à la recherche d'une lésion méniscale : le liquide louche mais non purulent est adressé en bactériologie, la température (1<sup>er</sup> juin) aurait été normale.

Le lendemain, la température est élevée et il consulte son médecin généraliste le 3 juin pour un genou chaud et inflammatoire dans un climat fébrile. Le chirurgien conseille par téléphone la prescription d'Orbénine® (cloxacilline) 3 grammes / jour. Le résultat du prélèvement bactériologique réclamé par le médecin généraliste le lendemain montre un staphylocoque aureus multi sensible et le chirurgien, rappelé, aurait conseillé d'ajouter de la Rifadine® (rifampicine). Les déclarations des médecins divergent quant au conseil qui aurait été donné par le chirurgien d'une hospitalisation immédiate.

Les examens biologiques (4 et 8 juin) montrent un syndrome inflammatoire

marqué avec une CRP à 423 puis 353 mg. Le 9 juin, la persistance de signes locaux et d'une fièvre à 39°C décident le généraliste à contacter le service de rhumatologie du CHU pour une hospitalisation, mais du fait de l'absence de place disponible, cette hospitalisation sera différée au 11 juin.

La guérison de cette arthrite septique sera obtenue, avec quelques séquelles, après arthrotomie lavage et antibiothérapie intraveineuse.

A posteriori, la porte d'entrée de l'infection est inter fessière : la fiche du médecin généraliste révèle deux épisodes d'abcès inter fessiers (septembre 1998 et mars 1999), favorisés par le cyclisme ayant nécessité une incision en 1998 et une antibiothérapie en 1999, deux mois avant le début de l'arthrite.



L'expert reproche le choix de l'antibiothérapie et sa posologie insuffisante par rapport au poids du patient et sa prescription orale en ambulatoire. Il considère que cette insuffisance thérapeutique a retardé la guérison. Le patient aurait dû être hospitalisé dès l'apparition de la fièvre et à défaut d'un service de rhumatologie, il pouvait être admis dans un autre service par l'intermédiaire des urgences de l'hôpital.

Ce retard de prise en charge engage la responsabilité des deux médecins au titre d'une perte de chance d'un meilleur pronostic fonctionnel.



Tout en reconnaissant que le chirurgien devait assurer le suivi de son patient et veiller à son devenir et le généraliste prescrire l'hospitalisation immédiate et s'assurer qu'elle intervienne au plus vite, les magistrats considèrent que ces fautes ne sont pas en lien avec les séquelles. « *Rien ne permet de dire que l'enraidissement du genou ne serait pas survenu* » si la prise en charge avait été plus précoce, ce d'autant que l'expert semble rattacher l'enraidissement, non pas au retard de la prise en charge, mais à la mobilisation insuffisante à la sortie de l'hôpital. Le patient est débouté.

#### 2) Devoir de conseil (2002)



Au décours d'une chirurgie de hernie discale pour sciatique rebelle au traitement, une patiente reconseille son médecin

généraliste du fait d'une récurrence de la symptomatologie.

Elle reproche au médecin généraliste de lui avoir prescrit des anti inflammatoires sans lui proposer de recontacter son chirurgien, manquant aussi à son obligation de conseil.

A la suite de l'intervention pratiquée le 1<sup>er</sup> juillet 2002, la patiente note la disparition d'une douleur dans la jambe gauche et marche normalement. Cependant, à la fin du mois de juillet, les douleurs reprennent alors qu'il n'existe pas de lombalgie. Finalement, c'est d'elle-même que la patiente contacte téléphoniquement la secrétaire du chirurgien, sans finalement solliciter de rendez-vous. Elle retourne voir le rhumatologue qui l'avait prise en charge, qui évoque une possible récurrence qui sera confirmée par des examens pratiqués en décembre 2002 puis en juillet 2003, et la patiente ne reconsultera jamais son chirurgien.



L'expert s'interroge sur le fait de savoir pourquoi la patiente n'a jamais repris contact avec son chirurgien et pourquoi aucun des praticiens qui ont été amenés à la prendre en charge ne le lui a conseillé. L'expert critique ce défaut de renvoi de la patiente devant un chirurgien en ce qu'elle n'a pas pu exercer un choix sur une possible réintervention évoquée en août 2002 et en mars 2003 par le rhumatologue, mais il apparaît qu'elle préférerait les traitements de substitution.



Les magistrats relèvent que le médecin généraliste soutient que lors de différents entretiens individuels et oraux, il a conseillé à la patiente de revoir un chirurgien, ce qu'elle a toujours refusé au vu des conséquences de la première opération. Il souligne que la patiente a d'ailleurs pris rendez-vous avec le chirurgien, puis l'a annulé. Il n'est pas possible de connaître la teneur des différents entretiens. Cependant, de nombreux courriers entre les différents médecins que la patiente a rencontrés font état de la possibilité de récurrence, avec la nécessité d'un avis neurochirurgical que la patiente a refusé. Elle n'a donc jamais manqué de conseils sur l'opportunité d'une nouvelle intervention chirurgicale au vu des documents produits, qui sont en contradiction avec les conclusions de l'expert.

La faute des médecins n'est pas établie. Le préjudice subi résulte d'un choix fait par la patiente de ne pas revoir de chirurgien, et ce choix n'est pas imputable aux praticiens.

## CONDAMNATIONS (3)

### 1) Prise en charge d'une cruralgie fébrile : absence de dossier médical lors des visites (1998)



Un patient de 57 ans consulte à partir du 31 août 1998 à plusieurs reprises à domicile plusieurs médecins généra-

listes pour des douleurs inguinales droites évoquant une lombo cruralgie sévère puis insomniante.

Ce tableau justifie initialement la prescription d'anti-inflammatoires (avec proposition d'une hospitalisation et de radiographies, ce que le patient nie) puis le 4 septembre, un autre médecin, qui avait déjà traité ce patient quelques mois auparavant pour une lombosciatique par Solumédrol® (méthylprednisolone), prescrit des corticoïdes injectables associés à des morphino mimétiques. Le 8 septembre, le premier médecin attribue les sueurs nocturnes au Topalgic® (tramadol). Le 10 septembre, le premier médecin insiste pour des radiographies et fait transporter le patient en ambulance chez le radiologue en faisant remarquer « l'illogisme de la situation ». Le 11 septembre, les radiographies montrant des anomalies des parties molles, et le deuxième médecin trouvant que le patient allait un peu mieux, il décide d'attendre le rendez vous de scanner tout en envisageant une hospitalisation en neurochirurgie (ce qui est contesté). Le scanner du 15 septembre met en évidence une collection liquidienne du psoas droit. Le patient est hospitalisé dans un tableau fébrile, fait dans la nuit de son hospitalisation un choc septique, et un abcès du psoas est évacué.

C'est tardivement, au cours de l'hospitalisation, qu'il est conclu à une perforation d'une diverticulose sigmoïdienne et à une coxite de hanche. Le patient est opéré d'une sigmoïdectomie (le 5 octobre) avec colostomie gauche et iléostomie latérale, avec une évolution marquée par de multiples complications avant le rétablissement de la continuité digestive, et il garde des séquelles digestives. Après une résection tête col (le 16 octobre), une prothèse totale de hanche est posée. Il persiste une boiterie, un équin, une raideur de hanche.



Contrairement aux dires des médecins (mais pas de traçabilité dans le dossier), le patient affirme qu'on ne lui a jamais proposé

d'hospitalisation, déclare que dès le 8 septembre, il avait des frissons et des claquements de dents (à aucun moment il n'a pris sa température).

Les experts remarquent que les deux diagnostics (abcès du psoas et arthrite de hanche) n'étaient nullement évidents, et que le diagnostic a d'ailleurs été difficile même en milieu hospitalier. La date précise de la constitution de l'abcès est difficile à déterminer car les traitements ont pu contribuer à le créer ou à l'aggraver.

« Le problème n'est d'ailleurs pas de savoir si le diagnostic ne pouvait pas être fait par des médecins généralistes ou si l'attitude du patient a pu contribuer au retard, mais de savoir si avec les moyens puissants dont disposent tout médecin clinicien, et malgré les difficultés liées éventuellement au comportement du patient, les médecins généralistes ont pris ou non les bonnes décisions entre le 31 août et le 16 septembre 1998. L'appréciation de leur attitude est rendue difficile par l'absence de tout enregistrement de leurs observations cliniques lors de ces visites à domicile. Cela apparaît d'autant plus néfaste que les deux praticiens se sont succédés de façon alternative dans la prise en charge du patient (5 consultations au total entre le 31 août et le 11 septembre 1998) ». « L'analyse des faits prend donc plus de valeur que les déclarations dont la sincérité et l'honnêteté ne peuvent être discutées, mais qui peuvent être biaisées par la sélectivité de la mémoire et par un souci naturel et légitime de justification ».

Des médicaments de plus en plus « énergiques » ont été prescrits, avec passage des anti inflammatoires aux corticoïdes, avec recours aux antalgiques de plus en plus puissants et à dose croissante chez un patient considéré par tous comme résistant à la douleur, qui a appelé le médecin de façon répétée et rapprochée.

Si un certain nombre d'arguments rend possible l'hypothèse d'un refus initial d'hospitalisation, il ne permet pas de déterminer quand cette hospitalisation est devenue acceptable pour le patient qui a fini par se rendre à l'hôpital.

S'il a pu refuser initialement de se faire hospitaliser, rien ne permet d'affirmer qu'il a refusé ensuite alors que la douleur augmentait et s'accompagnait d'une détérioration de l'état général et d'une incapacité croissante.

On peut reprocher aux médecins généralistes d'avoir persévéré dans leurs prescriptions. Il leur appartenait, devant le caractère atypique de la cruralgie et l'aggravation des troubles, de vérifier la température. Devant l'existence de sueurs - attribuées aux morphino mimétiques - il aurait fallu que des radiographies soient prescrites et surtout que des examens biologiques simples soient effectués. On peut observer qu'il est de bonne règle clinique devant une cruralgie d'éliminer un diabète. Cette recherche n'a pas été faite, mais aucun diabète n'a été mis en évidence par la suite.

La prescription d'anti-inflammatoires, puis de corticoïdes, n'a pu que contribuer à la gravité et à la diffusion de l'infection, dont il n'est pas exclu qu'elle ait été déclenchée par le traitement anti inflammatoire, abâtardir la symptomatologie et retarder la prise en charge. Les fautes commises sont en lien avec la sévérité de l'infection qui a consisté en un abcès du psoas et une arthrite de hanche.



Les magistrats ont déduit de l'expertise que les deux médecins, en omettant de prescrire des exa-

mens complémentaires qui auraient permis très rapidement de mettre en évidence une infection, en administrant des anti inflammatoires puissants alors que l'état du patient s'aggravait, ont commis une faute. Les traitements administrés ont masqué et aggravé l'infection, voire l'ont créée. Ces fautes sont à l'origine des dommages et l'indemnisation du préjudice doit être entière (notamment IPP 30 %, préjudice professionnel, pretium doloris 5/7). Un appel est en cours.

Indemnisation : 716 058 €.

### 2) Retard de prise en charge d'une méningite (2002)

Une décision condamnant le médecin à l'indemnisation de la famille d'une jeune femme de 28 ans décédée d'une méningite foudroyante à méningocoques avec purpura fulminans fait l'objet d'un appel : il est reproché au médecin d'avoir fait une erreur

diagnostique et d'avoir retardé de quelques heures l'hospitalisation, alors qu'il n'avait pas de diagnostic précis lors d'une deuxième visite dans la même journée et qu'existaient des cas de méningite dans la région.

Indemnisation : 59 500 €.

### 3) Attitude attentiste (2005)



Il est reproché à un médecin généraliste une attitude attentiste et l'absence d'hospitalisation devant l'absence

d'évolution favorable d'une broncho-pneumopathie qualifiée de bronchite chez un patient de 48 ans aux multiples antécédents (obésité, diabète, stents coronaires). Le médecin avait été consulté à deux reprises à J3 et J5 après la mise sous traitement antibiotique. Il s'est avéré que ce patient présentait un abcès pulmonaire avec pyo-pneumothorax gravissime d'une pneumopathie à streptocoques, dont il est décédé lors d'une hospitalisation décidée par la famille, un dimanche, lendemain de la dernière visite.

Le médecin aurait déconseillé une hospitalisation durant le week-end en raison des sous-effectifs médicaux hospitaliers, et prévu un bilan pour le lundi, sans urgence.



La sous-estimation de la gravité du tableau clinique est responsable, selon l'expert, d'une perte de chance de survie estimée à 30% compte tenu de l'état antérieur.



Les magistrats déclarent le médecin responsable et le condamnent à l'indemnisation du préjudice moral des six membres de la famille à hauteur de 30%.

Indemnisation : 38 262 €.

## Certificats

Le débouté du patient a été prononcé dans deux affaires.

### 1) Sévices à enfant (2001)



Un médecin généraliste établit le certificat suivant : « certifie avoir examiné ce jour l'enfant x, 7 ans, amenée par sa mère.

L'enfant aurait dit à sa maman que

son beau-père lui ferait subir des *attouchements*. A l'examen, on note une vulve très irritée et l'absence d'hymen ». A la suite de ce certificat et du dépôt de plainte par la mère, le beau-père a été placé en garde à vue. Un mois plus tard, dans le cadre de l'enquête pénale diligentée, un examen pratiqué par un praticien gynécologue infirme l'absence d'hymen et décrit un hymen intact avec un orifice large de nature physiologique.

Peu après, l'enfant explique qu'elle a menti parce que son beau-père était trop sévère avec elle et préférerait sa demi-sœur.



Le tribunal, tout en reconnaissant qu'il aurait été préférable que ce médecin généraliste s'entoure de l'avis d'un spécialiste, et considérant que l'erreur commise pouvait être considérée comme fautive, ne retient pas le lien de cause à effet entre ce certificat erroné et la décision de placement en garde à vue, puis l'infarctus du myocarde survenu chez le beau-père trois ans après l'enquête pénale.

### 2) Immixtion dans la vie privée (2006)



Un médecin généraliste a été condamné par l'Ordre (blâme) pour immixtion dans la vie privée à la suite d'un certificat ainsi libellé : « je soussigné certifie avoir examiné Madame x qui me déclare être harcelée par son mari. Elle me parle de menaces physiques et morales sur sa fille et est visiblement très perturbée. Elle me raconte des situations de tension extrême la mettant elle et sa fille en danger ». Suit la constatation suivante : « très grosse fatigue psychique en rapport avec un harcèlement physique et psychique. Elle doit quitter le domicile conjugal et se protéger. ITT 6 jours ».



Ce certificat a été produit lors d'une procédure de divorce. La Cour d'appel a confirmé le jugement de première instance et débouté le mari de sa demande de dommages et intérêts, faute pour celui-ci de démontrer le lien de cause à effet entre le certificat médical et certaines décisions qui lui étaient défavorables dans la procédure de divorce.

## Responsabilité de l'établissement seule retenue

### 1) Obligation de sécurité résultat en cas d'infection nosocomiale (1995)

Ostéo arthrite du genou apparue chez un nourrisson, dans un climat de septicémie à staphylocoques ayant pour point de départ la scarification d'un test de Guthrie pratiqué par une aide-soignante.

### 2) Obligation de sécurité et de surveillance (2000)



Un patient épileptique se défenestre dans des circonstances mal élucidées, alors qu'il débutait sa convalescence après une chirurgie discale sans conséquence. L'hypothèse d'une crise d'épilepsie a été évoquée, le patient ayant mentionné avoir été victime « d'un trou noir » et ne se rappeler de rien, alors qu'il regardait par la fenêtre largement ouverte, en milieu de nuit.



Le jugement rendu en 1<sup>ère</sup> instance en 2006 avait considéré que les établissements étaient tenus à une obligation de surveillance à l'égard des patients qui leur sont confiés, et qu'il s'agissait d'une obligation de moyens appréciée en fonction de l'état connu du patient. Or, celui-ci avait été admis suite à une opération sans lien avec une quelconque maladie neurologique ou neuropsychologique, aucune information n'apparaissant à ce sujet lors de l'admission. Il n'y avait pas de symptômes ou de signes médicaux justifiant une surveillance particulière, les fenêtres étant aux normes. Le patient avait été débouté de l'indemnisation de son polytraumatisme. La Cour d'appel infirme ce jugement. La responsabilité du médecin ayant rédigé l'observation d'admission et les prescriptions le matin-même de cette chute est écartée, et celle de l'établissement retenue car celui-ci ne pouvait ignorer l'affection dont ce patient souffrait (antécédents clairement notés par le praticien) et il n'a pas fait assurer à son personnel une surveillance particulière du patient placé dans sa chambre, seul, au 2<sup>ème</sup> étage avec la possibilité d'accéder à une fenêtre à double battant pouvant s'ouvrir largement sans aucune protection particulière.

## Prise en charge et retard de diagnostic d'affections diverses

### DÉBOUTÉS

Pour un accouchement en 1964, responsable d'une infirmité motrice cérébrale imposant depuis cette date la prise en charge en institution (dossier en appel).

Lors d'un internement médicalement justifié et considéré à tort comme abusif. Du fait de l'absence de diagnostic anténatal chez des enfants nés en 1992 et 1996 : dans un cas, le tribunal a rejeté la demande de réparation du préjudice lié à la naissance d'un enfant trisomique (le médecin généraliste ayant suivi la grossesse n'avait pas proposé d'amniocentèse chez cette femme de 40 ans dont il suivait la grossesse) et dans un autre cas, il n'a pas retenu de défaut d'information sur la signification de marqueurs sériques, dont le résultat indiquait qu'il ne s'agissait pas d'une patiente à risque (on reprochait à l'obstétricien l'absence de dépistage échographique de la trisomie 21).

Un patient diabétique et tabagique reproche de façon infondée le mauvais suivi de ses facteurs de risques et l'absence de traitement d'une « hypertension », après la survenue de deux accidents vasculaires cérébraux à un an d'intervalle dans un contexte de cardiomyopathie dilatée. La seule fois où le médecin généraliste lui avait conseillé de consulter un cardiologue du fait d'une tension limite, le patient n'a pas donné suite à son conseil.

Retard diagnostique de torsion du testicule estimé non fautif.

Retard de diagnostic de varices pelviennes chez une malade multi explorée, notamment du fait de la rareté de ce diagnostic.

Citons également le cas suivant :

### Manquement au devoir de conseil (1997)



Une patiente accouche fin 1997 de son troisième enfant atteint d'une pathologie oculaire grave et génétique, identique à celle dont souffre son 2<sup>ème</sup> enfant.

En début de grossesse, le médecin généraliste avait été confronté à la positivité des résultats sérologiques de la toxoplasmose. Il avait alors averti la patiente d'une éventualité d'interruption de grossesse en cas d'une atteinte grave

du fœtus, ce qui n'a pas été le cas. La découverte d'une sérologie positive pour une toxoplasmose péri conceptionnelle avait retenu toute l'attention de la famille, du médecin traitant, du gynécologue auquel le médecin généraliste avait préféré adresser cette patiente, tout en continuant à la suivre pendant le déroulement de sa grossesse, conjointement à l'obstétricien.

Il s'agissait d'une grossesse non désirée à la suite d'un arrêt de pilule, et alors que la famille était très affectée par la présence d'un handicap visuel chez le 2<sup>ème</sup> enfant (le 1<sup>er</sup> étant indemne).

Après avoir été demandeuse d'une interruption volontaire de grossesse, programmée, la patiente s'ouvre de ses inquiétudes d'avoir de nouveau un enfant handicapé à son médecin généraliste pendant le temps de réflexion avant l'IVG. Le médecin lui aurait affirmé qu'il n'y avait pas de risque pour la grossesse.

A noter que cette patiente ne parle pas couramment la langue française.

Pendant le suivi de la grossesse, il existe un hydramnios. L'obstétricien est alors averti que le 2<sup>ème</sup> enfant présente des troubles visuels sérieux. Il adresse sa patiente au CHU et par principe de précaution, il est décidé d'effectuer une analyse du caryotype, une ponction de sang fœtal et un prélèvement du liquide amniotique. L'enfant naît avec une rétinopathie pigmentaire (et indemne de toute toxoplasmose congénitale).



Le médecin généraliste, présent lors d'une 3<sup>ème</sup> expertise ordonnée par le tribunal, ne peut fournir aucun document écrit sur

le suivi de la grossesse.

L'expert indique : « A cette époque, bien que la nature exacte de l'affection du 2<sup>ème</sup> enfant ne soit pas connue, le terme de dégénérescence tapéto rétinienne avait été évoqué. Si à cette époque, le médecin de famille avait pris contact avec une des équipes ophtalmologiques ayant donné des soins à l'enfant, il lui aurait été vraisemblablement répondu que cette affection était congénitale et sans doute d'origine génétique ».

Avant la naissance de ce 3<sup>ème</sup> enfant, il ne pouvait être répondu qu'il n'y avait pas de risque d'avoir un autre enfant atteint. Cependant, dans la mesure où il n'existait pas de membre porteur de l'affection dans aucune des deux familles, et où les parents avaient déjà eu un enfant indemne, l'évaluation du

risque était non seulement faible, mais sans doute très faible.

Les données de la science n'étaient pas suffisantes à l'époque pour faire le diagnostic de cette maladie car le gène spécifique n'a été individualisé qu'au cours de l'année 2000.



S'il est reproché au médecin généraliste de ne tenir aucun dossier, il n'y a pas non plus de

preuve qu'il ait tenu les propos rapportés par la patiente lors de l'expertise. De plus, aucune preuve scientifique ne pouvait confirmer à l'époque cette maladie génétique dont le risque était sans doute très faible, et il n'y a pas de manquement du médecin généraliste à son obligation de conseil et d'information.

S'agissant du gynécologue obstétricien, la patiente lui reproche lors de sa 1<sup>ère</sup> consultation de ne pas l'avoir interrogée sur ses antécédents et les éventuelles maladies de ses deux enfants. S'il n'est pas prouvé que lors de la première consultation, l'obstétricien ait interrogé sa patiente sur ses antécédents, cette preuve est apportée pour la consultation du mois suivant, intervenue dans le délai légal pour l'IVG. Il était noté alors à la rubrique antécédents « deux grossesses et accouchements normaux ».

Le manquement à l'obligation de conseil n'est pas établi et la patiente ne démontre pas l'existence d'une perte de chance de recourir de façon éclairée à une interruption de grossesse.

Quant à la perte de chance de recourir à une interruption de grossesse thérapeutique, les conditions de l'avortement thérapeutique n'étaient pas réunies, les médecins n'étant pas en mesure de vérifier qu'il existait « une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

L'enfant est né avec une rétinopathie pigmentaire (et indemne de toute toxoplasmose congénitale). La patiente ne peut donc invoquer une perte de chance de recours à un avortement thérapeutique.

### CONDAMNATIONS (6)

En tant que prescripteur d'une radiothérapie antalgique jugée non-indiquée et pratiquée à des doses habituellement utilisées en cancérologie.

Retard de diagnostic d'une très probable insuffisance rénale (dans un contexte

de polyopathologies chez un homme né en 1925 décédé lors d'une pneumopathie sur insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, atrophie cérébrale et anémie chronique).

Retard diagnostique de phlébite.

Retard diagnostique de coma diabétique en milieu pénitentiaire (indemnisation 35 889 €).

Retard diagnostique de deux mois d'une fracture vertébrale dorsale après une chute du fait d'une mauvaise interprétation des radiographies (responsabilité partagée avec le radiologue ; indemnisation : 6721 €).

Retard de prise en charge d'une lombosciatique déficitaire confiée à un rhumatologue.

## Décisions pénales

### Relaxes

Un médecin généraliste a notamment été relaxé du chef d'homicide involontaire après la prise en charge d'un enfant de trois ans décédé d'une pneumopathie, dans la mesure où aucune faute caractérisée n'a été commise lors des différentes visites effectuées auprès de l'enfant.

Citons également :

#### 1) Décès d'embolie pulmonaire post traumatique (1997)



Un jeune homme de 28 ans se blesse le 20 juillet lors d'une chute de cheval. Le médecin généraliste A est appelé sur les lieux et

prescrit le transfert au CHU. Le patient est hospitalisé pendant quatre jours pour une fracture lombaire nécessitant la mise en place d'un corset. Pendant l'hospitalisation, la température et le pouls du patient se sont élevés alors qu'il se plaignait d'une douleur du mollet gauche. Une radiographie de la jambe ne permet pas de déceler d'anomalie osseuse et la douleur est mise sur le compte d'une contusion due à la chute. Sorti le 24 juillet, le patient rappelle le 30 juillet le médecin B, remplaçant, car il se plaint de douleurs importantes, notamment du mollet gauche. Le Docteur B signale un bon état général, l'absence de douleur après un examen clinique et des mollets souples et non douloureux. Il diagnostique une rhinopharyngite avec obstruction nasale car lui ont été signalés des crachats sanguinolents. Il prescrit aussi un traitement anticoa-

gulant. Le 7 août, un troisième médecin, le Docteur C, se déplace pour malaise. Constatant que le patient est sous antibiotiques et anticoagulants, il conclut à un malaise vagal et prescrit par prudence des examens complémentaires de sang et d'urines. Il revient le lendemain et trouve le patient en meilleure forme que la veille. Ce même jour, vers 17h, il est de nouveau appelé par la famille du fait d'une perte de connaissance. Le patient est en mydriase bilatérale, et toute réanimation est inutile. L'autopsie a confirmé l'existence d'un volumineux caillot dans le tronc de l'artère pulmonaire, l'absence de thrombose des veines iliaques et cave inférieure et a conclu à un décès dû à une embolie pulmonaire massive.



Une enquête pénale a visé le service hospitalier et les trois médecins. Deux rapports d'expertise pénale ont reproché :

- au médecin hospitalier : l'insuffisance de recherche des causes de la douleur du mollet gauche, le non-signalement de ces douleurs dans le courrier au médecin traitant, l'absence d'échodoppler. Les experts indiquent que le tableau clinique pouvait évoquer une maladie thromboembolique veineuse et que des examens devaient être envisagés, mais que ce patient jeune était à faible risque de phlébite et que la mobilisation du patient avait été pratiquée.
- ils confirment l'absence de faute des deux premiers médecins généralistes qui avaient orienté le blessé au moment de l'accident, puis prescrit un traitement anticoagulant, même si les symptômes constatés pouvaient évoquer l'éventualité d'une thrombose veineuse.
- les reproches sont concentrés sur le troisième médecin généraliste : l'ensemble des troubles signalés depuis la sortie de l'hôpital et l'apparition d'un malaise inexplicable devaient faire décider d'une hospitalisation en urgence, car il existait tous les éléments du diagnostic d'une maladie thromboembolique veineuse avec embolie pulmonaire possible.

Ce troisième médecin déclarait que, certes, la douleur du mollet lui avait été signalée, mais en régression. Il avait procédé à un examen, confirmé la contusion secondaire à la chute, et la température et le pouls étant normaux, il avait écarté le diagnostic de phlébite.

Il avait prescrit des analyses complémentaires car il « avait le sentiment de quelque chose d'anormal », notamment en raison de la durée du malaise, mais il suspectait une infection, les bilans ordonnés étant orientés dans ce sens. Il n'avait pas été informé des crachats sanguinolents.



Un premier jugement (2006) déclare ce troisième médecin généraliste coupable du chef d'homicide involontaire pour n'avoir pas suspecté un risque thromboembolique grave et immédiatement décidé une hospitalisation en urgence au vu des symptômes présentés. Ces fautes caractérisées sont en lien direct avec la mort du patient des suites d'une embolie pulmonaire. Sa responsabilité est partagée avec le praticien hospitalier. Le médecin généraliste est condamné à quatre mois d'emprisonnement avec sursis et à l'indemnisation in solidum des intérêts civils.

En appel, et concernant le seul médecin généraliste, les magistrats retiennent que le risque thromboembolique était faible compte tenu des lésions et de l'état du patient, et qu'il a été négligé par tous les praticiens, que les éléments matériels (absence d'anomalie clinique à l'examen du mollet, crachat sanguinolents...) sont insuffisamment caractérisés. Les investigations menées ne permettent pas de considérer que le troisième médecin généraliste aurait délibérément écarté un diagnostic évident impliquant l'hospitalisation immédiate de son patient. Le délit reproché n'est pas constitué et l'intéressé est relaxé.

#### 2) Noyade dans une maison de retraite : condamnation de l'aide soignante (2002)



Une patiente de 93 ans, résidente d'une maison de retraite médicalisée, invalide, décède alors qu'elle avait été laissée

seule sans surveillance dans une baignoire dans laquelle elle s'est noyée. A l'occasion d'un bain matinal donné par l'aide soignante vers 7h30, un « malaise » (lié à un début de noyade) motive l'appel du médecin présent à son domicile. Il finit par être joint vers 8h45 et arrive dans l'établissement vers 10h10. Il organise alors le transfert, tardif, vers les urgences.

Dès la découverte de la patiente en état d'immersion, celle-ci avait été placée sur son lit en position latérale de sécurité, les infirmières cherchant à la ventiler

dans l'attente de l'arrivée du médecin. Il était alors environ 8h45. Le cadre infirmier était arrivé vers 9h et avait décidé également d'attendre l'arrivée prévue du médecin.

Il s'avère au cours de l'enquête que les prévenus ont menti au premier enquêteur en omettant volontairement de dire que l'aide-soignante s'était absentée quelques instants de la pièce où la personne âgée prenait son bain, après avoir été appelée en urgence pour un autre patient. Cette première version des faits, faisant état d'un « malaise », décidée collégalement après une réunion de concertation, a été faite dans le but avoué de ne pas briser la carrière de l'aide-soignante, « *excellente professionnelle qui n'avait pas agi par laxisme ou désinvolture* ».



Après une plainte du fils de la victime, quatre personnes sont poursuivies : le médecin gériatre de l'établissement, la directrice, le cadre infirmier et l'aide-soignant.

Au terme d'un rapport (2005), les experts ont conclu :

- que les premiers gestes d'urgence effectués par les infirmières étaient adaptés mais qu'en l'absence de réponse du médecin de permanence, il eût fallu faire appel au SAMU ou aux pompiers ;
- que le médecin, n'étant pas sur place, aurait dû lui-même faire appel à ces services, que les prescriptions médicales qu'il a ordonnées étaient incomplètes dès lors qu'il ne pouvait intervenir immédiatement (le médecin a déclaré qu'il n'avait pas été informé des circonstances exactes du « malaise »).

Les experts ont également conclu que l'absence de prise en charge a compromis les chances de survie de cette patiente.

L'aide-soignante est mise en examen : elle a reconnu avoir laissé quelques instants la patiente seule dans son bain sans être attachée, alors qu'elle venait de la savonner. Les éléments de l'enquête rapportent que, si le personnel travaillant le jour des faits était en qualité et en nombre suffisants, des carences existaient en revanche s'agissant de l'organisation au sein de l'établissement. C'est ainsi qu'aucune consigne claire, écrite, n'était définie en cas d'urgence dans la semaine. Aucun protocole d'intervention n'existait. Seul le cadre infirmier donnait des

directives, de nature orale.

Le cadre infirmier est également mis en examen pour homicide involontaire. Elle a nié les faits reprochés, expliquant qu'elle était arrivée à 9h et qu'elle n'avait pas appelé les services d'urgence, aucun signe clinique ne l'ayant alertée et qu'elle était dans l'attente de l'arrivée du médecin. Aucune consigne n'était donnée sur la conduite à tenir dans les soins à prodiguer aux patients, dès lors que le personnel était qualifié. La directrice de l'établissement est également mise en examen pour homicide involontaire. Elle n'avait été prévenue des faits que vers 9h30. Du fait de sa fonction administrative, il ne lui appartenait pas de prévenir les urgences, la nécessité de leur intervention relevant de la compétence du personnel infirmier. Elle a indiqué que le cadre infirmier n'avait pas alerté le SAMU car le médecin devait se rendre sur place. Interrogée, elle a précisé qu'elle n'avait fourni aucune consigne écrite concernant les bains des pensionnaires, ni même les protocoles en cas d'urgence, estimant que cela était de la responsabilité du médecin attaché à l'établissement.

Le médecin est aussi mis en examen, pour non-assistance à personne en danger. Entendu sur les faits, il a affirmé ne pas avoir été informé au téléphone des circonstances exactes du malaise de la patiente. Il n'a pas nié que, selon les termes de son contrat, il aurait dû être présent dans l'établissement vers 9h (rappelons qu'il est arrivé à 10h10).



Dans leur discussion, les magistrats reprennent les faits : il est établi et non contesté que la patiente a été laissée seule dans une baignoire sans surveillance et sans système de sécurité alors qu'elle était grabataire, et qu'elle a pu inhaler l'eau de son bain. Ce défaut de prudence et de vigilance est manifestement en relation directe avec le décès de la victime, reconnu par l'aide-soignante.

Concernant le cadre infirmier, elle aurait dû appeler les urgences alors que l'état de la patiente se dégradait. Mais de nombreuses personnes avant elle, y compris des infirmières, pouvaient à tout moment appeler les secours.

Concernant la directrice de l'établissement, elle ne s'est pas assurée que des consignes claires étaient édictées en cas de grave difficulté médicale, de sorte que le personnel infirmier, voyant que le médecin n'arrivait pas, n'a pas su prévenir les urgences alors que, selon

l'expertise médicale, l'état critique de la victime le requerrait.

Concernant le médecin, s'il ne peut lui être reproché le délit d'homicide involontaire car aucun manquement à une réglementation quelconque n'a pu être retenu à son encontre, ni même une négligence en relation directe avec le décès de la victime, le délit de non-assistance à personne en danger pour lequel il a été mis en examen est constitué : il a failli à ses obligations professionnelles en n'étant pas présent ou dans la capacité de l'être à la maison de retraite vers 9h, de sorte que les infirmières ont dû agir seules en son absence. En ne prenant pas la décision d'évacuer la patiente en urgence, sachant qu'il habitait à 40 km de l'établissement de soins et qu'il ne serait pas au chevet de celle-ci avant au moins 40 minutes, il a commis une grave erreur d'appréciation. Les conclusions des experts sont sans ambiguïté sur cette abstention volontaire de porter assistance dans un temps raisonnable, assistance qui aurait pu permettre de porter un secours efficace face à une situation de péril.

Les magistrats condamnent l'aide-soignante pour homicide involontaire à trois mois d'emprisonnement avec sursis et le médecin pour non-assistance à personne en danger à six mois d'emprisonnement avec sursis. Le cadre infirmier et la directrice sont relaxés.

Sur appel du médecin généraliste, la Cour d'appel le relaxe en 2009. « *Les informations faussement rassurantes qui lui ont été données par téléphone ne lui ont pas permis de déclencher des secours plus rapides ; il n'y a pas d'abstention volontaire de porter secours ; l'infraction n'est pas constituée. Le fait de ne pas avoir été présent dans l'établissement à 9h du matin comme son contrat de travail le prévoyait ne saurait constituer un élément du délit de non-assistance à personne en danger alors qu'il n'est en rien établi que le prévenu se soit volontairement abstenu de se rendre à l'établissement en connaissance de l'attente des soins, mais que son retard avait un caractère fortuit, lié aux aléas de la circulation et de ses contraintes professionnelles. L'incident lui ayant été présenté comme un malaise dans la baignoire et non comme une noyade, ceci l'avait amené à choisir la prescription de quatre ampoules de Lasilix®, traitement déjà administré à la patiente lors de son*

précédent malaise et à ne pas la faire transférer en urgence compte tenu de son âge et de sa maladie d'Alzheimer et des répercussions d'un éventuel transfert sur l'évolution de son état. Attendu qu'il existe des divergences sur la nature exacte de l'information initiale donnée à ce médecin, qu'il résulte des propres déclarations de l'appelante, que celle-ci a considéré dans un premier temps qu'il n'y avait pas d'urgence, qu'après son arrivée sur les lieux, le médecin a agi en conformité avec l'état de la victime et de ses constatations, l'ensemble des éléments énoncés ne permet pas de caractériser une abstention volontaire de porter secours à la victime alors qu'il a apporté immédiatement une réponse thérapeutique aux informations dès qu'il les a reçues ».

## Condamnations

Ce dossier concerne un médecin gériatre, directeur de maison de retraite.

### Maltraitance : condamnation (2002)



Un gériatre directeur d'établissement pour personnes âgées est poursuivi pour non-assistance à personne en danger et

violences sur les personnes vulnérables (6 victimes).

Il lui est notamment reproché d'avoir verticalisé une résidente en fin de vie atteinte d'un cancer invasif recevant de la morphine en dépit de son opposition, d'avoir évacué un lipome sans anesthésie locale dans une salle de soins chez une patiente démente de 80 ans, d'avoir donné l'ordre de faire porter une minerve à une patiente psychiatrique dépendante criant de façon permanente pour l'empêcher de crier, alors que le médecin prétend avoir prescrit ce collier en raison d'une position vicieuse cervicale, de ne pas s'être déplacé après un appel nocturne pour douleurs thoraciques et d'avoir fait des prescriptions téléphoniques sans provoquer, soit la venue des services d'urgence, soit l'hospitalisation de la patiente. ...



Tout au long de l'enquête, le médecin a contesté toute responsabilité et s'est estimé victime d'un complot monté par les familles, les personnes en désaccord avec ses méthodes de travail et la réorganisation des horaires.

Une expertise a eu lieu pour chaque dossier.



Les magistrats ont déclaré :

« Les déclarations de culpabilité se font certes sur les accusations de certains des membres du personnel, mais aussi sur les éléments contenus dans les dossiers médicaux et sur l'analyse qui en a été faite par les experts. Les magistrats se sont fondés sur les déclarations des familles et/ou du personnel mais aussi sur les propos tenus par le médecin au juge d'instruction pour esquisser la personnalité du prévenu, qualifié de très confiant dans ses capacités, manquant d'autocritique, et ayant peu de considération pour les personnes travaillant avec lui, certains de ses propos ayant été jugés déconcertants et parfois excessifs et inquiétants lorsqu'il s'agissait de remarques du médecin sur le travail des experts de l'administration ou son analyse de l'éthique ».

Les décisions ont été diverses selon les dossiers. Une condamnation pénale a été prononcée : 6 mois d'emprisonnement avec sursis avec une interdiction d'exercer pendant 5 ans l'activité de médecin ou de directeur

## MÉDECINS URGENTISTES

### CRCI

9 dossiers concernent les urgentistes : 2 avis CRCI, 6 procédures civiles et 1 pénale.

### Fautes

#### Retard diagnostique et coordination (2008)



Une femme de 34 ans, du fait d'une infertilité du couple, est en cours de procédure de fécondation in vitro avec injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes. Le protocole de stimulation ovarienne, bien surveillé, permet une ponction ovarienne le 6 novembre avec un transfert de deux embryons viables in utero le 9 novembre avec, selon les protocoles, une nouvelle injection d'Ovitrelle® (choriogonadotropine).

Le lendemain, la patiente se plaint de douleurs abdominales qui s'aggravent le 11 novembre avec nausées, vomissements et céphalées. Elle se rend à 20h au service d'urgence de l'établissement

le plus proche où elle est reçue par un urgentiste qui note une gêne à la respiration, mais un examen clinique normal, une conscience normale, un abdomen souple et pas de signe d'occlusion intestinale.

Peu familier avec les complications des inductions de l'ovulation, il téléphone au gynécologue pour solliciter un avis sur la conduite à tenir.

Sur ses conseils, l'urgentiste prescrit des examens complémentaires, un électrocardiogramme qui se révèle normal, une échographie doppler des membres inférieurs et de la veine cave qui se révèle également normal. Les examens biologiques montrent une hémococoncentration, des D dimères à 2,18 mg/ml pour une normale inférieure à 0,5 mg par ml. L'urgentiste aurait téléphoné à nouveau vers 22h au gynécologue pour un nouvel avis thérapeutique, mais ce 2<sup>ème</sup> appel téléphonique est contesté par celui-ci. Le relevé des appels téléphoniques de l'établissement ne confirme pas cet appel. L'urgentiste prescrit, outre une échographie pelvienne pour le lendemain, un traitement diurétique. La patiente est autorisée à regagner son domicile.

Le lendemain, elle retourne aux urgences à 8h et à 8h45 s'installe une hémiplegie gauche secondaire à une thrombose de l'artère sylvienne droite authentifiée par scanner. Il est pratiqué en urgence une thrombolyse par voie intra veineuse à la 2<sup>ème</sup> heure de l'épisode initial. Malheureusement, l'état de conscience se dégrade, un hématome sous dural aigu a priori veineux est évacué, et la patiente décède le 16 novembre.



Le rapport d'expertise confirme que le protocole d'induction de l'ovulation a été strictement conforme aux pratiques généralement adoptées. Rien n'aurait permis de supposer que la patiente puisse développer une hyper stimulation ovarienne et être soumise à un risque d'accident vasculaire. L'accident vasculaire cérébral n'est pas la conséquence d'un excès de traitement qualitatif ou quantitatif, mais probablement à une prédisposition constitutionnelle : la patiente n'avait pas signalé semble-t-il des antécédents familiaux de phlébite chez 2 membres de sa famille. Il est douteux que, même informés de ces risques de thrombose, le couple et les médecins aient renoncé au traitement de stérilité.

L'expert reproche l'absence d'hospitalisation le soir-même devant ce syndrome évoquant sans ambiguïté une hyperstimulation marquée, mais ajoute que rien ne permet d'établir que si l'admission avait eu lieu lors de la 1<sup>ère</sup> consultation aux urgences, une hospitalisation aurait enrayé l'accident vasculaire cérébral en train de se constituer. Les signes n'étaient pas suffisamment évocateurs pour prescrire en urgence un scanner cérébral.

Les protocoles de bonnes pratiques pour les syndromes marqués d'hyperstimulation ovarienne (hémocoagulation, insuffisance rénale fonctionnelle et des D dimères élevés) recommandent la prescription d'HBPM. Il n'est pas possible d'affirmer qu'un tel traitement « certainement judicieux » à dose préventive eut empêché l'AVC de se compléter, il est même probable que non.

« On peut souligner le manque de coordination entre le médecin urgentiste et le médecin gynécologue. Habituellement, il revient prioritairement au médecin gynécologue de prendre en charge les complications de ses propres prescriptions, a fortiori en soutien d'un autre praticien peu armé pour y faire face ». L'expert classe l'accident survenu comme un aléa.



La CRCI estime inacceptable, le risque d'hyperstimulation ovarienne étant parfaitement connu

et sa complication de gravité majeure ne pouvant être ignorée, si exceptionnelle soit-elle, que la patiente n'ait pas fait l'objet d'une prise en charge plus attentive pour limiter le risque de complications graves. L'urgentiste a pris la responsabilité, dans un domaine qui lui était d'évidence non familier, de renvoyer la patiente chez elle sans faire valider ce choix par le médecin prescripteur du traitement. Le médecin prescripteur, même s'il n'était pas en service, compte tenu des risques potentiels, aurait dû être plus exigeant et demander à être tenu informé des suites, notamment pour la prise de décision sur l'hospitalisation. La brièveté de la communication téléphonique avec son confrère (1 mn 44) ne peut donner le sentiment d'une prise en compte bien approfondie du cas.

La CRCI retient pour 1/4 la responsabilité des deux médecins au titre d'une perte de chance et pour 3/4 l'intervention de l'ONIAM du fait de la survenue d'un aléa thérapeutique.

## Rejets

### Erreur diagnostique (2008)



Une jeune fille de 17 ans se présente aux urgences d'un établissement du fait de la persistance de céphalées depuis 15 jours.

L'urgentiste vérifie l'apyrexie. Le bilan biologique objective un syndrome inflammatoire modéré, et la sortie est autorisée avec un renforcement du traitement antalgique. Cinq jours plus tard, le tableau est identique, les céphalées en casque, la patiente apyrétique. Le scanner cérébral dont le compte rendu manuscrit parvient à l'urgentiste conclut à un examen normal et à une pansinusite. L'urgentiste (qui n'a pas vu les images) autorise la sortie avec une prise de rendez-vous pour une consultation ORL le lendemain matin.

Le lendemain, la patiente revient aux urgences dans un tableau de céphalées fébriles avec vomissements. Un autre médecin urgentiste conclut à une sinusite avec migraine pendant une période menstruelle et prescrit un traitement symptomatique autorisant la patiente à rentrer chez elle.

Le surlendemain, elle est prise en charge pour un volumineux abcès cérébral compliqué de thrombo-phlébite cérébrale dans un contexte pansinusite antérieure de la face et décède malgré une intervention en urgence.



La CRCI a rejeté la demande de la famille de la jeune fille vis-à-vis du 1<sup>er</sup> urgentiste et a retenu la responsabilité du 2<sup>ème</sup> urgentiste qui n'avait pas remis en cause le diagnostic de pansinusite, ni demandé l'avis d'un neurologue (la commission n'a pu se prononcer sur la qualité de l'interprétation du scanner effectué par le radiologue, celui-ci n'étant pas dans la cause).

## Décisions civiles

### Déboutés

Dans 5 affaires judiciaires, le tribunal a jugé conforme la prise en charge d'une crise de colique hépatique due à une lithiase vésiculaire qui ne nécessitait pas d'intervention en urgence. Il a estimé que le retard diagnostique (estimé à 16h) d'un accident vasculaire cérébral d'installation progressive dans un contexte de gastroentérite confirmée, n'a eu aucune conséquence fâcheuse

sur l'évolution de la maladie, l'état antérieur et la pathologie du patient contre-indiquant le recours à des anti-coagulants ou à des fibrinolytiques. La responsabilité de l'urgentiste n'a pas été considérée comme engagée lors de la prise en charge défailante d'un accident de la voie publique grave, l'urgentiste n'étant qu'un maillon de la chaîne hospitalière ; ni après la prise en charge en urgence d'une fracture du poignet pour laquelle il a demandé l'avis du chirurgien orthopédique (qui avait confirmé l'absence d'indication chirurgicale - évolution vers un cal vicieux sous plâtre). Le tribunal de proximité a rejeté la demande d'une patiente se plaignant d'une suture inesthétique d'une plaie d'un lobe de l'oreille (due à un arrachement par une boucle d'oreille) et l'a condamnée à 200 € au titre de l'article 700.

## Condamnations

La responsabilité d'un médecin urgentiste a été retenue du fait d'une prise en charge non-conforme d'une plaie du dos de la main, laissant en place après exploration un corps étranger nécessitant une réintervention dans un climat infectieux (évolution favorable ultérieure).

## Décisions pénales

### Médecin urgentiste sapeur pompier volontaire (2006)

Il a été considéré que la décision du transfert d'une blessée qui avait chuté de sa terrasse, sans médicalisation et après l'accord du médecin régulateur pour un volet costal n'était pas constitutive d'une faute caractérisée, compte tenu de son état : à l'arrivée, la patiente ne présentait aucun signe différent et inquiétant par rapport à sa prise en charge initiale. L'expert a considéré qu'au moment où le sapeur pompier avait vu la patiente, son état ne justifiait pas alors un transport médicalisé et que les conditions de celui-ci n'avaient pas aggravé l'état de la patiente. Cette patiente de 35 ans est décédée quelques heures après son arrivée aux urgences d'un hémopneumothorax bilatéral compliqué d'une anoxie cérébrale consécutive à un arrêt cardiorespiratoire lié à une compression médiastinale. Le médecin urgentiste est relaxé. En revanche, le CHU est condamné pour désorganisation fautive du service et du fait des erreurs de prise en charge de cette patiente par les internes. La patiente, qui avait fait

une chute, aurait dû être orientée vers une prise en charge immédiate et rapide (emphysème sous cutané). La suspicion de fractures costales relevait d'une prise en charge dans la demie heure. Or, à son arrivée aux urgences, l'infirmière d'accueil et d'orientation l'a orientée vers une zone de chirurgie avec une priorité de prise en charge médicale non urgente. Du fait de problèmes médicaux personnels, le médecin senior qui devait être présent à la réception de la patiente s'est absenté et n'a pas été remplacé. La patiente a été prise en charge (en fait rapidement) par un faisant fonction d'interne qui a prescrit des radiographies. C'est un interne qui a pris le relais et au vu du résultat de celles-ci, a posé une perfusion avec des antalgiques et conseillé d'appeler le collègue précédent, estimant que le suivi relevait de celui-ci. Le premier médecin a contacté téléphoniquement le chirurgien qui lui a recommandé un scanner, mais la patiente a fait un arrêt cardiaque rapidement.

Dans ce dossier apparaît une succession de dysfonctionnements : tri par une infirmière, absence de prise en charge rapide par un médecin senior, absence du chef de service non remplacé dans ses fonctions administratives pour la désignation éventuelle d'un senior en chirurgie en remplacement rapide d'une personne malade, retard à la prise en charge adéquate au vu des radiographies, absence de visite d'un chirurgien thoracique, retard aux transfusions.... En dehors du médecin pompier, ont été concernés par la procédure l'infirmière d'accueil et d'orientation du service du CHU (relaxée) et le faisant fonction d'interne (relaxé).

Le deuxième interne a été considéré comme coupable des faits qui lui ont été reprochés : depuis quelques semaines dans le service des urgences, il savait que le médecin senior avait dû quitter le service, il n'a pas assuré le suivi de la patiente alors qu'il était en possession de radiographies qu'il a consultées. Il s'est rendu compte de la gravité de la pathologie, a posé une voie veineuse, a fait des injections d'antalgiques et a donné des instructions pour le suivi à l'infirmière, et n'a pas consulté un médecin senior : ceci exposait la patiente à un risque d'une particulière gravité que l'interne ne pouvait ignorer, en lien de causalité indirect mais certain avec son décès (condamnation à une peine de quatre mois d'emprisonnement avec sursis).

Le CHU, personne morale, a été condamné du fait d'une défaillance manifeste du service d'accueil de l'hôpital, de l'absence du médecin senior dans ce service, d'une désorganisation fautive à l'origine de la cause indirecte et certaine du décès de la patiente. Une amende de 20 000 € lui est infligée.

## MÉDECINS RÉGULATEURS

Quatre dossiers judiciaires au pénal concernent des régulateurs (2 déboutés, 2 condamnations).

### Relaxes

Absence d'envoi d'une ambulance, mais appel au médecin de garde qui a posé un diagnostic erroné de syndrome grippal alors qu'il s'agissait d'une hémorragie cérébro-méningée (décès).

Absence d'envoi d'une ambulance pour évolution d'une thrombophlébite cérébrale hospitalisée quelques heures plus tard (séquelles importantes).

### Condamnations

#### 1) Plainte pénale pour homicide involontaire (2005)



Un enfant de 9 mois est vu à deux reprises le 13 et le 18 décembre par son médecin généraliste pour une bronchiolite qui fait l'objet de prescriptions symptomatiques et de séances de kinésithérapie. Entre temps, le diagnostic avait été confirmé par les urgences de l'hôpital. Le 20 décembre, d'autres symptômes apparaissent : diarrhée et vomissements. Les parents décident de se rendre une nouvelle fois aux urgences de l'hôpital vers 18h où ils sont reçus par un médecin senior qui prend en charge personnellement l'enfant. L'enfant est tonique, l'examen clinique normal sans signe de déshydratation. L'enfant pèse 8 kg. Un mois auparavant, à l'examen des 9 mois, le poids était de 8,5 kg. La perte de poids est évaluée à 6%. Une réhydratation orale et un traitement symptomatique sont prescrits. Le praticien ne juge pas utile d'hospitaliser l'enfant. Le lendemain dimanche, l'enfant a très soif, et a bu un biberon de 180 ml de lait en poudre avec céréales vers 8h30 - 9h. Il a réclamé un autre biberon vers 11h qu'il a également bu. Vers midi, l'enfant a beaucoup vomi. Il mange un peu vers midi et vers 16h, et sa mère lui a donné un anti diarrhéique. Le soir, il a pris 1/2 pot, un dessert, a bu régu-

lièrement et pris les médicaments prescrits. Vers 20h, la mère appelle à 4 reprises le réseau d'urgences, et il lui est répondu qu'un médecin de garde passerait dans les deux heures. Un quart d'heure plus tard, elle prend contact avec le centre 15 « pour un conseil ».

A la question « est ce qu'il accepte de se réhydrater », il est répondu « oui tout à fait ». Le médecin régulateur explique longuement la nécessité de réhydrater l'enfant, les modalités, les éléments de surveillance et la nécessité d'aller à l'hôpital « si l'enfant ne compense pas les pertes par des apports, devient somnolent, tout mou ou refuse de boire ». La mère rappelle vers 22h15. Le tableau est toujours le même, avec persistance de diarrhée. Elle décrit l'enfant comme conscient mais pas bien, avec les extrémités froides, prostré, acceptant le biberon. Elle indique que le réseau d'urgences est disponible dans deux heures et il lui est conseillé d'aller à l'hôpital. La mère expose au médecin que son enfant se vide complètement et qu'elle n'arrêtait pas de changer la couche. Elle ne répète pas au médecin ce qu'elle avait dit à la permanencière, à savoir que son enfant n'avalait plus rien. Le régulateur rappelle que si l'enfant est conscient, bien éveillé et bien tonique, qu'il a des diarrhées, des vomissements mais prend l'anti diarrhéique, ce sont des éléments rassurants. La mère dit qu'elle trouve son enfant un peu amorphe tout en maintenant qu'il continue à prendre le biberon. Le médecin rappelle à la mère que si l'enfant l'inquiète, il faut aller aux urgences.

Une demie heure plus tard, les parents décident de conduire l'enfant aux urgences où il arrive près d'une heure après la fin de la seconde conversation téléphonique. L'état de l'enfant s'est aggravé depuis une heure. Il arrive en état de choc et décède à 23h45. L'autopsie confirme une déshydratation aiguë sévère sur une gastroentérite évoluant depuis plus de 24 heures en période épidémique.



Un rapport d'expertise, après étude des conversations téléphoniques, retient la responsabilité du médecin régulateur « par négligence ». Il est impossible à l'expert de savoir si l'enfant aurait survécu au cas où l'envoi d'un SMUR avait été déclenché au terme du second appel alors que la mort est survenue dans les suites d'un transfert réalisé dans de mauvaises conditions. Il retient

néanmoins une perte de chance chiffrée à 66 % après le premier appel téléphonique.

Il retient également que le lien de causalité entre la faute relevée et la mort de l'enfant n'est pas certain et reste de toute façon indirecte.

Le régulateur est mis en examen pour homicide involontaire. Il produira des avis d'experts contestant le rapport d'expertise pénal.

Ceux-ci vont notamment discuter le fait que l'expert a estimé que le régulateur aurait dû se renseigner sur le poids, le pli cutané, la coloration cutanée, qu'il aurait dû être alerté par le fait que la mère signalait que l'enfant avait des extrémités froides en mettant en relief les difficultés de l'appréciation clinique par téléphone.



Les magistrats, après étude des entretiens téléphoniques, considèrent qu'il est effectivement établi que le régulateur a vérifié la prise du traitement, a précisé le régime alimentaire, a vérifié que l'enfant se réhydratait et s'est enquis de la présence de fièvre.

Ils retiennent néanmoins que l'expert a indiqué qu'il n'a pas été suffisamment analytique dans sa démarche médicale, que de ce fait il a fait de mauvaises investigations qui auraient peut être pu être évitées s'il avait posé les questions essentielles qui relèvent d'une sémiologie de base.

« La gravité potentielle d'un diagnostic de gastroentérite avec déshydratation est bien connue, et tout professionnel, compte tenu de la spécificité de son intervention, se doit de porter toute son attention à l'évaluation des signes de gravité de l'état du bébé, au regard de l'entretien avec son interlocuteur et à travers l'évaluation de l'état psychologique de celui-ci, et ce quelle que soient les conditions d'exercice de sa mission ».

Or, les conclusions de l'expert sont formelles : « il existe une telle pauvreté de l'examen clinique qu'il n'est guère possible d'évaluer le statut hydrique et volémique de l'enfant, de sorte qu'aucun conseil clair n'émane de la discussion. Tout au plus, la maman est faussement rassurée par le praticien par le fait que buvant encore et n'ayant pas de troubles neurologiques sévères, l'enfant n'a pas besoin d'être amené à l'hôpital. Certes, le régula-

teur joue normalement son rôle de conseil, mais ce rôle était insuffisant. Il se devait dans le cadre de sa fonction de régulateur, de poser les questions adéquates et précises afin d'établir un diagnostic sur l'état de santé de l'enfant ».

L'expert relève ainsi « que l'examen téléphonique présente de grosses lacunes face à une mère qui n'a aucune connaissance médicale mais qui sent pourtant que son enfant va mal ». Les selles ne sont pas quantifiées ni leur qualité précisée, le médecin ne se renseigne pas sur l'heure et la date du début des signes digestifs ainsi que sur l'évolutivité manifestement importante du syndrome dysentérique. Le médecin régulateur n'a pas recherché suffisamment précisément les signes cliniques témoignant de l'existence d'une réelle déshydratation. Il ne s'est pas renseigné sur le poids de l'enfant, il aurait pu se renseigner sur le pli cutané, la sécheresse des muqueuses, la persistance d'une diurèse, l'état de la fontanelle. Ceci peut parfaitement être effectué par la maman et renseigner un médecin au téléphone comme le souligne l'expert.

Les magistrats relèvent que lors de son premier appel, la mère a indiqué qu'il n'absorbait plus rien puis plus loin qu'il buvait, que lors du 2<sup>ème</sup> appel la mère a indiqué qu'il était conscient et éveillé mais a employé également les termes de « amorphe, hagard et prostré » et le régulateur n'a pas tenu compte de ces contradictions et de l'état psychologique de la mère.

En s'abstenant d'effectuer un examen téléphonique complet, en rassurant faussement la maman sur l'état de santé de son bébé, en n'étant pas attentif aux signaux d'inquiétude de celle-ci, le médecin a commis une faute caractérisée.

Il a exposé la victime à un risque mortel et le lien de causalité, bien qu'indirect, n'en apparaît pas moins certain avec le dommage.

Le praticien est condamné à une peine d'emprisonnement de cinq mois avec sursis et à une amende de 1.500 €.

Un appel a été interjeté et le jugement rendu en 2009 a requalifié les faits en délit de non-assistance à personne en danger mais a confirmé la peine infligée en première instance.

## 2) Non assistance à personne en danger( 2006)



Un patient de 35 ans décède à 2h du matin après avoir présenté une douleur thoracique vers 22h. Vers 22h20, l'épouse avait appelé le SAMU puis rappelé le même service vers minuit. A la suite de ces deux appels, un médecin libéral et un équipage pompier s'étaient déplacés à domicile. L'état est considéré comme satisfaisant (clinique, ECG) et le patient refuse d'être hospitalisé. Après le départ de l'équipe, vers 00h25, le médecin libéral rédige une lettre pour le médecin traitant.

Vers 0h50, l'épouse rappelle de nouveau le SAMU ; le médecin régulateur, au courant des interventions précédentes, n'accepte pas d'envoyer une nouvelle équipe. L'épouse rappelle 5 mn plus tard, obtient du permanencier l'envoi des secours qui arrivent à 1h03 et trouvent l'époux en arrêt cardio respiratoire.



Il ressort de l'audition de la bande d'enregistrement que le médecin n'a posé aucune question à son interlocutrice qui lui demandait d'envoyer des secours en disant que son mari ne respirait plus. Le régulateur a fait preuve d'impatience en réponse à la demande qui lui a été faite et a négligé, voire mésestimé, les propos de son interlocutrice, qui lui a néanmoins dit que son mari était intransportable et avait les yeux révoisés. En s'abstenant de poser les quelques questions complémentaires qui lui auraient permis de déterminer s'il existait des éléments nouveaux depuis la précédente intervention des secours, le médecin requis s'est mis dans l'impossibilité de juger de la gravité du malade et du danger qu'il courait.



L'infraction est constituée. Le prévenu a reçu l'appel téléphonique alors qu'il avait assuré un temps de travail et de garde de plus de 80 heures de service pendant la semaine. Ce point, qui renvoie d'ailleurs à l'organisation du service du SAMU, est d'une cause d'atténuation de la peine. Le régulateur est déclaré coupable des faits qui lui sont reprochés et condamné à une amende de 5 000 € avec sursis pour non-assistance à personne en danger.

## INTERNES

### Erreur d'injection intra thécale : condamnation (2006)



Un interne a été condamné pénalement à la suite du décès d'une patiente suite aux complications d'une injection intrathécale d'un produit destiné à la voie veineuse (Vincristine).

Il s'agissait de la 2<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie intrathécale associée à une chimiothérapie intra veineuse chez une patiente obèse, anxieuse et arthrosique qui avait été antérieurement très difficile à ponctionner, seul un anesthésiste ayant réussi, avec difficulté mais succès à réaliser une ponction lombaire haute. Lors de cette 2<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie, la patiente refuse d'abord une nouvelle injection intrathécale en l'absence de cet anesthésiste, mais finit par accepter, aux termes d'une discussion avec un autre anesthésiste et l'interne, à condition qu'il n'y ait pas d'acharnement. L'interne s'engage se limiter à deux tentatives de ponction.

Le geste a lieu en août, en l'absence du chef de service. L'interne soulignera le déficit d'encadrement dans ce service. Le médecin voit sur la paillasse des infirmières « le paquet » de chimiothé-

rapie intraveineuse ouvert mais préfère commencer par la ponction lombaire. Il se propose d'aider l'infirmière à préparer le matériel de ponction et précisera qu'il n'a pas touché aux produits dont la manipulation, associée au protocole écrit par la pharmacie, relève de l'infirmière. Il a ensuite sollicité l'aide d'une élève infirmière pour positionner la patiente et réaliser le repérage de la ponction.

A la 2<sup>ème</sup> tentative, l'interne réussit son geste et s'empare de la seringue tendue par l'infirmière, qui l'a interrogé pour savoir s'il souhaitait bien la seringue « de Vincristine ... ». L'interne aurait répondu « oui » mécaniquement et a procédé à l'injection. La patiente n'a pas émis de plainte particulière.

Très rapidement, l'erreur d'injection est découverte lorsqu'il apparaît que le paquet de chimiothérapie intra thécale est intact dans la salle de soins. Les poches des deux produits étaient arrivées par le même envoi de la pharmacie avec des conditionnements séparés.



Les magistrats diront :  
« S'il est manifeste que le service dans lequel cet interne poursuivait son internat était un service de cancéro-

logie qui pouvait apparaître particulièrement éprouvant, l'interne avait accepté en toute connaissance de cause de pratiquer cet acte auquel il était habilité, après avoir recueilli l'accord de la patiente. L'accident apparaît en définitive exclusivement imputable à l'erreur humaine qu'aucun protocole, fût-il particulièrement strict de type double lecture à voie haute de la nature du produit injecté, ne permet d'éviter. L'interne, dont l'environnement de travail était particulièrement stressant, s'est trouvé entièrement absorbé par la réalisation technique de l'acte médical, obnubilant à oublier de vérifier la nature du produit injecté malgré l'interpellation de l'infirmière ».

Les circonstances de l'accident, la personnalité de l'interne qui s'est trouvé irrémédiablement marqué par cet accident, et ses qualités professionnelles qui restent intactes conduisent à prononcer à son encontre une peine modérée, fixée à deux mois d'emprisonnement avec sursis. L'assureur de l'établissement est condamné à l'indemnisation du préjudice de la patiente (décédée dix jours après le geste) et de sa famille.



M.A.C.S.F

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement

ÉDITIONS DU GAMM - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX - Tél. : 01 71 23 80 80

Bulletin d'abonnement  
2010

Mars 2010

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