



Urgence et refus de soins

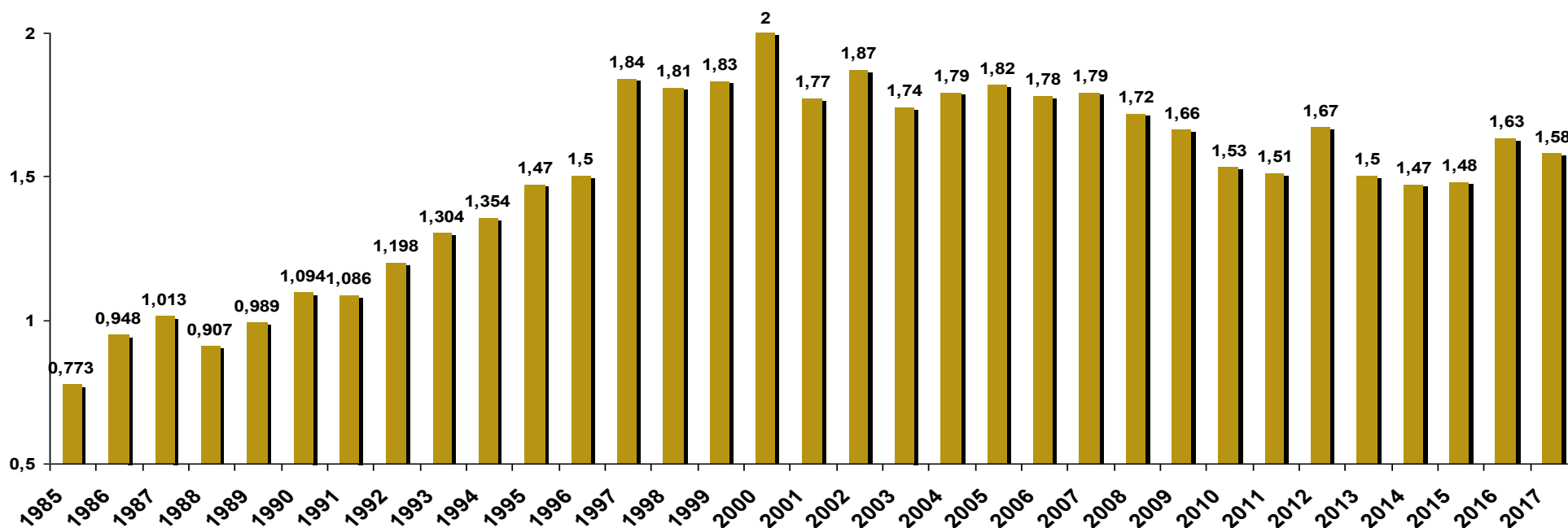
Germain Decroix - MACSF

Les spécificités de l'urgence

- **L'urgence ne justifie pas l'incompétence**
- **L'urgence ne couvre pas une illégalité**
- **Certains principes sont adoucis (obligation d'information)**
- **L'urgence permet d'expliquer l'existence de moyens limités**
- **Les reproches portent souvent sur une simple perte de temps aux conséquences difficiles à apprécier.**

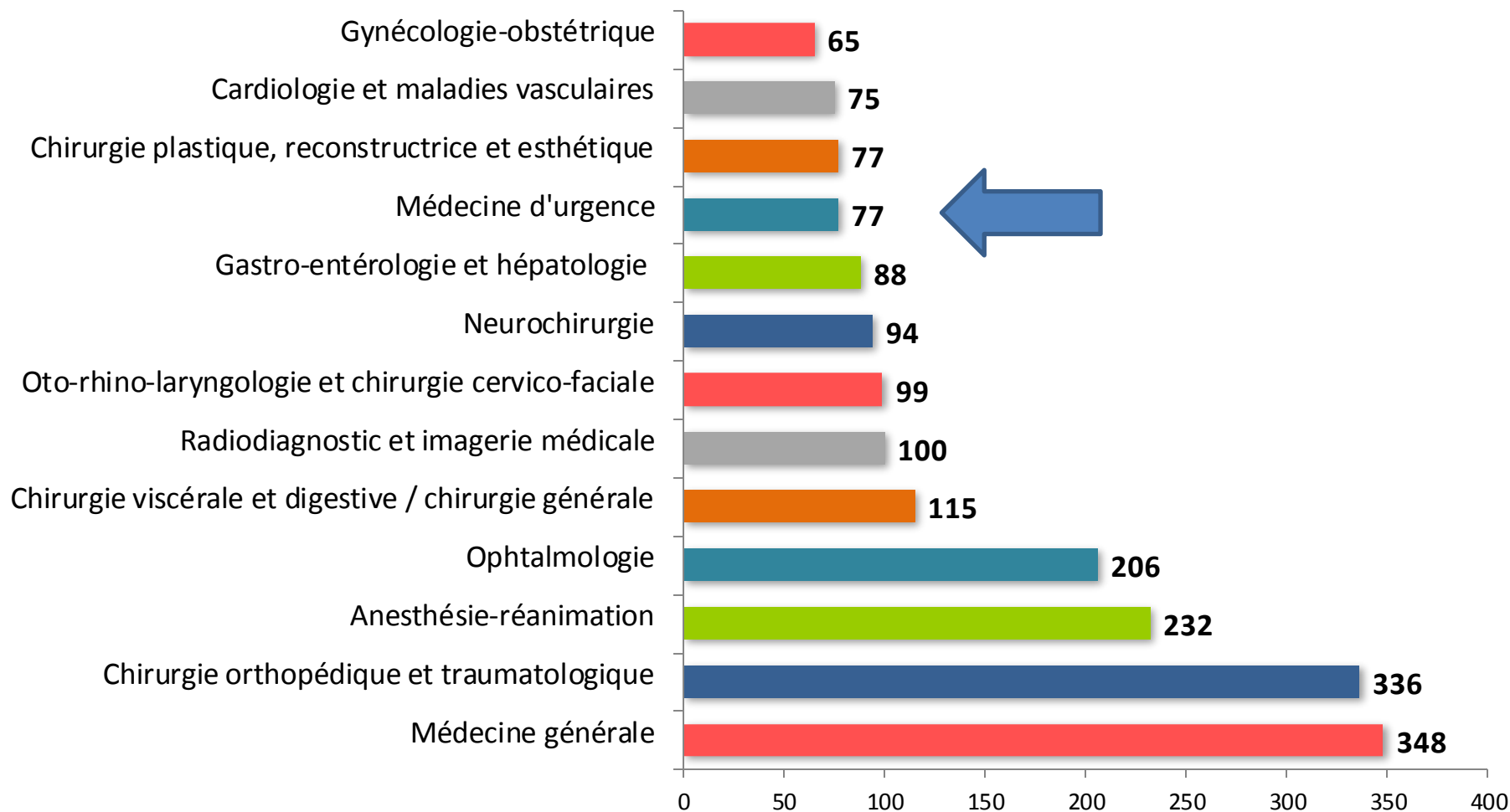
SINISTRALITE (1985-2017)^(a)

MEDECINS (tous exercices et spécialités confondus) – 149 964 au 31/12/2017

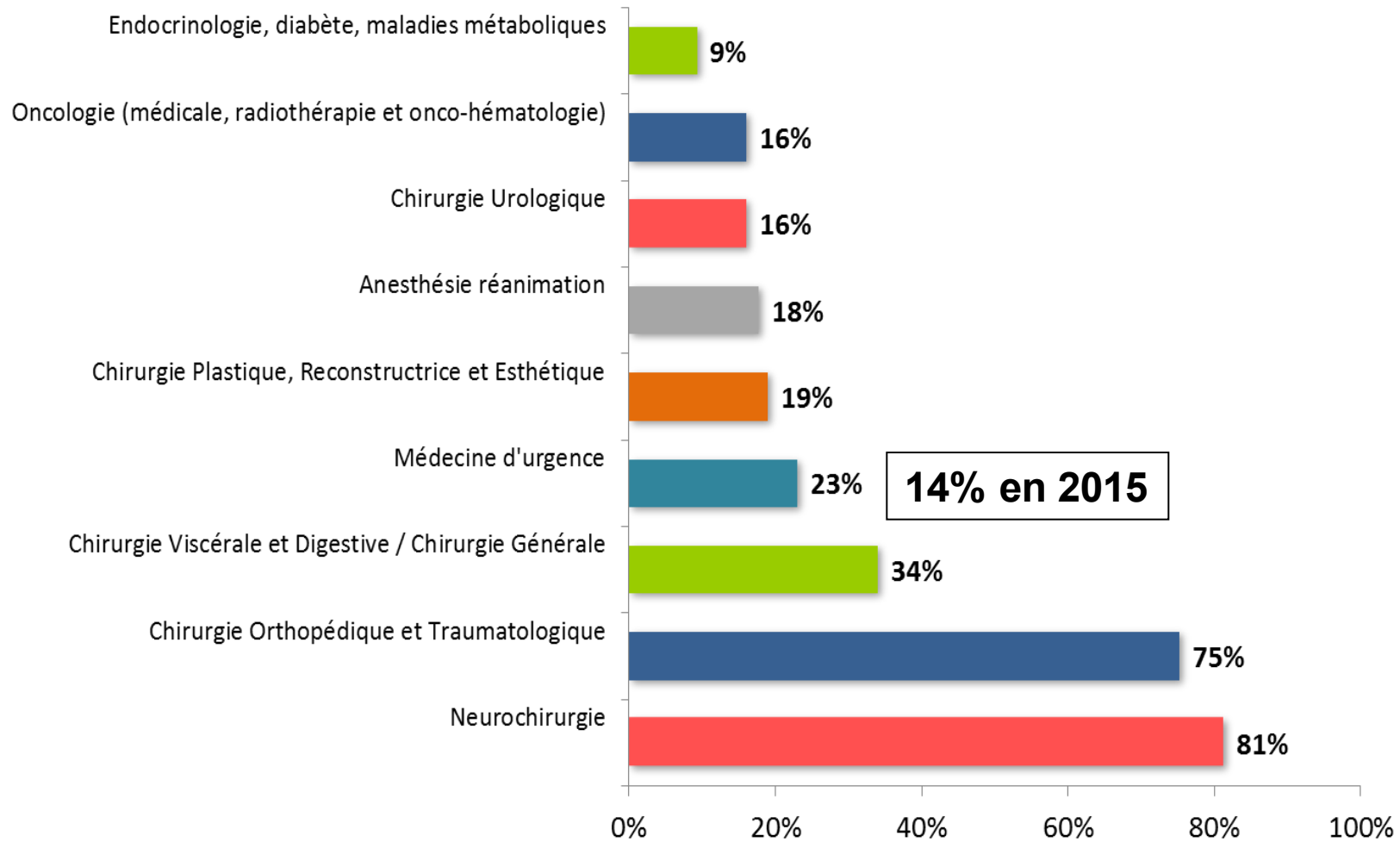


(a) déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires

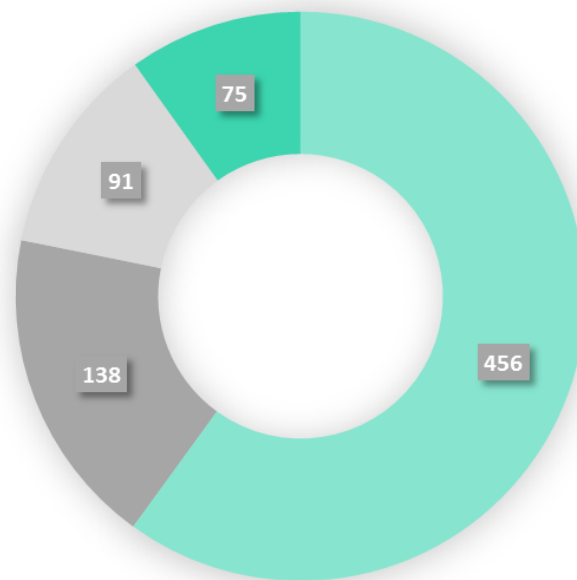
Nombre de déclarations de dommages corporels « Médecins » en 2016



Sinistralité des médecins libéraux en 2016 (en %)

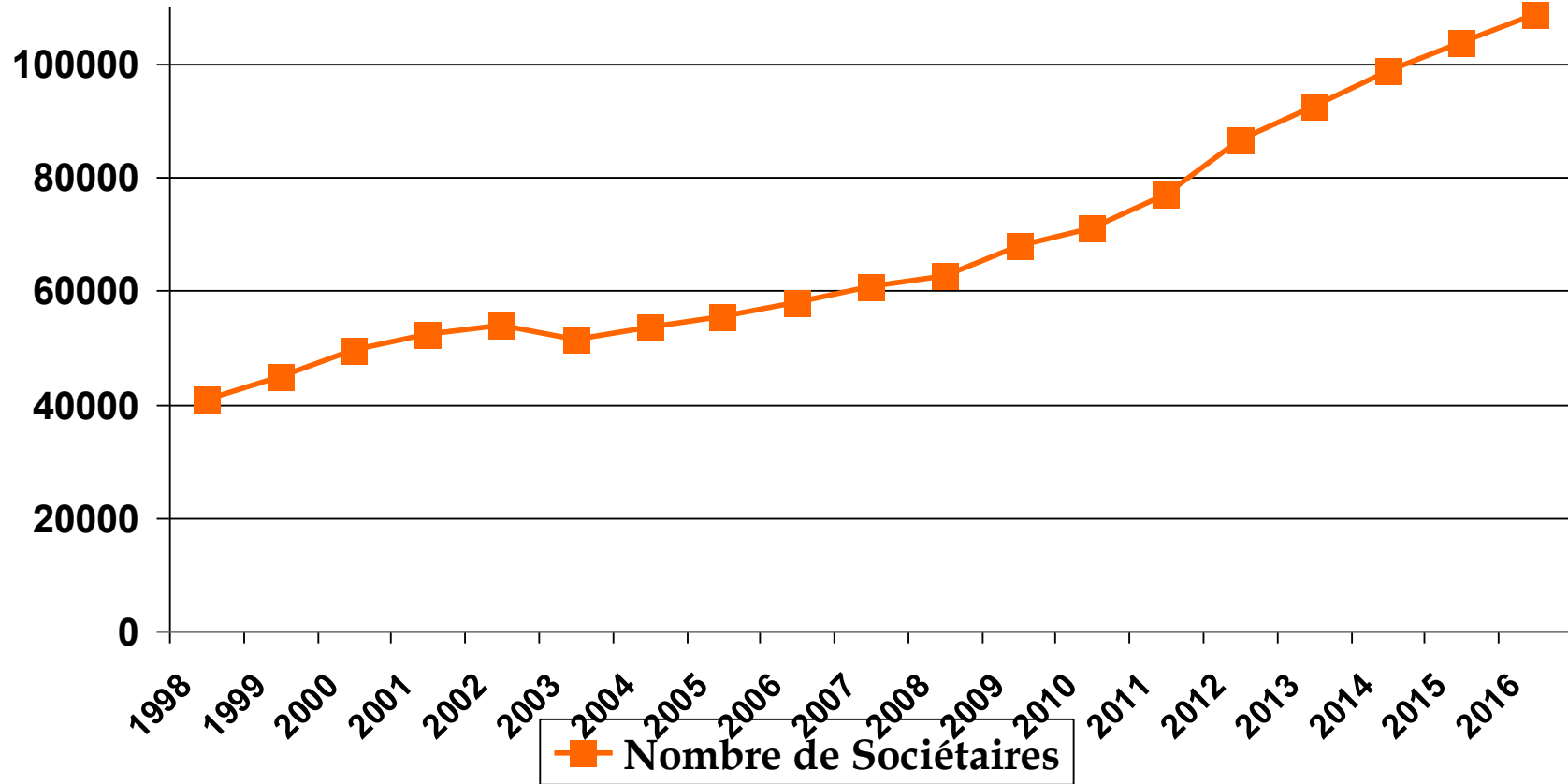


Répartition des 758 mis en cause (en %) en 2017

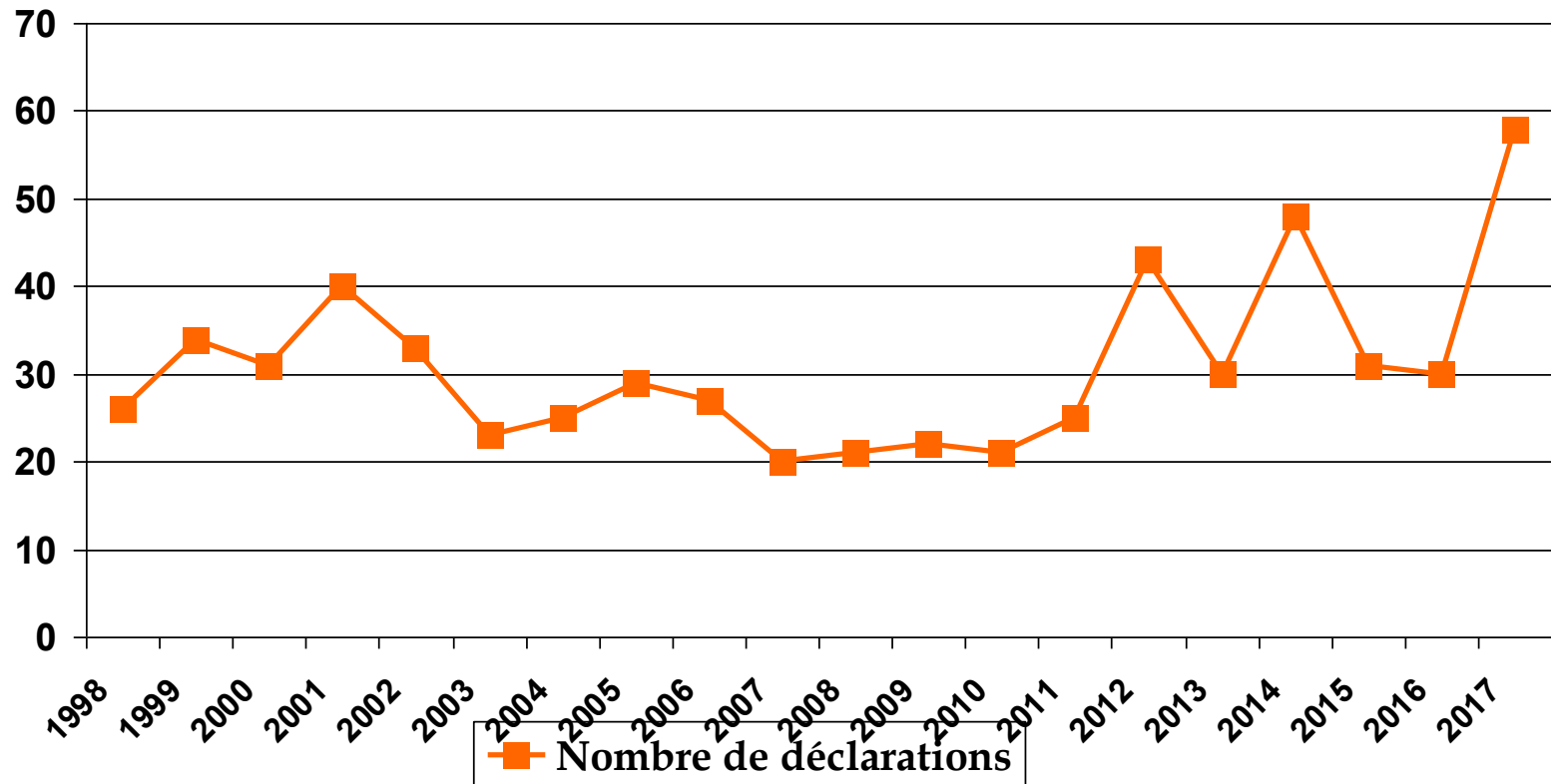


■ Médecins ■ Non médecins ■ Etablissements soins ■ Autres

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SOCIÉTAIRES IDE (108 616 sociétaires IDE en 2016)



ÉVOLUTION du NOMBRE de DÉCLARATIONS DE SINISTRES IDE pour 112 006 sociétaires en 2017



Pourquoi les patients poursuivent-ils leurs médecins en justice ? (°)

1. Recherche d'une compensation financière
2. Désir de sanction envers l'équipe médicale
3. Désir d'obtenir une explication et sentiment d'avoir été négligé
4. Souhait d'améliorer la qualité des soins et d'éviter à un autre patient d'être victime de la même erreur

Les voies de recours

➤ amiable

➤ civile

➤ administrative

➤ CRCI

➤ pénale

➤ disciplinaire

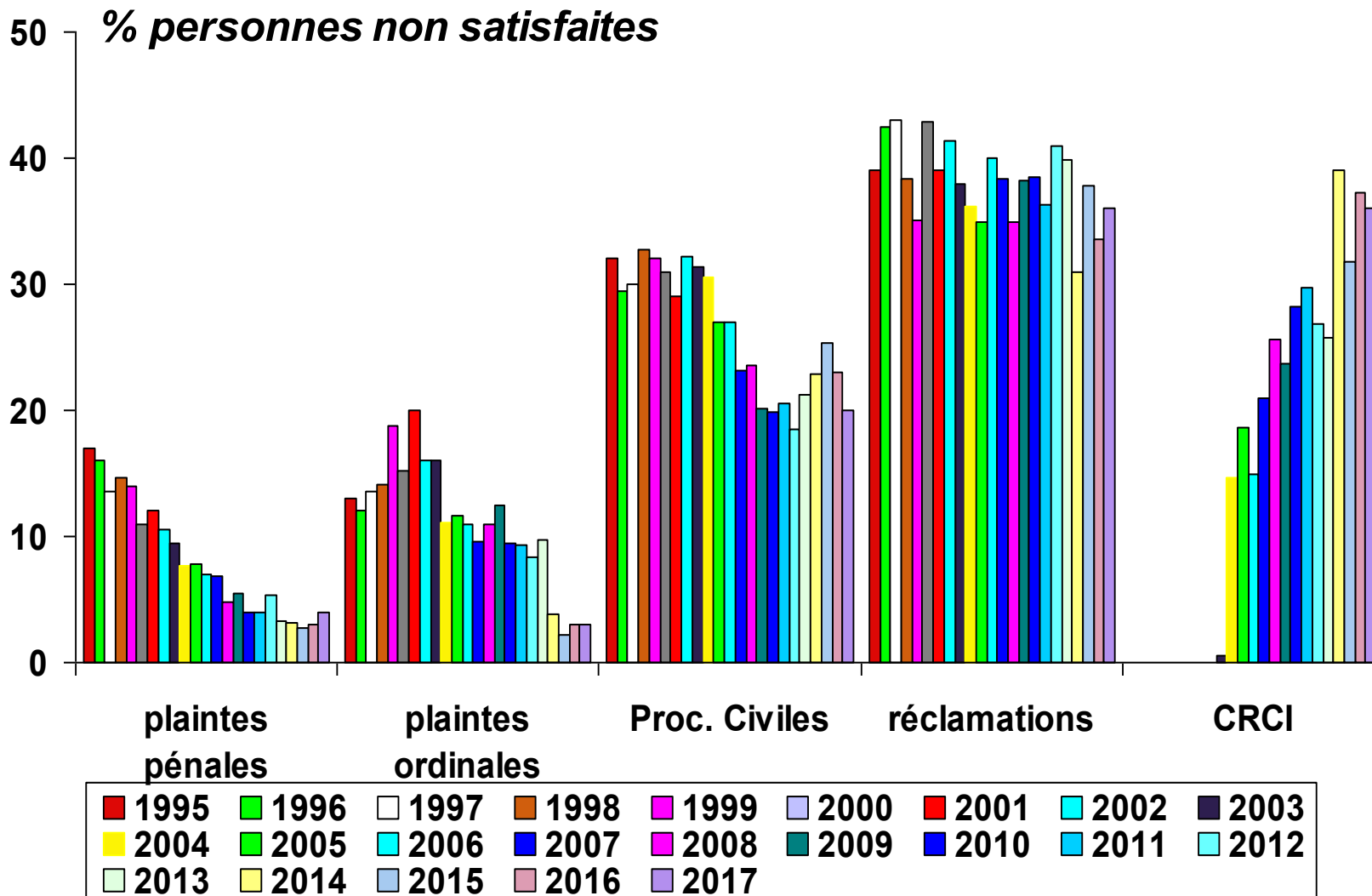
Indemnisation de la victime

Répression du coupable

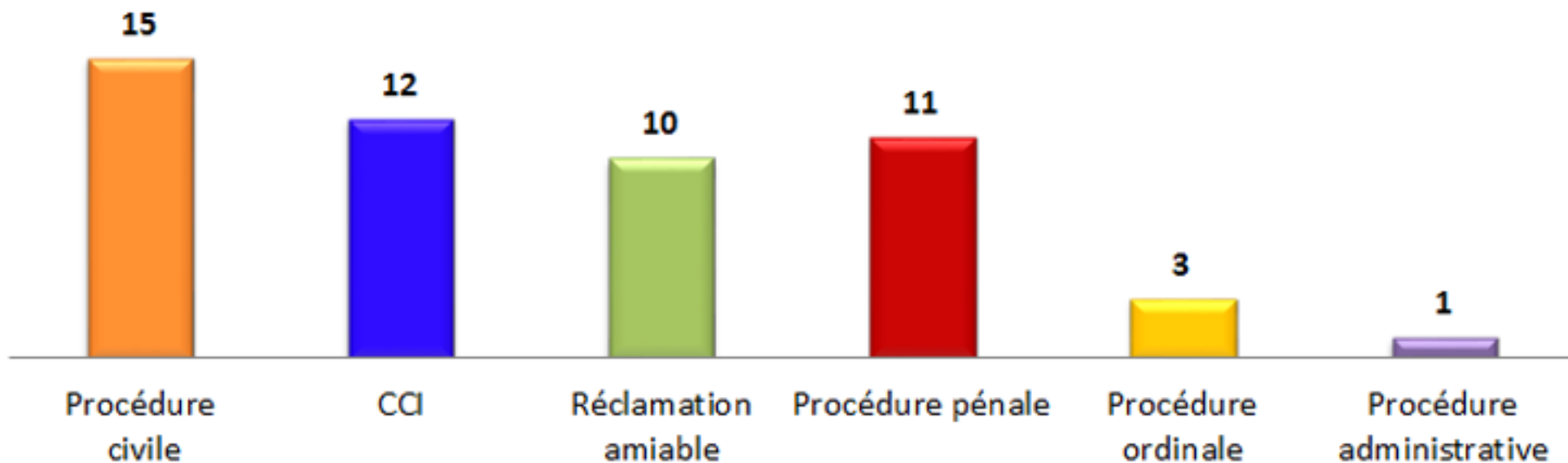
Sanction professionnelle

Cumul possible

DECLARATIONS DOMMAGES CORPORELS (1995-2017)



Médecine générale : médecine d'urgence



Typologie des réclamations en médecine d'urgence (2016)

Diagnostic et prise en charge

Urgence cardiovasculaire

Urgence abdomino-pelvienne

Urgence et infection

Traumatisme

Divers

Déontologie

Régulation médicale/SAMU

LE DOSSIER MEDICAL

- **Importance lors de l'expertise et de la défense**
- **Grandes difficultés de preuve quand il n'existe pas ou est très incomplet**
- **Acceptation du dossier informatique**
- **La victime peut apporter des preuves (témoins) de l'appel, de son contenu, de l'étendue de l'examen, des questions posées**
- **Nécessité de prendre quelques notes lors des visites ou de rédiger un courrier à l'attention du médecin traitant ou de remplir son dossier au cabinet le lendemain**

Les modes de preuve

Principe de la liberté de la preuve pour les faits juridiques
(≠ actes juridiques), sauf exception

Article 1315-1 du code civil :

Les règles qui concernent la preuve **littérale**, la **preuve testimoniale**, les **présomptions**, l'**aveu de la partie et le serment**, sont expliquées dans les sections suivantes.

Les modes de preuve

***Article 1316-1 du Code civil* : "L'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité"**

***Article 1316-3 du Code civil* : "L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier"**

Avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) 17 février 2009

Un patient se plaignant de la qualité de sa prise en charge en urgence demande **une copie de son dossier médical y compris de la bande d'enregistrement de son appel au centre 15**. Le centre hospitalier refuse cet accès à l'enregistrement de la communication téléphonique, estimant qu'il ne fait pas partie du dossier médical.

Le patient saisi la CADA qui estime, dans son avis, que les enregistrements sonores de communications téléphoniques entre un médecin régulateur et son patient sont des documents administratifs qui, même s'ils ne font pas partie de son dossier médical au sens strict, **contiennent des informations ayant contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic de la personne**. **A ce titre ils sont communicables.**

Intérêt de l'attestation de refus de soins

4 PREUVES :

- **Le diagnostic du caractère urgent à été posé**
- **Les soins (ou l'hospitalisation) ont été prescrits**
- **L'information sur les risques à été donnée**
- **Tous les moyens de persuasion ont été utilisés**

Les moyens déjà utilisés ou utilisables

- **Le téléphone (devenu un terminal informatique)**
- **La géolocalisation (des patients, des intervenants)**
- **Le GPS**
- **Les données informatisées patients (brise glace)**
- **La télémédecine (notamment téléradiologie)**
- **Les photos, les vidéos**
- **La simulation**
- **L'enregistrement des appels**

Les nouveaux moyens

- **Les données issues des objets connectés (fiabilité ?)**
- **Les grilles d'interrogatoire**
- **Les logiciels d'aide à la décision / prescription**
- **L'imagerie portable (ex optalmo)**
- **Les analyseurs de données, d'images**
- **Les « cabines médicales »**

- **Les drones**
- **Les ambulances autonomes**

Refus de soins : les principes

Le consentement éclairé

Article L. 1111-4 CSP (loi du 26/1/2016) :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les **décisions** concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin doit **respecter la volonté** de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix **et de leur gravité**. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa **vie en danger**, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical... ».

Le consentement éclairé

Article L. 1111-4 CSP :

« **Aucun** acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué **sans le consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la **personne de confiance** prévue à l'article L.1111-6 ou la famille, ou à défaut, un de ses proches, ait été **consulté** ».

Le consentement éclairé

Article L. 1111-4 CSP :

« Le consentement du **mineur ou du majeur sous tutelle** doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Dans le cas où **le refus d'un traitement** par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des **conséquences graves** pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

La responsabilité indemnitaire

Le demandeur doit prouver :

Une faute = manquement aux bonnes pratiques professionnelles

Un dommage : préjudice certain, direct et personnel

Un lien de causalité entre les deux

Prescription

- **Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des personnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par **10 ans** à compter de la **consolidation du dommage**.**
- **Les actions pénales (délits) se prescrivent par 6 ans à compter des faits (art. 8 du Code de procédure pénale)**

La responsabilité pénale

➤ Homicide involontaire

Art. 221-6 du code pénal :

« Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, **par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement**, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende... »

➤ Blessure involontaire

Art. 222-19 du code pénal

La responsabilité pénale

La non-assistance à personne en danger

Art. 223-6 du code pénal :

« Sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Condamnation pénale pour non-assistance à personne en danger

- **existence d'un péril**
- **connaissance ou conscience du péril par le médecin (°)**
- **non-assistance volontaire ou absence de mise en œuvre des secours**
- **absence de danger pour le médecin**

(°) **savoir poser les "bonnes" questions**

Une grande sévérité des magistrats en matière de non-assistance

La loi ne prend pas en considération les circonstances ultérieures qui démontreraient :

- *Soit que le péril n'était pas si grave qu'il ne pût être conjuré sans assistance*
- *Soit au contraire qu'il était tel que le secours eut été nécessairement inefficace*

Un médecin ne peut se retrancher derrière la méconnaissance d'un péril qu'il n'a pas cherché à connaître

Les mauvais moyens de défense au cabinet

- Le patient ne fait pas partie de ma clientèle ...
- Je ne suis pas compétent ...
- Ma salle d'attente est pleine ...
- On ne m'a pas demandé de me déplacer
- Je n'avais pas conscience du danger...

Le secret partagé

Art. L. 1110-4 CSP (loi du 26 janvier 2016)

- II. **Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés** des informations relatives à une même personne prise en charge, **à condition** qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.
 - III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la **même équipe** de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. **Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.**
- Le partage, entre des professionnels **ne faisant pas partie de la même équipe de soins**, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne **requiert son consentement préalable**, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- IV. **La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant.** Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Refus de soins en intervention

Un hématome extra-dural

- Femme qui dîne dans un restaurant en compagnie de son ancien ami et de ses 2 jeunes enfants
- Se rend aux toilettes, au retour elle titube et s'effondre lourdement sur le carrelage avec choc violent sur la tête
- Elle reste inconsciente 10 mn pendant lesquelles un consommateur kinésithérapeute écarte les curieux et veille à ce que personne ne la déplace pendant que le barman appelait le Centre 15 en indiquant qu'elle était évanouie et qu'elle n'avait pas beaucoup bu
- Ayant repris connaissance, elle se plaint d'avoir froid
- Le SAMU arrive (une interne, une externe, une ambulancière)
- Le kiné leur raconte toute l'histoire et la patiente ajoute qu'elle est souvent victime de malaise en période menstruelle, ce qui était le cas

Un hématome extra-dural

- Refus d'hospitalisation (pas d'attestation). Elle est raccompagnée par son ex-concubin ; vomissements, prend 2 comprimés de paracétamol et s'endort
- 6 H du matin : elle soupire sans que son ami puisse la réveiller ; il téléphone au médecin de famille puis au SAMU ; c'est la même interne qui se déplace et ne peut que constater le décès
- Plainte contre X
- Autopsie : hématome extra-dural pariéto-temporal de la taille d'un demi pamplemousse avec fracture de l'os temporal adjacent
- L'interne est mise en examen et renvoyée en correctionnelle

Un hématome extra-dural

- Elle fait valoir pour sa défense que l'état de santé de la patiente n'était pas alarmant, qu'elle avait fait un examen clinique complet
- Expertise : la succession d'une chute avec un point d'impact évident à la voûte crânienne avec perte de connaissance de plusieurs minutes justifie une radio du crâne et la mise en observation hospitalière et, à tout le moins, des recommandations énergiques d'appel au SAMU en cas de dégradation de la conscience, vomissements, troubles du comportement
- De plus, le tribunal lui reproche de ne pas avoir suffisamment écouté les déclarations du client kinésithérapeute
- Condamnation à 3 mois de prison avec sursis + 3000 F d'amende + 80.000 F de DI

Un hématome extra-dural

- Elle fait appel
- Avril 2000 : *« le dossier n'établit pas avec certitude ni que la prévenue a été informée de la chute et du choc violent subi par la victime avec une perte de connaissance, ni qu'elle a négligé de recueillir des informations suffisantes auprès des tiers ... ; même si la prévenue n'a pas provoqué l'hospitalisation de la patiente, cette erreur n'est qu'une cause parmi d'autres ».*
- Relaxe

Exemples régulations

REGULATEUR CENTRE 15 (1993)(1/6)

- 12/01 - Appel de M. X ..., 62 ans, au centre 15 de St Nazaire (°)
8 h pour des douleurs abdominales violentes apparues la veille au soir et ayant entraîné une insomnie absolue.
- Le Dr A ..., régulateur du centre 15, après un interrogatoire succinct, appelle **le cabinet du médecin traitant de M. X ...** où son nom est inscrit à la suite d'autres, sans indication particulière.

REGULATEUR CENTRE 15 (1993)(2/6)

- 12 h 13 - Appel de Mme X ... au centre 15
- 12 h 24 - Appel de Mme X ... au centre 15
- 12 h 43 - . Examen de M. X ... à son domicile par le remplaçant de son médecin traitant
. Décision d'hospitalisation immédiate
- 13 h 10 - Arrêt cardio-respiratoire aux urgences de l'hôpital de Saint-Nazaire
- 14 h - Décès de M. X ...

Nécropsie : Etranglement d'une volumineuse hernie hiatale avec volvulus gastrique perforé.

Plainte pénale pour homicide involontaire

REGULATEUR CENTRE 15 (1993)(3/6)

Jugement TGI de St Nazaire (25 avril 1995)

- Décès dû à une **absence de suivi médical** entre le moment où le centre 15 a répercuté l'appel de M. X ... au médecin traitant et l'intervention de ce dernier.
- Cette absence de suivi est imputable au Dr A ... **qui s'est abstenu de s'entretenir personnellement avec le médecin traitant** pour l'informer de cet appel et s'assurer qu'il allait intervenir dans un délai adapté à la situation (°).
En outre, lors des 2^e et 3^e appels, le Dr A ... a choisi la solution la moins adaptée, en appelant le médecin, **au lieu de déclencher le SMUR.**

(°) Le Dr A ... avait déclaré ne pas avoir pris soin d'avoir en ligne le médecin, car il avait déjà eu affaire à ce cabinet et n'avait pas rencontré de difficultés particulières.

REGULATEUR CENTRE 15 (1993)(4/6)

Jugement TGI de St Nazaire (25 avril 1995)

- **Condamnation du Dr A ... à la peine de 3 mois d'emprisonnement avec sursis.**
- **Faute non détachable de la fonction.**
Compétence du tribunal administratif pour statuer sur la demande de dommages et intérêts des ayants droit de M. X ...

REGULATEUR CENTRE 15 (1993)(5/6)

Jugement TGI de St Nazaire (25 avril 1995)

"(...) Il résulte de la circulaire 88-23 du 28 décembre 1988 que le centre 15 n'a pas de statut juridique propre et fait partie intégrante du SAMU en application de la loi 70-1318 du 31 décembre 1970. Le SAMU lui-même situé dans l'hôpital, est placé sous l'autorité du Directeur du Centre Hospitalier qui est, à Saint-Nazaire, un établissement public qui assure un service public hospitalier. Le SAMU de Saint-Nazaire est, de ce fait, un organisme public, dirigé par un chef de service de l'hôpital, qui gère un service public et le centre 15 qui ne dispose pas de statut juridique propre, partage la même nature juridique que le SAMU. Il est donc un organisme public gérant un service public. Et lorsque c'est un **médecin libéral**, comme en l'espèce, qui fait fonction de médecin régulateur du centre 15 pour répondre aux appels, il assure une mission de service public et, comme tel, **devient collaborateur du service public relevant du Droit Administratif** sauf si la faute qu'il a commise est une faute personnelle détachable du service.

REGULATEUR CENTRE 15 (1993)(6/6)

Jugement TGI de St Nazaire (25 avril 1995)

En l'espèce, les faits qui ont donné lieu à la déclaration de culpabilité du Dr A ... ont été commis dans l'accomplissement de sa mission administrative de service public puisqu'il a mal apprécié la réponse à donner à l'appel de la victime en appliquant trop strictement la clause prévoyant le recours au médecin traitant. Cette faute dans l'exercice de sa mission ne présente aucun caractère permettant de la considérer comme détachable de ses fonctions de médecin régulateur du centre 15. La juridiction administrative est donc seule compétente pour connaître de l'indemnisation. (...)"

Cass. Crim. 02.12.2003

- Décès d'un homme de 45 ans à son domicile d'un infarctus du myocarde
- Le régulateur du Centre 15 a été appelé 50 mn plus tôt par l'épouse
- **Coupable d'homicide involontaire** : « en faisant le choix, après avoir procédé d'une manière rapide, superficielle et incomplète à l'interrogatoire de l'épouse, d'envoyer sur place un médecin de quartier dépourvu des moyens d'intervention nécessaires plutôt que l'une des trois ambulances du SAMU alors disponibles, le prévenu, qui a contribué à créer la situation ayant permis la réalisation du dommage, a commis une faute caractérisée exposant le malade à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer eu égard à son expérience et aux informations qui lui étaient communiquées.

Cass. Crim. 02.12.2003

Les fautes commises par le prévenu, alors agent d'un service public administratif, **ne peuvent être considérées comme détachables de ses fonctions** de médecin régulateur du centre 15.

REGULATEUR SAMU

- Un homme de 60 ans, asthmatique et hypertendu connu, appelle par téléphone sa sœur, vers 6 heures du matin, en lui demandant de venir et d'appeler un médecin car il se sentait très dyspnéïque. Celle-ci, après avoir contacté le SAMU, se rend immédiatement au chevet de son frère.
- Le régulateur du SAMU appelle le malade et demande au médecin de garde (qu'il croyait être le médecin traitant du patient mais qui venait, en fait, de lui succéder) de lui rendre visite ayant jugé l'état du malade non alarmant.

REGULATEUR SAMU

- Quand la sœur du patient arrivera à son domicile une demi-heure plus tard, elle rappellera le SAMU mais ne parviendra à avoir qu'une permanencière lui assurant qu'un médecin de ville allait venir.

Parvenu sur les lieux, celui-ci devra procéder à la réanimation du patient en arrêt cardiorespiratoire.

Le régulateur du SAMU, de nouveau contacté par la sœur du patient, dépêchera une équipe qui ne pourra que constater le décès du patient.

Plainte pénale pour homicide involontaire

REGULATEUR SAMU

Tribunal correctionnel

*"(...) Il peut être reproché au Dr X , selon l'avis des experts, **plusieurs négligences** :*

- elle n'a posé aucune question au malade sur ses antécédents asthmatiques, ses éventuelles hospitalisations, sur les symptômes des jours précédents et le traitement médical éventuellement suivi, ainsi que les médicaments qui étaient à sa disposition immédiate et ses possibilités de se soigner lui-même ;*
- elle ne s'est pas assurée que le médecin de garde qui se rendait auprès du malade le connaissait personnellement pour l'avoir soigné auparavant (...)"*

REGULATEUR SAMU

Tribunal correctionnel

"(...) - Elle n'a pas repris contact avec le médecin de garde à son arrivée à domicile pour recueillir davantage d'informations sur la situation du malade et a laissé la permanencière répondre aux demandes successives de la sœur du patient alors qu'elle aurait dû suivre elle-même le dossier.

On peut d'ailleurs s'étonner que, dans les services d'urgence, il n'existe pas de questionnaire type comportant les questions indispensables à poser aux demandeurs (malades, familles ou voisins, tiers intervenants) selon la pathologie indiquée, qui permettrait de disposer très rapidement d'éléments précis destinés à faciliter l'orientation. (...)"

REGULATEUR SAMU

Tribunal correctionnel

"(...) Toutefois, il n'est nullement établi de façon certaine que le retard à l'envoi des secours d'urgence (VSAB ou SMUR local) soit la cause et l'explication du décès du malade".

En l'absence d'un lien de causalité certain entre les négligences reprochées au Dr X., et le décès du patient,
Relaxe du Dr X.

Les infirmières et l'urgence

TC de Meaux : Régulation par une IDE

Enfant de 9 mois conduit par sa mère aux urgences.

L'interne de garde établit le diagnostic de **déshydratation et recommande de revenir à l'hôpital si la diarrhée persiste ou si l'enfant refuse de boire. Dans la journée la fièvre demeure importante et les Vomissements persistent.**

Durant la nuit, la mère lui donne un bain pour faire tomber la fièvre mais le trouve pâle, tremblant de froid, les lèvres bleues, la peau marbrée et réagissant peu.

Elle contacte le service par téléphone (1h30 du matin) : appel reçu par l'infirmière de garde.

TC de Meaux : Régulation par une IDE

L'infirmière lui donne des recommandations : La pâleur, les frissons et extrémités froides sont normales ; il est normal que la température baisse puis remonte ; ne pas s'inquiéter de la persistance de la diarrhée si l'enfant prend la solution de réhydratation et ne la vomit pas. La mère rassurée continue durant le reste de la nuit à Lutter contre la fièvre.

Le lendemain la température chute brutalement. La mère contacte de nouveau le service par téléphone. Eu égard aux symptômes décrits, l'infirmière demande à la mère de venir immédiatement.

Elle patientera dans le service durant plus d'une heure avant qu'un pédiatre ne remarque l'état de l'enfant, moribond. Emmené en urgence en salle de déchoquage, il décède le jour même.

TC de Meaux : Régulation par une IDE

Rapport d'expertise : La seule manière de juguler la déshydratation aurait été de perfuser l'enfant pour compenser les pertes à partir du moment où les signes de choc sont apparus (dans la nuit).

« Ce retard fatal dans la mise en œuvre des soins trouve sa cause dans l'attitude de l'infirmière qui, *trop sûre d'elle-même, a commis une grave imprudence en s'immisçant dans des fonctions de régulation médicale excédant sa qualification* ».

Infirmière condamnée pour homicide involontaire (4 mois d'emprisonnement) ainsi que le CH (amende de 20 000 €).

L'urgence

Article R. 4311-14 CSP

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accompli les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

L'urgence

Article R. 4311-14 CSP

En cas d'urgence et **en dehors de la mise en œuvre du protocole**, l'infirmier **décide** des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de **diriger** la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Les faits

Patient, 50 ans, présentant un diabète non insulino-dépendant, HTA, surcharge pondérale (94 kgs/1,80 m)

Consulte son ophtalmologiste : 25/11/1993, 31/07/1998, 21/09/2000, 07/01/2002

CR consultation 07/01/2002 : FOGD pas de rétinopathie diabétique ni hypertensive

Avril - mai 2002 : le patient se plaint d'une baisse importante de l'acuité visuelle ; téléphone à son OPH qui fixe un RV en mai 2003

Les troubles disparaissent puis réapparaissent en octobre – novembre ; le patient sollicite par téléphone un avancement du RV qu'il ne peut obtenir de la secrétaire

Adressé par son MG à un autre OPH le 27/02/2003 : baisse importante de l'acuité visuelle ; réalisation d'un fond d'œil ; rétinopathie oedémateuse et proliférante bilatérale à prédominance à gauche avec néo-vaisseaux des 2 côtés et hémorragie du vitré à gauche ; 15 séance de laser, 3 interventions chirurgicales sous AG (cryoapplications rétiniennes, vitrectomies) ; 3/10ème avec cataracte OD, 7/10ème OG, séquelles rétiniennes bilatérales.

Perte de son emploi et autres préjudices

Expertise CRCI – Août 2005

Les recommandations de l'ANAES sur le suivi du patient diabétique de type 2 de 1999 préconisent un bilan OPH une fois par an, or en 10 ans, on ne relève que 4 consultations OPH ; surveillance de ce diabétique pas conforme aux bonnes pratiques, et il est probable que la rétinopathie était présente à l'état minime dès le 7 janvier 2002 ; perte de chance de 75 % de ne pas faire les complications

Les délais de RV en consultation OPH sont particulièrement longs ; le nombre d'OPH n'augmente pas et la population vieillit ; on ne peut pas en tenir rigueur à son OPH

Le déséquilibre glycémique, la durée du diabète, le déséquilibre tensionnel, toutes les conditions étaient réunies pour développer une rétinopathie diabétique

Avis CRCI – Janvier 2006

Le déséquilibre glycémique, la durée du diabète et le déséquilibre tensionnel devaient faire craindre le développement d'une rétinopathie diabétique et auraient dû inciter l'OPH à exercer une surveillance accrue

Cette faute de surveillance a entraîné pour le patient une perte de chance de 50 % d'éviter le dommage qu'il subit.

Les suites

Refus de notre part d'indemniser le patient

L'ONIAM se substitue et verse 52.268 € au patient

L'ONIAM intente un recours

TGI – Septembre 2008

L'ONIAM soutient que le défaut de surveillance a été à l'origine d'un défaut de diagnostic

Nous soutenons que la rétinopathie s'est brusquement déclenchée après l'équilibrage brutal du diabète et que l'OPH ne pouvait prévoir une évolution aussi rapide et atypique

Reprend l'avis CRCI : il appartenait à l'OPH de recevoir au moins 1 fois par an son patient ; de plus, alertée à 2 reprises des troubles visuels présentés par ce sujet à risques, elle a refusé d'avancer le RV fixé sans prendre davantage la peine de le diriger vers un autre confrère

Condamnation pour perte de chances de 50 % : 12.393 € à la CPAM + 941 € d'indemnité forfaitaire + 1000 € art. 700 et 54.268 € à l'ONIAM + 600 € de frais d'expertise + 8.140 € de pénalité + 3.000 € art. 700

CA – Mai 2010

Le patient présentait bien au jour de l'examen du 7 janvier 2002 un tableau de nature à imposer à l'OPH la mise en place d'une surveillance accrue ; ce défaut de mise en place d'un contrôle accru constitue une faute

La surcharge des cabinets ne constitue pas une excuse, le médecin devant réserver les cas d'urgence

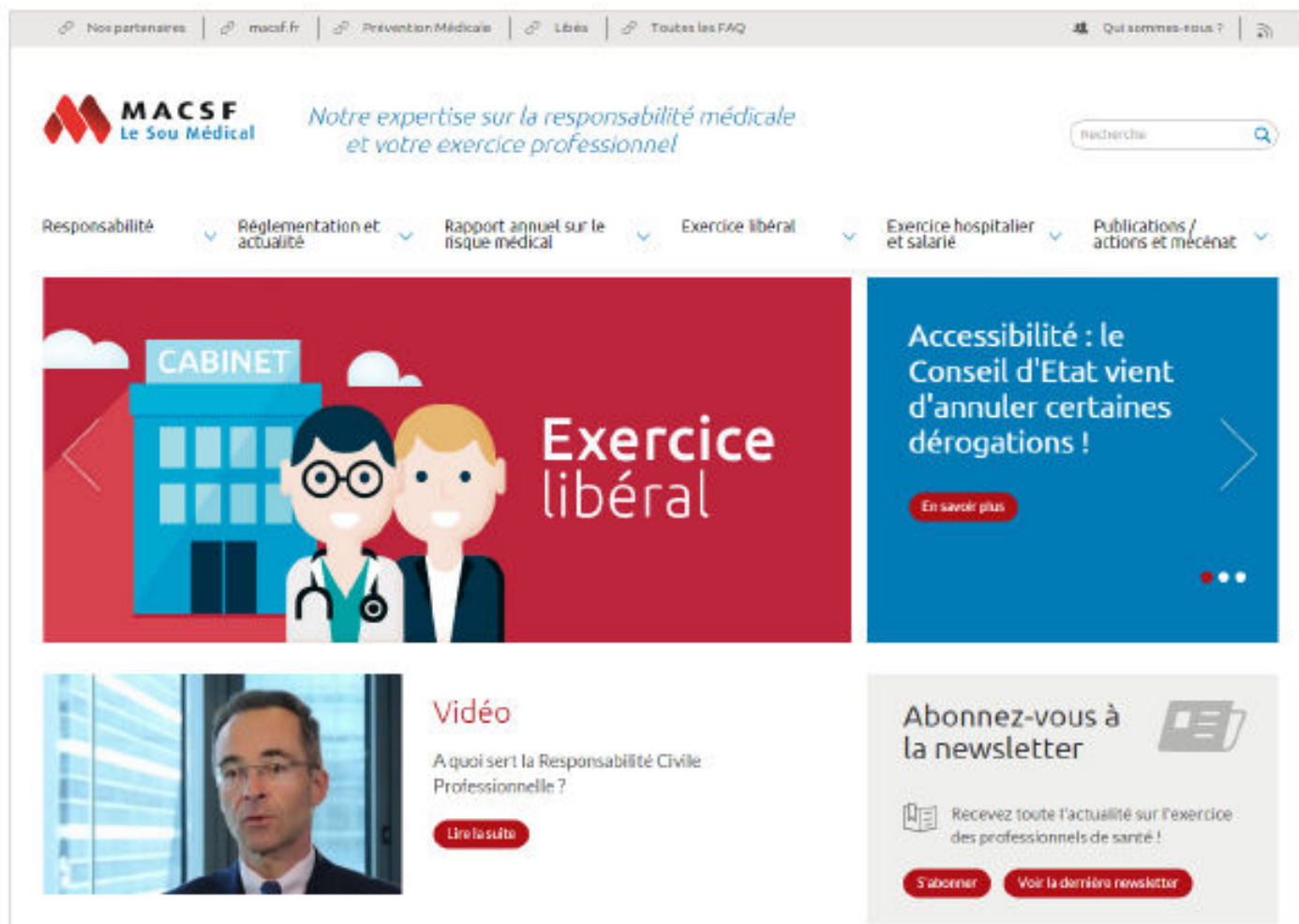
Confirmation du jugement

Cour Cass. – 6 octobre 2011

« Attendu que la cour d'appel, constatant que, selon l'expert, la rétinopathie est une complication quasi constante du diabète, survenant la plupart du temps dix ans après le début de la maladie, que lors de l'examen du 7 janvier 2002, les facteurs favorisant l'apparition de la rétinopathie diabétique étaient réunis et que le Dr X, qui suivait M. Y depuis 1993, n'ignorait pas que celui-ci ne se soignait pas de façon rigoureuse, a estimé que cette dernière aurait dû, compte tenu de ces circonstances, mettre en place une surveillance accrue de son patient ; que, par motifs propres et motifs adoptés, elle a en outre relevé que le Dr X, alertée à deux reprises, postérieurement à cette consultation, des troubles visuels qu'il présentait, **avait refusé d'avancer le rendez-vous fixé au mois de mai 2003, sans prendre la peine de diriger son patient vers un autre confrère, quand la surcharge des cabinets ne constituait pas une excuse, le médecin devant réserver les cas d'urgence ;** qu'elle a pu en déduire que le Dr X avait commis une faute de surveillance ayant entraîné une perte de chance pour M. Y de recevoir un traitement au laser plus précoce et d'éviter les séquelles dont il était atteint »

macsf-exerciceprofessionnel.fr

➔ Retrouver ce rapport sur notre site macsf-exerciceprofessionnel.fr



The screenshot shows the homepage of the MACSF website. At the top, there is a navigation bar with links for 'Nos partenaires', 'macsf.fr', 'Prévention Médicale', 'Libés', and 'Toutes les FAQ'. On the right side of the navigation bar, there are links for 'Qui sommes-nous?' and a search icon. The main header features the MACSF logo (Le Sou Médical) and the tagline 'Notre expertise sur la responsabilité médicale et votre exercice professionnel'. A search bar is located to the right of the tagline. Below the header, there is a horizontal menu with dropdown arrows for 'Responsabilité', 'Réglementation et actualité', 'Rapport annuel sur le risque médical', 'Exercice libéral', 'Exercice hospitalier et salarié', and 'Publications / actions et mécénat'. The main content area is divided into several sections. On the left, there is a large red banner for 'Exercice libéral' featuring an illustration of a doctor and a patient in front of a 'CABINET' building. To the right of this banner is a blue banner titled 'Accessibilité : le Conseil d'Etat vient d'annuler certaines dérogations !' with a 'En savoir plus' button. Below the red banner is a video section titled 'Vidéo' with the subtitle 'A quoi sert la Responsabilité Civile Professionnelle?' and a 'Lire la suite' button. To the right of the video section is a grey box titled 'Abonnez-vous à la newsletter' with a 'S'abonner' button and a 'Voir la dernière newsletter' button. The MACSF logo is visible in the bottom right corner of the page.

Notre expertise sur la responsabilité médicale et votre exercice professionnel

Accessibilité : le Conseil d'Etat vient d'annuler certaines dérogations !

En savoir plus

Abonnez-vous à la newsletter

Recevez toute l'actualité sur l'exercice des professionnels de santé !

S'abonner Voir la dernière newsletter

→ Le site www.prevention-medicale.org



Vous y trouverez une revue de presse mensuelle complète, résumant l'ensemble des articles de la presse internationale.

- La rubrique « Revue des questions thématiques » vous propose les résumés de parutions scientifiques sur la prévention des risques médicaux publiés dans des revues ou sur les sites des partenaires de l'association.

- Vous pouvez vous abonner à la newsletter de La Prévention Médicale MACSF pour rester informé sur les dernières actualités en matière de qualité et de sécurité des soins.

→ La revue Responsabilité

Responsabilité est un véritable support de formation continue consacré au risque médical des professionnels de santé.

Conçue et rédigée par des experts du droit et de la santé, cette publication trimestrielle fournit des articles et dossiers

complets relatifs au risque médico-légal, à l'exercice professionnel, aux questions d'éthique et de société.

La revue est disponible en téléchargement sur le site macsf-exerciceprofessionnel.fr

