



HAL
open science

Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années

Irina Radoman

► To cite this version:

Irina Radoman. Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160367

HAL Id: dumas-01160367

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160367>

Submitted on 5 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IRINA RADOMAN

PLAINTES ET CONDAMNATIONS CONCERNANT

DES MEDECINS GENERALISTES :

analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre

au cours des 26 dernières années

NICE 2014

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**PLAINTES ET CONDAMNATIONS CONCERNANT DES
MEDECINS GENERALISTES :**

**analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours
des 26 dernières années**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Nice

Le 15 Avril 2014

Par

Melle Irina Radoman
Née le 08 Avril 1987 à Nice

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Gérald Quatrehomme
Monsieur le Professeur Philippe Hofliger
Monsieur le Professeur Jacques Levraut
Madame le Docteur Véronique Alunni
Monsieur le Docteur Jean-Luc Folacci

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse
Assesseur

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DAR COURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HARTER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A notre président du jury, Monsieur le Professeur Gérald Quatrehomme : je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour tous les précieux conseils que vous m'avez donné et toute l'aide que vous m'avez apportée pour réaliser ce travail. Vous avez été patient et disponible, même dans les moments critiques.

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger : je suis très sensible de l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité lors de mes diverses sollicitations.

A Monsieur le Professeur Jacques Levraut : je suis très touchée que vous ayez accepté de participer à ce jury.

A Madame le Docteur Véronique Alunni : je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir accompagnée dans ce projet et merci pour vos conseils.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Folacci : je te remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Tu t'es investi dans ma formation en médecine générale malgré le fait que tu connais mes préférences pour la médecine légale. Merci pour tout ce que tu m'as appris lors de ces six mois de stage.

A mes deux parents un peu « hors normes » et à Maïa, Miléna, Nicolas, Thomas et Nathalie, mes demi-frères et demi-sœurs : merci d'être venu assister à cet événement qui clôture ces nombreuses années d'études et merci de m'avoir soutenu...

A Adrien, quel chemin parcouru ensemble ! Tu me suis depuis de nombreuses années, merci de tout ce que tu fais pour moi. Ta présence est un bonheur.

A Mathilde et Coralie : même si nous avons grandi et pris des chemins différents, vous êtes toujours mon Infernal. Vous avez été présentes à tous les moments charnières (le brevet, le bac, la P1...), nous avons fait la nouba comme il le fallait...Bonaparte, la tarte au chocolat, l'Ebly® du matin, Indigo-Thao-Ito, le Check Point et le reste...

A Christophe et Peggy : j'ai grandi devant vous et vous avez été là pendant toutes ces années. Du début à la fin. Merci pour tous les moments qu'on a passé ensemble et tout ce que vous m'avez appris et apporté.

A Nathalie, Emilie, Jojo, Morgane, Elie, Laure-Elise, Maud, Leïla, Margot, Raph, Audrey, Perrine, Yannick : je vous connaissais d'avant ou vous ai rencontré en stage et vous avez été de bonne compagnie et un véritable soutien. Que de bons moments passés avec vous !

A « Grincheuse » et notre surprenante rencontre en médecine légale : j'approuve totalement ton humour. Quoi qu'on puisse te dire, ne change rien ! Merci pour ton écoute et tes pains au lait.

A tous ces chefs qui m'ont apporté quelque chose :

- A Antibes : Stéphanie, Margareta, Astrid. Mon tout premier service, et mes tous premiers pas...
- A Saint Roch : à Hervé pour sa rigueur et sa pédagogie, à Bruno pour sa réassurance, à Isabelle et Pierre-Olivier pour leur bonne humeur, à Audrey et Julie.
- A Grasse, le pays où je n'ai jamais été autant malade en 3 mois : à Olivier, Joël et Georges. Vous avez réussi à me faire aimer les enfants et ce n'était pas gagné ! Vive le pityriasis rosé de Gibert !
- Au service de médecine légale : à Florence, Nathalie, Aurélie, Sandra et Evelyne, merci pour toutes vos petites attentions. A Elodie et Céline : vous vous débrouillez très bien quant à la formation des externes et des internes. Merci de tout ce que vous faites, vous rendez le tout plus agréable.

ABREVIATIONS

CC	Code Civil
CCI	Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux
CDM	Code de Déontologie Médicale
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CP	Code Pénal
CSP	Code de Santé Publique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MACSF	Mutuelle du Corps Sanitaire Français
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : NOTIONS GENERALES	11
1. DEFINITIONS	12
2. ORIGINE DE LA RESPONSABILITE MEDICALE	13
3. L'ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE.....	15
4. LES RESPONSABILITES MEDICALES.....	18
4.1.RESPONSABILITE PENALE	18
4.1.1.Généralités.....	18
4.1.2.La faute pénale.....	18
4.1.3.Les infractions pénales en médecine.....	19
4.1.4.Le choix de la voie pénale.....	20
4.1.5.Modalités pour porter plainte.....	21
4.2.RESPONSABILITE CIVILE	22
4.2.1.Généralités.....	22
4.2.2.Caractéristiques de la responsabilité civile	22
4.2.3.La faute civile.....	24
4.2.4.Le dommage.....	28
4.2.5.Le lien de causalité.....	28
4.2.6.Le choix de la voie civile	29
4.2.7.Modalités pour déposer plainte	29
4.3.RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE (OU ORDINALE)	30
4.3.1.Généralités.....	30
4.3.2.Le manquement déontologique	31
4.3.3.Sanctions disciplinaires	32
4.3.4.Modalités pour porter plainte	32

4.4.RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE	33
4.4.1.Généralités.....	33
4.4.2.La faute.....	33
4.4.3.Modalités pour porter plainte	34
5. RESPONSABILITE SANS FAUTE ET PRESOMPTION DE FAUTE	35
6. LA LOI DU 04 MARS 2002 (LOI KOUCHNER)	36
7. EVOLUTION DES PLAINTES CONTRE LES MEDECINS, EN GENERAL.....	40
8. EVOLUTION DES PLAINTES CONTRE LES MEDECINS GENERALISTES, EN PARTICULIER	42
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	43
1. MATERIEL ET METHODE	44
1.1.POPULATION DE L'ETUDE	44
1.2.TYPE D'ETUDE	44
1.3.DONNEES RECUEILLIES	45
2. RESULTATS	46
2.1.PREMIERE PARTIE : analyse des déclarations de sinistre.....	47
2.1.1.Nombre de déclarations par type de faute.....	47
2.1.2.Analyse des déclarations des médecins généralistes à la MACSF	49
2.1.2.1.Iatrogénie	50
2.1.2.1.1.Iatrogénie médicamenteuse	50
2.1.2.1.1.1. Anti-inflammatoires.....	49
2.1.2.1.1.1.1. Anti-inflammatoires non stéroïdiens.....	49
2.1.2.1.1.1.2. Anti-inflammatoires stéroïdiens.....	51
2.1.2.1.1.2. Antibiotiques et antiviraux.....	52
2.1.2.1.1.3. Médicaments cardio-vasculaires.....	54
2.1.2.1.1.4. Traitements hormonaux.....	55
2.1.2.1.1.5. Antalgiques.....	56
2.1.2.1.1.6. Psychotropes.....	56
2.1.2.1.1.7. Médicaments utilisés en diabétologie.....	57
2.1.2.1.1.8. Autres médicaments.....	58
2.1.2.1.1.9. Vaccins.....	58

2.1.2.1.1.10. Erreurs de prescription et d'injection.....	60
2.1.2.1.2. Iatrogénie non médicamenteuse : actes médicaux.....	63
2.1.2.2. Cancérologie.....	65
2.1.2.2.1. Cancers digestifs.....	65
2.1.2.2.2. Cancers broncho-pulmonaires.....	67
2.1.2.2.3. Cancers gynécologiques.....	68
2.1.2.2.4. Cancers urologiques.....	70
2.1.2.2.5. Hémopathies.....	72
2.1.2.2.6. Cancers du segment céphalique.....	73
2.1.2.2.7. Autres cancers.....	74
2.1.2.3. Traumatologie.....	74
2.1.2.4. Infectiologie.....	78
2.1.2.4.1. Infections bactériennes.....	78
2.1.2.4.2. Infections virales.....	83
2.1.2.4.3. Infections parasitaires.....	84
2.1.2.5. Cardio-vasculaire.....	85
2.1.2.6. Hépto-gastro-entérologie.....	89
2.1.2.7. Neurologie - Psychiatrie.....	91
2.1.2.8. Autres médecines.....	94
2.1.2.9. Gynécologie-néonatalogie.....	95
2.1.2.10. Rhumatologie.....	97
2.1.2.11. Certificats médicaux.....	99
2.1.2.12. Prise en charge diagnostique inadaptée.....	100
2.1.2.13. Pneumologie.....	102
2.1.2.14. Prise en charge thérapeutique inadaptée.....	104
2.1.2.15. Urologie - Néphrologie.....	105
2.1.2.16. ORL-Ophtalmologie.....	106
2.1.2.17. Endocrinologie.....	108
2.1.2.18. Comportement inadapté du médecin.....	109
2.1.2.19. Violation du secret professionnel.....	109
2.2. DEUXIEME PARTIE : analyse des décisions de justice et des CCI.....	112
2.2.1. Analyse des caractéristiques des décisions de justice.....	113
2.2.1.1. Nombre de procédures selon le cadre juridique.....	113

2.2.1.2.Nombre de procédures par juridiction et selon les années	113
2.2.1.3.Nombre de procédures par type de faute, selon la juridiction.....	114
2.2.1.3.1.En juridiction civile	114
2.2.1.3.2.En juridiction disciplinaire	115
2.2.1.3.3.En règlement amiable (CCI).....	116
2.2.1.3.4.En juridiction pénale.....	117
2.2.1.3.5.En juridiction administrative	117
2.2.2.Analyse des situations ayant entraîné des condamnations	118
2.2.2.1.Condamnation en juridiction civile	119
2.2.2.1.1.Par type de faute	119
2.2.2.1.2.Par situation clinique	120
2.2.2.2.Sanction en juridiction disciplinaire.....	149
2.2.2.2.1.Selon le type de faute.....	149
2.2.2.2.2.Selon la situation clinique en cause.....	151
2.2.2.2.3.Selon le type de sanction	161
2.2.2.3.Indemnisation en amiable (Commission de Conciliation et d'Indemnisation)	162
2.2.2.3.1.Selon le type de faute retenue.....	162
2.2.2.3.2.Selon la situation clinique concernée	163
2.2.2.3.3.Avis des experts.....	167
2.2.2.4.Condamnation en juridiction pénale.....	168
2.2.2.4.1.Par type de faute	168
2.2.2.4.2.Par pathologie ou situation clinique	169
2.2.2.4.3.Selon le chef d'accusation	175
2.2.2.4.4.Selon la sanction pénale pour le médecin.....	175
2.2.2.5.Indemnisation en juridiction administrative.....	176
2.2.3.Analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnations.....	177
2.2.3.1.En juridiction civile	178
2.2.3.2.En règlement amiable (CCI).....	186
2.2.3.3.En juridiction pénale	191
2.2.3.4.En juridiction disciplinaire	197

TROISIEME PARTIE : LA DISCUSSION	202
1. L'OBJECTIF DE L'ETUDE	203
2. METHODOLOGIE	203
2.1.L'ETUDE DESCRIPTIVE	203
2.2.L'ECHANTILLON	204
2.3.LE RECUEIL DES DONNEES	205
3. ANALYSE DES RESULTATS	206
3.1.PREMIERE PARTIE : analyse des déclarations de sinistre.....	206
3.1.1.Nombre de déclarations par type de faute.....	206
3.1.2.Analyse des déclarations des médecins généralistes à la MACSF	208
3.2.DEUXIEME PARTIE : analyse des décisions de justice et des CCI	210
3.2.1.Analyse des caractéristiques des décisions de justice et des CCI.....	210
3.2.1.1.Nombre de procédures selon le cadre juridique	210
3.2.1.2.Nombre de procédures par juridiction et selon les années	211
3.2.1.3.Nombre de procédures par type de faute, selon la juridiction.....	212
3.2.2.Analyse des décisions de justice ayant entraîné des condamnations	213
3.2.2.1.Condamnation en juridiction civile	213
3.2.2.2.Sanction en juridiction disciplinaire.....	220
3.2.2.3.Indemnisation en règlement amiable (CCI)	223
3.2.2.4.Condamnation en juridiction pénale.....	224
3.2.2.5.Indemnisation en juridiction administrative.....	226
3.2.3.Analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnations.....	227
3.2.3.1.En juridiction civile	228
3.2.3.2.En règlement amiable (CCI).....	229
3.2.3.3.En juridiction pénale	230
3.2.3.4.En juridiction disciplinaire	232
3.3. ...SYNTHESE DES SITUATIONS LES PLUS A RISQUE DE CONDAMNATION	233
4. LES PERSPECTIVES.....	236
4.1.FORMATION MEDICALE INITIALE FACULTAIRE	236
4.2.FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)	237
4.3.CHANGEMENTS DE PRATIQUES	239
4.4.LES DROITS DU MEDECIN EN CAS DE PLAINTES ABUSIVES PAR UN PATIENT.....	240

4.5.PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS.....	241
CONCLUSION	243
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	246

INTRODUCTION

Le médecin généraliste exerçant en cabinet de ville peut être confronté à la prise en charge de n'importe quelle pathologie médicale : il est omnipraticien. Le plus souvent, il s'agit du « médecin de famille », qui connaît et suit ses patients depuis de nombreuses années.

La médecine est au centre de la relation de soin unissant le patient et le médecin. Dans l'imaginaire de la plupart des patients, le médecin est perçu comme pratiquant un art tout puissant. Quant à la majorité des praticiens, ils estiment simplement être des humains. L'objet de la rencontre de ces deux êtres est la médecine. Ce n'est pas une science exacte, mais un art qui peut être incertain, voire dangereux par certains aspects.

Ainsi, les attentes des patients et de la société, vis-à-vis des médecins sont souvent élevées. Lorsqu'une maladie en échec thérapeutique ou encore la mort surviennent, la responsabilité de l'échec peut incomber au médecin. Le patient va alors demander une réparation du dommage en utilisant la voie adaptée à la finalité souhaitée (juridiction civile, pénale, disciplinaire, administrative ou règlement amiable). Notre société actuelle aspire à une indemnisation des victimes : pour les soulager et pour tenter de gommer l'accident. Le procédé se veut rassurant (15).

Les spécialités fréquemment mises en cause sont la chirurgie, la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie (154). En effet, ces spécialités onéreuses nécessitent la réalisation de nombreux actes invasifs sur les patients. De ce fait, le risque d'erreur du médecin et de mécontentement du patient est plus fréquent.

Qu'en est-il de la médecine générale ? Les généralistes voient-ils fréquemment leur(s) responsabilité(s) engagée(s) ?

Etant interne de médecine générale et ayant pour projet d'exercer en libéral, je me suis demandée, pour l'avenir, dans quelles situations je devrai être particulièrement attentive. En d'autres termes, quelles sont les situations à risque pour le médecin généraliste de voir sa (ses) responsabilité(s) engagée(s), au risque d'être condamné ?

Au cours de l'externat, nous avons acquis une grande quantité d'informations, concernant les diverses spécialités. L'accent a été mis sur les données importantes à ne pas oublier. Mais, la pratique s'avère délicate et différente de la théorie. Prenons l'exemple de l'appendicite aiguë : c'est une pathologie fréquente dont le diagnostic n'est finalement pas si évident. Pourtant, les signes cliniques et la prise en charge de l'appendicite aiguë sont bien identifiés. Malgré cela, des difficultés persistent. Cet exemple illustre la remarque faite précédemment : le médecin est détenteur d'un savoir qu'il est parfois difficile de mettre en œuvre pour différentes raisons (manque de connaissances, pas de mise à jour des recommandations, inattention ou manque de temps...).

Ainsi, exercer passe par un apprentissage ; les erreurs passées en font partie. Dans le cadre de notre travail, nous avons souhaité prendre connaissance des erreurs commises dans le passé par nos confrères, afin d'être à même d'identifier les situations à risque et de ne pas reproduire ces erreurs. A la façon du groupe de pairs, qui a pour but d'exposer et d'analyser une situation médicale ayant posé problème, nous allons identifier, exposer et analyser la nature des plaintes ainsi que l'objet des condamnations concernant l'exercice de la médecine générale.

Divers travaux ont étudié la jurisprudence française concernant des médecins généralistes. Le plus récent, est une thèse de Ruiz P. (29) qui s'est intéressée à la jurisprudence judiciaire des médecins généralistes au cours des 10 dernières années. Cinquante-deux décisions de justice ont été recensées. En juridiction pénale, 8 décisions de justice concluaient défavorablement, le

motif le plus fréquent était « le non-respect des règles de l'art ». En juridiction civile, 29 décisions de justice concluaient défavorablement. Les motifs les plus fréquents étaient : « le trop perçu », le défaut d'information, le manquement à l'obligation de moyens et l'erreur diagnostique. La thèse de Desclefs J.P. (26) a étudié l'évolution des plaintes et recours envers les médecins généralistes entre 2005 et 2009, en utilisant les données de la MACSF. Ce travail a mis en évidence un taux de sinistralité stable, une augmentation du nombre de saisines de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) et une diminution du nombre de recours en juridiction pénale. Les types d'incidents les plus représentés, de façon stable, étaient les retards ou erreurs diagnostiques et les défauts de prise en charge. Dans cette thèse, le PCISME (the Primary Care International Study of Medical Error) (12) a été utilisé pour définir deux catégories d'erreurs : celles de processus (organisation du cabinet, prescriptions d'exams complémentaires, erreur de traitement, erreur de communication, erreur de gestion de personnel de santé) et celles de connaissances et compétences (exécution de la tâche clinique, diagnostic, choix du mauvais traitement malgré le bon diagnostic). Les erreurs de processus étaient de 65% (dont 34% d'erreurs de traitement) et celles de connaissances et compétences étaient de 35% (dont 30% d'erreurs diagnostiques).

L'objectif de notre travail est donc d'identifier les situations mettant en jeu les responsabilités du médecin généraliste et de comprendre le mécanisme défaillant en amont (défaut d'information, faute technique...).

A ces fins, après avoir éclairci quelques termes, nous rappellerons les différents types de responsabilités et leur articulation avec le système judiciaire français. Nous présenterons les points importants apportés par la Loi du 04 Mars 2002 (Loi Kouchner) (30). Nous exposerons ensuite l'évolution des plaintes, au cours des dernières années, contre les médecins de toutes spécialités puis contre les médecins généralistes en particulier.

Nous exposerons, décrirons et analyserons les résultats issus de l'étude des déclarations de sinistre et des décisions de justice et des CCI recensées au cours des 26 dernières années. Nous présenterons enfin dans un tableau récapitulatif les situations cliniques les plus dangereuses pour un médecin généraliste, ceci afin d'aider les futurs jeunes médecins à se prémunir contre une mise en jeu de leur(s) responsabilité(s), qui peut être un événement particulièrement difficile à vivre.

PREMIERE PARTIE

NOTIONS GENERALES

1. DEFINITIONS

Les responsabilités médicales et leur mise en jeu représentent un domaine complexe. Afin de mieux comprendre toutes les notions qui s'y rapportent, il nous semble important de commencer par définir quelques termes.

Responsabilité : la responsabilité est le fait d'être capable de répondre de ses actes et de leurs conséquences (20).

Jurisprudence : ensemble des décisions de justice qui interprètent la loi ou comble un vide juridique (elle constitue une source du droit).

Décision de justice : document écrit qui contient le résumé de l'affaire, la solution adoptée par la juridiction et les raisons qui ont conduit à son adoption. Le jugement est la décision qui a été rendue par les tribunaux de première instance, l'arrêt par la cour de Cassation, les cours d'Appels, les cours d'Assises et le Conseil d'Etat (17).

Plainte : acte par lequel une personne s'estimant victime d'une « faute » en informe l'autorité compétente (155).

Prescription : délai au terme duquel l'action publique ne peut plus être exercée, rendant de ce faite toute poursuite (...) impossible. Les délais de prescriptions varient selon la juridiction (cf. Notions générales - 4.).

Sinistralité : nombre d'accidents corporels déclarés par an et pour 100 sociétaires.

Contradictoire (procédure) : le contradictoire est le fait de mettre l'ensemble des pièces médicales et non médicales à la disposition de toutes les parties, tout le long de la procédure. Chaque partie peut alors faire valoir son point de vue, connaître, discuter les arguments et les

preuves de son adversaire. Chaque partie peut être présente ou peut se faire représenter par des avocats, des médecins....

Partie : il s'agit du nom donné aux personnes engagées dans un procès. Le "demandeur" est la personne qui a pris l'initiative de la procédure, et le "défendeur" est la personne contre laquelle le procès a été engagé.

Préjudice : il s'agit de l'atteinte portée aux droits, aux intérêts, au bien-être de quelqu'un, du fait d'un tiers.

2. ORIGINE DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

Le principe de responsabilité médicale est très ancien (18), on en retrouve des traces dans le code d'Hammourabi, en 1750 ans avant notre ère. Dans ce texte babylonien, la règle 218 était la suivante : « si un médecin incisant un abcès perd son malade ou l'œil de son malade, on lui coupera la main ». A cette époque, il n'existait qu'un seul type de responsabilité.

En Egypte, en 500 avant Jésus-Christ, le médecin devait se conformer à des textes sacrés, transmis de génération en génération, au risque d'encourir une peine de mort s'il s'écartait de ces textes.

En Grèce, à la même époque, la notion de responsabilité est évoquée dans le serment d'Hippocrate.

A Rome, en 285 avant Jésus-Christ, les médecins n'étaient sanctionnés qu'en cas de faute grave et c'était au patient de prouver qu'il y avait eu faute. Or, à cette époque, les connaissances techniques étaient insuffisantes. Dans la LEX AQUILA (texte de loi romain), il était notifié : « la plus légère faute entraînant un dommage oblige à réparation ».

En France, au Moyen Age, le concept de responsabilité médicale était plus faible. La médecine était le monopole du Clergé. La guérison d'un malade était toujours considérée comme l'œuvre de Dieu et la maladie était vécue comme une punition. Qu'il soit laïc ou non, le médecin ne se voyait reprocher aucune faute.

A l'époque de la Renaissance, la guérison des patients était toujours l'œuvre de Dieu. Le médecin était toujours non responsable. Mais à partir du XVème siècle, la Faculté de Médecine de Paris fait prêter le « serment hippocratique » et propose un code de bonnes pratiques pour les médecins.

Au XIXème siècle, les Codes Civil (1804) et Pénal (1810) apparurent, distinguant ainsi leurs responsabilités respectives.

La première jurisprudence médicale connue est l'affaire du Docteur Thouret-Noroy, du 18 Juin 1835 issue de la cour de Cassation. Ce médecin avait réalisé une saignée chez un patient. Une tuméfaction était apparue dans les suites, se compliquant d'une gangrène pour laquelle une amputation avait été nécessaire. Le médecin avait mis du temps à se rendre compte de la complication. Le Procureur retint la thèse de la maladresse avec négligence et culpabilité complète. A cette époque, la responsabilité médicale était délictuelle.

Plus tard, en 1925, l'affaire Mercier concernait une dame ayant subi des séances de radiothérapie pour une affection nasale. Quatre ans plus tard, une radiodermite apparut au niveau de la face, la défigurant. La Cour d'Appel (16 Juillet 1931) retint un manquement au contrat initial entre le médecin et le patient. C'est donc en 1936, que l'Arrêt Mercier¹ définit réellement une responsabilité civile contractuelle où le médecin et le patient sont liés par un contrat de soin. L'arrêt stipule : « *L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à*

¹ Cour de Cassation, Chambre civile, 20 mai 1936, arrêt Mercier, n° 19826.

guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconque mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».

En 2000, l'affaire Perruche² concernait un enfant né handicapé suite à la contraction d'une rubéole pendant la grossesse de la mère, non diagnostiquée à temps. Les tests sérologiques avaient été réalisés à 15 jours d'intervalle : le premier était négatif, le second positif. Un contrôle avait été réalisé sur le premier prélèvement, s'avérant positif. Le médecin avait déclaré à tort que le premier résultat du premier prélèvement était le bon. En 1983, l'enfant naquit, handicapé. Les parents attaquèrent en justice le médecin et le laboratoire en 1989. La jurisprudence a donné droit à l'enfant d'être indemnisé de son préjudice.

En 2002, la loi KOUCHNER (04 Mars 2002) réaffirme que le médecin ne peut être condamné que s'il existe une faute, un dommage et un lien de causalité unissant les deux. Si cette loi réaffirme le principe de responsabilité pour faute, elle instaure également un système d'indemnisation des victimes d'accidents non fautifs au titre de la solidarité nationale.

3. L'ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE

Pour mieux comprendre comment les responsabilités médicales s'articulent dans le système judiciaire français, nous détaillerons ici l'organisation de la Justice.

La justice française se scinde en deux ordres, l'ordre judiciaire et l'ordre administratif (13, 17). La juridiction disciplinaire fonctionne, elle, de façon autonome.

L'ordre judiciaire comprend les juridictions civile et pénale.

- En **juridiction civile**, les conflits entre les particuliers peuvent mettre la responsabilité civile en jeu. En première instance, le tribunal gérant une grande partie des litiges est

² Cour de Cassation, Chambre Civile, du 17 Novembre 2000, arrêt Perruche, n° 99-13701.

le Tribunal de Grande Instance (il concerne en particulier les litiges dont le montant est supérieur à 10 000 euros, les divorces, les pensions, les adoptions et l'immobilier). Le tribunal d'Instance ne s'occupe que des litiges dont le montant est inférieur à 10 000 euros, ce qui est rare en médecine. Les juridictions spécialisées sont les tribunaux des Prudhommes, le tribunal de Commerce, les tribunaux paritaires des baux ruraux et le tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale. Ces juridictions ne sont pas concernées par notre travail.

En cas d'insatisfaction du jugement rendu en première instance, une des parties peut interjeter appel auprès de la Cour d'Appel. En dernier ressort, si elle pense que les règles de droit n'ont pas été respectées, elle peut alors se pourvoir en cassation.

- En **juridiction pénale**, les infractions au Code Pénal peuvent mettre en jeu la responsabilité pénale. En première instance, la victime peut être dirigée vers le Tribunal de Police (en cas de contravention), vers le Tribunal Correctionnel (en cas de délit) ou vers la Cour d'Assises (en cas de crime). Elle peut ensuite faire appel auprès de la Cour d'Appel, puis se diriger vers la Cour de Cassation en dernier ressort.

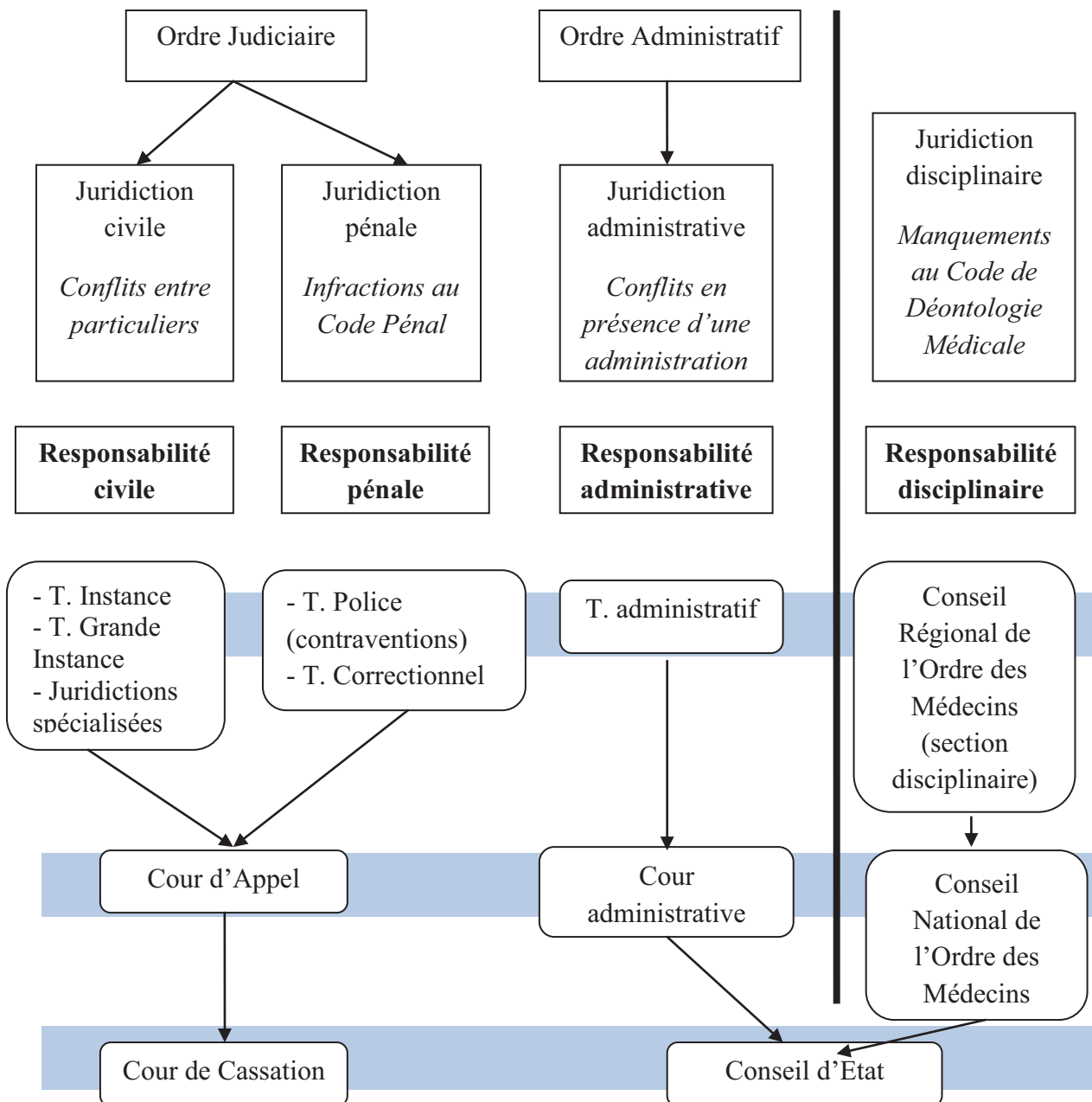
Nous rappelons que la Cour de Cassation juge sur la forme et non sur le fond. La Cour de Cassation n'est donc pas un troisième degré.

L'ordre administratif concerne la juridiction administrative. En juridiction administrative, les conflits en présence d'une administration peuvent mettre en jeu la responsabilité administrative. L'individu peut porter sa plainte devant le Tribunal administratif, peut faire appel devant la Cour Administrative d'Appel et s'il n'est toujours pas satisfait, se diriger vers le Conseil d'Etat.

La **juridiction disciplinaire** a son fonctionnement propre. Les manquements au Code de Déontologie Médicale peuvent mettre en jeu la responsabilité disciplinaire. Le patient peut porter sa plainte devant la Chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, puis s'il n'est pas satisfait, devant la Chambre disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins et enfin vers le Conseil d'Etat.

Ces éléments sont résumés dans le schéma suivant :

Fig. 1 – La responsabilité médicale en France.



4. LES RESPONSABILITES MEDICALES

Les responsabilités du médecin sont au nombre de quatre. Chacune a ses spécificités, obéissant à des règles bien définies. Elles peuvent être mises en jeu simultanément, parallèlement ou successivement. Un type de responsabilité n'exclut pas la mise en jeu d'un autre type de responsabilité.

4.1. RESPONSABILITE PENALE (3, 16, 18, 19)

4.1.1. Généralités

Ce type de responsabilité a une fonction répressive (amende, emprisonnement).

Elle concerne tous les médecins. Elle est personnelle (art. 121-1 du Code Pénal (CP)) et il n'y a pas de possibilité d'assurance. Elle est mise en jeu en cas d'infraction au Code Pénal. Le délai de prescription varie selon l'infraction.

4.1.2. La faute pénale

La faute pénale est une infraction au Code Pénal. C'est une faute qu'aurait pu éviter un médecin attentif et diligent. Elle doit être caractérisée : c'est-à-dire qu'elle implique des choix inadéquats, une prise de risque inconsidérée et une connaissance par le médecin du risque encouru par le patient.

Le Code Pénal précise : *« les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité*

qu'elles ne pouvaient ignorer » (art. 121-3 du CP). Si la faute du médecin a privé le patient de toute chance de survie, il existe un lien de causalité certain entre la faute et le décès.

La faute pénale peut être constitutive de maladresse, d'imprudence ou de négligence, de faute d'omission, d'inobservation des règlements.

Il est à noter qu'en droit pénal, seuls les délits prévus par le Code Pénal peuvent être reprochés au médecin. La conséquence est que la victime ne peut pas invoquer la présomption de faute, le défaut d'information ou la perte de chance, tous du domaine civil (cf. Notions générales - 4.2.). Le droit pénal est, en effet, d'interprétation particulièrement stricte.

4.1.3. Les infractions pénales en médecine

La responsabilité pénale est mise en jeu si une infraction au Code Pénal est commise.

Certains articles du Code Pénal concernent plus particulièrement l'exercice médical :

- les atteintes involontaires à la vie :
 - les blessures involontaires (art. 229-19 du CP)
 - l'homicide involontaire (art. 221-6 du CP)
- les atteintes volontaires à la vie :
 - les coups et blessures volontaires qui peuvent être retenus quand il n'y a pas de nécessité thérapeutique ou qu'il n'y a pas de consentement de l'intéressé (art. 221-1 à 5 du CP)
 - l'homicide volontaire et les empoisonnements concernant les cas dits « d'euthanasie active » (art. 221-6 du CP)
- la mise en danger d'autrui (art 223-1 du CP)
- l'omission de porter secours (art 223-6 du CP). Le caractère volontaire de l'abstention est nécessaire pour qualifier l'infraction.
- la violation du secret professionnel (art 226-13 du CP), sauf dérogations légales

- les faux-certificats (art 441-5 du CP)
- la non-assistance à personne en péril (art 223-6 du CP)
- l'exercice illégal de la médecine (art. 433-17 du CP et art L. 4161-5 et s. Code de Santé Publique (CSP))
- la prescription de substances illicites (art. 222-37 du CP et art L. 5132-29 et 30 du CSP)

On définit alors trois catégories d'infractions selon leur gravité (art. 111-1 du CP) :

- la contravention (art. 131-12 du CP) : elle dépend du tribunal de police et la peine encourue est l'amende. Le délai de prescription est de 1 an.
- le délit (art. 131-3 du CP) : il dépend du tribunal correctionnel et la peine encourue est l'emprisonnement de moins de 10 ans avec amende. Le délai de prescription est de 3 ans.
- le crime (art. 131-2 du CP) : il dépend de la Cour d'Assises et la peine encourue est la réclusion criminelle. Le délai de prescription est de 10 ans.

4.1.4. Le choix de la voie pénale

Elle fait suite, le plus souvent, à un désir de punition de la part du patient qui estime avoir été déçu par le comportement et la prise en charge du médecin. Le risque de médiatisation est majeur.

L'accès à cette voie est facile et gratuit pour le patient : c'est l'Etat qui règle les frais d'expertises. De plus la victime n'a pas à apporter la preuve de ce qu'elle avance, ce sont les magistrats qui diligenteront les mesures d'enquête.

Par ailleurs, le dossier médical du patient peut aisément être saisi par la Justice, ce qui facilite les démarches et la gestion de la procédure.

4.1.5. Modalités pour porter plainte

Le patient qui estime avoir été victime d'une faute, suite à un acte médical, peut déposer plainte auprès des services de Police, de Gendarmerie ou directement auprès du Procureur de la République (155).

Il peut également déposer une main courante, qui correspond uniquement à un signalement : elle n'entraîne ni poursuite ni audition.

En cas de plainte auprès des services de Police ou de Gendarmerie, celle-ci est ensuite transmise au Procureur de la République. Il l'analyse, au besoin diligente une enquête pour mettre en évidence les faits, et peut soit :

- classer sans suite (c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de poursuite)
- ouvrir une information judiciaire auprès du Juge d'Instruction (c'est-à-dire que le juge d'Instruction met en œuvre les moyens pour réunir les éléments nécessaires à la manifestation de la vérité (expertises, perquisitions...) afin que le tribunal ou la cour puissent juger en connaissance de cause). Les dossiers en responsabilité médicale sont toujours complexes.
- poursuivre l'auteur présumé des faits en le renvoyant directement devant le tribunal compétent (en cas de contraventions et délits) : c'est la citation directe.
- ouvrir une procédure de flagrant délit (en cas de crimes et délits punis d'emprisonnement), si tous les éléments sont présents pour accuser la personne
- mettre en œuvre une procédure alternative aux poursuites si l'infraction ne justifie pas de saisir une juridiction de jugement (dédommagement des victimes, travaux d'intérêts généraux...).

On rappellera que si la victime n'est pas satisfaite du jugement rendu en première instance (le plus souvent, chambre correctionnelle), elle peut faire appel en Cour d'Appel pour tenter de faire rectifier le jugement. Si l'arrêt rendu en Cour d'Appel ne la satisfait toujours pas, elle peut demander un pourvoi en Cour de Cassation pour que la « forme » de l'affaire soit analysée (c'est-à-dire vérifier que les règles de droit ont été respectées).

En parallèle de cette procédure, la victime peut se porter partie civile pour obtenir des dommages et intérêts (en cas de délit et crime).

4.2. RESPONSABILITE CIVILE (3, 16, 18, 19, 20)

4.2.1. Généralités

Elle a pour but d'indemniser les patients victimes de dommages.

Elle concerne uniquement les médecins libéraux. Les médecins doivent obligatoirement s'assurer en Responsabilité Civile Professionnelle (art. L.1142-23 du CSP). Le délai de prescription est de 10 ans.

4.2.2. Caractéristiques de la responsabilité civile

La responsabilité civile est basée sur la notion de contrat de soins à obligation de moyens entre le patient et le médecin. Ceci sous-entend un libre choix du médecin par le patient, un libre choix du patient par le médecin et le fait que les deux parties puissent être juridiquement capables de contracter.

Ainsi la responsabilité civile peut être de deux types, contractuelle et non contractuelle :

a) Responsabilité médicale contractuelle

La responsabilité civile est de nature contractuelle dès qu'un contrat est établi entre deux personnes. Elle est mise en jeu lorsqu'un des contractants n'a pas rempli ses obligations. En médecine, ce contrat qui ne nécessite pas d'être écrit, s'établit dès que le patient pénètre dans le cabinet médical.

La responsabilité civile médicale est classiquement de type contractuel depuis 1936. Elle est mise en jeu en cas de non-respect du contrat de soins, qui est un contrat à obligation de moyens, et non de résultats.

L'arrêt Mercier établi en Cour de Cassation le 20 mai 1936 énonce ainsi : *« entre le médecin et son client, se forme un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle »*³.

Ce contrat est tacite (art. 1371 du Code Civil (CC)), oral (art. 1132 du CC), conclu intuitu personae (en considération de la personne) et synallagmatique (art. 1102 du CC). Cependant, le médecin peut refuser de pratiquer certains actes qu'il estime contraires à ses convictions. De plus, en cas d'urgence ou de péril, le médecin libéral n'a pas le droit de choisir son patient (art. 223-6 du CP et art. 9 du Code de Déontologie Médicale).

Chaque contractant a ses obligations : le patient règle les honoraires (mais le contrat existe même en l'absence de règlement des honoraires) et suit les prescriptions ; le médecin a des obligations de soins et de moyens envers son patient. Il doit mettre en œuvre les meilleurs

³ Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 20 mai 1936, n° 19826.

moyens possibles pour parvenir à la guérison ou l'amélioration de son patient, sans pouvoir en garantir les résultats.

L'obligation de résultat ne se retrouve qu'en biologie médicale, en chirurgie esthétique et en ce qui concerne le matériel médical (prothèses..), les produits de santé et les vaccinations obligatoires (innocuité).

b) Responsabilité médicale non contractuelle

La responsabilité civile est dite non contractuelle en cas d'absence de contrat de soins et de libre choix du médecin par le patient. Dans cette situation, la responsabilité est qualifiée de délictuelle ou quasi-délictuelle. La responsabilité civile délictuelle sous-entend qu'elle est volontaire, alors que la responsabilité civile quasi-délictuelle sous-entend qu'elle est involontaire.

4.2.3. La faute civile

La responsabilité civile est mise en jeu en cas de non-respect du contrat de soins, contrat à obligation de moyens. Les moyens sont de trois types : les moyens techniques, l'information et le respect de ses devoirs d'humanisme.

a) Les moyens techniques

Les moyens techniques doivent être consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science. Il est à noter qu'auparavant (arrêt Mercier), on parlait des données « actuelles » de la science. Cette évolution, de « actuelles » à « acquises », suppose que les données ont été validées par l'expérimentation et qu'elles ont été diffusées à l'ensemble du pays. Ainsi, il existe les moyens diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance. Ils devront respecter en toutes circonstances le rapport bénéfice-risques.

- Au niveau du diagnostic :

L'élaboration du diagnostic se fait après un interrogatoire et un examen clinique minutieux, complétés au besoin par des examens complémentaires et des avis spécialisés. Le diagnostic établi est alors provisoire et se verra modifié en cours de traitement ou selon l'évolution de la pathologie. En conséquence, le fait de poser un diagnostic erroné ne suffit pas à lui seul pour engager la responsabilité du praticien. En revanche, le fait de ne pas savoir interpréter les symptômes du patient ou de ne pas faire réaliser les examens nécessaires à l'élaboration du diagnostic, peuvent être reprochés au médecin. Il conviendra alors de savoir si, dans les mêmes circonstances, un autre médecin « bon professionnel », « prudent et diligent » aurait pu faire le diagnostic ou non (c'est la théorie du « bon père de famille »). Car en effet, le médecin ne commet pas de faute si les symptômes présentés par le patient pouvaient être confondus avec ceux d'une autre affection ou si l'état des données de la science, au moment où le diagnostic a été porté, ne permettait pas de conclure au diagnostic adéquat.

- Au niveau du traitement :

Le choix de la thérapeutique découle du diagnostic et le médecin est libre de prescrire. En revanche, il ne peut pas prescrire n'importe quel traitement. Il doit bien connaître les contre-indications, les interactions médicamenteuses possibles et les effets secondaires de chaque médicament. La prescription peut alors être critiquable si elle est la conséquence d'une méconnaissance des données acquises de la science, ou de la prescription d'un traitement abandonné pour sa dangerosité, ou encore de la prescription d'un traitement insuffisamment éprouvé en terme d'effets secondaires (ou de risques mal connus). De la même manière, lorsque le médecin prescrit des soins « adaptés aux possibilités financières » du patient, mais non conformes aux données de la science, il peut voir sa responsabilité engagée.

Avant la mise en œuvre du traitement (sauf cas de l'urgence), le fait de ne pas vérifier toutes les conditions nécessaires est préjudiciable (contre-indications, interactions médicamenteuses,

allergies...). Lors de la mise en œuvre du traitement, le médecin se doit de rédiger son ordonnance lisiblement et de surveiller son malade. En cours de traitement, il se doit d'être diligent et de porter assistance à son patient si besoin.

- Au niveau de la surveillance :

Le médecin se doit d'assurer la surveillance de son malade, de la pathologie et du traitement prescrit.

b) Les moyens d'information

La mise en jeu de la responsabilité civile concerne souvent le défaut d'information. Les obligations d'information (art R. 4127-35 et art L. 1111-2 du CSP) sont très importantes car elles visent à obtenir le consentement libre et éclairé du patient, indispensable à la réalisation de tout acte médical. Cette information doit être claire, loyale et appropriée et son contenu est étendu aux risques fréquents et graves normalement prévisibles d'un traitement (art. L. 1111-2, al. 1^{er} du CSP) ou d'une maladie (hors le cas d'urgence).

Le renversement de la charge de la preuve impose au médecin de pouvoir prouver que l'information a bien été donnée. Cette preuve peut être apportée par « tout moyen », mais l'information écrite est recommandée (en tout cas dans les méthodes d'investigations invasives ou les traitements dangereux) car la preuve est alors bien plus facile à apporter. Le minimum préconisé est une inscription dans le dossier médical ou dans la fiche du patient. De nos jours, il existe des protocoles détaillés d'information-consentement publiés par les Sociétés Savantes et adaptés au cas de chaque patient. Ces protocoles peuvent être des solutions de preuve écrite : le patient peut les signer et ils pourront être gardés en copie dans le dossier. De plus, les assurances peuvent exiger ces protocoles d'information.

c) Les devoirs d'humanisme

Le médecin a des nombreux devoirs d'humanisme comme recueillir le consentement, respecter la personne en toutes circonstances, respecter le secret professionnel,... Le non-respect de ces obligations peut être constitutif d'un dommage et donc engager la responsabilité civile du médecin.

En ce qui concerne le recueil du consentement, il peut parfois être difficile à obtenir, notamment en cas d'urgence ou d'impossibilité du patient de s'exprimer (art L. 1111-4 du CSP). Si le médecin est face à une de ces situations, il doit tenter malgré tout de joindre la famille, les proches ou la personne de confiance pour recueillir le consentement d'un proche. C'est au professionnel de santé d'apporter la preuve que ce consentement a bien été recueilli.

En ce qui concerne le refus de soin (traitement ou intervention), la loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, explique que si la volonté du patient est d'arrêter tout traitement et que cela met sa vie en danger, il faut tenter de le convaincre de changer d'avis. Mais s'il persiste dans son choix, il faut le respecter.

Enfin, si le médecin est face à un patient ne souhaitant pas être informé de son diagnostic, il faut le respecter, sauf cas particulier : *« la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission »* (art. L. 1111-2, alinéa 3 du CSP).

Par ailleurs, il est à noter qu'une faute déontologique peut tout à fait être retenue par la juridiction civile, dès lors qu'elle a causé un préjudice à un tiers.

La mise en jeu de la responsabilité civile ne peut se faire que si trois éléments sont prouvés : il existe une faute, il existe un dommage et il existe un lien de causalité entre les deux. La faute à l'origine du dommage est donc engagée si les règles de l'art n'ont pas été totalement respectées, comme nous l'avons vu ci-dessus. La victime doit alors apporter la preuve de ce

qu'elle avance, en utilisant tous les documents médicaux depuis les faits reprochés. Le lien de causalité entre la faute et le dommage devra ensuite être démontré.

4.2.4. Le dommage

Il peut être physique ou moral, il sera identifié et quantifié par l'expertise.

La perte de chance est un dommage particulier : on l'invoque quand le médecin a commis une faute et qu'on ne peut pas déterminer si la complication aurait pu être évitée, dans l'hypothèse où le médecin eût agi conformément aux règles de l'art. Dans ce cas, on estime que le patient a perdu une chance de voir survenir la complication. Ainsi, le dommage indemnisé n'est pas le dommage lié à la complication, mais à la perte de chance. Pour mieux l'évaluer, il faut tenir compte de l'état antérieur du patient.

Ce sont les juges qui quantifient cette perte de chance. Dans un premier temps, ils évaluent les différents préjudices présentés par la victime. Ensuite, ils précisent quelle fraction de ces préjudices est en rapport avec la perte de chance. La réparation est égale à l'importance de la chance perdue en tenant compte de l'état préexistant du patient.

La première fois qu'un médecin fut condamné avec cette notion, il s'agissait d'un arrêt de la Cour de Grenoble le 24 octobre 1961 suite à un diagnostic erroné. Un patient ayant chuté avec traumatisme du poignet fit réaliser une radiographie. Elle fut interprétée comme ne révélant aucune fracture. Quelques années plus tard, le cliché fut relu en raison d'une pseudarthrose avec persistance d'une fragilité du poignet. La fracture initiale fut constatée à ce moment. La Cour de Grenoble conclut alors que le patient avait été privé d'une chance de guérison sur laquelle il aurait pu compter.

4.2.5. Le lien de causalité

Il doit être direct et certain. Il obéit à des critères stricts (les 7 critères de Simonin) :

- les séquelles doivent être réelles, leur diagnostic doit être certain
- le traumatisme est réel
- la concordance de temps : la lésion est apparue dans les suites du traumatisme
- la concordance de siège : le traumatisme doit avoir atteint directement ou indirectement le siège de la lésion
- la vraisemblance scientifique de l'ensemble
- les séquelles observées n'existaient pas avant l'accident
- les affections intercurrentes n'ont pas créé la lésion.

Si la faute, le dommage et le lien de causalité entre les deux sont établis, le médecin sera condamné à verser une somme d'argent au patient ou à sa famille : ce sont des dommages et intérêts. Le lien de causalité entre la faute et le dommage doit être certain et direct, il est établi par le magistrat. L'imputabilité est établie par l'expertise médicale.

4.2.6. Le choix de la voie civile

Le but de la voie civile est l'indemnisation du patient par le médecin en cas de faute (art.1147 du CC).

Contrairement à la procédure pénale, la procédure civile est relativement plus longue et plus onéreuse. C'est au patient de régler les frais d'expertises, se faisant aider, si besoin, de l'aide juridictionnelle (aide financière).

4.2.7. Modalités pour déposer plainte

Pour porter plainte au civil, la victime doit se diriger vers un avocat et faire rédiger une demande introductive d'instance devant le Tribunal de Grande Instance. Le demandeur (la victime) doit apporter la preuve du non-respect du contrat de soin (en dehors de l'information, car la preuve de l'information doit être apportée par le médecin depuis la Loi du 4 mars 2002)

à l'aide des pièces médicales justificatives. Une expertise permettra de statuer sur la réalité de la faute du défendeur (le fauteur supposé). Elle se déroulera en respectant le principe du contradictoire, toutes les pièces du dossier du patient, étant étudiées par l'ensemble des parties.

4.3. RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE (OU ORDINALE) (3, 18, 19, 20)

4.3.1. Généralités

Elle a un rôle disciplinaire (sanction disciplinaire).

Elle concerne tous les médecins inscrits au tableau départemental de l'Ordre des Médecins. Il n'existe pas d'assurance pour se prémunir de ce risque. Il n'y a pas de délai de prescription.

Le Code de Déontologie Médicale est la base de la responsabilité disciplinaire du médecin. Il comporte 114 articles séparés en 5 sections : 1) devoirs généraux des médecins ; 2) devoirs envers les patients ; 3) rapports des médecins entre eux et avec les autres professions de santé ; 4) exercice de la profession ; 5) dispositions diverses. Les articles du Code de Déontologie Médicale guident le comportement du médecin lors de son exercice. C'est essentiellement le manquement à un de ces articles qui engage la responsabilité disciplinaire (déontologique) du médecin.

L'article L. 4121-2 du Code de Santé Publique nous indique de plus que : *« l'Ordre des Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie (...) Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale ».*

4.3.2. Le manquement déontologique

Le médecin risque d'être sanctionné s'il réalise un ou plusieurs manquement(s) au Code de Déontologie Médicale (CDM). Ainsi, les exemples les plus fréquents sont :

- le non-respect des principes de moralité et de probité (article 3 du CDM)
- la violation du secret professionnel (article 4 du CDM)
- l'obligation de prodiguer des soins à toutes les personnes, aussi différentes soient-elles (article 7 du CDM)
- les prescriptions et les actes adaptés aux données acquises de la science (article 8 du CDM)
- l'obligation de porter assistance à un malade (article 9 du CDM)
- l'interdiction de faire de la médecine un commerce, la publicité est interdite (article 19 du CDM)
- l'interdiction de délivrer des médicaments non autorisés (article 21 du CDM)
- l'interdiction d'obtenir une ristourne, un avantage en espèces ou nature pour une prescription ou un acte médical (article 24 du CDM)
- l'interdiction de produire un certificat de complaisance (article 28 du CDM)
- l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine (article 30 du CDM)
- l'obligation de donner des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, et de faire appel à des tiers compétents si besoin (article 32 du CDM)
- l'obligation d'assurer la continuité des soins et la possibilité de refuser de soigner un patient (sauf urgence), le médecin doit alors le réorienter vers un autre médecin (article 47 du CDM)
- l'interdiction de s'immiscer dans la vie privée des patients (article 51 du CDM)

- le médecin ne doit pas prodiguer des soins ni des prescriptions dont il n'a pas parfaite maîtrise (article 70 du CDM)
- le médecin doit être joignable lorsqu'il est de garde ou d'astreinte (article 78 du CDM)
- la réglementation de l'affichage (article 81 du CDM)
- l'exercice de la médecine : il est justifié sur plusieurs sites (article 85 du CDM) si, sur le site, il y a une carence de médecins ou des moyens logistiques.

4.3.3. Sanctions

Les sanctions disciplinaires encourues sont par ordre croissant : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer et la radiation de l'Ordre (temporaire ou définitive).

4.3.4. Modalités pour porter plainte

Les règles de procédure en matière disciplinaire ont été modifiées par la loi du 4 mars 2002.

En premier, le patient peut déposer plainte devant le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) qui convoque le médecin mis en cause et le patient, dans un délai maximum de 1 mois. Une conciliation est tentée. En cas d'échec, la plainte est transmise à la Chambre Disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) dans un délai maximum de 3 mois avec l'avis motivé du CDOM

En cas de non réponse ou d'insatisfaction d'une des parties, l'appel est possible devant la Chambre Disciplinaire Nationale du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

On notera que les patients ne peuvent pas saisir directement le CROM, ils doivent saisir le CDOM qui tentera d'abord une conciliation.

Enfin, il existe une procédure d'urgence où l'instance ordinale peut suspendre un médecin si la poursuite de son exercice est dangereuse en raison d'une infirmité ou d'un état pathologique.

4.4. RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE (3, 18, 19, 20)

4.4.1. Généralités

Elle a pour but l'indemnisation des patients et ne concerne que les médecins salariés.

Il n'existe pas de contrat de soin dans ce cadre, car il n'y a pas de libre choix du médecin ni du patient en secteur hospitalier. Ceci explique qu'il y ait un autre type de responsabilité, dite administrative. Ainsi, c'est l'administration (hospitalière) qui est responsable sur un plan administratif des fautes commises par tous ses agents, à l'exception des fautes détachables du service. C'est donc l'assurance de l'hôpital qui indemniserá les victimes, et non pas le médecin lui-même via son assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP). Cependant, il est recommandé que le médecin hospitalier souscrive une assurance en RCP. Le délai de prescription est de 10 ans.

4.4.2. La faute

La responsabilité administrative du médecin hospitalier est fondée sur la notion de faute.

Toute faute d'un agent peut engager la responsabilité de l'établissement hospitalier.

Les fautes peuvent être de trois types :

- a) **la faute technique** : il s'agit d'une faute lors de l'acte médical. Elle concerne le diagnostic, la mise en œuvre d'une thérapeutique, la mauvaise exécution d'un acte médical ou la surveillance du patient. On traduira cette faute par la notion générale

habituelle : « les règles de l'art médical n'ont pas été respectées ». Cette faute est implicitement liée au devoir d'information au patient.

b) **la faute d'organisation du service** : elle est liée à l'environnement du patient (exemple : l'étranglement d'un enfant chutant de son lit, par la courroie trop serrée qui le maintenait dans son lit), à la surveillance du malade (ex : le suicide des patients psychiatriques), aux retards dans l'organisation des soins ou des services (ex : non prise en compte des avertissements de la famille sur l'aggravation de l'état de patient, le service refusant d'appeler le médecin), à la mauvaise coordination entre les praticiens, aux absences des praticiens, au matériel défectueux (ex : un appareil à air chaud de bloc opératoire, ayant occasionné des brûlures) ou à la mauvaise tenue des dossiers hospitaliers.

c) **la faute détachable du service** : une jurisprudence du Tribunal des Conflits l'a définie comme une « faute médicale plus que lourde, d'une gravité exceptionnelle, et inexcusable, ou n'ayant aucun rapport avec l'activité médicale ». Il existe alors la faute détachable du service :

- par le lieu (ex : acte sur la voie publique)
- par la nature (ex : l'accoucheur et la sage-femme qui fuient la salle d'accouchement en feu alors que la patiente est endormie sur la table).

En cas de faute détachable du service, la faute devient personnelle et le médecin perd son privilège de juridiction. C'est alors au médecin de réparer les conséquences du dommage. Néanmoins, ce type de faute reste peu fréquent.

4.4.3. Modalités pour porter plainte

La victime dépose sa réclamation à la direction hospitalière. Si celle-ci la rejette ou n'y répond pas dans un délai de 4 mois, le patient doit se diriger vers le Tribunal Administratif qui décidera de la nécessité d'une expertise. En seconde instance, s'il souhaite que le fond de

l'affaire soit rejugé, le patient peut se diriger vers la Cour Administrative d'Appel et en dernier recours vers le Conseil d'Etat afin de faire vérifier si les règles de droit ont été respectées.

C'est la direction hospitalière qui indemnise la victime sauf si une faute détachable du service est retenue : ce sera alors le médecin qui supportera les frais d'indemnisation (d'où la nécessité de s'assurer quand même).

5. RESPONSABILITE SANS FAUTE ET PRESOMPTION DE FAUTE

Elle concerne un domaine juridique particulier représenté par la réparation d'un dommage sans faute identifiée (3). L'indemnisation de ces dommages est à la charge de l'Etat ou des organismes étatiques, sous certaines conditions.

Les situations concernées sont :

- les dommages causés par les vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite)
- les dommages causés par l'utilisation de thérapeutiques nouvelles
- les dommages causés par des produits de santé défectueux
- l'aléa thérapeutique et les infections nosocomiales (sauf cause étrangère exonératoire reconnue).

La jurisprudence administrative a reconnu la notion de responsabilité sans faute, en cas de dommage d'une exceptionnelle gravité, lors de l'arrêt Bianchi⁴. Cet arrêt concernait un patient ayant subi une artériographie sous anesthésie, s'étant réveillé tétraplégique. Aucune faute n'a été mise en évidence, la cause la plus vraisemblable de la tétraplégie était une occlusion

⁴Conseil d'Etat, du 9 Avril 1993, arrêt Bianchi.

artérielle secondaire à l'artériographie. Il s'agissait donc d'un accident médical sans faute, en milieu hospitalier public. Le patient a été dédommagé.

Depuis la loi du 4 mars 2002, on reconnaît l'indemnisation d'un accident médical sans faute au titre de la solidarité nationale (ONIAM).

6. LA LOI DU 04 MARS 2002 (LOI KOUCHNER)

La loi 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (30), a été promulguée par le gouvernement Jospin le 4 mars 2002.

Elle se décline en 5 titres. Ceux concernant plus particulièrement notre travail sont les titres II : « la démocratie sanitaire » affirmant les droits des personnes malades et des usagers, et IV : « réparation des risques sanitaires » concernant la réparation des dommages par la solidarité nationale et les règlements amiables des litiges.

La loi du 04 mars 2002 précise en particulier :

a) Le secret professionnel

- il est total, absolu et intangible, sauf sur dérogations légales.
- il doit être respecté par chaque professionnel et doit être partagé avec l'ensemble de l'équipe médicale (notion de « secret partagé »).
- en cas de diagnostic ou pronostic grave, le secret professionnel ne s'oppose pas à la famille, aux proches, ni à la personne de confiance, sauf opposition du patient.
- le secret persiste après la mort du patient, mais les ayants-droits peuvent avoir accès à des informations médicales si le patient ne s'est pas opposé à la transmission d'informations de son vivant. Pour cela, il faudra au préalable

vérifier leur qualité d'ayants-droits et, que leur demande d'informations soit motivée : pour connaître la cause du décès, pour faire valoir leurs droits ou pour défendre la mémoire du défunt.

- concernant le mineur, il doit être informé de manière adaptée à son degré de maturité. Mais il peut refuser que des informations médicales soient transmises à ses parents ou à ses représentants légaux. Dans ce cas, il faut tenter de le convaincre de changer d'avis, lui proposer l'intermédiaire d'un médecin et, s'il persiste, il faut respecter sa volonté et le noter dans le dossier médical.

b) L'information

- elle doit être claire, loyale et appropriée dans le but d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient.
- elle concerne les investigations, les traitements, les actions de prévention, l'utilité, l'urgence éventuelle, les conséquences de techniques ou traitements utilisés, les effets secondaires et risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives thérapeutiques, les conséquences en cas de refus et la nécessité d'informer la personne en cas de connaissance de risques nouveaux.
- l'information doit être apportée par le médecin et les professionnels de santé dans leur sphère de compétence. Le médecin doit toujours veiller par tous moyens, à avoir une preuve que l'information a été donnée.
- l'information doit absolument être donnée en cas de risque de transmission à un tiers même si le patient refuse d'être informé.
- certaines situations limitent la possibilité d'information : l'urgence, la barrière linguistique et l'état du patient.

c) Le consentement libre et éclairé

Il est indispensable pour la mise en œuvre de tout acte médical. Cependant, dans quelques situations, il est difficile de le recueillir alors qu'il faut tout de même agir. Ainsi, deux situations sont concernées :

- en cas de refus de soins du représentant de l'autorité parentale ou du tuteur d'un mineur ou d'un incapable majeur, dans une situation à risque de conséquences graves.
- en cas de refus de soin d'un patient pour lequel il faudra d'abord évaluer son discernement, la dangerosité de la situation et le risque pour sa santé, avant de lui délivrer les soins estimés nécessaires.

L'acte qui sera réalisé pour sauver le patient doit être indispensable à sa survie et proportionné à son état.

d) La personne de confiance

Il s'agit de la personne désignée par le patient qui l'accompagnera dans ses démarches et aidera à la prise de décisions lorsqu'il sera hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette personne peut être quelconque (famille, médecin, voisin,...).

e) L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux

La loi du 4 mars 2002 a rappelé que la responsabilité du médecin ne peut être engagée qu'en cas de faute (prouvée). Les domaines de responsabilité sans faute concernent les infections nosocomiales, la responsabilité du fait de produits défectueux et la réparation de l'aléa thérapeutique. Dans ces cas, l'indemnisation de la victime ou de ses ayants-droits dépend de la solidarité nationale sous certaines conditions.

Pour qu'un patient victime d'un aléa puisse avoir droit à réparation de son dommage au titre de la solidarité nationale, il faut qu'un accident médical soit directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins, ayant eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de son évolution prévisible (art. L. 1141-1, II du CSP) et qu'il présente un caractère de gravité fixé par décret. Les critères de gravité sont les suivants :

- Incapacité Permanente Partielle > 24%
- Incapacité Temporaire Totale de plus de 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois
- Incapacité de reprendre l'activité exercée antérieurement
- Troubles particulièrement graves (économiques, psychiatriques).

Pour indemniser un aléa thérapeutique, la procédure amiable gérée par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI), n'est possible que si le niveau de gravité requis est atteint et si l'acte médical en cause a été réalisé après le 05 septembre 2001. La CCI missionne alors un collège d'experts qui va émettre un avis. En cas d'aléa thérapeutique, le patient sera dédommagé par l'ONIAM (solidarité nationale).

f) Le dossier médical

Le dossier médical est une pièce obligatoire pour tout patient hospitalisé dans un établissement de santé. Il se présente presque toujours de la même façon, comportant des parties communes à toutes les spécialités (observation clinique, examens complémentaires,...). Au sein de ce dossier, sont notés les noms de la personne de confiance et du médecin désigné par le patient.

Ainsi, la loi du 04 mars 2002 a introduit une nouveauté : le patient a accès à son dossier. Les informations qui lui sont alors communicables sont celles qui sont dites « formalisées », c'est-

à-dire élaborées, réfléchies et digérées. A l'inverse, les informations qui ne lui sont pas communicables sont les informations dites « non formalisées » ainsi que les informations concernant des tiers et amenées par des tiers. Nous rappelons que le patient peut avoir accès à son dossier médical, mais d'autres personnes le peuvent également : le représentant légal d'un mineur et le médecin désigné par le patient. Certaines personnes peuvent avoir accès à certaines informations médicales, comme par exemple la famille ou les proches en cas de diagnostic ou de pronostic grave, sauf en cas d'opposition du patient. Cependant, il peut arriver que le médecin refuse de communiquer le dossier médical, il devra alors motiver son refus et délivrer un certificat « en respectant le secret ».

Pour que le patient puisse enfin disposer de son dossier, il doit respecter certains délais. Tout d'abord, il doit observer un délai obligatoire dit de « réflexion » de 48h, qui lui permettrait, au besoin, de changer d'avis. Ensuite, pour les informations qu'il demande et datant de moins de 5 ans, le délai est de 8 jours afin d'accéder au dossier ; pour les informations datant de plus de 5 ans, le délai est de 2 mois. Enfin, le patient peut consulter directement son dossier accompagné d'un médecin ou demander une photocopie de toutes les informations communicables du dossier.

7. EVOLUTION DES PLAINTES CONTRE LES MEDECINS, EN GENERAL

Deux travaux ont étudié l'évolution des plaintes visant les médecins généralistes au cours des dernières années :

- un dossier du Concours Médical (13) a analysé des plaintes présentées en juridictions civile, administrative et devant la CCI.

- l'Institut droit et santé a mené un travail d'étude de 50 000 décisions de justice (2), entre 1999 et 2009, sur les juridictions civiles, pénales, disciplinaires et administratives.

Entre 1990 et 2000, selon le dossier du Concours Médical, il a été constaté que les demandes de réparation de dommages en juridiction civile avaient augmenté de 280%.

Entre 1997 et 2003, l'étude de l'Institut Droit et Santé a mis en évidence une augmentation de 75% du nombre de condamnations de médecins devant les tribunaux judiciaires et administratifs.

Entre 2000 et 2009, selon le dossier du Concours Médical, les demandes de réparation de dommages en juridiction civile n'avaient augmenté que de 5%. Ceci peut s'expliquer par l'application de la loi du 4 mars 2002 : elle réaffirme la nécessité d'une faute pour que la responsabilité médicale soit mise en jeu. Mais le patient peut aussi être indemnisé en l'absence de faute, si un accident survient dans les suites d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins ayant eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé, comme de l'évolution prévisible. De plus, la création des CCI, a permis de rendre des avis sur l'existence d'une faute du professionnel de santé (ou d'un aléa thérapeutique) par une voie amiable et de proposer une offre d'indemnisation correspondante.

Entre 2004 et 2009, l'étude de l'Institut Droit et Santé a mis en évidence une stabilisation des plaintes dans les quatre juridictions. L'étude montre un franc report sur les procédures amiables (14% en 2004, 54% en 2009) car moins stigmatisantes pour les médecins. Au pénal, le taux de plaintes serait passé de 2 pour 1 000 médecins en 1999, à moins de 1 pour 1 000 en 2009.

8. EVOLUTION DES PLAINTES CONTRE LES MEDECINS GENERALISTES, EN PARTICULIER

En 2012, selon l'INSEE (147), 218 296 médecins exerçaient en France. Cent un mille huit cent trois (101 803) étaient des généralistes. La MACSF-Sou Médical en assurait près de la moitié soit 45 787 médecins généralistes.

En 2012, les sociétaires médecins généralistes de la MACSF (153) ont adressé 505 déclarations de sinistre (486 en exercice libéral, 19 en exercice salarié). La sinistralité était de 1,3% en exercice libéral (contre 1% en 2010 et 1,14% en 2005). Les plaintes étaient réparties ainsi : 40 plaintes pénales, 75 plaintes civiles, 69 plaintes ordinaires, 205 réclamations (ce ne sont pas des réclamations hospitalières, ce sont des réclamations de la part de patients mécontents) et 116 saisines d'une CCI. La sinistralité des médecins libéraux était plus élevée que les médecins salariés car ces derniers voient une partie de leurs sinistres pris en charge par l'assurance de leur employeur.

Selon la MACSF (154), en 2012, la médecine générale apparaissait souvent mise en cause, juste après la chirurgie. Elle tenait également la deuxième position en termes de fréquence de condamnations, encore une fois, après la chirurgie. Ainsi, en 2012, 70 médecins généralistes (15 % des mis en cause) étaient concernés, contre 95 chirurgiens (21 % des mis en cause).

En ce qui concerne le coût d'indemnisation, la médecine générale se situait au 6^{ème} rang (après les cliniques, la chirurgie, la maïeutique, l'anesthésie et l'ophtalmologie).

Le travail de Desclefs J.P. (26), ayant analysé les plaintes et les recours envers les médecins généralistes entre 2005 et 2009, a montré un taux de sinistralité et de déclarations relativement stable durant cette période (1,14% en 2005 et 1,01% en 2009).

DEUXIEME PARTIE

L'ETUDE

Le but de ce travail est d'identifier les situations cliniques mettant en jeu les responsabilités des médecins généralistes. Pour cela, nous avons étudié les déclarations de sinistre ainsi que les plaintes concernant des médecins généralistes, en France, des années 1987 à 2013. Nous nous sommes appuyés d'une part sur des données issues des moteurs de recherches via la bibliothèque informatique de l'Université de Nice Sophia-Antipolis, et d'autre part sur le supplément de la revue *Responsabilité* de la MACSF produit annuellement, concernant les médecins généralistes.

Notre objectif est de permettre, grâce à l'identification des situations entraînant des plaintes et des condamnations, d'avoir une meilleure connaissance de ces situations et de reconnaître en amont le mécanisme défaillant. Ainsi, notre but est d'aider les médecins généralistes à se prémunir contre les plaintes et les risques de procès.

1. MATERIEL ET METHODE

1.1. POPULATION DE L'ETUDE

Cette étude s'est intéressée aux médecins généralistes, de tous âges, ayant eu une mise en jeu de leurs responsabilités médicales, quel que soit le résultat de la procédure engagée.

1.2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective concernant la période 1987 - 2013.

Les déclarations de sinistre, les décisions de justices et des CCI ont été recueillies de trois façons :

- Depuis la bibliothèque informatique de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (144) en utilisant les moteurs de recherche suivants : Dalloz, Jurisclasseur et Doctrinal plus. Ces

moteurs de recherche étaient situés dans la catégorie « Ressources » de la bibliothèque.

Les mots-clefs suivants étaient utilisés : « médecin généraliste, faute, erreur, manquement obligations ».

- Depuis le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (145) et le site de Legifrance (151). Les mots-clefs suivants étaient utilisés : « médecin généraliste, faute, erreur, manquement obligations ».
- Après d'un assureur médical (Le sou médical - MACSF) après analyse des décisions de justice et des CCI publiées dans le supplément annuel à la revue *Responsabilité* des années 2011, 2010, 2009, 2007, 2003 (7, 8, 9, 10, 11) et celles parues sur leur site concernant 2013 (163). Les suppléments de la MACSF des années 2006, 2008 et 2012 (22, 23, 153) comportaient uniquement des déclarations qui ne présentaient pas les conclusions des procédures.

1.3. DONNEES RECUEILLIES

Nous nous sommes attachés à retenir les raisons de mise en jeu de la (des) responsabilité(s) du médecin en réalisant l'étude en deux parties :

1) PREMIERE PARTIE : analyse des déclarations de sinistre issues des suppléments de la revue de la MACSF concernant les années 2006, 2008 et 2012. Ces données sont pour la plupart peu étayées car, souvent, nous ne disposons pas de toutes les caractéristiques des déclarations. Nous les avons donc étudiées selon deux critères :

- le type de faute reprochée au médecin. Nous avons noté qu'au sein d'un même dossier, plusieurs fautes pouvaient coexister.
- les spécialités en cause et les situations cliniques concernées.

2) DEUXIEME PARTIE : analyse des décisions de justice et des CCI issues de la MACSF et des ressources d'internet (sites de Legifrance et du Conseil National de l'Ordre des

Médecins, bibliothèque informatique de l'Université de Nice Sophia-Antipolis) selon plusieurs critères :

- le type de faute reprochée au médecin. Nous avons noté qu'au sein d'un même dossier plusieurs fautes pouvaient coexister. Chaque juridiction obéissant à un Code spécifique (Civil, Pénal, Déontologique), nous nous sommes appuyés sur les articles de ces Codes afin de les classer de façon pertinente.
- les situations ayant entraîné des décisions défavorables pour les médecins généralistes (indemnisation en civil, en administratif et en CCI ; condamnation pénale ; sanction disciplinaire).
- les situations n'ayant pas entraîné de condamnations des médecins généralistes.

2. RESULTATS

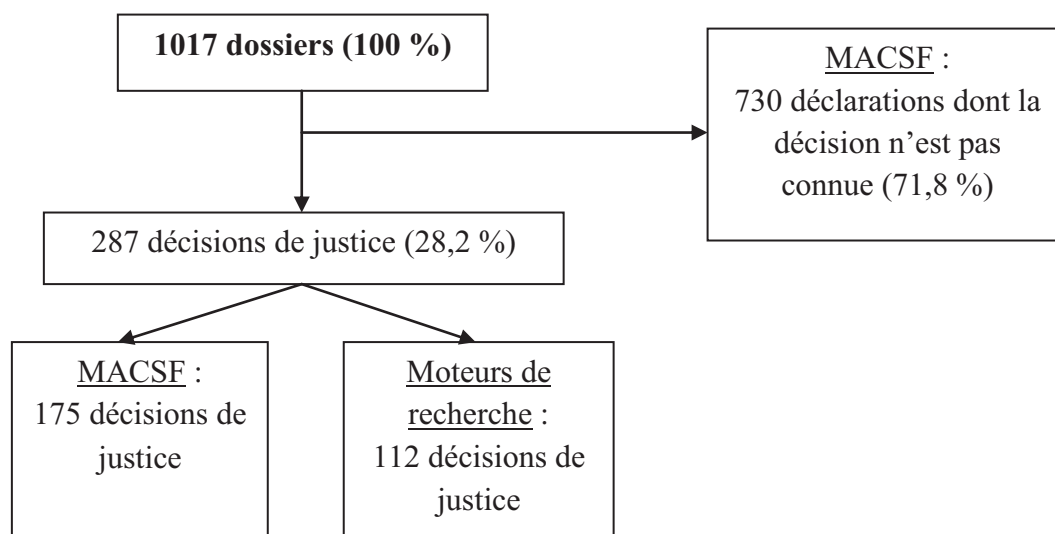
A partir des recherches effectuées sur les différents moteurs de recherche de la Faculté de droit de Nice, nous avons recensé 112 décisions de justice (présentant chacune l'exposé de la situation, l'expertise, la décision).

A partir des revues de la MACSF, nous avons recensé 730 déclarations et 175 décisions de justice.

Nous avons donc comptabilisé 730 déclarations, et 287 décisions de justice et des CCI (112 par les moteurs de recherche et 175 par la MACSF). Toutes ces données seront utilisées dans ce travail.

L'étude des 730 déclarations nous permettra d'identifier la nature des déclarations réalisées par les médecins. L'étude des 287 décisions nous permettra d'identifier les situations qui peuvent conduire le médecin généraliste à une condamnation.

Figure 1 – Répartition des déclarations et des décisions de justice selon leurs sources.



2.1. PREMIERE PARTIE : analyse des déclarations de sinistre

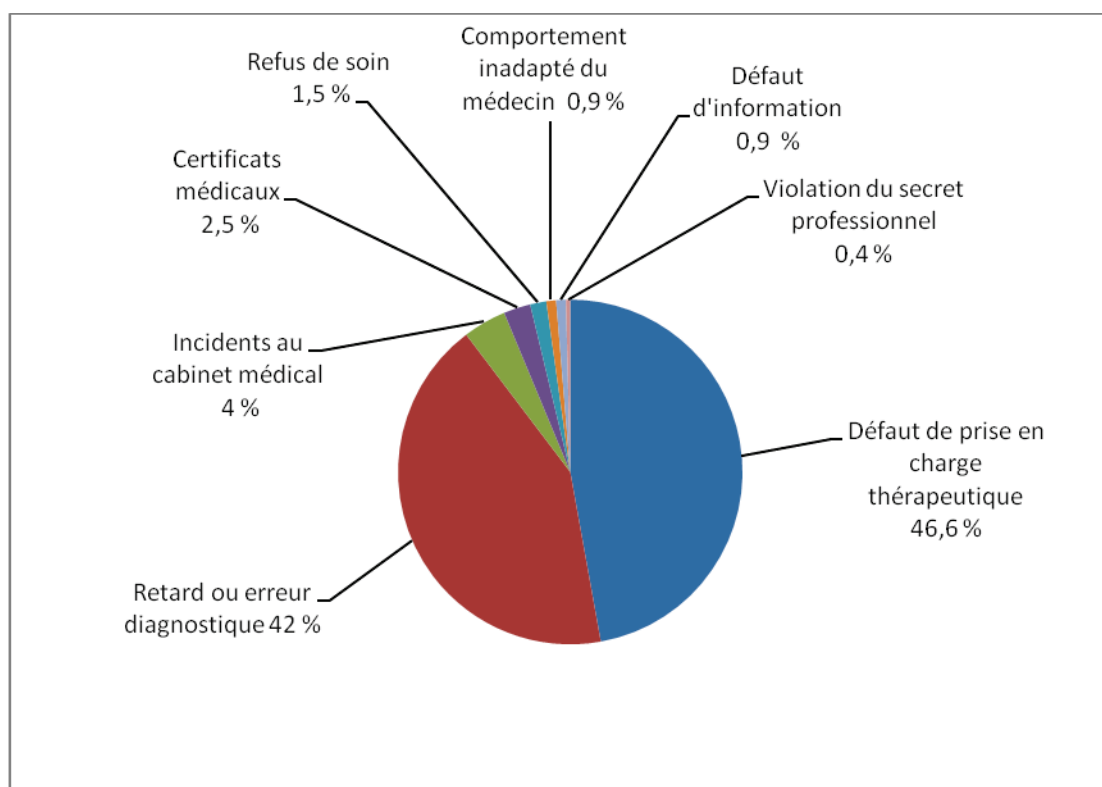
Il convient de préciser que les déclarations de sinistre ont été effectuées par les médecins généralistes, à leur assureur, lorsqu'ils se pensaient dans une situation à risque médico-légal d'évoluer en plainte. Il s'agit donc d'une représentation de la crainte du médecin qu'une situation évolue défavorablement pour lui. Cette dernière peut être à risque en raison de la pathologie (ou de la complication) présentée par le patient, ou bien à cause du patient lui-même (s'il est procédurier, par exemple). Il ne s'agit donc pas de plaintes de la part de patient. Nous rappelons que cette partie du travail porte uniquement sur l'étude des suppléments de la MACSF des années 2006, 2008 et 2012.

2.1.1. Nombre de déclarations par type de faute

Cette partie s'intéresse à l'ensemble des 730 déclarations. Nous avons analysé de façon globale les types de faute reprochés, en les classant par : défaut d'information, retard ou erreur diagnostique, défaut de prise en charge thérapeutique, défaut de surveillance, non-respect des

principes moraux et déontologiques, et incidents survenus au cabinet médical (chutes et malaises traumatiques). Cette classification est celle qui a été proposée par la MACSF dans son rapport annuel. Le graphique ci-après montre que le défaut de prise en charge thérapeutique était la faute la plus représentée.

Figure 2 - Nombre de déclarations par type de faute (% du nombre total).

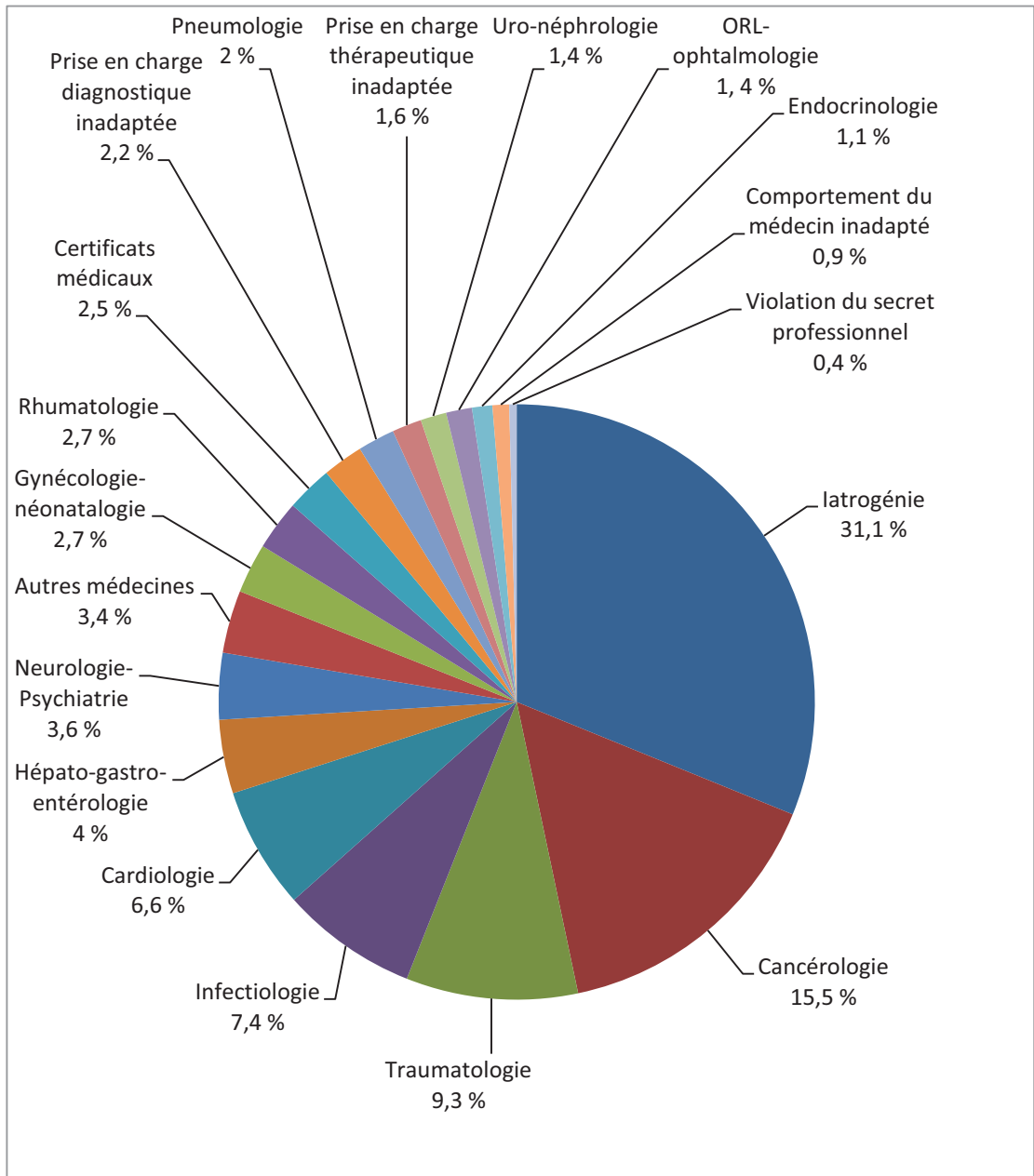


Nous avons recensé 730 fautes. Le défaut de prise en charge thérapeutique représentait 340 cas, le retard ou l'erreur diagnostique a concerné 307 cas, des incidents au cabinet médical sont survenus dans 29 cas, le défaut de surveillance représentait 14 cas, les certificats médicaux ont concerné 18 cas, un refus de soin par le patient a été constaté dans 11 cas, le médecin n'a pas eu un comportement adapté dans 10 cas et le défaut d'information a concerné un cas.

2.1.2. Analyse des déclarations des médecins généralistes à la MACSF

Après analyse des 730 déclarations, nous avons constaté que les quatre spécialités et événements entraînant le plus de déclarations étaient : la iatrogénie, la cancérologie, la traumatologie et l'infectiologie. Nous allons maintenant tous les analyser un par un.

Figure 3 - Répartition des déclarations par spécialité et événement.



2.1.2.1. Iatrogénie

La iatrogénie concernait 227 cas, soit 31,1 % du total des déclarations.

2.1.2.1.1. Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse représentait 201 cas, soit 88,6 % du total des déclarations en iatrogénie.

2.1.2.1.1.1. Anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires étaient en cause 21 cas, soit 10,4 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse.

2.1.2.1.1.1.1. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS concernaient 16 cas, soit 8 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. Les troubles digestifs étaient l'effet secondaire le plus fréquent pour cette catégorie de médicament, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 1 - Répartition des déclarations liées à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Effet secondaire (ES)	Nombre de déclarations	% de déclarations pour chaque ES par rapport à l'ensemble des plaintes concernant les AINS	Proportion de chaque ES par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Troubles digestifs	6	37,5	3
Toxidermie	5	31,2	2,5
Complications cutanées	3	18,7	1,5
Anaphylaxie	1	6,2	0,5
Bronchospasme	1	6,2	0,5
Total	16	100	8

Troubles digestifs (nous ne connaissons qu'une molécule en cause), 6 cas :

- trois patients ont présenté une hémorragie digestive, dont :
 - une sous Vioxx® (Rofécoxib), ayant entraîné une résection iléale.
- un patient a présenté une colite compliquée de perforation
- un patient a présenté une perforation d'ulcère gastro-duodéal alors qu'il était traité par anti-inflammatoire non stéroïdien et corticoïdes simultanément, sans bénéficier d'un traitement protecteur gastrique
- un patient a présenté une hémorragie digestive sur récurrence d'ulcère bulbaire. On a reproché au médecin de ne pas avoir donné de conseils sur les signes de mauvaise tolérance (épigastralgies) et de ne pas avoir prescrit de protecteur gastrique.

Toxidermie, 5 cas :

- la prise du médicament s'est compliquée de syndrome de Lyell (nous ne connaissons pas les molécules en cause) :
 - dans trois des cinq cas, l'anti-inflammatoire non-stéroïdien était associé au Tétrazépam
 - dans un de ces cinq cas, l'anti-inflammatoire non-stéroïdien était associé à de l'Amoxicilline.

Complications cutanées, 3 cas de complications d'injection intramusculaire ou sous-cutanée:

- une fasciite nécrosante
- une cellulite infectieuse
- une nécrose cutanée.

Anaphylaxie (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- un œdème de Quincke est survenu.

Bronchospasme, 1 cas :

- un patient allergique à l'Aspirine® (acide acétylsalicylique) a présenté une crise d'asthme mortelle.

2.1.2.1.1.1.2. Anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS)

Les anti-inflammatoires stéroïdiens concernaient 5 cas, soit 2,5 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. Le déséquilibre du diabète était l'effet secondaire le plus fréquent lors de l'usage de ces médicaments, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 2 - Répartition des déclarations liées à la prise d'anti-inflammatoires stéroïdiens.

Effet secondaire (ES)	Nombre de déclarations	Proportion de chaque ES par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Déséquilibre du diabète	2	1
Ostéonécrose fémorale	1	0,5
Insuffisance rénale chronique	1	0,5
Ostéoporose	1	0,5
Total	5	2,5

Déséquilibre du diabète, 2 cas :

- un traitement corticoïde a été introduit chez un patient diabétique, sans diagnostic précis. Le patient est décédé d'un choc septique
- la prescription de corticoïde réalisée pour une suspicion de pseudo-arthrite rhizomélisque, a déséquilibré le diabète d'un patient.

Ostéonécrose fémorale, 1 cas :

- elle est apparue chez des sujets âgés de moins de 50 ans.

Insuffisance rénale chronique (IRC), 1 cas :

- l'IRC est apparue suite à la prise régulière de Pentasa® (Mesalazine) chez un patient atteint de maladie inflammatoire chronique intestinale.

Ostéoporose, 1 cas :

- l'ostéoporose est apparue chez un patient de 50 ans suite à l'utilisation prolongée de lavements corticoïdes dans le cadre d'une recto-colite hémorragique.

2.1.2.1.1.2. Antibiotiques – anti viraux

Les antibiotiques et antiviraux concernaient 12 cas, soit 6 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. Les fluoroquinolones étaient les antibiotiques les plus pourvoyeurs d'effets secondaires dans cette catégorie comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 3 - Répartition des déclarations liées à la prise d'antibiotiques et d'antiviraux.

Classe médicamenteuse	Nombre de déclarations	Proportion de chaque médicament par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Fluoroquinolones	5	2,5
Beta-lactamines	2	1
Aminosides	1	0,5
Fusidanines	1	0,5
INNTI	1	0,5
Sulfamides	1	0,5
Thérapie tuberculose	1	0,5
Total	12	6

INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

Fluoroquinolones (nous ne connaissons pas les molécules en cause), 5 cas :

- dans quatre cas, une rupture des tendons d'Achille est survenue, dont :
 - une chez un jeune homme de 38 ans
 - une après erreur de délivrance du médicament (6 boîtes monodoses au lieu d'une seule, l'ordonnance du médecin était peu lisible),
- dans un cas, une allergie cutanée et un syndrome néphrotique sont apparus.

Beta-lactamines (Amoxicilline, Clamoxyl®), 2 cas, dont :

- une allergie cutanée est survenue après que le patient ait déclaré une « intolérance » à l'Augmentin®.

Aminosides (Gentalline, Gentamicine®), 1 cas :

- une ototoxicité isolée est survenue.

Fusidanines (Acide fusidique, Fucidine®), 1 cas :

- le médicament a été responsable d'une thrombopénie profonde d'origine centrale.

Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (Névirapine, Viramune®), 1 cas :

- le médicament a été à l'origine d'un syndrome de Lyell et du décès du patient.

Sulfamide (sulfaméthoxazole – triméthoprim, Bactrim®), 1 cas :

- le médicament a été responsable d'un syndrome de Lyell dans les suites duquel le patient a présenté de graves séquelles.

Thérapie tuberculose, (nous ne connaissons pas les molécules en cause), 1 cas :

- un patient a présenté une hépatite fulminante après prise de bithérapie anti tuberculeuse et est décédé. Il a été reproché l'absence d'hospitalisation devant la

constatation d'anomalies biologiques, même si le médecin spécialiste était rassurant.

2.1.2.1.1.3. Médicaments actifs sur le système cardio-vasculaire

Les médicaments actifs sur le système cardio-vasculaire concernaient 21 cas, soit 10,4 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. Les traitements anticoagulants étaient souvent en cause, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 4 - Répartition des déclarations liées à l'utilisation des médicaments cardio-vasculaires.

Classe médicamenteuse	Nombre de déclarations	% de déclaration pour chaque médicament par rapport à l'ensemble des plaintes concernant les médicaments cardio-vasculaires	Proportion de chaque médicament par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Traitement anticoagulant	17	80,9	8,4
Antiagrégant plaquettaire	2	9,5	1
Bétabloquant	1	4,8	0,5
Diurétique	1	4,8	0,5
Total	21	100	10,4

Traitement anticoagulant (AVK), 17 cas :

- 14 cas de complication :
 - 14 cas de surdosage dont neuf symptomatiques : hémorragies digestives, hématomes extraduraux, hématomes intracérébraux
 - dans un cas, les AVK étaient associés à un anti-inflammatoire non stéroïdien et ont entraîné une hémorragie digestive.

- 3 cas de gestion des traitements anticoagulants :

- la gestion du relais traitement anticoagulant – héparine s’est compliquée d’événements thrombo-emboliques et hémorragiques (accidents vasculaires cérébraux et extension de phlébite notamment).

Antiagrégant plaquettaire (Colipdogrel, Plavix® et acetylsalicylate, Aspirine®), 2 cas :

- l’association des deux traitements a entraîné un d’hématome épidual avec syndrome de la queue de cheval
- un traitement par Plavix® a été arrêté avant une coloscopie et n’a pas été repris ensuite. Cinq jours plus tard, le patient a présenté un accident vasculaire cérébral hémorragique (en fait sur une poussée hypertensive).

Béta-bloquant (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- un patient a présenté un asthme.

Diurétique (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- un patient a présenté une hypokaliémie majeure (1,9 mEq/l) par absence de surveillance biologique.

2.1.2.1.1.4. Traitements hormonaux

Les traitements hormonaux concernaient 2 cas, soit 1 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse.

Contraception hormonale (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- une contraception hormonale a été prescrite chez une jeune fille de 16 ans fumeuse. Elle a présenté quelques temps plus tard une embolie pulmonaire.

Traitement hormonal substitutif (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- la prise régulière de ce traitement a été à l'origine d'un cancer hormonodépendant.

2.1.2.1.1.5. Antalgiques

Les antalgiques concernaient 4 cas, soit 2 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse.

Antalgiques opioïdes (Tramadol et Morphine), 4 cas :

- deux cas de somnolence
- un cas d'un syndrome occlusif
- un cas de syndrome confusionnel.

2.1.2.1.1.6. Psychotropes

Les psychotropes représentaient 2 cas, soit 1 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse.

Thymorégulateur (carbonate de lithium, Théralithe®), 1 cas :

- un patient a présenté une insuffisance rénale chronique 5 ans après l'arrêt du traitement. Le traitement avait été renouvelé régulièrement par le généraliste qui n'avait fait doser la lithémie que deux fois. Le patient était en attente de greffe.

Neuroleptique (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- un syndrome parkinsonien est survenu.

2.1.2.1.1.7. Médicaments utilisés en diabétologie

Les médicaments antidiabétiques oraux concernaient 113 cas, soit 56,2 % des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. Les hypoglycémiantes étaient les médicaments les plus en cause, comme l'indique le tableau ci-après

Tableau 5 - Répartition des déclarations concernant les médicaments antidiabétiques oraux.

Médicament	Nombre de déclarations	Proportion de chaque médicament par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Hypoglycémiant	112	55,7
Biguanide	1	0,5
Total	113	56,2

Hypoglycémiant (Benfluorex, Mediator®), 112 cas :

Les caractéristiques données par la MACSF étaient :

- de nombreux patients avaient des facteurs de risque justifiant la prescription du traitement dans le cadre de la prise en charge du diabète
- la durée de traitement des patients des sociétés de la MACSF variait de 1 mois à 10 ans. La période à risque de cardiotoxicité se situe après 3 mois d'utilisation, et durant les deux premières années d'utilisation
- les bilans échographiques ont permis de mettre en évidence des valvulopathies minimales à type d'insuffisance aortique (selon l'AFSSAPS, le risque de survenue d'une valvulopathie chez des patients traités par Benfluorex serait de 1 patient par an pour 2000)
- environ cinq patients des sociétés de la MACSF, sur 112 ont été opérés de valvulopathie aortique et/ou mitrale.

Biguanide (Metformine, Glucophage®), 1 cas :

- une acidose lactique est survenue et s'est compliquée d'une insuffisance rénale aiguë, d'un état de choc cardiogénique attribués à une association de médicaments. La patiente a présenté une cécité par névrite optique rétro-bulbaire ischémique.

2.1.2.1.1.8. Autres médicaments

Les autres classes de médicaments représentaient 3 cas, soit 1,5 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse.

Chélateur du fer (Défériprone, Ferriprox®), 1 cas :

- une agranulocytose est survenue et la patiente est décédée d'un choc septique.

Inhibiteurs de la pompe à protons (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- un syndrome de Lyell est survenu alors que la prescription était adaptée.

Hypouricémiant (Allopurinol, Zyloric®), 1 cas :

- un syndrome de Lyell est survenu. Le patient présente une cécité bilatérale séquellaire.

2.1.2.1.1.9. Vaccins

Les vaccins représentaient 15 cas, soit 7,5 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. Les vaccins anti-hépatite B et anti-pneumococcique étaient les vaccins les plus fréquemment en cause dans cette catégorie, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 6 - Répartition des déclarations liés à l'utilisation des vaccins.

Vaccin	Nombre de déclarations	% de déclaration pour chaque vaccin par rapport à l'ensemble des plaintes concernant les vaccins	Proportion de chaque vaccin par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Anti-hépatite B	4	26,7	2
Anti-pneumococcique	4	26,7	2
Complications (vaccins confondus)	3	20	1,5
BCG	2	13,3	1
DTP	2	13,3	1
Total	15	100	7,5

a) Complications après vaccination

Vaccin anti-hépatite B, 4 cas :

- quatre cas supposés de sclérose en plaques.

Complications après vaccination (vaccin non spécifié), 3 cas :

- un cas d'abcès
- un cas de douleurs
- un cas de convulsions fébriles au dixième jour de la vaccination.

BCG, 2 cas :

- une injection a été déclarée responsable d'un abcès froid
- une BCGite est survenue.

Diphthérie Tétanos Poliomyélite (DTP), 2 cas :

- dans les deux cas, l'injection a été déclarée à l'origine d'un syndrome de fatigue chronique.

b) Absence de vaccination**Pneumocoque (Vaccin anti-pneumococcique), 4 cas :**

- dans les quatre cas, il n'avait pas été réalisé chez des patients splénectomisés, ayant pour conséquence des complications infectieuses.

2.1.2.1.1.10. Erreurs de prescription et d'injection

Les erreurs de prescription et d'injection représentaient 8 cas, soit 4 % du total des déclarations en iatrogénie médicamenteuse. La vaccination par le BCG était le plus fréquemment en cause dans cette catégorie, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 7 - Répartition des déclarations selon le type de traitement ayant fait l'objet d'erreurs de prescription et d'injection.

Thérapeutique	Nombre de déclarations	Proportion de chaque erreur par rapport à l'ensemble de la iatrogénie médicamenteuse (%)
Vaccin	3	1,5
Immunosuppresseur	1	0,5
Anticoagulant	1	0,5
Antalgique	1	0,5
Hormonothérapie	1	0,5
Traitement hormonal	1	0,5
Total	8	4

Vaccin BCG, 3 cas :

- dans deux cas, une injection de BCG a été réalisée à la place de la Tuberculine, occasionnant une réaction inflammatoire
- dans un cas, le vaccin a été réalisé sur le mauvais patient (erreur d'identité).

Immunosuppresseur (Méthotrexate, Novatrex®), 1 cas :

- le médicament a été prescrit en prise quotidienne, au lieu d'une prise hebdomadaire. La patiente a présenté une aplasie médullaire à huit jours et est décédée.

Anticoagulant (Fondaparinux sodique, Arixtra®), 1 cas :

- l'Arixtra® a été prescrite à dose erronée engendrant une hémorragie bénigne

Antalgique (Paracétamol-Codéine, Codenfan®), 1 cas :

- une prescription, pour un enfant âgé de deux ans, a été rédigée à dix fois la dose recommandée ayant pour conséquence une somnolence du jeune patient.

Hormonothérapie (Leuproréline, Enantone®), 1 cas :

- l'hormonothérapie a été prescrite en injection mensuelle au lieu d'injection trimestrielle. Selon la patiente, la conséquence aurait été une succession de malaises et une nécessité d'hospitalisation en psychiatrie.

Traitement Hormonal (nous ne connaissons pas la molécule en cause), 1 cas :

- une erreur de prescription informatique a été réalisée, avec prescription de traitement hormonal substitutif au lieu d'une contraception oestro-progestative.

2.1.2.1.2. Iatrogénie non médicamenteuse : actes médicaux

La iatrogénie non médicamenteuse (actes médicaux) représentait 26 cas, soit 11,4 % des déclarations en iatrogénie. Les manipulations cervicales et les injections intramusculaires étaient les actes les plus fréquemment mis en cause comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 8 - Répartition des déclarations selon les actes médicaux.

Acte médical	Nombre de déclarations	% de déclaration pour chaque acte médical par rapport à l'ensemble des plaintes concernant la iatrogénie non médicamenteuse
Manipulation cervicale	9	34,6
Intramusculaire m. fessier	9	34,6
Infiltration	4	15,4
Immobilisation	2	7,7
Suture	2	7,7
Total	26	100

Manipulation cervicale, 9 cas :

- quatre cas de dissection de l'artère vertébrale, dont deux d'évolution favorable
- un cas de tassements vertébraux
- un cas de troubles neurologiques transitoires dans le territoire de l'artère vertébrale sans dissection
- un cas de fractures de côtes
- un cas de majoration de cervicalgies
- un cas de persistance de douleurs liées à une sciatique.

Injection intramusculaire dans le muscle fessier, 9 cas de complications :

- quatre cas d'atrophie sous-cutanée

- une cellulite infectieuse
- une septicémie
- une sciatalgie
- un granulome au point d'injection
- un hématome.

Infiltration, 4 cas :

- une arthrite septique de l'épaule à Staphylocoque est survenue après infiltration d'une épaule
- une rupture partielle du tendon d'Achille est survenue après traitement d'une tendinite
- une raideur du coude est apparue après traitement d'une épitrochléite
- un sepsis avec complication rénale et embolique est survenu après infiltration d'une épaule.

Immobilisation, 2 cas :

- un patient a présenté une fracture fermée du poignet, pour laquelle l'immobilisation a été mal réalisée, occasionnant l'apparition d'un cal vicieux
- un corset a insuffisamment été surveillé et des escarres sont survenues.

Suture, 2 cas :

- dans un cas, l'acte de suture n'a pas été précédé du diagnostic. Il s'agissait d'une plaie par verre sur la face dorsale du pied, mais certains morceaux de verre n'avaient pas été ôtés, occasionnant le non diagnostic d'une rupture de tendon extenseur
- dans un cas, une plaie d'orteil suturée n'a pas été précédée du diagnostic et a manqué une lésion de l'extenseur du gros orteil.

2.1.2.2. Cancérologie

La cancérologie représentait 113 cas, soit 15,5 % du total des déclarations.

Nous allons à présent étudier les déclarations concernant les cancers selon leur localisation anatomique puis par type de cancer. Le tableau ci-dessous rassemble ces éléments et montre que les cancers les plus fréquemment en cause étaient les cancers digestifs.

Tableau 9 - Répartition des déclarations selon la localisation du cancer.

Type de cancer	Nombre de déclarations	% au sein de l'ensemble des cancers
Digestif	28	24,8
Broncho-pulmonaire	27	23,9
Gynécologique	22	19,5
Urologique	17	15
Hémopathies	7	6,2
Segment céphalique	6	5,3
Autres cancers	6	5,3
Total	113	100

2.1.2.2.1. Cancers digestifs

Les cancers digestifs représentaient 28 cas, soit 24,8 % du total des déclarations en cancérologie. Le cancer colo-rectal était le cancer le plus représenté dans cette catégorie, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 10 - Répartition des déclarations selon le type de cancer digestif.

Type de cancer digestif	Nombre de déclarations	% au sein des cancers digestifs	% au sein de l'ensemble des cancers
Cancer colorectal	16	57,1	14,1
Pancréas	8	28,6	7,1
Estomac	4	14,3	3,6
Total	28	100	24,8

Cancer colo-rectal, 16 cas de retard diagnostique, dont :

- dans deux cas, des rectorragies ont été attribuées à tort à des hémorroïdes
- dans deux cas, les patients présentaient une anémie par carence martiale
- un patient atteint de colopathie présentait des troubles digestifs
- un patient avait une symptomatologie basse à type de rectorragies, constipation, douleurs anales
- un patient a présenté un syndrome occlusif
- un patient présentait des troubles du transit avec une carence martiale et avait des antécédents familiaux de cancer
- un patient était asymptomatique mais présentait une ferritine basse
- un patient aux antécédents de chirurgie carcinologique colique chez qui le cancer a été d'emblée métastatique
- un patient chez qui le cancer a envahi la vessie. Ceci s'était manifesté par l'apparition d'une infection urinaire.

Cancer du pancréas, 8 cas de retard diagnostique, dont :

- un patient était régulièrement suivi par un gastro-entérologue du fait d'un antécédent de cancer rectal. Un cancer du pancréas métastatique lui a été découvert

- un cancer du pancréas n'était pas de diagnostic évident car la tomodensitométrie réalisée mettait en évidence un aspect de pancréatite.

Cancer de l'estomac, 4 cas de retard diagnostique. Nous n'avions pas de données supplémentaires à ce sujet.

2.1.2.2.2. Cancers broncho-pulmonaires

Les cancers broncho-pulmonaires (de type indéterminé) représentaient 27 cas, soit 23,9 % du total des déclarations en cancérologie.

- 25 cas de retard diagnostique ou non diagnostic, dont :
 - dans trois cas, les patients ont présenté des métastases apparentes sur les radiographies pulmonaires
 - chez un patient présentant des douleurs à type de névralgie cervico-brachiale
 - chez un patient présentant des douleurs thoraciques pariétales
 - chez un patient présentant une sciatgie rebelle
 - chez un patient présentant un œdème cervico-facial
 - chez un patient présentant un amaigrissement
 - chez un patient présentant une fracture spontanée
 - chez un patient présentant une toux chronique.
- un cas de défaut de prise en charge : selon la famille d'un patient, le décès de ce dernier aurait été accéléré par la prise de morphinique.
- un cas de refus de soin : un patient de 65 ans est décédé d'une hypercalcémie sur un cancer bronchique méconnu, après que le médecin l'ait consulté à deux reprises à 24 heures d'intervalle. Le transfert aux urgences a été refusé par le patient.

2.1.2.2.3. Cancers gynécologiques

Les cancers gynécologiques représentaient 22 cas, soit 19,5 % du total des déclarations en cancérologie. Le cancer du sein était le cancer le plus fréquent dans cette catégorie, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 11 - Répartition des déclarations selon le type de cancer gynécologique.

Type de cancer gynécologique	Nombre de déclarations	% au sein des cancers gynécologiques	% au sein de l'ensemble des cancers
Sein	19	86,5	16,8
Endomètre	1	4,5	0,9
Col de l'utérus	1	4,5	0,9
Ovaire	1	4,5	0,9
Total	22	100	19,5

Cancer du sein, 19 cas :

- 15 cas de retard diagnostique, dont :
 - dans cinq cas, les symptômes étaient des rachialgies sur métastases osseuses (dorsalgies chroniques pour la plupart)
 - dans un cas, une patiente a présenté durant deux mois des bronchites qui en fait étaient le symptôme de l'apparition de métastases pulmonaires
 - dans un cas, le cancer a été perçu par autopalpation chez une dame de 85 ans vue régulièrement par le médecin
 - une patiente a consulté son médecin pour un renouvellement d'ordonnance, lui signalant une anomalie au sein, elle n'aurait pas bénéficié d'examen complémentaire

- un cancer a été décelé au stade de métastases hépatiques, dans un contexte de psychose. La patiente présentait des troubles digestifs pour lesquels elle se traitait par automédication.
- 1 cas de défaut de prise en charge : un médecin a suivi sans contester les conclusions d'une mammographie anormale (une lésion évoquant des séquelles d'hématome du sein) et a retardé la biopsie de cette lésion de dix mois.
- 1 cas de défaut de surveillance : un médecin a reçu un courrier d'une association de dépistage expliquant que la mammographie de sa patiente était anormale et donc, à contrôler. Le médecin pensait que le gynécologue en avait informé la patiente. Le retard diagnostique était de un an.
- 2 cas de refus de soin :
 - une patiente de 68 ans était atteinte d'une tumeur au sein et a refusé de poursuivre les traitements. Une prise en charge palliative a été décidée, elle est décédée.
 - une patiente a refusé la première chimiothérapie de son cancer du sein en raison des effets secondaires qu'elle a présentés. Elle a bénéficié d'un traitement homéopathique pendant dix-huit mois et s'est ensuite orientée vers des stages de « médecine quantique » avant que le cancer ne métastase.

Cancer de l'endomètre, 1 cas de retard diagnostique :

- chez une patiente présentant une sciatique et un lymphœdème.

Cancer du col de l'utérus, 1 cas de retard diagnostique :

- le résultat d'un frottis cervico-vaginal pathologique était rangé dans le dossier de la patiente, sans lui en avoir fait prendre connaissance au préalable.

Cancer de l'ovaire, 1 cas de retard diagnostique :

- une patiente avait consulté 3 mois auparavant aux urgences où un ASP avait été réalisé et considéré comme normal. Le médecin souhaitait que la patiente contrôle le cliché, mais elle ne l'avait pas fait.

2.1.2.2.4. Cancers urologiques

Les cancers urologiques représentaient 17 cas, soit 15 % du total des déclarations en cancérologie. Le cancer de prostate était le cancer le plus fréquent dans cette catégorie, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 12 - Répartition des déclarations selon le type de cancer urologique.

Type de cancer urologique	Nombre de déclarations	% au sein des cancers urologiques	% au sein de l'ensemble des cancers
Prostate	12	70,6	10,6
Rein	4	23,5	3,5
Vessie	1	5,9	0,9
Total	17	100	15

Cancer de la prostate, 12 cas :

- 7 cas de retard diagnostique, dont :
 - un patient de 56 ans présentait des troubles urinaires pour lesquels une échographie a été réalisée et a mis en évidence une image suspecte. Le diagnostic du cancer a été posé alors qu'il était déjà métastatique.
 - un homme de 75 ans a bénéficié d'un avis urologique rapide. Il est décédé deux ans plus tard dans un tableau de cancer métastatique.

- un patient présentait une dysurie et se plaignait de douleurs osseuses. Le médecin avait attribué ces douleurs à la pratique sportive. Il s'agissait d'un cancer de prostate métastatique,
- un patient présentait une altération de l'état général et avait eu un résultat de dosage du PSA très pathologique dont il n'avait pas été informé.
- 4 cas de défaut de prise en charge :
 - un délai de quatre mois a été observé entre l'apparition d'une dysurie et le dosage de PSA.
 - un avis urologique n'a pas été demandé alors que le taux de PSA était discrètement élevé. Le patient ne présentait aucun signe fonctionnel.
 - un avis urologique n'a pas été demandé pour un dosage du PSA franchement pathologique (32 ng/ml), contrôlé à un an d'intervalle.
 - un contrôle de dosage du PSA n'a pas été demandé alors que le premier était à deux fois la normale. Le nouvel examen a été réalisé 3 ans plus tard alors que le patient présentait un cancer prostatique.
- 1 cas de refus de soin : chez un patient en hypercalcémie sur cancer de prostate.

Cancer du rein, 4 cas de retard diagnostique, dont :

- chez un patient qui a présenté une hématurie macroscopique
- pour un patient, des explorations complémentaires n'avaient pas été réalisées après la découverte d'une masse rénale par un échographe, qui avait noté l'anomalie sur le compte-rendu d'imagerie.

Cancer de vessie, 1 cas de retard diagnostique :

- une femme présentait des douleurs de la fosse iliaque gauche depuis deux ans ainsi qu'une « micro-hématurie ». Elle avait consulté son médecin à plusieurs reprises avant que le diagnostic ne soit posé.

2.1.2.2.5. Hémopathies

Les hémopathies représentaient 7 cas, soit 6,2 % du total des déclarations en cancérologie. Le cancer le plus fréquent dans cette catégorie était le lymphome, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 13 - Répartition des déclarations par type d'hémopathie.

Type d'hémopathie	Nombre de déclarations	% au sein de l'ensemble des cancers
Leucémie aiguë	4	3,5
Lymphome	3	2,7
Total	7	6,2

- 7 cas de retard diagnostique :
 - quatre cas de lymphomes, dont :
 - une Maladie de Hodgkin dont les premiers signes ont commencé avec une angine et des adénopathies cervicales.
 - un lymphome de haut grade chez un patient séropositif pour le VIH.
 - un lymphome de Burkitt chez un adolescent de 17 ans.
 - trois cas de leucémies aiguës. Dans un cas, le médecin n'avait pas lu la numération formule sanguine de son patient, demandée par sa remplaçante, afin de faire le bilan sur une asthénie.

2.1.2.2.6. Cancers du segment céphalique

Les cancers du segment céphalique représentaient 6 cas, soit 5,3 % du total des déclarations en cancérologie. Les cancers ORL étaient les cancers les plus fréquents de cette catégorie, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 14 - Répartition des déclarations selon le type de cancer du segment céphalique.

Type de cancer du segment céphalique	Nombre de déclarations	% au sein de l'ensemble des cancers
Encéphale	4	3,5
ORL	2	1,8
Total	6	5,3

Cancer ORL, 2 cas de retard diagnostique :

- un cas de cancer parotidien.
- une tumeur des fosses nasales chez un patient traité pendant un an pour une obstruction nasale.

Tumeur de l'encéphale, 4 cas de retard diagnostique :

- un méningiome agressif
- une tumeur fronto-pariétale
- une tumeur ventriculaire
- une tumeur cérébelleuse révélée par un tableau clinique d'hypertension intracrânienne. Les céphalées, troubles de l'équilibre et de la vision avaient été mis sur le compte d'un problème psychologique.

2.1.2.2.7. Autres cancers

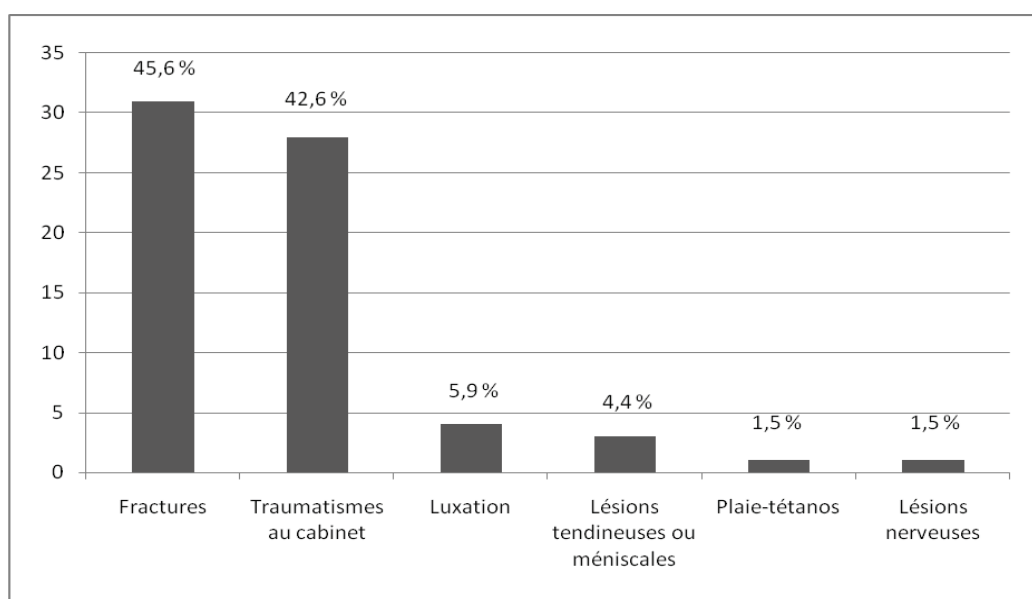
Les autres cancers représentaient 6 cas, soit 5,3 % du total des déclarations en cancérologie.

- 5 cas de retard diagnostique :
 - trois cas de tumeurs osseuses, dont :
 - une tumeur de la mandibule dont la radiographie a été réalisée 5 ans auparavant, non vue par le médecin, et rangée dans le dossier
 - un cas de phéochromocytome déjà métastatique
 - un cas de mélanome malin.
- 1 cas de refus de soin : chez une patiente présentant un cancer métastatique avec carcinose péritonéale et anémie.

2.1.2.3. Traumatologie

La traumatologie représentait 68 cas, soit 9,3 % du total des déclarations. Les fractures étaient les pathologies les plus représentées, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 4 – Nombre de déclarations par type de traumatisme (% du nombre total).



Fractures, 31 cas de retard diagnostique :

- treize cas de fractures aux membres inférieurs :
 - sept fractures du col du fémur
 - trois fractures de cheville
 - une fracture de tibia dans les suites d'une entorse de cheville
 - une fracture de calcanéus découverte au stade de pseudarthrose. Le diagnostic initial était une entorse.
 - une fracture d'orteil chez un danseur. Une radiographie avait été demandée et interprétée à tort normale.

- dix cas de fractures aux membres supérieurs :
 - cinq fractures de la main, dont 2 fractures de scaphoïde
 - deux fractures de Monteggia :
 - après un traumatisme du coude chez un enfant de 12 ans
 - un diagnostic initial erroné de fracture fermée de l'ulna avait été posé chez un enfant de 5 ans. Ce n'est que lorsque de la radiographie de contrôle a été réalisée, que le diagnostic a été rectifié.
 - une fracture d'humérus chez une patiente psychotique ayant convulsé. Elle présentait des douleurs persistantes.
 - une fracture comminutive d'épaule décelée au stade d'algodystrophie
 - une fracture bilatérale du radius chez un enfant ayant chuté en colonie de vacances.

- trois cas de fractures au niveau thoracique :
 - deux fractures de clavicule :
 - une au cours de la manœuvre libératoire de SEMONT (traitement du vertige positionnel paroxystique bénin)
 - une autre chez un nourrisson de 18 mois.
 - un cas de fractures costales après un accident de la voie publique. La patiente avait été examinée par son médecin pour douleurs persistantes puis est décédée.
- deux cas de fracture de vertèbre :
 - une vertèbre dorsale (D12)
 - une fracture C6-C7 après un polytraumatisme important ayant nécessité une hospitalisation. Après sa sortie, le patient présentait des cervicalgies persistantes pour lesquelles un scanner a été réalisé et a mis en évidence la fracture. Cette dernière était déjà visible sur la tomodensitométrie corps entier de l'hôpital.
- un cas de fracture de la mandibule cinq jours après une chute en ski alors que le patient avait présenté un traumatisme facial
- un cas de fracture du bassin
- un cas de fracture de pied non diagnostiquée par interprétation erronée de la radiographie.

Traumatismes au cabinet médical, 29 cas :

- onze chutes au cabinet médical
- onze chutes ou traumatismes depuis la table d'examen
- sept malaises vagues traumatiques.

Luxations, 4 cas :

- 3 cas de retard diagnostique :
 - une luxation bilatérale d'épaule dans les suites d'une crise convulsive. La patiente a consulté à plusieurs reprises en ville en raison des douleurs. Ces dernières ont été imputées à une rhabdomyolyse.
 - une luxation d'épaule simple qui a pourtant bénéficié d'un bilan la veille aux urgences
 - une luxation d'orteil. Le diagnostic initial était une crise de goutte.
- 1 cas de défaut prise en charge thérapeutique : il s'agissait d'une luxation d'épaule qui a nécessité une réduction en cabinet et sans anesthésie. Initialement, il n'y avait pas de déficit neurologique. Ce n'est que le lendemain qu'une paralysie circonflexe et radiale est apparue.

Lésions tendineuses ou méniscales, 3 cas de retard diagnostique, dont :

- une concertiste a été victime d'un traumatisme. La rupture du muscle grand palmaire n'a été diagnostiquée que deux mois plus tard par imagerie à résonance magnétique.
- une lésion méniscale est passée inaperçue chez une patiente portant une attelle pour une entorse de genou
- une rupture de tendon quadricipital n'a pas été diagnostiquée après une chute.

Plaie-tétanos, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- une patiente a négligé sa plaie, sans vérifier son statut vaccinal comme on lui avait conseillé. Elle a ensuite contracté le tétanos.

Lésions nerveuses, 1 cas de retard diagnostique :

- une section des nerfs médian et radial après agression par arme blanche a été diagnostiquée 5 semaines plus tard alors que le patient présentait un déficit neurologique.

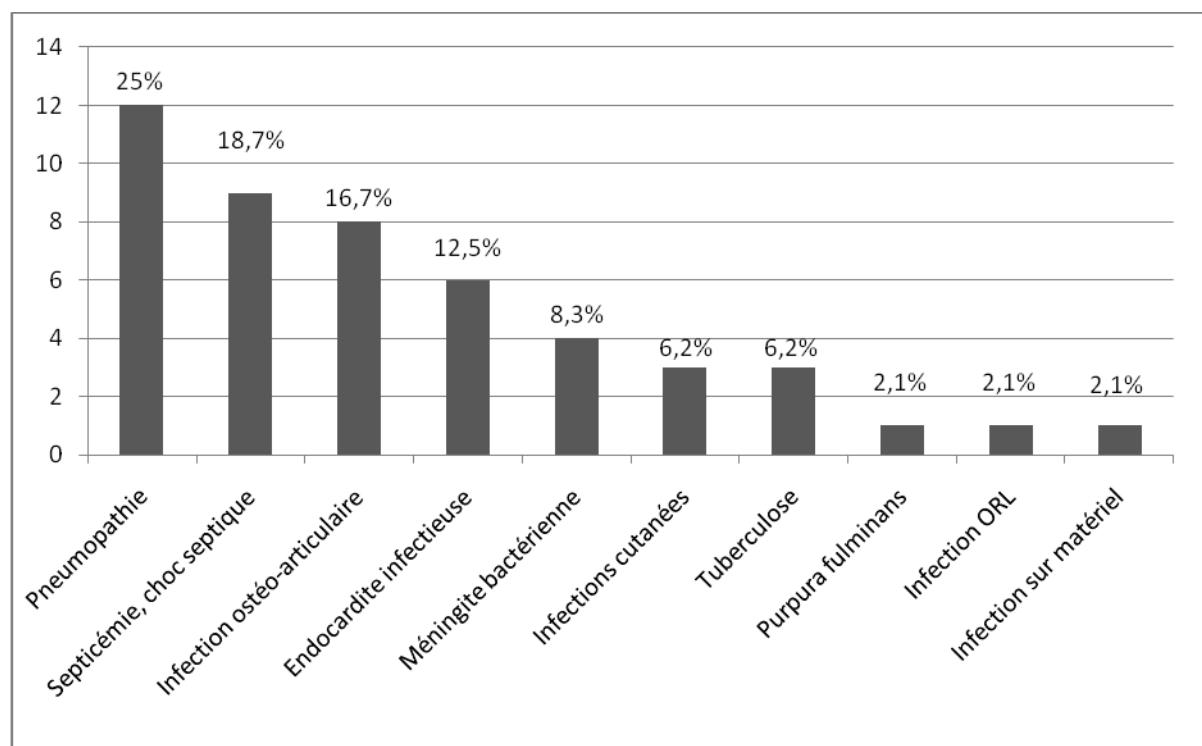
2.1.2.4. Infectiologie

L'infectiologie représentait 54 cas, soit 7,4 % du total des déclarations.

2.1.2.4.1. Infections bactériennes

Les infections bactériennes représentaient 48 cas, soit 88,9 % du total des déclarations en infectiologie. Les pneumopathies étaient les infections les plus représentées, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 5 – Nombre de déclarations selon le type d'infection bactérienne (% du nombre total).



Pneumopathie, 12 cas :

- 8 cas de retard diagnostique :
 - un jeune homme de 20 ans, qui présentait une toux traînante, a été examiné à plusieurs reprises par son médecin. Ce n'est que lorsqu'une hémoptysie est survenue qu'il a été hospitalisé (pneumopathie bilatérale à *S. pneumoniae*).
 - un patient présentait une toux isolée qui était en fait le symptôme d'une pneumopathie. Le diagnostic a été posé 3 jours plus tard.
 - dans quatre cas, les pneumopathies concernaient des enfants :
 - chez un nourrisson de dix mois pour lequel une rhinite avait été diagnostiquée. Il est décédé deux jours plus tard.
 - chez un enfant de trois ans que les parents ont emmené en consultation pour une symptomatologie de gastro-entérite. Elle est décédée 24 heures après.
 - chez un enfant de deux ans qui aurait présenté, dans les suites de l'infection pulmonaire, un asthme.
 - chez un enfant de quatre ans qui a été examiné aux urgences suite à une apparition de fièvre. Le médecin a conclu à une angine virale. Le lendemain, une éruption cutanée est apparue et a été rattachée à un syndrome grippal. Le jour d'après, les parents ont emmené leur enfant chez le généraliste car il avait des douleurs abdominales. Ce dernier n'a pas remis en cause le diagnostic. L'enfant est décédé 3 jours plus tard d'une pleuro-pneumopathie à Streptocoque A.
 - dans deux cas, il s'agissait de pneumopathies d'inhalation, dont :
 - dans un cas, la pathologie était survenue chez une personne âgée, en perte d'autonomie. Il s'agissait d'une pneumopathie d'inhalation

qui a été diagnostiquée 2 jours plus tard alors que son état général s'était amélioré.

- 1 cas d'erreur diagnostique : un diagnostic erroné de « douleur intercostale » a été porté par un médecin à deux reprises alors que sa patiente insistait pour réaliser une radiographie thoracique. Elle a ensuite été admise en réanimation en détresse respiratoire.
- 3 cas de défaut de prise en charge thérapeutique : pas de traitement antibiotique ou pas d'hospitalisation.

Septicémie, choc septique, 9 cas de retard diagnostique et de défaut de prise en charge thérapeutique, dont :

- dans quatre cas, le diagnostic initial était une gastro-entérite
- un jeune homme de 38 ans présentait un abcès fessier qui s'est compliqué de choc septique puis de décès
- une femme de 70 ans est décédée d'un choc toxique infectieux, 24 heures après avoir consulté son médecin pour un « érysipèle »
- une femme opérée de prothèses mammaires surinfectées est décédée d'un choc septique

Infection ostéo-articulaire, 8 cas :

- 6 cas de retard diagnostique :
 - un cas d'ostéite du talon pour laquelle le diagnostic initial était une tendinite. Le patient est décédé d'un choc septique.
 - un cas d'ostéo-arthrite de cheville sur mal perforant plantaire dans le cadre d'une neuropathie alcoolique. Le patient a bénéficié d'une amputation.
 - un cas d'arthrite septique pour lequel le diagnostic initial erroné était un hygroma.

- un cas de spondylodiscite aiguë est apparue de façon atypique. Elle s'est compliquée de paraparésie.
- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - dans un cas, il s'agissait d'une ostéite chez un patient diabétique présentant un érysipèle.
 - dans un cas, il s'agissait d'un phlegmon pour lequel le traitement antibiotique n'avait pas été mis en place.

Endocardite infectieuse, 6 cas de retard diagnostique :

- dans deux cas, les patients présentaient de la fièvre en contexte post-opératoire (après cholécystectomie et après valvuloplastie)
- chez un patient porteur d'un souffle systolique banal qui a bénéficié de soins dentaires sans prophylaxie antibiotique
- chez un patient présentant de la fièvre et ayant bénéficié de soins dentaires récents (le médecin n'en a pas été informé). Le patient était porteur d'une insuffisance aortique et a présenté un accident vasculaire cérébral.
- chez un patient de 55 ans, examiné à 3 reprises pour une fièvre nue et qui est décédé avant l'hospitalisation envisagée
- chez un patient présentant de la fièvre trois mois après la réalisation d'une fibroscopie pour hématomèse. Le médecin a oublié que son patient était valvulopathe. Le patient a bénéficié d'un remplacement valvulaire.

Méningite bactérienne, 5 cas de retard diagnostique :

- chez un patient à risque car atteint d'une rhinorrhée après intervention ORL. Il est décédé.

- chez une patiente examinée le jour précédent pour des céphalées et des vomissements
- chez une patiente présentant des céphalées qui ont été rattachées à un syndrome grippal par deux médecins différents
- une adolescente de 14 ans a été examinée par un médecin qui a conclu à un syndrome grippal. Deux jours après, elle a été hospitalisée pour une méningite à pneumocoques, elle est décédée.
- un cas chez un patient splénectomisé non vacciné contre le pneumocoque.

Infections cutanées, 3 cas de défaut de surveillance :

- dans deux cas, des pansements de cellulite n'ont pas été surveillés
- un furoncle a évolué en cellulite.

Tuberculose, 3 cas de retard diagnostique :

- un homme de 83 ans aux antécédents de tuberculose présentait une altération de l'état général pour laquelle de nombreuses hospitalisations ont été nécessaires avant de découvrir la pathologie évolutive.
- un cas de tuberculose pulmonaire. Nous ne disposions pas de données supplémentaires.
- un cas de tuberculose hépatosplénique. Nous ne disposions pas de données supplémentaires.

Purpura Fulminans, 1 cas de prise en charge thérapeutique :

- une patiente a consulté un médecin et a bénéficié d'un traitement symptomatique pour un syndrome grippal fébrile. Quelques heures plus tard, elle a présenté un purpura fulminans pour lequel le médecin s'est rendu sur place, a pratiqué une

injection d'antibiotique et l'a transférée à l'aide du SAMU. L'évolution a été favorable.

Infection ORL, 1 cas de retard diagnostique :

- une patiente atteinte d'une angine a bénéficié d'une antibiothérapie. Un œdème du pied est apparu, puis a migré au visage. La cause du décès est incertaine.

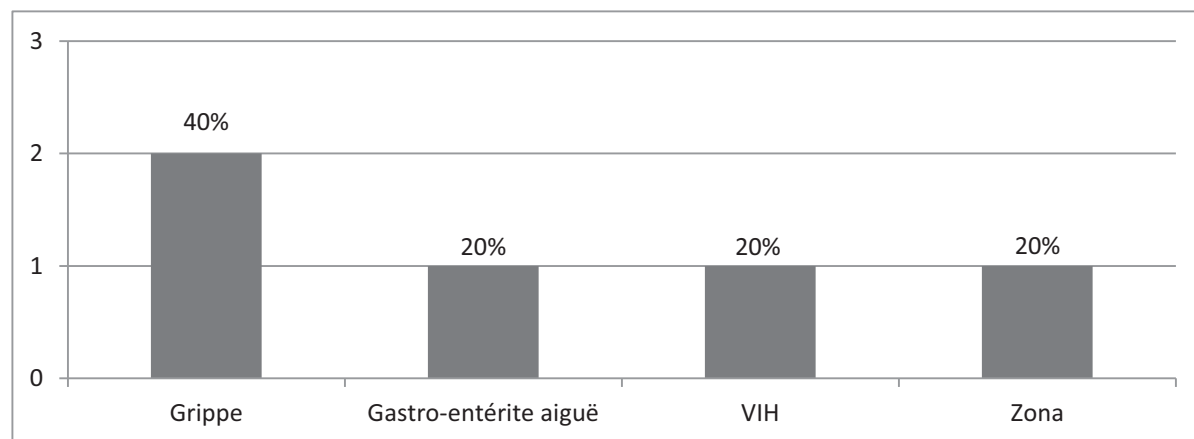
Infection de matériel, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- il s'agissait d'une infection de Dispositif Veineux Implantable. Le patient présentait initialement de la fièvre et une otite pour lesquels une antibiothérapie a été prescrite. Ce n'est que dix jours plus tard que le diagnostic a été posé. Le patient est décédé d'un choc septique.

2.1.2.4.2. Infections virales

Les infections virales représentaient 5 cas, soit 9,2 % du total des déclarations en infectiologie. La grippe était la pathologie la plus fréquente, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 6 – Nombre de déclarations par type d'infection virale (% du nombre total).



Grippe, 2 cas d'erreur diagnostique :

- dans les deux cas, les médecins ont conclu à des pneumopathies alors qu'il s'agissait de grippe. Nous ne disposons pas de données supplémentaires.

Gastro-entérite aiguë, 1 cas de refus de soin :

- chez une femme de 82 ans présentant une gastro-entérite aiguë, pour laquelle une hospitalisation avait été proposée par le médecin, mais refusée par la patiente. Elle avait un antécédent d'anémie ferriprive, qu'elle refusait de bilanter. Elle est décédée 24 heures plus tard lors du transport aux urgences. La famille a porté plainte.

VIH, 1 cas de retard diagnostique :

- un médecin n'a pas demandé de sérologie VIH durant 6 ans alors que son patient présentait des épisodes infectieux répétitifs.

Zona, 1 cas de retard diagnostique. Nous ne disposons pas de données supplémentaires.

2.1.2.4.3. Infections parasitaires

Les infections parasitaires représentaient un cas, soit 1,9 % du total des déclarations en infectiologie. Le paludisme était la seule infection représentée dans cette catégorie.

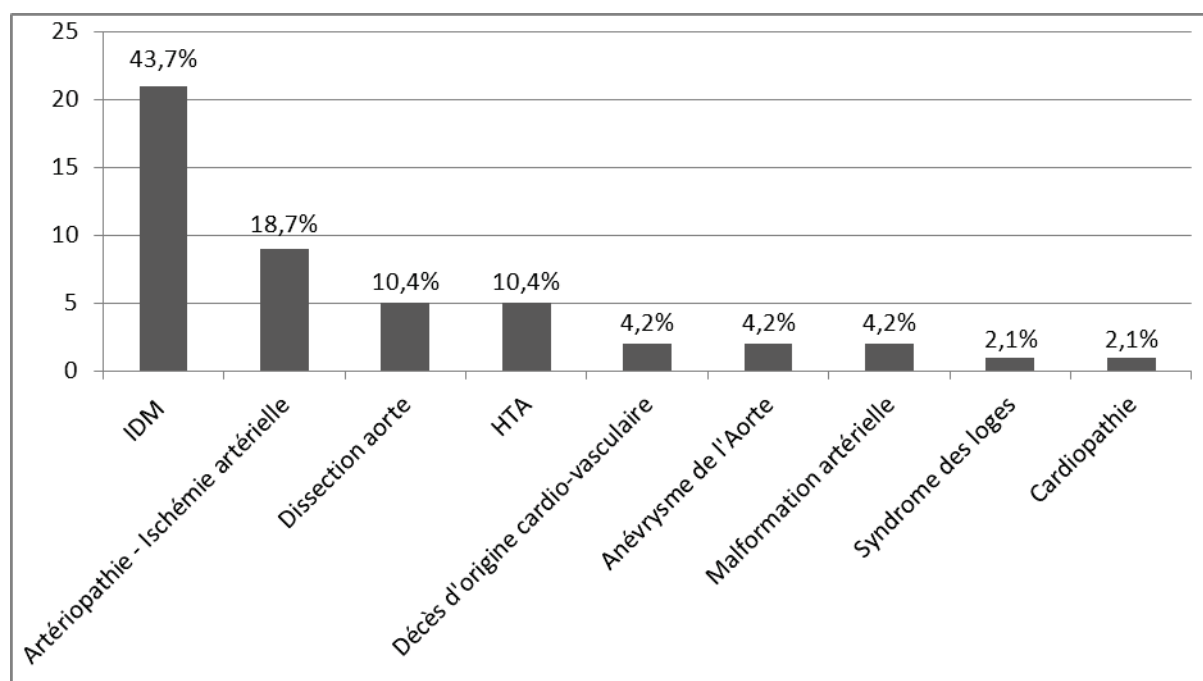
Paludisme, 1 défaut de prise en charge thérapeutique :

- un traitement curatif par Nivaquine® a été introduit alors que ce n'était pas adapté à la situation clinique.

2.1.2.5. Cardio-vasculaire

Les pathologies cardio-vasculaires représentaient 48 cas, soit 6,6 % du total des déclarations. L'infarctus du myocarde était la pathologie la plus représentée dans cette spécialité, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 7 – Nombre de déclarations par pathologie cardio-vasculaire (% du nombre total).



IDM : infarctus du myocarde, HTA : hypertension artérielle.

Infarctus du myocarde (IDM), 21 cas de retard diagnostique, dont :

- un infarctus du myocarde chez un homme de 50 ans ayant des facteurs de risque cardio-vasculaire qui a bénéficié d'un électrocardiogramme, d'une radiographie thoracique et a été examiné à deux reprises à 24 heures d'intervalle. Il est décédé avant d'avoir pu voir le cardiologue.
- un infarctus du myocarde chez un patient ayant présenté des douleurs thoraciques fluctuantes avec un électrocardiogramme normal. Le diagnostic

retenu était une pathologie chondro-sternale. Il est décédé malgré la fibrinolyse.

- un infarctus du myocarde chez un patient hypertendu et obèse ayant consulté à deux reprises en trois jours pour des douleurs thoraciques
- un infarctus du myocarde chez un patient stressé présentant une bronchite aiguë
- un patient de 56 ans hypertendu n'était pas suivi pour sa dyslipidémie et n'a jamais consulté de cardiologue. Il a présenté un infarctus du myocarde.
- un patient de 75 ans présentant une hypertension artérielle mal contrôlée n'a pas bénéficié de consultation cardiologique. Il a présenté un infarctus du myocarde.
- un patient a consulté pour des douleurs thoraciques, des diarrhées et des vomissements. Comme les douleurs persistaient, il a été hospitalisé six jours plus tard. Il a présenté un infarctus du myocarde compliqué d'insuffisance cardiaque aiguë. Il a bénéficié d'une angioplastie et est en attente de greffe cardiaque.
- un patient a présenté des douleurs thoraciques et une dyspnée ayant motivé une visite aux urgences quatre jours auparavant. Dix mois plus tard, une insuffisance cardiaque sur infarctus du myocarde ancien a été diagnostiquée.
- un patient de 58 ans, diabétique, a présenté un infarctus du myocarde
- un patient a été hospitalisé deux jours après le début de douleurs thoraciques, il est décédé d'un infarctus du myocarde.

Artériopathie – Ischémie artérielle, 9 cas de retard diagnostique, dont :

- un patient de 77 ans s'est présenté pour une douleur de cheville en fait symptomatique d'un anévrysme poplité compliqué d'ischémie artérielle.

- un patient de 30 ans a présenté une dissection poplitée (plaie du genou en ski) responsable d'une ischémie artérielle
- une patiente hospitalisée pour bilan d'acrocyanose distale a présenté une ischémie artérielle nécessitant une amputation
- un patient a présenté une ischémie artérielle cinq jours après avoir consulté un médecin qui avait initialement diagnostiqué une sciatique
- un patient atteint d'artériopathie et peu compliant n'a pas fait réaliser le doppler prescrit par son médecin et a présenté une ischémie subaiguë de membre inférieur, nécessitant une amputation.

Dissection de l'aorte, 5 cas de retard diagnostique, dont :

- un patient a été examiné par un médecin qui a diagnostiqué une gastro-entérite. Le lendemain, il ne donnait plus de nouvelles. Une autopsie a été réalisée mettant en évidence une dissection aortique.
- un patient pour lequel il y avait une suspicion de syndrome de Marfan a été examiné par un cardiologue. Celui-ci a réalisé une échographie cardiaque qui a été déclarée sub-normale, mais elle devait être contrôlée à 5 ans. Il est décédé d'une dissection de l'aorte avant de pouvoir la faire.

Hypertension artérielle, 5 cas de défaut de surveillance :

- dans un cas, absence de bilan et de suivi d'une hypertension artérielle sévère chez un homme de 35 ans : rétinopathie hypertensive et insuffisance rénale évoluée
- dans un cas, absence de bilan et de prise en charge de chiffres tensionnels élevés constatés à deux reprises, en début de consultation, chez une femme de 60 ans anxieuse : accident vasculaire cérébral au décours d'une opération.

Décès d'origine cardio-vasculaire, 2 cas de non diagnostic :

- chez un patient qui présentait une douleur thoracique explorée, et dont le bilan s'est avéré normal
- chez un patient qui présentait une douleur thoracique au repos, et a bénéficié d'une longue consultation avec le médecin et de la réalisation d'un électrocardiogramme de repos interprété comme normal. Le médecin a quitté le domicile et le patient a fait un malaise puis un arrêt cardio-respiratoire fatal.

Anévrisme de l'aorte, 2 cas de retard diagnostique de fissuration de l'anévrisme, dont :

- dans un cas, l'anévrisme a été découvert sur une radiographie thoracique (élargissement médiastinal). Le patient est décédé lors de la tentative d'endoprothèse.

Malformations artérielles, 2 cas de retard diagnostique :

- une transposition des gros vaisseaux chez un enfant de 3 semaines
- une coarctation de l'aorte, alors que le médecin scolaire a signalé une hypertension artérielle à plusieurs reprises, et elle n'a pas été prise en compte.

Syndrome des loges, 1 cas de défaut de prise en charge :

- il s'agissait d'un patient de 40 ans, paraplégique, ayant chuté et qui était longuement resté stationné au sol.

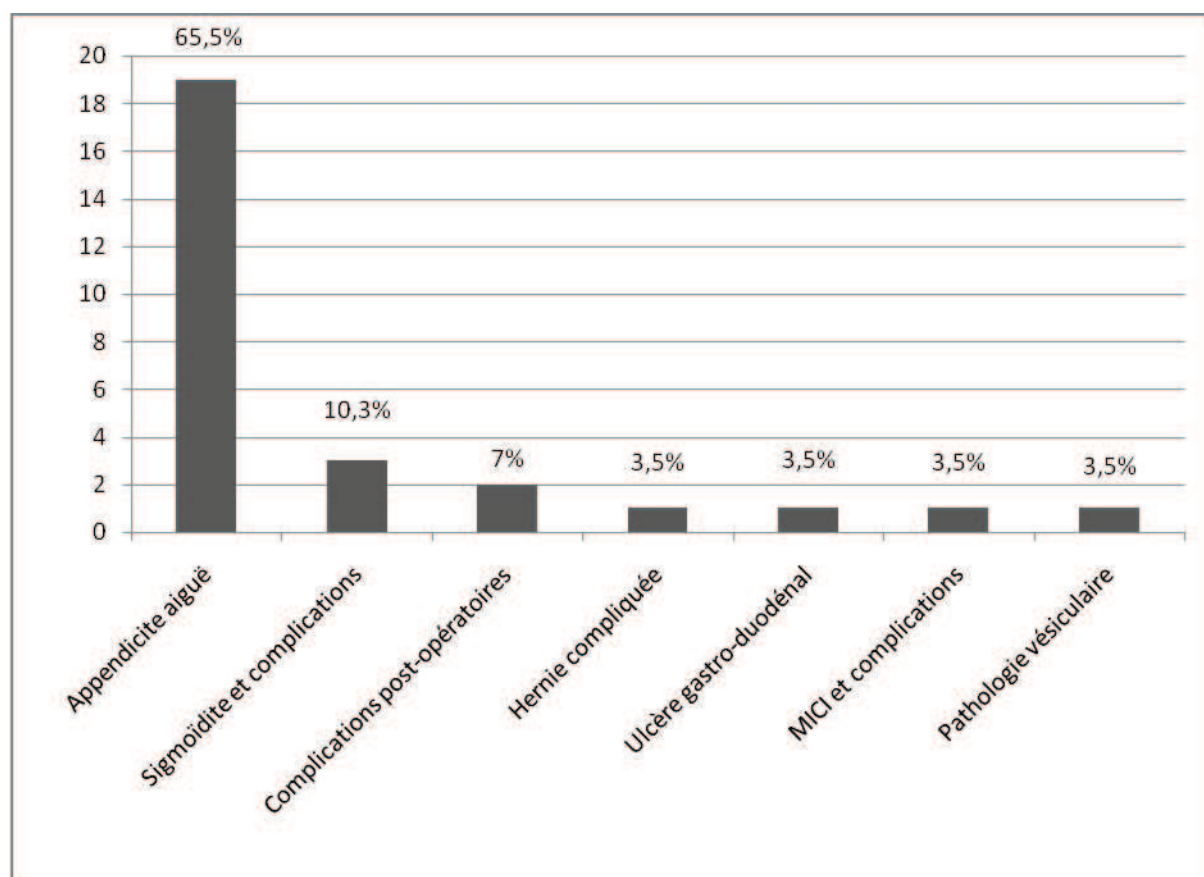
Cardiopathie, 1 cas de refus de soins :

- chez une patiente présentant une décompensation cardiaque dans un centre de soins de suite où elle séjournait. La famille a refusé qu'elle soit transférée vers un service d'urgences et l'a faite sortir. Finalement, ils l'ont conduite eux-mêmes aux urgences pour une insuffisance cardiaque aiguë.

2.1.2.6. Hépatogastro-entérologie

L'hépatogastro-entérologie représentait 29 cas, soit 4 % du total des déclarations. L'appendicite aiguë était la pathologie la plus représentée dans cette spécialité, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 8 - Nombre de déclarations par pathologie digestive (% du nombre total).



MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Appendicite aiguë, 19 cas de retard diagnostique, dont :

- une patiente de 21 ans a présenté des douleurs abdominales que le médecin avait rattachées à une sigmoïdite. Huit jours plus tard, elle a présenté en fait une appendicite.

- un diagnostic de gastro-entérite aiguë avait été posé chez un enfant de quatre ans. Il a consulté trois médecins différents avant d'être opéré d'une péritonite appendiculaire
- dans quatre autres cas, il s'agissait d'enfants
- dans trois cas, un diagnostic erroné initial de gastro-entérite aiguë avait été posé
- dans un cas, un abcès appendiculaire s'était constitué
- une appendicite s'est compliquée de péritonite appendiculaire chez une femme de 35 ans, entraînant son décès.

Sigmoïdite et complications, 3 cas de retard diagnostique, dont :

- elle a été découverte chez une patiente ayant une colopathie fonctionnelle, à l'occasion d'une poussée. La patiente reprochait l'absence d'examens complémentaires.

Complication post-opératoire, 2 cas :

- 1 cas de retard diagnostique : il s'agissait d'un lâchage anastomotique dans les suites d'une « Sleeve » (chirurgie de l'estomac visant à réduire sa taille).
- 1 cas de défaut de prise en charge : un médecin a refusé de se déplacer pour un jeune patient de 11 ans présentant des douleurs abdominales, dans les suites d'une appendicectomie. Il est décédé.

Hernie compliquée, 1 cas de retard diagnostique. Nous ne disposons pas de données supplémentaires

Ulcère gastro-duodéal, 1 cas de retard diagnostique :

- il a été révélé par des dorsalgies et découvert après un bilan qui a mis en évidence une anémie ferriprive.

Complications de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Maladie de Crohn), 1

cas de retard diagnostique :

- un cas de fistule iléo-vaginale.

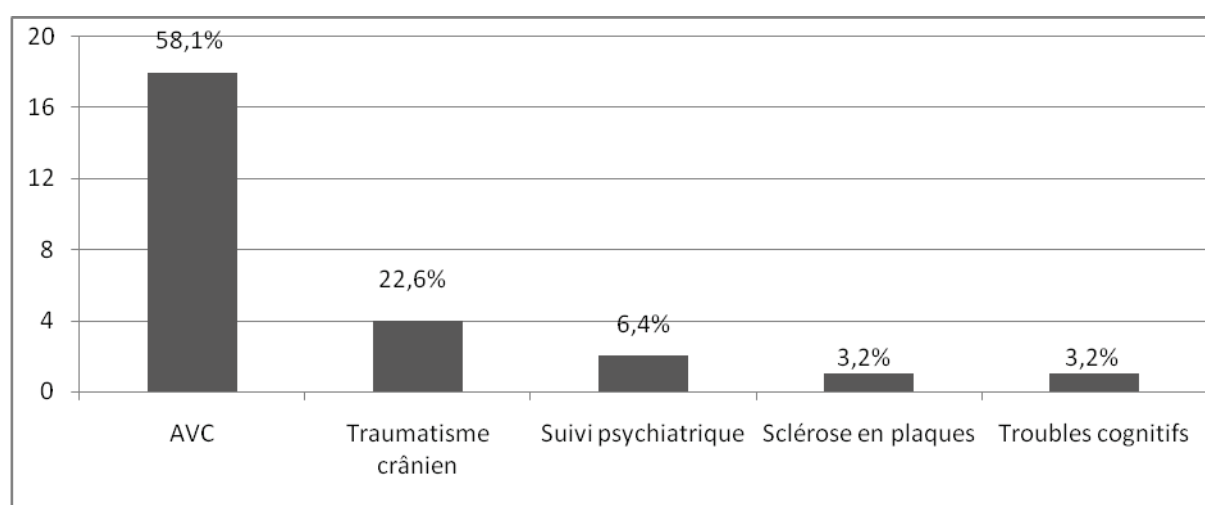
Pathologie vésiculaire, 1 cas de refus de soin :

- chez un patient présentant une angiocholite. Finalement, il a été conduit le soir même à l'hôpital en choc septique. Il critiquait la prise en charge, arguant que cela aurait favorisé la survenue d'un accident vasculaire cérébral.

2.1.2.7. Neurologie - Psychiatrie

La neurologie et la psychiatrie représentaient 26 cas, soit 3,6 % du total des déclarations. Les accidents vasculaires cérébraux étaient les pathologies les plus représentées, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 9 - Nombre de déclarations par situation clinique en Neurologie et Psychiatrie (% du nombre total).



AVC : Accident vasculaire cérébral.

Accident Vasculaire Cérébral (AVC), 18 cas de retard ou erreur diagnostique :

- dans cinq cas, il s'agissait d'hémorragies méningées, dont :
 - dans deux cas, les patients présentaient des céphalées, des cervicalgies et des acouphènes
 - dans un cas, une patiente de 79 ans présentait des vertiges et chutait. L'hospitalisation a été proposée mais refusée par le patient.
 - dans un cas, la patiente présentait des céphalées en post-partum
- dans quatre cas, la localisation de l'accident vasculaire cérébral et les circonstances rendaient le diagnostic difficile :
 - deux cas d'accident vasculaire cérébral du tronc cérébral avec vertiges importants
 - un cas d'accident vasculaire cérébral thalamique
 - un cas d'accident vasculaire cérébral sur foramen ovale perméable
- dans quatre cas, le médecin n'a pas fait réaliser de tomodensitométrie cérébrale chez des patients présentant un déficit neurologique
- dans deux cas, il s'agissait d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques :
 - chez un homme, un diagnostic erroné de virose avait été porté devant une amaurose et des céphalées
 - chez une jeune femme de 25 ans, qui avait présenté de nombreux malaises atypiques bilantés en psychiatrie et à l'hôpital (en fait, myxome de l'oreillette ayant embolisé)
- dans deux cas, il s'agissait de patients chez qui des accidents ischémiques transitoires répétés n'avaient pas été diagnostiqués, complétés secondairement par un accident vasculaire cérébral, dont :

- dans un cas, un patient a présenté une diplopie transitoire puis l'accident vasculaire cérébral.
- dans un cas, il s'agissait d'une thrombophlébite cérébrale.

Suivi psychiatrique, 2 cas:

- 2 cas de défaut de suivi :
 - dans un cas, il s'agissait d'un patient dépressif
 - dans un cas, le patient s'est suicidé (intoxication médicamenteuse volontaire)

Traumatisme crânien, 4 cas :

- 3 cas de défaut de prise en charge, dont :
 - un patient traité par anticoagulants oraux avait chuté et aucune hospitalisation n'avait été préconisée. Le patient étant décédé, une autopsie avait été réalisée mettant en évidence des hématomes cérébraux.
- 1 cas de retard diagnostique : aucune tomodensitométrie cérébrale n'avait été prescrite chez un patient traumatisé crânien avec des signes de localisation neurologique

Sclérose en plaques, 1 cas de défaut d'information :

- une information sur une possible sclérose en plaques n'avait pas été donnée chez une patiente ayant présenté plusieurs symptômes faisant évoquer ce diagnostic.

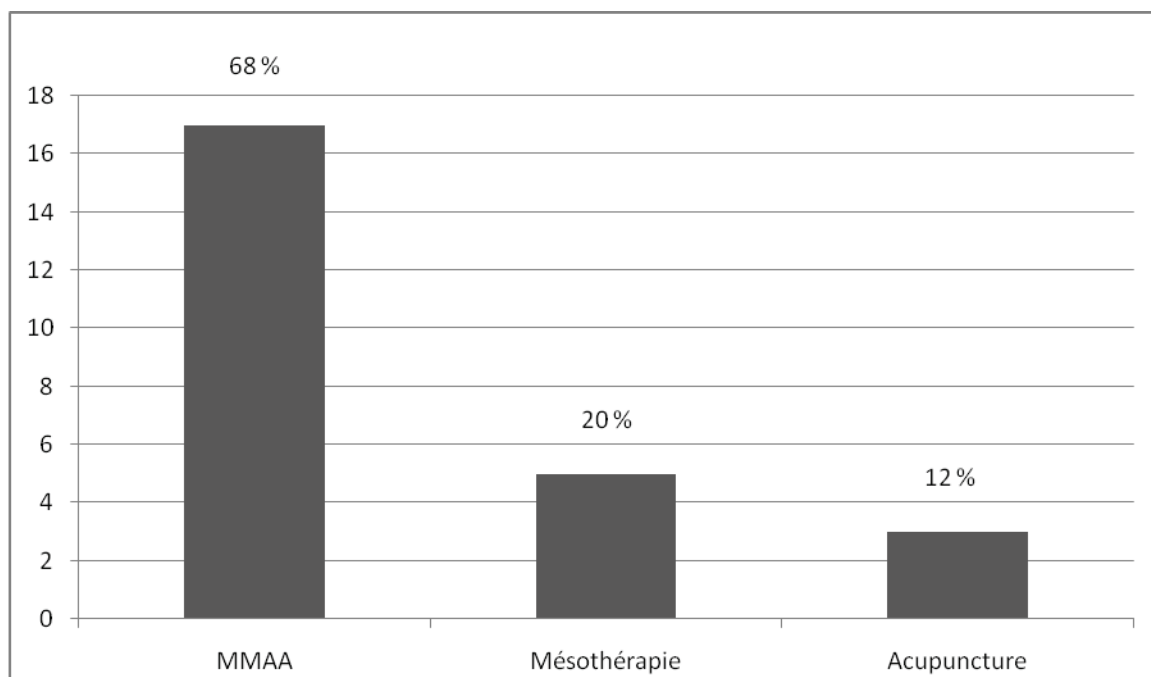
Troubles cognitifs, 1 cas de retard diagnostique :

- une imagerie par résonance magnétique cérébrale avait été réalisée tardivement devant l'apparition de troubles des fonctions supérieures chez un patient âgé de plus de 60 ans.

2.1.2.8. Autres médecines

Les autres médecines représentaient 25 cas, soit 3,4 % du total des déclarations. La médecine morphologique et anti-âge était la médecine ayant entraîné le plus de déclarations, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 15 – Nombre de déclarations par type de médecine complémentaire (% du nombre total).



MMAA : médecine morphologique et anti-âge.

Médecine morphologique et anti-âge, 17 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- dans onze cas, cela concernait l'utilisation du laser dépilatoire : brûlures superficielles
- dans cinq cas, cela concernait le traitement visant à atténuer les rides : granulomes
- dans un cas, cela concernait la cryothérapie : brûlures.

Mésothérapie, 5 cas de défaut de prise en charge thérapeutique avec complications infectieuses :

- un abcès de fesse à Streptocoque B est apparu après le traitement d'une cellulite

- un sepsis à *S. Aureus* est survenu après le traitement d'une épicondylite
- un syndrome déficitaire cubital est apparu après traitement d'une épitrochléite
- une septicémie et une spondylodiscite sont apparues après traitement d'un patient lombalgique hyperalgique
- un cas d'infection après infiltration d'un névrome de Morton traité par antibiothérapies successives.

Acupuncture, 3 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

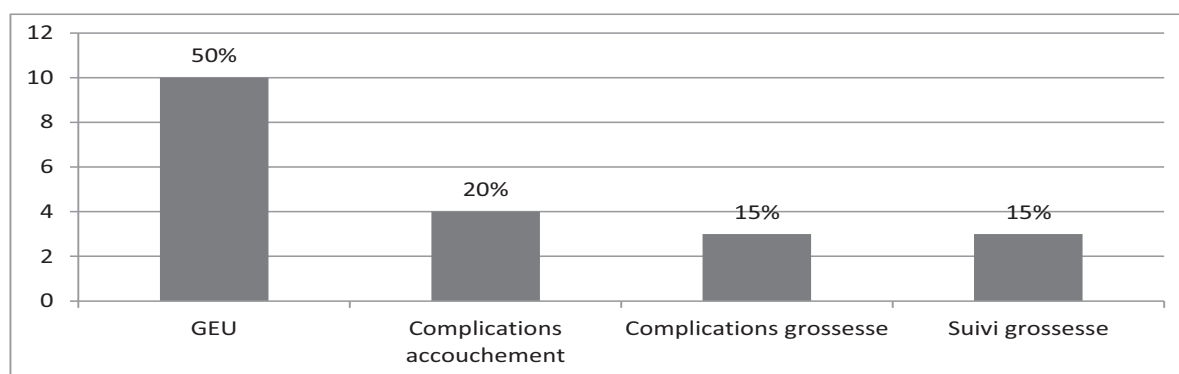
- un patient a présenté un érysipèle de jambe
- un patient a présenté un pneumothorax après une séance d'acupuncture
- un morceau d'aiguille est resté dans le talon d'un patient.

2.1.2.9. Gynécologie-néonatalogie

La gynécologie et la néonatalogie représentaient 20 cas, soit 2,7 % du total des déclarations.

La grossesse extra-utérine était la pathologie la plus représentée de cette spécialité, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 10 – Nombre de déclarations par pathologie ou situation gynécologique (% du nombre total).



GEU : grossesse extra-utérine.

Grossesses extra-utérines (GEU), 10 cas de retard diagnostique :

- dans deux cas, les patientes présentaient des douleurs abdominales étiquetées gastro-entérite aiguë
- dans deux cas, la grossesse extra-utérine s'est rompue (échographie de contrôle tardive montrant un stade de pré-rupture))
- dans deux cas, la patiente présentait des cycles menstruels irréguliers
- dans un cas, un gynécologue avait réalisé une échographie montrant une grossesse intra-utérine
- dans un cas, la patiente avait des antécédents de grossesse extra-utérine
- dans un cas, une patiente avait bénéficié de deux échographies normales et le taux d'HCG était en diminution
- dans un cas, une patiente a bénéficié d'une interruption volontaire de grossesse. Cinq jours plus tard, une grossesse extr-utérine a été diagnostiquée.

Complications de l'accouchement, 4 cas de retard diagnostique :

- un cas d'endométrite du post-partum
- un cas de syndrome de Sheehan (nécrose de l'hypophyse secondaire à une hémorragie du post-partum)
- deux cas de luxation congénitale de hanche.

Complications de la grossesse, 3 cas :

- 2 cas d'erreur ou retard diagnostique :
 - dans un cas, une éclampsie à 7 mois est passée à tort pour une gastro-entérite aiguë
 - dans un cas, il s'agissait d'un hématome rétro-placentaire
- 1 cas de défaut de prise en charge : un médecin a suivi en début de grossesse une patiente ayant présenté une embolie pulmonaire en post-partum.

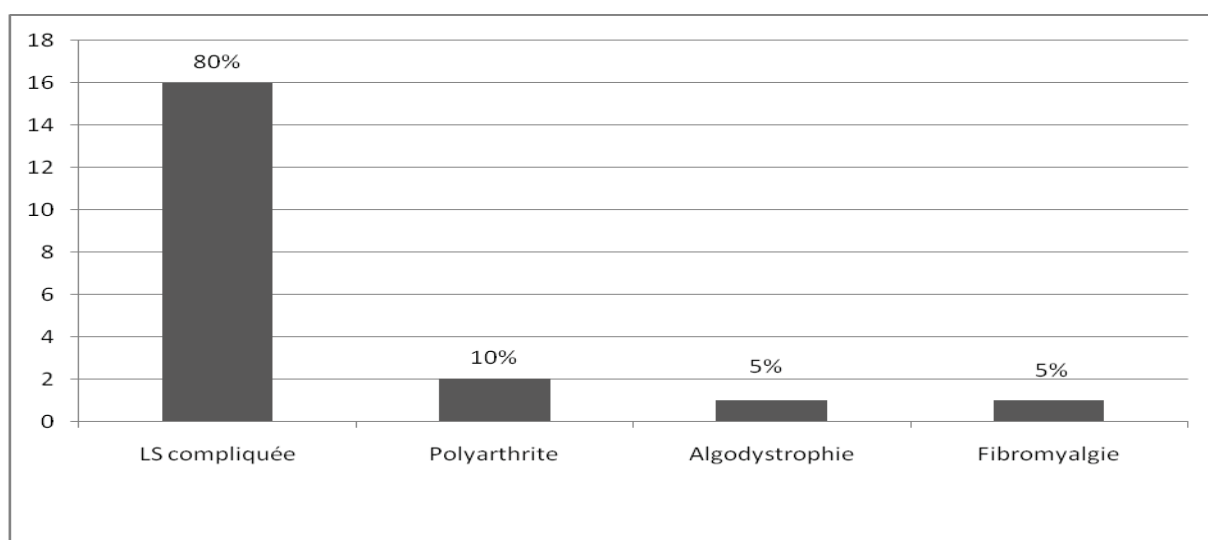
Suivi de grossesse, 3 cas :

- 2 cas de retard diagnostique : une patiente a bénéficié d'un dosage de beta-HCG pour suspicion de grossesse et d'une échographie confirmant la grossesse (5 SA). L'échographiste a fixé la date de l'échographie de dépistage, la patiente s'y est rendu en retard de 15 jours, et a été revue trop tard par le médecin généraliste pour qu'elle puisse bénéficier d'un dépistage sérique de trisomie 21.
- 1 cas de défaut de prise en charge : une absence de demande de recherche d'agglutinines irrégulières chez une femme Rhésus négatif.

2.1.2.10. Rhumatologie

La rhumatologie représentait 20 cas, soit 2,7 % du total des déclarations. La lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval était la pathologie la plus représentée comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 11 – Nombre de déclarations par pathologie rhumatologique (% du nombre total).



LS : lombosciatique

Lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval, 16 cas :

- 3 cas de retard diagnostique : les patients présentaient des signes de localisation neurologique
- 12 cas de défaut de prise en charge : il s'agissait d'hospitalisation retardée ou non envisagée et de chirurgie précipitée entraînant des séquelles Il est également reproché l'absence de conseil sur les signes d'aggarvation neurologique.
- 1 cas de refus de soin : un patient a été vu à trois reprises en 48 heures, pour une lombosciatique en aggravation constante malgré les traitements. Devant l'évolution, l'hospitalisation a été proposée par le médecin mais refusée par le patient. Il a finalement été hospitalisé lors du dernier rendez-vous pour un syndrome de la queue de cheval. Il a présenté ultérieurement des séquelles.

Polyarthrite, 2 cas de retard diagnostique :

- aucun examen biologique n'avait été prescrit devant cette symptomatologie
- des effets secondaires médicamenteux (myalgies) avaient été imputés à tort à la symptomatologie clinique.

Algodystrophie, 1 cas de retard diagnostique :

- une algodystrophie est apparue dans les suites d'une intervention chirurgicale.

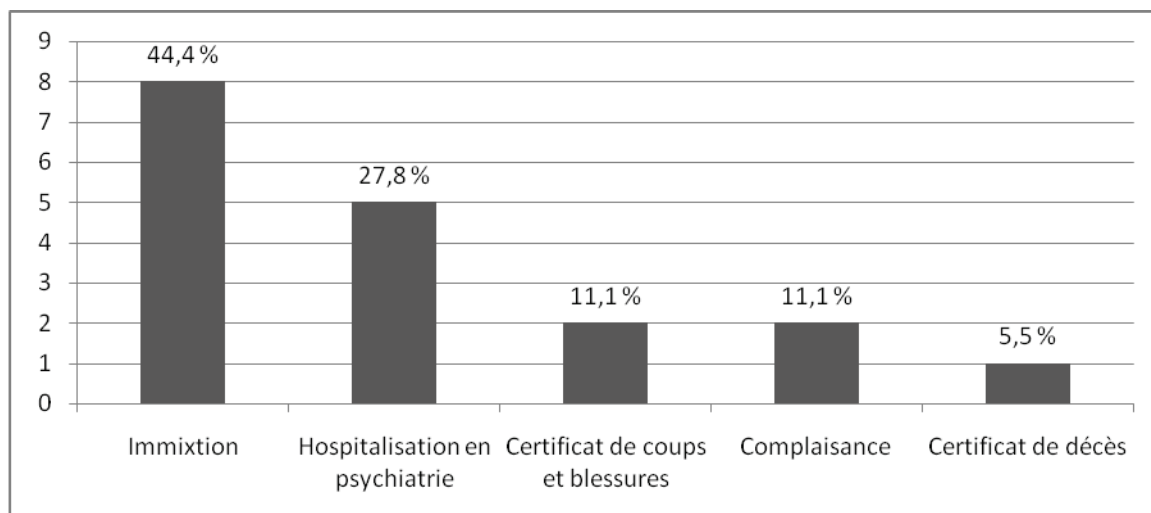
Fibromyalgie, 1 cas de défaut de prise en charge :

- un médecin avait prescrit de façon abusive de morphiniques pour calmer les douleurs en rapport avec cette pathologie.

2.1.2.11. Certificats médicaux

Les certificats médicaux représentaient 18 cas, soit 2,5 % des déclarations. Ces certificats ont été estimés à risque de plainte par les médecins, raison pour laquelle ils les ont déclarés à leur assureur.

Figure 12 - Répartition des déclarations concernant les certificats médicaux.



Immixtion dans la vie privée, 8 cas :

- dans sept cas, il s'agissait de certificats médicaux utilisés lors d'une procédure de divorce, dont :
 - un certificat rapportait des épisodes de violences conjugales sans le formalisme nécessaire.
- dans un cas, un médecin n'avait pas effectué le signalement d'un enfant victime de maltraitance qui est malheureusement décédé de coups reçus par son agresseur.

CM d'hospitalisation en psychiatrie, 5 cas :

- trois certificats médicaux d'hospitalisation d'office
- deux certificats médicaux d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Nous ne disposons pas de données supplémentaires.

Certificat de coups et blessures, 2 cas dont :

- dans un cas, un même médecin a rédigé deux certificats dont le contenu différait, modifiant ainsi les constatations des lésions initiales.

Certificats de complaisance, 2 cas. Nous ne disposons pas de données supplémentaires.

Certificat de décès, 1 cas :

- un médecin n'a pas mentionné la présence d'un stimulateur cardiaque, causant d'importants dégâts au crématorium.

2.1.2.12. Prise en charge diagnostique inadaptée

Dans 16 cas (2,2 % des déclarations), le médecin généraliste a estimé avoir eu une attitude diagnostique insuffisante, pour laquelle il a préféré faire une déclaration à la MACSF :

- 8 cas d'abstention de demande d'avis spécialisé :
 - cinq cas d'avis médical :
 - pour un patient porteur d'une hépatite C chronique présentant un purpura (il est décédé d'une vascularite)
 - pour un patient présentant une thrombocytémie à 900 000 plaquettes, explorée 18 mois plus tard à l'occasion d'une pneumopathie
 - pour un patient de 36 ans, avec hérédité coronarienne, présentant une douleur thoracique. Un diagnostic d'anxio-dépression avait été posé. Il a présenté un infarctus du myocarde deux ans plus tard.

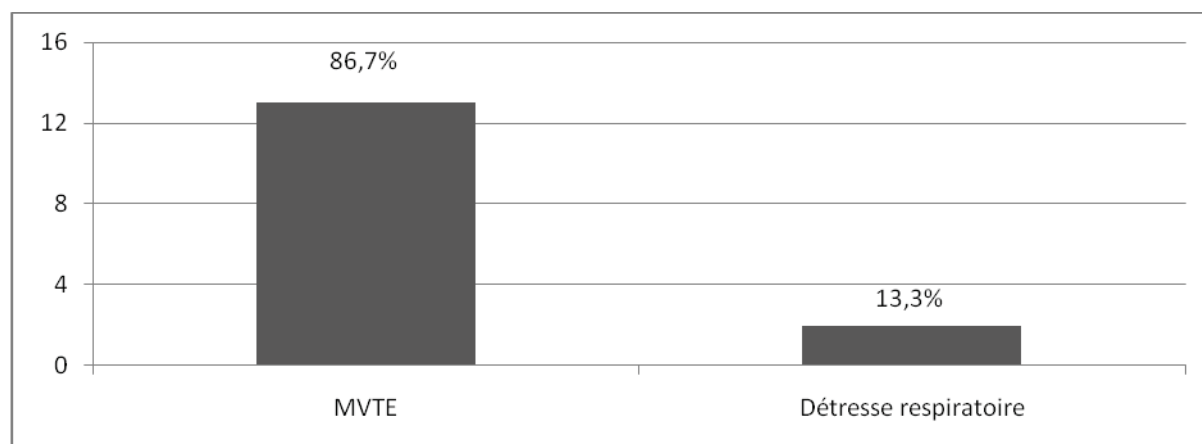
- pour un patient présentant des troubles neurologiques (vertiges, dysarthrie) s'avérant être en fait un accident vasculaire cérébral cérébelleux
 - pour une jeune femme présentant des céphalées avec perte de connaissance s'avérant être les symptômes d'un accident vasculaire cérébral. Il a été reproché l'absence d'hospitalisation.
- trois cas d'avis chirurgical :
- dans un cas, une plaie du pouce n'a pas été explorée chirurgicalement, occasionnant le non diagnostic d'une lésion nerveuse
 - dans deux cas, aucun avis orthopédique n'a été demandé : dans un cas, pour une plaie de doigt par faucille et dans un cas, pour une plaie du pied chez un diabétique.
- 8 cas de demande tardive d'avis spécialisé :
 - pour un patient qui a été intoxiqué à la fumée (appareil de chauffage défectueux). La première consultation a été différée à 48 heures et aurait été responsable d'un asthme chez un enfant de 6 ans.
 - pour un patient qui présentait une polynévrite s'avérant être une Maladie de Biermer
 - pour un patient qui présentait des troubles de la marche s'avérant être une Maladie de Parkinson
 - pour un patient qui a subi un traumatisme crânien compliqué de vertiges et acouphènes dans les suites
 - pour un patient hypertendu qui présentait une insuffisance rénale, l'avis spécialisé a été tardif

- pour un patient qui présentait une dysphagie, qui en fait était symptomatique d'un cancer
- pour un patient qui présentait une lésion dermatologique du nez s'avérant être un cancer
- pour un patient qui présentait une obstruction nasale persistante depuis 1 an s'avérant être un cancer.

2.1.2.13. Pneumologie

La pneumologie représentait 15 cas, soit 2 % du total des déclarations. La maladie veineuse thrombo-embolique était la pathologie la plus fréquente dans cette spécialité, comme l'indique le graphique ci-dessous.

Figure 13 – Nombre de déclarations par pathologie pulmonaire (% du nombre total).



MVTE : maladie veineuse thrombo-embolique.

Maladie veineuse thrombo-embolique, 13 cas :

- 11 cas de retard diagnostique, dont :
 - une phlébite, à l'ablation d'un plâtre alors que le traitement anticoagulant préventif n'était plus suivi : phlébite puis embolie pulmonaire bilatérale

- une phlébite, devant la persistance d'un œdème d'un membre inférieur sous anticoagulant préventif pour entorse de cheville
- une embolie pulmonaire, à l'arrêt des anti-vitamines K d'un patient ayant pour antécédents de multiples phlébites. Il avait arrêté le traitement de son propre chef.
- une embolie pulmonaire, chez un patient présentant une dyspnée d'effort récente. Il présentait un ulcère variqueux surinfecté pour lequel un doppler avait été demandé et s'était avéré normal.
- une phlébite, chez une femme enceinte alors qu'une sciatique lui avait été diagnostiquée
- une phlébite, chez une jeune femme sous contraception hormonale qui avait consulté pour une douleur d'un membre inférieur, étiqueté sciatique
- deux phlébites, apparues alors que le patient était immobilisé et non anti coagulé.
- 1 cas de défaut de prise en charge : un patient atteint de néoplasie a présenté une embolie pulmonaire car aucun traitement anticoagulant n'avait été prescrit.
- 1 cas de refus de soin : chez un patient présentant une phlébite dans un contexte de néoplasie (cancer de prostate). Il a refusé l'hospitalisation. La prise en charge au domicile, par le médecin a été correcte, mais le patient est décédé d'une embolie pulmonaire 48 heures plus tard.

Détresse respiratoire, 2 cas :

- 1 cas de retard diagnostique : un médecin n'a pas prescrit de bilan biologique pour un patient présentant une dyspnée aiguë.
- 1 cas de refus de soin :
 - un patient atteint d'un cancer du pharynx en soins palliatifs a été examiné par un médecin pour une détresse respiratoire qui a proposé une hospitalisation. La famille a refusé puis a finalement conduit le malade à l'hôpital où il est décédé.

2.1.2.14. Prise en charge thérapeutique inadaptée

Dans 12 cas (1,6 % des déclarations), le médecin généraliste a déclaré à son assurance une prise en charge thérapeutique qu'il estimait critiquable.

Soins non consciencieux, 11 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- dans un cas, le médecin a délivré une ordonnance sans voir le patient (Cytotec®)
- dans deux cas, le médecin a prescrit des Bêtalactamines auquel le patient était allergique connu
- dans deux cas, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été prescrits malgré les contre indications (âge, insuffisance rénale, rein unique)
- dans trois cas, la prescription d'antibiotiques était en cause :
 - un cas de prescription conjointe de macrolides et diergotamine (ergotisme)
 - un cas de prescription d'antibiothérapie inadaptée (aminosides)
 - un cas de prescription d'un antibiotique dont l'allergie était méconnue car le dossier médical était mal tenu.
- dans un cas, la prescription d'anticoagulant était en cause : une prescription d'héparine de bas poids moléculaire par téléphone alors que le patient présentait une insuffisance rénale
- dans un cas, un médecin a prescrit du Levothyrox® chez un patient présentant un nodule thyroïdien sans hypothyroïdie biologique dans un contexte de surcharge pondérale
- dans un cas, prescription de morphinique au frère d'un toxicomane connu, il est décédé.

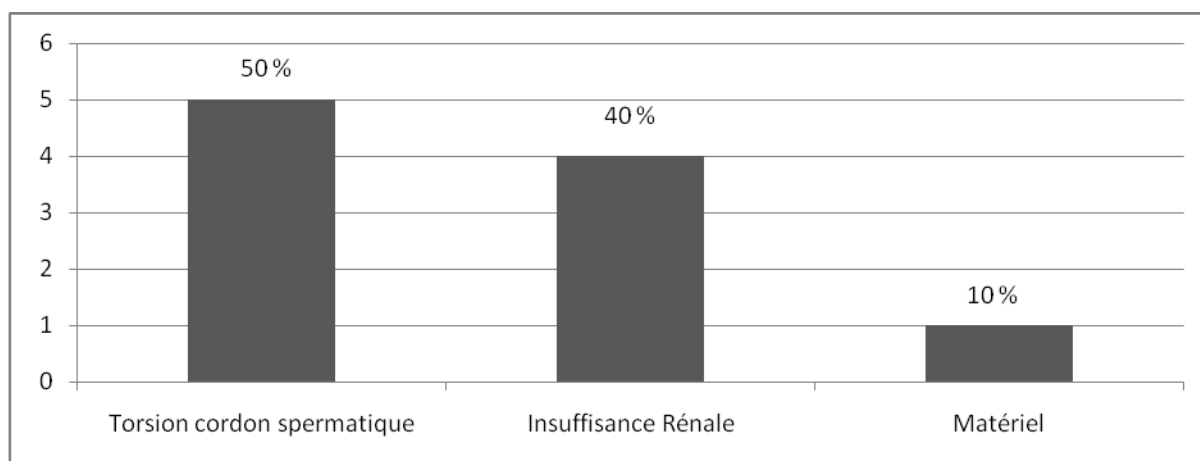
Acte, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- un médecin généraliste a réalisé un soin pour ablation d'un cor au pied, le bistouri a dérapé. Il a fallu une exploration chirurgicale et une suture.

2.1.2.15. Urologie - Néphrologie

L'urologie et la néphrologie représentaient 10 cas, soit 1,4 % du total des déclarations. La torsion de cordon spermatique était la pathologie la plus représentée dans ces spécialités, comme l'indique le graphique ci-dessous.

Figure 14 – Nombre de déclarations par situation ou pathologie en urologie et en néphrologie (% du nombre total).



Torsion du cordon spermatique, 5 cas de retard diagnostique, dont :

- dans un cas, un diagnostic erroné d'orchite avait été posé
- dans deux cas, chez des hommes jeunes, un diagnostic erroné d'orchi-épididymite a été posé (des échographies ont été réalisées). Dans un ces de ces cas, le médecin n'avait pas palpé les testicules.
- un diagnostic erroné de colique néphrétique a été posé.

Insuffisance rénale, 4 cas :

- 2 cas de retard diagnostique :
 - une insuffisance rénale chronique chez un patient hypertendu, suivi par un médecin traitant peu attentif
 - un syndrome néphrotique chez un patient présentant des troubles digestifs
- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - dans un cas, il s'agissait d'une insuffisance rénale aiguë sur sonde urinaire
 - dans un cas, il s'agissait d'une insuffisance rénale aiguë sur un lymphome

Matériel, 1 cas de défaut de surveillance :

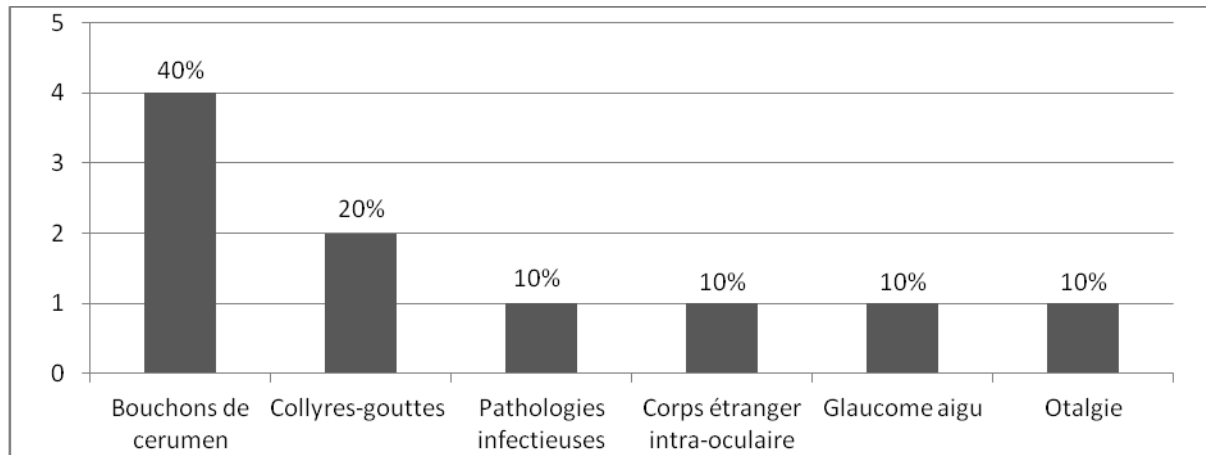
- un médecin n'avait pas été assez rigoureux, oubliant une sonde JJ posée depuis trois ans, qui devait être retirée dans les trois mois de la pose.

2.1.2.16. ORL-Ophtalmologie

L'ORL et l'ophtalmologie représentaient 10 cas, soit 1,4 % du total des déclarations.

L'ablation des bouchons de cérumen était la situation la plus représentée dans ces spécialités.

Figure 15 - Nombre de déclarations par pathologie ou situation en ORL et en ophtalmologie (% du nombre total).



Bouchons de cérumen, 4 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- il y a eu perforation tympanique lors de l'acte.

Collyres-gouttes, 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- des collyres ophtalmologiques avaient été prescrits de façon inadaptée au vu de la situation clinique, avec évolution vers un abcès cornéen.

Pathologies infectieuses, 1 cas de retard diagnostique :

- une endophtalmie est passée inaperçue dans les premiers jours d'une chirurgie de la cataracte.

Corps étranger intraoculaire, 1 cas de retard diagnostique :

- un corps étranger métallique intraoculaire a été découvert 4 jours plus tard lors d'une consultation ophtalmologique en urgence. Lors de la consultation initiale, le médecin avait prescrit un collyre.

Glaucome aigu, 1 cas d'erreur diagnostique :

- le patient présentait un œil rouge et douloureux avec baisse d'acuité visuelle, le médecin a conclu à une conjonctivite et l'a traité comme tel.

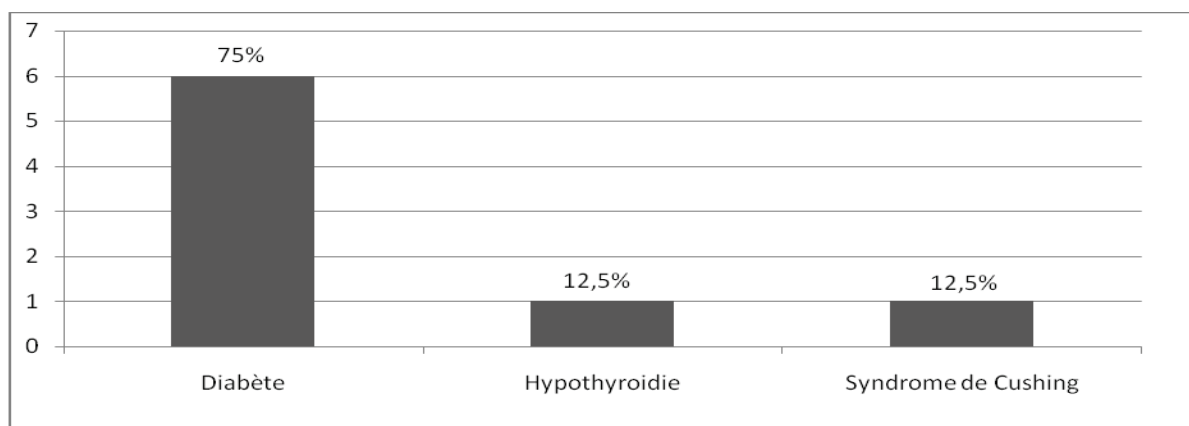
Otalgie, 1 cas de retard diagnostique :

- un médecin a sous-estimé la gravité d'une otalgie apparue lors d'une plongée. Le patient a ensuite présenté un malaise suivi d'arrêt cardio-respiratoire.

2.1.2.17. Endocrinologie

L'endocrinologie représentait 8 cas, soit 1,1 % du total des déclarations. Le diabète était la pathologie la plus représentée dans cette spécialité, comme l'indique le graphique ci-après.

Figure 16 - Nombre de déclarations par pathologie en endocrinologie (% du nombre total).



Diabète, 6 cas :

- 2 cas de retard diagnostique :
 - chez deux enfants de cinq ans et un an présentant une décompensation acido-cétosique inaugurale sur une pathologie infectieuse.
- 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique : une absence de traitement chez un patient diabétique et atteint de Maladie d'Alzheimer qui présentait des glycémies à 18 – 20 mmol/L contrôlées à 18 mois d'intervalle.

- 3 cas de défaut de surveillance, dont :

- un patient présentait un mal perforant plantaire sur artériopathie diabétique et a nécessité une amputation
- un patient artéritique connu a présenté une plaie d'orteil qui a évolué vers la nécrose. Cette plaie a été traitée au domicile par antibiotique, mais l'infection a diffusé, nécessitant une prise en charge chirurgicale (amputation).

Hypothyroïdie, 1 cas de retard diagnostique :

- un patient pris en charge pour une obésité morbide, était en fait en hypothyroïdie.

Syndrome de Cushing, 1 cas de retard diagnostique :

- un patient présentait une hypertension artérielle sévère connue.

2.1.2.18. Comportement inadapté du médecin

Dans 7 cas (soit 0,9 % des déclarations), le médecin a eu des problèmes relationnels avec ses patients tels que :

- la tenue de propos racistes vis-à-vis du patient
- la tenue de propos humiliants vis-à-vis du patient.

2.1.2.19. Violation du secret professionnel

Dans 3 cas (0,4 % des déclarations), le médecin a rompu le secret professionnel. Dans un de ces cas, il a révélé une séropositivité pour le VIH au partenaire du patient. Les autres données ne sont pas disponibles.

Ci-après, nous présentons un tableau synthétique de ces déclarations de sinistre.

Figure 17 - Déclarations des médecins généralistes

Type d'erreur déclarée par le médecin	Spécialité	Pathologie ou situation clinique	Nombre de déclarations	% du total des déclarations
Erreur thérapeutique 340 cas (46,6 %)	Iatrogénie (227 cas)	Médiator® (Benfluorex)	112	15,3
		Anti-inflammatoires non stéroïdiens	16	2,2
		Surdosages et complications des anti-vitamines K	17	2,3
		Erreur de prescription et d'injection	10	1,4
		Manipulations cervicales	9	1,2
		Infiltrations	9	1,2
		Fluoroquinolones	5	0,7
		Autres	49	6,7
	Défaut de prise en charge thérapeutique (113 cas)	Médecine morphologique et anti-âge	17	2,3
		Retard ou absence de demande d'avis spécialisé	16	2,2
		Lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval	12	1,6
		Prescriptions inadaptées	11	1,5
		Autres	57	7,8

Retard diagnostique 307 cas (42 %)	Cancérologie (70 cas)	Cancer pulmonaire	25	3,4
		Cancer colo-rectal	16	2,2
		Cancer du sein	15	2,6
		Cancer de prostate	7	0,9
		Hémopathies	7	0,9
	Traumatologie	Fractures	31	4,2
	Infectiologie (20 cas)	Pneumopathies	8	1,1
		Infections ostéo-articulaires	6	0,8
		Endocardite infectieuse	6	0,8
	Cardio-vasculaire (35 cas)	Infarctus du myocarde	21	2,9
		Artériopathie – Ischémie artérielle	9	1,2
		Dissection aortique	5	0,7
	Neurologie	Accident vasculaire cérébral	18	2,5
	Hépto-gastro-entérologie	Appendicite aiguë	19	2,6
	Gynécologie	Grossesse extra-utérine	10	1,4
Pneumologie	Maladie veineuse thrombo-embolique	11	1,5	
Urologie	Torsion de cordon spermatique	5	0,7	
Autres		88	12	
Certificats médicaux		18	2,6	
Défaut de surveillance		14	1,9	

Violation du secret professionnel		3	0,4
Défaut d'information		1	0,1
Divers 47 cas (6,4 %)	Incidents survenus au cabinet médical	29	4
	Refus de soin par le patient	11	1,5
	Comportement inadapté du médecin	7	0,9
Total		730	100

2.2. DEUXIEME PARTIE : analyse des décisions de justice et des CCI

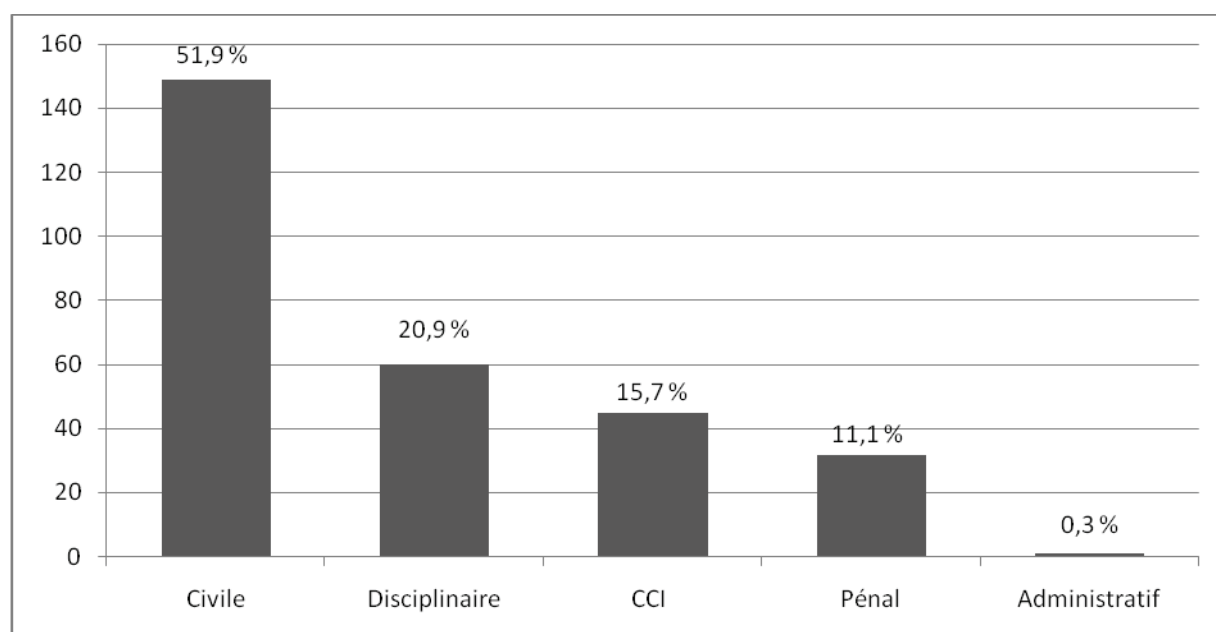
Cette partie de l'étude s'intéresse uniquement aux 287 décisions de justice et des CCI, pour lesquelles nous disposons des conclusions des procédures. Nous allons donc montrer quelles situations ont entraîné des condamnations de médecins généralistes ainsi que celles qui n'en ont pas entraîné. Nous insistons sur le fait que certains dossiers ont été jugés dans plusieurs juridictions (civile et pénale par exemple) pouvant engendrer des conclusions d'expertises différentes (indemnisation en civil et non-lieu en pénal par exemple). C'est pour cette raison que certaines plaintes apparaissent à plusieurs reprises dans différentes juridictions.

2.2.1. Analyse des caractéristiques des décisions de justice

2.2.1.1. Nombre de procédures selon le cadre juridique

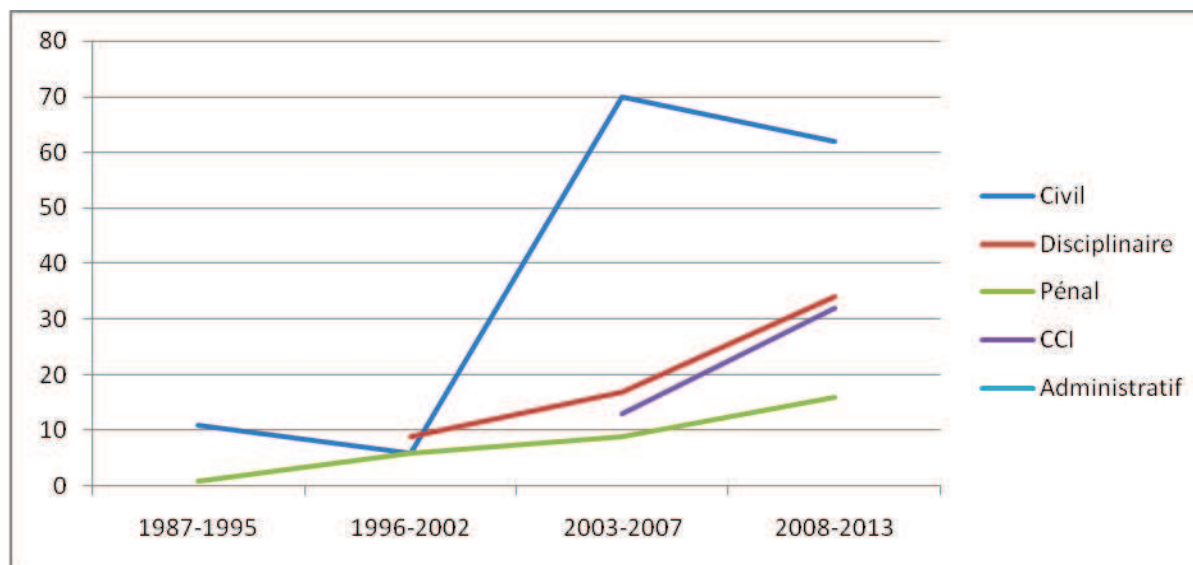
Les 287 procédures étaient réparties ainsi : 149 actions civiles, 60 actions disciplinaires (Conseil Régional de l'Ordre des Médecins), 45 actions en règlement amiable (CCI), 32 actions pénales et une en administratif. Le graphique ci-après expose ces résultats.

Figure 18 - Nombre de procédures selon le cadre juridique (en % du nombre total).



2.2.1.2. Nombre de procédures par juridiction et selon les années

Ce paragraphe expose des données qui ne concernent que notre échantillon. Au préalable, nous devons souligner qu'il nous a été difficile d'obtenir des décisions de justice de la période 1987-2000. C'est la raison pour laquelle, pour cette période, le nombre de décisions de justice est moins important. Le graphique ci-après montre que les procédures civiles étaient les plus fréquentes, et qu'elles étaient en augmentation progressive.

Figure 19 - Nombre de dossiers selon la juridiction et les années (287 procédures).

2.2.1.3. Nombre de procédures par type de faute, selon la juridiction

Pour chaque décision de justice analysée, nous avons tenté de préciser quel(s) type(s) de faute était (étaient) reproché(s) au médecin. Pour un même dossier, il pouvait exister plusieurs types de fautes (par exemple, un défaut d'information associé à un défaut de prise en charge).

2.2.1.3.1. En juridiction civile

Nous avons classé les fautes civiles en utilisant les termes caractéristiques de la faute civile, comme indiqué dans le chapitre « Notions générales ». Le tableau ci-après montre que la faute de technique médicale à type d'élaboration du diagnostic était la plus représentée.

Tableau 16 - Nombre de plaintes par type de faute civile.

Faute reprochée		Nombre de plaintes (% du nombre total de fautes civiles)
Faute de technique médicale	Elaboration du diagnostic	92 (57,9 %)
	Choix du traitement	38 (23,9 %)
	Erreur concernant les CM	10 (6,3 %)
	- sans examen clinique	5 (50%)
	- erreur de rédaction	5 (50%)
	Défaut de surveillance	7 (4,4 %)
	Réalisation d'acte	7 (4,4 %)
Défaut d'information	5 (3,1 %)	
Total		159 (100 %)

CM : certificats médicaux

2.2.1.3.2. En juridiction disciplinaire

Nous utiliserons le plan du Code de Déontologie Médicale pour classer les manquements déontologiques des MG, en utilisant les termes des articles concernés (cf. le paragraphe Notions générales – 4.3). Dans le tableau présenté ci-après, le nombre total de manquements déontologiques est supérieur au nombre de jurisprudences ordinaires, car parfois, deux fautes étaient retenues pour un même dossier. On y voit que les soins non consciencieux étaient le manquement déontologique le plus représenté.

Tableau 17 - Nombre de plaintes par manquement déontologique (cf. article du CDM).

Manquement (% du nombre total de manquements)		Nombre de plaintes (% du nombre total de manquements)
Devoirs des médecins envers les patients 39 (62,9 %)	Soins non consciencieux (art. 32)	14 (22,6%)
	Immixtion dans la vie privée (art. 51)	10 (16,1 %)
	Elaboration du diagnostic (art. 33)	7 (11,3 %)
	Dons, legs, honoraires (art. 52-53)	5 (8,1 %)
	Continuité des soins (art. 47)	2 (3,2 %)
	Information (art. 35)	1 (1,6 %)
Devoirs généraux des médecins 16 (25,8 %)	Certificats de complaisance (art. 28)	4 (6,4 %)
	Prescriptions, actes inappropriés (art. 8)	2 (3,2 %)
	Compérage (art. 23)	2 (3,2 %)
	Non-assistance à personne en péril (art. 9)	2 (3,2 %)
	Principes moraux et de probité (art. 3)	2 (3,2 %)
	Violation du secret professionnel (art. 4)	2 (3,2 %)
	Publicité (art. 19)	1 (1,6 %)
Obtention d'avantages injustifiés (art. 24)	1 (1,6 %)	
Exercice de la profession 7 (11,3 %)	Plaques et affichage (art. 81)	3 (4,8 %)
	Exercice non autorisé sur plusieurs sites (art. 85)	2 (3,2 %)
	Permanence des soins (art. 77-78)	2 (3,2 %)
Médecins entre eux 1 (1,6 %)	Conditions des remplacements (art. 65)	1 (1,6 %)
Total		62 (100 %)

2.2.1.3.3. En règlement amiable (CCI)

Nous nous sommes appuyés sur les critères d'indemnisation des accidents médicaux établis dans la loi du 04 mars 2002 pour classer les fautes en CCI. Dans le tableau ci-après, les fautes concernant la prise en charge thérapeutique étaient les plus représentées.

Tableau 18 - Nombre de plaintes par type de faute en CCI.

Faute	Nombre de plaintes (% du nombre total de fautes)
Prise en charge thérapeutique	23 (51,2 %)
Acte de diagnostic	18 (40 %)
Acte de prévention	4 (8,8 %)
Total	45 (100 %)

2.2.1.3.4. En juridiction pénale

Dans le tableau ci-dessous, nous avons classé les fautes pénales en utilisant les termes concernant l'infraction pénale, comme indiqué dans le chapitre « Notions générales – 4.1 ». L'imprudence était la faute la plus représentée.

Tableau 19 - Nombre de plaintes par type d'infraction pénale.

Infraction reprochée	Nombre de plaintes (% du total des fautes pénales)
Imprudence, négligence	25 (61 %)
- prise en charge diagnostique	12 (48 %)
- prise en charge thérapeutique	13 (52 %)
Faute d'omission	12 (29,3 %)
- prise en charge diagnostique	3 (25 %)
- prise en charge thérapeutique	9 (75 %)
Inobservation des règlements	1 (2,4 %)
Maladresse	1 (2,4 %)
Pas de faute retenue	2 (4,8 %)
Total	41 (100%)

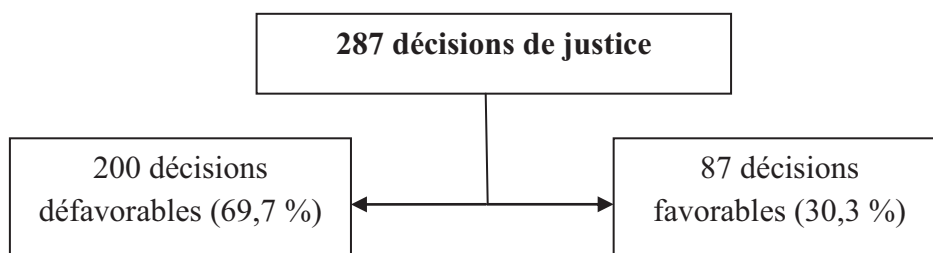
2.2.1.3.5. En juridiction administrative

Un seul dossier de responsabilité administrative a été recensé. Il a mis en évidence une faute à type de négligence, dans le cadre d'un non diagnostique.

2.2.2. Analyse des situations ayant entraîné des condamnations

Nous rappelons qu'il y a 287 décisions de justice et des CCI. Dans 200 cas, les médecins ont reçu des décisions défavorables (69,7 % du total des décisions de justice) et dans 87 cas, ils n'ont pas été condamnés (30,3 %).

Figure 20 - Répartition des décisions défavorables.



Les 200 décisions défavorables se répartissaient ainsi : 120 indemnités civiles, 45 sanctions disciplinaires, 20 indemnités dans le cadre amiable (en Commission de conciliation et d'indemnisation), 14 condamnations pénales et une indemnité administrative. Le tableau ci-après récapitule ces éléments.

Tableau 20 – Etude par juridiction des dossiers ayant entraîné une condamnation du médecin.

Juridiction	Nombre de décisions	Nombre de décisions défavorables (% de condamnation)	% de condamnation par juridiction
Civile	149	120 (66,7 %)	80,5
Disciplinaire	60	45 (25 %)	75
CCI	45	20 (11,1 %)	44,4
Pénale	32	14 (7,8 %)	43,7
Administrative	1	1 (0,5 %)	100
Total	287	200 (100 %)	

2.2.2.1. Condamnation en juridiction civile

80,5 % des dossiers civils ont entraîné des condamnations. Voici les types de fautes qui leur ont été reprochés et dans quelles situations cliniques.

2.2.2.1.1. Par type de faute

La somme des fautes civiles était supérieure au nombre de dossiers avec condamnation, car bien souvent, deux fautes étaient reprochées simultanément au médecin. Dans le tableau ci-dessous, l'élaboration du diagnostic était la faute entraînant le plus de condamnation dans cette juridiction.

Tableau 21 - Nombre de condamnations civiles par type de faute.

Faute		Nombre de plaintes	Nombre de condamnations (% de condamnation de l'ensemble des fautes civiles)	% de condamnation par type de faute
Faute de technique médicale	Elaboration du diagnostic	92	76 (58,5 %)	82,6
	Choix du traitement	38	32 (24,6 %)	84,2
	Erreurs concernant les certificats médicaux	10	8 (6,2 %)	80
	- sans examen clinique	5	4 (50 %)	80
	- erreur de rédaction	5	4 (50 %)	80
	Réalisation d'actes médicaux	7	5 (3,8 %)	71,4
	Défaut de surveillance	7	5 (3,8 %)	71,4
	Défaut d'information	5	4 (3,1 %)	80
Total		159	130 (100%)	

2.2.2.1.2. Par situation clinique

L'analyse des situations cliniques a mis en évidence que les pathologies cardio-vasculaires étaient les plus fréquentes, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 22 - Répartition des condamnations civiles par spécialité ou événement.

Spécialité et événement	Nombre de plaintes	Nombre de condamnations (% de condamnation par rapport à l'ensemble de condamnations civiles)	% de condamnation par spécialité ou événement
Cardio-vasculaire	24	20 (16,7 %)	83,3
Cancérologie	23	18 (15 %)	78,3
Infectiologie	17	14 (11,6 %)	82,3
Iatrogénie	16	13 (10,8 %)	81,2
Neurologie-psychiatrie	10	9 (8,3 %)	90
Certificats médicaux	11	9 (7,5 %)	81,8
Gynécologie	10	8 (6,7 %)	80
Pneumologie	8	6 (5 %)	75
Hépto-gastro-entérologie	7	5 (4,2 %)	71,4
Traumatologie	6	4 (3,4 %)	66,7
Uro-néphrologie	4	4 (3,4 %)	100
Prise en charge thérapeutique inadaptée	4	4 (3,4 %)	100
Rhumatologie	4	3 (2,5 %)	75
ORL-ophtalmologie	3	2 (1,7 %)	66,7
Endocrinologie	1	1 (0,8 %)	100
Total		120 (100 %)	

Cardio-vasculaire, 21 cas:***a) 19 cas de pathologie coronarienne :*****• 17 cas de non diagnostic ou retard diagnostique :**

- l'interrogatoire téléphonique d'un patient appelant pour une douleur thoracique a été incomplet (48 secondes) et le médecin lui aurait conseillé de se rendre aux urgences. Le patient s'y est rendu et a présenté un infarctus du myocarde sur le trajet. Il est reproché au médecin de ne pas avoir contacté lui-même le centre 15 ou de ne pas l'avoir suggéré au patient ou à son épouse (7).
- un médecin n'a pas contacté le 15 et ne s'est pas déplacé alors que l'épouse de son patient lui a téléphoné pour lui indiquer que son mari présentait une douleur thoracique depuis plusieurs jours. La famille a contacté elle-même le SAMU qui a envoyé une ambulance non médicalisée. Les douleurs se sont accentuées pendant le trajet puis le patient est décédé à l'hôpital (8).
- l'interrogatoire téléphonique d'un patient a été incomplet car les informations étaient données par la famille, entraînant le déplacement du patient au cabinet médical, qui a ensuite présenté un infarctus du myocarde dans la salle d'attente. Il s'agissait d'un patient obèse, présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires, que le médecin ne connaissait pas bien car il était l'associé du médecin traitant (8).
- un patient de 73 ans, sans antécédents particuliers hormis un tabagisme, a contacté un médecin pour un « malaise général ». Ce dernier l'a examiné et lui a prescrit un traitement symptomatique. Quelques heures plus tard, le patient a contacté sa fille pour lui dire qu'il présentait une douleur thoracique, une gêne respiratoire et des vomissements. Elle a alors rappelé le médecin qui s'est à nouveau rendu au domicile (c'en était un autre) et a réalisé un électrocardiogramme qu'il a interprété

normal. Il a fait une prescription pour un bilan biologique mais n'a pas demandé les enzymes cardiaques. Le patient est décédé dans la soirée (10).

- un homme de 47 ans, tabagique et en surpoids, a présenté une douleur thoracique associée à une dyspnée durant une soirée. Sa mère a contacté un médecin de garde qui a conseillé d'appeler le SAMU, mais il ne s'est pas déplacé. Le lendemain, la mère a alors contacté le médecin traitant qui s'est rendu sur place pour examiner le patient (pas d'examen particulier ni de mesure de tension artérielle). Il aurait conclu à une affection bronchique pour laquelle il aurait prescrit un traitement symptomatique. Quelques jours plus tard, comme les douleurs persistaient, la mère du patient a recontacté le médecin de garde qui aurait refusé de se déplacer. Elle a ensuite contacté le SAMU. Le régulateur n'aurait pas recueilli de signe de gravité et a donc envoyé une ambulance non médicalisée au domicile du patient qui est décédé à l'hôpital d'un infarctus du myocarde (8).
- un homme de 42 ans, en surpoids et atteint d'une hypertrophie ventriculaire gauche, a présenté une douleur isolée de la mâchoire. Il a alors consulté un médecin, en n'évoquant pas de douleur thoracique. Le médecin l'a examiné (TA 150/110 mmHg) et a quand même tenté de joindre le cardiologue traitant, sans succès. Il a alors laissé le patient repartir en ajoutant un traitement anti-hypertenseur (Hyperium®). Le patient est retrouvé décédé dans son lit dans la nuit. Il est reproché au médecin de ne pas avoir réalisé d'électrocardiogramme. (7).
- un patient de 40 ans, sans antécédents particuliers, a consulté un médecin pour une douleur thoracique associée à des vomissements. Il est uniquement traité par antidépresseurs pour un syndrome dépressif. Après examen, et réalisation du teste à la trinitrine (il n'améliorait pas la douleur) le médecin a conclu à des douleurs

pariétales sur fond anxio-dépressif dans le cadre d'une virose digestive. Il n'a pas réalisé d'électrocardiogramme. Le patient est décédé (8).

- une dame de 90 ans a été réveillée dans la nuit pour une douleur thoracique et dorsale. Elle a contacté le médecin généraliste, qui s'est déplacé, l'a examiné et a réalisé un électrocardiogramme. Ce dernier a été interprété « artéfacté » surtout dans le territoire V1 à V6. Quinze jours plus tard, la patiente a consulté son médecin pour une dyspnée d'aggravation croissante : elle a été hospitalisée pour décompensation cardiaque sur infarctus du myocarde (9).
- un homme de 65 ans a contacté un médecin pour une douleur thoracique et des sueurs apparues après un effort. Le médecin s'est rendu sur place et a diagnostiqué une gastro-entérite pour laquelle il a réalisé une injection d'anti-émétique et a prescrit un traitement symptomatique. Quelques heures plus tard, l'épouse du patient a rappelé le médecin en raison des douleurs. Ce dernier a conseillé de se rendre aux urgences. A l'hôpital, le diagnostic d'infarctus du myocarde a été posé et une coronarographie a été réalisée. Finalement, le patient a dû bénéficier d'une transplantation cardiaque (9).
- un homme de 50 ans aux nombreux facteurs de risque cardio-vasculaires a contacté un médecin pour une douleur médio thoracique. Celui-ci a réalisé un électrocardiogramme au domicile du patient, qu'il a interprété normal. Trois jours plus tard, le patient a consulté son médecin pour des troubles urinaires et a été mis sous antibiothérapie. Il est décédé à son domicile d'un infarctus du myocarde (10).
- un homme de 72 ans s'est rendu en consultation avec sa fille pour une asthénie associée à une dyspnée depuis plusieurs jours. Dans ses antécédents, il est noté : cardiomyopathie dilatée, arythmie cardiaque, anémie, insuffisance rénale. Lors de l'examen, le patient aurait signalé une douleur thoracique ainsi qu'une douleur du

bras gauche et aurait souhaité une hospitalisation. Le médecin n'aurait pas voulu et n'a pas pu réaliser l'électrocardiogramme car la machine ne fonctionnait pas. Il a alors conclu à une douleur thoracique pariétale. Le patient a quitté le cabinet et est revenu quelques minutes plus tard après avoir fait un malaise. Le médecin a alors diagnostiqué une hypotension orthostatique sur prise de diurétiques. Il a encore refusé de faire hospitaliser le patient malgré l'insistance de la fille et le patient a regagné son domicile. Comme les douleurs persistaient fortement, le SAMU s'est rendu sur place. Il est décédé (10).

- la famille d'un homme de 55 ans a contacté un médecin car il présentait une douleur thoracique et une oppression. Le médecin s'est rendu sur place et a conclu à un état dépressif pour lequel il a prescrit un traitement symptomatique. Comme le lendemain matin il n'était pas mieux, le médecin l'a reçu en consultation et lui a prescrit un traitement antitussif. Durant quatre jours, le patient a dormi dans son fauteuil en raison de l'orthopnée présentée. La famille a alors recontacté la secrétaire du médecin pour une demande de visite urgente, elle a expliqué qu'il viendrait en visite avant midi. Ne le voyant toujours pas arriver aux alentours de midi, la famille a rappelé : le médecin était parti en vacances. Ce n'est que lorsque le remplaçant est allé au domicile le lendemain, que le diagnostic d'infarctus du myocarde a été posé (10).
- un homme de 32 ans, aux facteurs de risque cardio-vasculaire, a fait appel à un médecin pour une douleur thoracique antérieure. Ce médecin a réalisé un test à la trinitrine qui n'a pas fait céder la douleur. Il a alors conclu à une douleur thoracique pariétale et lui a prescrit un traitement symptomatique. Comme les douleurs persistaient le lendemain, le médecin lui conseillé d'aller consulter un cardiologue qui a posé le diagnostic d'infarctus du myocarde (11).

- un homme de 57 ans, aux antécédents familiaux d'infarctus du myocarde et traité par une statine, a contacté un médecin de garde pour une douleur dorsale associée à une dyspnée. Ce dernier a réalisé l'électrocardiogramme et a conclu à une douleur vertébrale. Les jours passant, la dyspnée et les douleurs en regard de l'omoplate se sont accentuées. Une radiographie pulmonaire a été réalisée mettant en évidence un épanchement pleural bilatéral avec accentuation de la trame bronchique pour lesquels le patient a bénéficié d'une antibiothérapie. Il a finalement été hospitalisé pour une insuffisance ventriculaire gauche (fraction d'éjection à 21 %) sur infarctus du myocarde (11).
- un homme de 35 ans, obèse, hypertendu traité, a consulté dans une clinique pour des douleurs épigastriques. Aucune anomalie n'a été mise en évidence. Il s'est à nouveau présenté le lendemain pour les mêmes douleurs et a bénéficié de plusieurs examens paraclinique (radiographie, tomodensitométrie échographie), mais n'a pas eu d'électrocardiogramme. Quelques jours plus tard, il a été admis en réanimation pour un infarctus du myocarde (53).
- un médecin a mis 45 min à se rendre au domicile d'un patient de 72 ans présentant une douleur thoracique. Dix minutes après son arrivée, l'état du patient s'est dégradé et il a présenté un arrêt cardio-respiratoire (62).
- 2 cas de défaut de prise en charge :
 - un patient de 46 ans a fait un malaise après effort intense en pleine chaleur. Le médecin s'est rendu sur place, a réalisé le test à la trinitrine sub-linguale, qui s'est avéré négatif. Il a réalisé l'électrocardiogramme, qu'il a conclu normal malgré la piètre qualité du tracé. Alors que le SAMU était engagé sur cette intervention, le médecin a annulé la demande et a fait une demande de transport non médicalisé. Le patient a fait un autre malaise dans le véhicule des secours. Malgré la prise en

charge, il est décédé. Lors de l'arrivée du SAMU (rappelé dans un second temps), l'électrocardiogramme était introuvable (7).

- dans un cas, le médecin a refusé de recevoir en consultation (à son cabinet) un patient de 27 ans qui présentait une douleur thoracique et qui n'avait pas pris rendez-vous. Le médecin connaissait bien ce patient aux antécédents d'alcoolisme et de tabagisme actif, il le suivait également pour une pathologie psychiatrique. Lors de son arrivée dans la salle d'attente, ce dernier aurait déclaré au médecin : « je tousse », ce à quoi le médecin aurait répondu qu'il devait prendre rendez-vous. Ce patient avait déjà présenté plusieurs épisodes de bronchite que le médecin avait déjà traités. Le patient serait alors rentré à pied et aurait fait un malaise pour lequel le SAMU s'est rendu sur place. Il s'agissait d'un infarctus du myocarde (10).

b) 2 cas de pathologies non coronariennes :

- 1 cas de retard diagnostique : un homme de 49 ans a présenté une douleur thoracique, diagnostiquée à tort par le médecin de déchirure musculaire secondaire à un effort sportif. Un traitement symptomatique a été prescrit mais inefficace. Un médecin de garde l'a revu quelques heures plus tard alors qu'il n'était soulagé que par une position du tronc ante fléchi. Il a constaté une douleur exquise de D7 et D8 et lui a prescrit un traitement symptomatique. Le patient est décédé dans la nuit d'une dissection de l'aorte avec tamponnade (8).
- 1 cas de défaut de surveillance : un jeune homme de 30 ans, suivi depuis longtemps par son généraliste, a présenté une hypertension artérielle pour laquelle il a bénéficié d'un traitement par bêtabloquant. Malgré cela, le suivi clinique (mesure de tension artérielle à chaque consultation) et biologique (surveillance de la fonction rénale) n'a pas été réalisé régulièrement par le médecin. En une année, la fonction rénale s'est

fortement dégradée au point qu'une insuffisance rénale a été découverte au stade préterminal. Le patient a bénéficié de séances de dialyse, puis d'une greffe rénale (7).

Cancérologie, 18 cas :

- 16 cas de retard diagnostique :
 - six cas de cancers digestifs :
 - deux cancers colo-rectaux : les patients présentaient des rectorragies (attribuées à des hémorroïdes) et des douleurs abdominales qui ont été traitées symptomatiquement durant quelques mois avant de bénéficier d'un bilan complémentaire (10, 70).
 - un cancer anal : le médecin n'a pas réalisé de toucher rectal chez un patient présentant une altération de l'état général et des rectorragies (9).
 - un cancer du pancréas : le patient présentait des douleurs épigastriques ainsi qu'une altération de l'état général. Quand le diagnostic a été posé, le patient a directement bénéficié de soins palliatifs (52).
 - un hépatocarcinome : il est survenu chez un patient porteur d'une hépatite C insuffisamment surveillée, qui a évolué en cancer (10).
 - un cancer de l'estomac : les douleurs digestives ressenties par une patiente ont été traitées par antidépresseurs durant de longs mois avant qu'une lésion gastrique ne soit diagnostiquée (64).
 - trois cas de cancer testiculaire :
 - un jeune homme de 20 ans a consulté son médecin pour l'apparition d'une gynécomastie douloureuse. Celui-ci lui a conseillé de patienter. Puis une toux ainsi qu'une hémoptysie sont survenues, pour lesquelles le médecin a prescrit un dosage de prolactine (légèrement élevée) ainsi qu'un traitement symptomatique. En trois mois, l'état s'est dégradé et

le patient a alors consulté aux urgences où la radiographie thoracique réalisée a mis en évidence des images « en lâcher de ballons ». Une tumeur testiculaire est découverte à cette occasion (7).

- un jeune homme souffrait d'une altération de l'état général, d'une fièvre et avait consulté à de nombreuses reprises son généraliste pour cela. Le médecin l'avait orienté vers un spécialiste pour une suspicion de Maladie de Crohn (10).
 - un cancer testiculaire au stade métastatique n'a pas été diagnostiqué par un médecin car il n'a pas procédé à un examen complet de son patient et il ne l'a pas orienté vers un spécialiste (67).
- deux cas de cancer pulmonaire :
- un homme de 53 ans, fumeur actif, a fait réaliser une radiographie thoracique à la demande de son médecin. Elle a mis en évidence une opacité du lobe supérieur droit. Une tomodensitométrie thoraco-abdominale a alors été pratiquée et a confirmé la présence du nodule. Elle a également permis de constater la présence d'images hépatiques compatibles avec des angiomes, ce qui a été affirmé par une échographie. Dix-huit mois après, le patient a présenté une toux, des douleurs thoraciques ainsi qu'une asthénie, poussant le médecin à faire réaliser une nouvelle radiographie pulmonaire. Celle-ci a mis en évidence que l'opacité connue avait augmenté de taille, et qu'il s'agissait en fait d'un cancer pulmonaire métastatique (9).
 - un homme de 38 ans, tabagique actif, s'est plaint à plusieurs reprises de précordialgies et de douleurs scapulo-vertébrales à son médecin généraliste. Sur une période de trois ans, il lui a fait réaliser des

examens complémentaires (radiographie thoracique et du rachis) qui se sont avérés normaux. Il a également consulté des spécialistes. Comme aucune anomalie n'a été retrouvée, le patient a bénéficié de consultations psychiatriques et d'un traitement antidépresseur dans l'hypothèse d'un syndrome dépressif. Le patient a finalement consulté un autre médecin devant la persistance des douleurs. Celui-ci lui a fait réaliser une nouvelle radiographie pulmonaire qui a retrouvé un cancer pulmonaire (11).

- un cas de lymphome :
 - un patient présentait un amaigrissement, une asthénie, une adénopathie traînante et un prurit (10).
- un cas de cancer de prostate : un patient présentait une élévation du PSA, qui n'a pas suscité de contrôle de la part du médecin ni de consultation spécialisée (9).
- un cas de cancer de l'amygdale : un patient alcoololo-tabagique présentait des lésions cliniques blanchâtres traînantes, que le médecin n'a pas fait examiner par un spécialiste (10).
- un cancer de l'endomètre : il est apparu chez une patiente traitée par traitement hormonal substitutif sans ajout de progestatifs alors qu'elle n'était pas hystérectomisée (10).
- un cas de tumeur thoracique : un enfant de 10 ans présentait une scoliose et des douleurs inflammatoires ne cédant pas avec les traitements antalgiques usuels (10).

- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - une patiente atteinte d'un cancer du sein inflammatoire a été traitée par son médecin par le biais de la médecine naturelle. Son médecin l'encourageait à refuser la chimiothérapie (9).
 - une patiente a fait réaliser sa mammographie pour une différence de densité de sein constatée à l'échographie. Sa mammographie s'est avérée anormale, le médecin ne lui a pas fait reconstrôler et ni le radiologue ni le médecin traitant ne l'ont informé à ce sujet (10).

Infectiologie, 14 cas :

a) 11 cas d'infections bactériennes :

- 7 cas de non diagnostic ou retard diagnostique :
 - deux cas de purpura fulminans :
 - une femme de 25 ans, splénectomisée et atteinte d'un lupus (traité par Méthotrexate®) a présenté de la fièvre et des céphalées. Elle a contacté son médecin (surchargé de travail) qui n'a pas recueilli de signe de gravité et lui a conseillé de prendre un antipyrétique et de rappeler le 15 si elle ne se sentait pas mieux. La nuit se serait mal passée (vomissements, fièvre) et le lendemain, le médecin l'a examiné et a conclu à une probable gastro-entérite aiguë. L'évolution a été défavorable avec apparition d'un purpura, puis d'un choc septique. Elle est décédée (9).
 - un nourrisson de deux mois a présenté de la fièvre. Le médecin s'est déplacé au domicile et a prescrit un traitement symptomatique car il n'avait remarqué aucune anomalie. Deux heures plus tard, le médecin est rappelé en raison de l'apparition d'une éruption cutanée pour

laquelle (après s'être déplacé) il évoque une origine virale. Un peu plus tard, l'état de l'enfant se dégrade et des taches violacées apparaissent sur le corps. Il est transféré par le SAMU vers l'hôpital pour un purpura fulminans. Des amputations de phalanges de doigts ont été nécessaires (8).

- un cas de méningite : une jeune fille de 16 ans présentant des céphalées et des vomissements a été examinée par un médecin, il lui a prescrit un traitement symptomatique. Deux jours plus tard, le médecin de garde est appelé car les parents ont constaté une nuque raide chez leur enfant qui présente toujours des céphalées fébriles. Le médecin n'a rien constaté de grave et a encore prescrit un traitement symptomatique. L'évolution a été défavorable avec persistance des céphalées, de la fièvre et puis la survenue du décès (8).
- un cas de pneumopathie prise à tort pour une grippe, car le médecin a mal interprété les symptômes et s'est borné à croire qu'il s'agissait d'une grippe. De ce fait, l'hospitalisation a été retardée. Le patient est décédé (36).
- un cas d'endocardite infectieuse : un médecin n'a pas prescrit de bilan biologique ni d'hospitalisation pour son patient présentant une fièvre au long cours ainsi qu'une altération de l'état général (56).
- un cas de septicémie chez un nourrisson de trois semaines, pour lequel une hospitalisation n'a pas été envisagée assez rapidement par le médecin. Il n'est pas décédé mais a présenté une encéphalopathie post-anoxique dans les suites de cet événement (8).
- un cas d'arthrite septique : un adolescent a présenté de la fièvre, des douleurs au niveau de la hanche gauche ainsi qu'une impotence fonctionnelle majeure. Il a été vu à deux reprises par le médecin qui n'a pas évoqué ce diagnostic. Les parents

l'ont alors conduit à une clinique où seule une numération formule sanguine a été réalisée. Il a été hospitalisé et la ponction articulaire n'a été réalisée que le lendemain, sans réalisation préalable d'examen complémentaires (11).

- 1 cas de défaut de surveillance : un nourrisson de 20 mois a subi une circoncision pour motif médical. Le lendemain, il a présenté des douleurs et une inflammation de la verge. Les parents ont contacté le médecin qui leur a conseillé l'application de pommades, compte tenu du fait que son interrogatoire ne lui avait pas permis de recueillir des signes de gravité. Quelques heures plus tard, à cause des plaintes de leur enfant, les parents ont rappelé le médecin de garde qui a alors demandé un transport médicalisé en urgence à la vue de la fasciite nécrosante présentée par l'enfant (8).
- 3 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - deux cas d'arthrite septique :
 - un adolescent de 14 ans a bénéficié d'une arthrotomie du genou. Quinze jours plus tard, le médecin généraliste qui l'a examiné, a évacué un abcès au niveau de la cicatrice et lui a prescrit une antibiothérapie. Deux jours après, le patient s'est rendu en consultation avec le chirurgien et le spécialiste a posé le diagnostic d'arthrite septique (9).
 - un patient de 37 ans a bénéficié d'une arthroscopie pour recherche de lésion méniscale. Le lendemain, compte tenu de l'état du genou (rouge, chaud, œdématisé), le médecin généraliste lui a prescrit une antibiothérapie par Orbénine® et Rifadine®. L'hospitalisation et la prise en charge chirurgicale ont été différées (9).
 - une patiente présentait une plaie et n'était pas à jour pour son VAT. Le vaccin a été réalisé sans la sérothérapie. Elle a contracté le tétanos et en est décédée (10).

b) un cas d'infection virale :

- 1 cas de retard diagnostique : un patient a réalisé un bilan après un rapport sexuel non protégé. La sérologie VIH s'est avérée négative (à l'époque, le test ne détectait que les Ac VIH, pas l'Ag p24), le reste du bilan a mis en évidence une lymphocytose, une cytolysse hépatique et un syndrome inflammatoire. Ce bilan a été reconstruit à une semaine et était toujours anormal. Le patient a présenté ensuite une altération de l'état général, une mycose buccale et génitale, un zona ainsi qu'un fébricule. Il a consulté à plusieurs reprises son médecin, sans qu'il lui propose une autre prise en charge. Il a alors consulté un autre médecin qui lui a prescrit une sérologie VIH : elle est revenue positive (9).

c) 2 cas d'infections parasitaires :

- 2 cas de retard diagnostique : des accès palustres graves sont survenus chez des patients revenant de zone endémique, sans avoir suivi de traitement chimioprophylactique. Ils présentaient de la fièvre et des céphalées. Malgré le fait que les patients aient indiqué aux médecins qu'ils revenaient d'une zone impaludée et qu'ils n'avaient pas pris de traitement préventif, les médecins n'ont pas évoqué le diagnostic (10).

Iatrogénie, 14 cas:

a) 8 cas en iatrogénie médicamenteuse :

- 3 cas de défaut de prise en charge thérapeutique
 - le Lodoz® (Bisoprolol-hydrochlorothiazide) a été prescrit chez une femme enceinte, avec pour conséquence une dysgénésie tubulaire rénale du fœtus (7).
 - une patiente et sa pharmacienne ont mal interprété l'ordonnance du médecin libellée telle que : « Previscan $\frac{3}{4}$ – $\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{4}$ ». Ainsi, la patiente a pris le médicament 3 fois par jour au lieu d'une fois. Le médecin de son côté a constaté

sur les bilans un franc surdosage (INR à 18), mais n'a pas demandé d'hospitalisation pour autant. La patiente a été hospitalisée peu de temps après pour une hémorragie méningée (9).

- un cas de pancytopenie sous Novatrex® (Méthotrexate) par erreur de rédaction de l'ordonnance : la prescription précisait une prise quotidienne alors que l'usage veut que la prise soit hebdomadaire. La patiente est décédée d'un état de choc septique (9).
- 5 cas d'effet secondaire :
 - une ostéonécrose de hanche est apparue dans les suites d'une corticothérapie prolongée chez un sujet âgé de moins de 50 ans (10).
 - un nourrisson ayant bénéficié de Catalgine® (acétylsalicylate de sodium) a été victime d'une intoxication salicylique, alors que la prescription était encore autorisée (89).
 - une patiente a présenté une conjonctivite allergique traitée par le généraliste avec différentes médications, puis par du Tobradex® (Dexaméthasone – Tobramycine). La prescription de ce collyre a été renouvelée à plusieurs reprises, durant deux ans, par le généraliste. Cette patiente était suivie par un ophtalmologue de façon régulière (une fois par an), mais ne l'a jamais informé de l'instillation régulière de Tobradex®. Après deux ans d'utilisation du collyre, elle a présenté une baisse d'acuité visuelle bilatérale due à une cataracte cortico-induite (10).
 - un cas de rupture du tendon d'Achille sous fluoroquinolones (nous ne connaissons pas la molécule en cause) apparue deux jours après le début du traitement instauré pour une surinfection bronchique. La patiente, âgée de 60 ans, bénéficiait en fait d'un traitement corticoïde inhalé au long cours pour un asthme, ce qui représentait un terrain à risque de tendinite (10).

- une patiente de 70 ans, porteuse d'une hémochromatose primitive, a présenté une agranulocytose sous Ferriprox® (Defriprone). Elle est décédée dans un tableau de choc septique (9).
 - 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique : une intoxication au lithium est survenue chez un patient maniaco-dépressif traité par Teralithe® (carbonate de lithium). Son médecin surveillait régulièrement sa lithémie plasmatique par le biais de bilans sanguins. Comme il constatait que les taux restaient infra-thérapeutiques, il n'a cessé pas d'augmenter la posologie du traitement jusqu'à ce que le patient présente un tableau clinique de surdosage. Le médecin n'a pas remis en question les résultats du laboratoire, qui en fait étaient erronés (40).
- b) 5 cas en iatrogénie non médicamenteuse (actes médicaux) :**
- 1 cas de défaut d'information : un médecin n'a pas informé sa patiente des effets secondaires du laser argon, utilisé dans le traitement de la rosacée : œdème, inflammation et érosions croûteuses du visage. Ces lésions ont abîmé le visage de cette patiente (33).
 - 4 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - un cas de dissection d'artère vertébrale est survenu après manipulation vertébrale chez un patient qui n'avait pas bénéficié de radiographie du rachis au préalable (8).
 - trois cas de complications infectieuses après infiltration :
 - une patiente a bénéficié d'une infiltration du poignet pour traiter une suspicion de canal carpien. Le geste a été réalisé dans de mauvaises conditions d'hygiène et elle a présenté dans les suites une arthrite septique ainsi qu'une algodystrophie (9).

- une patiente a bénéficié d'une infiltration de l'épaule pour une périarthrite scapulo-humérale, alors qu'aucun bilan n'avait été réalisé et qu'aucun traitement médicamenteux n'avait été tenté. Elle a présenté une infection dans les suites du geste (10).
- une patiente de 63 ans a bénéficié d'une infiltration pour une bursite de l'épaule qui s'est compliquée de cellulite infectieuse. Les règles d'hygiène n'avaient pas été respectées (10).

Neurologie-Psychiatrie, 9 cas :

- 6 cas de retard diagnostique :
 - quatre cas d'accident vasculaire cérébraux :
 - une hémorragie méningée chez un patient migraineux qui a présenté des céphalées inhabituelles, 4 médecins différents l'ont examiné et ont rattaché ces céphalées à ses migraines (11).
 - un homme de 70 ans, hypertendu et dyslipidémique, a présenté un déficit neurologique brutal. Deux jours après, il a consulté son médecin qui lui a prescrit une tomodensitométrie cérébrale et cervicale qui seront réalisées six jours plus tard. Par la suite, le déficit neurologique s'est complété et le patient a été hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral sylvien gauche sur sténose de la carotide interne gauche à 85 %. Il a été reproché au médecin de ne pas avoir examiné les carotides (8).
 - un homme de 49 ans a présenté des accidents ischémiques transitoires répétés à type de flous visuels et de baisse de la vision à gauche, à la fatigue. Ceux-ci n'ont pas été diagnostiqués malgré deux consultations avec le généraliste. Un examen ophtalmologique a été réalisé et s'est

avéré normal. Le patient a ensuite présenté plusieurs épisodes de déficit neurologique du membre inférieur gauche puis, enfin, un accident vasculaire cérébral. Il est en invalidité (9).

- dans un cas, il s'agissait d'un homme de 49 ans, ayant des facteurs de risques cardio-vasculaires, vu par un urgentiste pour malaise avec céphalées et aphasie. Le médecin n'avait rien constaté d'anormal à son examen clinique. En fait le patient n'arrivait pas à rédiger son chèque (10).
- un adolescent présentant une imprégnation alcoolique a chuté de sa hauteur. Il a été examiné par un médecin qui a conclu à tort à une somnolence sur une intoxication alcoolique aiguë (le reste de l'examen neurologique était normal). Ce signe était en fait le symptôme d'un hématome extra-dural secondaire au traumatisme crânien. Le patient est décédé (10).
- un patient a présenté des douleurs que le médecin a traité par injection de calmants. Ces douleurs étaient en fait symptomatiques d'un hématome extra-rachidien spontané en train de se constituer qui a entraîné une paraplégie du patient. Ce patient ne prenait pas de traitement favorisant (76).
- 1 cas de défaut d'information : un médecin généraliste n'a pas révélé le diagnostic de sclérose en plaques à son patient (atteint d'une maladie de Little) alors qu'il avait des arguments cliniques en faveur. Il a même rédigé un certificat médical pour un prêt immobilier, destiné à la compagnie d'assurance, dans lequel les risques couverts pour la garantie du remboursement ont été limités. Ce patient étant en invalidité et ayant des difficultés financières, il n'aurait pas contracté le prêt s'il avait été informé du diagnostic (10).

- 2 cas de défaut de prise en charge :
 - dans les deux cas, le régulateur du SAMU a dissuadé le médecin généraliste d'hospitaliser son patient pour une suspicion d'hémorragie méningée, alors qu'il avait des arguments en faveur (notamment antécédents familiaux d'anévrismes) (10, 85).

Certificats médicaux, 9 cas :

- 4 cas de certificats d'hospitalisation en psychiatrie :
 - trois cas de certificats d'hospitalisation d'office délivrés sans examen clinique du patient (34, 48, 78).
 - un cas de certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers délivré sans examen clinique du patient (152).
- 1 cas de certificat de maladie professionnelle : une patiente rouleuse fileteuse en métallurgie a présenté des douleurs au niveau de l'épaule droite durant 2 ans. Pendant cette période, elle a bénéficié d'infiltrations par son médecin. Un arthroscanner a été réalisé tardivement, devant une symptomatologie à type d'épaule « bloquée » et a retrouvé une lésion de la coiffe des rotateurs. La patiente a estimé que le retard de déclaration de sa maladie professionnelle l'a empêché de pouvoir bénéficier des avantages en nature et en espèces de sa pathologie (10).
- 1 cas d'immixtion dans la vie privée : un médecin a remis un certificat à la mère d'une petite fille dans lequel il expliquait que le père se livrait des attouchements sexuels sur son enfant. Il s'est basé sur les dires de la mère pour rédiger ce certificat. Il ne savait pas que les parents étaient en instance de divorce (41).
- 1 cas de certificat de décès : un médecin appelé pour constater un décès n'a pas examiné le corps de la défunte et a rédigé le certificat de décès sur papier libre. Malgré les contestations des services de Police, il leur a remis cet exemplaire. Comme le

certificat n'était pas réglementaire, les pompes funèbres ont refusé de lever le corps, et le médecin a dû revenir pour remplir un certificat de décès conformément aux règles en vigueur. Il n'a encore pas examiné le corps, a rédigé son certificat dans sa voiture mais a fait une demande de prélèvements pour établir la cause du décès. De ce fait, il a entraîné un préjudice moral aux proches du défunt (10).

- 1 certificat d'aptitude sportive : un médecin a rédigé un certificat médical autorisant la pratique de la boxe alors que le patient était myope. Il a eu, suite à la pratique de la boxe, un décollement de rétine (8).
- 1 certificat d'aptitude professionnelle : un certificat médical a été remis une autre personne que l'intéressé : un patient employé dans une ambassade, en arrêt de travail prolongé a été examiné par un médecin à la demande son employeur. Le médecin a conclu que le patient était définitivement inapte à son travail. Le patient a été licencié, et il a contesté puisque l'avis d'inaptitude n'avait pas été donné par un médecin du travail. De plus, le médecin a donné le certificat à l'ambassade. Il en a résulté un dommage moral pour le patient (10).

Gynécologie-néonatalogie, 8 cas de retard diagnostique :

- trois cas de non diagnostics de rubéole chez la femme enceinte :
 - une patiente enceinte a présenté des symptômes de rubéole pour laquelle le médecin a fait réaliser un test sérologique qui s'est avéré négatif. Un contrôle a été réalisé 15 jours plus tard et s'est révélé être positif. Le laboratoire a alors entrepris de tester à nouveau le premier échantillon, qui est, lui aussi, revenu positif. Le médecin a alors affirmé à sa patiente qu'elle était immunisée contre la rubéole et qu'elle ne courait aucun risque. Finalement, c'est un nouveau-né

polyhandicapé qui a été mis au monde en raison de la contraction d'une rubéole congénitale (39, 77).

- une jeune fille de 17 ans a consulté le remplaçant de son médecin pour une asthénie, des adénopathies dans le cou et une éruption cutanée. Le médecin lui a fait réaliser une prise de sang et lui a prescrit un antibiotique. Le résultat de la prise de sang ne sera vu que un mois plus tard par l'associé à l'occasion d'un début de grossesse : la sérologie rubéole était positive. Le médecin a conclu que la patiente était immunisée. Les échographies ont permis de constater quelques anomalies et quand l'enfant est né, il était handicapé (9).
- un médecin n'a pas prescrit de sérologie rubéole chez une jeune femme lors de l'examen prénuptial. Il n'a pas proposé de vaccination non plus. En début de grossesse, cette patiente a présenté une rubéole de diagnostic difficile compte tenu de l'expression. Un bilan a été réalisé (sérologie rubéole positive) mais n'a pas été recontrôlé. L'enfant qui est né était atteint de rubéole congénitale (42).
- un médecin généraliste suivant la grossesse de sa patiente et réalisant les échographies n'a pas su interpréter des anomalies échographiques évoquant un retard de croissance intra-utérin (65).
- la surveillance d'un médecin a été insuffisante, ne permettant pas le diagnostic d'une hypotrophie d'un fœtus (pas de surveillance des hauteurs utérines ni du poids) (68).

- une grossesse extra-utérine a été difficile à diagnostiquer chez une femme dont les trompes avaient été ligaturées récemment. Le praticien s'est arrêté au diagnostic de colique néphrétique alors qu'elle présentait des douleurs abdominales, sans procéder à l'examen gynécologique et sans lui faire réaliser d'exams complémentaires. C'est à l'occasion d'un malaise sur hémorragie interne que le diagnostic a été posé. La patiente a présenté de graves dégâts cérébraux dans les suites de son arrêt cardio-respiratoire (71).
- une migration méconnue de stérilet a été diagnostiquée quelques années après sa pose à l'occasion de la survenue d'une pelvipéritonite (8).
- un médecin suivant la grossesse d'une patiente n'a pas été assez attentif : il n'a pas mesuré la hauteur utérine, n'a pas fait réaliser les échographies quand il le fallait, (notamment celle de la 32^{ème} semaine) et a suivi cette grossesse comme une autre alors que sa patiente était atteinte de sarcoïdose. L'enfant qui est né était polyhandicapé (88).

Pneumologie, 6 cas :

- 4 cas de retard diagnostique :
- quatre non diagnostics de phlébite :
 - pour un patient ayant présenté une rupture du muscle jumeau, un médecin a prescrit un traitement par Aspégic® à visée « anticoagulante ». L'évolution a été marquée par l'apparition d'une phlébite qui s'est ensuite compliquée d'embolie pulmonaire (10).
 - un médecin a diagnostiqué une sciatique chez son patient venu le consulter pour une douleur du membre inférieur gauche. Comme les douleurs persistaient, le patient a à nouveau consulté son médecin qui a confirmé son diagnostic. Le patient a alors pris l'initiative de consulter

un autre généraliste qui lui a fait réaliser un doppler. Celui-ci a permis de diagnostiquer une phlébite pour laquelle le patient a bénéficié d'un traitement anticoagulant. Malgré cela, le pied gauche a nécrosé et une amputation a été nécessaire (75).

- une patiente de 22 ans s'est réveillée un matin avec une douleur du creux poplité. Dès son lever, elle a ressenti une dyspnée sans douleur thoracique pour laquelle elle a consulté un médecin généraliste qui l'a examinée (sans mesurer la tension artérielle) et aurait conclu à une déchirure musculaire du jumeau. Il lui a prescrit un traitement symptomatique. Durant cette période, elle se rendait régulièrement à l'hôpital, en voiture (50 km), pour voir un proche. Au quatrième jour, elle a consulté un autre médecin (alors qu'elle présentait une tachycardie), et lors de son arrivée dans la salle d'attente, elle a été victime d'un malaise avec perte de connaissance. Un accident vasculaire cérébral ischémique a été diagnostiqué par imagerie à résonance magnétique, dont l'origine était une phlébite profonde du membre inférieur gauche chez une patiente porteuse d'un foramen ovale perméable (9).
- un jeune homme de 18 ans a bénéficié d'une appendicectomie. Après l'opération, il a été examiné à quatre reprises par le généraliste pour de la fièvre, des vomissements et une douleur de l'aîne gauche. Un traitement symptomatique a régulièrement été prescrit. L'évolution a été marquée par l'augmentation de volume de la cuisse gauche. Il a finalement été hospitalisé via le SAMU pour exploration de ces douleurs du scarpa fébriles. Ce n'est que lors du transfert au centre

hospitalier universitaire que le diagnostic a été posé. Les séquelles du patient sont le port permanent de contention (10).

- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - un médecin a diagnostiqué une grippe chez un patient insuffisant respiratoire chronique (fibrose pulmonaire). Deux jours plus tard, le patient a fait réaliser une radiographie pulmonaire dont le compte rendu a été lu par l'épouse au généraliste. Après cette communication, le médecin a décidé de traiter son patient par antibiothérapie et il lui a donné de l'Orelox®. Le patient est décédé en moins de 24 heures d'une détresse respiratoire (90).
 - un médecin a refusé de se déplacer au domicile d'une patiente présentant une crise d'asthme aigu grave. Il a prétexté que c'était une « perte de temps » pour la patiente et qu'il valait mieux appeler directement le SAMU ou l'emmener aux urgences. Ce médecin habitait à proximité de la patiente et serait arrivé avant le SAMU pour prodiguer les premiers soins s'il s'était rendu sur place. La patiente est décédée (47).

Hépto-gastro-entérologie, 5 cas :

- 4 cas de retard diagnostique :
 - un ulcère bulbaire : un patient de 87 ans aux antécédents d'ulcère bulbaire s'est présenté à son médecin pour une symptomatologie à type de reflux gastro-œsophagien. Le médecin ne lui a pas fait réaliser d'endoscopie pour bilancer cette gêne. Le patient a présenté un peu plus tard une hémorragie digestive haute en lien avec une récurrence d'ulcère bulbaire (58).
 - deux cas de sigmoïdite diverticulaire :
 - un homme de 44 ans et obèse, ayant déjà eu une sigmoïdite, a appelé à son chevet le médecin (remplaçant) pour des douleurs abdominales, de

la diarrhée et de la fièvre. Le médecin a prescrit un traitement symptomatique et a dû revoir le patient le lendemain en raison de la persistance des symptômes. Le médecin n'a rien constaté d'anormal. Quelques jours plus tard, le patient a rappelé son médecin traitant, qui l'a adressé au gastro-entérologue et l'a opéré d'une perforation diverticulaire avec péritonite (9).

- une patiente de 74 ans était traitée au long cours par Amoxicilline® cinq jours par mois pour une diverticulite sigmoïdienne. Comme elle continuait de présenter des douleurs abdominales et un fébricule, le traitement a été passé à dix jours par mois. Une coloscopie était prévue mais peu de temps avant, son état s'est dégradé et elle a présenté une sigmoïdite compliquée d'abcès péri-sigmoïdien nécessitant une prise en charge chirurgicale (11).
- un dysfonctionnement d'anneau gastrique non reconnu : une jeune femme de 35 ans, obèse, a bénéficié de la pose d'un anneau gastrique pour traiter sa surcharge pondérale. Un mois plus tard, elle a présenté des troubles digestifs qui ont été associés à une gastro-entérite. L'évolution a été défavorable avec apparition d'un état de choc sur péritonite secondaire à une nécrose gastrique (9).
- 1 cas de défaut de surveillance : après chirurgie d'un adénocarcinome gastrique, un patient n'a pas bénéficié d'examens complémentaires de suivi (il n'a eu qu'une échographie abdominale et une consultation spécialisée). Il n'a pas été informé du diagnostic non plus. Deux ans plus tard, alors qu'il a été pris d'un malaise, un bilan a mis en évidence des métastases diffuses. Le patient est ensuite décédé (9).

Traumatologie, 4 cas :

- 1 cas de retard diagnostique : une méconnaissance de fracture de fatigue chez un patient très sportif (10).
- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - une enfant de quatre ans et demi n'a pas bénéficié de consultation ophtalmologique dans les suites immédiates d'un traumatisme oculaire. Le médecin généraliste consulté n'a pas conseillé d'attitude particulière. Quelques mois plus tard, l'enfant a subi un second traumatisme au même œil, avec pour conséquence une cécité. L'ophtalmologiste consulté dans les suites, a conclu que le premier traumatisme avait été à l'origine d'un décollement rétinien non pris en charge. Il y a eu énucléation (38).
 - un médecin a contentonné de façon un peu abrupte un patient agité, en lui tordant malencontreusement la jambe. Il été responsable d'une entorse grave du genou du patient (lésion du ligament croisé postérieur) (10).
- 1 cas « autre » : un patient s'est fait une fracture luxation de la tête radiale en chutant de la table d'examen (11).

Uro-néphrologie, 4 cas de retard diagnostique :

- un cas de néphropathie à IgA secondaire à un purpura rhumatoïde (10).
- un jeune homme de 22 ans a présenté des douleurs en regard des organes génitaux externes que le médecin a prises pour les symptômes d'une colique néphrétique. Il s'agissait en fait d'une torsion de cordon spermatique (dont les symptômes étaient typiques) qui a été diagnostiquée au 10^{ème} jour alors que le testicule était nécrosé (11).
- une insuffisance rénale majeure a été découverte chez une patiente de 54 ans qui était pourtant très régulièrement suivie par son médecin généraliste (152).

- un médecin a interprété inexactement une radiographie d'abdomen sans préparation (faute partagée avec le radiologue), manquant le diagnostic de lithiase rénale. L'évolution a été marquée par une néphrectomie (50).

Prise en charge thérapeutique inadaptée, 4 cas :

- 2 cas d'actes inappropriés :
 - un médecin a bénéficié d'un stage de formation de trois jours sur la technique de la lipolyse (injection de sérum physiologique avec application d'ultrasons externes). Il a pratiqué cette technique sur deux patientes ayant des abdomens en « besace » pour lesquelles l'indication n'était pas adaptée. L'évolution a été marquée par l'apparition de phlyctènes puis de nécrose. Il persiste des séquelles esthétiques (8).
 - un cas de perforation digestive pendant lipoaspiration (9).
- 1 cas d'orientation spécialisée inadaptée : un médecin généraliste a envoyé son patient vers un chiropracteur exerçant illégalement la médecine pour une manipulation du rachis suite à l'apparition d'acouphènes. Le chiropracteur a manipulé le patient qui a ensuite présenté un hémato rachis (46).
- 1 cas de prescription inadaptée : un médecin a prescrit de la Catalgine® (acétylsalicylate) alors que le traitement était interdit (9).

Rhumatologie, 3 cas de retard diagnostique :

- trois cas de lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval :
 - un patient de 38 ans a consulté un médecin pour une lombosciatique gauche. Celui-ci lui a prescrit un traitement symptomatique. Malgré le traitement, les douleurs ont persisté et des paresthésies de la fesse sont apparues. Quatre jours plus tard, le patient a à nouveau consulté le médecin. Celui-ci a constaté des difficultés de flexion dorsale du pied

et a prescrit un traitement symptomatique. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un syndrome de la queue de cheval pour lequel le patient a consulté deux jours plus tard. Il a été hospitalisé et opéré. Il persiste des séquelles (incontinence urinaire, incontinence anale périodique) (8).

- un patient de 42 ans a consulté un médecin pour une récurrence de lombocuralgies pour lesquelles il a bénéficié d'un traitement symptomatique, une ordonnance de tomodensitométrie ainsi que d'une consultation avec un rhumatologue. L'évolution a été marquée par la majoration des douleurs (prescription de morphinique par le médecin, sans réexaminer le patient) et l'apparition d'un déficit neurologique. Il a été transféré à l'hôpital pour un syndrome de la queue de cheval et opéré. Aucune récupération n'a été possible en postopératoire (11).
- un patient a consulté à deux reprises un médecin pour une lombosciatique. Ce dernier lui a prescrit un traitement symptomatique. Malgré l'évolution défavorable (signes neurologiques), le médecin a persisté à traiter le patient avec des anti-inflammatoires. Il a été hospitalisé en urgence et opéré d'un syndrome de la queue de cheval. Au jour de l'expertise, il persistait des séquelles à type d'incontinence urinaire et de paresthésies du siège (69).

ORL-ophtalmologie, 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- un patient atteint d'un abcès dentaire a bénéficié de prescriptions d'antibiotiques inadaptées (Rocéphine® associée à du Célestène®) ayant engendré une gangrène gazeuse dentaire qui s'est compliquée de cécité bilatérale (84).

- une patiente a consulté un médecin pour une ablation de bouchon de cérumen. Elle présentait un antécédent d'otospongiose mais ne l'avait pas déclaré au médecin (qui ne l'avait pas questionnée). Elle a présenté une baisse d'audition dans les suites de l'acte (9).

Endocrinologie, 1 cas de défaut de surveillance :

- un médecin généraliste en milieu pénitentiaire n'a pas été assez attentif au suivi d'un patient diabétique insulino-dépendant de 28 ans. Les glycémies ont été peu surveillées (elles oscillaient entre 0,5 et 5 g/L) et le traitement n'a pas été adapté quand une glycémie était supérieure aux normes. L'évolution a été marquée par la survenue d'une acidocétose mortelle (10).

Nous avons dressé un tableau des situations urgentes entraînant des condamnations. Nous n'avons retenu que les pathologies figurant à la fois dans les décisions défavorables et favorables, et nous n'avons utilisé que les situations où au moins trois dossiers avaient été recensés.

Tableau 23 - Pathologies urgentes ayant entraîné des condamnations en civil.

Pathologie	Nombre de plaintes	Nombre de condamnations	% de condamnation
Infarctus du myocarde	22	19	86,3
Maladie veineuse thrombo-embolique	5	4	80
Lombosciatique compliquée	4	3	75
Purpura fulminans	4	3	75
Infiltration compliquée d'arthrite septique	4	3	75

2.2.2.2. Sanction en juridiction disciplinaire

75 % des dossiers disciplinaires ont entraîné une sanction du médecin.

2.2.2.2.1. Selon le type de faute

Les manquements au Code de Déontologie Médicale occasionnant une sanction sont présentés ici. La somme des manquements déontologiques retenus contre les médecins généralistes était supérieure au nombre de dossiers ayant entraîné une sanction disciplinaire, car pour un même cas, plusieurs articles du Code de Déontologie Médicale (notamment la non-assistance à personne en péril) pouvaient ne pas avoir été respectés.

Comme l'indique le tableau ci-après, les soins non consciencieux étaient le manquement déontologique le plus représenté.

Tableau 24 – Nombre de sanctions disciplinaires par manquement déontologique.

Manquement		Nombre de plaintes	Nombre de sanctions (% de condamnation par rapport à l'ensemble des sanctions disciplinaires)	% de condamnation par type de manquement déontologique
Devoirs des médecins envers les patients 27 (57,4 %)	Soins non consciencieux	14	9 (19,1 %)	64,7
	Immixtion dans la vie privée	10	8 (17 %)	80
	Elaboration du diagnostic	7	6 (12,8 %)	85,7
	Dons, legs et honoraires	5	3 (6,4 %)	60
	Continuité des soins	2	1 (2,1 %)	50
	Information	1	0	0
Devoirs généraux des médecins 14 (29,8 %)	Certificats de complaisance	4	3 (6,4 %)	75
	Compérage	2	2 (4,2 %)	100
	Non-assistance à personne en péril	2	2 (4,2 %)	100
	Violation du secret professionnel	2	2 (4,2 %)	100
	Prescriptions et actes inappropriés	2	2 (4,2 %)	100
	Publicité	1	1 (2,1 %)	100
	Principes moraux et de probité	2	1 (2,1 %)	50
	Obtention d'avantages injustifiés	1	1 (2,1 %)	100
Exercice de la profession 5 (10, %)	Permanence des soins	2	2 (4,2 %)	100
	Plaques professionnelles et affichage	3	2 (4,2 %)	66,7
	Exercice non autorisé sur plusieurs sites	1	1 (2,1 %)	100
Rapports des médecins entre eux 1 (2,1 %)	Conditions des remplacements	1	1 (2,1 %)	100
Total		62	47 (100 %)	

2.2.2.2.2. Selon la situation clinique en cause

L'analyse des dossiers disciplinaires a mis en évidence que l'événement le plus à risque de sanction était le non-respect des principes moraux et déontologiques, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 25 – Répartition des sanctions disciplinaires par spécialité ou événement.

Spécialité ou événement	Nombre de décisions	Nombre de sanctions (% de sanction par rapport à l'ensemble des sanctions disciplinaires)	% de condamnation par spécialité ou événement
Principes moraux et déontologiques	43	34 (75,5 %)	79,1
Cancérologie	5	5 (11,1 %)	100
Cardio-vasculaire	3	3 (6,7 %)	100
Infectiologie	2	2 (4,4 %)	100
Iatrogénie	1	1 (2,2 %)	100
Total		45 (100%)	

Non-respect des principes moraux et déontologiques, 35 cas :

a) 13 cas concernant les manquements aux devoirs généraux des médecins :

- Prescriptions et actes inappropriés, 2 cas :
 - un médecin a réalisé des actes chirurgicaux au cabinet médical alors que la qualification de chirurgien généraliste lui avait été refusée. Ainsi, il a procédé à des ablations de kyste, de thrombus hémorroïdaire, il a réalisé des posthectomies et des amputations d'orteils (122). Il a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

- un médecin maîtrisant peu la technique de la lipolyse (uniquement 3 jours de formation) l'a pratiquée sur 2 patientes présentant des abdomens « en besace » pour lesquels l'indication n'était pas adaptée (8). Ce médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
- Certificats médicaux de complaisance, 3 cas :
 - dans deux cas, des médecins ont rédigé des prolongations d'arrêt de travail sans voir le patient :
 - un patient était hors de France (96). Le médecin a reçu un avertissement.
 - un patient était incarcéré (130). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
 - un certificat médical attestant de l'incapacité à acquérir un bien immobilier a été délivré par un médecin alors que la promesse de vente était signée et que le patient se désistait (140). Le médecin a reçu un blâme.
- Manquement aux principes de moralité et probité, un cas : un médecin a pratiqué des attouchements sexuels sur sept élèves mineures lors des examens obligatoires de médecine scolaire dont il s'occupait (120). Le médecin a été radié.
- Publicité, un cas : un médecin nutritionniste a mené des actions publicitaires par le biais de son ouvrage : « Mincir sur mesure », et d'un article de presse (121). Il a reçu un avertissement.
- Compérage, 2 cas :
 - un médecin a fréquemment réalisé des prescriptions de lunettes pour la majorité de ses patients. Il rédigeait ses ordonnances entre deux consultations, les envoyait par fax ou par la poste. Ce médecin a expliqué sa démarche par le fait de vouloir venir en aide à son ami opticien (et cousin par alliance) qui

fabriquait les lunettes et qui présentait un syndrome dépressif inquiétant. Il voulait ainsi l'aider à augmenter son chiffre d'affaire (142). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

- un médecin toxicomane a pratiqué des injections de cocaïne avec son patient, en lui fournissant le matériel nécessaire et parfois même en lui avançant les fonds nécessaires (94). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

- Violation du secret professionnel, 2 cas :

- dans un cas, il s'agissait de la délivrance d'un certificat attestant du syndrome dépressif d'une patiente, qui a été récupéré par son mari alors qu'ils étaient en instance de divorce (124). Il a utilisé ce certificat devant la Justice. Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
- un médecin a rédigé un certificat de la manière suivante : « Je soussigné, médecin traitant de la famille H..., certifie que Sandy H... est très perturbée de dormir seule, chez son père, sans la présence de sa mère. Son père est actuellement en grand traitement psychique qui le rend inapte à une garde prolongée de l'enfant alors qu'il doit dormir et prend pour cela des drogues puissantes ». Il a remis ce certificat à la mère, qui était à ce moment en instance de divorce (126). Ce médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

- Obtention d'avantages injustifiés, un cas :

- un médecin a sollicité des cadeaux de la part de visiteurs médicaux pour faciliter son installation (93). Ce médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

b) 15 cas concernant les manquements aux devoirs envers les patients :

- Soins non consciencieux, 4 cas :
 - un médecin a rédigé à sept reprises des ordonnances sans voir ni connaître le patient (âgé de 94 ans). Ces ordonnances étaient remises à la belle-fille, qui, elle venait en consultation (135). Le médecin a reçu un blâme.
 - dans deux cas, prescription en ville d'un médicament uniquement réservé au secteur hospitalier (toxine botulique) :
 - un médecin a reçu un blâme (102).
 - un médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer (127).
 - un même médecin a prescrit des médicaments illégaux utilisés dans le cadre du contrôle pondéral : Sibutral® (alors qu'il était retiré du marché) et Thiomucase® (la prescription initiale devait être réalisée par un spécialiste et le médecin encourageait les patients à se fournir en Espagne) (107).
- Immixtion dans la vie privée, 8 cas :
 - un médecin a délivré un certificat à son patient attestant que son épouse profitait financièrement de lui. Le médecin y précisait qu'il connaissait le patient depuis 24 ans, et qu'il avait beaucoup aidé sa famille sans avoir de retour (134). Le médecin a reçu un blâme.
 - un médecin a rédigé un certificat à la demande d'un mari, 3 mois après les faits. Il y mentionnait être arrivé au domicile du couple et avoir constaté que le mari gisait au sol, se plaignant de douleurs lombaires et d'une sciatique et que dans une pièce à côté, il y avait une petite fille. Il précisait que personne d'autre n'était présent. Ce certificat a été utilisé par le mari lors de la procédure

de divorce pour montrer que son épouse avait failli à son devoir d'assistance (9). Le médecin a reçu un blâme.

- un certificat a été rédigé par un médecin alors qu'il savait sa patiente en instance de divorce, et dans le but de préserver les enfants : « Je soussigné Dr B, médecin traitant de la famille A... Mme A... est actuellement plutôt en phase de doute et d'anxiété. Je pense que pour l'instant, il n'est pas souhaitable que les enfants soient partis du domicile conjugal tant que les rapports ne se sont pas équilibrés et que la situation soit stable et éclaircie, ce sont en effet des enfants de 4 et 6 ans encore petits. Cette précaution ponctuelle n'étant plus valable dès que les droits seront stabilisés dans l'intérêt psychologique des enfants. Par la suite, je ne vois pas d'inconvénient à ce que Mme A... Muriel ait la garde de ses enfants, ce qui est psychologiquement plus stable pour les enfants... » (137). Ce médecin a eu un avertissement.
- un médecin a délivré un certificat au mari d'une patiente afin d'ajouter des précisions au sujet d'autres certificats rédigés antérieurement : il précisait que l'épouse avait bénéficié de traitements psychotropes pour un syndrome dépressif et qu'elle n'aurait pas été victime de coups, mais aurait présenté un hématome après une chute. Ce certificat a été utilisé par le mari pour contester les accusations portées par sa femme (128). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
- un certificat médical attestant du mauvais état psychique d'un patient dû au harcèlement moral de ses voisins a été délivré par un médecin (133). Il a reçu un avertissement.
- un médecin a rédigé un certificat dans lequel il constatait qu'une petite fille avait subi un traumatisme qui ressemblait à une agression. Sans la voir, un deuxième certificat a été délivré, dans lequel il rapportait des propos

concernant le père en ajoutant : « une enfant de deux ans ne peut pas inventer de tels propos » (125). Le médecin a reçu un avertissement.

- un médecin a délivré un certificat dans le but de préserver les enfants d'un couple en cours de séparation : « Il semble préférable que Mme L. puisse quitter le domicile familial avec ses enfants ». Le juge aux affaires familiales a fait référence à ce certificat pour sa décision lors de la procédure de divorce (131). Le médecin a eu un avertissement.
- un médecin a rédigé un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers pour une patiente, sur les seules déclarations d'un mari alors en instance de divorce de son épouse (152). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
- Dons, legs et honoraires, 3 cas :
 - un patient a prêté de l'argent à son médecin, le médecin ne l'a pas remboursé (111). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
 - un médecin a détourné des fonds en détournant le capital décès de son beau-père (et patient) (92). Le médecin a été radié.
 - un médecin a systématiquement remis des certificats de décès contre des honoraires de 100 euros (132). Il a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
- Continuité des soins, un cas : un médecin n'a pas organisé la continuité des soins de cinq de ses patientes en ne transmettant pas le dossier médical au nouveau médecin traitant (115). Malgré leurs nombreuses relances, il ne s'est pas exécuté. Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

c) 1 cas concernant les manquements aux devoirs des médecins entre eux :

- Conditions de remplacement, un cas : un médecin en interdiction d'exercer se faisait remplacer par un autre médecin (136). Ce dernier a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

d) 6 cas concernant les devoirs liés à l'exercice de la profession :

- Affichage et libellé des plaques professionnelles, 2 cas :
 - une plaque professionnelle était de trop grande taille mentionnant « Consultations. Gynécologie. Suivi de grossesse. Médecine du Sport ». Ce médecin ne disposait que d'un diplôme interuniversitaire en gynécologie, il n'était pas qualifié en gynécologie (113). Ce médecin a reçu un blâme.
 - une plaque professionnelle portait les inscriptions suivantes : « Médecine générale. Stérilité. Contraception. Accouchements. Insémination artificielle. ». Ces inscriptions n'étaient pas conformes avec l'exercice qu'il avait le droit de pratiquer (109). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
- Exercice sur plusieurs sites, un cas : un médecin exerçait à plusieurs endroits, sans autorisation (98). Il a été sanctionné d'un blâme.
- Permanence des soins, 2 cas :
 - un médecin a refusé de déférer à une réquisition (dans le cadre de la permanence des soins) car il estimait que la permanence des soins se faisait sur la base du volontariat (104). Il a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
 - un autre médecin a refusé de déférer à une réquisition (dans le cadre de la permanence des soins) car il était homéopathe et acupuncteur. Le conseil de l'Ordre des Médecins n'était pas d'accord avec cet argument, d'autant plus que ce

médecin était généraliste avant tout (112). Il a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

Cancérologie, 5 cas :

- 4 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - un médecin a entrepris d'instaurer le traitement chimio thérapeutique de sa patiente atteinte d'un cancer du sein métastatique. Il n'a pas fait réaliser d'examens complémentaires, ne s'est pas entouré de spécialistes et n'a pas fait de demande d'exonération en affection de longue durée (108). Ce médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.
 - un médecin a traité par médecine naturelle une patiente atteinte d'un cancer du sein inflammatoire et l'a encouragé à refuser la chimiothérapie (9). Le médecin a été radié.
 - une patiente atteinte d'une tumeur maligne du sein (diagnostiquée par biopsie) a été suivie par son généraliste. Ce dernier a souhaité réévaluer la situation avant de l'envoyer vers un spécialiste. Seize mois se sont écoulés avant l'intervention chirurgicale. Durant cette période, la patiente a bénéficié d'un traitement homéopathique par un autre médecin. Le généraliste n'a pas fait prendre conscience de la gravité de la situation à la patiente, et s'est borné à suivre l'évolution de sa pathologie (141). Le médecin a été sanctionné par une interdiction temporaire d'exercer.
 - un médecin a instauré un traitement par chimiothérapie pour un cancer et le gérât tout seul, sans auxiliaires médicaux. Il avait travaillé auparavant dans un service de cancérologie (123). Le médecin a eu une interdiction temporaire d'exercer.

- 1 cas de retard diagnostique :

- un patient a présenté des signes fonctionnels urinaires et de la fièvre pour lesquels le médecin a prescrit une échographie prostatique. Celle-ci a mis en évidence un adénome de prostate qui a alors été traité par Tadenan®. Deux ans plus tard, les symptômes ont recommencé, un ECBU a été réalisé : il était positif et le patient a bénéficié d'un traitement antibiotique. Finalement, devant la persistance de la fièvre, le patient a consulté un autre médecin qui a réalisé un dosage de PSA dont le résultat était anormal. Un cancer de la prostate a été découvert à un stade métastatique (101). Le médecin a reçu un blâme.

Cardiologie, 3 cas de non diagnostic :

- dans trois cas, il s'agissait d'infarctus du myocarde :
 - un homme de 42 ans aux antécédents de surpoids, dyslipidémie hypertrophie ventriculaire gauche et anxiété, a consulté un médecin pour une douleur de la mâchoire. Il a été examiné par le médecin qui n'a constaté aucune anomalie (sauf TA 150/100 mmHg). Le patient n'aurait pas mentionné de douleur thoracique. Le médecin a tenté de joindre le cardiologue traitant à plusieurs reprises, sans succès. Il aurait alors suggéré au patient d'aller le consulter et lui a prescrit un antihypertenseur (7). Le patient est décédé dans la nuit. Ce médecin a reçu un blâme.
 - un médecin a été appelé au chevet d'un patient se plaignant de douleur thoracique. Il s'y est rendu, l'a examiné et a pratiqué le test à la trinitrine. Ainsi, il a écarté une étiologie coronarienne et est reparti en donnant pour consigne de rappeler si il n'allait pas mieux. L'épouse du patient a contacté le médecin traitant le lendemain matin qui a proposé

de faire venir le patient pour réaliser un électrocardiogramme. Le patient ne pouvait pas se mobiliser, il est décédé au domicile. Il est à noter que le premier médecin disposait d'un électrocardiographe dans sa voiture, mais il n'a pas été le chercher (139). Ce médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

- un médecin a consulté un patient de 40 ans à son domicile pour douleurs thoraciques et vomissements. Il n'avait pas d'antécédent particulier et était traité par antidépresseur. Selon le médecin, les douleurs précordiales n'étaient pas typiques d'une pathologie coronarienne et le patient présentait des signes digestifs. Il a alors réalisé le test à la trinitrine qui s'est avéré négatif. Le médecin a conclu à tort à une douleur sur fond anxio-dépressif dans le cadre d'une virose. Il n'a pas réalisé d'électrocardiogramme. Le patient est décédé le lendemain d'un infarctus du myocarde (8). Ce médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

Infectiologie, 2 cas de retard diagnostique :

- un patient de 16 ans a présenté un syndrome grippal. L'évolution a été défavorable et le médecin ne s'est pas donné les moyens (prescription de bilan, hospitalisation) alors qu'il l'a examiné à trois reprises. Le patient est décédé d'une hépatite fulminante sur syndrome grippal (117). Le médecin a reçu un blâme.
- une patiente de 25 ans, splénectomisée et sous immunosuppresseurs pour un lupus (Méthotrexate), a présenté de la fièvre ainsi que des céphalées. Elle a contacté le généraliste, qui, surchargé de travail, n'a pas pu se rendre sur place et lui a conseillé de prendre un antipyrétique. L'état général s'est empiré, le médecin l'a examiné le lendemain et a conclu à une gastro-entérite aiguë. L'état général a

continué d'empirer et des taches purpuriques sont apparues sur le visage. Le médecin s'est rendu sur place et a demandé un transfert en urgence sur l'hôpital pour un état de choc sur une probable toxi-infection alimentaire. Elle est décédée d'un purpura fulminans pneumococcique (9). Le médecin a reçu un blâme.

Iatrogénie, 1 cas de défaut de prise en charge :

- un médecin a prescrit pour un nourrisson de deux mois et demi un Tétracoq®. La mère s'est rendue à la pharmacie qui a réalisé une substitution en lui remettant un Infanrix Polio Hib®. Lors de la visite pour le vaccin, le médecin préférait attendre que la mère ait récupéré le vaccin prescrit initialement, mais cette dernière a insisté pour qu'il soit fait le jour même. Le médecin a donc injecté l'Infanrix Polio Hib® et l'enfant a présenté de la fièvre durant 4 jours. Trois mois plus tard, le médecin a réalisé la deuxième injection d'Infanrix Polio Hib®. L'enfant a présenté à nouveau un épisode fébrile dans les suites du vaccin pour lequel le médecin l'a examiné et n'a rien constaté d'anormal. L'état de l'enfant s'est ensuite aggravé, puis il est décédé. Les hypothèses étaient une déshydratation majeure et une réaction vaccinale (10). Le médecin a été sanctionné d'une interdiction temporaire d'exercer.

2.2.2.2.3. Selon le type de sanction

25 médecins ont été frappés d'interdiction temporaire d'exercer, 15 n'ont eu aucune sanction retenue contre eux, 9 médecins ont été frappés d'un blâme, 7 d'un avertissement et 4 de radiation. Le tableau ci-après récapitule ces éléments.

Tableau 26 – Répartition des différentes sanctions disciplinaires.

Conclusion de la procédure	Nombre	Répartition des différentes sanctions (en%)
Interdiction temporaire d'exercer	25	41,7
Pas de sanction	15	25
Blâme	9	15
Avertissement	7	11,7
Radiation	4	6,7
Total	60	100

2.2.2.3. Indemnisation en amiable (Commission de Conciliation et d'Indemnisation)

44,4 % des dossiers en amiable ont entraîné une indemnisation des patients.

2.2.2.3.1. Selon le type de faute retenue

La faute la plus fréquemment retenue en CCI était la faute d'acte de diagnostic, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 27 – Nombre d'actes médicaux fautifs en CCI, selon le type de faute.

Faute	Nombre de dossiers	Nombre de fautes retenues (% de faute par rapport à l'ensemble des fautes)	% de condamnation par type de faute
Acte de diagnostic	18	10 (50 %)	55,5
Prise en charge thérapeutique	23	6 (30 %)	26,1
Acte de prévention	4	4 (20 %)	100
Total	45	20 (100 %)	

2.2.2.3.2. Selon la situation clinique concernée

L'analyse des dossiers de CCI a mis en évidence que les pathologies cardio-vasculaires et l'infectiologie étaient les plus à risque d'indemnisation, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 28 – Répartition des fautes reconnues en CCI par spécialité et par événement.

Spécialité ou événement	Nombre de plaintes	Nombre de dossiers indemnisés (% par rapport à l'ensemble des dossiers indemnisés)	% de dossiers indemnisés par spécialité ou événement
Cardio-vasculaire	5	5 (25 %)	100
Infectiologie	7	5 (25 %)	71,4
Iatrogénie	20	4 (20 %)	20
Cancérologie	5	3 (15 %)	60
Rhumatologie	2	2 (10 %)	100
Neurologie	3	1 (5 %)	33,3
Total		20 (100 %)	

Cardio-vasculaire, 5 cas :

- 4 cas de retard diagnostique :
 - trois cas d'infarctus du myocarde :
 - un médecin a refusé de se rendre au chevet d'un patient de 53 ans présentant une douleur thoracique. Comme le médecin était surchargé de travail, il a conseillé au patient de se rendre au cabinet médical, distant de 15 km du domicile. Le patient est venu et a présenté un arrêt cardio-respiratoire (10).
 - un médecin a mené un interrogatoire téléphonique incomplet car les informations ont été données par l'épouse. De ce fait, le patient, obèse et présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire, s'est déplacé au

cabinet médical et a présenté un infarctus du myocarde dans la salle d'attente. Le médecin qui avait pris la communication ne connaissait pas bien le patient car il était l'associé du médecin traitant (8).

- un homme de 52 ans était suivi régulièrement par son médecin généraliste pour la surveillance de ses nombreux facteurs de risques cardio-vasculaire. Il n'a pas bénéficié de consultation cardiologique depuis 6 ans et a consulté pour une gêne thoracique gauche à l'effort. Le médecin a conclu après examen clinique à un syndrome de Tietze et lui a prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les douleurs ont cédé durant quelques jours puis ont récidivé à l'effort. Il est ensuite décédé d'un choc cardiogénique sur infarctus du myocarde (9).
- un cas d'artériopathie : une patiente de 50 ans diabétique, hypertendue, en surpoids, ayant déjà bénéficié d'un bilan cardiologique (athéromatose diffuse), a consulté son médecin pour des douleurs d'une jambe. Le médecin a constaté que le membre était froid, œdématié et a prescrit des anti-inflammatoires. Dix jours plus tard, le médecin aurait constaté une légère amélioration et a prescrit des corticoïdes et des antalgiques. Deux semaines plus tard, la remplaçante l'a examiné et a diagnostiqué une artérite sévère pour laquelle elle a prescrit un doppler qui sera réalisé une semaine plus tard. L'évolution a été marquée par une amputation en cuisse malgré la prise en charge médicale (8).
- 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - une patiente présentait une douleur thoracique et a bénéficié d'un bilan sanguin en milieu hospitalier. Le bilan n'a mis en évidence qu'une discrète augmentation des transaminases. Le diagnostic retenu a été celui de déchirure musculaire et elle a

regagné son domicile avec un traitement symptomatique. Dans la soirée, la patiente a présenté un arrêt cardio-respiratoire puis est décédée (152).

Infectiologie, 5 cas :

- 3 cas de retard diagnostique :
 - un cas de purpura fulminans chez un nourrisson : un médecin a examiné lors d'une visite un nourrisson de deux mois qui présentait de la fièvre. Le médecin a prescrit un traitement symptomatique. Quelques heures plus tard, une éruption cutanée est apparue. Le médecin s'est à nouveau rendu sur place et aurait constaté qu'il ne s'agissait pas d'un purpura. L'éruption se serait aggravée dans la soirée et l'enfant a présenté un choc septique sur un purpura fulminans (10).
 - un cas de méningite : un patient de 29 ans a consulté aux urgences pour des céphalées, de la fièvre, des vomissements ainsi que des douleurs abdominales. Le diagnostic évoqué était celui d'une labyrinthite pour laquelle un traitement symptomatique a été prescrit. Le patient a consulté à nouveau 3 fois, avant que le diagnostic de méningite ne soit posé 11 jours plus tard (9).
 - un cas d'arthrite septique de hanche chez un enfant de neuf ans a été considéré comme un rhume de hanche. L'enfant a été vu à 48h d'intervalle et les examens ont mis en évidence un syndrome inflammatoire et une synovite aiguë de hanche (10).
- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - un patient splénectomisé a présenté de la fièvre pour laquelle le médecin a prescrit un traitement symptomatique sans antibiothérapie. Un purpura fulminans est survenu dans les suites (10).

- un patient de 49 ans coronarien, obèse et hypertendu a présenté une pneumopathie hypoxémiante pour laquelle le médecin n'a pas décidé d'hospitalisation immédiate (10).

Cancérologie, 3 cas :

- 1 cas de retard diagnostique :
 - un neurinome médullaire compliqué de paraplégie a été découvert chez un homme de 41 ans, alors qu'il était suivi par des spécialistes (rhumatologue, rééducateur) (10).
- 2 cas de défaut de surveillance :
 - un patient de 75 ans atteint d'une hépatite C, qui aurait été suivie en milieu hospitalier, n'a pas été surveillé par le médecin généraliste. Sept ans après le début du suivi (par le médecin), le patient a présenté un ictère, un prurit et une altération de l'état général. Le médecin n'a pas proposé d'hospitalisation. La famille en a alors consulté un autre qui lui a fait bénéficier d'un bilan : il a été diagnostiqué un hépato carcinome (8).
 - chez un homme de 54 ans, un bilan hépatique semestriel de cirrhose n'a pas été surveillé. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un hépato carcinome (10).

Iatrogénie, 4 cas :

- 2 cas d'effet secondaire :
 - un patient de 61 ans, diabétique, a bénéficié d'un traitement par aminosides durant 10 jours (adapté à l'antibiogramme) pour traiter une ostéite d'un orteil. Dans les suites, il a souffert d'une surdité de perception et de vertiges ainsi que d'une aggravation de sa fonction rénale (7).
 - une contraception hormonale (Ludéal®) a été prescrite chez une femme migraineuse âgée de 43 ans à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse

médicamenteuse. Quinze jours après le début de la prise, elle a présenté des migraines motivant le changement de contraception pour un stérilet au cuivre. Elle a ensuite présenté un accident vasculaire cérébral (7).

- 2 cas de défaut de surveillance :

- une patiente vivant en maison de retraite est décédée d'un surdosage en anti-vitamine K par non surveillance des INR. Le médecin ne s'était pas rendu compte que les dosages d'INR (prescrits tous les quinze jours) n'étaient plus réalisés par les infirmières (9).
- une patiente porteuse d'une valve mécanique a bénéficié d'une biopsie d'une tumeur au sein. Pour ce faire, le cardiologue et le généraliste se sont occupés de la gestion du relais anti-vitamine K-héparine mais un accident vasculaire cérébral est survenu (9).

Rhumatologie, 2 cas de retard diagnostique :

- dans les deux cas, il s'agissait de lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval : les patients présentaient un déficit neurologique (10).

Neurologie, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- un médecin s'est déplacé sans matériel, au domicile d'un patient faisant une crise convulsive (8).

2.2.2.3.3. Avis des experts

La CCI a retenu une faute pour 20 dossiers (44,4 %), et n'a pas retenu de faute (aléa thérapeutique) dans 15 cas (33,3 %) et n'a pas pu s'exprimer dans 10 dossiers (22,2 %). Ces derniers cas seront étudiés dans le chapitre suivant : « analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnations des médecins ».

Tableau 29 – Indemnisations en CCI selon le type de faute.

Avis des experts	Nombre d'indemnisation (% du total des fautes)
Faute	20 (44,4 %)
Aléa thérapeutique	15 (33,3 %)
Incompétence ou rejet	10 (22,3 %)
Total	45 (100 %)

2.2.2.4. Condamnation en juridiction pénale

43,7 % des dossiers de cette juridiction ont entraîné une condamnation du médecin.

2.2.2.4.1. Par type de faute

La somme des fautes pénales est supérieure au nombre de dossiers ayant entraîné des condamnations pénales, car parfois, plusieurs fautes pouvaient être reprochées au médecin, en même temps. Le tableau ci-après expose ces éléments et montre que l'imprudence était la faute la plus représentée.

Tableau 30 - Nombre de condamnations pénales par type de faute.

Faute	Nombre de plaintes	Nombre de condamnations (% de faute pénale condamnée par rapport à l'ensemble des condamnations pénales)	% de condamnation par type de faute
Imprudence, négligence	25	10 (52,6 %)	40
- prise en charge diagnostique	12	4 (40 %)	33,3
- prise en charge thérapeutique	13	6 (60 %)	46,1
Faute d'omission	12	8 (42,1 %)	66,7
- prise en charge diagnostique	3	3 (37,5 %)	100
- prise en charge thérapeutique	9	5 (62,5 %)	55,5
Maladresse	1	0	0
Inobservation des règlements	1	1 (5,3 %)	100
Total	37	19 (100 %)	

2.2.2.4.2. Par pathologie ou situation clinique

L'analyse des situations cliniques ayant entraîné des condamnations pénales a mis en évidence que les pathologies cardio-vasculaires étaient les plus représentées, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 31 - Répartition des condamnations pénales par spécialité et événement.

Spécialité ou événement ou pathologie	Nombre de plaintes	Nombre de condamnations (% par rapport à l'ensemble des condamnations pénales)	% de condamnation par spécialité ou événement
Cardio-vasculaire	7	4 (28,6 %)	57,1
Infectiologie	6	3 (21,4 %)	50
Endocrinologie	3	3 (21,4 %)	100
Cancérologie	1	1 (7,1 %)	100
Gynécologie	1	1 (7,1 %)	100
Iatrogénie	2	1 (7,1 %)	50
Pneumologie	3	1 (7,1 %)	33,3
Total		14 (100 %)	

Cardio-vasculaire, 4 cas de non diagnostic :

- quatre cas d'infarctus du myocarde :
 - un homme de 47 ans, tabagique et en surpoids, a présenté une douleur thoracique associée à une dyspnée durant une soirée. Sa mère a contacté un médecin de garde qui a conseillé d'appeler le SAMU, mais il ne s'est pas déplacé. Le lendemain, la mère a alors contacté le médecin traitant qui s'est rendu sur place pour examiner le patient (pas d'examen particulier ni de mesure de tension artérielle). Il aurait conclu à une affection bronchique pour laquelle il aurait prescrit un traitement symptomatique. Quelques jours plus tard, comme les douleurs persistaient, la mère du patient a recontacté le médecin de garde qui aurait refusé de se déplacer. Elle a ensuite contacté le SAMU. Le régulateur n'aurait pas recueilli de signe de gravité et a donc envoyé une ambulance non médicalisée au domicile du patient qui est décédé à

l'hôpital d'un infarctus du myocarde. Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis (8).

- l'épouse d'un patient de 72 ans a contacté le médecin de garde car son mari ne se sentait pas bien. Elle aurait ajouté que la visite ne pressait pas. Lorsque le médecin est arrivé sur place, le patient présentait essentiellement des douleurs abdominales pour lesquelles le médecin aurait conclu à une colique néphrétique gauche. La nuit suivante, le médecin est rappelé par l'épouse à qui il conseille une hospitalisation par le biais du SAMU. Finalement, elle a contacté une ambulance qui a mis deux heures à venir. Le patient est décédé d'un infarctus du myocarde à l'hôpital. Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis (10).
- un médecin de garde a été contacté par l'épouse d'un patient présentant des vomissements. Sans se déplacer, et au téléphone, le médecin aurait diagnostiqué une gastro-entérite aiguë pour laquelle il a prescrit du Primpéran® (métoclopramide). L'épouse a contacté un autre médecin le lendemain, qui a posé le diagnostic d'infarctus du myocarde (86). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.
- une patiente a été victime d'un malaise qui a motivé une consultation dans un dispensaire. Le médecin rencontré lui a réalisé une piqûre et l'a laissé regagner son domicile. Comme la situation ne s'améliorait pas, la famille de la patiente a contacté le médecin à trois reprises. Il a systématiquement refusé de se déplacer et a recommandé deux autres injections. Ce n'est que le lendemain, lorsqu'un autre médecin a examiné la patiente, qu'elle a été transférée en hélicoptère vers un

hôpital, où elle est décédée d'un infarctus du myocarde (45). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

Infectiologie, 3 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- un médecin de garde a été contacté par la mère d'un jeune homme de 19 ans qui présentait des cervicalgies ainsi que des vomissements. Le médecin a refusé de se déplacer et a conseillé la prise d'un antiémétique. Le lendemain, alors que le patient était en épreuve de baccalauréat, il a été victime d'un malaise motivant une consultation médicale. Le médecin a alors constaté des taches purpuriques et a fait transférer son patient vers l'hôpital avec une lettre expliquant la suspicion de méningococcémie. Arrivé à l'hôpital, il a été pris en charge par un interne qui n'a pas débuté de traitement antibiotique à son arrivée (74). Le patient est décédé. Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.
- un nourrisson a présenté une gastro-entérite aiguë pour laquelle les consignes de surveillance n'ont pas été assez claires. L'affection s'est compliquée de déshydratation et le jeune patient est décédé (150). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.
- un sujet séropositif pour le VIH, sous trithérapie et sous Bactrim® en prophylactique, a présenté un état fébrile. Alors qu'il était en déplacement, il a consulté un médecin qui a diagnostiqué une rhinopharyngite et a changé le Bactrim® pour un autre antibiotique (céphalosporine). L'évolution a été défavorable avec apparition d'une dyspnée. Sur les conseils téléphoniques de son médecin traitant, le patient souhaitait faire réaliser une radiographie pulmonaire dans le service des urgences d'une clinique. Le médecin de garde a refusé de faire cette radiographie de « complaisance » et le patient a regagné son domicile. Il a contacté le SAMU dans la nuit qui l'a transporté vers un hôpital où il est décédé

d'une pneumopathie hypoxémiante (10). Le premier médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

Endocrinologie, 3 cas :

- 2 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :
 - un médecin a prescrit durant cinq ans du Fenproporex® (amphétamine anorexigène utilisée dans le traitement de l'obésité, à prescription initiale spécialisée) chez une patiente dépressive ayant pris un peu de poids (3 kg). Elle a ensuite présenté une dépendance au médicament ainsi qu'une dégradation de son état psychique. Lorsque le médicament a été retiré du marché en 1999, elle a présenté un syndrome de sevrage qu'elle a mal toléré (150). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.
 - un médecin a prescrit de façon régulière une amphétamine anorexigène dans le cadre d'une surcharge pondérale (10). Le médecin a dû régler une amende.
- 1 cas de défaut de surveillance :
 - un médecin généraliste en milieu pénitentiaire n'a pas été assez attentif au suivi d'un patient diabétique insulino-dépendant de 28 ans. Les glycémies ont peu été surveillées (elles oscillaient entre 0,5 et 5 g/l) et le traitement n'a pas été adapté quand une glycémie était supérieure aux normes. L'évolution a été marquée par la survenue d'une acidocétose mortelle (10). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

Cancérologie, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- une patiente était atteinte d'un cancer du sein inflammatoire, le médecin a traité le cancer par médecine naturelle et a encouragé sa patiente à refuser la chimiothérapie (9). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

Gynécologie, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- une patiente sous traitement hormonal substitutif de la ménopause a bénéficié de la réalisation d'une échographie mammaire ainsi que d'une mammographie. Toutes deux ont mis en évidence les premiers signes d'une affection cancéreuse. Malgré cela, le médecin a poursuivi le THS durant 2 ans, jusqu'à ce qu'une nouvelle mammographie soit réalisée. Celle-ci a montré un cancer du sein évolué nécessitant une prise en charge spécialisée rapide (87). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

Iatrogénie, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- un médecin a prescrit pour un nourrisson de deux mois et demi un Tétracoq®. La mère s'est rendue à la pharmacie qui a réalisé une substitution en lui remettant un Infanrix Polio Hib®. Lors de la visite pour le vaccin, le médecin préférait attendre que la mère ait récupéré le vaccin prescrit initialement, mais cette dernière a insisté pour qu'il soit fait le jour même. Le médecin a donc injecté l'Infanrix Polio Hib® et l'enfant a présenté de la fièvre durant 4 jours. Trois mois plus tard, le médecin a réalisé la deuxième injection d'Infanrix Polio HiB®. L'enfant a présenté à nouveau un épisode fébrile dans les suites du vaccin pour lequel le médecin l'a examiné et n'a rien constaté d'anormal. L'état de l'enfant s'est ensuite aggravé, puis il est décédé. Les hypothèses étaient une déshydratation majeure et une réaction vaccinale (10). Le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

Pneumologie, 1 cas de défaut de prise en charge thérapeutique :

- un médecin a refusé de se déplacer pour une crise d'asthme aiguë grave prétextant que c'était une « perte de temps » (47). Le patient est décédé, le médecin a été sanctionné d'une peine d'emprisonnement avec sursis.

La seule situation urgente recensée à la fois en décisions favorables et défavorables, et comportant plus de 3 dossiers était l'infarctus du myocarde : nous avons compté six plaintes pénales dont quatre ont été sanctionnées (66,7 %).

2.2.2.4.3. Selon le chef d'accusation

L'analyse des chefs d'accusation reprochés aux médecins généralistes a mis en évidence que l'homicide involontaire était le plus fréquent, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 32 - Répartition des condamnations pénales par chef d'accusation.

Chef d'accusation	Nombre	% de l'ensemble des chefs d'accusation
Homicide involontaire	8	57,1
Non-assistance à personne en péril	3	21,4
Blessures involontaires	1	7,1
Prescription de substances illicites	1	7,1
Total	14	100

2.2.2.4.4. Selon la sanction pénale pour le médecin

Dans le tableau ci-après, nous remarquons que la peine d'emprisonnement avec sursis était la plus fréquente.

Tableau 33 - Répartition des sanctions des procédures pénales.

Sanctions	Nombre de procédures	% des conclusions des procédures par rapport au total
Emprisonnement avec sursis	13	40,6
Amende	1	3,1
Pas de sanction	18	56,2
Total	32	100

2.2.2.5. Indemnisation en juridiction administrative

Un seul médecin généraliste exerçant en milieu hospitalier a été condamné en administratif (nous n'avons qu'un cas).

Une faute de négligence a été retenue dans le cadre d'un défaut de prise en charge diagnostique.

Une patiente a été hospitalisée pour syndrome confusionnel et céphalées. Elle a été examinée par un médecin généraliste exerçant à titre privé en milieu hospitalier et a bénéficié d'un bilan complet. Malgré les investigations, aucun diagnostic n'a pu être retenu. Elle a regagné son domicile 3 jours après son entrée, malgré le fait qu'il persistait des anomalies à la tomodensitométrie cérébrale. Elle est décédée d'un arrêt cardio-respiratoire à son domicile, sans avoir été revue en consultation depuis sa sortie (143). Le médecin généraliste condamné était celui de l'hôpital.

Au total, les spécialités les plus à risque de condamnation étaient les pathologies cardio-vasculaires, la cancérologie, l'infectiologie et la iatrogénie. Pour conclure cela, nous avons

réalisé un tableau recensant les quatre spécialités ayant entraîné des condamnations dans toutes les juridictions. Le tableau ci-après rassemble ces éléments.

Tableau 34 - Spécialités ayant entraîné le plus de condamnations, toutes juridictions confondues.

Spécialités	Nombre de plaintes	Nombre de condamnations	% de condamnation par spécialité
Cardio-vasculaire	39	32 (16 %)	82
Cancérologie	44	27 (13,5 %)	61,4
Infectiologie	32	24 (12 %)	75
Iatrogénie	39	19 (9,5 %)	48,7

2.2.3. Analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnations

Nous allons exposer et identifier dans quelles situations les médecins généralistes n'ont pas été condamnés. Dans le tableau ci-après, nous allons exposer les 87 décisions favorables dont nous disposons.

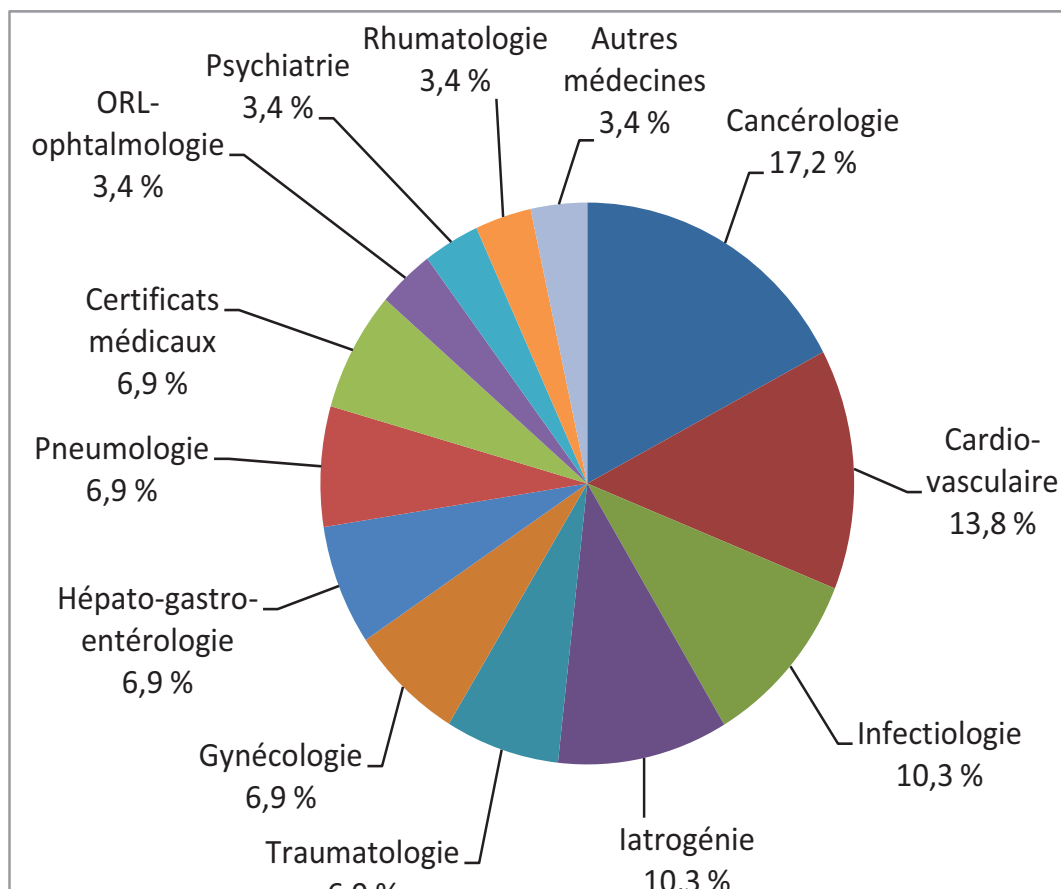
Tableau 35 - Répartition des dossiers n'ayant pas entraîné de condamnation.

Juridiction ou commission	Nombre total de dossiers	Nombre de dossiers non condamnés ou non indemnisés (% du nombre de décisions favorables)	% de dossiers n'ayant pas entraîné de condamnation ou d'indemnisation
Civile	149	29 (33,3 %)	19,5
Disciplinaire	60	15 (17,2 %)	25
CCI	45	25 (28,7 %)	55,6
Pénale	32	18 (20,7 %)	56,3
Administrative	1	0	0
Total	287	87 (100 %)	30,3

2.2.3.1. En juridiction civile

Les 29 spécialités ou motifs de décisions favorables sont présentés dans le graphique ci-après.

Figure 21 - Répartition des dossiers déboutés en juridiction civile.



Cancérologie, 5 cas :

- 4 cas concernant le diagnostic :
 - un patient a présenté des douleurs thoraciques symptomatiques d'un mésothéliome pleural dont l'évolution a été très longue (7 ans) et qui a été bien pris en charge au niveau des explorations (bilans biologiques, consultations spécialisées, radiographies). Le patient n'avait pourtant pas été exposé à l'amiante (37).
 - un cancer pulmonaire a été révélé par des métastases osseuses et cérébrales chez une dame de 85 ans (9). Nous ne disposons pas d'informations supplémentaires.

- un patient était en fait atteint d'une tumeur dorsale alors que le médecin le traitait pour une lombosciatique banale (9). Nous ne disposions pas d'informations supplémentaires.
- un patient a présenté une sensation de plénitude de l'oreille ainsi que des épistaxis durant un mois. Une consultation avec un ORL a eu lieu et a permis de conclure qu'il n'y avait pas de lésion suspecte ORL. Sur les conseils du spécialiste, un scanner était prévu à 3 mois mais le patient l'a réalisé plus tardivement, retardant le diagnostic de cancer du cavum (51).
- 1 cas concernant la prise en charge : chez un patient atteint de cancer du larynx, en soins palliatifs, un médecin (qui n'était pas son médecin habituel) a dû repositionner sa sonde naso-gastrique qu'il s'était arraché accidentellement. Il a pratiqué l'acte au cabinet médical, avec une sonde non radio-opaque (les radio-opaques sont disponibles à l'hôpital), en contrôlant avec un test à l'eau (pas de réflexe de toux), sans demander de contrôle radiographique (l'hôpital le plus proche était à 25 km). Dans les heures qui ont suivies, le patient a présenté une détresse respiratoire aiguë par inondation du poumon par son alimentation entérale. Il a été soigné en réanimation et est décédé. Le médecin ne savait pas que le patient avait bénéficié de chimiothérapie et de radiothérapie ayant aboli son réflexe de toux. La présence de ce réflexe aurait pu lui signaler que la sonde était mal positionnée (57).

Cardio-vasculaire, 4 cas concernant le diagnostic :

- trois cas d'infarctus du myocarde :
 - une femme a consulté un médecin pour une douleur constrictive rétro sternale irradiant dans le bras gauche. Un électrocardiogramme a été réalisé et a été interprété normal (il l'était). Le médecin a conclu à une bronchite associée à de l'angoisse. Vingt jours plus tard, sur les

conseils de son dentiste, la patiente a consulté un cardiologue qui a réalisé un électrocardiogramme mettant en évidence quelques anomalies. Elle a alors subi une coronarographie qui a retrouvé des signes d'infarctus du myocarde. Le médecin généraliste n'a pas fait d'erreur d'interprétation de l'électrocardiogramme et même si il avait obéit à son devoir de conseil (dire à la patiente de consulter un cardiologue), l'évolution n'aurait pas été différente (49).

- une patiente de 32 ans, sans facteur de risque cardio-vasculaire, a téléphoné à un médecin pour se plaindre de douleurs du bras et de la mâchoire. Elles ont été attribuées à tort à un syndrome grippal. Elle est décédée d'un infarctus du myocarde (9).
- un homme de 55 ans, aux multiples facteurs de risques cardio-vasculaires, consulte son médecin pour une symptomatologie ressemblant à un reflux gastro-œsophagien. Il s'agit d'un patient peu observant qui avait déjà eu ces symptômes. Le médecin lui conseille alors de voir un spécialiste. Quelques temps après, il fait de nombreux malaises et se présente en consultation avec une dyspnée. Le médecin lui conseille de voir le cardiologue, qui le reçoit le lendemain et lui fait faire une épreuve d'effort (positive). Il prévoit une coronarographie qui ne pourra pas être réalisée en raison d'une anémie importante (pour laquelle le bilan d'exploration est négatif). Quelques jours plus tard, l'épouse téléphone au médecin parce que son mari ne se sent pas bien. Au téléphone, il pense à une gastro-entérite, il ne peut pas se déplacer en raison des visites et conseille d'appeler un autre médecin. Un peu plus tard, sa fille appelle le SAMU car son père est pâle et présente une

dyspnée. Le régulateur conseille d'appeler un autre médecin. Le patient décède dans l'heure qui a suivie. Selon l'expertise, il n'y avait pas d'éléments, dans le passé du patient, qui auraient dû inquiéter le médecin qui ne s'est pas déplacé. Aucune faute n'a pu être retenue contre le médecin qui a recueilli des informations de seconde main (de la fille, de l'épouse), qui étaient probablement déformées et dont le contenu n'est même pas certain (10).

- un cas de fissuration de l'aorte : un médecin a consulté à plusieurs reprises un patient à son domicile alors qu'il présentait des douleurs abdominales et des troubles digestifs sans signe de gravité. Une nuit, lors d'un effort de défécation, le patient a ressenti une violente douleur en coup de poignard. Il examiné par le médecin et a été transporté en urgence à l'hôpital où le bilan initial a mis en évidence un anévrisme de l'aorte fissuré qui a nécessité une prise en charge chirurgicale dont les suites se sont compliquées. La famille a reproché au médecin de ne pas avoir été assez clair quant à la gravité de la situation, le médecin a expliqué ne pas vouloir inquiéter son patient. De plus, le diagnostic a été porté en temps voulu, il n'y avait pas de retard diagnostique (68).

Infectiologie, 3 cas :

- 2 cas concernant le diagnostic :
 - un patient a présenté une douleur brutale au niveau d'un genou après avoir stationné longtemps au sol. Il a consulté le médecin le jour-même puis 3 jours plus tard. Au troisième jour, la jambe présentait des taches purpuriques et un œdème, sans fièvre associée pour laquelle le médecin a prescrit des antibiotiques et a fait une demande d'examens complémentaires. Il avait noté dans son dossier que la couleur de la jambe était liée à l'application d'une pommade. L'évolution a

été nettement défavorable (fièvre, aggravation de l'état cutané), imposant une hospitalisation pour traitement chirurgical d'une fasciite nécrosante (55).

- une aide-soignante en maladies infectieuses a présenté durant plusieurs mois une toux, une asthénie ainsi que des frissons, traités occasionnellement par plusieurs cures d'antibiothérapies, après avoir consulté trois médecins différents. C'est finalement dans un service d'urgences où elle s'est rendue que le diagnostic de tuberculose est posé (radiographie typique, présence de BK à l'examen direct). La patiente était a priori immunisée contre la tuberculose et a présenté des symptômes non alarmants, le diagnostic était difficile et il n'existait pas de séquelles secondaires au retard diagnostique (7).
- 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique : un sujet séropositif pour le VIH, sous trithérapie et sous Bactrim® en prophylactique, a présenté un état fébrile pour lequel un médecin a diagnostiqué une rhinopharyngite et a échangé le Bactrim® pour un autre antibiotique (céphalosporine). L'évolution a été défavorable avec persistance de la fièvre et apparition d'une gêne respiratoire. Comme le patient était en déplacement, il s'est arrangé pour faire réaliser une radiographie thoracique. Malheureusement, à la clinique où il s'est rendu, le médecin de garde n'était pas d'accord pour prescrire la radiographie, prétextant que les antibiotiques devaient agir, et le patient est reparti. Dans la nuit, il a contacté le SAMU qui l'a transporté à l'hôpital où a été diagnostiquée une pneumopathie hypoxémiante. Le patient est décédé. Le médecin a été condamné en pénal, et la famille a été déboutée de ses demandes en civil (11).

Iatrogénie, 3 cas :**a) 2 cas de iatrogénie médicamenteuse :**

- 2 cas d'effet secondaire :
 - un syndrome de Lyell au Trancopal® (chlormézanone, myorelaxant). L'indication de prescription était adaptée (lombalgies), la prescription était conforme à la monographie du Vidal et dès que le médecin a constaté l'éruption cutanée et la fièvre, elle a fait hospitaliser sa patiente (31).
 - un cas de déclaration de sclérose en plaques après vaccination par le vaccin anti-VHB (9). Nous ne disposons pas de données supplémentaires.

b) 1 cas de iatrogénie non médicamenteuse (actes médicaux) :

- infiltrations : un patient a subi trois infiltrations par son médecin généraliste et son rhumatologue. Il a présenté dans les suites une arthrite septique, mais il n'était pas possible d'établir quelle infiltration avait causé le dommage (79).

Traumatologie, 2 cas concernant le diagnostic :

- une fracture de côte avec blessure de rate au cours d'une bagarre à l'école (10). Nous ne disposons pas d'informations supplémentaires.
- une fracture de l'odontoïde chez un patient alcoolisé, examiné au domicile par le médecin, sans signe de gravité initialement. Il a ensuite présenté une tétraplégie et est décédé (10). Nous ne disposons pas d'informations supplémentaires.

Gynécologie, 2 cas :

- 1 cas concernant l'information : chez une dame de 40 ans ayant un projet de grossesse, le risque de trisomie 21 n'avait pas été bien expliqué. A la 18^{ème} semaine de grossesse, le gynécologue lui avait pourtant proposé une amniocentèse, qu'elle aurait refusée. La patiente a accouché d'un enfant atteint de trisomie 21 (80).

- 1 cas concernant la surveillance : le nodule du sein d'une patiente a fait l'objet d'un bilan correct, mais malgré cela, il a évolué en cancer quelques années plus tard alors que la patiente était sous traitement hormonal substitutif (63).

Hépatogastro-entérologie, 2 cas concernant le diagnostic :

- un médecin a conclu à une gastro-entérite après avoir examiné un enfant ne présentant ni fièvre, ni vomissements ni douleurs abdominales vives. L'état de l'enfant s'est dégradé pour évoluer secondairement en péritonite appendiculaire. Initialement, aucun signe clinique n'était en faveur de la nécessité de mettre en place un suivi complémentaire (43).
- une jeune fille présentant de la fièvre et des douleurs abdominales atypiques a été examinée par un médecin, de façon consciencieuse. Il a évoqué une infection urinaire et a prescrit des examens biologiques. Dès que les parents l'ont informé de l'aggravation de l'état clinique de la jeune fille, il s'est rendu rapidement sur place et a préconisé une hospitalisation en estimant qu'il s'agissait d'une infection urinaire. Arrivée à l'hôpital, le diagnostic de péritonite appendiculaire a été posé, mais deux arrêts cardiaques sont survenus et elle est restée dans un état végétatif (81).

Certificats médicaux, 2 cas :

- 1 certificat d'hospitalisation en psychiatrie : un médecin a rédigé un certificat d'hospitalisation d'office sans examiner la patiente et à la seule vue d'éléments cassés jonchant le sol. Ce certificat ne répondait pas aux exigences légales de rédaction et a donc annulé la mesure d'internement (32).
- 1 certificat de complaisance : un médecin a rédigé un certificat de coups et blessures concluant à une incapacité totale de travail de 30 jours pour une patiente présentant des blessures minimales, alors qu'elle était en cours de séparation. Elle avait en fait reçu

une gifle de la part de son mari, duquel elle était en train de divorcer, car elle avait fortement dégradé la voiture de ce dernier. Le mari a porté plainte car il a été incarcéré à cause de la production de ce certificat. Il a été débouté de sa demande car le certificat n'était pas conforme. L'acte était disproportionné aux faits (9).

Pneumologie, 2 cas :

- 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique : un nourrisson de 4 mois a présenté une détresse respiratoire sur régurgitation gastrique, pour laquelle le médecin a tardé à se déplacer en raison des informations peu inquiétantes qu'il avait eues (par le régulateur du SAMU). Dès qu'il a été informé de l'aggravation de l'état de l'enfant, il s'est rapidement rendu sur place (73).
- 1 cas de défaut de surveillance : un patient a présenté une dyspnée d'évolution trainante. L'attitude du médecin a été adaptée : bilans biologiques, orientation vers le cardiologue. Cependant, le patient est décédé d'une embolie pulmonaire (59).

ORL - ophtalmologie, 1 cas concernant le diagnostic :

- un patient présentait une gêne visuelle à l'œil droit. Il a consulté à 2 reprises un médecin qui lui a prescrit des collyres, sans efficacité. Le patient s'est alors rendu en consultation ophtalmologique où le diagnostic d'occlusion de la veine centrale de la rétine a été posé. L'expertise a montré que le médecin avait examiné correctement son patient et qu'il lui avait délivré des soins conformes (66).

Psychiatrie, 1 cas concernant le suivi :

- un patient dépressif était suivi par un médecin psychiatre, les consultations étaient régulières, les deux médecins (généraliste et spécialiste) ont délivré des soins consciencieux, mais malgré cela le patient s'est suicidé (54).

Rhumatologie, 1 cas concernant le diagnostic :

- un patient a présenté un lumbago que le médecin a soigné de façon adaptée (anti-inflammatoires non stéroïdiens, repos, mésothérapie, kinésithérapie, arrêt de travail). L'évolution a été spontanément défavorable avec apparition d'un syndrome de la queue de cheval. Au moment où le lumbago a été diagnostiqué, aucun examen complémentaire n'était nécessaire en l'absence de signe de localisation neurologique. De plus, lorsque le patient a appelé son médecin pour l'informer de l'évolution, ce dernier lui a conseillé d'aller faire réaliser une sacroradiculographie (35).

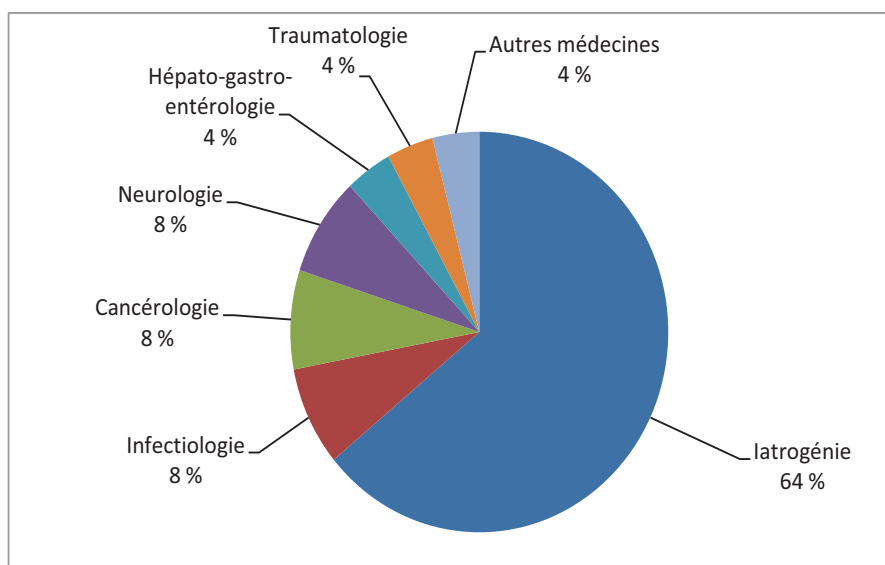
Autres médecines, 1 cas :

- un médecin spécialisé et compétent en chirurgie esthétique a réalisé des erreurs dans la réalisation des actes (72). Nous n'avons pas plus de précisions.

2.2.3.2. En règlement amiable (CCI)

Voici la répartition des 25 motifs de dossiers favorables des patients en CCI.

Figure 22 - Répartition des dossiers non indemnisés en règlement amiable (CCI)



Aléa thérapeutique, 15 cas (33,3 %) :

- Iatrogénie médicamenteuse, 10 cas concernant la thérapeutique :
 - six cas concernent les anti-inflammatoires non stéroïdiens :
 - trois syndromes de Lyell :
 - une patiente de 36 ans a bénéficié d'un traitement par Profénid® (Kétoprofène) pour des céphalées et de cervicalgies. L'indication était adaptée mais la patiente avait omis de dire à son médecin qu'elle avait présenté à l'âge de 16 ans un syndrome de Lyell suite à la prise d'un anti-inflammatoire (7).
 - un patient était traité par Ketec® (telithromycine), Ibuprofène, Nureflex® et Oracefal® (cefadroxil) (10). Nous ne disposions pas de données supplémentaires.
 - une patiente a bénéficié d'un traitement par Piroxicam, Feldène® pour une arthrite de la main. Quinze jours après l'arrêt du traitement, elle présente un syndrome de Lyell (152). La prescription de ce médicament était postérieure à la mise en garde de l'AFSSAPS mais le Vidal® n'avait pas encore été mis à jour. De ce fait, le médecin n'a pas réalisé de faute.
 - un purpura thrombopénique auto-immun est survenu après un traitement justifié par Célebrex®(Celecoxib) pour une pathologie articulaire mécanique (9).
 - une réaction immunologique (Celecoxib, Célebrex®) (10). Nous ne disposions pas de données supplémentaires.
 - une hémorragie digestive (Rofécoxib, Vioxx®) (10). Nous ne disposions pas de données supplémentaires.

- un syndrome de Lyell est apparu après quinze jours de traitement par Lanzor® (Lanzoprazole) (9). Nous ne disposions pas de données supplémentaires.
- un cas de réaction immunologique à type de nécrose corticale rénale bilatérale sous Hexaquine® (quinine Benzoate) (10). Nous ne disposions pas de données supplémentaires.
- un cas d'hématome spontané épidural sous antiagrégants plaquettaires (clopidogrel, Plavix® et acide acétylsalicylique, Kardégic®) : un homme sous bithérapie anti-agrégante plaquettaire a présenté un hématome épidural spontané compliqué d'une paraplégie (10).
- une patiente a présenté une dépression du post-partum pour laquelle elle a bénéficié d'un traitement antidépresseur (justifié) par Effexor® (venlafaxine). Seize mois plus tard, une hépatite fulminante est apparue, nécessitant une transplantation hépatique (152). Les soins ont été déclarés conformes.
- Iatrogénie non médicamenteuse, 2 cas de complications de manipulation cervicale :
 - un médecin formé et compétent a pratiqué une manipulation cervicale chez un patient présentant des céphalées. Une complication à type d'accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire est survenue (9). Nous ne disposions pas de données supplémentaires.
 - un médecin formé et compétent a manipulé un patient de 41 ans pour des cervicalgies et dorsalgies, mais une dissection de l'artère vertébrale est apparue (8).
- Infectiologie, 2 cas concernant le diagnostic :
 - un patient a présenté une septicémie à bactérie multi-résistante au décours immédiat d'une ponction-biopsie prostatique. Un diagnostic initial de gastro-entérite aiguë a été initialement posé, puis le patient a été hospitalisé en

réanimation pour choc septique. Il est décédé des complications de la réanimation, plus particulièrement d'une hémoptysie massive secondaire à la trachéotomie (9).

- une jeune fille de 16 ans a présenté un tableau atypique de méningite à méningocoque. De plus, l'évolution des signes de méningite était torpide, rendant le diagnostic et la prise en charge difficiles (8). Elle est décédée.
- Autres médecines, 1 concernant la thérapeutique :
 - en acupuncture, une infection est survenue dans les suites d'un traitement de tendinite achilléenne (10).

Dossier rejeté (les conditions de temps n'étaient pas respectées ou la plainte n'était pas fondée), 6 cas (13,3 %) :

- Iatrogénie médicamenteuse, 2 cas concernant la thérapeutique :
 - un cas de déclaration de sclérose en plaques suite à une vaccination anti-VHB (9). Nous ne disposons pas de données supplémentaires.
 - un patient se serait défenestré alors qu'il était traité par du Ziban® (Bupropion) (9). Nous ne disposons pas de données supplémentaires.
- Cancérologie, 2 cas concernant le diagnostic :
 - un cas de cancer broncho-pulmonaire : un patient était sous traitement anticoagulant pour une phlébite et n'a pas pu bénéficier d'une fibroscopie bronchique durant quelques mois pour cette raison (9).
 - un cas de tumeur de la fosse postérieure dans un contexte de troubles psychiatriques (9). Nous ne disposons pas de données supplémentaires.
- Hépto-gastro-entérologie, 1 cas concernant le diagnostic :
 - une hernie dont le diagnostic était difficile car elle était étranglée dans le ligament gastro-colique (9).
- Neurologie, 1 cas concernant le diagnostic :

- un médecin a demandé une tomodensitométrie cérébrale en urgence pour un patient présentant des céphalées persistantes sans fièvre. Le scanner a mal été interprété : il s'agissait en fait d'une hémorragie méningée (9).

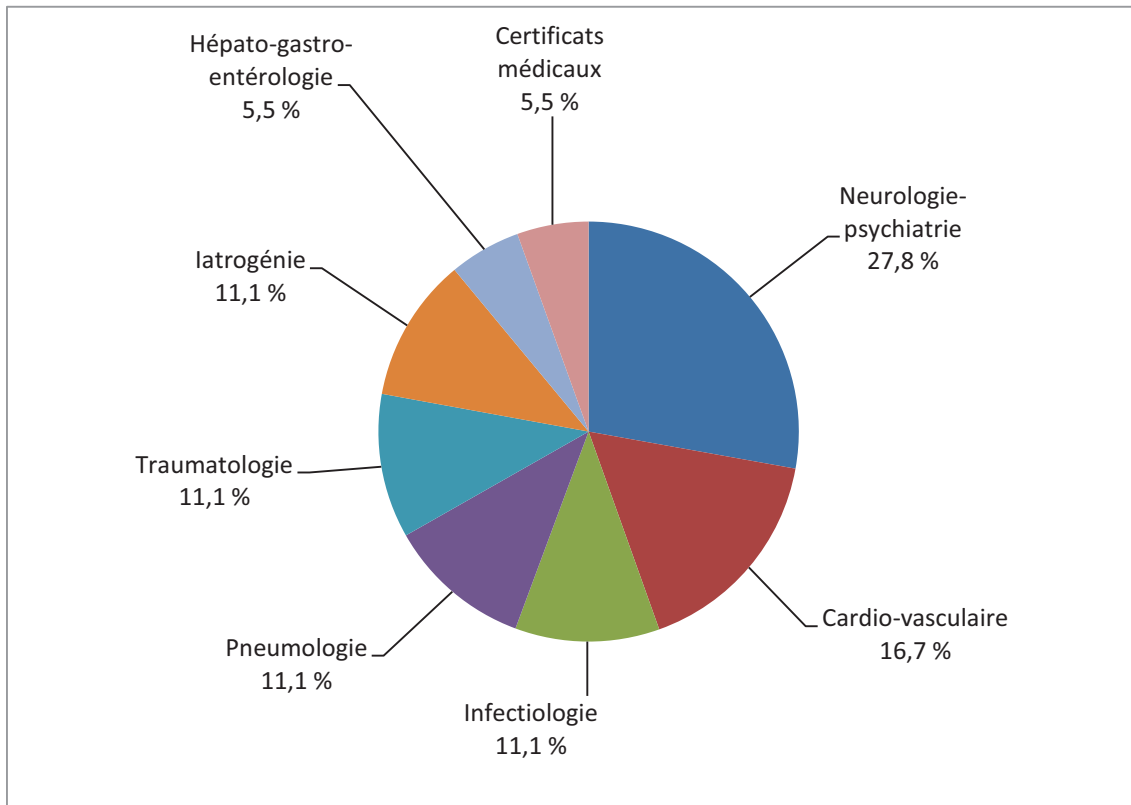
Non recevabilité (le préjudice n'atteint pas le seuil requis), 4 cas (8,9 %) :

- Iatrogénie médicamenteuse, 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique :
 - un médecin a prescrit des fluoroquinolones à un patient âgé traité par corticothérapie au long cours pour une vascularite. Il a présenté une rupture bilatérale des tendons d'Achille (9).
- Iatrogénie non médicamenteuse, 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique :
 - une douleur cubitale est apparue après une infiltration au coude (9). Nous ne disposons pas de données supplémentaires.
- Traumatologie, 1 cas concernant le diagnostic :
 - un cas de lésion nerveuse après luxation d'une épaule (9). Nous ne disposons pas de données supplémentaires.
- Neurologie, 1 cas concernant le diagnostic :
 - un patient sous traitement anticoagulant a présenté un hématome extra dural lombaire après une chute, pour lequel le médecin lui avait prescrit une tomodensitométrie du rachis lombaire qu'il n'avait pas réalisée. Une consultation aux urgences 48h avant avait mis en évidence un tassement vertébral. Le patient a porté plainte en raison des souffrances endurées suite au retard diagnostique, elles n'atteignaient pas le seuil de gravité requis (9).

2.2.3.3. En juridiction pénale

Voici les 18 dossiers non condamnés en juridiction pénale. Le graphique ci-après montre la répartition des plaintes par spécialité.

Figure 23 - Répartition des dossiers non condamnés en juridiction pénale.



Relaxe (la preuve de la culpabilité n'est pas établie), 9 cas (28,1 %) :

- Iatrogénie, 2 cas concernant la thérapeutique :
 - un patient traité par Topalgic® (Tramadol) a eu un accident de la voie publique en raison d'une somnolence importante. Il est décédé dans les suites de l'accident (9)
 - une patiente a bénéficié d'une liposuction par un médecin. Ce dernier lui a prescrit un anxiolytique (Tranxène® 20 mg) par voie intraveineuse pour une crise d'angoisse apparue peu de temps après la liposuction. Cette injection a entraîné le décès de la patiente. L'expertise n'a pas permis de dire si le décès était secondaire à une hypersensibilité de la patiente au produit ou si il s'agissait d'une interaction

avec des médicaments précédemment administrés. Aucune analyse biologique n'a été réalisée avant et après l'injection, donc aucune preuve n'est disponible. Il n'existait pas de lien entre le décès et la faute supposée du médecin (83).

- Pneumologie, 2 cas :

- 1 cas concernant le diagnostic : une embolie pulmonaire a été difficile à diagnostiquer chez un patient atteint d'un tassement vertébral post-traumatique, qui avait été mobilisé rapidement. Il a été examiné consciencieusement, à plusieurs reprises, par plusieurs médecins (60).
- 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique : un nourrisson de 4 mois a présenté une détresse respiratoire sur régurgitation gastrique pour laquelle les parents ont contacté le SAMU. Le médecin régulateur a demandé au médecin traitant de se rendre au domicile, sans préciser l'urgence, car aucun signe alarmant n'avait été perçu lors de la communication téléphonique avec les parents. Mais dès que le médecin traitant a été informé de l'aggravation de l'état clinique du jeune patient, il s'est rendu rapidement sur place (73).

- Cardiologie, 1 cas concernant le diagnostic :

- un jeune homme de 28 ans a consulté son médecin traitant pour des palpitations. Le médecin lui a diagnostiqué une tachycardie liée au stress et lui a prescrit un traitement pour ralentir le rythme cardiaque et diminuer l'angoisse. Deux jours plus tard, le patient a fait une nouvelle crise pour laquelle le médecin (de garde à ce moment) a conseillé de traiter en prenant les médicaments. Il a expliqué qu'il restait disponible et qu'on pouvait le rappeler si le patient n'allait pas mieux. Dans la soirée, le patient s'est senti mieux, puis il a fait une nouvelle crise et est décédé malgré l'intervention du SAMU. Le médecin n'avait pas eu connaissance du péril imminent du patient lors de la communication téléphonique (44).

- Hépatogastro-entérologie, 1 cas concernant le diagnostic :
 - un enfant de 10 ans a été emmené en consultation pour des douleurs abdominales et une toux. L'examen clinique a été consciencieux. Le médecin a diagnostiqué un syndrome bronchitique associé à une adénite mésentérique et a prescrit un traitement symptomatique en expliquant qu'il restait disponible. Quarante-huit heures plus tard, l'enfant était en arrêt cardio-respiratoire sur une péritonite purulente généralisée par perforation d'une appendicite phlegmoneuse (9).
- Infectiologie, 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique :
 - une méningite est survenue chez une jeune fille de 16 ans pour laquelle la prise en charge a été déclarée consciencieuse (152).
- Traumatologie, 1 cas concernant la prise en charge :
 - une patiente épileptique a convulsé à son domicile et s'est brûlée avec de l'eau chaude. Elle a tardé à contacter le médecin généraliste (elle a attendu cinq heures), qui s'est rendu sur place. Comme elle nécessitait une prise en charge hospitalière, il lui a rédigé un courrier afin qu'elle soit hospitalisée. La patiente a refusé et souhaitait aller dans un autre hôpital. Elle a donc attendu que son mari rentre au domicile (quatre heures plus tard), pour être enfin prise en charge. Les brûlures intéressaient 11% de la surface corporelle (9).
- Neurologie-psychiatrie, 1 cas concernant le diagnostic :
 - une jeune femme de 23 ans a été examinée par un médecin lors d'une visite pour des céphalées avec vomissements. Dans ses antécédents, elle lui a signalé des anévrysmes cérébraux opérés chez sa mère. L'examen clinique du médecin était sans particularité, il a prescrit un traitement symptomatique et a expliqué qu'il restait disponible. Une demi-heure plus tard, la patiente l'a rappelé en raison de la majoration des céphalées et le médecin a décidé de la faire hospitaliser. Lors de sa

communication avec le régulateur, il a été dissuadé de la faire transporter vers l'hôpital. La patiente est donc restée au domicile, avec un traitement symptomatique, elle est décédée un peu plus tard (82).

Non-lieu (les éléments de l'enquête ne justifient pas la poursuite de l'action pénale), 6 cas (18,7 %) :

- Neurologie-psychiatrie, 3 cas :
 - 1 cas concernant le diagnostic : un jeune homme de 18 ans, sous imprégnation alcoolique, a été victime d'un traumatisme crânien. Il a été examiné au domicile par le médecin de garde qui avait constaté une somnolence (attribuée à l'intoxication alcoolique) ainsi qu'une trace d'impact crânien. Le patient a été retrouvé mort dans la soirée, dans les suites d'un hématome extra-dural majeur (10).
 - 2 cas concernant la thérapeutique :
 - un médecin, titulaire d'un diplôme en médecine psychosomatique, a assuré seul une psychothérapie à un patient, sans la compétence requise. Il n'avait pas connaissance de la grande détresse psychologique de sa patiente qui présentait quelques tendances suicidaires. La patiente a notamment porté plainte pour abus de faiblesse (91).
 - un médecin s'est rendu au domicile d'un patient présentant un tableau clinique compatible avec une hémorragie méningée. Il a alors contacté le régulateur du SAMU en lui faisant part de sa suspicion et en ajoutant que le patient présentait des antécédents familiaux d'anévrisme. Le régulateur a refusé le transport du patient, et a dissuadé le médecin de faire hospitaliser son patient. Le médecin a alors mis en place plusieurs

moyens médicaux pour améliorer l'état de sa patiente qui est ensuite décédée (10).

- Cardiologie, 2 cas :

- 1 cas concernant le diagnostic : un médecin a consulté un patient de 40 ans à son domicile pour douleurs thoraciques et vomissements. Ce patient n'avait aucun antécédent particulier. Il a conclu à tort à une douleur thoracique sur fond anxio-dépressif dans le cadre d'une virose. Il a pratiqué le test à la trinitrine (négatif) mais n'a pas réalisé d'électrocardiogramme. Le médecin a quitté le domicile en expliquant qu'il restait disponible et qu'il pourrait faire un électrocardiogramme si la situation ne s'améliorait pas. Le patient est décédé le lendemain d'un infarctus du myocarde (8).
- 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique : un patient de 46 ans a fait un malaise après effort intense. Le médecin s'est rendu sur place, a réalisé le test à la trinitrine sublinguale, qui a été sans effet. Il a réalisé l'électrocardiogramme, qu'il a conclu normal malgré la piètre qualité du tracé (il n'a pas été retrouvé ensuite). Alors que le SAMU était engagé sur cette intervention, le médecin a annulé la demande et a fait une demande de transport non médicalisé. Peu après, le patient a fait un autre malaise dans le véhicule des secours. Malgré la prise en charge, il est décédé. La famille a porté plainte car l'électrocardiogramme confié au médecin a disparu ainsi que les enregistrements de l'appel au SAMU (7).

- Infectiologie, 1 cas concernant la prise en charge thérapeutique :

- une jeune femme splénectomisée et sous immunosuppresseurs pour un lupus, a présenté de la fièvre et des céphalées. Elle a été examinée par le médecin qui a conclu à une gastro-entérite aiguë. Son état général a empiré, et elle a présenté un purpura fulminans pneumococcique dont elle est décédée. En fait, depuis sa

splénectomie, elle avait refusé toute vaccination anti-pneumococcique. La symptomatologie présentée par la patiente pouvait s'inscrire dans le cadre d'une épidémie de gastro-entérite et il n'est pas certain que le décès de la patiente ait pu être évité si l'hospitalisation avait été demandée plus tôt (9).

Sans suite (le magistrat décide de ne pas donner de suite à l'affaire), 3 cas (9,4 %) :

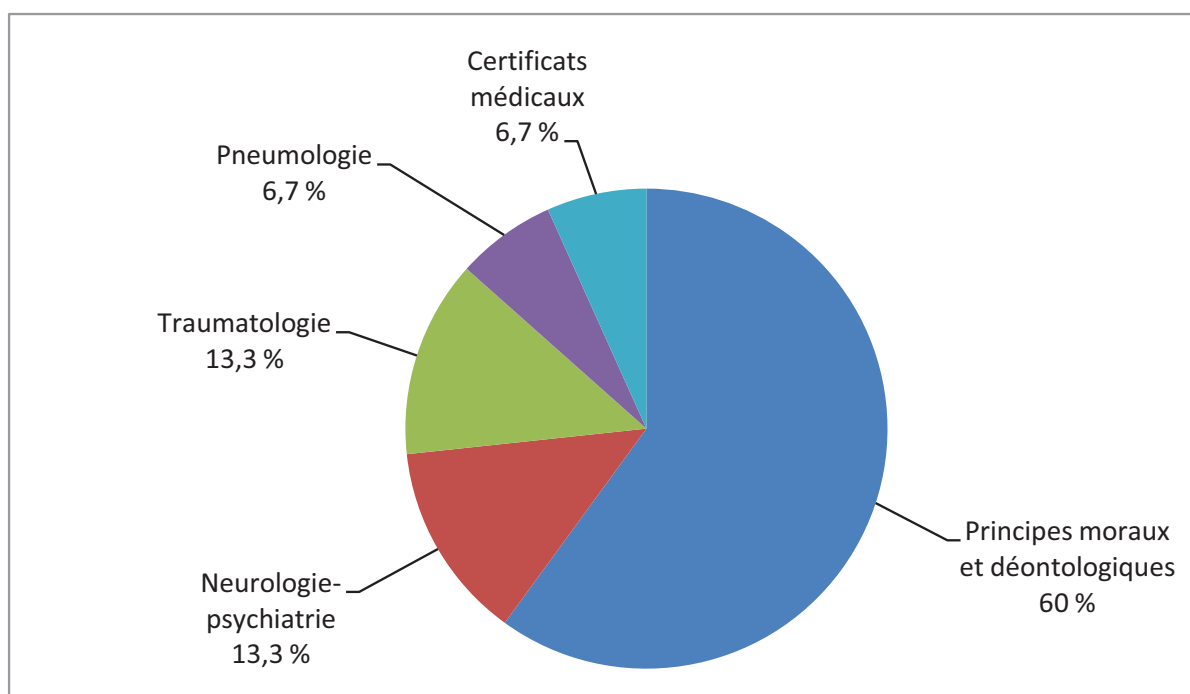
- Neurologie-Psychiatrie, 1 cas concernant la thérapeutique :
 - un médecin a été appelé au domicile d'un patient présentant une crise convulsive. Malheureusement, son remplaçant était en visite avec son véhicule et sa valise professionnelle. Il s'est alors rendu sur place avec son véhicule personnel dans lequel il avait quelques médicaments. Arrivé au domicile du patient, il a constaté que ce dernier était en état de mal épileptique, et a contacté le SMUR qui n'avait pas d'équipe disponible. Il a alors demandé au VSAB de la commune de son cabinet de venir. Mais à son arrivée, le médicament voulu n'était pas dans le véhicule. Il a alors décidé de transporter le patient à son cabinet pour faire une injection de Rivotril®, qui fera ralentir la crise. Une heure après, le patient convulsait toujours et le médecin a décidé de rejoindre l'équipe du SAMU à mi chemin (70 km de distance). Le patient a perdu conscience, est devenu fébrile, puis a été intubé, ventilé, sédaté et transféré en réanimation (8).
- Traumatologie, 1 cas concernant le diagnostic :
 - un médecin a contentonné de façon un peu abrupte un patient agité. Il lui a malencontreusement tordu la jambe occasionnant une entorse grave du genou (10).
- Certificats médicaux, un cas :
 - un médecin a délivré un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers sans examiner la patiente et sur les seuls dires de son mari. Il connaissait la patiente et

savait qu'elle était bipolaire, en accès maniaque. Toutefois, dans son certificat, il a relaté des constatations non faites au moment de l'examen (152).

2.2.3.4. En juridiction disciplinaire

Voici les 15 motifs de dossiers favorables aux médecins généralistes en juridiction disciplinaire. Le graphique ci-dessous en montre la répartition.

Figure 24 - Répartition des dossiers non sanctionnés en instance disciplinaire.



Non-respect des principes moraux et déontologiques, 9 cas :

a) 6 cas de manquements aux devoirs envers les patients :

- Immixtion dans la vie privée, 2 cas :
 - un certificat a été remis à une nourrice, attestant que l'enfant qu'elle gardait depuis huit ans était atteint d'un syndrome dépressif et tenait des propos agressifs à l'égard de son père. Le médecin n'a pas porté d'appréciation dans ce certificat.

Le fait que ce certificat ait été produit en justice n'a pas été imputé au médecin (97).

- un cas de signalement : une patiente suivie par un généraliste a évoqué les sévices sexuels subis par sa petite-fille de la part de son père. Le médecin a réalisé un signalement sans connaître ni avoir vu l'enfant. Le Conseil de l'Ordre a estimé qu'il avait agi en bon citoyen, et qu'aucun manquement déontologique ne lui était reproché (138).
- Honoraires, 2 cas :
 - un médecin membre d'une association libérale assurant la permanence des soins a été appelé dans une maison de retraite pour constater un décès. Ne voyant aucun proche là-bas, il est reparti avec le certificat expliquant qu'il le donnerait à un membre de la famille en échange des honoraires. Son attitude a pu être expliquée par le fait qu'il devait reverser une partie de ses honoraires à l'association (110).
 - un médecin généraliste titulaire d'un diplôme universitaire d'endocrinologie, de diabétologie et de maladies métaboliques, exerçant en secteur II, faisait régler 40 euros par consultation à ses patients. Il a respecté le principe du tact et la mesure (99).
- Information, un cas : un patient a déposé plainte contre son médecin en expliquant qu'il l'avait entraîné à subir une vasectomie afin de sauvegarder sa vie conjugale. Le médecin de son côté, a soutenu que c'était l'idée du patient et qu'il lui avait pourtant expliqué que c'était une intervention irréversible. Il lui a même délivré une ordonnance pour faire un don de sperme au Cecos afin de préserver sa descendance. Ce dernier élément a joué en la faveur du médecin (119).

- Continuité des soins, un cas : un médecin a continué de soigner des enfants malgré le refus de leur père qui était divorcé de leur mère. Ces enfants étaient amenés par la mère en consultation et le médecin ne pouvait pas les refuser. De plus, ce médecin a expliqué qu'il n'était pas leur médecin traitant, mais qu'il les avait reçus en consultation à six reprises, de façon ponctuelle (118).

b) 2 cas de manquements aux devoirs généraux des médecins :

- Certificats de complaisance, un cas : un certificat a été délivré par un médecin alors qu'il trouvait sa patiente dans un état agité et présentant une tendance suicidaire. La patiente a utilisé ce certificat pour ne pas se rendre à l'audience de conciliation de sa procédure de divorce. Le jour de cette audience, le mari de cette dame l'a justement croisée en train de « faire les magasins ». Le médecin a expliqué avoir délivré ce certificat dans le seul intérêt de la patiente. Le Conseil de l'Ordre des Médecins n'a pas retenu de manquement déontologique (95).
- Principes moraux et de probité, un cas : un homme a découvert que son médecin traitant entretenait une liaison depuis sept ans avec son épouse, elle-même suivie par ce médecin. Le mari a présenté un infarctus du myocarde 4 mois après la découverte des faits. Cet événement a été déclaré sans lien avec les faits. Le Conseil de l'Ordre des Médecins a conclu qu'il s'agissait d'une liaison entre deux adultes consentants, et qu'aucun manquement déontologique n'avait été réalisé (105).

c) un cas concernant l'exercice de la profession :

- plaques professionnelles et affichage, un cas : une plaque professionnelle comportait une inscription douteuse : « Médecine interne » alors que le médecin était uniquement détenteur d'une compétence en médecine tropicale exotique (129).

Neurologie-psychiatrie, 2 cas :

- 1 cas de neurologie : un patient a présenté un accident vasculaire cérébral alors qu'il était en vacances en Corse, la famille a porté plainte contre le médecin traitant car il n'aurait pas recherché de centre d'aval ni demandé de ses nouvelles. En fait, le médecin traitant était occupé en consultation lorsque le médecin de l'hôpital Corse lui a téléphoné pour l'informer de l'état de santé de son patient et lui demander s'il connaissait un centre d'accueil pour le retour de son patient. Il n'a pas su lui donner à l'instant un nom établissement. Son attitude n'a pas pu être reprochée (100).
- 1 cas de psychiatrie : une patiente de 38 ans, dépressive sous traitement adapté, a été suivie par son médecin généraliste. Elle a présenté une aggravation de son état psychique qui a nécessité une hospitalisation. Comme la patiente refusait une hospitalisation en psychiatrie, le médecin l'a dirigée vers un autre service (de médecine) où un psychiatre exerçait. Au total, le médecin a posé le bon diagnostic, a proposé la bonne prise en charge et n'a pas été déclaré responsable de la mort de cette patiente (suicide vraisemblable). Le médecin n'a donc réalisé aucun manquement déontologique (116).

Traumatologie, 2 cas concernant la prise en charge :

- un médecin rendant visite à un patient a dû le contentionner en raison de son agitation. Malencontreusement, il lui a tordu la jambe, lui occasionnant une entorse grave du genou (ligament croisé postérieur) (10).
- après une sortie de route en rallye, un patient a présenté de vives douleurs dorsales. Le médecin l'a examiné sur place et a constaté qu'il se tenait spontanément debout, que l'examen neurologique était normal (dans les conditions). Il lui a prescrit un antalgique et une radiographie si les douleurs persistaient. Le patient estimait que son accident avait été grave et qu'il nécessitait

un transport médicalisé en matelas coquille. Le comportement du médecin a été adapté (114).

Pneumologie, 1 cas concernant le diagnostic :

- un patient de 58 ans, polyopathologique, a consulté son médecin pour un renouvellement d'ordonnance. Lors de cette visite, le médecin l'a examiné complètement et lui a donné un courrier pour son cardiologue en y mentionnant que la gêne respiratoire secondaire à l'obésité morbide s'accroissait. Peu de temps après, le patient a présenté une détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation pour une infection pulmonaire. Pendant le séjour hospitalier, il a été victime d'un malaise dans le cadre d'une embolie pulmonaire. La survenue de cet événement était indépendante de la gêne respiratoire liée à l'obésité que le médecin avait mentionné dans son courrier. Ce dernier avait délivré des soins conformes aux données acquises de la science à son patient, et il n'avait pas commis d'erreur diagnostique (106).

Certificats médicaux, 1 cas :

- un médecin a délivré ce certificat pour un de ses patients présentant des troubles mentaux manifestes, alors que celui-ci était en instance de divorce. Il l'a fait afin de suggérer une prise en charge psychiatrique, ce certificat ne répondait pas aux exigences légales des certificats d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Le patient a porté plainte en arguant que son médecin généraliste n'était pas compétent pour diagnostiquer des troubles mentaux (103).

TROISIEME PARTIE

LA DISCUSSION

1. L'OBJECTIF DE L'ETUDE

Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé les déclarations de sinistre fait par les médecins généralistes et les décisions de justice concernant des médecins généralistes, au cours des 26 dernières années.

Les objectifs de l'étude étaient d'une part d'identifier les situations ayant entraîné des déclarations de sinistre de la part des médecins généralistes. Et d'autre part, d'étudier les situations ayant entraîné une mise en jeu de leurs responsabilités, occasionnant des plaintes et des condamnations. Nous souhaitons également comprendre le mécanisme défailant en amont de ces plaintes (défaut d'information, défaut d'élaboration du diagnostic, défaut ou absence de prise en charge, défaut ou absence de surveillance, non-respect des principes moraux et déontologiques...). Le but final de ce travail est d'aider les médecins généralistes à se prémunir contre les risques médico-légaux en tenant compte des erreurs passées afin d'éviter de les reproduire.

2. METHODOLOGIE

2.1. L'ETUDE DESCRIPTIVE

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Nous avons décidé de remonter dans le temps, jusqu'à ce que les jurisprudences deviennent difficilement accessibles (jusqu'à l'année 1987) et jusqu'à saturation des données (c'est-à-dire que nous ne trouvions plus de nouvelle jurisprudence et que nos recherches nous menaient à des jurisprudences que nous avons déjà recensées). Nous souhaitons également comparer « l'avant 2002 » à « l'après 2002 » afin d'apprécier l'impact de la loi du 04 mars 2002.

Nous n'avons pas choisi une étude transversale sur l'année 2011, par exemple, car nous aurions eu une quantité insuffisante de données et nos résultats auraient été peu contributifs.

Nous ne nous sommes pas limités à la région Sud de la France pour les mêmes raisons. Nous avons donc étendu nos recherches à l'ensemble de la France.

2.2. L'ECHANTILLON

L'échantillon est issu de trois sources différentes:

- de la Bibliothèque informatique de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (144) via des moteurs de recherche (Dalloz, Jurisclasseur, Doctrinal plus),
- des sites internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins (145) et de Legifrance (151),
- des suppléments annuels de la revue *Responsabilité* de la MACSF (7, 8, 9, 10, 11, 22, 23, 152, 153).

Les moteurs de recherches Dalloz, Jurisclasseur et Doctrinal plus sont des bases de données juridiques connues, recensant une partie du droit français. La base de données Legifrance est le site de référence du droit français et donne une information juridique officielle. Enfin, le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins fonctionne indépendamment des autres sites et bases de données, proposant des jurisprudences dont lui seul dispose.

La MACSF est le plus grand assureur français de médecins généralistes (environ 50 % des sociétaires). Les plaintes et décisions de justice issues des suppléments de la MASCF sont donc vraisemblablement représentatives de la situation réelle. Il est à noter que nous ne disposons pas du profil des médecins généralistes en cause (sexe, âge, mode d'exercice).

2.3. LE RECUEIL DES DONNEES

Les décisions de justice et les déclarations de sinistre ont été classées par type de faute, puis par spécialité ou événement et, enfin, par situation clinique selon l'histoire de la maladie.

Pour classer les fautes, nous nous sommes appuyés sur les textes et Codes en vigueur (Code Civil, Code Pénal, Code de Déontologie Médicale...) selon le cadre juridique concerné. Par exemple, dans le cadre disciplinaire, un médecin qui rédigerait un certificat d'arrêt de travail à un patient sans l'avoir examiné, rédigerait en fait un certificat de complaisance. Ce manquement déontologique est sanctionné par l'article 28 du Code de Déontologie Médicale. Certaines situations cliniques étaient simultanément concernées par deux types de fautes (exemple : un défaut d'information associé à un défaut de prise en charge thérapeutique).

Par ailleurs, nous pouvons nous demander s'il n'existe pas des doublons dans cette étude. En effet, étant donné que nos sources étaient de deux grands types : les ressources du droit depuis internet et l'assureur médical (la MACSF), il est probable que certaines plaintes et décisions de justice ait été comptabilisées deux fois. C'est pour cette raison que lors du recueil de données et de l'analyse des résultats, nous avons prêté attention aux dates des plaintes ou décisions de justice afin d'éviter ce biais. Quand nous étions en présence d'un probable doublon, nous nous sommes appuyés sur une comparaison attentive des exposés des situations et expertises à la recherche d'éléments similaires. Lorsque de trop nombreux éléments concordaient, nous avons considéré qu'il s'agissait d'un doublon. Malheureusement, parfois, nous n'avions qu'un exposé succinct de la situation, permettant mal d'apprécier de possibles similitudes entre deux situations.

3. ANALYSE DES RESULTATS

3.1. PREMIERE PARTIE : analyse des déclarations de sinistre

Cette partie de l'étude a donc porté sur les 730 déclarations de sinistre issues des suppléments des années 2006, 2008 et 2012 de la MACSF. Nous rappelons que ces déclarations représentent le ressenti du médecin face à une situation à risque potentiellement médico-légal, elles n'aboutissent donc pas forcément à un procès.

3.1.1. Nombre de déclarations par type de faute

La faute supposée par le médecin entraînant le plus de déclarations était le défaut de prise en charge thérapeutique (46,6 % de l'ensemble des fautes) suivie du retard ou de l'erreur diagnostique (42 % de l'ensemble des fautes).

Dans la littérature, les erreurs les plus fréquentes réalisées par les médecins généralistes concernent le diagnostic et le traitement. Ainsi, dans la thèse de Desclefs (26) analysant 767 erreurs médicales réalisées par des médecins généralistes et classées selon le PCISME⁵, les erreurs les plus fréquentes étaient les erreurs diagnostiques (30 %) et les erreurs de traitements (34 %). De même, dans la thèse de Charon (25), étudiant les causes d'erreurs en médecine générale, les erreurs les plus fréquentes étaient les erreurs diagnostiques (44,77 %) et de traitement (23,26 %).

Nous pouvons donc constater que les résultats de notre travail sont concordants avec ceux de la littérature : les erreurs les plus fréquentes en médecine générale sont les erreurs de diagnostic et de traitement.

Pour expliquer ces erreurs, nous pouvons proposer quelques hypothèses.

⁵ Primary Care International Study on Medical Errors.

Les erreurs de diagnostic surviennent généralement dans les suites d'un interrogatoire insuffisant, d'un examen clinique mal réalisé ou encore d'un manque de vigilance de la part du praticien. Ecuier (27) a recherché les causes d'erreurs diagnostiques en médecine générale. Il a mis en évidence trois explications : l'oubli dans la recherche de signes cliniques (interrogatoire et examen clinique incomplets), la valeur donnée à chaque signe découvert (qu'il soit normal ou pathologique) et l'importance donnée à des signes dont la valeur diagnostique est faible. Dans ce travail, ces erreurs diagnostiques se produisaient fréquemment en visite et concernaient les cancers ainsi que les maladies infectieuses.

Les erreurs thérapeutiques, quant à elles, peuvent être liées à des surdosages médicamenteux, des interactions médicamenteuses, des erreurs de modalité d'administration et la prescription de médicaments inutiles (6). Le médecin généraliste est particulièrement exposé à ce type d'erreur puisqu'à l'inverse du circuit hospitalier, en libéral il n'existe pas de « circuit du médicament ». Cependant, l'apparition des logiciels d'aide à la prescription (certifiés par la HAS⁶) au sein des cabinets médicaux a permis d'aider les généralistes à commettre moins d'erreurs, mais ils ne sont toutefois pas en mesure d'empêcher la survenue d'une malencontreuse erreur de « clic » de la part du praticien. Ces logiciels sont reliés à une base de données de médicaments qui est disponible immédiatement en cas de nécessité, lors d'une consultation par exemple. De nombreux patients ont porté réclamation à la MACSF pour des erreurs de traitement survenues alors que le médecin n'avait pas respecté les contre-indications, les interactions, les doses, les modalités de prise ou d'administration du médicament. Il apparaît donc important de rappeler que la rédaction d'une ordonnance obéit à des règles strictes (art. R. 5132-3 du CSP). Elle doit faire apparaître les coordonnées et titres du médecin, la dénomination du médicament avec sa posologie, la durée du traitement,

⁶ Haute Autorité de Santé.

l'identité et les caractéristiques du patient. Elle doit être délivrée après examen du patient et doit absolument être rédigée lisiblement.

3.1.2. Analyse des déclarations des médecins généralistes à la MACSF

L'étude des 730 déclarations de sinistre réalisées par les médecins généralistes a permis de mettre en évidence que l'erreur thérapeutique et le retard diagnostique occupaient une place importante.

Les erreurs thérapeutiques étaient dominées par la iatrogénie et en particulier le Médiator®. Ce dernier a principalement été victime de sa récente médiatisation. Mais les déclarations ont également concerné les surdosages et complications en anti-vitamine K, les complications liées à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de certains antibiotiques (fluoroquinolones). Ces médicaments, dont la iatrogénie est bien connue, doivent être ceux pour lesquels le médecin doit observer une particulière prudence et vigilance. Les actes médicaux ont aussi été à l'origine de plusieurs déclarations, et plus particulièrement les manipulations cervicales et les infiltrations. Cela nous permet de souligner le fait que ces actes comportent des risques et qu'ils doivent nécessairement être pratiqués par un praticien formé, compétent et diligent même si ces complications sont assez rares. Selon la Société Française de Médecine Manuelle, les complications secondaires à une manipulation du rachis sont de l'ordre de 1/100 000 à 1/1 million. Selon le Collège National de Rhumatologie, les complications liées aux infiltrations seraient estimées à moins de 1 par 71 000 infiltrations.

Mais les erreurs thérapeutiques ont également concerné la pratique de la médecine morphologique et anti-âge, pour laquelle les complications ont été nombreuses (principalement des brûlures). Ceci nous rappelle, encore une fois, que la pratique d'un acte médical n'est pas sans risque et qu'il est indispensable d'avoir reçu une formation adéquate afin d'agir dans les règles de l'art. Ces erreurs ont aussi concerné la prise en charge de la

lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval qui est une urgence neuro-chirurgicale majeure. Nous insisterons sur le fait que tout déficit neurologique chez un patient atteint d'une lombosciatique doit amener le praticien à être particulièrement prudent (examen clinique) et doit l'obliger à l'orienter, en urgence, vers des spécialistes.

Les erreurs thérapeutiques étaient suivies de près par le retard diagnostique, pour lequel la cancérologie était la spécialité la plus représentée. Les cancers pulmonaires, colo-rectaux et du sein étaient les plus fréquents, ce qui est en adéquation avec leur incidence dans la population générale (149). Nous avons également constaté que les fractures avaient fait l'objet de nombreux retards diagnostiques car, la plupart du temps, le médecin n'avait pas demandé de radiographie chez un patient ayant été victime d'un traumatisme. D'autres pathologies relevant de l'urgence ont été recensées, plus particulièrement l'infarctus du myocarde, la dissection aortique, l'accident vasculaire cérébral, l'appendicite aiguë, la grossesse extra-utérine, la maladie veineuse thrombo-embolique et la torsion de cordon spermatique. Ce sont des pathologies dont la stratégie diagnostique et thérapeutique bien codifiée, nous a pourtant été apprise lors de nos études, mais également rappelée à l'occasion de congrès, séminaires...

Enfin, nous insisterons sur les erreurs de rédaction des certificats médicaux (2,5 %) et sur les cas de refus de soin par le patient (1,5 %) que nous avons pu recenser. Certes, il ne s'agissait que de déclarations de la part des médecins généralistes mais ces déclarations sont bien la preuve qu'ils n'étaient pas à l'aise dans ces situations à risque médico-légal, et qu'ils craignaient de faire l'objet d'une plainte.

3.2. DEUXIEME PARTIE : analyse des décisions de justice et des CCI

Nous avons recensé 287 décisions de justice.

3.2.1. Analyse des caractéristiques des décisions de justice et des CCI

3.2.1.1. Nombre de procédures selon le cadre juridique

Sur les 287 décisions de justice, les procédures civiles et disciplinaires étaient majoritaires (51,9 % et 20,9 % respectivement).

Les procédures civiles étaient les plus représentées car la juridiction civile est une voie privilégiée par les patients en raison de son but indemnitaire. Pour les patients, la volonté d'indemnisation est une motivation assez fréquente pour les encourager à déposer plainte et à se lancer dans une procédure malgré son coût.

La juridiction disciplinaire est indépendante et facile d'accès pour le patient. Elle lui permet de faire punir le médecin par ses pairs (sanction disciplinaire par le CROM).

Les procédures amiables, pénales et administratives étaient moins représentées. En effet, comme la CCI a été créée en 2002 avec la loi Kouchner, nous n'avons recensé des dossiers en amiable qu'à partir de 2003. Par la suite, le nombre de saisines n'a fait qu'augmenter d'années en années. Cette voie est facile d'accès, gratuite, potentiellement plus rapide, non stigmatisante pour le médecin et permet une indemnisation pour le patient.

Les juridictions pénales proposent une procédure gratuite mais longue et qui peut être dissuasive par sa lenteur. Le patient qui choisit cette voie le fait le plus souvent suite après avoir ressenti un besoin de punir le médecin. De plus, pour qu'une faute pénale soit retenue, elle doit répondre des critères bien précis et doit être liée à une infraction pénale. Et en médecine générale, ce type de faute n'est pas le plus courant.

La juridiction administrative concerne peu les médecins généralistes car la majorité exerce en secteur libéral. Pour la minorité de médecins généralistes hospitaliers, lors d'un sinistre, c'est l'assureur de l'hôpital qui prend en charge l'indemnisation de la victime (sauf faute détachable du service).

Dans le rapport d'activité de la MACSF concernant les risques des professionnels de santé en 2012 (154), la répartition du nombre de procédures par juridiction était différente. Au cours de cette année-là, les saisines en CCI étaient fréquentes, suivies des plaintes disciplinaires, civiles puis pénales. Cette étude était transversale (c'est-à-dire qu'elle examinait une situation à un moment donné), alors que notre travail est une étude longitudinale. C'est probablement pour cette raison que nous constatons des différences dans la répartition des procédures en fonction de la juridiction. Desclefs (26) a analysé les voies de recours des patients entre 2005 et 2009 (à partir des données de la MACSF) et il a mis en évidence que l'utilisation des voies civile et disciplinaire était fréquente, mais en baisse au cours des années. Ainsi, en civil on constatait 109 plaintes en 2005 et 79 en 2009, et en disciplinaire il a été recensé 105 plaintes en 2005 et 76 en 2009. Le travail a également permis de constater que la voie pénale était de moins en moins utilisée (65 plaintes en 2005, 25 en 2009), à la différence de la saisine de la CCI (57 plaintes en 2005, 87 en 2009).

L'ensemble de ces données est sensiblement en accord avec les résultats de notre travail : les procédures civiles et disciplinaires sont largement représentées.

3.2.1.2. Nombre de procédures par juridiction et selon les années

Après étude des 287 décisions de justice entre les années 1987 et 2013, nous avons mis en évidence une augmentation des plaintes civiles après l'année 2002. Les saisines de la CCI

n'ont été constatées qu'après l'année 2003 (après leur création). Les plaintes pénales et disciplinaires étaient globalement en augmentation.

Le constat de l'augmentation du nombre de procédures selon les années était biaisé. Des problèmes techniques n'ont pas permis de retrouver certaines procédures, notamment celles antérieures à l'année 2000. Lors de nos recherches, les décisions de justice qui sont apparues en premier à l'écran étaient les plus récentes et donc les plus faciles à sélectionner. De plus, nous avons constaté que certaines décisions étaient scannées, surtout celles datant d'avant l'année 2000. Ces dernières étaient moins nombreuses. Nos constatations pourraient témoigner, entre autres, d'une amélioration de l'organisation informatique des banques de données.

Selon une étude de l'Institut Droit et Santé (2), le taux de plaintes contre les médecins n'était pas réellement en hausse et ce qui été appelé le « phénomène de judiciarisation de la santé » n'était pas fondé. En effet, entre 1997 et 2003, leur travail a permis de constater une augmentation de 75 % du nombre de condamnations de médecins devant les tribunaux judiciaires et administratifs. En revanche, entre 2004 et 2009, ils ont mis en évidence une stabilisation des plaintes dans les quatre juridictions avec un report des patients sur les procédures amiables.

En conclusion, il n'apparaît pas certain que le taux d'augmentation des procédures que nous avons constaté soit significatif.

3.2.1.3. Nombre de procédures par type de faute, selon la juridiction

En juridiction civile, l'élaboration du diagnostic était la faute la plus fréquente : elle représentait 57,9 % de l'ensemble des fautes civiles. Le choix du traitement concernait 23,8 % des fautes.

Les manquements déontologiques entraînant le plus de plaintes en disciplinaire étaient les soins déclarés non consciencieux (22,6 %) et l'immixtion dans la vie privée (16,1 %).

En CCI et en juridiction pénale, la prise en charge thérapeutique était fréquemment reprochée aux médecins. Cette faute représentait 51,2 % des fautes en CCI. Au pénal, l'imprudence en rapport avec la prise en charge thérapeutique était la faute le plus souvent en cause, dans le cadre global de l'imprudence (61 % du total des fautes pénales).

Un seul dossier administratif a été recensé : il s'agissait d'une faute de négligence dans le cadre d'un non diagnostic.

3.2.2. Analyse des décisions de justice ayant entraîné des condamnations

Sur l'ensemble des juridictions, 69,7 % des décisions de justice et des CCI ont conduit à une condamnation. Les décisions civiles étaient les plus représentées (60 %). En civil et en disciplinaire, les médecins ont été condamnés dans plus des deux tiers des cas. A l'inverse, au pénal et en CCI, les médecins se sont vu reconnaître une faute moins d'une fois sur deux.

3.2.2.1. Condamnation en juridiction civile

80,5 % des dossiers civils ont entraîné une condamnation du médecin.

Les fautes civiles entraînant le plus de décisions défavorables étaient les fautes d'élaboration du diagnostic (58,5 % des fautes civiles condamnées) et de choix du traitement (24,6 %). Le défaut d'information était peu en cause (3,1 %). Nous avons constaté que pour l'ensemble des fautes civiles (l'élaboration du diagnostic, le choix du traitement, la réalisation d'actes médicaux, le défaut d'information, le défaut de surveillance et les certificats médicaux) le praticien risquait une condamnation dans environ 75 % des cas.

Les spécialités et situations majoritairement en cause étaient les pathologies cardio-vasculaires (16,7 %), la cancérologie (15 %), l'infectiologie (11,6 %) et la iatrogénie (10,8 %).

Pour les pathologies cardio-vasculaires, le retard diagnostique d'infarctus du myocarde représentait la grande majorité des dossiers. Cette faute a été retenue alors que les médecins n'ont pas su reconnaître les premiers signes, parfois atypiques, d'une pathologie coronarienne. Les diagnostics les plus fréquemment évoqués par les médecins étaient la gastro-entérite aiguë et l'anxiété. La plupart des patients étaient porteurs de facteurs de risques cardio-vasculaires et présentaient une douleur thoracique avec irradiation, une douleur dorsale ou une dyspnée. Parfois, les médecins n'ont pas été à même d'utiliser ou d'interpréter l'électrocardiogramme (une plainte sur trois). Dans certains cas, ils ne se sont pas déplacés ou ont tardé à se déplacer alors que le patient leur téléphonait pour leur signaler une douleur thoracique (une plainte sur six) et ils n'ont pas contacté eux-mêmes le centre 15 (une plainte sur six). Au téléphone, ils n'ont pas recueilli les éléments suffisants à l'interrogatoire qui auraient pu leur faire évoquer le diagnostic et donc l'urgence potentielle de la situation (une plainte sur cinq). Ce dernier cas concernait particulièrement les informations apportées par la famille qui pouvaient faire sous-estimer la gravité de la situation. Pour illustrer ce que nous avons dit précédemment, nous pouvons citer un exemple : un patient de 73 ans, tabagique actif, contacte un médecin de garde (association libérale) pour une sensation de malaise général lors d'une vague de chaleur. Le médecin se rend sur place, l'examine et conclut à une anxiété associée à une douleur pariétale. Il lui prescrit un bilan biologique (sans demander les enzymes cardiaques) et un anxiolytique. Un peu plus tard, le patient contacte sa fille pour lui dire qu'il a une douleur dans la poitrine et dans le dos. Cette dernière rappelle le médecin pour qu'il revienne. Un autre médecin arrive alors au domicile, l'examine et réalise un électrocardiogramme qu'il interprète comme étant normal. Il récupère les résultats du bilan

biologique du matin qui sont, eux aussi, normaux (mais ne comportent pas de dosage des enzymes cardiaques) et conclut lui aussi à une douleur pariétale. La douleur persiste durant 48 heures puis le patient décède. Il est reproché au deuxième médecin de mal avoir interprété l'électrocardiogramme (montrant des signes d'infarctus du myocarde) (10). Au total, 86,3 % des dossiers civils concernant l'infarctus du myocarde ont entraîné une condamnation. La fréquence de représentation de cette pathologie dans notre étude peut être expliquée par le fait que, selon l'HAS, qu'elle atteindrait environ 100 000 personnes par an et entraînerait 46 000 décès par an. Deux autres pathologies graves ont également fait l'objet de condamnations, mais en moindre nombre : la dissection de l'aorte ainsi que l'anévrysme de l'aorte. Les principales difficultés perçues par les médecins se situaient au niveau de l'élaboration du diagnostic : ils ont évoqué d'autres pathologies (déchirure musculaire par exemple) alors que le patient présentait une douleur thoracique et/ou dorsale. Ces pathologies sont parfois difficiles à déceler et compte tenu de l'évolution fulgurante, il est souvent trop tard lorsque le médecin parvient à en faire diagnostic. De manière générale, nous dirons qu'il est important de prêter une attention particulière aux patients présentant des douleurs thoraciques et dorsales, particulièrement lorsqu'elles sont atypiques.

En cancérologie, la faute majoritairement retenue était le retard diagnostique (plus de trois plaintes sur quatre). Quatre cancers ont été fréquemment à l'origine de plaintes : le cancer colo-rectal et anal et le cancer testiculaire (une plainte sur six chacun), le cancer pulmonaire et le cancer du sein (une plainte sur sept chacun). Pour le cancer colo-rectal, les médecins ont minimisé les symptômes digestifs des patients (rectorragies, douleurs abdominales) en les attribuant à d'autres pathologies plus bénignes (par exemple, des hémorroïdes) et en les traitant de façon symptomatique de façon prolongée avant d'entreprendre des explorations. Le cancer testiculaire a touché des jeunes patients se présentant à leur médecin avec des symptômes d'allure générale et d'autres plus spécifiques (notamment la gynécomastie). Les

médecins n'ont pas su interpréter ces symptômes et n'ont pas pensé à palper leurs testicules. Pour le cancer broncho-pulmonaire, les patients atteints étaient des fumeurs actifs présentant, pour certains, des symptômes respiratoires et généraux pour lesquels les investigations ont été insuffisantes. Pour illustrer cela, nous rappelons une décision de justice citée précédemment : un homme de 38 ans, tabagique actif, a consulté à deux reprises son médecin généraliste pour des douleurs scapulo-vertébrales liées à des efforts de toux et des précordialgies. Après avoir essayé un traitement médicamenteux, ce dernier lui a fait réaliser des examens (radiographie thoracique et du rachis), qui se sont avérés normaux. Durant deux ans, il a bénéficié de plusieurs consultations avec des spécialistes et même avec un psychiatre puisque le médecin avait conclu à une dépression masquée. Comme les douleurs persistaient, le patient s'est dirigé vers un autre généraliste qui a posé le diagnostic de cancer pulmonaire grâce à une nouvelle radiographie thoracique. Le patient est décédé plus tard d'une lymphangite carcinomateuse (11). Nous constatons ainsi que le diagnostic aurait pu être posé plus tôt. Le médecin a failli à son obligation de conseil et de moyens en ne mettant pas en œuvre les moyens diagnostiques adaptés. Le cancer du sein n'était concerné que par des défauts de prise en charge thérapeutique chez des patientes présentant clairement des anomalies cliniques (cancer du sein inflammatoire) et paracliniques (mammographie anormale). Aucun avis spécialisé n'a été demandé pour ces patientes et c'est ce qui a été reproché au médecin. Globalement, 78,3 % des dossiers civils de cancérologie ont entraîné une condamnation du médecin. Notre étude a permis de mettre en évidence des condamnations de médecins pour les cancers dont l'incidence est fréquente dans la population générale selon l'Institut National de Cancérologie (149) : le sein, le colon-rectum, le poumon, la prostate (...). Le cancer de prostate n'était effectivement concerné que par un dossier dans lequel le dosage du PSA était revenu anormalement élevé à trois reprises et n'avait entraîné aucune prise en charge de la part du médecin. Ce n'est que lorsque le patient l'avait contacté pour lui demander le taux

normal du PSA qu'une biopsie avait été envisagée et que le cancer avait été diagnostiqué. Le médecin était resté passif (9).

En infectiologie, le retard diagnostique était la faute la plus fréquente (trois plaintes sur quatre). De façon générale, les infections bactériennes ont entraîné le plus de condamnations. Le purpura fulminans (une plainte sur six) n'a pas été évoqué chez des patients présentant un terrain à risque (traitement immunosuppresseur, antécédent de splénectomie, nourrisson). La gravité de la situation a été mal appréciée par le médecin et il n'a pas été à même d'interpréter l'éruption cutanée pourtant caractéristique. Cette pathologie, qui peut être d'évolution rapide et imprévisible, est connue pour être potentiellement mortelle : selon la SPILF⁷, le taux de mortalité serait de 20 % pour environ 100 cas par an. La méningite bactérienne n'a pas été diagnostiquée : le médecin n'a pas tenu compte des céphalées fébriles, des vomissements et de la raideur de la nuque chez son patient, qui sont le trépied du syndrome méningé. Malgré un examen répété à un ou deux jours d'intervalle, il n'a pas su apprécier le comportement du patient (abattu, dans le noir, recroquevillé en chien de fusil). Selon la SPILF, cette pathologie est concernerait 650 à 700 cas par an et son taux de mortalité serait de 5,8 %. Le seul dossier que nous ayons recensé au sujet de la fasciite nécrosante a mis en évidence que le médecin n'a pas évoqué le diagnostic ni bien estimé la gravité de la situation. Devant tout patient fébrile ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale ou ayant présenté une plaie, le médecin se doit d'examiner la peau de son patient à la recherche de zones nécrotiques. Le retard diagnostique de VIH était très peu représenté mais il n'est pas étonnant qu'il fasse l'objet d'une condamnation civile, compte tenu du préjudice moral qu'a pu présenter le patient. Cette pathologie (à l'origine du décès de 1,7 million personnes en 2011, selon l'ONUSIDA) reste encore difficile à diagnostiquer compte tenu de la multitude de symptômes pouvant être les

⁷ Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

signes d'une primo-infection. De façon générale, 82,3 % des dossiers civils d'infectiologie ont entraîné une condamnation du médecin.

En iatrogénie médicamenteuse, les médicaments en cause dans les déclarations de sinistre se retrouvaient également ici : les anti-vitamines K, les anti-inflammatoires et les antibiotiques. Ils étaient toutefois peu représentés. Nous avons ainsi pu constater un cas de complication liée à l'utilisation des anticoagulants (hémorragie cérébrale) par rédaction peu claire de l'ordonnance du médecin. En 2007, l'étude EMIR (1), a analysé 97 effets indésirables de médicaments : 70 % étaient des effets indésirables vrais et 30 % étaient des interactions médicamenteuses. Ils ont identifié des affections cardio-vasculaires (hémorragies) dans 20,6 % des cas et les médicaments cardio-vasculaires étaient en cause dans 21,6 % des cas. Ils ont recensé 143 915 hospitalisations dans les suites d'un effet indésirable et les anti-vitamines K étaient les médicaments les plus pourvoyeurs d'effets indésirables. Les anti-inflammatoires stéroïdiens étaient également en cause en raison de leurs effets secondaires apparus après une prise au long cours (ostéonécrose de hanche, cataracte cortico-induite) ainsi qu'en raison des fragilités tendineuses qu'ils pouvaient occasionner, surtout chez les patients à risque sous fluoroquinolones (rupture du tendon d'Achille).

En iatrogénie non médicamenteuse, les infiltrations ont toutes entraîné des complications infectieuses (une plainte sur quatre) car elles ont été réalisées dans de mauvaises conditions d'hygiène et dans de mauvaises indications. Sur l'ensemble des dossiers civils les concernant, les médecins ont été condamnés dans trois cas sur quatre. De façon globale, 81,2 % des dossiers civils de iatrogénie ont entraîné une condamnation du médecin.

Par ailleurs, d'autres pathologies et situations cliniques, moins représentées dans notre étude, étaient particulièrement graves et donc à risque d'entraîner une condamnation. Le retard diagnostique concernait toutes ces pathologies.

En gynécologie, le diagnostic de la rubéole congénitale (une plainte sur trois) était principalement lié aux difficultés d'interprétation de la sérologie rubéole ainsi qu'au non suivi des sérologies de contrôle. Le médecin se doit d'être particulièrement attentif dans cette situation, surtout chez les femmes non vaccinées, car le risque principal est la naissance d'un enfant handicapé, avec tous les préjudices que cela représente.

En pneumologie, le retard diagnostique de la maladie veineuse thrombo-embolique (deux plaintes sur trois) est expliqué par le fait que les signes cliniques de la pathologie ont été sous-estimés par les médecins. Elle est survenue dans des contextes favorisant tels qu'une immobilisation, un long trajet en voiture ou en contexte post-opératoire, et les diagnostics évoqués initialement n'étaient pas adaptés : sciatique et déchirure musculaire. Pour s'aider, le praticien doit rechercher des signes cliniques particuliers, mais dont la valeur prédictive positive n'est pas grande : la douleur, l'œdème, le signe de Homans (21). Il faut surtout qu'il s'aide du score de Wells. Ce n'est qu'avec cet ensemble de données que le praticien arrivera à poser le diagnostic de cette pathologie qui est, somme toute, plutôt fréquente (selon l'Inserm (148), elle concernerait 300 000 personnes par an). L'évolution a été compliquée d'embolie pulmonaire et d'accident vasculaire cérébral dans un tiers des cas.

En rhumatologie, les difficultés diagnostiques concernant la lombosciatique compliquée du syndrome de la queue de cheval étaient essentiellement secondaires à la sous-estimation du déficit neurologique en lui-même. Ainsi, un médecin n'a pas tenu compte d'un déficit moteur atteignant la dorsiflexion du pied de son patient. De plus, il a été reproché de ne pas avoir recherché de signes d'anesthésie en selle et de ne pas avoir donné l'information minimum sur les signes d'aggravation possibles de la lombosciatique sur hernie discale. Les risques de séquelles secondaires à ce retard diagnostique sont très importants, au point de modifier la vie quotidienne du patient (sondage à demeure, cannes anglaises...).

En urologie, la torsion de cordon spermatique (une plainte sur quatre) n'a pas été reconnue par le médecin, même si le patient se plaignait d'une symptomatologie typique : il s'était réveillé brutalement avec une douleur testiculaire. L'examen de la première heure était sans particularité et le médecin a conclu à une colique néphrétique (11). Pourtant, devant toute douleur de la région pubienne, le médecin doit absolument penser à palper les testicules de son patient à la recherche d'une « grosse bourse aiguë douloureuse » encore plus lorsqu'il s'agit d'un homme d'âge jeune. En effet, dans la littérature, cette pathologie concerne 1 garçon de moins de 25 ans pour 4000. Compte tenu du court délai avant intervention chirurgicale (6 heures avant nécrose testiculaire), il est impératif que tout médecin examinant un (jeune) homme présentant une douleur testiculaire, l'oriente vers des spécialistes pour qu'un bilan minimum soit fait afin de ne pas lui faire perdre de chance : le préjudice n'est pas négligeable en cas d'orchidectomie.

Les erreurs de rédaction des certificats médicaux étaient principalement représentées par les certificats d'hospitalisation en psychiatrie (une plainte sur deux). Ils avaient été rédigés sans examiner le patient qui n'était pas atteint, le plus souvent, de troubles mentaux. Pour les patients, il en a résulté un préjudice moral. L'article 76 du Code de Déontologie Médicale rappelle pourtant que le médecin doit établir des certificats et des attestations conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire.

3.2.2.2. Sanction en juridiction disciplinaire

75 % des dossiers disciplinaires ont entraîné une sanction du médecin.

Les manquements déontologiques fréquemment sanctionnés étaient les soins non consciencieux (19,1 %) et l'immixtion dans la vie privée (17 %). La délivrance de soins non consciencieux (art. 8 du Code de Déontologie Médicale) a principalement concerné des prescriptions thérapeutiques inadaptées à la situation et au patient, soit parce que le médecin

prescrivait une thérapeutique sans avoir son patient en face de lui, soit parce que les traitements prescrits étaient interdits ou obéissaient à des règles de prescription particulières (toxine botulique). Dans ces cas, les médecins ont le plus souvent reçu des blâmes, mais un médecin a été radié (prescription de médicaments illégaux : Thiomucase® par exemple). L'immixtion dans la vie privée était représentée par la délivrance de certificats médicaux (art. 51 du Code de Déontologie Médicale). La grande majorité de ces certificats a été délivrée alors que les patients étaient en instance de divorce. Ils comportaient des erreurs majeures sur le fond de la rédaction : nous avons constaté que le médecin prenait parti pour l'un ou l'autre de ses patients, ou qu'il affirmait des choses qu'il n'avait pas personnellement vérifiées. Le risque (avéré) de ce type de certificat est d'être produit en Justice et dans la moitié de nos cas, il l'a été. Au total, 80 % des dossiers disciplinaires concernant ce manquement ont entraîné une sanction du médecin à type de blâme et d'avertissement le plus souvent.

D'autres manquements étaient nettement moins représentés dans l'étude, mais ils revêtaient un aspect assez grave en eux-mêmes. Ainsi, la violation du secret professionnel (art. 4 du Code de Déontologie Médicale) s'est manifestée par la délivrance d'un certificat à une autre personne que l'intéressé. Ce certificat mentionnait des caractéristiques personnelles de l'intéressé qui ne regardaient que lui. Dans notre étude, tous les dossiers concernant la violation du secret professionnel ont été sanctionnés par une interdiction temporaire d'exercer. Les principes de moralité et de probité (art. 3 du Code de Déontologie Médicale) ont concerné un médecin ayant abusé de sa position hiérarchique dans la société, sur certains patients plus vulnérables que d'autres (attouchement sexuel sur mineures) : le médecin a été radié. Les certificats de complaisance (art. 28 du Code de Déontologie Médicale) ont été rédigés par le médecin, à la demande du patient, dans des différents buts : ne pas travailler ou se soustraire d'une situation « encombrante ». Les sanctions infligées allaient du blâme à

l'interdiction temporaire d'exercer. Sur l'ensemble des dossiers disciplinaires concernant les certificats de complaisance, les médecins ont été sanctionnés dans trois cas sur quatre.

Par ailleurs, deux spécialités étaient moins représentées dans le cadre des sanctions disciplinaires : la cancérologie et les pathologies cardio-vasculaires. En cancérologie, le défaut de prise en charge thérapeutique était en cause dans tous les dossiers. La grande majorité des cas concernait le cancer du sein. Le plus souvent, les médecins ont été sanctionnés par une interdiction temporaire d'exercer, alors qu'ils n'avaient pas délivré des soins consciencieux à leurs patientes, n'avaient pas eu recours à des spécialistes ou n'avaient pas organisé la prise en charge de leur patiente. Par exemple : un médecin a traité un cancer du sein inflammatoire par médecine naturelle.

Pour les pathologies cardio-vasculaires, le retard diagnostique de l'infarctus du myocarde était la situation en cause dans tous les dossiers. Les médecins n'ont pas été assez attentifs aux signes cliniques présentés par des patients ayant parfois des facteurs de risque cardio-vasculaire : douleur thoracique, douleur de mâchoire et vomissements. Ils ne se sont pas donné les moyens d'élaborer le diagnostic. En effet, dans deux cas sur trois, ils ont utilisé le test à la trinitrine comme moyen diagnostique pour éliminer une pathologie coronarienne et ils n'ont pas réalisé d'électrocardiogramme. En disciplinaire, tous les patients atteints d'infarctus du myocarde sont décédés. La sanction infligée était majoritairement l'interdiction temporaire d'exercer.

L'interdiction temporaire d'exercer était donc la sanction la plus fréquemment appliquée (41,7 % du total des dossiers disciplinaires). La radiation n'a concerné que des médecins ayant réalisé des manquements graves au Code de Déontologie Médicale (attouchement sexuel, prescription de médicaments illégaux, détournement de fonds et traitement par médecine naturelle d'un cancer), soit 6,7 % de l'ensemble des dossiers de cette juridiction.

3.2.2.3. Indemnisation en règlement amiable (CCI)

44,4 % des dossiers en règlement amiable ont entraîné une indemnisation du patient.

Les actes de diagnostic représentaient 50 % des fautes à l'origine d'une indemnisation en CCI. L'acte de prévention était la seule faute entraînant systématiquement une indemnisation du patient.

Les spécialités les plus en cause étaient les pathologies cardio-vasculaires (25 %), l'infectiologie (25 %) et la iatrogénie (20 %), pour lesquels le retard diagnostique était la faute principale.

En pathologies cardio-vasculaires, le retard diagnostique de l'infarctus du myocarde représentait encore la grande majorité des dossiers. C'est en refusant de se déplacer, en interrogeant de façon insuffisante leur patient ou leur famille au téléphone et en interprétant mal une douleur thoracique chez un patient atteint de facteurs de risques cardio-vasculaire que les médecins ont contribué au retard diagnostique. Dans deux cas sur trois, les patients sont décédés. Il est à noter que tous les dossiers en amiable concernant cette spécialité ont entraîné une indemnisation du patient.

En infectiologie, tous les dossiers portaient sur les infections bactériennes, dont le purpura fulminans (deux plaintes sur cinq). Pour cette pathologie, les médecins n'ont pas été assez vigilants à l'apparition d'une fièvre chez des sujets fragiles (nourrisson et splénectomisé), et n'ont pas su reconnaître l'éruption cutanée typique. Le retard diagnostique était en cause dans plus d'un cas sur deux. De façon générale, les trois quarts des dossiers amiables concernant cette spécialité ont entraîné une indemnisation du patient.

En iatrogénie, des complications liées à un défaut de surveillance des anti-vitamines K (une plainte sur deux) ont été recensées : un cas de surdosage asymptomatique (mais INR très élevé) et un cas d'accident vasculaire cérébral dans le cadre d'un relais héparine-

anticoagulant. Ces complications sont survenues alors que les règles de surveillance usuelles (réalisation des INR, ajustement thérapeutique) des anticoagulants n'avaient pas été respectées. De façon générale, les dossiers en amiable concernant la iatrogénie entraînaient peu d'indemnisations (seulement 20 %).

Par ailleurs, en rhumatologie, le retard diagnostique concernait la lombosciatique compliquée d'un syndrome de la queue de cheval, pour laquelle les médecins ont tardé à poser le diagnostic même si les patients présentaient un déficit neurologique.

Le rapport 2011 de l'ONIAM (24) a étudié 7300 dossiers indemnisés entre 2006 et 2011 et a mis en évidence que la majorité des dossiers faisaient suite à des accidents médicaux en établissement. Les spécialités les plus concernées étaient les spécialités chirurgicales. Les actes de soins avaient entraîné un fort taux d'indemnisation (84 %), loin devant les actes de diagnostic (9 %). Nos résultats ne sont probablement pas concordants avec cette étude parce que la médecine générale est, pour le moment, assez peu concernée par cette voie de recours au regard d'autres spécialités.

3.2.2.4. Condamnation en juridiction pénale

43,7 % des dossiers de cette juridiction ont entraîné une condamnation du médecin.

La faute ayant fréquemment entraîné des condamnations était l'imprudence (52,6 %) et plus particulièrement, l'imprudence concernant la prise en charge thérapeutique (60 %).

Le chef d'accusation le plus fréquent était l'homicide involontaire (57,1 %).

Les condamnations pénales concernaient principalement les pathologies cardio-vasculaires (28,6 %), l'infectiologie (21,4 %) et l'endocrinologie (21,4 %). Globalement, le défaut de prise en charge thérapeutique était le plus souvent en cause.

Pour les pathologies cardio-vasculaires, le retard diagnostique d'infarctus du myocarde concernait la totalité des dossiers. Les signes cliniques présentés par les patients étaient variés : douleur thoracique, vomissements, malaise et douleurs abdominales ; pouvant contribuer à l'erreur diagnostique. Dans trois cas sur quatre, les médecins ont refusé de se déplacer et les patients sont décédés. Au total, nous avons constaté que 66,7 % des dossiers en pénal concernant l'infarctus du myocarde ont entraîné une condamnation du médecin (sanction par une peine d'emprisonnement avec sursis).

Pour l'infectiologie, la faute retenue était le défaut de prise en charge thérapeutique. Cette faute était secondaire au refus de déplacement du médecin ou encore à des choix thérapeutiques inadaptés à la vue de la situation et du patient. Par exemple, un médecin a reçu en consultation un patient fébrile, séropositif pour le VIH, traité par Bactrim® en prophylactique. Il a décidé d'échanger le Bactrim® pour une céphalosporine afin de traiter une rhinopharyngite. Dans les suites, il a présenté une pneumopathie hypoxémiante et est décédé. Son attitude thérapeutique n'était pas conforme aux recommandations (10). Les infections bactériennes graves (purpura fulminans et pneumopathie hypoxémiante) représentaient deux condamnations sur trois. Dans tous les cas, les patients sont décédés et les médecins ont été sanctionnés par une peine d'emprisonnement avec sursis. De façon générale, la moitié des dossiers de cette juridiction concernant l'infectiologie a entraîné une condamnation.

En endocrinologie, la faute concernait principalement la thérapeutique. Les médecins ont prescrit des thérapeutiques spécialisées (amphétamines anorexigènes) alors qu'ils n'en avaient pas le droit. Un médecin n'a pas été assez attentif au suivi d'un patient diabétique incarcéré, qui a présenté une acido-cétose et en est décédé. Il lui a été reproché de ne pas avoir surveillé le carnet de glycémie, et de ne pas avoir modifié le traitement par insuline à la vue des

glycémies hors objectifs. Dans deux cas sur trois, les médecins ont été sanctionnés par une peine d'emprisonnement avec sursis.

Sur la totalité des dossiers de cette juridiction, la procédure a conclu à un emprisonnement avec sursis dans 40,6 % des cas (les autres cas représentaient des amendes). Dans plus de la moitié des cas (56,2 %), les médecins n'ont pas été condamnés. L'emprisonnement avec sursis succédait généralement au décès du patient (par exemple, après infarctus du myocarde), au refus de déplacement du médecin pour une situation potentiellement urgente ou grave (par exemple, pour une crise d'asthme aiguë grave) ou encore à une prise en charge inadaptée (par exemple, la prescription de traitement hormonal substitutif alors que la mammographie était anormale).

Dans notre travail, nous avons recensé une sanction par emprisonnement avec sursis de médecins dans près de 40 % des cas (ce qui n'est pas la situation la plus fréquente). Notre étude comporte probablement un biais de sélection : il est possible que les jurisprudences pénales publiées soient celles qui sont les plus intéressantes (d'où découlent vraisemblablement une sanction du médecin).

3.2.2.5. Indemnisation en juridiction administrative

Le seul dossier administratif que nous ayons a entraîné une condamnation pour une faute de négligence dans le cadre d'une prise en charge diagnostique.

La spécialité en cause était la neurologie dans laquelle le diagnostic n'a pas pu être établi malgré de nombreuses investigations. La faute reprochée était d'avoir laissé la patiente quitter le service alors qu'aucune étiologie n'avait pu être retrouvée aux céphalées. La patiente est décédée.

Au total, notre travail a permis de mettre en évidence que les juridictions entraînant le plus de décisions défavorables étaient les juridictions civile et disciplinaire avec des taux de condamnation respectivement de 80,5 % et 75 %. A ce niveau, il est licite de se demander s'il existe un biais dans notre échantillon. En effet, nous avons constaté que la juridiction pénale et la CCI entraînaient des condamnations dans moins d'un cas sur deux. Or avec les saisines de plus en plus fréquentes de la CCI, nous nous attendions à avoir un fort taux d'indemnisation. Cependant, la reconnaissance d'une faute par la CCI n'est pas la situation la plus fréquente. De plus, elle n'existe que depuis 2002. Ces éléments peuvent expliquer une partie de nos résultats.

Dans notre étude, les fautes entraînant des décisions défavorables aux médecins généralistes correspondaient à celles retrouvées dans d'autres travaux (25, 26). Ces travaux avaient analysé l'ensemble des juridictions et avaient essentiellement conclu à des erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

Nous concluons donc que les spécialités entraînant le plus de plaintes et de condamnations étaient la pathologie cardio-vasculaire, l'infectiologie, la cancérologie dans lesquelles le retard diagnostique était la faute majoritairement en cause. De la même façon, la iatrogénie a entraîné un nombre important de plaintes et de condamnations en raison des défauts de prise en charge thérapeutique. A l'inverse, voyons maintenant quelles spécialités entraînent le moins de condamnations.

3.2.3. Analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnations

Nous rappelons que nous avons recensé 287 décisions de justice. 30,3 % d'entre elles ont conclu favorablement pour le médecin généraliste. Les décisions civiles étaient les plus représentées (33,3 %).

3.2.3.1. En juridiction civile

19,5 % des dossiers de cette juridiction n'ont pas entraîné de condamnation.

Le reproche initialement fait au médecin concernait majoritairement le diagnostic (plus d'une plainte sur deux).

Les spécialités des dossiers fréquemment déboutés étaient la cancérologie et les pathologies cardio-vasculaires. En dehors de l'infarctus du myocarde et du cancer pulmonaire évolué aucune autre pathologie ou situation n'était plus fréquente qu'une autre dans ces spécialités.

Pour les dossiers de cette juridiction, aucune faute n'a été retenue contre le médecin généraliste car l'expertise a permis de conclure que le contrat de soins à obligation de moyens a été respecté. De plus, l'expertise a montré que les soins délivrés ont été consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science. Donc, même si le médecin s'est trompé de diagnostic ou de thérapeutique, il a montré qu'il avait fait de son mieux pour aider son patient dans des circonstances parfois malchanceuses. Ainsi, comme exemple nous pouvons citer : un homme de 55 ans, aux multiples facteurs de risques cardio-vasculaires, consulte son médecin pour une symptomatologie ressemblant à un reflux gastro-œsophagien. Il s'agit d'un patient peu observant qui avait déjà présenté ces symptômes. Le médecin lui conseille alors de voir un spécialiste. Quelques temps après, il fait de nombreux malaises et se présente en consultation avec une dyspnée. Le médecin lui conseille de voir le cardiologue, qui le reçoit le lendemain et lui fait faire une épreuve d'effort (positive). Il prévoit une coronarographie mais elle ne pourra pas être réalisée en raison d'une anémie importante (pour laquelle le bilan d'exploration est négatif). Quelques jours plus tard, l'épouse téléphone au médecin parce que son mari ne se sent pas bien. Au téléphone, il pense à une gastro-entérite, mais il ne peut pas se déplacer en raison des visites et conseille d'appeler un autre médecin. Un peu plus tard, sa fille appelle le SAMU car son père est pâle et présente une dyspnée. Le régulateur conseille d'appeler un autre médecin. Le patient

décède dans l'heure qui a suivi. Selon l'expertise, il n'y avait pas d'éléments, dans le passé du patient, qui auraient dû inquiéter le médecin qui ne s'est pas déplacé. Aucune faute n'a pu être retenue contre le médecin qui a recueilli des informations de seconde main (de la fille, de l'épouse), qui étaient probablement déformées et dont le contenu n'est même pas certain (11). Ainsi, la singularité d'une situation ayant entraîné une décision favorable pour le médecin, est de penser qu'un autre médecin, dans les mêmes circonstances, n'aurait vraisemblablement pas pu faire mieux.

3.2.3.2. En règlement amiable (CCI)

55,6 % des dossiers en amiable n'ont pas entraîné d'indemnisation du patient.

Le principal reproche initialement fait au médecin portait sur la prise en charge thérapeutique (plus d'une plainte sur deux).

La iatrogénie concernait la moitié des dossiers non indemnisés, dans lesquels les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient le plus souvent en cause.

Les experts de la CCI ont conclu favorablement pour le médecin lorsqu'un aléa thérapeutique a été retenu (33,3 %). Ainsi, ils ont pu conclure à un aléa thérapeutique lorsque le dossier répondait aux conditions de recevabilité et qu'il n'existait pas de faute démontrée. Nous pouvons citer l'exemple de la dame de 36 ans qui a bénéficié d'un traitement approprié par Profénid® pour des céphalées associées à des cervicalgies et qui a présenté un syndrome de Lyell une semaine après le début de la prise du traitement. La patiente a avoué avoir oublié de mentionner à son médecin qu'elle avait été hospitalisée à l'âge de 16 ans pour des « cloques » survenues après prise d'un traitement anti-inflammatoire. Personne ne lui avait indiqué qu'il fallait qu'elle note par écrit cet épisode, afin d'en informer les médecins qui la prendront en charge à l'avenir. L'expertise a conclu à un accident médical non fautif (7). La demande a été rejetée dans 13,3 % des dossiers, principalement lorsque les reproches vis-à-vis du médecin n'étaient pas fondés ou n'étaient pas reliés au préjudice. Ainsi, un patient est décédé d'une

hernie étranglée au travers du ligament gastro-colique, dont le diagnostic était trop difficile (9). La demande a été déclarée irrecevable dans 8,9 % des cas lorsque le préjudice en lien avec l'accident médical n'avait pas atteint les critères de gravité fixés par la loi. Par exemple, un patient a présenté une douleur cubitale après une infiltration (9). Cette douleur n'atteignait pas atteindre les critères de gravité pré-définis. En cas de rejet et d'irrecevabilité, le patient n'a obtenu aucune indemnisation par cette voie de recours.

3.2.3.3. En juridiction pénale

56,3 % des dossiers de cette juridiction n'ont pas entraîné de condamnation.

Le reproche principal initialement fait au médecin portait sur l'erreur et le retard diagnostiques (plus d'une plainte sur deux).

Trois spécialités étaient principalement concernées par les non condamnations : la neuro-psychiatrie, les pathologies cardio-vasculaires et l'infectiologie.

En neuro-psychiatrie, le retard diagnostique d'accidents vasculaires cérébraux (hémorragies méningées) représentait un tiers des dossiers. Les médecins n'ont pas été condamnés car leur attitude à l'égard du patient avait été diligente : malgré le fait qu'ils aient émis l'hypothèse diagnostique et qu'ils aient fait la demande de transfert médicalisé, la prise en charge n'a pas pu aboutir en raison de la communication avec le régulateur. Ce dernier a dissuadé et rassuré le médecin sur la pathologie de sa patiente, alors qu'il ne l'avait pas en face de lui.

Pour les pathologies cardio-vasculaires, le retard diagnostique d'infarctus du myocarde représentait les deux tiers des dossiers. Les situations étaient particulièrement difficiles car les médecins ont été contacté ou ont examiné des patients qui n'étaient pas particulièrement à risque de présenter un infarctus : un jeune homme de 28 ans présentant des palpitations et un homme sans facteurs de risque cardio-vasculaire mais anxieux. Dans deux cas sur trois, la plainte a fait l'objet d'un non lieu.

En infectiologie, l'ensemble des dossiers concernait des infections bactériennes graves (purpura fulminans, méningite bactérienne) pour lesquelles les prises en charge avaient été déclarées consciencieuses par l'expertise.

Après examen de l'ensemble des dossiers de cette juridiction, la majorité des dossiers a conclu à une relaxe (28,1 %).

Ainsi, aucune faute pénale n'a été retenue dans ces dossiers pour diverses raisons. La première explication est que les experts ont pu conclure que les soins délivrés par le médecin avaient été conformes aux règles de l'art et que le médecin avait été attentif et diligent. Pour illustrer cela, nous nous appuyerons sur une jurisprudence. Un patient ayant eu un tassement vertébral post-traumatique, est hospitalisé en service d'orthopédie. Il ressent une douleur du mollet gauche pour laquelle une radiographie de la jambe est réalisée (normale). Lors de sa sortie de l'hôpital, le médecin généraliste l'examine parce qu'il présente une douleur au mollet gauche, ainsi qu'une obstruction nasale et des crachats sanguinolents (signalés en fin de consultation). Il conclut à une rhinopharyngite aiguë après avoir constaté que les mollets étaient « souples et non douloureux ». Il introduit également un traitement anticoagulant (préventif). Sept jours plus tard, le médecin est appelé parce que le patient a présenté un malaise pour lequel il conclut à un malaise vagal (compte tenu du fait que le patient est sous traitement anticoagulant et sous antibiotiques) et prescrit des examens complémentaires. Le lendemain, il revient voir le patient et le trouve mieux. Le soir, il est rappelé par la famille car le patient a présenté un malaise avec perte de connaissance. A son arrivée, il est en mydriase aréactive puis il décède. Le médecin a été relaxé car les éléments à sa charge n'étaient pas suffisamment caractérisés (60).

La seconde explication est que les magistrats ont également pu conclure que la plainte du patient ne rassemblait pas les éléments permettant une poursuite en Justice, ni les critères nécessaires pour entraîner une condamnation pénale. En effet, nous rappelons que le droit

pénal est d'interprétation particulièrement stricte. Les infractions au Code Pénal sont inscrites dans le Code Pénal et il n'y a pas d'approximation possible dans la caractérisation de la faute ni de l'infraction (cf. Notions générales-4.1). Pour illustrer cela, nous pouvons citer l'exemple du médecin qui a voulu maîtriser une patiente agitée, et qui a eu un geste malencontreux en lui tordant la jambe. Elle a alors ressenti un craquement qui était en fait le signe d'une entorse grave du genou (10). Cette affaire a été classée sans suite.

3.2.3.4. En juridiction disciplinaire

25 % des dossiers de cette juridiction n'ont pas entraîné de sanction.

On rappellera que dans plus de la moitié de ces dossiers, les reproches faits au médecin concernaient le non-respect des principes moraux et déontologiques et particulièrement l'immixtion dans la vie privée. Nous pouvons faire référence à un certificat remis par un médecin, à la demande d'une nourrice, afin d'attester que l'enfant (âgé de huit ans), qu'elle gardait, présentait un syndrome dépressif et tenait des propos agressifs à l'égard de son père. Dans ce certificat, le médecin n'avait pas violé le secret professionnel et n'avait pas porté d'appréciation (97). Nous pouvons également citer le cas du médecin qui a réalisé un signalement d'un enfant victimes de sévices sexuels sans le connaître ni l'avoir vu, sur les seuls dires de la grand-mère. Après cela, il a reçu la maman de l'enfant en consultation, pour lui conseiller d'éloigner l'enfant de son père au risque d'être poursuivie comme complice. Le Conseil de l'Ordre a estimé qu'il avait agi comme tout citoyen effectuant un signalement et qu'il n'avait pas réalisé de manquement déontologique (138).

Si les médecins n'ont pas été sanctionnés en disciplinaire, c'est que leurs pairs ont estimé qu'ils n'avaient pas réalisé de manquement au Code de Déontologie Médicale et donc, que la plainte du patient n'était pas fondée.

3.3. SYNTHÈSE DES SITUATIONS LES PLUS A RISQUE DE CONDAMNATION

Au total, 69,7 % des décisions de justice et des CCI ont abouti à une condamnation.

Dans le domaine indemnitaire (civil et CCI), la faute entraînant le plus de condamnations était le retard diagnostique. Elle était également en cause, mais de façon moindre, dans le domaine disciplinaire et dans le domaine pénal, dans le cadre de l'imprudence.

Le défaut de prise en charge thérapeutique était la deuxième faute la plus fréquemment condamnée. Elle concernait particulièrement le domaine pénal ainsi que la juridiction disciplinaire. En disciplinaire, le manquement le plus en cause était la délivrance de soins non consciencieux, ce qui signifie une prise en charge thérapeutique inadaptée (par exemple, la délivrance d'une ordonnance sans voir le patient en consultation). De la même façon, en juridiction pénale, les erreurs thérapeutiques étaient souvent en cause, dans le cadre d'imprudence ou d'omission. Au total, tout cadre confondu, nous constatons que ce sont les erreurs diagnostiques et thérapeutiques qui entraînent le plus de plaintes et de condamnations.

Concernant le défaut d'information, on remarquera qu'il était peu représenté dans le domaine indemnitaire (5 condamnations sur 6 plaintes au total), ce qui reste assez faible et probablement sous-estimé par rapport à la littérature disponible sur le sujet (25, 26). En revanche, les certificats médicaux étaient fréquemment en cause en juridictions civile et disciplinaire, notamment dans le cas d'immixtion dans la vie privée. Ces immixtions, qui correspondaient principalement à des remises de certificats dont les conditions de fond n'ont pas été respectées, occupaient une place importante des procédures déontologiques. Ainsi, très souvent, ces certificats étaient délivrés par le médecin, alors que le patient était en instance de divorce. Le médecin prenait souvent parti pour l'un des deux membres du couple. Notre travail a donc permis de souligner la dangerosité potentielle que revêt la rédaction d'un certificat médical, acte qui ne doit jamais être banalisé par les médecins généralistes.

Les pathologies et situations les plus pourvoyeuses de condamnations étaient les pathologies cardio-vasculaires, la cancérologie, l'infectiologie et la iatrogénie.

Sur l'ensemble des juridictions, les pathologies cardio-vasculaires étaient majoritairement en cause. Elles étaient essentiellement représentées par l'infarctus du myocarde. De façon générale, les médecins mis en cause dans cette situation n'ont pas suffisamment prêté attention à certains tableaux cliniques, parfois atypiques, ou n'ont pas su interpréter correctement l'électrocardiogramme. Ceci nous permet d'insister sur le fait que tout médecin doit connaître parfaitement cette pathologie dont l'incidence dans la population générale est importante et il doit également être capable de prendre en compte tous les symptômes, surtout s'ils sont atypiques. Toujours dans le domaine cardio-vasculaire, nous avons remarqué que la consultation téléphonique était un moment « dangereux » pour le médecin. En effet, très souvent, les médecins ne menaient pas un interrogatoire téléphonique suffisamment précis du patient, ne lui conseillaient pas de contacter le centre 15, et certains refusaient de se déplacer. Il est à noter que dans le domaine particulier du cadre pénal, sur l'ensemble des cas étudiés, tous les patients atteints d'infarctus du myocarde sont décédés. Cependant, tous les médecins mis en cause n'ont pas systématiquement été condamnés (généralement peine d'emprisonnement avec sursis) puisque seuls 66,7 % des dossiers en procédure pénale concernant la pathologie coronarienne ont entraîné une condamnation. Au civil, le taux de condamnation était plus important puisqu'il était de 86,3 %. Cette remarque illustre bien le fait que les condamnations au pénal sont plus rares que les condamnations au civil, probablement parce que le droit pénal est d'interprétation stricte.

La cancérologie et l'infectiologie étaient également souvent en cause en matière de responsabilité médicale, particulièrement en raison des difficultés et retards diagnostiques

Le retard diagnostique des infections bactériennes était très représenté et pouvait être expliqué par le fait que certaines d'entre elles étaient d'évolution torpide, rendant le diagnostic de la

pathologie ou de sa complication très difficile. Dans certains cas, des médecins ont refusé de se déplacer après un appel de leur patient, ou ont mené un examen clinique insuffisant ne permettant pas de recueillir des signes de gravité (non reconnaissance d'un syndrome méningé ou d'un purpura). L'infectiologie est une discipline vaste, qui nécessite une mise à jour régulière des connaissances.

En cancérologie, le retard diagnostique concernait particulièrement les cancers dont l'incidence dans la population générale est la plus importante : le cancer colo-rectal, le cancer broncho-pulmonaire, le cancer du sein. Nous avons également remarqué que ces cancers étaient ceux entraînant une majorité des déclarations de sinistre. Dans notre étude, les médecins n'ont pas été assez sensibles aux manifestations cliniques (toux, douleur osseuse, rectorragies, constipation, anomalie du sein) chez certains de leurs patients (dont certains présentaient des facteurs favorisants comme le tabac par exemple). La négligence de certains symptômes est donc source de retard diagnostique.

Concernant la iatrogénie médicamenteuse, notre étude a mis en évidence la dangerosité représentée par la manipulation des anti-inflammatoires, des anti-vitamines K et de certains antibiotiques comme les fluoroquinolones. Les traitements anticoagulants ont fréquemment été en cause en raison des complications hémorragiques et ischémiques résultant de leur utilisation (hémorragie méningée, accident vasculaire cérébral ischémique), à l'occasion des surdosages et des relais avec l'héparine. Nous rappelons que ces classes de médicaments étaient déjà largement représentées dans les déclarations de sinistre des médecins généralistes. Ceci nous prouve bien que la prescription des médicaments n'est pas sans risque en médecine (sur 39 plaintes, 48,7 % ont été condamnées) et qu'une attention particulière doit être portée par tous les médecins généralistes lors de la prescription et de la surveillance de ces thérapeutiques.

La sanction en juridiction civile était représentée par le versement de dommages et intérêts alors qu'en disciplinaire, la sanction la plus fréquemment infligée était l'interdiction temporaire d'exercer (sanction relativement lourde pour le médecin). Ces conclusions en matière disciplinaire doivent faire redoubler de vigilance, d'autant plus que dans cette juridiction, des condamnations sont survenues dans les trois-quarts des plaintes. Ce fort taux de condamnations était également retrouvé en juridiction civile. A l'inverse, dans les domaines amiable (CCI) et pénal, les taux de condamnation étaient inférieurs à 50 %.

L'analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnation permet d'apporter une connotation optimiste à ce travail. En effet, la jurisprudence reconnaît que le médecin n'est pas infallible et que si les soins apportés au patient ont été consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, il peut ne pas être condamné, même en cas d'erreur diagnostique.

4. LES PERSPECTIVES

A présent, nous allons exposer ce que nous pouvons proposer aux médecins généralistes pour l'avenir, afin de leur éviter que de telles erreurs surviennent et conduisent à des plaintes de la part de patients.

4.1. FORMATION MEDICALE INITIALE FACULTAIRE

Lors de nos études de médecine, notre programme facultaire était découpé en « modules transdisciplinaires », chaque module concernant un thème de pathologies (vieillesse, athérosclérose...). Dans ces modules, toutes les pathologies auxquelles nous avons fait référence précédemment ont été étudiées en cours et appréhendées par le biais des stages. Ainsi, tous les médecins (en tout cas les plus jeunes) ont bénéficié d'une formation initiale sur

tous ces problèmes. Il est licite de se demander si la faible attention apportée par les étudiants aux cours (de médecine légale et de droit de la santé) et aux stages ne pourrait pas en partie être en cause dans certains des problèmes que nous avons soulevés, ou en tout cas, pourraient l'être à l'avenir. En effet, les décisions de justice que nous avons exposées étaient, pour certaines, anciennes et donc concernaient probablement des praticiens plus âgés et plus expérimentés. Cependant, il nous semble pertinent de discuter de ce point car le but de ce travail est d'éviter aux médecins actuels de reproduire les erreurs des confrères en comprenant le mécanisme défaillant d'amont. Depuis 2013, un arrêté relatif au régime des premier et deuxième cycles des études médicales a modifié le programme facultaire, introduisant la notion d' « Unité d'Enseignement » (UE). Dans l'une de ces UE, l'UE n°11, concernant les urgences, il pourrait être intéressant d'utiliser les conclusions de notre étude pour mettre l'accent sur les pathologies qui sont susceptibles d'être insuffisamment diagnostiquées ou prises en charge par les médecins généralistes. Il serait peut-être envisageable de créer un séminaire pour sensibiliser les jeunes étudiants aux situations particulièrement délicates auxquelles ils seront confrontés dans leur vie professionnelle future. De la même manière, l'UE n°10 concernant la prescription médicamenteuse pourrait bénéficier du même type d'approche, sur la base de nos résultats issus de la partie « Iatrogénie ». Notre idée serait de délivrer un enseignement concis, complémentaire, en utilisant les conclusions de notre travail.

4.2. FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)

Cependant, la formation initiale ne représente qu'une partie de la formation du médecin. Ainsi, pour entretenir sa pratique quotidienne, le praticien doit continuer de se former régulièrement et sérieusement. Certains médecins s'abonnent à des revues médicales, assistent à des congrès ou à des séances d'enseignement, participent à des stages de formation, d'autres participent à des groupes de pairs. Pour un médecin inscrit dans une dynamique de FMC, son but est de perfectionner ses connaissances. La tendance actuelle est au Développement

Professionnel Continu (DPC), qui privilégie une analyse et une réflexion du médecin sur sa pratique. Malgré les idées préconçues que l'on peut avoir sur le médecin assidu à un système de FMC (l'idée d'un médecin presque infaillible car détenteur d'un grand savoir), la thèse de Charon (25) étudiant l'erreur en médecine générale, chez 71 médecins, a mis en évidence qu'il n'y aurait pas moins d'erreurs chez les médecins généralistes qui suivent une FMC ou qui sont abonnés à une revue médicale. Même si l'échantillon de cette thèse était de taille modeste et si les résultats étaient peut être non significatifs, nous pouvons nous demander ce que le médecin doit faire pour se prémunir du risque de plaintes et de procès.

Pour cette raison, il nous semble intéressant de citer le groupe de pairs (156) : il s'agit d'une méthode de formation rigoureuse, validée et reconnue. Le groupe rassemble régulièrement des médecins de la même spécialité qui font une analyse argumentée de leur pratique quotidienne en s'appuyant sur l'analyse collective d'un cas clinique présenté. La participation du médecin généraliste à ce groupe peut lui permettre de partager ses erreurs et d'apprendre à partir des erreurs des autres pour ne pas les reproduire. Néanmoins, tous les médecins généralistes ne s'inscrivent pas dans cette démarche et, généralement, il faut attendre que le médecin ait été confronté à un litige avec un patient pour qu'il mette en place des changements dans sa pratique.

Un litige avec son patient peut arriver à n'importe quel moment, car le médecin n'est malheureusement pas infaillible. Il sait qu'il doit délivrer des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science, mettre régulièrement à jour ses connaissances, mais parfois cela ne suffit pas à éviter la survenue d'une erreur. Dans tous les cas, le médecin doit faire de son mieux afin d'aider son patient. Cette notion qui nous semble importante pourrait également être apportée en FMC.

4.3. CHANGEMENTS DE PRATIQUES

Après avoir reçu une plainte ou avoir été l'objet d'un procès, la plupart des médecins se remet en question et modifie leurs pratiques.

Une étude menée entre 2008 et 2010 (14) a étudié l'impact de la mise en cause de 6 médecins généralistes devant une CCI.

Lors de la mise en cause, les réactions des médecins étaient différentes, allant de l'absence d'inquiétude, au sentiment d'injustice, en passant par la compréhension.

Une fois la procédure engagée, les médecins se sont tous remis en question. Certains ont constaté un impact sur leur vie professionnelle (inquiétude financière, peur d'échouer, impact sur la renommée, arrêt de l'activité professionnelle). D'autres médecins ont souffert d'un manque d'accompagnement de la part de leur compagnie d'assurance : la plupart ne connaissait pas les démarches ni la procédure devant une CCI.

Lors de l'expertise, les médecins ont perçu l'attitude de l'expert différemment : pour certains, c'était une analyse approfondie du dossier avec explication des actes aux patients et à la famille ; pour d'autres, ce n'était qu'une séance de critiques.

Suite à la procédure, les médecins ont déclaré mieux se protéger, notamment sur l'aspect médico-légal. Selon eux, cette expérience aurait eu des retombées négatives (stress) et positives (amélioration des pratiques professionnelles, notamment concernant la tenue du dossier médical).

Le travail de Fasquelle (28), s'intéressant au phénomène de judiciarisation de la santé, a mis en évidence une modification des pratiques des médecins généralistes après qu'ils aient fait l'objet de plaintes ou d'un procès. Il a été constaté une augmentation des prescriptions d'exams complémentaires, une diminution de prescription du nombre d'exams invasifs,

une augmentation du nombre de demandes de consultations spécialisées, une meilleure information délivrée car plus exhaustive et un dossier médical mieux tenu.

Concernant notre travail, nous ne savons pas si les décisions défavorables à nos médecins généralistes ont eu un impact sur leurs pratiques. Nous pouvons quand même imaginer que cela a pu les modifier et que cet événement les a marqués de façon durable. Par ailleurs, ces situations peuvent tout aussi être traumatisantes quand l'objet de la plainte du patient n'était pas bien fondée ou semblait abusive.

4.4. LES DROITS DU MEDECIN EN CAS DE PLAINTÉ ABUSIVE PAR UN PATIENT

De façon générale, les erreurs médicales sont sources de plaintes de la part des patients. Mais, il peut arriver que la saisine de la justice par les patients soit abusive (15) alors que le médecin n'a réalisé aucune faute. Nous citerons cet exemple : un anesthésiste réanimateur a été mis en cause pour un bris de deux dents lors d'une intubation, alors que le patient présentait une détresse respiratoire au cours d'une chirurgie de l'abdomen. Ce médecin était donc en train de sauver la vie de son patient quand cet incident est survenu . C'est cet événement qui a motivé la plainte du patient. Le médecin a finalement été relaxé 12 ans après les faits allégués.

Ainsi, les médecins disposent d'actions possibles en cas de plainte abusive du patient. Une fois l'absence de faute retenue par le Juge, le médecin peut se diriger vers :

- La juridiction pénale

Si le médecin estime que la plainte du patient était dénuée de fondement, il peut faire une action en dénonciation calomnieuse (art. 226-10 à 226-12 du Code Pénal). Dans ce cas, il devra prouver que le patient l'a dénoncé spontanément, sur un motif qu'il connaissait totalement ou partiellement inexact, pour l'exposer à des sanctions. La sanction pénale (pour le patient) est de 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Le médecin peut également faire une action en dénonciation téméraire (art. 91 du Code Procédure Pénale), s'il pense que le patient a fait une faute. Pour cela, la plainte initiale du patient avec constitution de partie civile doit avoir fait l'objet d'un non-lieu. Dans les 3 mois suivant l'ordonnance définitive de non-lieu, le médecin peut engager cette procédure devant le tribunal correctionnel.

- **La juridiction civile**

Le médecin peut aussi engager une action en dommages et intérêts contre le patient. Il doit alors prouver que la plainte initiale du patient avait été déposée avec légèreté ou qu'il s'était acharné malgré des rapports d'expertise incontestables.

Il nous semble important de souligner que ces cas de figure restent exceptionnels, et il est rare qu'un médecin fasse reconnaître la faute ou la mauvaise foi d'un patient devant un tribunal. Suite à de telles situations, il n'est pas étonnant que le médecin puisse être en état de stress et ressentir des difficultés dans le cadre de son exercice.

4.5. PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS

Il nous semble important de rappeler que pour qu'un médecin travaille correctement et qu'il applique des soins conformes aux données acquises de la science, il faut qu'il puisse agir en toute sérénité. Si le médecin travaille dans la précipitation et la fatigue, il risque de commettre des erreurs et de ne plus percevoir le risque médico-légal des situations.

Ainsi, la thèse de Charon G. (25), traitant des causes d'erreurs en médecine générale, a mis en évidence des facteurs favorisant d'erreurs. Elles avaient lieu plutôt au cabinet médical, dans des conditions de travail défavorables, en présence d'un patient non compliant, avec un praticien fatigué et ressentant une tension psychique.

Il nous semble également important d'évoquer le phénomène de burn-out qui est défini comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel ». Ce phénomène est bien connu depuis quelques années. Des travaux (4, 5) ont été menés à ce sujet, et mettent en évidence que les médecins généralistes y sont particulièrement exposés. Près d'un médecin libéral sur deux serait sujet au burn-out. Cet état aurait un impact sur la qualité des soins apportés au patient. Ainsi, une enquête de 2002, en Champagne-Ardenne, a mis en évidence que 44,5% des médecins avaient des attitudes négatives avec leurs patients. Les conséquences de ce stress peuvent être une baisse de la qualité des soins (50%), des manifestations d'irritabilité (40%), des erreurs pouvant occasionner la mort (2%) ou non (7%), des prescriptions d'exams et de traitements inappropriés, des abus sexuels et des comportements pathologiques. Selon deux études menées en Champagne-Ardenne en 2012 et 2013 (5), les causes de cet état sont la surcharge de travail (46%), la relation médecin-patient (41%) et les contraintes administratives (31%).

Récemment, une opération de communication lancée par l'Union Française de la Médecine Libérale (le 18 février 2014), nommée « jour noir », a rassemblé des médecins devant le Ministère de la Santé, mettant en scène des personnages en blouses et masques blancs, portant des inscriptions : « solitude, pénibilité, violences verbales... ». Cette intervention a fait suite au suicide d'un médecin psychiatre proche de sa retraite.

Aussi, afin d'éviter que le médecin généraliste commette des erreurs, il nous semble important que ses formations initiale et continue aient été de bonne qualité et qu'il soit accompli dans son travail.

CONCLUSION

La pratique de la médecine générale de ville est un exercice difficile. Le médecin qui s'y consacre doit souvent faire face à des situations variées, voire complexes. Il lui arrive aussi d'être confronté à des situations nouvelles.

A tout moment, des erreurs peuvent alors émailler sa pratique. Elles peuvent concerner les différentes étapes de la prise en charge du patient (information, diagnostic, traitement, suivi). Et dans certains cas, les mauvaises conditions de travail du médecin ainsi que son mal être peuvent avoir un impact sur sa pratique de la médecine et lui faire commettre des erreurs.

A l'inverse de ce que l'on pourrait penser, les plaintes et les condamnations concernant les médecins généralistes ne sont statistiquement pas négligeables au regard des autres spécialités. En effet, l'omnipraticien occupe une place centrale et délicate dans la prise en charge globale du patient.

Dans notre travail, nous nous sommes rendu compte, par le biais des déclarations de sinistre, que les médecins exprimaient une certaine crainte d'être poursuivi. Cette crainte concernait particulièrement l'erreur thérapeutique en iatrogénie (Médiator®, anti-vitamines K et anti-inflammatoires non stéroïdiens). Le retard diagnostique faisait également très souvent l'objet de déclarations des médecins, et concernait principalement les cancers (broncho-pulmonaires, colo-rectaux et du sein), les fractures et l'infarctus du myocarde. Nous avons également recensé des difficultés diagnostiques pour les accidents vasculaires cérébraux et l'appendicite aiguë.

De façon générale, les patients ont majoritairement utilisé la voie civile pour porter plainte et l'erreur la plus en cause concernait la thérapeutique dans la majorité des domaines (pénal, disciplinaire et CCI).

Plus de deux décisions sur trois ont entraîné une condamnation du médecin. L'analyse des décisions de justice et des CCI nous a permis de constater la place importante occupée par les procédures civiles et disciplinaires pour lesquelles les médecins étaient condamnés dans 75 % des cas en moyenne. En pénal et en amiable, les taux de condamnations étaient moins fréquents, atteignant moins de 50 %. Sur l'ensemble des juridictions, le retard diagnostique était l'erreur condamnée la plus fréquente, suivie de près par l'erreur thérapeutique. Les spécialités entraînant le plus de condamnations étaient les pathologies cardio-vasculaires (principalement l'infarctus du myocarde) ainsi que les pathologies infectieuses bactériennes, la cancérologie (avec notamment les cancers du sein, les cancers pulmonaires et colo-rectaux) et la iatrogénie (avec les anti-inflammatoires, les anti-vitamines K et les fluoroquinolones).

Certaines plaintes n'ont cependant pas entraîné de condamnation du médecin, dans la mesure où ce dernier a démontré qu'il avait délivré à son patient des soins consciencieux, attentifs et diligents. Nous dirons que pour se prémunir des risques de plaintes et de procès, chaque médecin doit savoir apprécier le risque médico-légal d'une situation, en pratiquant une analyse réfléchie de chaque patient se présentant à lui. Il devra être particulièrement attentif aux situations où il sera confronté à un interrogatoire téléphonique ou un besoin de se déplacer pour juger d'une situation.

Le but de notre travail est donc de proposer une aide aux médecins généralistes afin de repérer les situations dites « à risque ». Pour ce faire, il ne doit pas oublier les bases élémentaires de la pratique de la médecine : un interrogatoire minutieux, un examen clinique attentif, une prescription d'examens complémentaires et médicamenteuse adaptée, et une surveillance

étroite, tout en veillant à respecter l'adage suivant : d'abord, ne pas nuire (« *Primum non nocere* »).

Suite à notre travail, nous avons constaté que l'amélioration des pratiques du médecin reposait sur plusieurs points. Tout d'abord, au niveau de la formation : nous avons évoqué la formation initiale autant que la formation continue, dans lesquelles les notions issues de ce travail pourraient être utilisées dans un enseignement. Ensuite, nous avons discuté des potentielles modifications de pratiques secondaires à l'impact que les plaintes et les procès pouvaient avoir sur les médecins généralistes. En effet, malgré le caractère un peu traumatisant que cela peut comporter (surtout dans le domaine pénal), les médecins ont cependant amélioré leur prise en charge globale du patient. Nous avons également exposé les rares cas de patients attaquant leur médecin en justice pour un motif non fondé, afin d'expliquer aux médecins généralistes qu'il existe une démarche possible dans ce type de situation pour faire valoir leurs droits. Enfin, il nous a semblé nécessaire de parler de la santé du médecin et de son bien-être. Comme nous l'avons précisé précédemment, pour que le médecin généraliste travaille bien, il doit aller bien. Etant donné qu'il peut être exposé à tous types de pathologies et situations médicales, à tous types de patients possibles, dans un cadre de travail parfois peu favorable, il est important qu'il prenne soin de lui afin de pouvoir pratiquer une médecine de qualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REVUES - PERIODIQUES - QUOTIDIENS D'INFORMATIONS

1. AFSSAPS. Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale. Point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants anti vitamine K. *Le rendez-vous presse de l'AFSSAPS*. 2008.
2. CSMF. Judiciarisation, pas de dérive à l'américaine. *Le Médecin de France*, 2013, n° 1198, p. 4-5.
3. Dictionnaire Permanent Bioéthique et Biotechnologies. Responsabilité médicale. 2013, p. 2169-2183.
4. Galam E. Burn-out des médecins libéraux, 3^{ème} partie : des conséquences pour le médecin mais aussi pour ses patients. *Médecine*. 2008, vol. 1, n° 4, p. 43-46.
5. GSK. Burn-out des médecins : une souffrance au travail. Communiqué de presse. 2013. Disponible sur : <http://www.gsk.fr>
6. Houselstein T. Prescriptions médicamenteuses : des erreurs évitables. *Responsabilité*, 2013, vol. 13, n° 51, p. 6-10.
7. MACSF - Le Sou Médical. Analyse des décisions civiles, pénales et avis CCI concernant des médecins généralistes et des médecins de spécialités diverses 2011. *Responsabilité*, 2013, vol. 13, n° 50, p. 3-9.
8. MACSF - Le Sou Médical. Analyse des décisions civiles, pénales et avis de CRCI concernant des médecins généralistes et des médecins urgentistes 2010. *Responsabilité*, 2012, vol. 12, n° 45, p. 3-17.

9. MACSF - Le Sou Médical. Analyse des décisions civiles, pénales et avis de CRCI concernant des médecins généralistes et des médecins urgentistes 2009. *Responsabilité*, 2011, vol. 11, n° 41, p. 3-26.
10. MACSF - Le Sou Médical. Analyse des dossiers civils ayant entraîné en 2007 la condamnation de médecins généralistes et des médecins urgentistes. *Responsabilité*, 2009, vol. 9, n° 33, p. 1-28.
11. MACSF - Le Sou Médical. Analyse des dossiers civils ayant entraîné en 2003 la condamnation de médecins généralistes. *Responsabilité*, 2005, vol. 5, p. 3-10.
12. Makeham M.A., Dovey S.M., County M., Kidd M.R. An international taxonomy for errors in general practice : a pilot study. *Med J Aust*, 2002, vol. 177, n° 2, p. 68-72.
13. Laude A. Dossier responsabilité, responsabilité du médecin, la faute est mieux cernée. *Le Concours Médical*, 2008, tome 130, n° 12, p. 609-628.
14. Patru G, Manaouil C., Montpellier D., Jardé O. Mise en cause du médecin généraliste devant une CCI : quel impact ? *Responsabilité*, 2013, vol. 13, n° 50, p. 6-11.
15. Vilanova J. La relation de soins dans un environnement changeant. Qu'en est-il des droits du soignant ? *Syndicat des Radiologues Hospitaliers info*. 2012, n° 3, p. 9-14.

OUVRAGES

16. Baccino E. Responsabilité médicale au quotidien. In : Baccino E., *Médecine de la violence*. Paris : eds. Masson, 2006, p. 305-313.
17. Baccino E. Organisation de la justice en France. In : Baccino E., *Médecine de la violence*. Paris : eds. Masson, 2006, p. 327-338.
18. Dorsner-Dolivet A. *La responsabilité du médecin*. Paris : eds. Economica, 2006, 480 p.

19. Paley-Vincent C. *Responsabilité du médecin – Mode d'emploi*. Paris : eds. Masson, 2002, 276 p.
20. Tietart-Frogé MP. Aspects juridiques de responsabilité médicale. In : Campana JP, *Principes de médecine légale*. Rueil-Malmaison : eds. Arnette, 2010, p. 413-435.
21. Lacroix D. *Collège National des Enseignants de Cardiologie*. Paris : eds. Masson, 2010, p. 271-297.

RAPPORTS

22. MACSF - Le Sou Médical. Rapport du Conseil médical du Sou Médical – Groupe MACSF sur l'exercice 2006, vol. 6, p. 15-19.
23. MACSF - Le Sou Médical. Rapport du Conseil médical du Sou Médical – Groupe MACSF sur l'exercice 2008, vol. 10, p. 24-36.
24. Observatoire des Risques Médicaux. Rapport d'activité des années 2006 à 2011. 2012, p. 7-9.

THESES

25. Charon G. (2006). *L'erreur en médecine générale : revue de la littérature et étude d'observations chez 71 médecins généralistes du Val de Marne*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Paris.
26. Desclefs J.P. (2011). *Evolution des plaintes et recours envers les médecins généralistes entre 2005 et 2009 : étude à partir des données d'un assureur médical*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Paris.

27. Ecuier J.M. (1992). *Causes d'erreurs de diagnostic en médecine générale – enquête auprès de 20 médecins généralistes*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Nice.
28. Fasquelle N. (2006). *La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale. Vers l'émergence d'une médecine défensive ?* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Clermont-Ferrand.
29. Ruiz P. (2013). *La responsabilité judiciaire du médecin généraliste : analyse des jurisprudences sur une période de 10 ans*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Lille.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRE, JURISPRUDENCES

30. France. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

JURISPRUDENCES JUDICIAIRES

Tribunaux de première instance

31. Tribunal de Grande Instance de Paris, Chambre Civile, du 07 décembre 1987, n° 11/86885.

Cours d'Appel

32. Cour d'Appel de Rouen, Chambre Civile, du 15 décembre 1987, n° 87/048940.
33. Cour d'Appel de Paris, Chambre Civile, du 03 mars 1988, n° 86/20358.
34. Cour d'Appel de Grenoble, Chambre Civile, du 20 mai 1988, n° 871932.
35. Cour d'Appel de Limoges, Chambre Civile, du 03 mai 1990, n° 1205/88.

36. Cour d'Appel de Paris, Chambre Civile, du 11 mai 1990, n° 94/6790.
37. Cour d'Appel de Reims, Chambre Civile, du 02 novembre 1992, n° 689/91.
38. Cour d'Appel de Bordeaux, Chambre Civile, du 19 Octobre 1993, n° 1432/89.
39. Cour d'Appel de Paris, Chambre Civile, du 17 décembre 1993, n° 92/5210.
40. Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, Chambre Civile, du 10 Mars 1994, n° 911851.
41. Cour d'Appel de Rennes, Chambre Civile, du 19 avril 1994, n° 629/91.
42. Cour d'Appel de Bordeaux, Chambre Civile, du 26 janvier 1995, n° 91004650.
43. Cour d'Appel d'Agen, Chambre Civile, du 22 Janvier 1996, n° 94001375.
44. Cour d'Appel de Limoges, Chambre Criminelle, du 07 mai 1997, n° 96/00381.
45. Cour d'Appel de Nouméa, Chambre Criminelle, du 22 juillet 1997, n° 056797.
46. Cour d'Appel de Pau, Chambre Civile, du 12 février 1999, n° 96/001270.
47. Cour d'Appel de Poitiers, Chambre Criminelle, du 18 janvier 2001, n° 01/00039.
48. Cour d'Appel de Paris, Chambre Civile, du 05 juillet 2001, n° 1999/16067.
49. Cour d'Appel de Lyon, Chambre Civile, du 19 février 2002, n° 1999/05772.
50. Cour d'Appel de Rennes, Chambre Civile, du 23 juin 2004, n° 01/02418.
51. Cour d'Appel de Versailles, Chambre Civile, du 18 février 2005, n° 03/04530.
52. Cour d'Appel de Rouen, Chambre Civile, du 16 novembre 2005, n° 02/00652.

53. Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, Chambre Civile, du 04 avril 2006, n° 02/05647.
54. Cour d'Appel de Rennes, Chambre Civile, du 17 mai 2006, n° 05/03140.
55. Cour d'Appel de Caen, Chambre Civile 17 octobre 2006, n° 0203078.
56. Cour d'Appel d'Amiens, Chambre Civile, du 14 décembre 2006, n° 05/01553.
57. Cour d'Appel de Nîmes, Chambre Civile 16 janvier 2007, n° 0403318.
58. Cour d'Appel de Dijon, Chambre Civile, du 12 février 2008, n° 0502080.
59. Cour d'Appel de Paris, Chambre Civile, du 22 février 2008, n° 06/12139.
60. Cour d'Appel de Bordeaux, Chambre Criminelle, du 18 avril 2008, n° 08/00009.
61. Cour d'Appel d'Angers, Chambre Civile, du 17 septembre 2008, n° 05/1956.
62. Cour d'Appel de Paris, Chambre Civile, du 27 février 2009, n° 06/21506.
63. Cour d'Appel de Nîmes, Chambre Civile, du 07 avril 2009, n° 07022/34.
64. Cour d'Appel de Versailles, Chambre Civile, du 24 juin 2010, n° 09/02721.
65. Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, Chambre Civile, du 05 janvier 2011, n° 0911286.
66. Cour d'Appel de Dijon, Chambre Civile, du 28 juin 2011, n° 1001619.
67. Cour d'Appel de Rennes, Chambre Civile, du 19 octobre 2011, n° 08/04201.
68. Cour d'Appel de Metz, Chambre Civile, du 20 octobre 2011, n° 0703131.
69. Cour d'Appel d'Angers, Chambre Civile, du 02 février 2012, n° 11/00524.

Cours de Cassation

70. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 15 novembre 1989, n° 88-12702.
71. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 16 octobre 1990, n° 88-20446.
72. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 30 mars 1994, n° 92-21.175.
73. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 26 mars 1997, n° 94-80239.
74. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 26 mars 1997, n° 95-81.439.
75. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 8 juillet 1997, n° 95-17076.
76. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 25 novembre 1997, n° 95-21785.
77. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 17 novembre 2000, n° 99-13.701.
78. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 16 mars 2004, n° 01-15538.
79. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 23 novembre 2004, n° 03-16.865.
80. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 04 janvier 2005, n° 03-19.540.
81. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 01 mars 2005, n° 03-19062.
82. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 08 février 2005, n° 04-85.577.
83. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 14 mai 2008, n° 08-08202.
84. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 13 novembre 2008, n° 07-18.008.
85. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 02 décembre 2008, n° 07-87821.

86. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 04 mars 2009, n° 08-86465.
87. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 15 décembre 2009, n° 08-84084 et 08-87817.
88. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 28 janvier 2010, n° 08-21.692.
89. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 14 octobre 2010, n° 09-68471.
90. Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, du 07 juillet 2011, n° 11100756.
91. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 04 septembre 2012, n° 10-88.818.

- JURISPRUDENCES DISCIPLINAIRES

92. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 02 octobre 2002, n° 11267.
93. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 15 octobre 2002, n° 8383.
94. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 23 octobre 2002, n° 8245.
95. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 05 avril 2006, n° 9345.
96. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 19 décembre 2007, n° 9707.
97. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 24 janvier 2008, n° 9729.
98. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 20 février 2008, n° 9709.
99. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 16 décembre 2009, n° 10387.

100. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 28 janvier 2010, n° 10429.
101. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 15 mars 2010, n° 10410.
102. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 07 juillet 2010, n° 10593.
103. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 07 juillet 2010, n° 10598.
104. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 04 octobre 2010, n° 10593.
105. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 19 octobre 2011, n° 10551.
106. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 14 décembre 2011, n° 10973.
107. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 14 décembre 2011, n° 11161.
108. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 08 février 2012, n° 10172b.
109. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 12 janvier 2012, n° 10982.
110. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 07 mars 2012, n° 11076.
111. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 18 avril 2012, n° 11114.

112. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 12 juin 2012, n° 11179.
113. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 03 juillet 2012, n° 11176.
114. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 03 juillet 2012, n° 11263.
115. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 05 juillet 2012, n° 11231.
116. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 06 septembre 2012, n° 11237.
117. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 19 septembre 2012, n° 11212.
118. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 03 octobre 2012, n° 11210.
119. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 03 octobre 2012, n° 11225.
120. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, du 25 octobre 2012, n° 11401.
121. Conseil d'Etat, Ordre des Médecins, du 24 janvier 2003, n° 232646.
122. Conseil d'Etat, Ordre des Médecins, du 4 avril 2011, n° 333072.
123. Conseil d'Etat, Ordre des Médecins, du 11 mai 2011, n° 342577.

124. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 19 janvier 2000, n° 7189.
125. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 25 mai 2000, n° 7178.
126. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 21 décembre 2000, n° 7399.
127. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 22 janvier 2002, n° 7874.
128. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 02 octobre 2002, n° 8141.
129. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 05 novembre 2003, n° 8664.
130. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 17 novembre 2004, n° 8921.
131. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 14 septembre 2005, n° 9151.
132. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 28 septembre 2005, n° 8966.
133. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 20 octobre 2005, n° 9196.
134. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 15 février 2006, n° 9252.

135. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 01 mars 2006, n° 9290.
136. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 16 mars 2006, n° 9324.
137. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 05 avril 2006, n° 9327.
138. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 10 mai 2006, n° 9354 et 55.
139. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 14 juin 2006, n° 9373.
140. Section Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 06 juin 2007, n° 9626.
141. Section des assurances sociales du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 28 mars 2006, n° 4127.
142. Section des assurances sociales du Conseil National de l'Ordre des Médecins, du 08 décembre 2009, n° 4600.

- JURISPRUDENCE ADMINISTRATIVE

143. Cour Administrative d'Appel de Douai, du 6 mai 2003, n° 01DA00587.

ADRESSES ELECTRONIQUES

144. Bibliothèque de l'Université de Nice Sophia-Antipolis. Ressources de la Faculté de Nice. [en ligne]. [consulté le 20/01/2013]. Disponible sur : <http://bibliotheque.unice.fr/>

145. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Jurisprudence [en ligne]. [consulté le 20/01/2013]. Disponible sur : <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/>
146. Haute Autorité de Santé. Maladies chroniques – Parcours de soins [en ligne]. [consulté le 03/01/2014]. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr>
147. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012 [en ligne]. [consulté le 02/11/2013]. Disponible sur : <http://www.insee.fr>
148. Inserm. Thrombose veineuse (phlébite) [en ligne]. [consulté le 01/02/2014]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr>
149. Institut National du Cancer (INCa). Epidémiologie des cancers en France métropolitaine – Prévalence [en ligne]. [consulté le 05/01/2014]. Disponible sur : <http://lesdonnees.e-cancer.fr>
150. La prévention médicale. Cas cliniques médecine [en ligne]. [consulté le 05/01/2014]. Disponible sur : <http://www.prevention-medicale.org/>
151. Legifrance. Jurisprudence judiciaire [en ligne]. [consulté le 20/01/2013]. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/>
152. MACSF - Le Sou Médical. Décisions de justice 2012 [en ligne]. [consulté le 05/01/2013]. Disponible sur : <http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/>
153. MACSF - Le Sou Médical. Rapport de responsabilité civile 2012 [en ligne]. [consulté le 05/01/2013]. Disponible sur : <http://www.risque-medical.fr/responsabilite-civile/2012/>
154. MACSF - Le Sou Médical. Panorama des risques professionnels en santé. Responsabilité civile professionnelle en Médecine générale. 2012 [en ligne]. [consulté le 05/01/2013] Disponible sur : <http://www.risque-medical.fr/responsabilite-civile/2012/>

155. Ministère de la Justice. Les poursuites déclenchées par le ministère public [en ligne].[consulté le 01/08/2013]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/>

156. Société Française de Médecine Générale. Groupe de pairs [en ligne]. [consulté le 01/03/2014]. Disponible sur : <http://www.sfmng.org>

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

PLAINTES ET CONDAMNATIONS CONCERNANT DES MEDECINS GENERALISTES : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années

INTRODUCTION : Le médecin généraliste est un omnipraticien pouvant être confronté à toutes sortes de situations médicales délicates qui peuvent entraîner des erreurs et donc la mise en jeu d'une (ou de ses) responsabilité(s).

OBJECTIFS : Identifier les situations entraînant la mise en jeu des responsabilités des médecins généralistes. Identifier les mécanismes défailants en amont. Aider les médecins à se prémunir contre les risques médico-légaux.

MATERIEL ET METHODE : Analyse des déclarations de sinistre ainsi que des décisions de justice et des CCI issues des revues annuelles de la MACSF (supplément Responsabilité) et des moteurs de recherche (bibliothèque informatique de l'Université de Nice Sophia-Antipolis, sites du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de Legifrance). Etude de données datant de 1987 à 2013, soit 1017 dossiers dont 287 décisions de justice.

RESULTATS : Les déclarations de sinistre par les médecins concernaient les erreurs au niveau du traitement (46,6%) et du diagnostic (42%), particulièrement en iatrogénie et en oncologie. 69,7 % des décisions de justice ont entraîné une condamnation du médecin. Dans le domaine indemnitaire, le retard diagnostique était la faute la plus condamnée (58,5% en civil et 50% en CCI). Les erreurs thérapeutiques condamnées étaient fréquentes en pénal (60% en imprudence) et en disciplinaire (19,1%). 16% des condamnations concernaient les pathologies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde), 13,5% concernaient l'infectiologie. 12% des condamnations étaient en rapport avec la oncologie (cancers du sein, broncho-pulmonaires et colo-rectaux) et 9,5% concernaient la iatrogénie (anticoagulants, anti-inflammatoires, antibiotiques).

CONCLUSION : L'exercice de la médecine générale comporte des risques médico-légaux. La pathologie cardio-vasculaire (surtout l'infarctus du myocarde) est la spécialité entraînant le plus de condamnations. Les améliorations possibles pour se prémunir contre ces risques concernent la formation du médecin (initiale et continue), l'adaptation des pratiques et l'attention à apporter à la santé du médecin.

MOTS CLES : médecin généraliste, responsabilité médicale, déclaration de sinistre, décision de justice, faute, plainte, condamnation.