



Chiffres 2012

PANORAMA DES RISQUES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

Édition 2013



→ LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ
CIVILE PROFESSIONNELLE



→ LES DÉCISIONS
DE JUSTICE ET AVIS CCI



→ L'ACTUALITÉ DE LA
PROTECTION JURIDIQUE

Notre engagement, c'est vous.

Médecins, qui vous
conseille et vous **défend**
depuis plus de 110 ans ?



La MACSF fait évoluer sa Responsabilité civile professionnelle avec de nouvelles garanties et de nouveaux tarifs adaptés à votre discipline. Prenez rendez-vous

Notre engagement, c'est vous.



RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.
MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 784 394 314 00032 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

PANORAMA DES RISQUES PROFESSIONNELS EN SANTÉ



SOMMAIRE

→ EDITORIAL

- Le panorama du risque médical en 2012
Marcel Kahn p 04
- L'information du patient, toujours au cœur
de la relation médecin/patient p 05
Nicolas Gombault
- Les + de la MACSF p 06

→ LE RISQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Rapport du conseil médical MACSF
sur l'exercice 2012 - *Dr Catherine Letouzey* p 10
- L'analyse p 12
- Chiffres clés p 14
- Rapport du Conseil médical MACSF
sur l'exercice 2012 p 16
- Anatomopathologie p 16
- Anesthésie p 16
- Biologie médicale p 21
- Cardiologie p 21
- Chirurgie p 24
- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique p 34
- Dermatologie p 35
- Endocrinologie p 37
- Gynécologie et Obstétrique p 38
- Hépatogastro-entérologie p 41
- Médecine générale p 44
- Médecine interne p 54
- Médecine légale/Réparation juridique
du dommage corporel p 54
- Médecine physique et de réadaptation p 54
- Médecine du travail p 54
- Médecine d'urgence p 54
- Néphrologie p 57
- Neurologie p 57
- Ophtalmologie p 58
- Oto-rhino-laryngologie p 62
- Pédiatrie p 65
- Phlébologie - Angiologie p 66
- Pneumologie p 67

- Psychiatrie p 68
- Radiologie - Imagerie médicale p 69
- Radiothérapie et Oncologie p 72
- Réanimation p 74
- Rhumatologie p 74
- Stomatologie p 75
- Chirurgiens-dentistes p 77
- Sages-femmes p 78
- Infirmiers p 79
- Masseurs - kinésithérapeutes p 80
- Pédicures - Podologues p 81
- Autres p 82
- Vétérinaires p 82
- Cliniques p 86
- Centres de transfusions sanguines p 107

→ LES DÉCISIONS DE JUSTICE ET AVIS CCI

- Rapport sur les décisions de justice
et avis CCI rendus en 2012 - *Béatrice Courgeon* p 108
- L'analyse p 110
- Chiffres clés p 112
- Décisions justice p 114
- Avis CCI p 129

→ LA PROTECTION JURIDIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Rapport d'activité protection juridique
sur l'exercice 2012 - *Nicolas Loubry* p 138
- L'analyse p 140
- Chiffres clés p 142
- Les + de la MACSF p 144
- Relations entre praticiens libéraux,
avec des établissements de soins privés,
déontologie, fiscalité p 147
- Droit de la sécurité sociale, droit hospitalier,
droit du travail p 148
- Droit immobilier p 149
- Droit de la consommation-vie privée p 151

Conception et réalisation : Citizen Press et PAO MACSF - Directeur de la publication : Marcel Kahn - Directeurs de la rédaction : Nicolas Gombault et Marie-Anne Belembert - Conseil éditorial : Direction des Communications MACSF - Ont contribué à ce numéro : Dr Catherine Letouzey, Béatrice Courgeon, Nicolas Loubry, Dr Thierry Houselstein, Pr René Amalberti, Dr Philippe Pommarede, Jean-François Klein, Stéphanie Tamburini - Crédits photos : Julian Renard/Babel Photo, Thinkstock - Impression : JB ZA de Ravenne 59589 Bondues cedex.



Le panorama du risque médical en 2012

Premier assureur des professionnels de la santé, le groupe MACSF assure depuis plus de 75 ans via la MACSF, et plus de 115 ans pour sa branche Responsabilité civile professionnelle et Protection juridique, le Sou Médical, les professionnels du monde de la santé. Comme chaque année, la MACSF vous propose à travers ce rapport d'activité une vision unifiée et globale du risque médical en France, par spécialité et par acte médical. Si le premier rôle de la MACSF est de défendre ses sociétaires en cas de mise en cause et de régler les indemnités mises à sa charge, il serait par trop réducteur de limiter notre intervention à la gestion de sinistres. Notre connaissance des risques et des mécanismes qui conduisent à la survenance des sinistres nous positionne comme un acteur privilégié de la prévention médicale.

Les valeurs qui fondent notre identité mutualiste nous amènent naturellement à la transparence, l'accompagnement, le partage de la connaissance qui permettent, à travers ce rapport, une amélioration de la prise en

charge, pour une pratique médicale plus sûre. La gestion de plus de 400 sinistres de responsabilité médicale par mois, la connaissance de la réglementation et de la jurisprudence, la réflexion sur les risques émergents sur le plan international, la multitude d'informations traitées au quotidien sont autant d'atouts qui nous permettent de réaliser des cartographies pertinentes des risques. C'est pourquoi l'assureur est sans doute le mieux placé pour percevoir les risques de demain et aider son assuré à éviter leur survenance. Cette connaissance des risques serait totalement inutile si elle n'était pas partagée avec l'assuré. C'est l'ambition de ce panorama, mais aussi de nos nombreuses actions en faveur de la prévention médicale.

Nous diffusons la revue de formation "Responsabilité", elle traite de problématiques liées à la responsabilité médicale, la vie professionnelle et l'éthique. Des médecins et juristes y développent des propositions au service du progrès de la connaissance et des idées. Partager et échanger sont également les raisons d'être de l'association la Prévention Médicale MACSF. Nos colloques,

nos revues et ouvrages permettent là encore de débattre et de libérer la parole, avec pour objectif de prévenir l'erreur médicale. Nous sommes également actifs en matière de prévention des risques. Dans un contexte qui devient de plus en plus contraignant pour les professionnels de santé, notre rôle est aussi d'apporter un éclairage sur les priorités à traiter en matière de gestion des risques au sein des établissements de soin.

Cette année, le rapport d'activité du risque des professionnels de santé présente, sur 154 pages, près de 40 spécialités. Cette connaissance fine de vos métiers est le socle de notre expérience et de notre savoir-faire que nous mettons à votre service. Nous connaissons chacune des activités que vous exercez et nous mettons en place des solutions assurantielles qui répondent à vos besoins de professionnels. Outre la responsabilité civile professionnelle, nous évoquons également la protection juridique, qui est de plus en plus nécessaire pour un exercice serein au quotidien.

Nicolas Gombault

Directeur du Risque Médical et de la Protection Juridique MACSF



L'information du patient toujours au cœur de la relation médecin/patient

Primum non nocere⁽¹⁾ est certainement à la fois l'un des tous premiers devoirs du médecin et l'un des premiers souhaits du malade. Lorsque ce pacte implicite est violé et que le malade subit un préjudice, les attentes de la victime qui a souffert dans son être sont naturellement considérables.

La confiance qu'il pouvait vouer aux professionnels de santé peut s'en trouver gravement altérée, *a fortiori* si les explications sur ce qu'il a vécu ne lui ont pas été données de façon satisfaisante, avec la compassion et l'empathie qu'il est en droit d'attendre.

Si cette communication n'est pas toujours parfaite, c'est que le professionnel de santé se trouve bien souvent démuné pour expliquer les choses, et peut même être l'objet d'une profonde souffrance. Plusieurs auteurs parlent d'ailleurs de "seconde victime" à son sujet. Se former à l'annonce d'un dommage associé aux soins peut, dans ces conditions, s'avérer précieux.

C'est principalement dans les cas où la communication avec le malade n'est pas adaptée qu'il existe un risque majeur de réclamation, amiable, devant une commission de conciliation et d'indemnisation (CCI), voire devant un tribunal y compris au pénal, cette dernière voie étant, pour le professionnel de santé, la plus traumatisante.

C'est alors que notre rôle de défense joue pleinement : être aux côtés de notre sociétaire, tout au long de la procédure, lors des expertises, devant la CCI, devant les juridictions ; lui apporter tout le soutien "logistique" qui lui est nécessaire, avec des juristes, des experts et des avocats rompus à ces dossiers ; *in fine*, régler les éventuelles indemnités mises à sa charge, destinées à

réparer les préjudices dont il pourrait être considéré responsable, même si une réparation financière ne peut pas tout compenser. Cette défense est d'autant plus essentielle que bon nombre de réclamations interviennent alors qu'aucune faute ne peut être reprochée au praticien mis en cause.

Mais, parce que l'une des toutes premières missions d'un assureur est de protéger son assuré et de veiller à préserver, en ces moments ô combien difficiles, la sérénité de son exercice professionnel, nous proposons maintenant, aux côtés de nos garanties traditionnelles - mais essentielles - deux nouvelles garanties optionnelles :

- la garantie perte financière, destinée à compenser forfaitairement les pertes d'exploitation et les frais de déplacement générés par une mise en cause, par exemple pour se rendre à une convocation d'un expert ou à une audience d'un tribunal ;

- la garantie assistance psychologique, qui permet de bénéficier de consultations téléphoniques ou en face-à-face avec un psychologue, si le vécu d'une mise en cause de responsabilité le rend nécessaire.

Depuis plusieurs mois, nous constatons, à l'occasion des scandales sanitaires (Médiateur®, prothèses PIP..) une augmentation significative des mises en cause de responsabilité de nos sociétaires à l'occasion de la prescription, de l'utilisation, de la fourniture ou de la pose d'un produit, dans le sens juridique du terme (médicament, prothèse, implant, matériel...). Si la jurisprudence de la Cour de cassation évolue à ce sujet de façon favorable pour les praticiens, en ne retenant leur responsabilité que pour faute prouvée, qu'il nous soit permis de faire deux constats de nature à tempérer cette évolution.

Tout d'abord, plus que jamais, le praticien doit

être en mesure de rapporter la preuve qu'il a bien informé son patient des risques encourus du fait de la prescription ou de l'utilisation de ce produit, ce qui n'est jamais chose aisée. La charge de la preuve lui incombant, il convient de redoubler de prudence.

En second lieu, la réglementation sur les prescriptions de médicament hors Autorisation de mise sur le marché (AMM) nous semble encore insuffisamment connue. Rappelons que la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé subordonne la légalité de ces prescriptions à des contraintes très précises, et en particulier :

- une absence d'alternative médicamenteuse appropriée ou une autorisation temporaire d'utilisation ;
- un caractère indispensable ;
- une information complète du malade quant au fait que la prescription intervient hors AMM, qu'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse appropriée, quant aux risques encourus et aux contraintes et bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament ;
- une mention portée sur l'ordonnance : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché" ;
- une information du patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite ;
- une motivation de la prescription notée dans le dossier médical du patient.

Le respect de l'ensemble de ces conditions permettra au prescripteur de justifier son choix.

(1) D'abord, ne pas nuire.

LES + MACSF

Exercer son métier en toute sérénité

Parce que le risque est inhérent à l'exercice d'une profession médicale ou paramédicale, 403 816 professionnels de la santé ont souscrit le contrat Responsabilité civile professionnelle (RCP) de la MACSF. Grâce à son expertise et à son expérience, la MACSF est en mesure de proposer à ses sociétaires un accompagnement et une information spécifiques, adaptés à leurs besoins.

Pour défendre au mieux ses sociétaires, la MACSF a mis en place un double accompagnement juridique et médico-légal. Le professionnel de santé peut compter sur une équipe de juristes qui travaillent en collaboration avec les membres du Comité Médical de la MACSF (voir interview p. 8) pour élaborer la stratégie de défense la plus adaptée à son cas. Deux réseaux d'avocats experts spécialisés et de médecins-conseils viennent renforcer ce dispositif. Ils mettent en œuvre la défense choisie par la MACSF, notamment lors des expertises demandées par les tribunaux ou par les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI). Écouté et consulté à chaque étape clé, le sociétaire est au cœur du traitement du dossier.

Nouveau : un soutien moral et financier

Depuis 2012, la MACSF a mis en place deux garanties optionnelles pour aider le sociétaire à exercer le plus sereinement possible. Sur le plan financier, outre la prise en charge des frais de procédure et le règlement des indemnités de la victime¹, la MACSF propose une garantie "perte financière". Le sociétaire sera dédommagé des frais engendrés par les éventuels déplacements et pertes d'exploitation liés à la procédure (cabinet fermé, rémunération d'un remplaçant...). Éprouvant pour la victime, un dommage lié aux soins impacte aussi le professionnel de la santé, qu'il soit fautif ou non. La MACSF propose donc un soutien aux sociétaires qui le souhaitent. Ils peuvent désormais bénéficier d'une assistance psychologique, qui comprend des consultations téléphoniques ou des entretiens en face-à-face avec un psychologue.

Prévenir, c'est agir!

Pour offrir la meilleure protection à ses sociétaires en matière de risque médical, la MACSF se mobilise depuis de nombreuses années sur le terrain de la prévention. Elle possède une vision globale de la situation du risque médical en France qu'elle met à la disposition de l'ensemble des professionnels de la santé par le biais d'articles, d'interventions lors de congrès, de sessions de formations, etc. Au fil des années, elle a également mis en place un système de veille

et d'alerte sur l'émergence de risques liés à certaines pratiques, traitements...

Enfin, la MACSF a été le fondateur et le véritable fer de lance de l'association La Prévention Médicale MACSF. Elle contribue ainsi à la réalisation de nombreuses actions à destination de l'ensemble des professionnels de la santé : formations, e-learning, coaching, audits... Car, pour la MACSF, la protection de ses sociétaires en matière de risque médical passe d'abord par l'information et la formation!

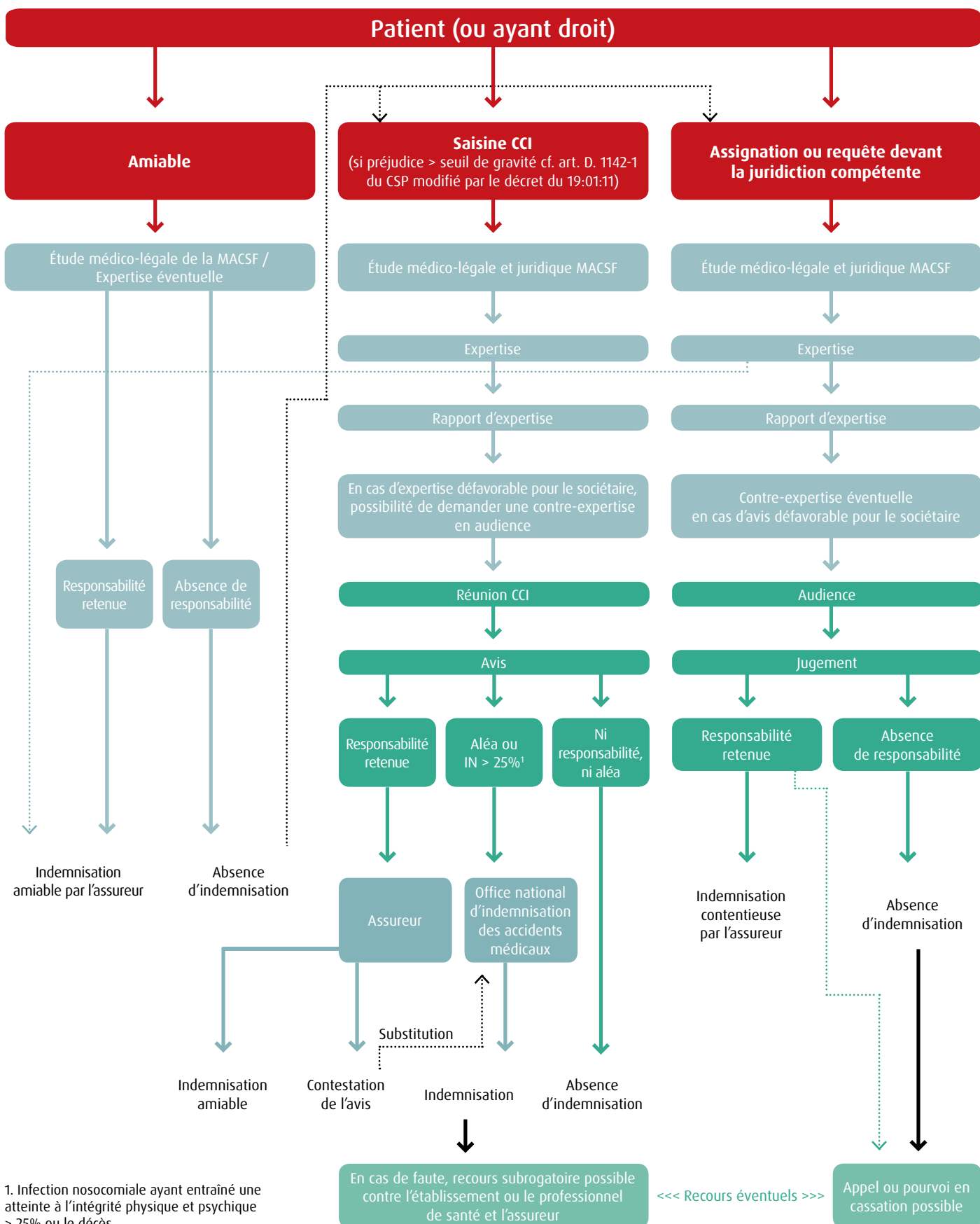
1. Dans la limite de 15 millions d'euros par année d'assurance.

POUR EN SAVOIR PLUS

L'information et la prévention sont au cœur de l'action de la MACSF sur le risque médical. Elle dispose de plusieurs outils pour informer ses sociétaires, et plus largement l'ensemble des professionnels de la santé.

- **macsf.fr.** La rubrique "Vous informer" contient de nombreux articles sur le risque médical : les lois, le risque par professions, études de cas, conseils pratiques...
- **www.risque-medical.fr.** Tous les ans, la MACSF décline sur Internet son rapport sur la responsabilité civile professionnelle. Le site [risque-medical.fr](http://www.risque-medical.fr) recense tous les cas traités par la MACSF, spécialité par spécialité, livre des statistiques et une analyse de ces chiffres par des experts.
- **La revue Responsabilité.** Support de formation continue consacré au risque médical des professionnels de santé, cette publication trimestrielle est rédigée par des experts du droit et de la santé. La revue fournit des articles et dossiers complets relatifs au risque médico-légal, à l'exercice professionnel, aux questions d'éthique et de société. Elle est disponible sur le site de la MACSF, rubrique nos publications. N'hésitez pas à la télécharger!
- **Les suppléments de la revue Responsabilité.** Ils présentent les décisions rendues par les juridictions civiles et pénales, et par les CCI dans les affaires de responsabilité civile professionnelle gérées par la MACSF. L'historique de tous les cas, analysés et classés par spécialités, sont accessibles sur le site www.risque-medical.fr.

LE TRAITEMENT D'UNE RÉCLAMATION





TROIS QUESTIONS À...

Dr Thierry Houselstein

Directeur du Comité Médical
de la MACSF



Une défense médico-légale sur mesure

Quel est le rôle du Comité Médical ?

La mission première du Comité Médical, composé de douze médecins-conseils et de huit assistantes, est d'accompagner et d'assurer la défense, sur le plan médico-légal, des sociétaires faisant l'objet d'une réclamation formulée par un patient. Chaque déclaration de sinistre fait l'objet d'un suivi personnalisé par un médecin du Comité Médical, tout au long de la procédure. Ce médecin-conseil effectue une analyse médico-légale du dossier et identifie les axes de défense tenant compte de la spécialité exercée par notre sociétaire. En parfaite collaboration avec le juriste en charge du dossier, il va élaborer la meilleure stratégie de défense à mettre en œuvre. Par ailleurs, les médecins-conseils assistent régulièrement nos sociétaires lors d'expertises et participent activement à la politique de prévention des risques du groupe MACSF, notamment par le biais de visites de risque destinées aux établissements de santé. Ils partagent également leur expérience de médecins-conseils en intervenant lors de congrès ou de

journées de formation mais aussi en rédigeant des articles sur l'actualité médico-légale de leur spécialité.

Quelle est la spécificité du Comité Médical de la MACSF ?

Au sein de la MACSF, chaque médecin-conseil membre du Comité Médical est à la fois un spécialiste en exercice (anesthésiste, chirurgien, cardiologue, ophtalmologiste, gastroentérologue...) et un expert médico-légal reconnu. En contact avec la réalité du terrain, il est conscient des difficultés que peuvent rencontrer ses confrères dans l'exercice de leur pratique quotidienne. Il est capable d'identifier rapidement la problématique d'un dossier et les axes de défense en fonction de la spécialité exercée. Il s'agit là d'une vraie plus-value car la médecine est un domaine où les techniques et les connaissances évoluent constamment. Il est donc impératif que nous apportions à nos sociétaires une défense intégrant les évolutions des "règles de l'art" médical. L'autre spécificité est l'étroite collaboration existante entre le

médecin-conseil et le juriste, œuvrant ensemble dans le cadre d'un véritable binôme au service du sociétaire.

Travaillez-vous avec d'autres partenaires ?

Afin d'assister nos sociétaires lors des expertises judiciaires ou CCI, le Comité Médical fait appel à un réseau d'environ 250 médecins-conseils libéraux, tous compétents dans le domaine médico-légal, mais surtout couvrant l'ensemble des spécialités exercées par nos sociétaires, quelles qu'elles soient. Le Comité Médical travaille main dans la main avec ces spécialistes conseils, ayant à cœur de défendre les intérêts de nos sociétaires, dans le cadre d'un vrai partenariat. Cette collaboration est entretenue par des échanges réguliers, notamment par le biais d'un congrès annuel permettant d'optimiser les axes de défense sur tel ou tel sujet. Enfin, nous travaillons bien entendu en étroite collaboration avec le réseau d'avocats MACSF, élément indispensable dans le cadre de la défense de nos sociétaires.



Une plateforme d'échanges entre professionnels de santé sur le risque médical

P^r René Amalberti

Directeur scientifique
de La Prévention Médicale
MACSF



L'association La Prévention Médicale MACSF est née en 2004 grâce à l'action de trois membres fondateurs : la MACSF, la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Le point avec le P^r René Amalberti, directeur scientifique de La Prévention Médicale MACSF.

Quel est le but de La Prévention Médicale MACSF ?

Notre objectif est de mener des actions de sensibilisation et d'information sur le risque médical et de favoriser les échanges sur le sujet entre les professionnels de santé. Notre principal outil de travail est notre site Internet : prevention-medicale.org. Nous y publions des articles analysant l'actualité nationale et internationale sur le risque médical. Grâce aux commentaires qu'ils génèrent, ils permettent d'ouvrir la discussion. Sur notre site, nos adhérents peuvent également trouver des méthodes de prévention des risques, des vidéos pédagogiques, s'informer sur les formations et les congrès que nous proposons...

Après 10 ans d'existence, quel bilan tirer de l'action de l'association ?

Le bilan est positif, d'autant plus que ces dernières années nous avons dynamisé notre action. Nous avons noué des partenariats avec de nouveaux acteurs pour être plus efficaces : associations de patients, de personnels paramédicaux, de gestionnaires des soins... En conséquence, le nombre de

nos interventions (formations, visites de risques...) a été multiplié par dix entre 2010 et 2013. Notre dernier congrès, en octobre 2012, a rassemblé plus de 1500 participants contre une centaine les années précédentes. Nous avons également enrichi le contenu de notre site. Nous sommes passés de 3000 visites par mois en 2011 à plus de 20000 fin 2012. Notre site est devenu une véritable plateforme d'échanges sur le risque médical.

La gestion du risque médical a-t-elle évolué depuis dix ans ?

Oui, car le système sanitaire français et la médecine ne cessent d'évoluer. De nouveaux risques apparaissent sans cesse. Aujourd'hui, par exemple, les parcours de soins sont de plus en plus fractionnés et nécessitent l'intervention de nombreux professionnels. Ces derniers doivent communiquer entre eux pour favoriser la sécurité du patient, ce qui n'est pas évident. Le risque est au cœur de la pratique soignante. Au sein de

La Prévention Médicale MACSF, nous analysons les dossiers traités par la MACSF. Ils nous donnent une vision assez précise des risques qui sont maîtrisés, de ceux qui ont disparu et de ceux qui sont susceptibles d'apparaître. Nous pouvons adapter nos actions et nos formations en conséquence, afin de mieux alerter les professionnels de la santé.

Quels sont les chantiers de demain en matière de prévention du risque médical ?

Les chantiers sont de trois ordres. D'abord, nous allons devoir sécuriser les parcours de soins des patients qui sont de plus en plus complexes. Ensuite, la généralisation des soins à domicile exige une nouvelle approche des risques, surtout chez les personnes âgées. Enfin, l'hôpital de demain, toujours plus technique, suppose une nouvelle organisation de l'offre de soins et l'émergence de nouveaux risques plus difficiles à maîtriser.

POUR EN SAVOIR PLUS

LE SITE DE LA PRÉVENTION MÉDICALE MACSF : 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 (l'Association française des gestionnaires de risques sanitaires, l'Association francophone pour la qualité hospitalière...)
- Enfin, n'hésitez pas à 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.



1

LE RISQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**Ce rapport présente, par spécialité,
les 4 200 déclarations enregistrées en 2012
par la MACSF qui couvre 403 816 sociétaires
en responsabilité civile professionnelle.**

L'ANALYSE



Les mises en cause concernent la prise en charge globale du patient



La sinistralité des médecins exerçant en activité libérale a un peu augmenté cette année, sans être explosive. Dans de nombreuses spécialités, les professionnels de santé sont, certes, impliqués en cas de complication d'un geste technique mais de plus en plus souvent du fait d'une défaillance supposée dans la gestion des complications et, plus généralement, du suivi global du patient. À ce titre, la médecine générale est volontiers exposée aux risques professionnels, tandis que d'autres spécialités (chirurgie, actes techniques d'anesthésie) le sont moins qu'avant. Parallèlement, le nombre moyen de mis en cause par cas augmente, de même que le montant des indemnisations dans la chirurgie dite "de confort".

Vous analysez le risque des professionnels de santé chaque année. Quels sont les points marquants de cette nouvelle édition ?

On n'hésite plus à mettre en cause l'urgentiste ou le médecin généraliste qui intervient aussi souvent en premier niveau et souvent dans l'urgence. Au fur et à mesure que la médecine fait des progrès, la rapidité de la prise en charge et la qualité du diagnostic occupent une importance croissante. En cas d'accident vasculaire cérébral par exemple, les heures qui suivent sont déterminantes. Le patient ne peut profiter de tous les traitements disponibles et maximiser ses chances de rétablissement que

D^r Catherine Letouzey
Médecin-conseil MACSF

BIO



1980

Chef de clinique en médecine interne à Paris.

1993

Médecin-conseil pour Le Sou Médical puis MACSF

2008

Secrétaire du Conseil médical qui réunit les données sur la RCP

s'il est bien diagnostiqué et avec efficacité. Si tel n'est pas le cas, ses chances d'aboutir à une issue la plus favorable se réduisent. Paradoxalement, l'amélioration des technologies fait donc émerger de nouveaux risques, en particulier pour les généralistes, qui sont en première ligne et doivent prendre des décisions capitales pour le malade.

L'émergence de ces risques peut-elle déboucher sur une inflation des indemnisations ?

Certains secteurs comme la chirurgie réfractive, de confort ou préventive, qui suscitent peu de déclarations, peuvent donner lieu à une inflation des indemnisations. Même si elles n'ont pas de caractère impératif, les interventions concernées peuvent toucher des domaines fonctionnels comme la vue et avoir des répercussions professionnelles importantes. Des indemnisations portant sur des services d'aide à la personne ont ainsi été accordées à des patients dont l'acuité visuelle a diminué ou devenus aveugles. La chirurgie bariatrique se trouve dans une situation similaire. Même si le nombre de déclarations est très faible - moins de 10 dossiers en 2012 -, ces cas et leurs indications doivent être suivis avec une grande attention car ce type d'intervention présente un risque non négligeable du fait du terrain, pendant et après l'opération.

Quelles autres évolutions avez-vous constatées cette année ?

On observe une augmentation du nombre de personnes mises en cause dans un même dossier. Cette évolution tient à plusieurs facteurs. Les acteurs amenés à se pencher sur l'affaire veulent avoir une vision aussi complète que possible. Les avocats poussent aussi dans ce sens pour accroître les chances d'une éventuelle indemnisation. Plus le nombre de professionnels impliqués est important, plus une responsabilité risque d'être retenue, à un titre ou à un autre. La complexité croissante des actes et de la gestion des soins favorise aussi ce phénomène. Elle amène à mobiliser un nombre croissant de professionnels autour de la pathologie d'une seule personne. Certains secteurs comme la réanimation ou la chirurgie spécialisée présentent plus de déclarations qu'il y a dix ans.

Cette complexité croissante a-t-elle un impact sur l'organisation des soins ?

L'organisation des soins devient un paramètre plus important. Dans plus de la moitié des dossiers, cet aspect est la cause clé du sinistre. L'analyse des données amène à conclure qu'une complication qui aurait pu être soignée ne l'a pas été, ou trop tardivement, ou encore que la transmission de l'information entre les différents acteurs de la chaîne de soins a été défaillante.

Dans beaucoup de cas, quel que soit le secteur, un problème relationnel apparaît en filigrane de la réclamation. Il peut s'agir d'honoraires jugés abusifs, d'un temps d'attente trop élevé... Ce facteur se combine souvent avec un problème d'organisation. Pour autant, il n'y a aucune raison de s'orienter vers une "médecine défensive" qui multiplierait les examens à la seule fin de prémunir le professionnel contre d'éventuels recours des patients. Le bon sens clinique et pratique doit prévaloir.

Vous avez constaté un recours croissant aux Commissions de Conciliation et d'Indemnisation. À quoi cela tient-il ?

En assurant un traitement gratuit et dans un délai théorique maximal de 11 mois, le dispositif des CCI répond aux attentes des patients mais aussi des médecins, même si les CCI n'émettent qu'un avis d'indemnisation qui n'oblige pas l'assureur. Quel que soit le mode de saisine, les professionnels de santé mis en cause doivent contacter très rapidement leur assureur et ne pas modifier les documents qui leur sont demandés. Les experts qui les examineront comprennent parfaitement les abréviations utilisées. Et surtout, il faut absolument être présent lors de l'expertise. C'est fondamental. Si le professionnel de santé mis en cause n'est pas là, son point de vue et sa version des événements ne seront tout simplement pas pris en compte!

L'ESSENTIEL DES SINISTRES DÉCLARÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS EN 2012

"Comme chaque année, la majorité des événements déclarés concerne les plateaux techniques, devant les infections nosocomiales, puis les accidents par matériel ou produits, les accidents liés à l'exploitation des locaux, et ceux liés à un déficit organisationnel. L'orthopédie apparaît de loin comme la spécialité à l'origine du plus grand nombre de mises en cause des établissements, devant la neurochirurgie, la chirurgie viscérale et l'obstétrique."

Béatrice Courgeon,
Risk Manager
à la MACSF

CHIFFRES CLÉS 2012



403 816

C'EST LE NOMBRE DE SOCIÉTAIRES COUVERTS par la MACSF en responsabilité civile professionnelle, contre 386 302 en 2011 (+4%).



4 200

DÉCLARATIONS ont été adressées par nos sociétaires en 2012, contre 3 678 en 2011 (+14%).

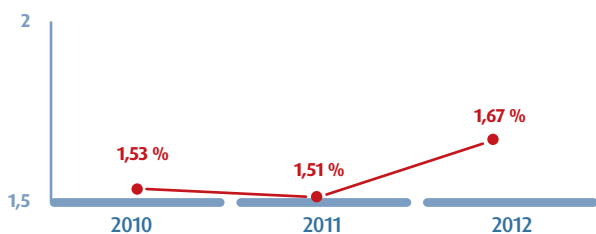


1,04 %

LA SINISTRALITÉ correspondante est de 1,04 déclaration pour 100 sociétaires, contre 0,95 % en 2011.

LES MÉDECINS

SINISTRALITÉ DES MÉDECINS 2010-2012 TOUS EXERCICES ET SPÉCIALITÉS CONFONDUS



La sinistralité (nombre de déclarations pour 100 sociétaires médecins, toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus) est de 1,67 % en 2012.



130 761

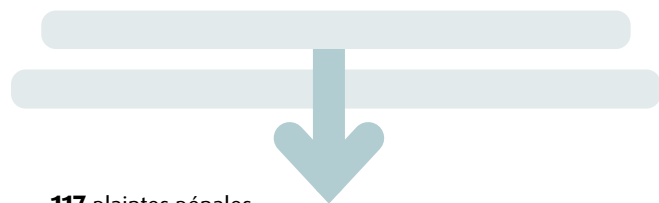
C'est le nombre de médecins sociétaires de la MACSF, toutes spécialités et modes d'exercice confondus, contre 128 636 en 2011.



2 187

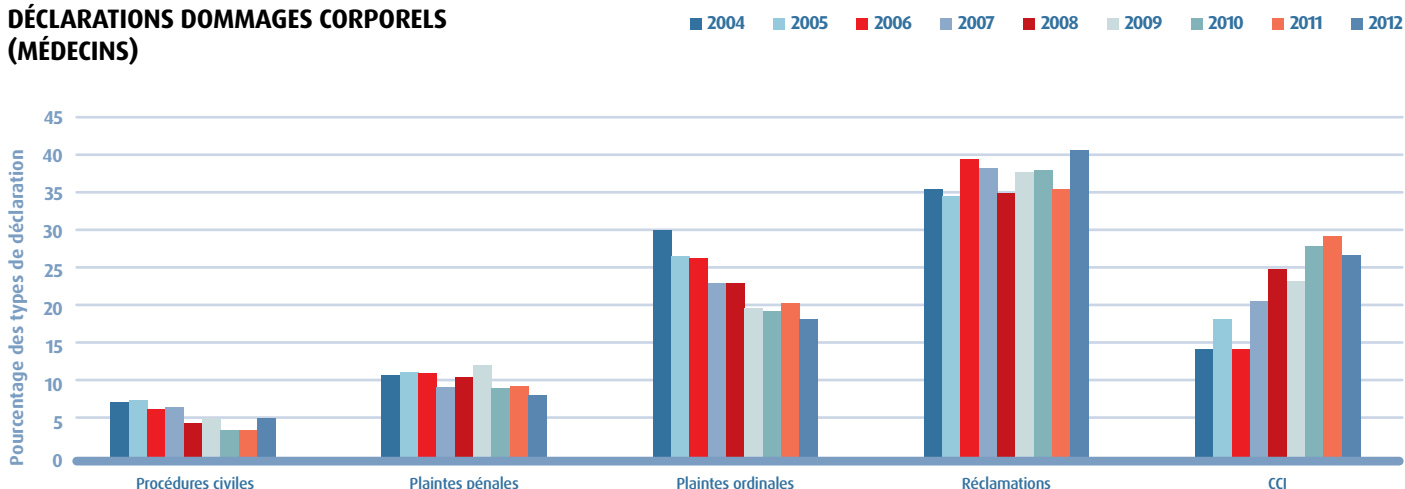
déclarations ont trait à des dommages corporels, contre 1 945 en 2011 (+12%).

Ces 2 187 déclarations d'accident corporel ont fait l'objet de démarches juridiques de la part des patients ou de leur entourage (voir détail ci-dessous). Ces chiffres ne prennent en compte que la déclaration initiale. Une réclamation peut se transformer ultérieurement en une assignation en référé, en une demande de conciliation en Commission de Conciliation et d'Indemnisation, voire en une plainte pénale et/ou ordinaire.



- 117 plaintes pénales
- 182 plaintes ordinaires
- 404 assignations en référé (civil ou administratif)
- 895 réclamations (orales, écrites ou par mandataire)
- 589 saisines d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

DÉCLARATIONS DOMMAGES CORPORELS (MÉDECINS)



LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

25 108 CHIRURGIENS-DENTISTES SOCIÉTAIRES

Les chirurgiens-dentistes ont déclaré **1484 sinistres** en 2012, soit une sinistralité de **5,9 %** contre **5,1 %** en 2011.



Les professionnels paramédicaux et les sages-femmes ont déclaré **150 sinistres**.



Les vétérinaires ont déclaré **205 sinistres**.

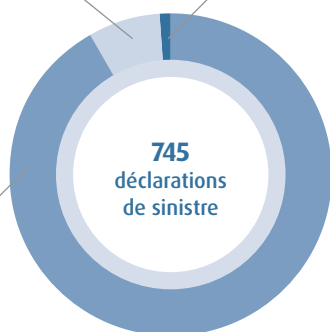
LES CLINIQUES

LES **211 CLINIQUES PRIVÉES SOCIÉTAIRES** de la MACSF ont adressé **876** déclarations.

RÉPARTITION DES SINISTRES :

54 dommages matériels

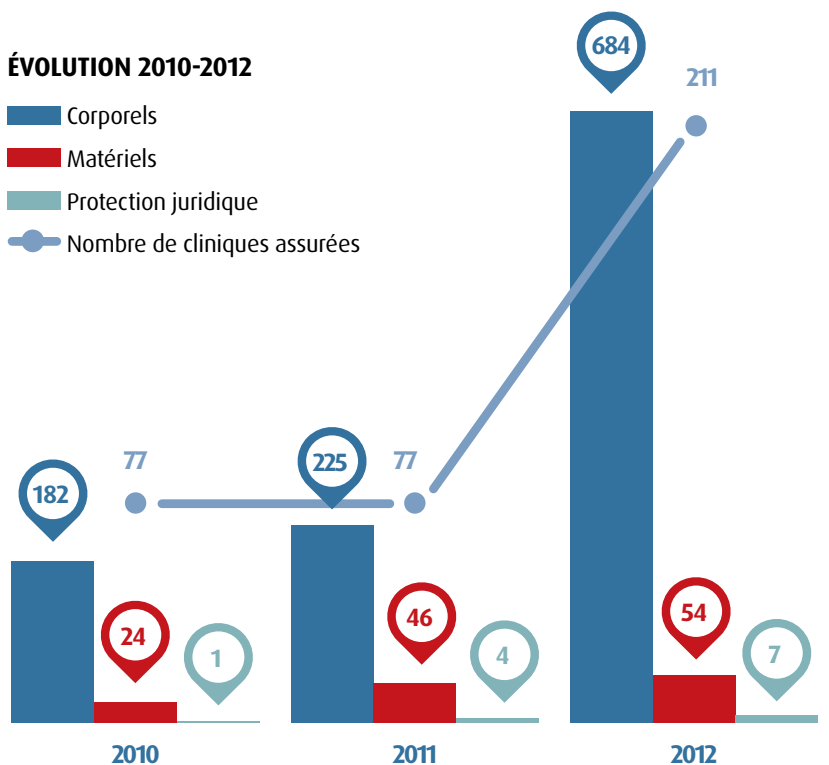
7 usages de la garantie Protection Juridique.



684 accidents corporels

ÉVOLUTION 2010-2012

- Corporels
- Matériels
- Protection juridique
- Nombre de cliniques assurées



Dr Catherine LETOUZEY
Médecin interniste

ANATOMOPATHOLOGIE

Les anatomopathologistes en exercice libéral sociétaires de la MACSF ont adressé **11 déclarations (12 déclarations en 2011) : 4 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 3 réclamations et 3 saisines d'une CCI.**

Erreur d'interprétation et / ou d'organisation

9

- Diagnostic d'adénocarcinome canalaire sur des macrobiopsies. Anatomopathologie discordante lors de l'examen extemporané et de l'analyse de la pièce de tumorectomie interprétés par un confrère. Malignité infirmée par la relecture des lames, dont le résultat est parvenu à la patiente après la fin de la radiothérapie, poursuivie par l'oncologue sans s'enquérir du résultat définitif.
- Diagnostic de cancer canalaire sur biopsie infirmé à la relecture, pratiquée après le résultat rassurant de l'histologie de la mastectomie partielle.
- Diagnostic de tumeur bénigne du sein sur biopsie, infirmé dix jours plus tard sur d'autres échantillons. Malignité confirmée sur la pièce opératoire.
- Diagnostic de cancer canalaire sur une macrobiopsie (micro calcifications ACR 4, antécédent familial) conduisant à une tumorectomie. Diagnostic, à la relecture, d'hyperplasie canalaire atypique. Reproche portant sur l'interruption des FIV en cours.
- Diagnostic de carcinome infiltrant sans surexpression HER2 sur une pièce de tumorectomie. Rechute ou autre foyer dix-huit mois après la fin de la chimiothérapie avec radiothérapie. Réexamen par un autre laboratoire, qui conclut à une surexpression de la protéine. Reproche portant sur l'erreur qui a modifié la stratégie thérapeutique.
- Diagnostic de sarcome du corps utérin sur pièce d'hystérectomie et, parallèlement, demande d'avis à un confrère qui ne peut conclure et dont le courrier n'a pas été transmis à l'oncologue. Avis final de bénignité par un troisième anatomopathologiste. Reproche portant sur l'inutilité de trois mois de chimiothérapie.
- Diagnostic, rectifié un an plus tard devant l'évolution, de tumeur bénigne sur une biopsie de l'avant-bras, qui s'avère être un sarcome.
- Diagnostic de suspicion de Kaposi sur biopsie d'une lésion à type d'hématome de la jambe. Délai de six semaines pour transmettre le résultat et la proposition d'avis référent. Diagnostic final d'angiosarcome justifiant deux interventions avec greffes étendues. Reproche portant sur le délai.
- Diagnostic de mélanome, sur la biopsie d'une lésion de l'oreille chez un adolescent, non confirmé par le service d'anatomopathologie référent sollicité.

Mise en cause systématique

2

- Du fait d'une paralysie sciatique au décours d'une laparotomie pour suspicion de métastase pelvienne d'un cancer bilatéral mammaire récidivé. Décision prise en RCP, malgré le seul aspect de fibrose sur la biopsie préalable. Deux anatomopathologistes et un anesthésiste sont mis en cause.

ANESTHESIE

Les **4772 sociétaires anesthésistes réanimateurs de la MACSF ont adressé 242 déclarations (229 en exercice libéral, 1 en activité privée du secteur public et 12 en exercice salarié), soit une sinistralité de 21,8 % en activité libérale (contre 19 % en 2011) : 17 plaintes pénales, 34 procédures civiles, 4 plaintes ordinales, 108 réclamations et 79 saisines d'une CCI.**

Bris dentaire

86

- 86 déclarations de bris dentaires ont été adressées.

Anesthésie générale et complications immédiates

16

DIVERS ● 5

- Inhalation de liquide gastrique lors d'une deuxième tentative de forceps avec expression abdominale chez une primipare de 26 ans. Anesthésie en urgence sans intubation (péridurale refusée pendant l'accouchement). Hémorragie majeure de la délivrance (embolisation). SDRA, réanimation longue. Séquelles importantes.
- Choc anaphylactique après préinduction, possiblement dû à l'antibiotique administré. Intervention ajournée. Evolution favorable puis décès d'un infarctus au bloc avant toute anesthésie, lors de la chirurgie programmée à distance.
- Plaie trachéale lors de l'intubation, révélée par une médiastinite à J 4. Mise en cause systématique. Le sociétaire a fait la consultation préanesthésique.
- Confusion d'ampoule, avec administration de néosynéphrine au lieu d'atropine en peropératoire d'une appendicectomie cœlioscopique. Effets secondaires transitoires. Surveillance prolongée en

SSPI. Episode nocturne de désaturation avec état de choc. Transfert en réanimation. Collapsus et arrêts cardiaques itératifs. Décès de cause indéterminée. Une sociétaire infirmière est également mise en cause.

○ Accident vasculaire cérébral révélé par l'absence de réveil au décours d'une anesthésie générale complémentaire d'une locale, insuffisante, lors d'une chirurgie de cataracte. Il est également reproché la prise en charge de la complication. Le sociétaire a effectué le transfert. Un sociétaire ophtalmologiste est également mis en cause.

SSPI ● 5

○ Survenue d'un bronchospasme au décours d'une uvulo-pharyngoplastie chez un homme de 69 ans. Prise en charge immédiate, ré-intubation. Pneumopéritoine sans pneumomédiastin de cause indéterminée lors de la laparotomie. CIVD, décès rapide. Deux sociétaires anesthésistes et un sociétaire ORL sont mis en cause.

○ Sociétaire venu en renfort pour une détresse respiratoire chez un enfant de 2 ans, opéré d'un phimosis sous anesthésie générale et bloc pénien. Désaturation sous masque laryngé, arrêt cardiaque. Transfert en réanimation. Découverte d'une cardiopathie méconnue. Décès de l'enfant.

○ Choc anaphylactique à la pénicilline survenu en SSPI, alors que l'allergie avait été signalée dans le dossier. Réanimation et évolution favorable.

○ Agitation et constat de rupture du matériel implanté (plastie de hanche). Reprise chirurgicale. Erreur de technique chirurgicale ?

POSITION ● 6

○ Neuropathie cubitale bilatérale au décours d'une chirurgie rachidienne en position genu pectorale, transitoire d'un côté et nécessitant une neurolyse au coude de l'autre.

○ Déficit neurologique permanent au décours d'une chirurgie mammaire avec curage, bras en croix.

○ Complications neurologiques d'un membre supérieur au décours d'une mammoplastie esthétique. Un sociétaire chirurgien plasticien est également mis en cause.

○ Cécité unilatérale au décours d'une chirurgie rachidienne en décubitus ventral.

○ Paralysie radiale au réveil d'une coloscopie. Pas de changement de position pendant le geste. Rôle de la perfusion ? Pas de régression des troubles.

○ Ptôse palpébrale et problème oculaire au décours d'une coloscopie. Complication de la protection oculaire ?

Anesthésie locorégionale

24

BLOC ● 13

○ Bloc interscalénique pour plastie de l'épaule. Pneumothorax.

○ Bloc interscalénique avec cathéter analgésique pour chirurgie de l'épaule. Convulsions et arrêt cardiorespiratoire immédiatement après une première injection (en chambre par l'infirmière). Probable injection intravasculaire accidentelle. Réanimation inefficace.

○ Bloc axillaire pour une chirurgie de canal carpien. Dysesthésies incomplètement régressives dans le territoire du brachial cutané interne et souffrance du médian.

○ Bloc axillaire (et sédation complémentaire surveillée par IADE) pour exérèse d'une tumeur cutanée du bras chez un patient ayant des antécédents de cancer ORL. Arrêt cardiaque à la levée du garrot. Réanimation. Décès. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

○ Bloc axillaire pour chirurgie de maladie de Dupuytren. Déficit sensitif et moteur dans le territoire du nerf médian.

○ Bloc huméral pour chirurgie de maladie de Dupuytren. Douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf cubital. Suivi en centre antidouleur.

○ Bloc huméral réalisé sans difficulté pour une chirurgie de doigt à ressaut. Pas de plainte avant la sortie. Neuropathie sensitive cubitale et amyotrophie de la loge hypothénar.

○ Bloc tri tronculaire au poignet pour chirurgie de canal carpien, sans complication rapportée lors de la pose. Lésion traumatique d'un rameau du médian, favorisée par une anomalie anatomique, et réparée chirurgicalement. Préjudice professionnel lié aux séquelles.

○ Bloc sciatique poplité (avec sédation) pour chirurgie du pied. Complications neurologiques alléguées dans le territoire sciatique.

○ Bloc sciatique analgésique avec cathéter pour chirurgie d'orteils. Sortie à J 1 décidée par le chirurgien. Possibilité d'un bloc encore actif, à l'origine d'une chute au retour à domicile. Entorse grave de cheville.

○ Bloc fémoral analgésique (avant AG) pour chirurgie du genou. Chute avec fracture tibiale suite à un lever sans aide en postopératoire, le bloc étant encore actif.

○ Bloc fémoral analgésique avec cathéter (72h) et AG pour ligamentoplastie du genou. Pas de plainte lors du séjour. Déficit neurologique permanent sans cause locale retrouvée dans le territoire du nerf fémoral avec amyotrophie du quadriceps.

○ Bloc fémoral analgésique posé en SSPI après arthrodèse de hanche. Analgésie continue par cathéter. Paralyse crurale permanente.

ANESTHÉSIE PÉRIDURALE ● 4

○ Anesthésie péridurale analgésique par cathéter ôté à J 2. Brèche et Blood patch. Sciatique.

○ Anesthésie péridurale difficile, avec nombreuses ponctions. Accouchement normal sous péridurale efficace. Syndrome dépressif et de stress post traumatique.

○ Anesthésie péridurale insuffisante en fin de travail lors d'un forceps et d'une épisiotomie douloureux.

○ Anesthésie péridurale facile et indolore pour accouchement. Troubles locomoteurs d'un membre inférieur (anesthésie ou accouchement ?)

RACHIANESTHÉSIE ● 4

○ Rachianesthésie pour plastie de hanche. Hypotension peropératoire transitoire, puis malaises et perte de connaissance après sortie de SSPI, lors d'une perfusion d'Acupan®. Intolérance probable au produit. Evolution favorable sous surveillance en USI.

○ Rachianesthésie pour hallux valgus. Suites simples. Fièvre inexpliquée puis paraplégie dans les semaines suivantes. Manque de renseignement sur l'étiologie.

○ Rachianesthésie pour dermolipectomie. Ponction facile. Syndrome post PL après sortie justifiant un Blood patch, puis troubles visuels avec œdème papillaire (IRM normale) ayant fait évoquer un syndrome d'hypotension intracrânienne atypique. Persistance de troubles visuels.

○ Rachianesthésie difficile en urgence pour pré éclampsie. Douleur sciatique fulgurante lors d'une ponction. Neuropathie persistante.

ANESTHÉSIE LOCALE INTRAVEINEUSE ◆ 2

○ Dilution de la Xylocaïne par du sérum salé hypertonique (2). Dans un cas, thrombose veineuse, dans l'autre cas, complications locales régressives.

ANESTHÉSIE LOCALE PÉRIBULBAIRE ◆ 1

○ Compliquée d'occlusion de l'artère centrale de la rétine. Un sociétaire ophtalmologiste est également mis en cause.

Complications de l'accouchement

3

○ Naissance en état de mort apparente après souffrance fœtale. Périurale sans problème, puis participation à la réanimation de l'enfant. Décès à J 6.

○ Hémorragie modérée après césarienne en urgence, puis arrêt cardiocirculatoire avec troubles de coagulation. Hypothèse d'embolie amniotique. Décès maternel. Le sociétaire anesthésiste est intervenu en renfort.

○ Prise en charge d'une anesthésie péridurale lors d'un accouchement, puis de la surveillance d'un état fébrile. Transfert en urgence à J 2/J 3 en réanimation. Mise en évidence d'une septicémie à streptocoque A (colonisation vaginale) puis d'une arthrite secondaire de hanche. Hystérectomie. Suites longues mais favorables.

Cathéter

3

○ Thrombose veineuse étagée de l'avant-bras perfusé. Prise en charge critiquée.

○ Choc septique (candida) sur cathéter veineux central posé par un confrère sur un patient opéré d'une cyto prostatectomie avec enterocystoplastie. Prise en charge postopératoire pour état fébrile, récidivant après un séjour en réanimation avant que le diagnostic ne soit posé. Très long séjour en réanimation. Décès. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

Prise en charge de pathologies médicales

7

○ Prescriptions téléphoniques encadrant un déplacement nocturne pour malaise hypotensif puis état de choc chez une femme, hospitalisée dans la journée pour colique néphrétique sur lithiase (hydronéphrose sur scanner aux urgences et apyrexie, surveillance sans drainage). Néphrostomie le matin et décès en réanimation, dans la matinée, d'un choc septique.

○ Majoration d'une insuffisance rénale connue chez un diabétique au décours d'une infection intestinale. Sortie après avis téléphonique néphrologique et rendez-vous de consultation. Ré-hospitalisation le

soir en urgence pour dialyse.

○ Absence d'exploration d'une insuffisance rénale débutante chez une patiente aux multiples pathologies lors d'une prothèse de genou sans complication. Décompensation cardiaque et rénale plus d'un an après et dialyse.

○ En cours d'hospitalisation pour suspicion de pyélonéphrite, prescription téléphonique d'un scanner dans un contexte de rachialgies avec douleurs des membres inférieurs. Aggravation douloureuse le lendemain et sondage urinaire. Constat au réveil d'une paraplégie (empyème épidual étendu d'origine inconnue). Un sociétaire urgentiste et un sociétaire radiologue figurent parmi les neuf médecins mis en cause.

○ Prescription d'une radiographie thoracique lors de la visite préanesthésique en raison d'une toux. Examen vu par un confrère et conseil de consultation rapide après la chirurgie en ambulatoire. Hospitalisation en urgence, une semaine plus tard, pour détresse respiratoire. Diagnostic de maladie de Wegener. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause, ainsi qu'un sociétaire régulateur et un sociétaire généraliste.

○ Transfusion trop rapide suivie d'un œdème pulmonaire, d'évolution favorable.

Complication postopératoire

38

Les anesthésistes sont mis en cause de façon systématique, parce qu'ils ont participé à la prise en charge purement anesthésique pré ou postopératoire de l'intervention ou de sa complication et/ou participé au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique postopératoire ou à des décisions diverses (avis du chirurgien, transfert en réanimation). Dans certains cas leur avis n'a pu être que téléphonique (notamment d'astreinte).

COMPLICATIONS MULTIPLES AVEC DÉCÈS ◆ 20

○ Prise en charge en postopératoire d'un pontage aorto fémoral en unité de soins continus. Prévention d'un délirium. Coma après arrêt cardiovasculaire à J 4. Etat végétatif chronique, décès. Trois sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

○ Prise en charge d'une insuffisance cardiaque et rénale avec confusion mentale et décès à J 35 après colectomie pour cancer. Etat antérieur cardiaque important. Il est reproché le défaut d'information préopératoire (fiche signée, ASA 3) et globalement la prise en charge en USC, à laquelle le sociétaire a participé ponctuellement.

○ Nombreuses complications survenues en réanimation après chirurgie de remplacement valvulaire (SDRA, insuffisance rénale anurique). Anesthésiste en charge de l'anesthésie sous CEC et de la SSPI. Gestion d'un pneumothorax sur cathéter d'évolution simple avant transfert en réanimation. Décès cinq mois plus tard.

○ Septicémie et décès à J 3, dans les suites d'une sigmoïdite opérée en semi urgence. Absence d'antibiothérapie postopératoire reprochée (présence d'une fistule colo rectale évoquée).

○ Prise en charge pour suspicion d'embolie pulmonaire au décours d'une arthrolyse de cheville compliquée d'une diarrhée à clostridium. Scanner infirmant le diagnostic mais révélant une colite grave. Transfert et décès.

○ SDRA en postopératoire précoce d'une chirurgie de tumeur

villeuse (sur insuffisance respiratoire connue). Transfert en réanimation et décès à J 3. Il est reproché le retard à la prise en charge. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

○ Détresse respiratoire dans la nuit suivant une ostéosynthèse fémorale sous ALR, s'aggravant le lendemain. Transfert et décès dans un tableau d'œdème pulmonaire.

○ Adénoïdectomie et aérateurs trans tympaniques sous AG avec intubation chez un enfant (dysmorphie faciale) en ambulatoire sans incident. Constat par la mère d'un encombrement bronchique le lendemain et décès pendant la sieste, de cause inconnue.

○ Prise en charge postopératoire d'une occlusion avec d'emblée péritonite. Décès.

○ Retard diagnostique d'une vraisemblable occlusion, en postopératoire d'une plastie de hanche compliquée de troubles digestifs avec distension abdominale et d'insuffisance rénale. Arrêt cardio-circulatoire à J 4 lors d'une inhalation massive de liquide gastrique. Nombreux avis de praticiens en postopératoire. Décès. Trois sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

○ Survenue d'un infarctus mésentérique sans lien avec la prothèse de genou (état antérieur), pris en charge à J 3 sans retard. Décès.

○ Détresse respiratoire dans la nuit suivant une ostéosynthèse fémorale sous ALR, s'aggravant le lendemain. Transfert et décès dans un tableau d'œdème pulmonaire.

○ Prise en charge, au décours de la mise en place d'une endoprothèse œsophagienne, d'un patient sous alimentation parentérale. Perfusion accélérée accidentellement lors d'un transport en ambulance pour consultation en oncologie. Décompensation hépatocellulaire et hématomé massive sur varices œsophagiennes majeures, ayant fait modifier la stratégie opératoire du cancer. Décès. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

○ Décès à J 1 après prothèse sous ALR.

COMPLICATIONS DIVERSES ● 8

○ Prise en charge d'un début de choc septique puis transfert en réanimation, quelques heures après l'hospitalisation, pour suspicion d'endométrite après curetage. Septicémie à streptocoque A. Amputations distales et insuffisance rénale séquellaire. Un sociétaire gynécologue est également mis en cause.

○ Hypovolémie et hypotension peropératoire pendant une chirurgie rachidienne longue et hémorragique, prolongée en postopératoire et bien compensée. Evolution favorable, après transfert en réanimation, d'une insuffisance rénale aiguë multifactorielle. Ré-hospitalisations itératives les mois suivants. Colectomie pour colite qualifiée d'ischémique. Colostomie définitive.

○ Prise en charge pendant une garde d'un début de délirium après ménisectomie. Transfert ultérieur en réanimation pour suspicion de syndrome malin des neuroleptiques. Lourdes séquelles.

○ Accident vasculaire cérébral hémorragique en postopératoire immédiat d'une chirurgie de varices. Séquelles importantes. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

○ Décompensation psychiatrique postopératoire.

○ Syndrome confusionnel dès J 1 (troubles mnésiques antérieurs) et chutes en postopératoire d'une prothèse de genou sous AG. Luxation puis fracture tibiale imposant des ré-interventions.

○ Rétention urinaire sur adénome prostatique après la sortie d'une chirurgie de tumeur cutanée. Claquage du détrusor et sonde à demeure définitive.

○ Prise en charge pour suspicion d'infarctus à J 2 d'une prostatectomie, puis à J 7 pour péritonite sur perforation d'ulcère.

GESTION DES ANTICOAGULANTS ● 10

○ Echo endoscopie avec biopsies rétro péritonéales. Antiagrégant plaquettaire interrompu sans relais à une date imprécise. Syndrome coronarien aigu au décours immédiat et décès, malgré la tentative d'angioplastie en urgence. Un sociétaire gastroentérologue est également mis en cause.

○ Prise en charge d'une thrombose veineuse du bras. Traitement anticoagulant décalé (chirurgie récente du rachis) puis posologie diminuée (suspicion d'hématome sous-dural au scanner) lors du bilan d'une bactériémie sur cathéter (suspicion d'endocardite éliminée).

○ Découverte fortuite, sur une imagerie, d'embolies pulmonaires silencieuses. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

○ Embolie pulmonaire fatale, le jour de sa sortie, chez une femme jeune après ostéosynthèse du genou sur traumatisme datant de dix jours. Prophylaxie anti thrombotique instituée mais non tracée dans le dossier de soins. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

○ Découverte d'une phlébite, suivie dans la nuit d'une embolie pulmonaire, à J 7 en postopératoire d'une chirurgie complexe de sarcome pelvien ayant nécessité un pontage artériel fémoro fémoral. Patient sous anticoagulants. Décès.

○ Embolie pulmonaire deux mois après une chirurgie mammaire avec reprise pour infection. Facteurs de risques (contraception, tabac puis découverte d'une thrombophilie). Il est reproché l'absence de prophylaxie thromboembolique.

○ Arrêt pendant 48 heures d'un antiagrégant (valvuloplastie mitro aortique) pour hémorroïdectomie. Phlébite et embolie pulmonaire d'évolution favorable.

○ Hématome à J 10 avec atrophie testiculaire attribué à la reprise trop précoce des antiagrégants après cure de hernie en ambulatoire.

○ Prescription d'un relais anticoagulant en vue de la pose d'une fistule artérioveineuse pendant trois jours. Reprise postopératoire immédiate de l'Arixtra® par un autre médecin. Hématome sur bloc axillaire. Réanimation. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.

○ Prise en charge d'un hématome du psoas sous anticoagulants après prothèse de genou.

○ Péritonite sur sigmoïdite diverticulaire, douze jours après une coloscopie sans biopsie. Reproche non fondé d'avoir maintenu le traitement anticoagulant pendant la coloscopie sans complication chez un patient opéré d'un remplacement valvulaire.

Complications chirurgicales

44

INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE APRÈS CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET DU RACHIS ● 8

● 8

Les mises en cause portent sur la prise en charge de l'infection.

○ Absence d'antibioprofylaxie tracée avant une plastie de hanche.

○ Infection d'un hématome récidivé après chirurgie carotidienne puis septicémie. Spondylodiscite chez un patient diabétique insulinodépendant. Trois sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

○ Surinfection sur hématome post PTH.

- Infection après arthroscopie thérapeutique du genou. Reprise et infection du cathéter au même germe.
- Infection après arthrolyse du genou.
- Infection après laminectomie lombaire.

CHIRURGIE CARDIAQUE ET VASCULAIRE ◆ 8

- Remplacement valvulaire aortique et de l'aorte ascendante compliqué en postopératoire d'une compression coronaire avec arrêt cardiaque lors de la reprise. Absence de réveil et décès à J 15. Quatre sociétaires anesthésistes et un sociétaire chirurgien cardiaque sont également mis en cause.
- Chirurgie valvulaire et pontage suivis de deux épisodes de tamponnade, traités sans séquelle neurologique. Dialyse en réanimation. Infection à un mois. Décès.
- Lâchage de suture d'une endartériectomie carotidienne à J 4. Hémorragie massive. Reprise mais décès.
- Accident vasculaire cérébral non régressif au réveil d'une chirurgie de remplacement valvulaire.
- Syndrome des loges après thrombectomie d'un pontage aorto fémoral. Prétendue tardiveté de la prise en charge.

CHIRURGIE VISCÉRALE ◆ 6

- Suites difficiles d'une colectomie coelioscopique. Troubles digestifs. Sonde gastrique mal supportée et retirée. Syndrome d'inhalation à J 10. Décès de cause précise inconnue.
- Arrêt cardiocirculatoire brutal à J 1 d'une cholécystectomie. Décès. Découverte à l'autopsie d'un hémopéritoine.
- Atteinte neurologique du sciatique au niveau du plexus lombaire au décours d'une chirurgie sous laparotomie pour suspicion de métastases pelviennes. Origine chirurgicale probable. Deux sociétaires anatomopathologistes sont également mis en cause.
- Reprise d'un By-pass pour désunion anastomotique puis hémorragie cataclysmique par rupture de lésion vasculaire. Décès.
- Reprise d'un By-pass dans la nuit suivant l'intervention pour hémopéritoine. Intervention rapide de l'équipe mais arrêt cardiaque peropératoire. Décès.
- Etat d'agitation puis malaise nocturne à J 4 d'une Sleeve gastrectomie avec biopsie hépatique. Non-déplacement des médecins contactés avant l'arrêt cardiaque fatal.

CHIRURGIE ORL ◆ 3

- OACR après rhinoseptoplastie.
- Hémorragie cataclysmique par ulcération vasculaire à J 9 d'une laryngectomie avec curage. Deux sociétaires ORL sont également mis en cause.
- Fracture du plancher orbital et énoptalmie lors de la reprise pour migration du germe d'une dent de sagesse au cours de son extraction. Un sociétaire stomatologue est également mis en cause.

CHIRURGIE DE LA PROSTATE ◆ 3

- Résection transurétrale prostatique aux suites immédiates douloureuses et hémorragiques. Surveillance, biologie et transfusion. Etat stable mais décès pendant la première nuit postopératoire, de cause inconnue.
- Prostatectomie sous coelioscopie. Fistule urinaire puis infection généralisée avec choc septique. Transfert et décès. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

CHIRURGIE DU RACHIS ◆ 3

- Tétraplégie postopératoire ischémique.
- Troubles neurologiques à distance.
- Retard diagnostique d'un hématome opéré à J 4. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ◆ 2

- Hystérectomie et bandelette TVT, compliquée de péritonite pelvienne. Modalités de l'antibioprophylaxie, faite en postopératoire, reprochées.
- Aggravation d'un état septique après chirurgie de pelvi péritonite purulente avec choc septique au retour en chambre. Décès après transfert.

THYROÏDECTOMIE ◆ 2

- Hématome compressif à J 3. Plusieurs prescriptions téléphoniques par le chirurgien d'astreinte avant appel de l'anesthésiste pour détresse respiratoire. Décès.
- Paralysie bilatérale des cordes vocales après trachéotomie.

ENDOSCOPIE ◆ 3

- Fibroscopie et coloscopie sous sédation. Pneumopéritoine compressif dû à une rupture de la petite courbure gastrique. Le sociétaire a assuré l'AG de la reprise. Défaillance multiviscérale et décès.
- Pancréatite compliquant une biopsie. Evolution vers un faux kyste du pancréas. Le sociétaire a assuré seulement l'anesthésie de l'endoscopie. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Surveillance d'une perforation endoscopique duodénale. SDRA après inhalation bronchique. Décès en réanimation. Transfert considéré comme tardif.

LITHOTRITIE ◆ 1

- Lithotritie en ambulatoire décidée en urgence par le chirurgien, chez un patient sous anticoagulants. Visite et AG assurées par le sociétaire (endoprothèses urétérales posées un mois auparavant). Ré-hospitalisation brève pour hématome péri rénal et transfusion. Dix jours plus tard, hospitalisation pour aggravation de l'hématome justifiant une néphrectomie (et une splénectomie de nécessité) dans un autre centre.

DIVERS ◆ 5

- Oubli de garrot digital, découvert lors du pansement à J 1 à domicile.
- Oubli de matériel (extrémité d'une sonde de cathéter de pace maker enchâssée dans un sein).
- Brûlure (2) par inflammation d'un désinfectant alcoolique lors d'une césarienne et brûlures des cuisses et d'un flanc lors de l'explosion déclenchée par le bistouri électrique lors d'une chirurgie de la verge.
- Erreur de côté lors d'une arthroscopie thérapeutique.

Activité de réanimation

17

- Prise en charge au décours d'une chirurgie carcinologique œsophagienne dans un contexte de troubles hémodynamiques. Suites difficiles (infections) et reprise après bilans non concluants, avec découverte d'une fistule œsophagienne. Décès quelques jours plus tard.

- Prise en charge d'une insuffisance respiratoire aiguë. Bactériémie à staphylocoques epidermidis sur voie veineuse périphérique. Ré-hospitalisation quinze jours plus tard pour récurrence d'une décompensation respiratoire. Diagnostic d'endocardite sur insuffisance mitrale connue. Complications emboliques coronaires et cérébrales n'autorisant pas le remplacement valvulaire indiqué. Infections et tétra parésie de réanimation. Décès. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Prise en charge d'un choc hémorragique après chirurgie colique. Décès dans les suites immédiates de la ré-intervention en urgence.
- Prise en charge d'un choc hémorragique incoercible après biopsie hépatique d'un foie métastatique. Décès. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Prise en charge au décours d'une reprise de chirurgie bariatrique (By-pass) pour hémopéritoine. SDRA, insuffisance rénale aiguë, multiples complications. Décès après 45 jours de réanimation. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Prise en charge d'un accident de la voie publique (fractures, contusion pulmonaire) puis d'un arrêt cardiorespiratoire survenu quelques heures plus tard, immédiatement précédé d'une agitation avec chute du lit. Décès.
- Prise en charge d'une pancréatite après endoprothèse. Infarctus mésentérique. Décès.
- Prise en charge d'un bloc auriculo ventriculaire (sortie la veille après angioplastie coronaire) avec insuffisance rénale aiguë, pace maker et insuffisance cardiaque et multiviscérale. Etat antérieur majeur. Décès. Trois sociétaires cardiologues sont également mis en cause.
- Décompensation respiratoire aiguë (chez un insuffisant respiratoire). Echec de la réanimation et limitation des thérapeutiques actives, en accord avec la personne de confiance, mais reprochée par un membre de la famille. Décès.
- Responsabilité recherchée en tant que chef de pôle suite à une limitation des thérapeutiques actives décidée par un confrère, après l'échec de la prise en charge d'un état de choc septique et cardiogénique postopératoire. Décès.
- Prise en charge d'un choc septique sur calcul infecté. Drainage chirurgical initialement retardé par les conditions hémodynamiques. Long séjour en réanimation. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Prise en charge d'une détresse respiratoire chez une femme de 25 ans, apparue en SSPI, deux heures après la fin d'une résection de fibrome par hystérocopie thérapeutique au sérum physiologique, après un œdème pulmonaire peropératoire. Arrêt circulatoire, état végétatif chronique. Hypothèse de SDRA lésionnel post OAP hémodynamique par lavage du surfactant.
- Prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë par lyse tumorale sous chimiothérapie chez un insuffisant rénal. Poursuite de la dialyse, hématome du psoas sous anticoagulants. Parésie séquelaire. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Prise en charge de complications multiples, dont septiques, en postopératoire d'une reprise de colectomie pour péritonite. Grieffs vis-à-vis du chirurgien.

Divers

4

- Erreur dans le montage du circuit lors d'une CEC pour pontage coronaire. AVC par embolie gazeuse sur la ligne de purge aortique.
- Prise en charge en centre antidouleur : mésothérapie et massages sans geste déplacé, neurostimulation intrathécale en place. Plainte à connotation psychiatrique.
- Mise en cause par erreur (2).

BIOLOGIE MEDICALE

Les biologistes sociétaires de la MACSF n'ont adressé aucune déclaration en 2012.

CARDIOLOGIE

Les **3 585** sociétaires cardiologues de la MACSF ont adressé **86** déclarations (**79 en exercice libéral, 3 en exercice privé du secteur public et 4 en exercice salarié**), soit une sinistralité de **3,30 % en activité libérale (contre 3,5 % en 2011)** : **16 procédures civiles, 4 plaintes ordinaires, 34 réclamations et 32 saisines d'une CCI.**

Conduite diagnostique

9

- Consultation à deux reprises, à quatre ans d'intervalle, d'une femme de 39 ans, migraineuse, pour hypertension et céphalées. Apparition ultérieure progressive de troubles neurologiques et découverte, deux ans plus tard, d'un épéndymome cérébral. Neurochirurgie compliquée de troubles de la déglutition (trachéotomie, pneumopathies d'inhalation). Décès cinq ans après le geste.
- Retard diagnostique de dix mois d'un myélome stade 1. Hospitalisation d'un homme de 60 ans pour épanchements pleuraux dans un contexte d'insuffisance cardiaque sur TAC/FA et de syndrome inflammatoire. Pic monoclonal à l'électrophorèse des protéines. Résultat parvenu après la sortie, mais décrit comme normal dans le compte rendu, puis réadaptation fonctionnelle cardiaque. Décision de chimiothérapie trois mois après le diagnostic. Polyradiculopathie invalidante. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Retard diagnostique d'une péricardite constrictive. Consultations et hospitalisations itératives pendant quatre ans pour angioplasties, puis pour poussées d'insuffisance cardiaque et décompensation œdémato ascitique (cirrhose possiblement d'origine médicamenteuse, explorée en gastroentérologie). Diagnostic fortuit de péricar-

dite lors d'une IRM de stress. Péricardectomie sans séquelles. Trois sociétaires cardiologues sont mis en cause.

○ Retard diagnostique de quatre mois d'un diabète. Prescription d'un bilan, dont la glycémie lors de la première consultation pour hypertension sévère, non faite par le laboratoire. Suivi régulier. Diagnostic à l'occasion d'un syndrome polyuro polydipsique avec amaigrissement. Le patient accuse le traitement prescrit (bétabloquant et diurétique) d'être responsable de ce diabète décompensé.

○ Patient opéré d'une endoprothèse aortique, sous anticoagulants et antiagrégants. Antécédent de chirurgie rachidienne lombaire. Consultation pour cruralgie insomnante. Prothèse perméable. Avis rhumatologique et chirurgical obtenus rapidement. Une semaine plus tard, ischémie critique bilatérale des membres inférieurs. Angioplasties bilatérales puis amputation fémorale unilatérale. Décès ultérieur d'un cancer broncho pulmonaire, en cours d'exploration à la date des faits.

○ Retard diagnostique allégué d'une cardiopathie ischémique ayant nécessité une angioplastie coronaire, un an après un bilan pour palpitations (échographie et holter) chez un patient tabagique.

Prise en charge

50

EN CONSULTATION ● 32

Introgénie ● 15

○ Mise en cause dans le cadre de procédures concernant le Médiator® (14), les patients étant suivis pour la plupart pour une valvulopathie ancienne et certains pour une cardiopathie ischémique. Trois déclarations font suite à un décès, une à une chirurgie valvulaire.

○ Renouvellement d'un traitement par statine (prescrit récemment par un confrère) au décours de la réalisation d'une angioplastie (transaminases normales). Découverte d'une hépatite fulminante trois mois plus tard, attribuée au médicament. Transplantation hépatique. Il est reproché l'absence de surveillance biologique.

Autre ● 17

○ Suivi conjoint avec le service hospitalier d'un enfant de 5 ans, opéré d'un BAV congénital avec pace maker à la naissance. Constat d'une fracture de sonde atriale. Fibrillation ventriculaire et décès deux mois plus tard.

○ Transfert immédiat pour ECG objectivant un sous-décalage (douleur rétro sternale), six mois après une première consultation pour palpitations chez un homme de 44 ans. Coronarographie normale mais compliquée d'une dissection occlusive de la coronaire droite. Mise en place de quatre stents. Evolution favorable. Un retard à la prise en charge est invoqué.

○ Bilan préopératoire avant prothèse de hanche. Conseil de l'anticoagulation par Arixtra® (patient sous anti vitamine K pour antécédent de thrombose d'un pontage coronaire, insuffisance rénale modérée). Choix de la molécule et posologie entérinés par les anesthésistes en consultation et visite préanesthésiques. Choc hémorragique à J 2 (sous Xarelto®, nouvel anticoagulant oral, en postopératoire) sur hématome local. Décès en réanimation.

○ Demande d'un bilan en hospitalisation prévue cinq jours plus tard pour décompensations cardiaques itératives (nombreuses explora-

tions et antécédents). Décès avant celle-ci. Il est reproché l'absence d'hospitalisation en urgence.

○ Patient de 78 ans avec une cardiopathie ischémique sévère (pontage coronaire, angioplastie rénale...), pris en charge ponctuellement pour équilibration d'un traitement anticoagulant. Simplification du traitement prescrit par un confrère et remplacement de la cordarone par de la digoxine. Quinze jours plus tard, décompensation cardiaque et d'une insuffisance rénale préexistante, à l'occasion d'une infection. Hospitalisation. A cette occasion, découverte d'un surdosage digitalique transitoire sans lien avec le décès survenu quelques jours plus tard. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.

○ Modification du traitement antihypertenseur chez un patient de 94 ans. Prescription d'un bêtabloquant (associé à Flecaïne en cours, appel de la pharmacie pour confirmer le bien-fondé de cette association). Traitement "mal supporté" (pertes d'équilibre) et accusé d'être responsable d'une chute avec fracture de hanche (béta bloquant en fait supprimé dans l'intervalle par le généraliste, avec retour à la prescription antérieure).

○ Modification du traitement antihypertenseur chez une patiente de 78 ans, en maison de retraite (alternance d'hypo et d'hypertension, troubles du rythme auriculaire, antécédent d'AVC hémorragique). Bêtabloquant à la place d'un antihypertenseur central, accusé d'être à l'origine d'une hémorragie cérébrale survenue un mois plus tard. Equilibre tensionnel surveillé et satisfaisant.

○ Renouvellement d'un traitement anticoagulant (car thrombus veineux persistant et impotence dans un contexte d'obésité morbide, diabète, quintuple pontage), six mois après une phlébite (favorisée par un hématome fémoral compressif avec pseudo anévrysme du Scarpa dans les suites d'une artériographie des vaisseaux du cou) avec embolie pulmonaire. Hémorragie cérébrale deux mois plus tard. Association critiquée d'AVK et d'aspirine.

○ Prescription d'une épreuve d'effort (persantine) six mois après un pontage des membres inférieurs. Survenue d'une ischémie d'un membre par thrombose deux jours plus tard (intoxication tabagique non stoppée). Amputation.

○ Contestation de la prise en charge d'une péricardite du fait de sa prolongation (contexte de sarcoïdose). Pas de complication. Angoisse liée au risque de tamponnade et demande de mise en invalidité.

○ Contestation du bien-fondé du choix d'un remplacement valvulaire (versus plastie mitrale) décidé par le chirurgien consulté à l'initiative du cardiologue, et compliqué d'une hémiplégie. Dépendance.

○ Bilan cardiologique systématique d'un homme de 50 ans avant un séjour prolongé à l'étranger. Hypertension et tabagisme sévère. Echographie normale et épreuve d'effort négative. Décès d'un syndrome coronarien aigu trois mois plus tard.

○ Décollement cutané superficiel étendu et hémorragique lors du retrait, jugé brutal, d'un bas de contention chez une patiente de 79 ans.

○ Bilan et avis (prothèse aortique) au cours d'une préthrombose rétinienne ayant conduit à la perte de l'acuité visuelle. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.

○ Retard diagnostique de troubles coronariens lors d'un suivi prolongé pendant quinze ans. Décès d'un infarctus.

EN HOSPITALISATION ◆ 18

Complications de cardiologie interventionnelle ou de chirurgie cardiaque ◆ 10

- Prise en charge lors d'une ré-hospitalisation pour bactériémie sur hématome infecté au point de ponction d'une angioplastie (stent actif) par voie fémorale et fermeture cutanée (angioséal) par un confrère. Diagnostic de faux anévrisme et de phlébite. Amélioration lente sous traitement antibiotique et sortie. Ré-hospitalisation pour abcès inguinal et rupture anévrysmale conduisant, après échec de la chirurgie réparatrice, à une amputation (syndrome de loges sur embol septique poplité). Il est reproché la conduite thérapeutique (choix de l'antibiothérapie et absence de drainage).
- Participation à la prise en charge d'une septicémie sur perfusion posée lors d'une double angioplastie (diagnostic précoce de la complication, traitement adapté), puis au bilan cardiaque un an plus tard (coronarographie non compliquée). Mise en cause systématique. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Surveillance postopératoire d'une ablation par radiofréquence et autorisation de sortie malgré un petit hématome du scarp. Ré-hospitalisation le lendemain et transfusions.
- Prise en charge d'un AVC le lendemain d'une chirurgie conventionnelle de valves. Possible embol lors du clampage aortique. Séquelles majeures.
- Participation aux soins (choix collégial d'antibiothérapie : durée considérée comme trop courte) dans les suites d'un pontage coronaire et d'une angioplastie compliquée de médiastinite, reprise trois fois, chez un patient diabétique insuffisant respiratoire.
- Participation aux soins postopératoires et autorisation de sortie après hospitalisation prolongée pour pontages coronaires aux suites mouvementées. Ensuite, infection sternale superficielle par désunion nécessitant une sternotomie. Décès un mois plus tard, sans lien avec cette infection.
- Participation au bilan préopératoire, à la décision opératoire puis à la gestion des complications d'une chirurgie d'insuffisance mitrale vidéo-assistée, compliquée d'une tamponnade (antécédent de radiothérapie pour cancer du sein). Décès. Trois sociétaires cardiologues sont mis en cause.

Autre ◆ 8

- Participation à la prise en charge d'une bactériémie sur chambre implantable après chimiothérapie. Toxidermie et insuffisance rénale dues aux antibiotiques. Ablation de la chambre sous CEC (thrombus de l'oreillette). Evolution favorable.
- Prise en charge pour embolie pulmonaire bilatérale à J 3 d'une hystérectomie élargie pour néoplasie chez une femme de 78 ans, insuffisante rénale. Anticoagulation adaptée pendant trois jours. Syndrome hémorragique contemporain d'une insuffisance rénale aiguë. Transfert en réanimation et hospitalisation de six mois, émaillée de multiples complications. Décès. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Prise en charge en urgence d'un patient pour suspicion d'AVC. Bilan complet et diagnostic le lendemain d'un syndrome de Wallenberg. Détresse respiratoire et coma. Décès. Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.
- Prise en charge de la décompensation cardiaque sur cardiopathie hypertrophique en AC/FA chez une femme de 88 ans, associée à une hyponatrémie et à un déséquilibre du traitement anticoagulant. Elévation progressive de la polynucléose et décès d'un possible

choc septique. Il est reproché par sa fille une attitude indigne et l'absence d'humanité lors de la visite du matin (demande de sortie de la chambre).

- Conseil d'un bilan biologique avant visite demandée sans urgence par l'anesthésiste, lors d'une hospitalisation pour un homme de 81 ans, opéré d'une laryngectomie totale. Rappel le lendemain pour tachycardie et décompensation cardiaque prise en charge par l'anesthésiste. Décès brutal avant son arrivée.
- Bris dentaire lors d'une intubation pour arrêt cardiaque.
- Oubli, sans conséquence, de la prescription d'un traitement antiplaquettaire pendant un séjour en rééducation après pontage coronaire.

Geste technique

26

ANGIOPLASTIE CORONAIRE ◆ 10

- Angioplastie (stent nu) par voie radiale pour sténose serrée de la circonflexe (avis collégial). Perforation de la circonflexe colmatée par un stent. Evolution favorable sans nécrose, mais troubles du rythme séquellaires.
- Angioplastie (stent nu) par voie fémorale pour sténose de la circonflexe (avis collégial). Fermeture artérielle percutanée (Starclose). Choc hémorragique sur hématome au point de ponction, favorisé par les anticoagulants. Transfert en réanimation dans un autre établissement, après deux heures de surveillance et transfusions. Chirurgie d'un hématome retro péritonéal (lésion sur la fémorale commune). Le patient, de profession médicale, dénonce la pose de Starclose et l'absence de moyens humains et techniques sur place pour gérer la complication.
- Angioplastie coronaire IVA lors d'une coronarographie en urgence (lésions tri tronculaires) après découverte fortuite d'une ischémie silencieuse au Holter, puis angioplastie de la coronaire droite. Tamponnade drainée par le chirurgien puis deux mois plus tard, syndrome coronarien nécessitant un pontage aux suites difficiles. Insuffisance cardiaque séquellaire.
- Angioplastie coronaire droite par voie fémorale (stent actif) lors d'une coronarographie en urgence. Diagnostic immédiat d'un accident vasculaire sylvien. Persistance de l'hémiplégie malgré une thrombolyse dans les délais.
- Angioplastie (stent) (cardiopathie ischémique sous antiagrégants). Symptomatologie atypique au décours immédiat du geste. Diagnostic le lendemain d'un accident vasculaire cérébelleux et occipital dû à la migration d'embols à partir d'une plaque aortique. Découverte de lésions vasculaires cérébrales anciennes au scanner précoce, et récurrence ultérieure d'un AVC majorant les séquelles déjà importantes.
- Angioplastie de la circonflexe. Accident vasculaire secondaire (aphasie).
- Angioplastie IVP (stent actif) par voie radiale sans complication chez un homme de 82 ans. Confusion régressive à J 1. Sortie puis ré-hospitalisation le lendemain pour décompensation d'une insuffisance rénale préexistante et bloc auriculo ventriculaire nécessitant la pose d'un pace maker. Détresse respiratoire en réanimation et tableau septique (ventilation assistée). Décès de cause exacte non précisée. Il est notamment reproché la sortie initiale précoce. Quatre sociétaires cardiologues et un réanimateur sont mis en cause.

CORONAROGRAPHIE ● 4

○ Coronarographie avec ventriculographie pour préciser l'indication chirurgicale éventuelle d'un rétrécissement aortique chez une femme de 77 ans, aux antécédents d'accident vasculaire vertébral et de malaises. Perforation instrumentale myopéricardique. Drainage percutané puis chirurgical. Décès.

○ Coronarographie du fait de la positivité électrique d'une épreuve d'effort (hypertension). Résultat normal. Accident vasculaire cérébral diagnostiqué après la sortie à J 2, ayant débuté a posteriori plus de quatre heures après l'examen (examen du médecin de garde non contributif). Séquelles importantes.

○ Coronarographie par voie radiale chez un patient sous antiagrégants. Thrombose artérielle radiale diagnostiquée quinze jours plus tard par l'angiologue (oubli d'injection d'héparine). Persistance de douleurs neuropathiques du membre supérieur avec troubles de la sensibilité.

○ Coronarographie par voie radiale sans difficulté, pour syncope d'un homme de 47 ans, diabétique et en surpoids, avec modification électrique et test d'effort négatif. Résultat normal. Compression nerveuse tronculaire au coude diagnostiquée après la sortie. Préjudice professionnel invoqué.

PACE MAKER ● 6

○ Pose d'une sonde d'entraînement avec ponction artérielle fémorale accidentelle pour BAV syncopal chez un homme de 83 ans. Hématome du scarpa et faux anévrisme. Compression échoguidée. Déglobulisation (transfusion) puis pose d'un pace maker. Constat après la sortie d'une paralysie crurale invalidante, en cours de rééducation.

○ Pose d'un pace maker pour BAV symptomatique. Radiographie de contrôle normale. Pneumothorax diagnostiqué quatre jours plus tard. Drainage sans complication.

○ Survenue en SSPI, après biopsie prostatique, de deux malaises puis d'une syncope précédée d'une bradycardie extrême (arrêt cardiaque, bris dentaires). Enregistrements du scope de mauvaise qualité. Pose d'un pace maker après deux jours de stimulation pour bloc auriculoventriculaire. Il est reproché le défaut d'information et les frais excessifs générés par cette hospitalisation dans cet établissement privé. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.

○ Pose justifiée d'un pace maker chez une femme de 47 ans. Survenue d'une capsulite rétractile homolatérale avec cessation des activités professionnelles. Patient vivant dans l'angoisse de la nécessité d'une ré-intervention pour ablation du boîtier.

○ Choix critiqué d'un pace maker monochambre, suivi d'une chirurgie de valve conventionnelle six ans plus tard, du fait d'une insuffisance cardiaque sans lien avec ce choix de mode de stimulation. Une erreur technique a semble-t-il été évoquée par un confrère.

ABLATION POUR TROUBLE DU RYTHME ● 4

○ Ablation par radiofréquence pour troubles du rythme type Bouveret (traitements successifs mal tolérés) chez une femme de 37 ans. BAV complet immédiat, temporaire puis partiel, peu symptomatique en dehors d'une dyspnée d'effort.

○ Ablation par radiofréquence pour fibrillation auriculaire. Paralysie phrénique nécessitant une assistance respiratoire nocturne et récurrence de la FA.

○ Ablation par radiofréquence pour flutter sans réalisation de l'échographie trans œsophagienne, pourtant prescrite par un confrère. Sortie jugée prématurée, car AVC le lendemain (reprise récente

des AVK). Prise en charge dans un hôpital général éloigné lors d'un déplacement qui aurait été "autorisé". Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.

POSE DE HOLTER ● 2

○ Pose d'un holter "reveal" de monitoring du rythme cardiaque au décours d'une exploration du faisceau de His. Brûlure cutanée par l'inflammation de la Bétadine® alcoolique sur la peau désinfectée lors de l'utilisation du bistouri électrique. Soins locaux.

○ Pose d'un holter "reveal" lors d'une exploration du faisceau de His. Inflammation sans réelle infection, nécessitant par prudence son retrait.

Divers

1

○ Plainte d'un directeur médical d'établissement pour absence de prescription d'anticoagulants (sans conséquence apparente) à la sortie d'un patient.

CHIRURGIE

Les 2 411 chirurgiens sociétaires de la MACSF ont adressé 253 déclarations (210 en exercice libéral, 34 en activité privée du secteur public et 9 en exercice salarié), soit une sinistralité de 38,7 % en exercice libéral exclusif et de 8,5 % pour l'exercice en secteur privé hospitalier : 4 plaintes pénales, 59 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 70 réclamations et 114 saisines d'une CCI.

CHIRURGIE GENERALE ET VISCERALE

49

Prise en charge

2

○ Lymphangiome kystique chez un nourrisson, traité par ponction et injection de colle. Récidive et chirurgie proposée à un mois. Décès à domicile avant la chirurgie, une dizaine de jours plus tard. Compression trachéale possible.

○ Prise en charge pour morsures multiples par des chiens errants. Choc septique à J 4. Décès.

Chirurgie gastrique et bariatrique

6

- Diverticule épiphrénique œsophagien. Brèche pleurale peropératoire. Changement de drain à J 3 par un remplaçant, puis transfert le lendemain et ré-intervention par thoracotomie pour fistule. Prothèse œsophagienne. Deux sociétaires chirurgiens sont mis en cause.
- Gastrectomie pour cancer, décidée en RCP, impossible à ventre ouvert du fait de varices œsophagiennes majeures et d'une extension thoracique. Endoprothèse œsophagienne secondaire et aggravation de l'insuffisance hépatocellulaire préexistante, à la faveur d'une iatrogénicité de la nutrition parentérale. Deux sociétaires anesthésistes sont également mis en cause.
- Dérivation digestive (By-pass) chez une patiente opérée d'un anneau puis de Sleeve gastrectomie, compliquée de fistule digestive à l'origine de cinq ré-interventions et d'une splénectomie.
- Sleeve gastrectomie compliquée de fistule œsophagienne traitée par laparotomie et prothèse œsophagienne.
- Sleeve gastrectomie compliquée de péritonite généralisée avec choc septique, diagnostiquée cinq jours après le retour à domicile (sortie à J 5 demandée avec insistance) et opérée par une autre équipe. Toilette avec jéjunostomie. Suites compliquées en réanimation (dialyse, trachéotomie, neuropathie de réanimation). Il est reproché le retard diagnostique de la complication et un défaut d'information.

Chirurgie intestinale

9

- Colectomie totale par laparotomie (caecum pré perforatif) d'une tumeur colique. Retard diagnostique du syndrome occlusif à deux reprises par les urgentistes. Décès.
- Colectomie sous coelioscopie avec iléostomie de protection pour tumeur rectale après irradiation et chimiothérapie préalables. Nécrose du moignon rectal et fistule persistante après reprises, justifiant l'amputation du canal anal restant. Soins prolongés.
- Colectomie par laparotomie pour tumeur bénigne du caecum. Occlusion précoce du grêle sur bride. Décès au décours de quatre mois de réanimation.
- Résection antérieure avec anastomose protégée et appendicectomie après radiothérapie d'une tumeur du rectum. Syndrome de glissement et complications cardiopulmonaires. Décès.
- Résection rectocolique par laparotomie pour polype du rectum difficile à localiser. Fuite anastomotique constatée en fin d'intervention. Iléostomie latérale et drainage sans suture. Suites en réanimation marquées par un syndrome septique. Laparotomie blanche à J 7. Persistance d'un tableau de défaillance multiviscérale en rapport avec la fistule. Reprises et décès.
- Prise en charge d'une péritonite par perforation du grêle à J 4 d'une néphrectomie sous coelioscopie par un confrère. Iléostomie. Occlusion dans les suites, justifiant une résection courte du grêle. Suites simples.
- Péritonite stercorale dans les suites d'une sigmoïdectomie coelioscopique.
- Iléostomie définitive pour sténose digestive anorectale d'une

patient opérée d'une anastomose iléo-rectale (maladie de Crohn). Abcès sur le moignon rectal. Mise à plat et guérison.

- Appendicectomie par coelioscopie chez une adolescente, sortie au deuxième jour. Péritonite au troisième jour par plaie du grêle méconnue, justifiant une résection par laparotomie. Guérison.

Chirurgie de paroi

15

HERNIE INGUINALE ◆ 6

- Cure de hernie coelioscopique avec plaque. Viscérolyse difficile et choc hémorragique nécessitant une laparotomie d'hémostase (hémorragie diffuse sur l'épiploon). Evolution favorable.
- Cure de hernie coelioscopique avec plaque. Hématome pré péritonéal drainé. Guérison.
- Cure de hernie coelioscopique avec plaque. Péritonite par perforation du grêle, réopérée à la 48^{ème} heure. Résection-suture du grêle. Evolution favorable.
- Cure de hernie coelioscopique, puis cure de hernie ombilicale quelques jours plus tard. A un mois, évacuation d'un sérome par ponction sur la cicatrice inguinale. Cinq mois plus tard, bactériémie avec épiderme dorsale à staphylocoques opérée en urgence, après quelques jours d'observation au CHU, devant le constat d'une paraplégie (non régressive).
- Cure de hernie avec plaque sous locale. Récidives traitée par plugs. Douleurs résiduelles invalidantes.
- Cure de hernie pariétale de la fosse iliaque droite avec plaque par laparotomie, laissant en place la tumeur bénigne (lipome), motif de consultation. Névrome cicatriciel.

HERNIE OMBILICALE ◆ 3

- Hernie ombilicale en reprenant une cicatrice de césarienne. Choc peropératoire suspecté, d'origine allergique (allergie connue au latex), puis hémorragie identifiée comme venant de la mésentérique supérieure, justifiant une hémostase prudente. Transfert au CHU et ré-intervention en urgence pour plaie aortique avec prothèse et colectomie. Arrêt cardiaque le lendemain et ré-intervention pour résection d'une nécrose recto sigmoïdienne. Syndrome des loges des deux membres inférieurs. Décès.
- Hernie ombilicale avec plaque compliquée d'infection. Ablation de la plaque.
- Hernie ombilicale traitée par raphie simple. Infection.

CURE D'ÉVENTRATION ◆ 4

- Cure d'éventration avec plaque. Récidive, ré-intervention précoce avec une autre plaque. Infection traitée par mise à plat simple.
- Cure d'éventration sans plaque et dermoliplectomie. Suppuration nécessitant plusieurs drainages-lavages et excisions.
- Cure d'éventration avec plaque, sous coelioscopie. Péritonite par perforation colique justifiant toilette et colostomie à J 9, dans un autre établissement, suivie d'hémo-péritoine le lendemain par plaie hépatique, nécessitant une hémostase chirurgicale.
- Cure d'éventration avec plaque et agrafes. Douleurs neurologiques étiquetées d'origine psychologique, jusqu'à l'ablation tardive d'une agrafe par un autre opérateur.

DIVERS ● 2

○ Abdominoplastie. Hématome et surinfection. Reprise chirurgicale à J 14.

○ Dermolipectomie chez une patiente opérée d'une gastroplastie par anneau. Hématome sous la cicatrice nécessitant un drainage.

Pancréas

1

○ Prise en charge, pour avis, au décours d'une pancréatite aiguë succédant à une biopsie de la papille puis spléno pancréatectomie pour kyste du pancréas. Evolution favorable. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.

Ponction biopsie

1

○ Ponction biopsie hépatique. Décès (peu de renseignements, le dossier ayant été saisi).

Vésicule

5

○ Cholécystectomie sous coelioscopie avec radiographie peropératoire. Ictère postopératoire par clippage du cholédoque, justifiant une dérivation bilio digestive par anse en Y.

○ Cholécystectomie sous coelioscopie convertie, en raison d'une plaie du cholédoque réparée. Fistule imposant une prothèse biliaire. Ré-intervention par une autre équipe pour nécrose du cholédoque, nécessitant une anastomose bilio digestive dans la convergence. Suites relativement simples.

○ Cholécystectomie sous coelioscopie. Plaie du cholédoque diagnostiquée en postopératoire, nécessitant des drainages endoscopiques multiples avant rétablissement de la continuité bilio digestive au CHU.

○ Cholécystectomie sous coelioscopie convertie. Plaie de l'artère hépatique identifiée et réparée en sous-costale. Sténose du canal hépatique, d'évolution favorable.

○ Cholécystectomie sous coelioscopie et ablation de calculs cholédociens par coelioscopie. Suture d'une plaie du canal hépatique. Sortie précoce avec drain. Retour du patient une semaine plus tard, amélioré par clampage du drain. Le lendemain, état de choc pris en charge en réanimation quelques heures, sur avis de l'urgentiste, avant appel du chirurgien. Hémopéritoine et plaie désunie du canal biliaire. Décès. Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.

Chirurgie gynécologique

7

○ Prolapsus vésical et rectal chez une obèse, opérée par coelioscopie par deux chirurgiens. Perforation intestinale instrumentale

dépistée le lendemain. Suture du grêle et toilette péritonéale. Suites simples.

○ Cure d'incontinence urinaire avec interposition de bandelette TVT. Instabilité vésicale persistante, non améliorée par son ablation par une autre équipe.

○ Découverte après la sortie d'un fragment de drain après exérèse d'un adénofibrome et drain Monovac®.

○ Conisation du col sans complication. Aménorrhée secondaire rattachée à l'intervention.

○ Tumeur dermoïde de l'ovaire découverte lors d'un bilan d'infertilité secondaire et opérée sous coelioscopie. Stérilité persistante. Conduite thérapeutique jugée défailante.

○ Compresse oubliée lors d'une hystérectomie.

○ Aiguille dans l'arrière cavité des épiploons, découverte et retirée 31 ans après une ligature des trompes par mini laparotomie.

Divers

3

○ Cure de phimosis par posthextomie chez un enfant de 9 ans. Coudure de la verge, qualifiée de congénitale, justifiant une cavernoplastie par deux opérateurs successifs, sans succès. Problèmes sexuels et psychologiques majeurs à l'âge adulte.

○ Chirurgie de testicules ectopiques chez un enfant de 5 ans. Brûlure par bistouri électrique. Parage de plaie au niveau de la crête iliaque.

○ Neurolyse pour névrome inguinal récidivant. Douleurs résiduelles.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET NEUROCHIRURGIE

159

Diagnostic et prise en charge

10

○ Méconnaissance initiale de fractures dorsales étagées lors de la prise en charge d'une fracture claviculaire après accident de quad. Rectification et arthrodèse un mois plus tard, en l'absence de troubles neurologiques.

○ Méconnaissance d'une fracture du scaphoïde lors de la prise en charge d'un polytraumatisme (plâtre pour fracture métacarpienne et ostéosynthèse du tibia). Diagnostic un mois plus tard à l'initiative du généraliste. Résine puis greffon, car pseudarthrose secondaire.

○ Découverte d'une fracture fermée de l'astragale (ou ostéochondrite pré existante) à l'ablation d'un plâtre pour traumatisme de la cheville. Ostéosynthèse par un autre opérateur. Algodystrophie au décours.

○ Méconnaissance d'une fracture plurifragmentaire distale du radius sur les radiographies, d'interprétation difficile, faites aux

urgences cinq semaines auparavant, après traumatisme du poignet. La victime ne s'est pas présentée au rendez-vous fixé à J 3. Une semaine plus tard, diagnostic sur scanner à l'initiative du généraliste et ostéosynthèse par un confrère, avec bon résultat.

○ Proposition d'une méniscectomie arthroscopique sans urgence, dans un contexte de conflit avec les organismes sociaux (prise en charge en accident de travail). Décision contestée par le patient. Intervention ultérieure par un confrère.

○ Attentisme chirurgical pendant six mois, face à un traumatisme du pied avec fracture du cunéiforme. Intervention par un autre opérateur, du fait de la persistance des douleurs.

○ Diagnostic et prise en charge d'une fracture polaire supérieure du scaphoïde datant de six semaines. Patient immobilisé un mois pour entorse par un urgentiste, négligeant son rendez-vous en orthopédie à J 15. Reprise de l'immobilisation pendant deux mois. Pseudarthrose. Ostéosynthèse avec greffe envisagée.

○ Prise en charge à deux semaines d'une entorse de cheville avec arrachement scaphoïde, traitée par un urgentiste. Décision d'abstention chirurgicale, confirmée un mois plus tard au vu du résultat d'une IRM (petite fracture du scaphoïde tarsien, algodystrophie possible) demandée par le généraliste. Intervention ultérieure par un autre opérateur.

○ Surveillance d'un hématome de jambe non compressif. Amélioration locale mais survenue d'un état septique évalué et traité avant transfert en réanimation au CHU. Drainage d'un abcès fusant dans la cuisse. Guérison.

○ Consultation de contrôle après chirurgie de la coiffe, suivie d'une algodystrophie.

Chirurgie du membre supérieur

26

EPAULE ● 6

○ Chirurgie arthroscopique de la coiffe des rotateurs (3) avec acromioplastie (dans 2 cas), algodystrophie, capsulite invalidante et rebelle aux traitements.

○ Chirurgie de la coiffe des rotateurs arthrotomique avec ancrés. Infection traitée par antibiothérapie et drainage. Persistance imposant une réparation itérative avec synovectomie et un retrait du matériel par une autre équipe.

○ Chirurgie de la coiffe des rotateurs. Infection, drainage et antibiothérapie. Persistance de douleurs et gêne fonctionnelle.

○ Butée de l'épaule. Ré-intervention par un confrère un an plus tard pour lésion du sus épineux et butée un peu saillante.

COUDE ● 1

○ Arthroscopie thérapeutique pour arthropathie huméro radiale post traumatique avec synovectomie du compartiment radial. Section du nerf confirmée lors de la ré-intervention pour paralysie radiale.

POIGNET ● 1

○ Chirurgie d'un kyste synovial. Infection à staphylocoque méti-S quatre mois plus tard.

CANAL CARPIEN ● 5

○ Absence d'amélioration (2) avec mise en cause du bien-fondé de l'intervention.

○ Absence d'amélioration et chronicisation des douleurs (contexte de maladie professionnelle) chez une femme de 45 ans.

○ Absence d'amélioration et impotence fonctionnelle majeure avec raideur du poignet dans un riche contexte fonctionnel. Plainte huit ans après les faits.

○ Résultat défavorable du fait d'une ankylose trapézo métacarpienne ancienne gênant l'opposition (antécédent de plaie du poignet) chez une patiente dépressive de 48 ans. Rééducation, mise en invalidité.

MAIN ● 4

○ Chirurgie d'une maladie de Dupuytren chez un patient ne respectant pas les consignes de kinésithérapie postopératoire. Arrêt du suivi, reprise évolutive de la maladie.

○ Ligamentoplastie en urgence pour rupture spontanée de l'extenseur du pouce au décours de l'ostéosynthèse d'une fracture du poignet. Plaie du médian. Réparation nerveuse envisagée tardivement. Préjudice professionnel.

○ Cure d'un pouce à ressaut (et d'un canal carpien) chez une femme de 46 ans. Ankylose en crochet irréductible, algodystrophie. Il est invoqué un préjudice professionnel. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.

○ Cure de doigts à ressaut. Section malencontreuse de la poulie du fléchisseur de l'annulaire, réparée en peropératoire. Raideur et impotence relative.

FRACTURE DU MEMBRE SUPÉRIEUR ● 9

○ Ostéosynthèse d'une fracture de l'épaule déplacée multi fragmentaire. Réduction imparfaite et déplacement secondaire du trochiter. Prothèse par un confrère six mois plus tard.

○ Réduction orthopédique d'une luxation de l'épaule avec fracture de la tubérosité. Décision de reprise par voie sanglante pour non-réduction de la fracture. Récidive de la luxation pendant l'installation. Lors de la tentative de réduction, difficile, de la luxation au doigt, constat d'une section de l'artère humérale (par écarteur ?) réparée par pontage par un chirurgien vasculaire venu en renfort. Plaie nerveuse associée nécessitant ultérieurement une greffe. Séquelles neurologiques.

○ Réduction par voie sanglante et ostéosynthèse d'une fracture cubitale avec luxation complexe du coude. Reprise à J 3 pour luxation itérative lors de la mobilisation du redon. Immobilisation par résine. Persistance d'une gêne fonctionnelle avec raideur. Prise en charge au bout de quatre mois par un confrère, évoquant une luxation de la tête radiale, semble-t-il non confirmée.

○ Réduction orthopédique d'une fracture du col radial avec luxation. Raideur.

○ Intervention chez un enfant, cinq mois après une luxation radiale du coude méconnue sur des radiographies insuffisantes faites initialement aux urgences, puis par un confrère pendant l'immobilisation de la fracture cubitale associée. Persistance d'une luxation antérieure résiduelle, puis réduction complémentaire compliquée d'infection.

○ Ostéosynthèse d'une fracture spiroïde du bras. Au réveil, craquement et mise en évidence d'une nouvelle fracture sus-jacente. Nouvelle ostéosynthèse compliquée de parésie radiale. Transfert tendineux par un autre opérateur.

- Réduction par voie sanglante et ostéosynthèse d'une luxation d'un doigt. Récidive et reprise suivie de raideur.
- Réinsertion du tendon extenseur chez un adolescent pour Mallet Finger du majeur négligé depuis un mois. Suivi pendant quatre mois. Arthrodèse envisagée par un confrère. Il est reproché l'absence de prescription de rééducation.
- Chirurgie à six semaines d'un traumatisme d'un poignet immobilisé par attelle par un médecin généraliste, chez une femme de 20 ans en accident de travail. Diagnostic, après scanner, d'une rupture du ligament scapholunaire sans diastasis ni bascule. Algodystrophie et syndrome de conversion.

Chirurgie du membre inférieur

78

HANCHE ● 23

Prothèse ● 21

- Complications hémorragiques (2) : dans un cas, plaie des vaisseaux iliaques lors d'une chirurgie de hanche remaniée par ostéomyélite ancienne (embolisation immédiate puis reprise pour ligatures artérielles et prothèse veineuse ; mauvais résultat orthopédique et vasculaire) et dans l'autre cas, plaie vasculaire veineuse iliaque révélée par un hématome pelvien et rétropéritonéal en postopératoire chez une femme de 89 ans (décès à J 2 ; reproches concernant la gestion de la complication et la sous-évaluation de la gravité, avec une décision de transfert tardive pour embolisation).
- Durcissement trop rapide du ciment et fausse route en tentant l'extraction avec fracture diaphysaire. Mise en traction avant reprise par un autre opérateur pour arthroplastie avec greffe osseuse.
- Douleur brutale un mois après une PTH. Imagerie en faveur d'un conflit psoas cupule (débord de quelques mm). Attentisme du chirurgien. Reprise effectuée par un autre opérateur six mois plus tard, avec un bon résultat.
- Reprise chirurgicale après descellement aseptique d'une PTH posée pour fracture de la cotyle et nécrose céphalique. Critiques sur le choix d'avoir laissé en place la prothèse fémorale. Ré-intervention par un autre opérateur, compliquée de descellement de l'insert cotyloïdien.
- Inégalité des membres (5) : allongement (de l'ordre de 25 mm sur une hanche dysplasique multi opérée) ou raccourcissement (de l'ordre de 30 mm après chirurgie d'une ostéonécrose sur dysplasie chez une patiente de 36 ans, au minimum de 20 mm ou inférieure à 20 mm dans deux cas).
- Paralysie sciatique (4) persistante partiellement régressive, dont un cas vraisemblablement d'origine positionnelle.
- Infection liée aux soins (4) dont : une infection confirmée après une longue évolution de cicatrice inflammatoire abcédée en sous-cutané chez un patient obèse et diabétique (qui reproche également le retard diagnostique) ; une infection tardive à propioni bactérium après PTH compliquée de traumatismes sportifs (hématomes, bursite surinfectée...) justifiant un changement de prothèse, refusée par le patient pendant de nombreuses années ; escarre à trois mois puis sacro iléite sur escarre infecté.

- Bris de la prothèse en céramique, un an après sa mise en place. Reprise du même type de matériel, avec sept épisodes de luxation et un nouveau changement de prothèse.
- Mauvais résultat d'une PTH pour fracture du col compliquée d'algodystrophie et de douleurs du membre inférieur, dans un contexte de canal lombaire rétréci.
- PTH pour ostéolyse du toit du cotyle (analyse histologique en faveur d'une origine radique après radiothérapie pour cancer anal). Suites marquées par d'intenses douleurs locales sans explication.

Divers ● 2

- Butée sur dysplasie compliquée d'une atteinte sensitivo motrice du crural.
- Fracture du fémur survenue chez une patiente en cours de rééducation de PTH lors d'un geste excessif par une aide-soignante. Ostéosynthèse avec changement de la tige fémorale. Suites favorables.

GENOU ● 28

Prothèse ● 18

- Lésion vasculaire poplitée peropératoire, réparée par suture puis sympathectomie quelques mois plus tard.
- Thrombose artérielle poplitée (patient artéritique et stent coronaire). Thrombectomie à J 2 avec succès. Il est reproché le retard diagnostique et la paralysie sciatique associée.
- Sous-dimensionnement de l'implant posé lors d'une reprise pour descellement d'une prothèse unicompartmentale posée par un confrère.
- Difficultés techniques et défaut d'encliquetage du plateau tibial. Douleurs dans un contexte ayant fait évoquer une polyneuropathie. Proposition de reclipser l'implant dix-huit mois plus tard.
- Prothèse compliquée de descellement. Changement prothétique.
- Hémarthroses récidivantes et postéro stabilisation défectueuse. Changement de matériel à un an.
- Prise en charge conforme d'une infection associée aux soins (IAS) compliquant une reprise de prothèse.
- Prise en charge reprochée dans ses modalités (antibiothérapie, pas d'avis infectiologue et prise en charge chirurgicale insuffisante) après la survenue d'une IAS lors d'une reprise pour descellement prothétique. Multiples interventions.
- Infection après désunion cutanée et hématome incisé en rééducation, justifiant un lambeau, une greffe de peau puis une réduction d'une luxation de la prothèse.
- Infection nécessitant la dépose de la prothèse, puis la remise en place du matériel chez une patiente de 69 ans, obèse et diabétique. Long séjour en rééducation. Séquelles douloureuses et impotence fonctionnelle.
- Infections successives justifiant deux déposes avec spacer et deux réimplantations, puis infection à propioni éradiquée par une antibiothérapie simple.
- IAS et problème neurologique régressif en quelques jours, lors d'une reprise pour descellement prothétique. Arthrodèse.
- Infection compliquant une reprise pour descellement chez un sujet obèse, dont la première prothèse avait été compliquée d'algodystrophie. Guérison mais amputation ultérieure par un autre opérateur (motif inconnu).
- Nécrose cutanée justifiant excisions et soins prolongés jusqu'à guérison chez une patiente de 74 ans ayant une obésité morbide.

Pas d'infection de la prothèse. Il est reproché la prise en charge des pansements par les infirmières à domicile.

○ Arthroplastie longuement réfléchie, uni puis bilatérale, avec un résultat médiocre et dans un contexte de séquelles d'une sciatique paralysante opérée dans l'intervalle. Allégation d'une infection pour expliquer tous ces maux.

○ Algodystrophie.

○ Douleurs sans étiologie retrouvée.

○ Insatisfaction du résultat malgré deux arthrolyses à ciel ouvert.

Autre chirurgie du genou ● 9

○ Méniscectomie arthroscopique. Douleurs, gêne fonctionnelle.

○ Méniscectomie et ligamentoplastie pour entorse du LCA, compliquée d'algodystrophie.

○ Arthroscopie diagnostique pour douleurs articulaires et suspicion, non confirmée, d'infection sur prothèse (prélèvements, anatomopathologie). Infection quinze jours plus tard, justifiant un lavage puis la dépose et repose de la prothèse.

○ Arthroscopie diagnostique chez un patient porteur d'une prothèse bilatérale. Erreur de côté.

○ Ostéotomie de varisation. Infection à bas bruit. Retrait du matériel.

○ Ostéotomie tibiale sur genou multi opéré, avec antécédent d'algodystrophie et prise d'opiacés au long cours. Hématome postopératoire justifiant une reprise. Prise en charge de la douleur critiquée. Rechute d'algodystrophie.

○ Ostéotomie transposition compliquée d'infection. Reprise à deux mois. Antibiothérapie et greffe cutanée. Résultat non satisfaisant.

○ Ostéosynthèse et greffe pour pseudarthrose congénitale du péroné. Paralysie du SPE et pseudarthrose.

○ Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur chez une patiente de 40 ans. Paralysie immédiate du SPE en postopératoire. Evolution lentement favorable et arrêt de travail prolongé. Persistance de douleurs et d'une instabilité.

Divers ● 1

○ Exploration/réparation d'une plaie du genou par verre après prise en charge par un confrère. Oubli d'un fragment de verre, individualisé secondairement.

CHEVILLE ● 4

○ Ligamentoplastie pour laxité chronique post traumatique chez un homme de 56 ans. Reprise et neurolyse (nerf saphène englobé dans la fibrose). Préjudice professionnel invoqué. Insatisfaction du résultat.

○ Résection d'une synostose du tarse (antécédent de traumatisme qualifié d'entorse cinq mois auparavant) après traitement médical et long délai de réflexion chez une femme de 37 ans. Aggravation des douleurs sur possible algodystrophie. Contexte d'accident de travail.

○ Arthrodèse avec greffon iliaque pour descellement prothétique chez une femme de 22 ans (polyarthrite). Retard de prise de greffe, chirurgie envisagée par un confrère.

○ Changement de prothèse pour descellement (arthrodèse refusée par le patient). Infection à pyocyanique à un mois, après échec de l'antibiothérapie prolongée. Dépose de la prothèse et arthrodèse envisagée.

PIED ● 18

Hallux ● 7

○ Fracture fermée après ostéotomie de Scarf à distance de l'intervention, avec bon résultat initial. Refus de la ré-intervention.

○ Réapparition de douleurs après consolidation parfaite. Diagnostic par un confrère d'une vis mal positionnée. Ré-intervention à distance. Il est reproché l'attentisme du chirurgien.

○ Infection trois mois après l'ablation des vis. Ostéite et ré-intervention par un confrère.

○ Infection après ré-intervention d'un hallux valgus chez une femme de 35 ans. Evolution favorable sous antibiothérapie, mais arrêt de travail prolongé un an.

○ Erreur de côté du traitement d'une pathologie unguéale lors de l'ablation bilatérale d'agrafes. Rectification peropératoire.

○ Echec ou mauvais résultat (2), avec dans un cas une reprise par arthrodèse par un confrère un an plus tard.

Divers ● 11

○ Chirurgie de pieds creux (maladie de Charcot-Marie). Transplantation tendineuse. Pied mieux équilibré mais plus douloureux.

○ Ostéotomie de valgisation sur pied creux opéré dans l'enfance. Résultat non satisfaisant, justifiant une arthrodèse de l'articulation de Chopart.

○ Chirurgie pour troubles statiques des pieds avec bon résultat initial. Réclamation dix-huit ans après les faits.

○ Ostéotomie de valgisation du calcaneum après deuxième traumatisme sur fracture avec cal vicieux. Complications neurologiques dans le territoire du tibial postérieur, en lien probable avec une ténosynovite préalable.

○ Consultation à six mois d'un traumatisme de l'arrière-pied avec entorse, dans un contexte d'algodystrophie. Orthèse, bilan et finalement arthrodèse de l'arrière-pied pour pied plat valgus associé à une rupture ancienne du jambier postérieur. Non-observance de l'absence d'appui, dûment signalée dans un courrier au généraliste. Absence de consolidation.

○ Reprise chirurgicale d'orteils en griffe. Algodystrophie.

○ Chirurgie d'une griffe d'orteils. Infection après l'ablation des broches, douleurs et pseudarthrose.

○ Cure d'orteils en griffe avec celle de l'hallux chez un patient opéré d'anévrisme aortique. Nécrose surinfectée et gangrène des deux orteils. Amputation trans métatarsienne des deux rayons.

○ Ostéotomie pour douleurs et orteils en griffe. Hématome puis nécrose secondairement infectée, gêne et douleurs.

○ Arthrodèse métatarso phalangienne du premier rayon. Douleurs postopératoires par défaut de fusion, à l'origine de deux ré-interventions.

○ Peignage d'un tendon d'Achille après long traitement médical chez une femme de 47 ans avec obésité morbide. Désunion justifiant une reprise et suture d'une rupture tendineuse partielle. Phlébite tardive malgré la prophylaxie.

FRACTURE MEMBRE INFÉRIEUR ● 5

○ Ostéosynthèse d'une fracture fermée du genou, sans suture de l'aileron rotulien rompu. Subluxation de rotule se majorant sous rééducation poursuivie plusieurs mois. Ré-intervention par un autre opérateur six mois plus tard.

○ Réduction et immobilisation d'une fracture bi malléolaire avec subluxation tibiotarsienne. Patient non revu au contrôle. Cal vicieux.

Arthrodèse par un confrère devant un résultat qualifié de catastrophique.

○ Ostéosynthèse d'une fracture fermée bi malléolaire. Nécrose cutanée à l'ablation du plâtre. Surinfection justifiant une excision et l'ablation du matériel.

○ Ostéosynthèse d'une fracture du col fémoral. Pseudarthrose par nécrose de la tête diagnostiquée à quatre mois. Prothèse six mois plus tard par un autre opérateur. Il est reproché un retard diagnostique.

○ Ablation de vis posées pour ostéosynthèse d'une fracture du calcaneum. Retard de cicatrisation prolongé quinze mois, avant diagnostic par un confrère d'une ostéite. Ré-intervention.

Neurochirurgie

34

CERVEAU ● 2

○ Exérèse d'une malformation artério veineuse cérébrale chez une femme de 56 ans. Ramollissement cérébral postopératoire immédiat, épilepsie. Décès en réanimation, de complications infectieuses.

○ Dérèglement d'une valve programmable de dérivation du LCR après IRM du genou prescrite par un généraliste. Nouvelle dérivation finalement nécessaire.

RACHIS ● 32

Prise en charge ● 1

○ Consultation aux urgences d'une patiente de 35 ans, un samedi, pour sciatique peu déficitaire. Antécédent, trois ans auparavant, de chirurgie discale pour hernie migrée. Volumineuse hernie. Intervention décidée à 48 heures. Troubles urinaires et aggravation du déficit dans l'intervalle. Chirurgie en urgence par un confrère. Persistance de douleurs neuropathiques, et neuro stimulation nécessaire.

Rachis cervical ● 1

○ Chirurgie disco vertébrale avec interposition de cage chez une patiente de 73 ans. Plaie accidentelle de l'artère vertébrale. Hémostase par tamponnement, collapsus. Réanimation rapide. Etat neurologique normal au réveil. AVC quelques heures plus tard lors de la repermeabilisation artérielle spontanée. Embol consécutif à la thrombose, hémiplégie.

Rachis dorsal ● 1

○ Fracture fermée instable T3-T5 dorsale opérée le jour d'un accident de la voie publique chez un homme de 22 ans. Contusion pulmonaire associée sans lésion viscérale. Ostéosynthèse. Hémorragie peropératoire et arrêt cardiaque lors du retournement. Transfusion retardée faute de réserve de sang et du délai d'acheminement. Transfert en réanimation et décès à J 2, d'une défaillance multiviscérale.

Rachis lombaire - arthrodèse ● 10

○ Arthrodèse lombaire statique et dynamique sur rachis ayant subi une laminectomie antérieure, chez une patiente de 67 ans. Malposition d'une vis au niveau du corps de L5. Compression radiculaire et reprise du montage. Suites défavorables.

○ Arthrodèse lombaire par cage inter somatique et lamino arthrectomie pour lombalgies et sciatologie résistantes au traitement médi-

cal depuis deux ans. Evolution favorable, mais persistance de lombalgies invalidantes alors que l'arthrodèse est consolidée. Evocation d'une vis trop longue sans lien avec les douleurs. Etat dépressif.

○ Arthrodèse rachidienne dynamique. Ré-intervention à 48 heures pour sciatologie L5 déficitaire. Possible mauvais positionnement d'une vis. Lombalgie persistante.

○ Arthrodèse rachidienne lombaire un an après une cure de hernie discale par un confrère, alors que le patient était suivi en centre anti douleur avec électro stimulation et morphinique, en arrêt de travail. Invocation d'une tige trop longue, finalement retirée par un autre opérateur. Poursuite des douleurs et invalidité.

○ Arthrodèse lombaire par cage intersomatique avec amélioration des douleurs chez un patient, pilote, ayant déjà subi deux interventions rachidiennes par un confrère. Suintement de la cicatrice amenant à découvrir un fragment de drain et de Surgicel®. Douleurs séquellaires alléguées.

○ Arthrodèse dynamique compliquée d'une infection à staphylocoque méti-S superficielle, résolutive après parage et antibiothérapie. Evolution favorable.

○ Laminectomie pour lombosciatalgie chronique déficitaire sur canal lombaire étroit chez une femme de 75 ans. Traitement antibiotique oral pendant un mois pour infection superficielle à staphylocoque méti-S. Aggravation un mois plus tard et excision-drainage d'une infection profonde à SARM. Evolution favorable. Paresthésies bilatérales des pieds et syndrome dépressif.

○ Arthrodèse. Démontage itératif. Intervention par un autre chirurgien. Infection transitoire, séquelles douloureuses.

○ Arthrodèse L3-L4-L5 et décompression chez une patiente, opérée à deux reprises par des confrères. Amélioration transitoire et nouvelle arthrodèse L2/sacrum. Ablation du matériel finalement décidée par un confrère, après longue réflexion et insistance de la patiente, et de certains praticiens évoquant une infection profonde dont la preuve n'a jamais été rapportée. Auto-entretien de lésions cutanées au niveau de la cicatrice.

○ Arthrodèse rachidienne lombaire. Patiente toujours en arrêt de travail, cinq ans après.

Rachis lombaire - Chirurgie de hernie discale ● 17

○ Hématome postopératoire opéré à J 3, un lundi, après un retard de diagnostic de la complication. Absence de consigne postopératoire. Pose de sonde urinaire le dimanche par l'infirmière sans prévenir le chirurgien. Syndrome de la queue de cheval persistant.

○ Hématome sur saignement veineux épidural, à J 4 d'une chirurgie discale chez un patient sous anticoagulants à dose efficace (antécédent de chirurgie valvulaire). Accident vasculaire embolique à J 1 de la reprise. Hémiparésie séquellaire.

○ Cruralgie controlatérale immédiate, non déficitaire, après une cure de hernie discale sur canal lombaire étroit. Curetage et laminectomie L4-L5.

○ Cruralgie controlatérale à trois semaines par hernie migrée après cure de hernie discale, chez un travailleur manuel de 46 ans.

○ Blessure radiculaire et brèche durale après discectomie endoscopique pour cruralgie rebelle. Persistance de troubles sensitifs et parésie postopératoire.

○ Cure de hernie discale pour sciatologie récidivée hyperalgique, rebelle aux infiltrations, sur hernie migrée confirmée chez un patient épileptique, aux antécédents d'AVC et de chirurgie disco vertébrale itérative sans interposition de matériel. Reprise chirurgi-

cale trois mois plus tard pour fragment discal résiduel ou nouveau fragment migré. Proposition de reprise non acceptée par le patient, qui consulte un confrère.

○ Ablation d'une cale inter épineuse et d'un fragment libre de L4, six mois après une chirurgie discale avec cale, effectuée par un confrère après bilan soigneux qui avait proposé une arthrodèse en postopératoire. Evolution défavorable après amélioration transitoire.

○ Cure de hernie discale pour cruralgie paralysante avec hernie migrée. Hospitalisation pour écoulement clair sur cicatrice avec céphalées et rachialgies. Récidive, après la sortie, d'un tableau d'infection sévère avec défaillance cardiaque et rénale. Suspicion d'endocardite sur septicémie à entérocoque puis spondylodiscite. Evolution lentement favorable.

○ Cure de hernie discale compliquée, sept mois plus tard, d'une infection à propioni bacterium confirmée par ponction discale. Spondylodiscite lombaire.

○ Cure de hernie discale lombaire, compliquée six mois plus tard d'une spondylodiscite à propioni bacterium acnes. Arthrodèse envisagée après la reprise de travail.

○ Cure de hernie discale compliquée d'une spondylodiscite à staphylocoque méti-S et à propioni, diagnostiquée deux mois après l'intervention. Prise en charge exemplaire, préjudice mineur.

○ Chirurgie discale compliquée, quinze jours plus tard, d'une infection à staphylocoque résistant avec hémoculture positive, traitée immédiatement et correctement. Infection par voie hématogène d'une PTH.

○ Lamino arthrectomie et discectomie L4-L5 (conflit disco radiculaire arthrosique, canal rétréci, listhésis). Sciatique controlatérale en relation avec l'état antérieur. Décision de reprise par un confrère en staff, non acceptée par le patient.

○ Discectomie pour hernie migrée L5-S1. Douleurs rachidiennes et sciatalgie résiduelle non organique ni infectieuse, après amélioration transitoire. Dépression réactionnelle.

○ Intervention en urgence pour sciatique hyperalgique, probablement déficitaire, chez une patiente de 27 ans ayant subi une infiltration extra foraminale L4 responsable d'une exacerbation importante des douleurs. Discordance entre la symptomatologie et les données de l'examen clinique lors de l'expertise. Troubles de marche sans déficit ni amyotrophie.

○ Cure de hernie discale pour sciatique hyperalgique et paralysante. Persistance de lombalgies chroniques.

○ Chirurgie disco vertébrale après échec de l'infiltration. Persistance des douleurs et d'un discret déficit radiculaire distal. Suivi psychiatrique et en centre anti douleur. Licenciement. L'intervention avait été difficile du fait d'adhérences et de l'importance de la souffrance radiculaire.

Divers ● 2

○ Thermo coagulation en T12-L1, suivie d'une douleur très aiguë avec mono parésie du membre inférieur après une arthrodèse postérieure en L2-L3 réalisée après avis collégial pour lombalgies invalidantes avec impotence fonctionnelle, chez une patiente en fauteuil roulant ayant un antécédent de thermo coagulation L4-L5 et L5-S1 par un confrère, deux ans plus tôt. Pas d'étiologie à la complication.

○ Injection discale de DiscoGel® et thermo coagulation chez un patient aux antécédents de discectomie L4-L5 (arrêt de travail pour fracture apophyse L2-L3) et de rhizolyse pour sciatique L5 gauche. Injection compliquée d'une petite fuite de produit en foraminaux sur le scanner de contrôle. Persistance de la cruralgie.

Complications médicales

4

○ Hémorragie digestive et récurrence de syndrome coronarien chez un patient ayant déjà subi une angioplastie avec stents et porteur d'une gastrite, au décours d'une prothèse de genou.

○ Hémothorax et septicémie constatés au décours d'une arthrodèse rachidienne dans un contexte d'accident de la voie publique.

○ Suture d'un tendon quadricipital. Décès huit jours plus tard d'embolie pulmonaire. Il est reproché l'absence de traitement anticoagulant.

○ Décès d'une patiente obèse de 38 ans d'une embolie pulmonaire à J 7, malgré la réanimation en urgence, après une ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial datant d'une semaine. Prescription de prophylaxie anti thrombotique dont l'administration n'est pas tracée.

Complications anesthésiques

4

○ Bloc axillaire pour exérèse d'une tumeur nerveuse de la main. Complications neurologiques dans le territoire du médian.

○ Bloc axillaire pour tumeur cutanée du bras, complété d'une sédation par l'IADE chez un homme de 65 ans aux antécédents de syndrome d'apnée du sommeil et de cancer du larynx. Arrêt cardiaque en fin d'intervention, de courte durée. Réanimation immédiate et transfert en réanimation. Décès. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.

○ Bloc crural pour chirurgie de rotule, compliqué de parésie crurale.

○ Bloc poplité analgésique pendant deux jours après AG pour chirurgie d'un hallux valgus complexe. Paralysie du SPE et SPI. Régression lente et partielle.

Divers

3

○ Refus de se déplacer, malgré les sollicitations de l'urgentiste, auprès d'une patiente agricultrice venue pour exploration d'une plaie avec fracture du majeur. Conseil de suture. Evolution défavorable.

○ Prescription par un neurochirurgien d'un antiparkinsonien chez un homme de 28 ans. Adénome à prolactine, troubles obsessionnels compulsifs avec addiction au jeu.

○ Expertise. Contestation par le patient de la conclusion d'imputabilité partielle des séquelles en lien avec un accident du travail, un état antérieur étant retenu.

CHIRURGIE

CARDIOVASCULAIRE ET

THORACIQUE

19

Prise en charge

2

- Absence d'information au généraliste et à la patiente sur la découverte fortuite sur le scanner (avant chirurgie carotidienne) d'une opacité pulmonaire suspecte. Décès en rapport avec l'évolution tumorale.
- Angiographie en vue d'une chirurgie pour artériopathie des membres inférieurs, différée en raison d'une hyperglycémie chez un diabétique instable. Insulinothérapie itérative selon données du lecteur de glycémie. Coma hypoglycémique. Evolution rapidement défavorable en réanimation. Décès.

Chirurgie thoracique

3

- Segmentectomie pour abcès pulmonaire. Suites longues (désunion, ostéite puis fistule pleuropulmonaire) dont il est reproché la prise en charge. Résection costale étendue réalisée au CHU.
- Pneumonectomie avec curage. Relais par un remplaçant dans les suites. Hémothorax à J 4, révélé par arrêt cardiovasculaire. Décès.
- Résection, après réflexion, d'arcs costaux pour douleurs insupportables après anciennes fractures costales. Echec.

Chirurgie aortique et valvulaire

3

- Bioprothèse valvulaire. Tamponnade drainée à J 1, puis SDRA et hémorragie digestive sous anticoagulants. Embolisation. Défaillance multiviscérale et décès.
- Chirurgie d'un anévrisme aortique et de thromboses artérielles fémorales et poplitées. Suppuration chronique sur la cicatrice de laparotomie. Mise en évidence à un an d'un fil non résorbable potentiellement responsable, retiré finalement par un autre opérateur deux ans plus tard. Guérison.
- Pontage coronaire. Hémothorax postopératoire évacué rapidement. Brûlure cervicale (antiseptique alcoolisé). Médiastinite quinze jours après la sortie. Reprise chirurgicale et réanimation.

Chirurgie carotidienne

3

- Endartériectomie compliquée d'hémiplégie et de cécité unilatérale, chez un patient hospitalisé suite à une amaurose transitoire.
- Endartériectomie compliquée d'une hémorragie au réveil par lâchage de suture. Accident vasculaire sur bas débit et thrombose carotidienne. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Endartériectomie compliquée d'une hémorragie à J 4 sur lâchage de suture. Reprise dans l'heure. Décès en réanimation.

Chirurgie des membres

5

- Angioplastie pour ischémie aiguë d'un membre. Récidive et amputation. Nombreuses complications (multi pathologies).
- Angioplastie et stent de l'iliaque commune. Suites simples mais apparition de douleurs neuropathiques justifiant un pontage ilio fémoral, sans succès, par un confrère.
- Erreur de saphène, opérée dans un deuxième temps.
- Stripping et phlébectomie compliquées, en postopératoire immédiat, d'un AVC hémorragique. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Phlébectomies étagées sans difficulté ni hématome postopératoire. Apparition d'une atteinte tri tronculaire du nerf crural, non régressive à un an.

Divers

3

- Mise en évidence fortuite, trois ans après la pose d'un port-à-cath pour chimiothérapie, d'une migration du cathéter dans le ventricule droit. Tentative d'extraction infructueuse lors de l'ablation du boîtier. Suites simples, mais le patient met en relation ses ennuis cardiaques ultérieurs avec le fragment migré.
- Sclérose par injection d'alcool d'angiomes traumatiques du membre supérieur chez un enfant. Complications inconnues.
- Panne du respirateur chez une patiente curarisée en début d'intervention. Incision douloureusement ressentie, stress post traumatique.

CHIRURGIE UROLOGIQUE

26

Prise en charge

5

- Lithotritie avec ponction rénale pour fragmenter le calcul chez un homme de 85 ans. Emphysème sous-cutané et hémorragie trachéale postopératoire, associés à une anémie postopératoire

(transfusions, banal hématome péri rénal). Transfert à la 48^{ème} heure et diagnostic de plaie trachéale très bas située. Décès dans un contexte de défaillance multiviscérale.

- Prise en charge d'une pyélonéphrite chez une patiente opérée par un confrère, un mois auparavant, d'une cure de cystocèle (bandelette TOT) compliquée de plaie vésicale réparée en peropérateur. Diagnostic d'une dilatation des cavités avec œdème du méat urétral, puis proposition de levée d'obstacle (calcul). Patiente perdue de vue. Réimplantation urétérale décidée au CHU.
- Consultation pour induration testiculaire chez un homme de 45 ans. Prescription d'une échographie et rendez-vous fixé une semaine plus tard. Orchidectomie en urgence par un confrère quatre jours plus tard (abcès testiculaire à l'échographie).
- Attitude attentiste devant une élévation des PSA sur adénome prostatique et conseil d'un suivi régulier (effectué ?). Prostatectomie radicale et radiothérapie pour cancer deux ans plus tard.
- Prescription de quinolones compliquée de tendinopathie d'Achille.

Complications chirurgicales

17

CHIRURGIE RÉNO URÉTERALE ● 5

- Néphrectomie élargie à la surrénale par laparotomie (rein polykystique). Anurie postopératoire à J 1 après diurèse immédiate postopératoire. Transfert en réanimation dans un tableau de défaillance multiviscérale et décès malgré la dialyse.
- Néphrectomie par laparotomie pour cancer de découverte fortuite lors d'un bilan de pancréatite chronique. Hématome de la loge rénale. Il est reproché le retard à la ré-intervention, décidée à J 15 après surveillance. Suites favorables.
- Néphrectomie élargie par laparotomie pour cancer de découverte fortuite chez un homme de 36 ans. Hématome justifiant une ré-intervention après surveillance, puis fistule digestive nécessitant reprise et colostomie. Eventration.
- Lithotritie pour lithiase résiduelle après fragmentation sous urétéroscopie. Hématome périrénal évacué par un confrère à deux reprises. Atrophie rénale à distance.
- Urétéroscopie pour lithiase et sonde JJ chez une femme de 33 ans. Sténose urétérale secondaire, à l'origine d'infections urinaires à répétition. Suivi par un confrère (réimplantation puis greffon iléal et enfin néphrectomie).

CHIRURGIE PROSTATIQUE ET VÉSICALE ● 6

- Prostatectomie coelioscopique avec curage après hormonothérapie. Fistule recto urétrale drainée, puis protégée par colostomie. Amélioration lente. Prise en charge chirurgicale confiée à un confrère.
- Prostatectomie coelioscopique compliquée tardivement de fistule. Fermeture et colostomie avec un chirurgien viscéral, puis multiples ré-interventions par celui-ci, avant intervention salvatrice au CHU.
- Prostatectomie sous laparotomie par un confrère, venu en renfort en peropérateur et pour le suivi d'une sténose urinaire justifiant une dilatation. Uréthrotomie endoscopique révélant alors une incontinence.
- Biopsie prostatique compliquée de prostatite, nécessitant une hospitalisation. Suites simples. Urines stériles avant le geste sous antibioprophyllaxie.

- Hospitalisation le lendemain d'une biopsie prostatique pour un choc septique à Klebsielle. Geste sous antibioprophyllaxie.
- Résection trans vésicale de polypes chez un patient de 85 ans aux lourds antécédents cardiovasculaires, sous antiagrégants. Ré-hospitalisation à J 5 pour hématurie (transfusion). Transfert trois jours plus tard en réanimation au CHU, du fait d'une dégradation progressive de son état. Intervention en urgence d'une rupture sous-péritonéale vésicale. Décès un mois plus tard.

CHIRURGIE DE PROLAPSUS ● 3

- Par promontofixation coelioscopique pour rectocèle. Suites marquées par une occlusion sur bride puis une rétention aiguë d'urines avec résidu persistant, nécessitant des auto sondages et une neuromodulation.
- Chirurgie de prolapsus par promontofixation coelioscopique et interposition de matériel (bandelette TVT). Hydronéphrose par fil de péritonisation justifiant une réimplantation urétéro vésicale.
- Prolapsus vésical et rectal. Interposition de matériel TVT. Récidive traitée par section de la bandelette, qualifiée de trop serrée, par un autre opérateur.

AUTRES ● 3

- Plastie clitoridienne et vulvaire après mutilation ancestrale chez une patiente de 36 ans, multipare. Symphise pubienne non infectieuse.
- Chirurgie de varicocèle récidivée chez un homme de 27 ans. Paralyse crurale postopératoire lentement régressive.
- Orchidectomie élargie pour tumeur maligne. Découverte d'une compresse six mois plus tard, justifiant une ré-intervention.

Divers

4

- Biopsie prostatique compliquée, en postopératoire immédiat, de troubles du rythme auriculo ventriculaire. Chute avec traumatisme dentaire lors d'un arrêt cardiaque, implantation d'un pace maker. Deux sociétaires cardiologues sont également mis en cause.
- Résection trans urétrale du col vésical et méatostomie auxquelles le patient, prenant un lourd traitement psychiatrique, attribue une impuissance.
- Posthémectomie chez un enfant de 4 ans à la demande de la mère, sans recueil de l'avis du père, qui s'y était fermement opposé.
- Hernie inguinale. Erreur de côté.

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

Les **203** chirurgiens plasticiens sociétaires de la MACSF ont adressé **51** déclarations (47 libéraux et 4 en activité privée du secteur public) (34 déclarations en 2011) : 1 plainte pénale, 16 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 25 réclamations et 8 saisines d'une CCI.

Chirurgie mammaire

37

PROTHÈSES PIP ● 16

- Changement de prothèses (par l'opérateur ou un confrère) pour rupture (non confirmée dans un cas) uni ou bilatérale (7) : résultats esthétiques moins bons (4), douleurs persistantes et siliconome, intervention reportée du fait de la découverte d'une maladie hématologique.
- Changement de prothèses à la demande des patientes (6) avec un résultat satisfaisant dans l'ensemble (une patiente se plaint d'un défaut d'information, courrier d'alerte en fait non parvenu du fait d'un changement d'adresse) ; dans un cas, la patiente a été expliquée par un confrère après avoir reçu un courrier d'alerte standard alors que ses prothèses avaient en fait déjà été remplacées par un modèle différent lors d'une reprise.
- Patientes dont on ignore le devenir (3) : patiente réopérée avant l'alerte pour tumeur bénigne du sein avec bon résultat esthétique ; pose de prothèse suivie d'infection, changement de prothèse, patiente non revue ; pose itérative de prothèses PIP compliquées de coques, dépose sans remplacement.

AUTRE CHIRURGIE MAMMAIRE ● 21

Infection ● 4

- Infection alléguée, non confirmée, et prothèses jugées trop grosses.
- Nécrose cutanée sans précision.
- Nécrose d'un mamelon, excision, greffe.
- Après reconstruction mammaire avec pose d'implant extenseur en deux temps, infection justifiant l'explantation prothétique par un confrère.

Mauvais résultat ● 15

- Plastie sans pose d'implant.
- Plastie avec pose d'implant (4), dont 2 par voie rétro pectorale.
- Réduction mammaire et lipoaspiration à l'âge de 27 ans, compliquées de phlébite bilatérale. Tumorectomie pour tumeur bénigne deux ans plus tard, avec reprise de lipoaspiration. Découverte, jugée

tardive et sans conséquence, d'une thrombophilie en postopératoire. La patiente se plaint de cicatrices inesthétiques, de douleurs mammaires et de ne pas avoir pu ultérieurement allaiter ses enfants.

- Plastie de réduction et lipoaspiration de bourrelets dorsaux chez une femme de 33 ans. Problème cicatriciel, insatisfaction.
- Plastie de réduction sans prothèses. Cicatrices chéloïdes, information donnée. Contexte relationnel dégradé.
- Prothèses mammaires chez une femme de 29 ans, un an après un amaigrissement de 30 kg et une abdominoplastie sans problème. Contexte relationnel difficile. Subluxation d'une prothèse évoquée, mastopexie et changement d'implant.
- Mauvais résultat après ré-intervention pour ptôse et asymétrie des seins sur des anciennes prothèses.
- Mauvais résultat après plastie avec implant retro pectoral. Chéloïde et placard cicatriciel. Interventions itératives avec plastie de glissement. Mauvais résultat et douleurs nécessitant une ablation des implants par un confrère.
- Mauvais résultat de la ré-intervention, après un long délai de réflexion, pour micro perforation post traumatique d'une prothèse chez une femme de 23 ans. Nécessité d'une incision "en ancre marine" dont la patiente est informée.
- Mauvais résultat de prothèses par voie axillaire pour ptôse sans mammoplastie.
- Plastie avec prothèses asymétriques pour hypotrophie mammaire (associée à l'abrasion d'une "bosse" modérée du dorsum nasal).
- Mauvais résultat allégué d'une mammoplastie de réduction et d'une lipoaspiration jugée incomplète, avec déformation de l'ombilic, chez une femme ayant des antécédents de mammoplastie et de dermolipéctomie.

Posture ● 1

- Parésie transitoire d'un membre supérieur chez une femme de 31 ans. Position demi-assise bien surveillée en pré et peropératoire.

Autre ● 1

- Survenue d'une hernie pariétale au siège du prélèvement du grand dorsal pour reconstruction mammaire.

Abdominoplastie

5

- Patient de 38 ans opéré dans le même temps par un chirurgien viscéral d'une ablation d'un anneau gastrique puis, par un chirurgien esthétique, d'une dermolipéctomie précédée d'une lipoaspiration abdominale. Ré-hospitalisation à J 4, choc septique à J 5. Chirurgie en urgence d'une perforation du grêle puis pour infarctus mésentérique. Décès dans les suites immédiates.
- Nécrose cutanée superficielle nécessitant des soins prolongés et une ré-intervention chez une femme de 38 ans multipare, césarisée à trois reprises, en surcharge pondérale, avec un tabagisme actif.
- Hématome survenu après la sortie, après une cure de hernie ombilicale sans plaque et favorisé par le traitement anticoagulant (prescrit à l'initiative d'un interne chez une patiente porteuse d'une maladie de Willebrand). Ré-hospitalisation et cicatrisation dirigée.
- Réalisation d'une dermolipéctomie non souhaitée et compliquée d'une fistulisation avec récurrence du diastasis chez un homme de 45 ans, diabétique. Mauvais résultat de la lipoaspiration avec lifting

des cuisses réalisé dans le même temps, à sa demande, après un amaigrissement important.

○ Dermolipectomie antérieure et lipoaspiration (par orifices sus-pubiens et ombilical) compliquées de nécrose graisseuse nécessitant des excisions.

Autres chirurgies

6

○ Chirurgie pour maladie de Dupuytren (2) : dans un cas, nécrose cutanée de la greffe (récidive de la maladie de Dupuytren), nécessité d'amputation de l'auriculaire, retentissement professionnel chez un homme de 55 ans ; dans l'autre cas, ré-interventions multiples par des confrères du fait de l'échec du traitement de la maladie chez un patient de 55 ans (déjà opéré huit ans auparavant) n'ayant pas respecté les consignes de rééducation postopératoire.

○ Rhinoplastie de la pointe du nez. Résultat qualifié de catastrophique par la patiente. Reprise par un confrère.

○ Lifting cervico-facial chez une femme de 57 ans. Parésie faciale régressive et insatisfaction du résultat esthétique.

○ Exérèse d'un lipome volumineux de l'avant-bras chez une femme de 38 ans. Infection avec excision d'un abcès.

○ Lipoaspiration (abdominale, cuisses, genoux) chez une femme de 40 ans. Mauvais résultat à distance et retouches itératives par un confrère.

Médecine esthétique

3

○ Lipoplastie de la verge : injection d'acide hyaluronique après refus du lipofilling proposé. Mauvais résultat.

○ Laser épilatoire pratiqué par une infirmière salariée. Brûlures.

○ Injection de produit de comblement dans les sillons nasogéniens. Apparition à distance de granulomes inflammatoires. Echec des tentatives thérapeutiques par des confrères.

DERMATOLOGIE

Les 2291 dermatologues sociétaires de la MACSF ont adressé 80 déclarations (toutes en exercice libéral), soit une sinistralité de 3,9 % (contre 3,2 % en 2011) : 1 plainte pénale, 5 procédures civiles, 7 plaintes ordinaires, 64 réclamations et 3 saisines d'une CCI.

Diagnostic

5

○ Diagnostic de kyste sébacé de l'aile du nez. Cryothérapie sans

biopsie réalisée deux ans plus tard, révélant un carcinome baso cellulaire.

○ Plaque d'eczéma du bras avec, au centre, une lésion indurée ancienne et post vaccinale selon le patient. Traitement local bref et conseil de re-consulter. Modification de la lésion motivant une consultation cinq mois plus tard chez un confrère. Mélanome achromique rapidement confirmé.

○ Signalement, en fin de consultation pour un autre motif, d'une petite lésion papulonodulaire de la cheville d'allure banale (antécédent d'histiofibromes). Traitement local pour un mois. Mention sur le dossier d'une biopsie envisagée si besoin. Patient revu cinq mois plus tard. Tumeur maligne à cellules de Merkel avec atteinte ganglionnaire. Récidive.

○ Diagnostic de verrue vulgaire de l'index et cryothérapie immédiate. Appel téléphonique deux mois plus tard, informant de l'hospitalisation pour arthrite de l'inter phalangienne distale. Intervention révélant un kyste synovial. Arthrodèse. Séquelles fonctionnelles.

○ Eruption vésiculeuse se révélant, une semaine plus tard, être un zona. Cicatrices inesthétiques. Il est reproché un traitement initial inadapté.

Prise en charge

11

○ Demande d'avis par le médecin traitant pour ulcérations de la langue et du gland, étant précisé dans un courrier une sérologie non concluante pour la syphilis (patient à risque). Biopsie évoquant la syphilis mais refus téléphonique du patient de re-consulter. Scotome six mois plus tard, lié à une syphilis secondaire. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.

○ Après la surveillance trimestrielle d'un mélanome de l'épaule pendant cinq ans (radiographie pulmonaire et échographie abdominale), décision d'espacer la surveillance, qui devient semestrielle. Métastases cérébrales révélées par des crises d'épilepsie partielle cinq mois plus tard. Décès rapide.

○ Avis ponctuel pour extravasation d'une perfusion à l'origine d'une hypodermite du bras. Suivi par l'équipe hospitalière de néphrologie (mise en route d'une dialyse). Evolution lente, mais favorable, après lambeau de recouvrement.

○ Prise en charge, conjointement avec un généraliste, d'un érysipèle de jambe chez une patiente allergique à la pénicilline. Traitements antibiotiques brefs et successifs. Arthrite de cheville et amputation. Il est reproché une prise en charge inadaptée. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.

○ Demande au chirurgien, qui devait intervenir pour une récidive de cancer du sein, de pratiquer l'exérèse d'une lésion du décolleté suspectée de cancer basocellulaire. Exérèse large et cicatrice disgracieuse. Kératose à l'histologie. Il est reproché l'absence de biopsie préalable.

○ Biopsie d'un nodule ombilical par un urologue (résection conjointe d'un adénome prostatique) en faveur d'un carcinome peu différencié. Résultat transmis au généraliste et au chirurgien et classé dans le dossier. Six mois plus tard, consultation de contrôle et hospitalisation devant une ascite. Décès rapide d'un mésothéliome péritonéal.

○ Proposition, refusée, de biopsie d'une lésion cutanée narinaire évoluant depuis un an après l'échec d'un court traitement local.

Confrère consulté six semaines plus tard. Carcinome baso cellulaire infiltrant imposant plusieurs interventions.

- Traitement corticoïde injectable (triamcinolone) pour plaques infiltrées d'eczéma de jambe. Antibiothérapie prescrite par le généraliste environ une semaine plus tard. Révélation, un mois après, d'un abcès sous-cutané attribué par le chirurgien à l'infiltration, ce qui est contesté, l'abcès ne siégeant pas dans la zone d'injection.
- Suivi critiqué d'une mélanose de Dubreuil de la joue. Cryothérapie à plusieurs reprises, encadrée par des biopsies et des exérèses. Rançon cicatricielle.
- Apparition reprochée de plaques pigmentées après application de Dermatix® sur des chéloïdes.
- Professionnel du bâtiment reprochant la prescription, à titre amical, d'un collyre antibiotique pour conjonctivite. Aucun soulagement. Contexte de blépharospasme ancien. Une procédure pour mauvaise exécution de travaux est également en cours, à l'initiative du médecin...

Acte esthétique / thérapeutique

58

BIOPSIE / EXÉRÈSE ◆ 5

- Biopsie au bloc, sous anesthésie locale, d'une lésion de la joue. Hémorragie en jet à J 5 (patient sous anticoagulants, INR ?). Echec d'une électrocoagulation par un confrère et suture chirurgicale.
- Biopsie sous anesthésie locale d'une lésion thoracique. La patiente invoque un geste inutile et une allergie à la xylocaïne.
- Exérèse difficile au cabinet, sous anesthésie locale, de kystes vulvaires. Hémorragie sur le trajet du retour. Appel du Samu. Intervention en urgence.
- Exérèse d'un nævus à la demande d'un confrère, suite à une modification d'une lésion (biopsie antérieurement refusée). Mélanome confirmé et pris en charge en milieu spécialisé. Récidive et métastases à un an. Le patient pense que la biopsie est à l'origine de l'évolution défavorable.
- Incision pour rapprochement des berges sur zone d'alopecie occipitale secondaire à une électrocoagulation ancienne par un confrère. Douleurs et hématome évacué. Cicatrice inesthétique.

CRYOTHÉRAPIE ◆ 4

- Pour lentigo temporo malaire. Cicatrice déprimée et hypochromique.
- Pour lentigo solaire traité en automne. Pigmentation séquellaire.
- Pour kératose plane de jambe. Allégation d'une inflammation importante, qualifiée de brûlure, nécessitant de multiples consultations. Evolution vers une lésion creusante.
- Pour verrue pubienne, en deux séances. Cicatrice chéloïde.

INJECTION DE COMPLEMENT ◆ 8

Rides ◆ 5

- Injection d'acide hyaluronique. Apparition de granulomes, atténués mais persistant après traitement corticoïde.
- Injection d'acide hyaluronique. Réaction inflammatoire traitée par le généraliste (antibiotiques et corticoïdes). Ecoulement purulent, puis collection suppurée.

- Injection d'acide hyaluronique. Réaction inflammatoire régressive, mais allégation, trois ans plus tard, d'un préjudice professionnel à l'origine d'un changement de poste dans l'entreprise.
- Mécontentement (2).

Affaissement des joues ◆ 1

- Injection de Radiesse. Nodules cutanés.

Cernes péri orbitaires ◆ 1

- Injection de Novabel® chez une patiente prise en charge à de nombreuses reprises pour actes esthétiques du visage. Granulomes en fait dus à l'injection ancienne de Dermalive® par un confrère. Blépharoplastie.

Injection pour alopecie du sourcil ◆ 1

- Injection avec un corticoïde retard. Réaction inflammatoire et atrophie.

LASER DE DÉTATOUAGE ◆ 3

- Résultat insuffisant.
- Chéloïdes (tatouages juxtaposés).
- Virage au brun (en dehors de la zone de test).

LASER POUR RIDES DES PAUPIÈRES INFÉRIEURES ◆ 1

- Brûlure.

LASER ÉPILATOIRE ◆ 16

Quel que soit le type de laser, les accidents survenus sont des brûlures parfois immédiates et des cicatrices inesthétiques, parfois précédées de douleurs lors des séances. Ils ont pu être favorisés par une exposition au soleil (séances en été dans deux cas). On remarque que le laser avait été révisé le matin-même ou changé dans deux cas ; une fois, la séance s'est terminée avec la fibre optique de petit diamètre, l'autre étant tombée en panne. Dans deux cas, l'apparition de phlyctènes coïncide avec une augmentation de la puissance ou, dans trois cas, avec la modification du type de laser utilisé, étant donné l'échec de séances précédentes.

Il a pu être reproché la réalisation de la séance par une "assistante", ou encore l'effacement partiel d'un tatouage.

Les réclamations sont souvent très précoces, avant consolidation des lésions.

LASER ◆ 17

Pour acné ◆ 5

- Cicatrices pigmentées.
- Echec et refus de poursuivre les soins prévus avec demande de remboursement.
- Erythème persistant puis pigmentation persistante.
- Laser sur des zones cicatricielles importantes du tronc avec rougeurs persistantes et retentissement psychologique.
- Dysfonctionnement du laser repéré en cours de séance.

Pour cicatrice ◆ 1

- Laser diode pour cicatrice postopératoire chéloïde du sein. Aggravation.

Laser vasculaire ♦ 8 ou électrocoagulation ♦ 3

Pour érythrose, télangiectasies, angiomes du visage ou du décolleté, vergetures ou melasma : brûlures ou inflammation laissant des cicatrices inesthétiques.

PEELINGS ♦ 3

- Brûlure suite à un peeling au TCA dilué à 30 % (antécédent d'acné).
- Mélange erroné de flacons de solution de base et de solution concentrée de TCA. Etiquetage pouvant prêter à confusion. Réaction douloureuse et œdème.
- Réaction importante suite au peeling.

PUVATHÉRAPIE ♦ 1

- Pour prurigo. Brûlure liée à un surdosage.

latrogénie médicamenteuse

3

- Test à l'acide acétique pour condylomes. Produit mal dilué. Brûlures.
- Réaction cutanée évoluant vers un eczéma surinfecté après application d'un traitement local anti acnéique sur le visage (sans problème) et sur le décolleté.
- Prescription d'une posologie excessive de Curacne suite à une erreur de saisie informatique, non rectifiée par le pharmacien et non décelée lors d'une consultation téléphonique à un mois. Découverte à trois mois. Rougeurs pendant plusieurs mois, à l'origine d'une gêne dans l'activité socioprofessionnelle.

Divers

3

- Chute lors du rhabillage dans le cabinet. Fracture sous-capitale de l'épaule, immobilisée. Récupération correcte.
- Chute en descendant de la table d'examen. Fracture du poignet.
- Absence d'information sur le non remboursement d'une cryothérapie considérée comme esthétique.

ENDOCRINOLOGIE

Les sociétaires endocrinologues de la MACSF ont adressé **30** déclarations (29 en exercice libéral et 1 en activité privée du secteur public) (20 déclarations en 2011) : **4** plaintes pénales, **1** procédure civile, **3** plaintes ordinaires et **22** réclamations.

latrogénie

24

- Médiator® (21) : réclamations dans le cadre des procédures en cours. Dans 14 cas, les complications sont inconnues ; dans 7 cas, valvulopathies dont deux ayant motivé une chirurgie.
- Prescription à visée amaigrissante de produits illicites (3).

Diagnostic et prise en charge

3

- Contestation de la réalité d'une insuffisance surrénalienne lors d'un bilan pratiqué pour suspicion de métastase surrénalienne unilatérale puis de la prise en charge après surrénalectomie. Un sociétaire oncologue est également mis en cause.
- Retard diagnostique d'une tumeur pancréatique chez un diabétique (traitement oral). Découverte fortuite lors du bilan d'une hémorragie digestive, l'angioscanner réalisé quelques mois plus tôt, lors d'une hospitalisation en cardiologie, ayant été considéré comme normal (clichés non vus).
- Suspicion, non confirmée, de tumeur surrénalienne. Il est reproché l'anxiété engendrée par l'annonce brutale d'un diagnostic qui s'est avéré erroné.

Divers

3

- Contestation de la qualité et des conclusions d'une expertise en vue d'une reprise de travail.
- Chute d'une obèse après descente de la table d'examen sans aide, sur sol glissant. Fractures-tassements vertébraux, puis embolie pulmonaire bilatérale laissant des séquelles respiratoires.
- Demande refusée de l'application d'un protocole thérapeutique prescrit à l'étranger.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Les 1233 obstétriciens et les 1991 gynécologues médicaux ou obstétriciens n'assurant que le suivi de grossesse, sociétaires de la MACSF ont adressé 80 déclarations (58 en exercice libéral, 9 en activité privée du secteur public et 13 salariés) : 6 plaintes pénales, 19 procédures civiles, 14 plaintes ordinaires, 26 réclamations et 15 saisines d'une CCI.

Prise en charge de la grossesse / en cours de grossesse

13

- Surveillance des premiers mois de deux grossesses successives (tabagisme). Naissances successives de deux enfants prématurés et hypotrophes, et mise en évidence, après le second accouchement, d'une thrombophilie maternelle transmise.
- Suivi de deux grossesses successives. Découverte, après l'accouchement du deuxième enfant, d'une maladie génétique rare expliquant le retard psychomoteur dont les deux enfants sont atteints.
- Surveillance des six premiers mois d'une grossesse normale. Décès maternel lors de l'accouchement (embolie amniotique).
- Prescription d'un bilan à 37 SA. Résultat pathologique et prééclampsie. Accouchement rapide, évolution favorable de la mère et l'enfant.
- Entretien téléphonique (lors d'une astreinte) avec la sage-femme, confirmant le bien-fondé d'une hospitalisation à 35 SA pour surveillance de douleurs abdominales (antécédent de césarienne pour placenta accreta). Refus du couple, malgré l'insistance de la sage-femme. Choc hémorragique dans la nuit et décès dans une autre maternité.
- Trois semaines après la consultation du 8^{ème} mois, constatation d'une mort fœtale in utero. La patiente reproche au médecin de ne pas avoir écouté les bruits du cœur, alors qu'elle percevait moins nettement les mouvements fœtaux.
- Le lendemain de l'examen du 8^{ème} mois (avec toucher vaginal qualifié de brutal), hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré dans un contexte connu de placenta bas inséré. Césarienne en urgence le lendemain pour hémorragie. Suites longues pour l'enfant du fait de sa prématurité.
- Décision, en accord avec le couple et compte tenu d'un contexte local particulier, d'un transport avec le véhicule personnel vers le centre hospitalier pour menace d'accouchement prématuré à 28 SA. Rupture de la poche des eaux pendant le trajet et accouchement dans les minutes suivantes, en présence des pompiers puis du Smur. Décès de l'enfant de 700 gr, s'avérant atteint d'un syndrome polymalformatif.

- Prise en charge, dans l'après-midi, d'une patiente enceinte de 26 SA, hospitalisée pour douleurs abdominales et présentant un état de choc et un ventre chirurgical. Intervention immédiate après scanner pour volvulus avec infarctus mésentérique. Décès fœtal. Organisation du service hospitalier défaillante depuis l'admission dans la nuit par le biais des urgences, avec échographie tardive une heure auparavant.
- Fausse couche tardive à 21 SA, précédée de plusieurs consultations avec différents médecins pour métrorragies.
- Prise en charge pendant quelques heures pour métrorragies en début de grossesse. Bilan en faveur d'une grossesse évolutive. Transfert hospitalier à la demande de la famille. Aspiration à l'arrivée pour fausse couche spontanée.
- Diagnostic de grossesse arrêtée à 5 SA sur échographie pratiquée devant des métrorragies. Demande d'avis à un référent le jour même, non honoré par la patiente. Diagnostic par un confrère, quelques jours plus tard, de grossesse évolutive.
- Contestation (sans précision) du suivi d'une grossesse.

Accouchement

10

- Accouchement spontané en 1981. Médecin intervenu en urgence pour césarienne. Souffrance fœtale en phase d'expulsion sur double circulaire du cordon. Enfant IMC.
- Accouchement en 1984, spontané post terme. Souffrance fœtale, tentatives de rotation de la tête puis césarienne. Séquelles neurologiques importantes permettant un emploi partiel en milieu protégé.
- Accouchement prématuré en 1996, compliqué d'une difficulté aux épaules. Paralyse du plexus brachial avec séquelles malgré la chirurgie. Deux sociétaires sont mis en cause, dont celui qui a suivi la grossesse normale sans suspicion de macrosomie.
- Accouchement spontané. Souffrance fœtale sur anémie aiguë par transfusion foeto-maternelle. Naissance vingt minutes après le constat de la souffrance fœtale. Décès de l'enfant à J 4. Une sociétaire sage-femme est également mise en cause.
- Accouchement déclenché à 40 SA. Extraction d'un enfant bien portant après forceps pour bradycardie. Hémorragie de la délivrance et retard invoqué à la décision d'hystérectomie. Décès maternel.
- Accouchement (forceps puis césarienne par un confrère) compliqué d'une hémorragie de la délivrance persistante sous ocytociques. Hystérectomie d'hémostase en urgence, avec un début de CIVD.
- Accouchement spontané. Stagnation et extraction instrumentale par forceps, puis ventouse. Délabrement vaginal très hémorragique suturé en salle d'accouchement. Incontinence urinaire d'effort et dyspareunie séquellaires.
- Césarienne (après l'échec d'un forceps) pour dystocie foeto-maternelle compliquée d'un abcès pariétal sur désunion justifiant un débridement et des soins prolongés.
- Césarienne difficile (antécédents chirurgicaux et utérus cicatriciel) avec plaie frontale de l'enfant, suturée par un plasticien.

IVG

3

- Prise en charge d'une IVG instrumentale à 14 SA. Aspiration et pose d'un DIU, retiré le lendemain après prélèvements vaginaux dans un climat fébrile. Choc septique le lendemain sur endométrite à streptocoque A. Réanimation, amputations distales, multiples greffes de peau, insuffisance rénale séquellaire. Deux sociétaires gynécologues et un sociétaire anesthésiste sont mis en cause.
- Echec d'une IVG médicamenteuse, avant la survenue d'une fausse couche spontanée.

Diagnostic anténatal

16

- Méconnaissance d'une extrophie vésicale partielle après échographies sans particularité.
- Méconnaissance d'une extrophie vésicale après échographies dans des conditions difficiles chez une obèse, avec demande répétée de contrôle pour la vessie et l'estomac. Deux sociétaires gynécologues sont mis en cause.
- Méconnaissance d'anomalies distales des membres découvertes lors d'un contrôle demandé au CHU. Le sociétaire a pratiqué le diagnostic combiné de la trisomie puis l'échographie de 22 SA, dans des conditions difficiles chez une femme obèse. IMG du fait d'une agénésie des mains, ébauche d'un pied et microcéphalie.
- Méconnaissance d'une myéloméningocèle lors du suivi échographique de la grossesse, malgré le contrôle effectué après une échographie du deuxième trimestre (conditions difficiles, enfant en siège).
- Méconnaissance d'une hernie diaphragmatique lors des échographies. Diagnostic et transfert immédiat de l'enfant à la naissance.
- Méconnaissance d'une cardiopathie (canal atrio ventriculaire) lors du suivi échographique chez une femme ayant refusé l'amniocentèse et le contrôle proposé par un référent pour risque de trisomie au triple test. Diagnostic à la naissance de T21. Chirurgie avec succès de la cardiopathie.
- Méconnaissance d'une cardiopathie (CIV et atrésie de l'artère pulmonaire), opérée à six mois de vie. Découverte d'une anomalie génétique.
- Méconnaissance d'une cardiopathie (CIV et CIA) au contrôle de l'échographie morphologique demandé par un confrère. Découverte d'une anomalie génétique et retard psychomoteur.
- Méconnaissance d'une cardiopathie (tétralogie de Fallot) lors des échographies (suivi complet de la grossesse). Prise en charge chirurgicale immédiate à la naissance.
- Diagnostic tardif, au troisième trimestre, d'une tumeur rénale justifiant une prise en charge au CHU. Chirurgie à deux jours de vie compliquée d'un accident anesthésique (erreur de produit lors d'une injection dans le cathéter). Séquelles lourdes.
- Echographie du premier trimestre, puis dépistage sanguin au deuxième trimestre chez une femme ayant eu 13 grossesses, dont deux avec IMG pour trisomie. Refus d'amniocentèse. Risque élevé. Pas de traçabilité de l'information donnée. IMG acceptée à 22 SA, devant la découverte échographique d'un syndrome polymalformatif. Il est reproché un défaut d'information.

- Dépistage, à l'échographie de 22 SA, d'une malformation digestive, sténose duodénale, prise en charge en CHU. Accouchement prématuré après ponction d'un hydramnios, puis hémorragie cérébrale en postopératoire de la malformation digestive. Décès de l'enfant.
- Echographies du premier et deuxième trimestre jugées normales. Dépistage à proximité du terme, par un autre praticien, d'un oligoamnios. Déclenchement et mort fœtale en per partum (circulaire du cordon).
- Contrôles échographiques répétés en début de grossesse pour décollement placentaire. RCIU à 33 SA et césarienne en urgence pour hématome rétroplacentaire quinze jours plus tard. Extraction d'un enfant mort. Deux sociétaires gynécologues sont mis en cause, ainsi qu'un sociétaire radiologue et un sociétaire médecin généraliste.

Diagnostic

18

CANCER ● 9

- Première mammographie depuis cinq ans (ACR 2). Conseil de contrôle rapproché, en fait effectué huit mois plus tard lors de l'apparition d'un nodule, qui s'avère malin.
- Consultation pour nodule du sein cliniquement bénin chez une femme de 62 ans, aux antécédents familiaux de cancer. Mammographie normale datant de trois mois. Augmentation de volume du nodule et diagnostic, trois mois plus tard, d'un cancer du sein par un autre médecin.
- Consultation pour nodule du sein cliniquement bénin chez une femme de 63 ans, aux antécédents familiaux de cancer. Mammographie prévue dans le cadre d'un bilan de dépistage et considérée comme normale. Demande de nouveau bilan six mois plus tard, devant un sein tendu et douloureux. Cancer du sein métastasé. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Retard diagnostique de deux ans d'un cancer du sein (mammographies tous les deux ans jugées normales, antécédent maternel de cancer du sein), chez une femme prise en charge pour métrorragies. Diagnostic confirmé de cancer utérin, hystérectomie compliquée d'embolie pulmonaire.
- Bilan d'imagerie (échographie en faveur d'une endométriose infirmée par l'IRM) chez une femme de 39 ans infertile, autorisant une stimulation hormonale, interrompue à six mois par la découverte d'une masse pelvienne. Cancer de l'ovaire ayant évolué deux ans plus tard, malgré le traitement, vers une carcinose péritonéale.
- Bilan de douleurs pelviennes chez une femme de 50 ans. Echographie puis IRM en faveur de kystes fonctionnels d'un ovaire. Retard diagnostique de deux mois d'une carcinose péritonéale à point de départ ovarien.
- Surveillance d'un nodule du sein. Echographie puis, huit mois plus tard, mammographie anormale dont le résultat n'est pas communiqué. Découverte quatre mois plus tard d'un cancer, en fait dans un autre quadrant. Deux sociétaires gynécologues sont mis en cause.
- Classement d'un frottis pathologique, retrouvé sept mois plus tard lors d'une consultation pour métrorragies. Tumeur du col sans extension.

GEU ● 6

- Consultation pour grossesse de 5 SA. Demande d'échographie à 12 SA. Expulsion entre temps, dans un contexte d'hémorragie,

d'un possible "sac gestationnel". La patiente est prise en charge par le généraliste. Hospitalisation plus tard pour GEU rompue.

○ Consultation pour métrorragies avec test de grossesse positif et résultat positif du dosage de bêta HCG. Pas d'échographie. Rupture de GEU un mois plus tard.

○ Consultation pour douleurs pelviennes d'une femme de 40 ans ayant un antécédent de reperméabilisation tubaire après stérilisation ayant permis une troisième grossesse. Echographie rassurante. Rupture d'une GEU six jours plus tard.

○ Diagnostic de fausse couche devant un décollement du sac intra-utérin sur grossesse de quatre semaines. Suivi proposé. Hémopéritoine important sur rupture de GEU six jours plus tard.

○ Consultation pour grossesse confirmée par dosage des bêta HCG. Absence initiale d'œuf intra utérin, retrouvé une semaine plus tard. IVG médicamenteuse à la demande de la patiente. Rupture de GEU cinq jours plus tard.

○ Consultation pour métrorragies sur stérilet, fils en place. Suspicion clinique de kyste ovarien et demande d'échographie en urgence. Positivité du test de grossesse fait à l'initiative de la patiente. Salpingectomie le lendemain pour rupture de GEU sur DIU en voie de perforation utérine.

AUTRE ◆ 1

○ Bilan hormonal devant une aménorrhée, jugée compatible avec une ménopause chez une femme de 42 ans. Diagnostic d'adénome hypophysaire un mois après une consultation par un endocrinologue, consulté par la patiente.

MISE EN CAUSE SYSTÉMATIQUE ◆ 2

○ Retard diagnostique d'un syndrome de Sheehan, découvert deux ans après un accouchement avec hémorragie de la délivrance ayant justifié une hystérectomie. Le sociétaire n'a effectué que le suivi de la grossesse. Deux sociétaires médecins généralistes et un sociétaire psychiatre sont également mis en cause.

○ Diagnostic de suspicion de salpingite deux mois après un curetage pour fausse couche. Patiente adressée en urgence pour cœlioscopie, confirmant le diagnostic, mais compliquée de plaie digestive, diagnostiquée deux jours plus tard.

Prise en charge

3

○ Retard diagnostique d'une malformation vaginale et utérine (utérus bicorne bi cervical et cloison vaginale) n'ayant pas empêché une grossesse et retard à la décision de chirurgie salvatrice sur les douleurs pelviennes chroniques.

○ Traitement de stimulation hormonale effectué avant une nouvelle mammographie (contrôle de nodule connu). Consultation quatre mois après mammographie (ACR 5). Biopsie et diagnostic de cancer du sein. Deux sociétaires radiologues et un sociétaire médecin généraliste sont également mis en cause.

○ Convocation reprochée pour nouvel examen à la réception du résultat d'un prélèvement vaginal prescrit pour leucorrhées et inefficacité du traitement prescrit.

Geste technique

9

○ Changement d'un DIU. A J 4, choc septique sur endométrite à streptocoques B. Réanimation, embolie pulmonaire, guérison.

○ Pose d'un stérilet chez une femme en début de grossesse. Diagnostic de GEU un mois plus tard.

○ Ablation d'un DIU pour désir de grossesse. Découverte deux ans plus tard, au cours d'un bilan d'infertilité, d'un deuxième DIU extra utérin posé antérieurement par un confrère.

○ Migration du DIU (3).

○ Mise en place d'un deuxième stérilet après constat échographique de l'absence du premier, posé un mois auparavant et en fait migré. Diagnostic fortuit lors d'une radiographie, deux ans plus tard.

○ Oubli d'un stérilet en place lors du changement.

○ Changement difficile de pessaire chez une femme de 91 ans. Extraction sous anesthésie après sa découverte en intra rectal.

Chirurgie gynécologique par chirurgien obstétricien

6

○ Echec d'une intervention pour bartholinite et suppuration.

○ Chirurgie de prolapsus (bandelette TOT) compliquée de névralgie pudendale. Echec de la libération d'une bandelette et des infiltrations. Chirurgie libératrice pudendale.

○ Chirurgie de prolapsus (bandelette TVT) et hystérectomie chez une femme de 41 ans, sous contraception difficile. Indication, technique et gestion des complications reprochées. Episodes récidivants de rétentions urinaires nécessitant des auto sondages.

○ Chirurgie de prolapsus (cystocèle et rectocèle modérés). Récidive de rectocèle et démasquage postopératoire d'une incontinence urinaire majeure, nécessitant un sphincter artificiel. La stratégie chirurgicale est critiquée.

○ Hystérectomie par voie vaginale. Plaie de vessie, suturée aussitôt, mais récidive et nouvelle suture englobant l'uretère. Néphrostomie percutanée.

○ Hystérectomie par voie basse cœlio assistée sans difficultés. Troubles urinaires persistants, nécessitant temporairement des auto-sondages.

Divers

2

○ Reproche un comportement humiliant lors d'une consultation après chirurgie de prolapsus. Contexte psychologique particulier.

○ Demande de dossier dans le cadre d'une prescription de Mediator®.

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Les **1613** gastro-entérologues de la MACSF ont adressé **100** déclarations (95 en exercice libéral, 4 en activité privée du secteur public et 1 hospitalier), soit une sinistralité de **9 %** en activité libérale (contre **7,5 %** en 2011) : **1** plainte pénale, **14** procédures civiles, **4** plaintes ordinaires, **44** réclamations et **37** saisines d'une CCI.

Diagnostic

10

- Cancer colique opéré. Coloscopie de contrôle un an plus tard (fragment d'adénocarcinome in situ). Bilan et avis car nodules pulmonaires dans un contexte d'antécédents possibles de tuberculose ancienne. Diagnostic de métastases quelques mois plus tard par un confrère. Chimiothérapie et thoracotomie. Décès cinq ans plus tard de l'évolution métastatique. Quatre sociétaires gastroentérologues sont mis en cause.
- Diagnostic de tumeur du pancréas d'emblée métastatique, deux mois après une première consultation pour douleurs abdominales. Chimiothérapie et soins palliatifs pris en charge par le gastroentérologue. Décès rapide.
- Retard diagnostique d'un cancer du larynx chez un patient éthylique, adressé pour vomissements. Fibroscopie révélant une simple gastrite. Diagnostic quatre mois plus tard, devant une dysphagie avec altération de l'état général. Décès un an après la chirurgie. Deux sociétaires médecins généralistes sont également mis en cause.
- Bilan pour ascite isolée chez une patiente opérée et radiothérapée pour un néphroblastome, adressée en service hospitalier. Diagnostic de veinopathie portale obstructive en rapport possible avec la radiothérapie (créatinine alors normale). Découverte, deux ans plus tard, d'un syndrome néphrotique justifiant un traitement corticoïde et immunosuppresseur.
- Diagnostic de cancer gastrique infiltrant d'évolution rapidement défavorable chez un patient aux antécédents de maladie de Hodgkin et de séminome, ayant eu des bilans complets et répétés pour des syndromes sub occlusifs à répétition. Il est reproché un manque d'humanité et d'information des proches.
- Diagnostic de cancer sténosant du recto sigmoïde avec carcinose péritonéale (origine colique ? ovarienne ?), dix mois après une coloscopie de contrôle jugée normale. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.
- Retard diagnostique allégué d'une occlusion. Colectomie en urgence le lendemain.

Prise en charge

19

- Consultation pour douleurs abdominales et constipation avec altération de l'état général. Masse de la fosse iliaque droite. Hospitalisation pour coloscopie le lendemain. Vomissements lors de la préparation par PEG. Occlusion du grêle en amont d'un volumineux cancer colique avec carcinose péritonéale. Pneumopathie d'inhalation. Chirurgie en urgence. Décès à J 6.
- Syndrome occlusif clinique et radiologique dans les suites d'une chirurgie orthopédique. Décision d'un traitement médical après avis du chirurgien. Décès quelques heures plus tard.
- Prise en charge en hospitalisation d'un homme de 45 ans pour syndrome douloureux lombaire et abdominal. Anémie importante sans hémorragie extériorisée. Epanchement intra abdominal avec masses évoquant une carcinose péritonéale au scanner. Survenue d'un choc hémorragique avant la coloscopie. Hémo-péritoine sans cellule maligne à la ponction. Décès avant l'intervention.
- Prise en charge ponctuelle d'une diarrhée à clostridium dans les suites d'une chirurgie orthopédique. Prescription de vancomycine puis scanner devant un choc septique (aspect de colite aiguë grave). Transfert en réanimation. Colectomie en urgence. Décès. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Prise en charge, conjointement avec l'hôpital, pour cirrhose (diabète, surcharge pondérale). Ligature de varices œsophagiennes, aspect de thrombose portale au scanner. Absence de traitement anticoagulant. Décompensation de la cirrhose six mois plus tard, avec indication de greffe réfutée en raison d'un cavernome portal. Décès.
- Ictère cytolitique au décours d'une hospitalisation prolongée pour brûlures étendues. Surveillance biologique rapprochée car TP à 36 %, mais la patiente ne s'est pas présentée au dernier rendez-vous donné et n'a pas fait les examens demandés. Evolution vers une hépatite sub fulminante d'origine médicamenteuse. Transplantation hépatique en urgence.
- Fistule anastomotique après chirurgie bariatrique (By-pass). Prise en charge postopératoire par plusieurs gastroentérologues. Nutrition parentérale. Septicémie sur PAC veineux. Multiples interventions. Evolution finalement favorable. Trois sociétaires gastro-entérologues sont mis en cause.
- Surveillance en hospitalisation d'une patiente ayant une suspicion de poussée d'une rectocolite hémorragique connue. Corticothérapie. Chute du lit, fracture du col ostéosynthésée. Perforation sur sigmoïdite diverticulaire. Intervention puis embolie pulmonaire. Evolution favorable mais diminution de l'autonomie.
- Surveillance en hospitalisation d'une poussée évolutive d'une rectocolite hémorragique connue. Traitement par 5 ASA. Evolution vers une colite grave. Séjour en réanimation et colectomie huit mois plus tard.
- Traitement de fond par Mésalazine d'une rectocolite hémorragique sans surveillance de la fonction rénale pendant cinq ans. Découverte d'une insuffisance rénale chronique d'origine médicamenteuse. Dialyse et indication de transplantation rénale.
- Prise en charge d'une maladie de Crohn. Corticothérapie prolongée et traitement immunosuppresseur puis anti TNF. Survenue d'une ostéonécrose de hanche (lien avec corticothérapie ?). Reprise évolutive de la maladie intestinale avec nécessité d'une alimentation entérale puis survenue d'une arthrite septique du genou d'allure spontanée.

- Prescription d'un lavement lors d'une hospitalisation chez une femme de 96 ans pour constipation opiniâtre. Douleurs lors du lavement mais aucune plainte ensuite. Sortie autorisée. Tableau péritonéal à J 4, abcès du douglas sans perforation retrouvée lors de la laparotomie. Diminution de l'autonomie.
- Suivi conjoint avec un oncologue, pendant plus d'un an, d'un adénocarcinome du grêle avec envahissement ganglionnaire, uniquement par échographies et endoscopie. Il est reproché l'absence de scanner et la découverte tardive de métastases pulmonaires, hépatiques et d'une carcinose péritonéale.
- Surveillance d'une chimiothérapie préopératoire par Capécitabine orale pour tumeur rectale. Survenue, deux semaines plus tard, de douleurs thoraciques. Angor spastique évoqué par le cardiologue. Poursuite du traitement autorisée par le gastro-entérologue et le cardiologue. Décès le lendemain. Myocardopathie dilatée à l'autopsie.
- Bithérapie pour évolution cirrhogène d'une hépatite C, déjà traitée à deux reprises par interféron avec mauvaise tolérance psychique. Aggravation du syndrome dépressif et nécessité d'interrompre de nouveau le traitement.
- Un patient reproche d'avoir évoqué la possibilité d'une amputation anale devant la découverte coloscopique d'un polype du bas rectum évoquant une tumeur villositaire, ce qui l'aurait incité à vendre sa société. En fait, polype non dégénéré. Résection trans anale aux suites simples.
- Reproches multiples et délirants lors de la prise en charge de douleurs abdominales. Aspect de compression extrinsèque à la coloscopie. Conseil d'une imagerie.

Geste technique

63

BRIS DENTAIRE ● 21

Il s'agit de détériorations de prothèses, de bris d'incisives, la majorité après une endoscopie associant fibroscopie gastrique et coloscopie sous neuroleptanalgie.

FIBROSCOPIE GASTRIQUE ● 10

- Pneumopéritoine constaté au réveil d'une fibroscopie gastrique avec biopsies. Microperforation de la petite courbure antrale au siège possible d'une biopsie. Suture sous laparotomie. Evolution favorable.
- Pneumomédiastin constaté à J 2 après une fibroscopie sous anesthésie avec introduction difficile de l'endoscope, justifiant plusieurs tentatives. Normalité du contrôle endoscopique et du transit aux hydrosolubles. Probable "fissuration" pharyngo œsophagienne. Surveillance en réanimation pendant trois jours. Evolution favorable sous traitement médical.
- Biopsie d'une papille hypertrophique. Pancréatite aiguë dans les suites. Evolution vers un faux kyste. Kystectomie endoscopique puis duodéno pancréatectomie en raison d'une perforation digestive. Un sociétaire chirurgien viscéral et un sociétaire anesthésiste sont également mis en cause.
- Vomissements et hématomérose de faible abondance dans les suites immédiates d'une arthroplastie de hanche pour fracture. Indication de fibroscopie par le chirurgien. Vomissements à l'induction sous anesthésie et arrêt cardiorespiratoire avant l'introduction de l'endoscope. Coma et décès cinq jours plus tard. Le gastroentéro-

logue est mis en cause pour avoir accepté l'examen sous anesthésie.

- Récidive d'une hématomérose justifiant une deuxième fibroscopie avec sclérothérapie de varices œsophagiennes. Survenue, trois mois plus tard, d'une endocardite mitrale et aortique à staphylocoques chez un patient porteur d'un rétrécissement aortique (lien causal ?). Deux sociétaires gastroentérologues et un sociétaire médecin généraliste sont mis en cause.
- Epigastralgies et vomissements à J 7 d'une fibroscopie avec biopsie (plaie muqueuse un peu large). Scanner normal. Certificat en vue de l'annulation d'un voyage à l'étranger. Demande de remboursement des frais refusée par l'agence.
- Dilatation endoscopique au ballonnet (méga œsophage idiopathique opéré, sténose peptique). Douleurs thoraciques motivant une surveillance en réanimation. Radiographie normale mais pneumopéritoine au scanner sur perforation œsophagienne. Choc septique. Chirurgie lourde avec succès.
- Dilatation endoscopique au ballonnet pour sténose modérée évoquant un méga œsophage. Diagnostic de perforation dans les heures suivantes. Intervention de Heller. Drainage thoracique. Evolution favorable.
- Coagulation de polypes duodénaux au laser Argon (syndrome de Gardner). Perforation duodénale diagnostiquée à J 1. Suites postopératoires simples.

CPRE ● 8

- CPRE avec sphinctérotomie pour lithiase du cholédoque (après cholécystectomie coelioscopique). Diagnostic de perforation confirmé deux jours après la ré-hospitalisation pour douleurs et syndrome infectieux. Drainages prolongés, évolution favorable.
- CPRE avec sphinctérotomie sans difficulté pour micro lithiase du cholédoque, (antécédent de cholécystectomie). Pancréatite œdémateuse dans les suites. Transfert à J 5. Evolution inconnue.
- CPRE avec sphinctérotomie et ablation de lithiases résiduelles dans les suites d'une cholécystectomie sous coelioscopie compliquée de péritonite biliaire. Nouvelle CPRE avec mise en place d'une prothèse biliaire car fuite persistante. Echec du drainage. Intervention retrouvant une section complète de la voie biliaire et une prothèse en dehors de celle-ci. Anastomose bilio digestive.
- CPRE avec pose de prothèse biliaire (cancer du pancréas). Perforation duodénale diagnostiquée à J 1. Evolution favorable.
- Endoprothèse duodénale et tentatives infructueuses de cathétérisme biliaire pour cancer du pancréas métastaté. Pancréatite aiguë. Laparotomie et drainage, puis pose d'une prothèse biliaire par un autre opérateur. Décès par évolution néoplasique.
- Endoprothèse après écho endoscopie confirmant un cancer de la tête du pancréas avec envahissement local. Cathétérisme et sphinctérotomie difficiles. Pancréatite à J 3, transfert à J 9. Prothèse perméable mais multiples complications, dont septicémie nosocomiale. Décès. Il est reproché un défaut d'information sur les options thérapeutiques. Deux sociétaires gastroentérologues sont mis en cause.
- Endoprothèse et évacuation de nombreux calculs dans les suites d'une angiocholite (un mois après une sphinctérotomie endoscopique pour lithiase résiduelle de la voie biliaire principale). Nouvel épisode d'angiocholite un mois après le retrait de la prothèse. Sténose au niveau de la convergence opérée un an plus tard avec cholécotomie pour calcul. Guérison.

ENDOPROTHÈSE DIGESTIVE ◆ 2

- Endoprothèse pour fistule après Sleeve gastrectomie. Echec thérapeutique nécessitant la pose itérative de deux nouvelles prothèses.
- Endoprothèse pour sténose duodénale par adénopathies (lymphome). Suites simples. Un mois plus tard, septicémie à pseudomonas (en fait attribuée à une origine ORL). Décès.

ECHO ENDOSCOPIE ◆ 3

- Echo endoscopie compliquée d'une perforation du sinus piriforme lors de l'introduction. Transfert pour hématome compressif à J 4 nécessitant un drainage. Troubles psychiques et mnésiques. Nécessité alléguée d'une tierce personne.
- Echo endoscopie pour surveillance d'un ampullome vatérien et tumeur mucineuse du pancréas. Perforation duodénale constatée au réveil. Suture en urgence et stomies. Suites favorables.
- Echo endoscopie avec biopsies rétro péritonéales (Plavix® interrompu sans relais, nombreux antécédents cardiovasculaires). Troubles du rythme en SSPI et angioplastie pour thrombose coronarienne. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.

COLOSCOPIE ◆ 19

Les indications sont classiques.

Perforation ◆ 10

Le diagnostic de la complication a été fait sans retard au cours de l'examen (4), dans les heures suivantes (3) ou postérieurement (J 1, J 2).

Il a été noté une préparation insuffisante (2), une exploration difficile due à des anses fixées sur une diverticulose ancienne (2), des antécédents de chirurgie pelvienne (dont hystérectomie (3) dont une intervention avec radiothérapie, de cure de prolapsus (1).

Dans un cas, la coloscopie a précédé un scanner pour douleurs abdominales et syndrome infectieux datant de dix jours et montrant une sigmoïdite.

Il n'y a pas de critique sur le délai ou les modalités de la chirurgie (dans un cas, exsufflation d'un pneumopéritoine après douleurs au réveil puis laparotomie douze heures plus tard).

Les suites chirurgicales (après résection colique, voire colostomie et iléostomie temporaires) ont été favorables d'emblée dans la majorité des cas, une fois après une ré-intervention (nécessité de reprise le jour même pour hémorragie révélant une déchirure rectale, antécédent de radiothérapie pelvienne) ou trois fois après une séjour en réanimation compliqué (insuffisance rénale : deux cas dont un avec dialyse, soins prolongés). Une éventration (2) a nécessité une intervention ultérieure.

Difficulté technique ◆ 1

- Impossibilité de larguer une anse endoloop® lors de l'ablation d'un polype sous recto sigmoïdoscopie. Décision de laparotomie. Colostomie temporaire. Syndrome dépressif.

Complication hémorragique ◆ 1

- Hémorragie après ablation d'un polype malgré la pose d'une anse endoloop®. Laparotomie et colostomie temporaire. Evolution favorable.

Infection ◆ 3

- Infection (clostridium perfringens) de deux prothèses de hanche, quatre mois après une coloscopie avec polypectomie aux suites simples. Patient devenu grabataire. Origine de l'infection inconnue.
- Syndrome fébrile à J 5 après coloscopie de dépistage. Evocation d'un syndrome grippal. Diagnostic, quinze jours plus tard, d'une endocardite à streptocoques agalactiae avec embolie septique oculaire. Remplacement valvulaire. Origine de l'infection inconnue.
- Hépatite C quatre ans après une coloscopie avec biopsies (en 1998), avec protocole conforme à l'époque des faits. Antécédents du patient non connus.

Rupture de rate ◆ 3

- Hématome sous-capsulaire de la rate avec hémopéritoine, découvert à J 2 après une coloscopie sans difficulté (ablation d'un polype rectal). Splénectomie et transfusions. Suites simples.
- Rupture de rate révélée à J 2 lors d'un choc hypovolémique. Transfusions et splénectomie. Suites simples.
- Hématome sous-capsulaire de la rate après coloscopie, traité médicalement après diagnostic à J 4.

Autre ◆ 1

- Majoration de douleurs préexistantes évoquant une névralgie pudendale suite à une coloscopie pour syndrome sub occlusif avec ablation d'un polype rectal. Echec d'infiltrations. Origine psychogène probable (antécédent d'incontinence anale et de neurostimulation).

Gastrostomie

1

- Gastrostomie per cutanée endoscopique (tumeur maligne œsophagienne métastasée). Péritonite à J 14. Perforation gastrique constatée lors de la laparotomie. Suites favorables mais décès par évolution métastatique.

Proctologie

4

- Diagnostic de thrombose hémorroïdaire évoluant depuis huit jours. Incision ne ramenant que du sang. Anti inflammatoires, hospitalisation en urgence deux jours plus tard pour gangrène gazeuse en rapport avec un abcès anal. Décès le lendemain.
- Hémostectomie selon Milligan Morgan sous rachianesthésie. Suites marquées par une sténose anale nécessitant une résection de bride avec dilatation. Persistance de la sténose et incontinence fécale. Survenue également de troubles de la marche imputés à l'anesthésie locorégionale (bilan neurologique normal).
- Anopexie de type Longo pour prolapsus muco hémorroïdaire. Douleurs anales et collection mucoïde pariétale rectale drainée. Plaie rectale peropératoire suturée. Péritonite à J 2, colostomie, sténose anale sur la ligne d'agrafage. Refus par la patiente du rétablissement de la continuité. Deux sociétaires gastroentérologues sont mis en cause.

Autre

3

- Chute dans le secrétariat après un malaise vagal résolutif, suite à une incision de thrombose hémorroïdaire. Bris dentaires.
- Mise en cause systématique : complications postopératoires d'une colectomie pour cancer. Décès.
- Interventions successives suite à fissuration anale. Rôle du sociétaire non précisé.

MEDECINE GENERALE*

Les 45 787 médecins généralistes sociétaires de la MACSF ont adressé 505 déclarations (486 en exercice libéral, 19 en exercice salarié) soit une sinistralité de 1,3 % en exercice libéral (contre 1% en 2011) : 40 plaintes pénales, 75 procédures civiles, 69 plaintes ordinales, 205 réclamations et 116 saisines d'une CCI.

Les dossiers concernant la régulation faite ponctuellement par des généralistes sont décrits avec les urgentistes.

Retard diagnostique

127

CANCER/TUMEUR ● 39

Broncho-pulmonaire ● 10

- Cancer métastaté, deux ans après une radiographie de thorax normale.
- Cancer métastaté chez un homme de 32 ans, un an après une hospitalisation pour pleuro pneumopathie, la radiographie montrant déjà un nodule pulmonaire controlatéral. Décès.
- Cancer chez un patient suivi pour sciatique rebelle. Bilan complet trois ans auparavant pour embolie pulmonaire. Mise en cause également de la qualité des soins en phase terminale.
- Cancer découvert deux mois après le début d'un œdème cervico facial.
- Cancer découvert deux mois après le début d'un amaigrissement.
- Cancer métastaté découvert lors de l'hospitalisation provoquée par la famille chez une patiente de 94 ans, deux mois après la dernière consultation. Décès. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.
- Cancer métastaté découvert à l'occasion d'une fracture spontanée chez un patient suivi pour douleurs articulaires pendant six mois.
- Cancer découvert dix mois après une radiographie pulmonaire faite dans un service d'urgences (chute et toux fébrile) décrivant une image compatible avec une infection.

* Cette catégorie ne comprend pas les médecins urgentistes ou intervenant ponctuellement pour des activités "d'urgence" en établissements privés ou en régulation, qui font l'objet d'une rubrique distincte.

- Cancer découvert lors d'un bilan de la CPAM. Toux chronique non signalée. Métastases cérébrales rapides.

Digestif ● 4

- Cancer du colon avec métastases, dix mois après une coloscopie jugée normale.
- Cancer du colon métastaté diagnostiqué deux mois après le début des troubles du transit.
- Cancer rectal évolué chez un patient traité depuis plus d'un an pour une colopathie, et opéré deux mois auparavant d'une résection d'adénome prostatique. Décès.
- Cancer du pancréas diagnostiqué lors d'une hospitalisation, quelques jours après le début de troubles digestifs. Décès rapide.

Sein et gynécologique ● 8

- Cancer du sein. Il est reproché au généraliste d'avoir suivi les conclusions de radiologues (surveillance rapprochée d'une lésion évoquant les séquelles d'un hématome du sein) et de n'avoir envisagé une biopsie que dix mois plus tard. Examen retardé de six mois du fait de l'immobilisation d'une luxation d'épaule.
- Cancer du sein méconnu et révélé par des métastases osseuses chez une patiente arthrosique. Consultations mensuelles depuis six mois pour lombalgies (radiographies du rachis dix-huit mois auparavant).
- Cancer du sein méconnu et révélé par des métastases osseuses chez une femme de 42 ans, suivie par le généraliste sur le plan gynécologique. Dorsalgies et douleurs thoraciques motivant des radiographies et plusieurs traitements pendant dix-huit mois. Diagnostic par un confrère.
- Métastases pulmonaires d'un cancer du sein (traité deux ans auparavant), diagnostiqué après deux mois de traitement pour bronchites.
- Métastases osseuses d'un cancer du sein (traité trois ans auparavant), révélées par une fracture costale.
- Métastases hépatiques d'un cancer du sein dans un contexte de psychose. Automédications pour troubles digestifs. Bilan fait tardivement du fait de la persistance des troubles. Décès.
- Cancer utérin avec métastases hépatiques et pulmonaires. A posteriori métrorragies. Décès.
- Cancer "gynécologique" chez une femme vue une fois pour retard de règles (échographie, biologie) dont, a posteriori, le frottis pratiqué par un autre praticien aurait été anormal.

ORL ● 4

- Cancer pharyngo laryngé. Avis ORL demandé un mois après le début d'une dysphagie et quatre mois après une fibroscopie gastrique pour vomissements. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.
- Lésion nasale. Absence d'avis pendant dix-huit mois. Consultation ORL à l'initiative de la patiente. Carcinome épidermoïde.
- Tumeur maligne des fosses nasales chez un patient traité pendant un an pour une obstruction nasale.

Osseux ● 2

- Lésion tumorale sternale diagnostiquée tardivement après explorations négatives par le généraliste et plusieurs consultations de spécialistes pour douleur thoracique inexpliquée.
- Découverte fortuite d'une masse calcifiée de la fesse. Avis d'un interniste en faveur d'un hématome ancien. Sarcome métastaté cinq ans plus tard.

Prostate ● 3

- Cancer de la prostate avec métastases osseuses chez un patient dysurique se plaignant de douleurs osseuses depuis plusieurs mois, attribuées à la pratique sportive. Décès.
- Cancer de la prostate avec envahissement médullaire, un mois après une altération de l'état général et quelques jours après un dosage très pathologique des PSA, dont le patient n'a pas été informé.
- Elévation significative des PSA sans bilan pendant trois ans. Cancer de la prostate métastatique chez un homme de 52 ans.

Divers ● 1

- Cancer au stade terminal d'origine indéterminée, diagnostiqué lors d'une hospitalisation provoquée par la famille. Amaigrissement important non pris en compte. Décès.

Organisation et pathologie maligne ● 7

- Tumeur maligne de la mandibule découverte à l'occasion d'un panoramique dentaire, cinq ans après une radiographie des sinus prescrite par le généraliste, montrant une image lacunaire maxillaire. Radiographies déposées au secrétariat et non vues.
- Découverte fortuite par un cardiologue d'une masse rénale lors d'une échographie aortique. Patient non prévenu. Explorations non réalisées. Confirmation d'un cancer un an plus tard, à l'occasion d'une nouvelle échographie en cardiologie.
- Prescription d'un bilan (asthénie, adénopathie cervicale) sans préciser le délai. Réalisation six mois plus tard, devant un amaigrissement important révélant un lymphome non hodgkinien évolué.
- Retard de prise en charge de neuf mois d'un cancer mammaire. Résultat anapath en faveur d'un cancer classé au décours d'une plastie mammaire. Patiente revue à plusieurs reprises également par le chirurgien, qui ne mentionnait pas ce diagnostic dans ses courriers.
- Patient suivi pour sa toxicomanie et pris en charge également par d'autres confrères. Aspect lacunaire d'un aileron sacré sur une radiographie, se révélant être un schwannome lors de l'apparition d'un syndrome de la queue de cheval, trois ans plus tard. Importantes séquelles.
- Consultations pour plaie de jambe. Non-lecture d'une NFS pathologique demandée par la remplaçante quelques jours auparavant. Diagnostic de leucémie myéloblastique trois mois plus tard. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.

PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE ● 18

- Retard diagnostique en hospitalisation d'une dissection aortique. Décès. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.
- Longue consultation à domicile en urgence, avec ECG pour douleur thoracique de repos. Peu de temps après le départ du médecin, appel du Samu pour malaise. Arrivée tardive des secours. Arrêt cardiaque non récupéré. Dissection aortique ?
- Traitement symptomatique pour une gastroentérite. Appel le lendemain par un tiers, inquiet de ne pas joindre le patient au téléphone. Annonce par un autre médecin du décès. Dissection aortique à l'autopsie. Plainte pour non-assistance à personne en péril.
- Suspicion de syndrome de Marfan (par la médecine du travail). Avis du cardiologue. Echographie sub normale devant être contrôlée à cinq ans. Avant celle-ci, dissection aortique tardivement diagnostiquée par des confrères.
- Elargissement médiastinal à la radiographie thoracique, rattaché six mois plus tard à un anévrisme. Décès après tentative d'endoprothèse.

- Patient vu deux jours après le début de douleurs thoraciques. Hospitalisation deux jours plus tard. Décès d'un possible infarctus.
- Consultation pour douleurs thoraciques, diarrhée et vomissements. Persistance des douleurs motivant l'hospitalisation, six jours plus tard. OAP et infarctus. Angioplastie et attente de greffe cardiaque.
- Douleurs thoraciques et brachiales le lendemain d'un effort important (poussée de véhicule). Majoration des douleurs et diagnostic, cinq heures plus tard, d'un infarctus aux urgences. Pontage nécessaire après angioplastie compliquée.
- Douleurs thoraciques et dyspnée (après appel du Samu et visite aux urgences quatre jours avant). Radiographie pulmonaire et biologie prescrites en raison d'une fièvre. Diagnostic dix mois plus tard d'une insuffisance cardiaque sur infarctus. Angioplasties. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.
- Ischémie aiguë d'un membre par anévrisme poplité chez un patient de 77 ans, vu pour douleurs de cheville. Amputation.
- Ischémie aiguë d'un membre par dissection poplité chez un patient de 30 ans, pris en charge pour plaie du genou (ski), adressé à l'orthopédiste dans les trois jours. Pontages compliqués puis ostéoarthrite sur hémarthrose.
- Ischémie aiguë d'un membre chez une patiente sortie d'une hospitalisation pour bilan d'une acrocyanose distale, dont les douleurs s'aggravaient. Hospitalisation immédiate. Amputation.
- Ischémie aiguë d'un membre, cinq jours après une douleur étiquetée sciatique. Amputation.
- Retard diagnostique d'un syndrome coronarien chez un diabétique de 58 ans.
- Phlébite en début de grossesse, diagnostiquée aux urgences le lendemain d'une consultation pour douleurs d'un membre, étiquetées sciatique.
- Phlébite chez une femme sous contraception orale, diagnostiquée quinze jours après une douleur étiquetée sciatique.

PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE ● 22

- Consultation pour céphalées et cervicalgies (radiographies normales) puis pour acouphènes (avis ORL). Le lendemain, rupture d'anévrisme. Décès. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.
- Consultation pour cervicalgies suite à un effort important (radiographies) puis céphalées et malaises. Diagnostic de névralgie d'Arnold et scanner prévu. Hémorragie cérébrale par rupture d'anévrisme avant l'examen. Chirurgie avec dérivation ventriculaire.
- Consultation pour céphalées et cervicalgies après une chute de ski. Diagnostic de torticolis fait initialement par un confrère et poursuite des activités sportives. Persistance des troubles. Radiographies et kinésithérapie non réalisée car survenue d'un AVC par dissection carotidienne. Régression partielle après thrombolyse. Il est reproché l'absence d'IRM. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.
- Consultation pour céphalées en post partum. Scanner interprété comme normal. Céphalées épisodiques à type de migraines, avant la survenue d'un AVC brutal par rupture d'anévrisme trois ans plus tard. Erreur d'interprétation du scanner. Persistance d'une atteinte cognitive majeure après embolisations.
- Consultation en urgence pour vertiges (et paresthésies avec engourdissement du bras ?) et céphalées chez une femme de 27 ans. AVC tardivement diagnostiqué.
- Consultation en urgence pour vertiges et chutes à répétition chez une patiente de 79 ans, aux antécédents d'AVC. Hospitalisation

proposée et refusée. Avis demandé. Aggravation rapide et décès d'une hémorragie cérébrale sur malformation vasculaire.

○ Jeune patiente vue le lendemain d'une perte de connaissance avec céphalées. Absence d'hospitalisation immédiate reprochée. Aggravation quelques jours plus tard (pas d'admission) puis convulsions avec aphasie. Hospitalisation et décès.

○ Patient de 36 ans suivi pour lombalgies et sciatique, en arrêt de travail. La veille de la reprise, il signale un engourdissement de l'hémicorps homolatéral depuis le matin, des difficultés à se déshabiller. Hospitalisation en urgence le soir pour AVC ischémique et hémiparésie. L'épouse soutient qu'il avait d'emblée des troubles de la parole.

○ Consultation pour poussée hypertensive d'un patient de 81 ans, Alzheimer. Constat quelques heures plus tard d'un AVC.

○ Découverte d'un AVC ancien sur une IRM, un an après des consultations pour troubles des fonctions supérieures chez une patiente de 60 ans.

○ Retard diagnostique d'une thrombophlébite cérébrale chez une patiente en EHPAD.

○ Consultation pour céphalées puis nausées. Antalgiques et manipulation, puis baisse d'acuité visuelle et avis ophtalmologique. Papille œdémateuse. Refus d'hospitalisation. IRM en urgence révélant une HTIC bénigne. Cécité malgré la prise en charge hospitalière. Deux sociétaires ophtalmologistes sont également mis en cause.

○ Consultation pour céphalées. Aggravation brutale avec vomissements et syndrome frontal. Astrocytomes anaplasiques. Chimiothérapie.

○ Découverte fortuite d'une tumeur hypophysaire lors d'une hospitalisation pour suspicion de méningite, trois jours après une première consultation pour fièvre.

○ Retard diagnostique d'un syndrome de Sheehan. Diagnostic porté deux ans après un accouchement hémorragique. Trois sociétaires médecins généralistes, un sociétaire psychiatre et un sociétaire gynécologue sont mis en cause.

○ Demande d'avis après plusieurs mois de suivi. Diagnostic par la neurologue d'une polynévrite liée à une maladie de Biermer.

○ Après un an de suivi pour troubles de la marche, avis rhumatologique et diagnostic d'une maladie de Parkinson.

○ Patient multi-exploré pour des troubles divers avant qu'un neurologue ne porte le diagnostic sérologique de maladie de Lyme atypique.

TRAUMATISMES ◆ 18

Adultes ◆ 14

○ Méconnaissance d'une plaie de l'extenseur. Rupture affirmée un mois après une suture pour plaie au couteau du gros orteil.

○ Cervicalgies persistantes après hospitalisation pour polytraumatisme important. Kinésithérapie puis antalgiques majeurs et, un mois plus tard, diagnostic au scanner de fracture instable C6-C7, déjà visible sur le body scanner fait à l'hôpital.

○ Patient psychotique et épileptique. Douleurs persistantes des épaules après crises d'épilepsie (prise en charge hospitalière et réanimation). Retard diagnostique de trois semaines après la sortie d'une fracture d'une épaule et d'une fracture comminutive de la tête humérale controlatérale. Trois sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.

○ Patient hospitalisé pour crises d'épilepsie. Douleurs rattachées à une rhabdomyolyse. Plusieurs consultations en ville pour antalgiques avant la découverte, un mois plus tard, d'une luxation bilatérale des épaules associée à une fracture d'un côté.

○ Retard diagnostique d'une luxation de l'épaule (bilan aux urgences

la veille, jugé normal). Echographie demandée une semaine plus tard par le généraliste, puis IRM trois semaines plus tard.

○ Radiographies du coude et du poignet après une chute. Immobilisation par Dujarrier. Méconnaissance d'une fracture comminutive de l'épaule, décelée par IRM trois semaines plus tard. Algodystrophie.

○ Diagnostic d'entorse de cheville. Pas de radiographie, rééducation. Découverte d'une fracture du calcanéum au stade de pseudarthrose, huit mois plus tard. Ostéotomie.

○ Traumatisme de cheville. Bilan complet évoquant une entorse, puis avis orthopédiste un mois plus tard. Arthroscanner peu contributif. Persistance des douleurs.

○ Retard diagnostique de quelques jours d'une fracture du bassin (visite repoussée au lendemain, porte close...).

○ Retard diagnostique de trois mois d'une luxation traumatique d'un orteil. Evocation d'une crise de goutte.

○ Retard diagnostique de trois mois d'une fracture du gros orteil chez un danseur, vu une seule fois par le généraliste avec demande de radiographie, considérée comme normale. Mauvaise consolidation.

○ Retard diagnostique d'une arthrite du doigt après suture par un confrère.

Enfant ◆ 4

○ Enfant de 18 mois. Fracture de la clavicule finalement évoquée par un généraliste après deux consultations auprès de confrères urgentistes et au centre de santé.

○ Enfant de 5 ans. Radiographies à deux reprises et échographie pour traumatisme du coude. Conseil au téléphone, sur l'insistance de la mère, de consulter un orthopédiste, vu trois semaines plus tard. Luxation de la tête radiale (Monteggia).

○ Enfant de 12 ans. Diagnostic de fracture fermée du cubitus. Contrôle à trois semaines. Diagnostic un mois plus tard d'une fracture/luxation de la tête radiale (Monteggia).

○ Enfant de 8 ans. Diagnostic d'entorse de cheville. Pas de radiographie prescrite. Fracture du tibia, avec discret déplacement, diagnostiquée deux jours plus tard, après le retour de colonie de vacances. Réduction.

URGENCES ABDOMINO-PELVIENNES ◆ 10

○ Appendicite révélée huit jours après une prise en charge pour douleurs abdominales ayant fait évoquer une sigmoïdite, chez une femme de 21 ans.

○ Diagnostic de gastroentérite chez un enfant de 4 ans, qui sera opéré d'une péritonite appendiculaire après avoir consulté trois autres médecins en moins de 36 heures. Suites simples.

○ Retard diagnostique d'un plastron appendiculaire, bien que le diagnostic ait été posé immédiatement dès la consultation. Le patient considère que les traitements AINS et antalgiques pour ses ostéonécroses de hanche ont participé à l'évolution. Deux sociétaires médecins généralistes et un sociétaire rhumatologue sont mis en cause.

○ Hospitalisation quelques jours après une consultation pour constipation opiniâtre (lavement évacuateur). Cancer colique sténosant chez une patiente ayant refusé la coloscopie de dépistage (antécédent familial de cancer). Décès dans les suites opératoires.

○ Consultation nocturne en urgence à la demande du centre 15 pour douleurs abdominales et vomissements chez un patient ayant deux occlusions dans ses antécédents. Diagnostic de gastroentérite. Hospitalisation le lendemain pour occlusion.

○ Retard diagnostique d'une GEU (deux échographies normales,

béta HCG en diminution). "Pilotage" en grande partie téléphonique. Diagnostic fait dix jours plus tard à l'hôpital.

○ Retard diagnostique d'une GEU, fait au 5^{ème} jour après un suivi gynécologique pour IVG et métrorragies par le gynécologue pendant six semaines. Déglobulisation.

○ Retard diagnostique d'une fistule iléovaginale sur maladie de Crohn iléale se présentant comme une infection vaginale puis perforation du grêle. Iléostomie. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.

DIVERS CHEZ L'ENFANT ● 5

○ Suivi d'un enfant depuis sa naissance. Retard d'acquisition à 5 mois. Suivi par la PMI, et revu à 9 mois. Macrocrânie évidente. Dérivations en urgence d'une hydrocéphalie sur sténose de l'Aqueduc. Il est reproché de ne pas avoir remarqué l'augmentation anormale du périmètre crânien, mesuré à chaque consultation.

○ Retard diagnostique d'une leucomalacie périventriculaire, diagnostiquée à l'âge de 2 ans chez un enfant vu depuis un an, essentiellement pour des infections ORL, et présentant des troubles de la marche.

○ Méconnaissance d'une luxation de hanche (2) : diagnostic à 18 mois ou à 30 mois.

○ Diagnostic de glaucome congénital dans un délai et des conditions non précisés chez un enfant vu à trois reprises jusqu'au 8^{ème} mois.

AUTRES ● 15

Infection ● 7

○ Fièvre à J 5 du post partum. Prescription d'un bilan biologique. Résultats disponibles en même temps que l'hospitalisation le lendemain par le Samu appelé par la patiente. Endométrite puis choc septique à streptocoque A. Amputations distales.

○ Consultations (trois médecins successifs) pour fièvre puis pour intolérance aux antibiotiques prescrits. Hospitalisation. Forte suspicion d'endocardite, confortée par la survenue d'un AVC hémorragique. Détartrage dentaire récent dont le généraliste n'était pas informé, chez cette patiente ayant une insuffisance aortique. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.

○ Fièvre trois mois après la prise en charge d'une hématomérose (fibroscopies, suture puis clip). Biologie, antibiotiques. Retard diagnostique de quelques jours d'une endocardite chez un patient valvulaire (antécédent oublié du généraliste). Remplacement valvulaire.

○ Fièvre après cholécystectomie. Renvoi au chirurgien, puis antibiotiques et corticoïdes. Retard diagnostique de deux mois d'une endocardite chez un patient sans valvulopathie connue. Remplacement valvulaire.

○ Retard diagnostique d'une endocardite révélée par un AVC, quatre mois après un remplacement valvulaire avec prise en charge d'une plaie suturée non compliquée dans l'intervalle.

○ Retard diagnostique d'une tuberculose évolutive chez un patient de 83 ans ayant un antécédent de tuberculose, une altération de l'état général et pris en charge par un pneumologue. Plusieurs hospitalisations avant la découverte de BK. Décès d'une détresse respiratoire.

Divers ● 8

○ Suivi régulier, pendant de nombreuses années, pour dysménorrhée s'accroissant. Nombreuses consultations de spécialistes pour

divers motifs, dont des gynécologues (adénome du sein). Découverte d'une endométriose de la cloison recto vaginale sur l'IRM finalement demandée par le généraliste. Colectomie compliquée.

○ Torsion du cordon spermatique pris pour une orchite. Nécrose testiculaire.

○ Retard diagnostique de zona, posé lors de l'apparition de l'éruption.

○ Œil rouge et douloureux traité comme une conjonctivite par collyre. Perte de l'acuité visuelle, attribuée une semaine plus tard à une crise de glaucome.

○ Retard diagnostique d'une hypothyroïdie lors de la prise en charge d'une obésité morbide. Perte de poids de 4 % sous opothérapie.

○ Retard diagnostique allégué d'une algodystrophie après chirurgie du canal carpien, pouce exclu. Inaptitude. Un sociétaire orthopédiste est également mis en cause.

○ Retard diagnostique d'un an d'une polyarthrite, faute d'examen biologique.

○ Retard diagnostique allégué d'un hématome rétroplacentaire lors d'une échographie fœtale à 33 SA, quinze jours avant l'accouchement d'un enfant en état de mort apparente.

iatrogénie

166

MEDIATOR® ● 112

○ Déclarations dans le cadre de procédures concernant le Médiator®.

ANTICOAGULANTS ● 12

○ Surveillance d'une reprise des antivitamines K sous couvert d'Arixtra® en postopératoire. INR à 2,5. Arrêt de l'Arixtra®. Trois mois plus tard, décès d'une hématomérose. Pas de lien causal.

○ Hémorragie bénigne suite à une prescription d'Arixtra® à dose erronée.

○ Prescription téléphonique d'Arixtra® en relais d'antivitamines K avant la création d'une fistule artério veineuse. Traitement entériné par l'anesthésiste. En postopératoire, envoi d'une ordonnance d'Arixtra® à la place de la calciparine, sur sollicitation d'une infirmière pour des raisons de commodité. Contre-indication en cas d'insuffisance rénale. Choc hémorragique et décès.

○ Prescription d'Arixtra® entérinée par l'anesthésiste, en relais d'antivitamines K pour AC/FA en vue d'une chirurgie non urgente de hernie pariétale. Choc hémorragique en postopératoire et décès.

○ Survenue de rectorragies, probablement d'origine diverticulaire, et nécessitant des transfusions chez un patient sous anticoagulants. Récidive des rectorragies six mois plus tard, conduisant à arrêter définitivement les antivitamines K.

○ Surdosage d'anticoagulants à deux reprises, à quatre jours d'intervalle. Chute et hématome intra cérébral. Séquelles majeures.

○ Surdosage d'anticoagulants après quatre jours d'association avec du fluconazole. Hémorragie cérébrale et décès.

○ Hémorragie digestive lors de l'association d'antivitamines K et d'un antimycosique.

○ Relais par antivitamines K mal surveillé, en rééducation d'une prothèse de genou. Surdosage et hématome sous-dural.

○ Relais anticoagulant (remplacement valvulaire) après coloscopie. Surdosage géré par un autre praticien et traitement d'une infection urinaire par Bactrim®. Consultation pour persistance de l'infection,

quelques heures avant une hémorragie cérébelleuse avec surdosage persistant en anticoagulants. Chirurgie lourde. Séquelles majeures.

○ Conseil téléphonique d'arrêter le traitement du fait d'un surdosage manifeste asymptomatique. Visite le lendemain et hospitalisation pour pneumopathie associée. Décès.

○ Arrêt d'un traitement par Plavix® avant une coloscopie. Pas de reprise ensuite et AVC, cinq jours après la sortie. En fait, accident hémorragique chez un hypertendu.

AUTRE ● 42

○ Prescription d'association illicite de médicaments pour maigrir. Interdiction d'exercice (Six patients sont concernés).

○ Prescription de morphiniques chez le frère d'un toxicomane connu, décédé à son domicile. Enquête de la sécurité sociale du fait de la fréquence de telles prescriptions dans la clientèle. Interdiction d'exercice.

○ Décès d'un possible choc anaphylactique, suite à la prise d'un antibiotique auquel le patient était en fait allergique (erreur de transcription quant aux allergies).

○ Décès quelques minutes après la prise d'Augmentin®. Pas de notion d'allergie. Stent coronaire.

○ Prescription d'un antibiotique dérivé de la pénicilline. Allergie ignorée par le médecin. Appel de la patiente au vu de la notice.

○ Allergie cutanée au Takétiam®. Surveillance en hospitalisation.

○ Allergie cutanée à l'amoxicilline chez un patient ayant déclaré une "intolérance" à l'Augmentin®.

○ Tendinopathie achilléenne bilatérale chez un homme de 38 ans après prescription de quinolones.

○ Allergie cutanée après prescription de quinolones. Syndrome néphrotique quatre mois plus tard.

○ Hépatite aiguë, suspecte dans un premier temps d'être médicamenteuse (quinolones). En fait, biopsie hépatique évoquant un processus infectieux.

○ Crise d'asthme mortelle déclenchée par la prise d'anti inflammatoires, chez une patiente ayant une allergie à l'aspirine. Décès à domicile malgré la réanimation.

○ Syndrome de Lyell après prescription de tetrézepam et d'anti inflammatoires (3), d'amoxicilline et anti inflammatoires (1).

○ Hémorragie digestive sous AINS liée à une récurrence d'ulcère bulbaire (antécédents plus de dix ans auparavant). Il est reproché l'absence de protecteur gastrique et le départ du médecin sans attendre l'ambulance appelée (constat d'une anémie avec hémoglobine à 4g/dl à l'arrivée).

○ Perforation d'un ulcère duodénal sous association d'anti inflammatoires et de corticoïdes pour une sciatique. Il est reproché l'absence de protecteur gastrique et le conseil oral, sans examen, d'arrêter le traitement puis d'aller aux urgences lors de la survenue de douleurs épigastriques.

○ Ostéoporose sévère chez un homme de 50 ans, favorisée par le renouvellement intempestif, mensuel et prolongé, de lavements de corticoïdes pendant plusieurs années, sans nouvel avis spécialisé, pour une rectocolite hémorragique.

○ Survenue d'un AVC ischémique le lendemain d'une injection d'AINS (2).

○ Somnolence chez un enfant de 2 ans, due à la prescription de codéine à dix fois la dose.

○ La famille d'un patient de 83 ans, obèse, insuffisant respiratoire sous oxygénothérapie, attribuée à une injection de morphine pour sciatique hyperalgique la dégradation de son état et son décès, survenu trois jours plus tard.

○ Effets secondaires ou "intolérance" de la Lamaline® chez une patiente ne supportant pas la codéine.

○ Décès, dans des circonstances inconnues, d'une femme de 55 ans, attribué par la famille au renouvellement d'un lourd traitement antalgique prescrit par un centre antidouleur.

○ Renouvellement ponctuel de Pentasa® pour une rectocolite hémorragique. Patient suivi par un gastroentérologue. Pas de surveillance de la fonction rénale pendant trois ans. Découverte ensuite d'un dosage de créatinine ancien pathologique, passé inaperçu. Insuffisance rénale chronique iatrogène.

○ Association de dihydroergotamine et de macrolides déclenchant un ergotisme.

○ Survenue d'une addiction aux jeux avec conséquences financières, attribuée au traitement de quelques mois de Trivastal® pour artérite. Antécédents psychiatriques.

○ Hypokaliémie majeure (1,9 meq) sous diurétiques pour HTA (pas de surveillance biologique). Hypotonie majeure après injection de corticoïdes. Troubles du rythme et décès.

○ Acidose lactique sous biguanides avec insuffisance rénale aiguë et état de choc cardiogénique attribués à une association de médicaments (troubles du rythme, hypertension) chez une diabétique. Cécité par NORB ischémique.

○ Insuffisance rénale attribuée au Lithium, cinq ans après l'arrêt du traitement. Greffe programmée. Renouvellement ponctuel par le généraliste ayant fait doser deux fois la lithémie.

○ Troubles de la vigilance sous antidépresseurs initiés en secteur hospitalier.

○ Erreur de prescription de Méthotrexate quotidienne au lieu d'hebdomadaire. Erreur relevée par la pharmacienne, qui prévient le médecin et l'infirmière de maison de retraite. Ordonnance déjà faxée, non modifiée. Aplasie médullaire à huit jours. Décès.

○ Myalgies attribuées à un traitement hypolipémiant jusqu'à la découverte d'une pseudo polyarthrite.

○ Prescription d'un traitement local par Locobital® contre-indiqué chez une patiente en cours d'allaitement, à laquelle elle attribue la survenue d'un épisode fébrile transitoire chez l'enfant.

○ Mise en cause de plusieurs laboratoires par une patiente accusant les traitements successifs d'être à l'origine d'une hépatopathie, en fait liée au diabète. Un sociétaire psychiatre est également mis en cause.

○ Récurrence de malaises et nécessité d'une hospitalisation en psychiatrie pendant trois mois, attribuées à une prescription, effectivement erronée, d'Enantone mensuelle et non trimestrielle.

○ Une femme accuse une prescription non démontrée de distilbène chez sa grand-mère d'être responsable d'une malformation utérine chez sa mère et d'une hémorragie cérébrale à sa naissance, prématurée. Infirmité motrice.

Prise en charge

138

PRISE EN CHARGE DE CANCER ● 7

○ Tumeur du sein connue d'une patiente de 68 ans. Refus de soins. Traitement antalgique avant prise en charge palliative hospitalière. Décès.

○ Refus de poursuite de la chimiothérapie première pour cancer du sein en raison d'effets secondaires. Traitement homéopathique

d'accompagnement pendant dix-huit mois et orientation vers des stages de "médecine quantique". Evolution métastatique.

○ Diagnostic rapide d'une tumeur pancréatique métastasée. Bilan hospitalier. Décès à domicile d'une embolie pulmonaire massive. Il est reproché l'absence de traitement anticoagulant au vu du scanner initial prescrit par le généraliste et montrant des thromboses pulmonaires asymptomatiques. Un sociétaire cancérologue est également mis en cause.

○ Au décours de la prise en charge d'un lymphome, retour à domicile et plusieurs consultations en quelques jours avant ré-hospitalisation, jugée tardive. Insuffisance rénale nécessitant une dialyse. Chimiothérapie avant la première séance et décès. Un sociétaire oncologue est également mis en cause.

○ Décès d'un patient ayant refusé la prise en charge par le gastroentérologue devant une anémie et un amaigrissement, dans un tableau de carcinose péritonéale.

○ Patient en phase terminale d'un cancer pulmonaire à domicile. La famille accuse le Durogésic® d'avoir précipité le décès.

○ Décès d'un patient en cours de chimiothérapie en hospitalisation pour une carcinose péritonéale, rapidement diagnostiquée lors d'un amaigrissement rapide. Mise en cause par erreur.

PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE ET DÉCÈS INEXPLIQUÉS ● 16

Cardiovasculaire ● 14

○ Malaise suivi d'une perte de connaissance et de pauses respiratoires lors d'une visite chez une femme de 22 ans, examinée la veille aux urgences pour ce motif. Arrêt cardiaque dans le véhicule des pompiers. Cause du décès inconnue.

○ Décès d'un homme de 35 ans, quelques heures après un bilan pour douleurs thoraciques. Dosage de troponine a posteriori élevé.

○ Consultation de renouvellement d'un traitement anti HTA et hypolipémiant chez une patiente obèse de 52 ans. Asthénie. Mort subite le lendemain. Un proche affirme que cette femme présentait également une douleur du bras.

○ Hospitalisation immédiate en cardiologie interventionnelle pour douleurs thoraciques puis ré-hospitalisation immédiate après la sortie pour récurrence. Décès.

○ Suivi pour artériopathie des membres inférieurs avec un angiologue. Diabète. Hospitalisation pour décompensation cardiaque et amputation sur mal perforant plantaire. Décès le lendemain de la sortie, de cause inconnue.

○ Retard diagnostique d'une occlusion artérielle sur pontage ancien, révélée par des douleurs croissantes puis une plaie nécrotique. Absence de traitement oral d'un diabète mal équilibré. Amputation.

○ Demande d'avis cardiologique. Ischémie aiguë d'un membre, deux jours après une scintigraphie d'effort. Amputation. Un sociétaire cardiologue est également mis en cause.

○ Suivi insuffisant par le généraliste et le cardiologue lors de la décompensation d'une cardiopathie dilatée. Choc cardiogénique sur flutter dix jours après une consultation cardiologique, puis majoration du traitement par le généraliste. Décès.

○ Consultations encadrant un avis cardiologique. Polyopathologies, insuffisance rénale aiguë et OAP. Décès dans les suites immédiates d'une hospitalisation.

○ Arrêt reproché d'un traitement diurétique devant le constat d'une insuffisance rénale. Survenue quelques jours plus tard d'un OAP, chez un patient de 80 ans en AC/FA.

○ Hospitalisation pour dyspnée aiguë. Ambulance refusée. Perte de connaissance et douleur thoracique sur le trajet à pied. Pas de syndrome coronarien aigu. En fait, œdème lésionnel sur pneumopathie.

○ Plainte pour absence d'avis cardiologique et non-traitement d'une hypercholestérolémie chez un patient de 56 ans, suivi pendant plusieurs années pour HTA et ayant fait un infarctus.

○ Plainte pour absence d'avis cardiologique depuis dix ans pour HTA mal contrôlée chez un homme de 75 ans. Survenue d'un syndrome coronarien et décès postopératoire.

○ Renouvellement reproché d'un antidiabétique avant son retrait du marché (prescription initiale par endocrinologue). Absence de bilan cardiaque pendant trois ans avant un décès brutal, de cause incertaine, et suspect d'être lié à un syndrome coronarien aigu.

Décès inexplicé ● 2

○ D'une femme de 43 ans, traitée pour un lupus cutané.

○ D'un patient hospitalisé au retour d'un pèlerinage (chute).

SUIVI DE GROSSESSE ● 7

○ Non-prescription de RAI chez une femme rhésus négatif lors du bilan de déclaration de sa deuxième grossesse. Dosage effectué quelques jours plus tard lors d'une amniocentèse. Résultat pathologique non transmis, ni réclamé par le généraliste qui suit la grossesse. Mort fœtale à 34 SA par incompatibilité fœto maternelle confirmée après l'accouchement par la positivité des RAI, ce dont ni la mère ni le généraliste ne seront avertis par le centre hospitalier.

○ Suivi du début de grossesse d'une femme, décédée au décours de l'accouchement d'une vraisemblable embolie amniotique.

○ Prise en charge reprochée, en début de grossesse, d'un diabète connu sous traitement oral poursuivi avant l'avis d'un endocrinologue (insulinothérapie avec bon équilibre du diabète), demandé deux mois plus tard lors de la consultation suivante. Césarienne programmée et réalisée en urgence pour SFA majeure et rupture utérine. Décès de l'enfant, sans lien apparent avec une macrosomie et le diabète maternel.

○ Prise en charge en cours de grossesse d'un abcès anal opéré. Récidive de douleurs et fièvre un mois plus tard. Antibiothérapie et avis demandé. Méningite avec abcès cérébral trois semaines plus tard. Critique du choix et de la posologie de l'antibiotique prescrit (amoxicilline). Séquelles visuelles.

○ Mise en cause par erreur. Mort fœtale in utéro lors d'une grossesse non suivie par le généraliste.

○ Mise en cause systématique en tant de médecin traitant. Hématome rétroplacentaire.

○ Mise en cause systématique en tant de médecin traitant. Césarienne en urgence et SDRA deux jours plus tard. Décès. Maladie de Behcet et DRESS syndrome possible en cours de grossesse.

PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT ● 12

Hospitalisation/soins de suite ● 7

○ Prise en charge d'une patiente de 87 ans pour tassement vertébral algique. Non prise en compte d'une insuffisance rénale majorée à J 5 (insuffisance rénale dialysée, pneumopathie et bactériémie, confusion sous morphiniques). Réanimation, décès ultérieur.

○ Surveillance clinique attentive au décours d'une chute avec traumatisme crânien sous anticoagulants. Aggravation brutale à J 2. AVC hémorragique et décès.

- Surveillance en rééducation en postopératoire d'une chirurgie de canal carpien. Absence d'anticoagulants à titre préventif chez un patient de 81 ans, peu mobile. Survenue d'une phlébite.
- Chute nocturne en rééducation d'une fracture du col chez un patient sous anticoagulants. Pas de conséquence immédiate constatée par les infirmières ni d'appel du médecin avant la visite en cours de matinée. Hématome intracérébral avec engagement. Décès.
- Défenestration imprévisible (pas d'antécédent psychiatrique) lors d'une hospitalisation pour décompensation œdémato ascitique. Décès.
- Décès dans un contexte de pleurésie probablement métastatique.
- Mise en examen d'un interne pour manquement délibéré. Décès.

En EHPAD ● 5

- Décision, jugée tardive, d'hospitalisation pour décompensation cardiaque après visite, suite à un conseil téléphonique d'un médecin de garde, pour suspicion d'œdème pulmonaire et prescriptions téléphoniques. Décès.
- Décès trois jours après le retour en EHPAD (sans courrier ni compte rendu) d'une patiente dépendante, opérée d'une fracture du col, prise en charge immédiatement (antibiotiques et anticoagulants) pour un encombrement bronchique.
- Conseil téléphonique (réaction cutanée après un bain) précédant un déplacement quelques heures plus tard à la demande du centre 15. Constat de brûlures du deuxième et troisième degrés sur 40 % de la surface corporelle. Hospitalisation (décision du médecin ou sur demande de la famille ?). Décès six jours plus tard.
- Retard d'hospitalisation allégué d'une patiente démente et grabataire, présentant des fausses routes et un encombrement bronchique. Pneumopathie et décès.
- Chute et fracture du col attribuées à un syndrome confusionnel dû à la non-délivrance de médicaments pour psychose maniaco-dépressive. Décès.

INFECTIONS DIVERSES CHEZ L'ADULTE ● 15

- Visite à domicile. Toux et symptômes évocateurs de gastroentérite. Le praticien apprend par la famille, en fin de visite, qu'existerait une leucopénie non menaçante due à un traitement antipsychotique arrêté. Constat du décès le lendemain. Syndrome infectieux et œdème pulmonaire lésionnel à l'autopsie.
- Visite à domicile pour énième pneumopathie de déglutition chez un patient dépendant. Prescription d'antibiothérapie. Hospitalisation à l'initiative de la famille le lendemain. Choc septique dans un contexte de pneumopathie et d'un syndrome de Lyell. Décès.
- Consultations successives dans un contexte d'épidémie. Examen en faveur d'une pneumopathie. Bilan et traitement en urgence. Hospitalisation 48 heures plus tard pour détresse respiratoire. Décès en réanimation. Grippe H1N1.
- Infection respiratoire initialement améliorée, puis fièvre élevée à J 4 de la visite. Diagnostic de grippe. Hospitalisation le lendemain pour détresse respiratoire aiguë (pneumopathie sur grippe H1N1). Il est reproché l'absence de prescription de Tamiflu®.
- Diagnostic de pneumopathie sur terrain immunodéprimé chez une patiente de 40 ans, après plusieurs consultations. Avis pneumologique en urgence car apparition d'un épanchement. Décès lors de la ponction pleurale (surdosage en anesthésiques locaux).
- Insuffisance respiratoire. Infection à mycobactérie tardivement et difficilement diagnostiquée par un spécialiste. Décès d'une embolie pulmonaire. Un sociétaire pneumologue est également mis en cause.

- Diagnostic de gastroentérite. Extrémités froides. Hospitalisation quelques heures plus tard. Choc septique sur bactériémie à pneumocoques et entérocoques. Réanimation. Amputations distales aux quatre membres.
- Fièvre, otite et traitement antibiotique chez un patient porteur d'une chambre implantable (cancer prostatique). Hyperleucocytose à 22000. Hospitalisation proposée mais initialement refusée. Amélioration avant le constat, dix jours plus tard, d'une infection de la chambre. Choc septique et décès en réanimation.
- Traitement par Zovirax® pour herpès oculaire, accusé d'être responsable d'une récurrence de crises d'une épilepsie traitée avec état de mal (scanner et PL normaux). Patient décédé quelques mois plus tard d'une rupture d'un anévrisme clippé.
- Patient vu une fois pour lombalgie simple. Dans un délai non précisé, diagnostic par des confrères d'une arthrite sternoclaviculaire fébrile révélant une septicémie à point de départ dentaire ou urinaire. Séjour hospitalier prolongé du fait de localisations infectieuses multiples (dont spondylodiscite).
- Syndrome grippal avec myalgies et bronchite. Radiographie thoracique le lendemain. Apparition d'une douleur du mollet deux jours plus tard, évoquant une phlébite. Diagnostic infirmé aux urgences, sans Doppler. Diagnostic quatre jours plus tard d'une thrombose étendue à la veine cave avec embolie pulmonaire.
- Contexte d'épidémie virale. Demande d'acupuncture refusée devant fièvre, toux et arthralgies. Antalgiques et AINS dont la prescription est reprochée, du fait d'une toxidermie puis rapidement d'une pleuro pneumopathie justifiant l'hospitalisation en réanimation par un confrère. Evolution favorable.
- Traitement par Zovirax® pour zona, nausées et vomissements. Traitement symptomatique avant rendez-vous prévu en gastroentérologie. Survenue d'une perforation gastrique. Diagnostic de lymphome.
- Prise en charge conjointe avec un dermatologue pour aggravation d'une dermo hypodermite de jambe chez un diabétique. Ostéite nécessitant une amputation puis ostéo arthrite septique majeure à distance, dans un contexte de septicémie vraisemblablement d'origine dentaire. Un sociétaire dermatologue est également mis en cause.
- Prise en charge d'une angine. Phlegmon de l'amygdale ?

INFECTION CHEZ L'ENFANT ● 9

- Conseil téléphonique, le soir de la sortie de la maternité, pour un enfant de six jours. Conseil d'hospitalisation avec courrier le lendemain samedi pour fièvre. Hospitalisation effective le lundi. Méningite à E Coli. Séquelles majeures. A posteriori, les prélèvements réalisés à la maternité révélaient déjà la présence de ce germe.
- Consultations pour infection pulmonaire avec angine chez un enfant trisomique de 2 ans. Aggravation le soir. Samu indisponible. Transfert par pompiers dans un service d'urgence, d'où il est re-transféré immédiatement en réanimation. Décès en cours de transport. Deux sociétaires médecins généralistes et un sociétaire urgentiste régulateur sont mis en cause.
- Enfant de 2 ans examiné pour fièvre. Traitement symptomatique. Hospitalisation le lendemain pour pyélonéphrite. Evolution favorable.
- Consultation d'un enfant de 3 ans pour fièvre puis éruption cutanée, apparue quelques heures auparavant. Examen rassurant et diagnostic de suspicion de varicelle en période épidémique. Aggravation brutale six heures plus tard, avec extension d'une éruption purpurique. Décès d'un purpura fulminans.
- Enfant de 4 ans examiné aux urgences pour fièvre avec angine

non bactérienne, puis éruption cutanée le lendemain, rattachées à un syndrome grippal. Vu le lendemain par le généraliste pour douleurs abdominales. Diagnostic non remis en cause. Décès trois jours plus tard d'un choc septique sur pleuro pneumopathie à streptocoques A, quelques heures après le début d'une gêne respiratoire motivant la consultation aux urgences.

○ Adolescent examiné dans un contexte épidémique. Diagnostic de gastroentérite. Revu dans la soirée et immédiatement hospitalisé (emmené par ses parents aux urgences proches). Décès une heure plus tard d'un choc septique.

○ Adolescente de 14 ans. Syndrome grippal le vendredi. Pas d'appel le week-end. Hospitalisation pour suspicion confirmée de méningite le lundi. Décès le lendemain (pneumocoques).

○ Adolescente de 16 ans examinée à deux reprises pour bronchite. Radiographie pulmonaire normale. Malaise trois jours plus tard et décès dans l'ambulance d'une embolie pulmonaire sous contraception orale et tabac.

PRISE EN CHARGE NEUROLOGIQUE ◆ 4

○ Absence reprochée d'information sur une possible SEP après une hospitalisation en neurologie à l'âge de 20 ans pour diplopie, et absence de nouvelle consultation spécialisée pour récurrence trois ans plus tard (premier généraliste). Pas de poussée identifiée pendant dix ans, puis troubles urologiques et sexuels (bilan) et de la marche (ataxique), s'aggravant progressivement pendant plusieurs années avant la confirmation du diagnostic de SEP (deuxième généraliste). Le patient aurait été considéré comme éthylique par son employeur du fait d'une démarche pseudo ébrieuse, et licencié pendant cette période. Il est également reproché l'absence de traitement par Interféron. Deux sociétaires médecins généralistes sont mis en cause.

○ Consultation d'une femme de 31 ans. Constat d'une HTA à 230/110 mm de Hg, puis tension contrôlée normale à plusieurs reprises lors de la consultation. Rendez-vous pris à une semaine. Entre temps, hospitalisation en urgence pour rupture d'anévrisme. Graves séquelles.

○ Bilan hospitalier pour anévrisme géant carotidien. Quelques heures après la sortie, troubles neurologiques (main, parole). Rendez-vous obtenu avec un neurochirurgien pour le lendemain. Hémiparésie par vasospasme traité médicalement. Séquelles.

PRISE EN CHARGE OPHTALMOLOGIQUE ◆ 3

○ Erreur de prescription d'un collyre chez un enfant de dix jours, corrigée par le pharmacien. Problèmes relationnels pendant la consultation.

○ Prescription d'un collyre antibiotique sans corticoïdes lors d'une consultation pour conjonctivite chez une porteuse de lentilles de contact. Pas d'amélioration le lendemain, et conseil téléphonique de continuer le traitement. Diagnostic le lendemain, aux urgences, d'un abcès cornéen à Pseudomonas. Acuité à 1/10^{ème}. Greffe en attente.

○ Prescription d'un collyre antibiotique avec corticoïde lors d'une consultation pour conjonctivite chez une porteuse de lentilles de contact. Diagnostic d'abcès trois jours plus tard. Acuité limitée à la perception lumineuse.

PRISE EN CHARGE ORL ◆ 4

○ Surdité "pressionnelle" vue à un mois après une audiométrie. Evolution défavorable.

○ Consultation au décours d'une prise en charge par des urgentistes, deux jours avant, pour otite aiguë avec perforation du tympan constatée après extraction d'un bouchon de cérumen. Avis ORL le

lendemain pour suspicion de méningite. Hospitalisation (cophose, paralysie faciale et fièvre). Surdité. Deux sociétaires médecins généralistes et un sociétaire urgentiste sont mis en cause.

○ Otalgie après plongée. Autorisation de reprendre la plongée quelques jours après. Survenue d'un possible barotraumatisme avec instabilité et acouphènes persistants.

PRISE EN CHARGE POSTOPÉRATOIRE ◆ 19

De complications septiques après arthroscanner (1), chirurgie orthopédique (8), ophtalmologique (1), chirurgie digestive (4), urologique (3), chirurgie cardiaque (1), implantation de neuro stimulateur (1).

Le généraliste est mis en cause pour le retard diagnostique ou la prise en charge dans certains intervalles, notamment du fait de la prescription d'antibiotiques probabilistes devant une suspicion d'infection, de l'absence de bilan biologique malgré l'avis demandé au chirurgien, mais avec un délai jugé préjudiciable. Il a pu lui être d'ailleurs reproché de ne pas avoir orienté son patient vers un autre chirurgien.

On peut notamment citer :

○ Consultation, un dimanche, d'un patient opéré de la cataracte trois jours auparavant, qui présente des douleurs oculaires et une perte de l'acuité visuelle dont, dit-il, il aurait informé le chirurgien. Malgré le conseil d'aller consulter aux urgences, le lundi étant férié, c'est le mardi que sera pris en charge une endophtalmie.

○ Une patiente se plaint qu'une sonde JJ mise en place pour trois mois soit redécouverte quatre ans plus tard après une infection (le généraliste étant informé du délai de retrait et la patiente négligente).

○ Atrophie testiculaire constatée à J 7 d'une cure de hernie inguinale (consultation à J 2 par des urgentistes). Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.

○ Episode qualifié de grippal, un mois après une Sleeve gastrectomie. Hospitalisation trois semaines plus tard pour choc septique sur lâchage anastomotique.

○ Lombalgies deux mois après une chirurgie de prolapsus, étiologies pyélonéphrite (infection urinaire basse quinze jours après l'intervention). Scanner six semaines plus tard par le généraliste. Spondylodiscite lombaire rapportée à la promontofixation.

○ AVC dans les suites d'une intervention pour tumeur rénale. Rôle du généraliste limité au diagnostic de la tumeur.

○ Sepsis et majoration de la dépendance après PTH. Décès.

○ Méningite à pyocyanique sans lien avec une infection urinaire après RTUP. Décès.

○ Patient hospitalisé décédé, dans les suites d'un remplacement valvulaire, d'un syndrome coronarien dont la famille reproche l'absence de diagnostic, y compris au généraliste (suivi conjoint par angiologue et cardiologue car athérome diffus).

PRISE EN CHARGE RHUMATOLOGIQUE ◆ 17

○ Patients pris en charge pour une sciatique (11) reprochant, devant l'évolution défavorable après chirurgie décidée parfois en urgence, devant des signes neurologiques (hernie exclue, récidivante) et parfois compliquée avec ré-intervention : le délai d'avis à un spécialiste ou à la réalisation d'imagerie, la réalisation d'une infiltration, la découverte postopératoire immédiate d'un anévrisme aortique. Il est aussi reproché l'absence de conseil, du diagnostic de syndrome débutant de la queue de cheval alors que les signes sont parfois

apparus après la dernière consultation (la traçabilité des données de l'examen est souvent absente). Dans 4 dossiers persiste un syndrome de la queue de cheval.

- Tendinopathies achilléennes anciennes (bilan puis infiltration). Survenue d'une rupture du tendon cinq mois plus tard.
- Aggravation d'une rupture partielle du tendon d'Achille malgré la prise en charge en orthopédie. Reclassement professionnel.
- Prescription de séances de kinésithérapie devant une névralgie d'Arnold. Survenue d'une tétraplégie peu régressive par dissection carotidienne après mobilisation du rachis. Absence de radiographie reprochée.
- Contexte d'arthrose post traumatique de cheville (radiographies demandées) et d'hyper uricémie. Survenue de douleurs avec œdème. Demande d'avis spécialisé (goutte). Hospitalisation rapide en urgence par les pompiers, révélant en fait une ostéite menant à l'amputation (insuffisance rénale aiguë et rhabdomyolyse, thromboses étagées et choc septique). Séjour prolongé en réanimation et séquelles.
- Prise en charge avec excision d'une plaie suite à cryothérapie d'une verrue par un dermatologue puis panaris. Diagnostic opératoire de kyste synovial. Deux sociétaires médecins généralistes et un sociétaire dermatologue sont mis en cause.

TRAUMATISME ● 11

- Absence d'exploration chirurgicale d'une plaie du pouce. Exploration à distance pour une lésion nerveuse. Algodystrophie majeure extensive.
- Prise en charge contestée d'une plaie du pied qui s'est infectée.
- Arthrite du doigt sur plaie par faucille et retard d'avis orthopédique (plaie de l'extenseur).
- Plaie négligée chez un diabétique. Antibiotiques et pansements par infirmière. Evolution rapide vers la nécrose. Amputation de l'avant-pied. Il est reproché de ne pas avoir vérifié l'état local sous le pansement.
- Prescription d'antalgiques de niveau 2 après luxation de l'épaule. Chute dans l'escalier (ébriété) et décès à domicile.
- Prescription et réalisation par un orthésiste d'un corset thermoformé pour dorsalgies intenses sur tassement. Hospitalisation quelques jours plus tard pour surdosage de morphiniques. Escarre axillaire infectée à l'ablation du corset, puis constat d'une paralysie plexique de cause imprécise.
- Tétanos diagnostiqué trois jours après une consultation pour plaie négligée chez une patiente de 89 ans. Simple demande de vérifier la vaccination auprès du médecin traitant. Coma et tétraparésie de réanimation.
- Prescription d'antalgiques et de rééducation après bilan aux urgences concluant à une entorse. Révélation, quatre mois plus tard, d'une fracture du plateau tibial déjà évidente.
- Réduction, sans anesthésie au cabinet, d'une luxation d'épaule sans lésion nerveuse après une chute de ski. Constat le lendemain au CHU d'une paralysie circonflexe et radiale nécessitant une exploration chirurgicale et une neurolyse.
- Prise en charge d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance (scanner normal) laissant persister des symptômes dont une instabilité à la marche, des vertiges et des acouphènes, rattachés quatre ans plus tard à une "commotion labyrinthique" par un ORL.
- Confection contestée (par l'hôpital) d'un plâtre ne prenant pas le coude après fracture de l'avant-bras en bois vert chez un enfant de 6 ans.

DIVERS ● 14

- Décès par overdose en cours de sevrage pris en charge par le généraliste.
- Survenue d'une insuffisance rénale aiguë avec infection urinaire sur sonde bouchée chez un patient de 92 ans, à domicile. Décès.
- Nécessité d'opérer une lithiase coralliforme, non surveillée par échographie pendant dix ans, chez une patiente tétraplégique faisant des infections urinaires sur lithiase connue. Néphrectomie.
- Insuffisance rénale surveillée chez un patient hypertendu, suivi en concertation avec le cardiologue. Avis néphrologique tardivement demandé. Dialyse avec thrombose de la première fistule.
- Mise en cause systématique par une patiente hospitalisée suite à l'insistance du généraliste, après refus à deux reprises de transport par le Smur dans la journée et refus de visite du médecin de garde, du fait du diagnostic téléphonique évoqué par ceux-ci de gastroentérite en période d'épidémie. Rupture de GEU. Suites favorables.
- Intoxication par la fumée (appareil de chauffage défectueux). Il est reproché d'avoir différé la première consultation à 48 heures et que ce retard soit à l'origine du déclenchement d'un asthme invalidant persistant chez un enfant de 6 ans.
- Rejet de greffe hépatique attribué à la pratique de prick tests pour suspicion confirmée d'allergie devant une toux chronique.
- Patients en cours de suivi par des psychiatres, reprochant le suivi, l'absence de guérison (4), reproches délirants ou abusifs par des patients psychiatriques (2), ou intoxication volontaire par antidépresseurs (1).

Geste

27

ESTHÉTIQUE ● 3

- Insatisfaction après séances de laser dépilatoire.
- Peeling pour acné du visage rendu responsable d'une acné rosacée.
- Granulomes après injection de produits de comblement non résorbables.

DIVERS ● 24

- Ablation de bouchon de cérumen. Surdité et acouphènes.
- Acupuncture (2) : pneumothorax ; morceau d'aiguille retrouvé dans le talon et extrait chirurgicalement.
- Cryothérapie, ventouse (2). Brûlures.
- Injection IM (5) : atrophie sous-cutanée après Kenacort® (3) ; septicémie avec abcès multiples ; sciatique.
- Manipulation ou ostéopathie (5) : sciatique persistante en lien avec hernie discale ; fracture de côtes ; cervicalgies après manipulation pour lombalgies ; douleurs et constat d'un enfoncement mineur supérieur de C5 ou aggravation alléguée.
- Mésothérapie (3): quinze jours après une mésothérapie cervicale, choc septique à staphylocoques Méti-S révélant des abcès multiples sous-cutanés avec méningite sur épидурite cervicale ; infection après infiltration d'un névrome de Morton traité par antibiothérapies successives par des confrères avant chirurgie ; réaction inflammatoire.
- Stérilet (2) : oubli d'un précédent DIU ; saignement et douleurs liés à la virginité
- Vaccination (4) : douleurs (2) ; abcès local, BCGite liée à une injection de vaccin au lieu de tuberculine ; convulsions fébriles dix jours plus tard avec importantes séquelles.

Non déplacement, non-assistance à personne en péril

7

- Décès d'un hématome sous-capsulaire hépatique d'une patiente sous anticoagulants, examinée en urgence pour douleur abdominale avec un INR récent correct. Appel moins d'une heure après. Conseil d'appeler le centre 15. Arrivée des secours tardive. Etat de choc hémorragique.
- Sollicitation de notre sociétaire à son domicile pour un voisin venant de faire un malaise et pour lequel le Samu a été appelé. Venue différée car pas de perception de la gravité alors qu'il s'agissait d'un arrêt cardiaque avec massage en cours sur le conseil du Samu. Arrivée rapide des pompiers.
- Plainte suite au décès d'un homme de 90 ans, dix-huit mois après la dernière consultation, pour non-assistance. Contexte de problème relationnel.
- Conseil téléphonique, par l'intermédiaire de la secrétaire, de se rendre aux urgences lors d'un appel pour rectorragies sous anticoagulants.
- Absence de déplacement immédiat pour douleurs sur ulcère veineux. Pas de conséquence.
- Absence de déplacement (conseil téléphonique à l'infirmier à domicile) et absence de réponse à un fax expédié en pleine nuit.
- Absence de signalement de sévices et retard diagnostique d'une épilepsie. Décès.

Expertise

4

- Contestation de la venue du médecin contrôleur (arrêt de travail) dans la tranche horaire annoncée. Patiente absente.
- Allégation de propos qualifiés d'infamants lors d'une visite de contrôle d'un arrêt de travail.
- Mobilisation douloureuse du genou, antérieurement traumatisé, lors d'une expertise.
- Contestation des conclusions.

Déontologie

17

- Contestation d'une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers (2).
- Refus d'hospitalisation à la demande d'un tiers suite à une consultation. Climat de conflit conjugal. Suicide trois jours plus tard.
- Utilisation, plusieurs années plus tard, d'un certificat en vue d'une hospitalisation à la demande d'un tiers par le fils et la belle-fille de la patiente, contestant le droit de visite qu'elle revendiquait concernant leurs enfants.
- Certificat de demande de protection judiciaire (troubles cognitifs). Problèmes relationnels avec certains enfants.
- Contestation des modalités de retour à domicile après PTH chez

un patient de 89 ans, ayant refusé une solution alternative d'hébergement.

- Contestation des conditions de retour à domicile après hospitalisation avec aides auprès de prestataires externes.
- Certificat. Immixtion dans des affaires de famille (2).
- Certificat d'aptitude au parachutisme jugé imprudent en raison d'antécédents de luxation de l'épaule. Récidive lors d'un saut.
- Rédaction de deux certificats de coups et blessures successifs et différents.
- Refus du droit de visite de parents d'un enfant hospitalisé par l'équipe psychiatrique. Mise en cause systématique. Un sociétaire pédiatre et des psychiatres sont également mis en cause.
- Envoi d'une ordonnance de Cytotec® par un remplaçant suite à une demande téléphonique d'un patient. Emploi du médicament pour interrompre la grossesse de sa compagne. Enquête de police.
- Allégation de propos racistes par la mère d'un enfant pris en charge pour brûlure.
- Refus de communication du dossier d'un patient décédé alors que la demande avait été faite dans les règles par sa fille.
- Accident du travail. Syndactylie pour fracture d'un orteil. Il est reproché qu'une algodystrophie tardive n'ait pas été reconnue en accident du travail.
- Contestation du paiement anticipé d'honoraires et absence de disponibilité d'un médecin thermal.

Divers

6

- Préjudice moral allégué quant au diagnostic exprimé de "schizophrénie mineure", qui s'avère erroné.
- Problème de reconnaissance en maladie professionnelle liée à l'amiante. Décès.
- Reproches variés concernant la prise en charge d'une gastrite.
- Mise en cause (3) en tant que médecin traitant dans divers litiges.

Domage corporel

6

- Chute en descendant de la table d'une patiente de 86 ans. Retour à domicile en ambulance. Diagnostic le soir, aux urgences du CHU, d'une fracture du fémur. Prothèse.
- Perte de connaissance brutale au décours d'une consultation pour abcès dentaire en regagnant la salle d'attente, car sensation de malaise. Fracture maxillo faciale.
- Chute par effondrement d'une chaise. Douleurs du sacrum.
- Malaise vagal après des soins (3) de cryothérapie, un prélèvement sanguin et un vaccin. Lésions dentaires.

Régulation Samu

7

Décrits dans la catégorie "urgentistes".

MEDECINE INTERNE

Les médecins internistes sociétaires de la MACSF ont adressé **5** déclarations (3 en exercice libéral et 2 en exercice privé du secteur public) : **3** plaintes pénales, **1** procédure civile, **1** réclamation.

- Retard diagnostique d'une rupture de dissection aortique sous-rénale lors d'une hospitalisation pour douleurs abdominales (antécédent de sarcoïdose). Praticien chef de service. Décès malgré le transfert hélicoptère à J 3. Il est reproché un bilan insuffisant.
- Prise en charge pour une pneumopathie à pneumocoques. Ré-hospitalisation quatre jours après la sortie pour suspicion, confirmée, d'embolie pulmonaire sur phlébite pelvienne. Attention d'un confrère devant la récurrence de douleurs thoraciques après cinq jours de traitement anticoagulant. Décès le lendemain, au lever, d'une embolie massive. Un sociétaire pneumologue est également mis en cause.
- Prise en charge d'une insuffisance cardiaque terminale chez un patient grabataire. Retour à domicile mais ré-hospitalisation cinq jours plus tard. Décès en réanimation (soins palliatifs). Il est reproché un traitement insuffisant.
- Prise en charge d'une chimiothérapie. Praticien chef de service. Injection intrathécale accidentelle de Vincristine au lieu de Méthotrexate. Paraplégie et complications respiratoires. Deux sociétaires oncologues sont également mis en cause.
- Avis successifs et ponctuels dans la prise en charge d'une infection d'un cathéter de neurostimulation épidurale. Conseil d'ablation du matériel, initialement non suivi puis incomplètement réalisé. Choix des antibiothérapies reproché (initialement puis lors d'une bactériémie avec discite). Evolution finalement favorable sur le plan infectieux.

MEDECINE LEGALE/ REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL

Un médecin légiste sociétaire de la MACSF a adressé **1** déclaration (en exercice libéral) : **1** procédure civile.

- Autopsie suite à une réquisition pour le décès suspect d'un enfant. Conclusions contestées par des autopsies ultérieures (noyade ou asphyxie ?).

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Les médecins physiques et rééducateurs sociétaires de la MACSF ont adressé **4** déclarations (3 en exercice libéral, 1 en exercice salarié) : **1** procédure civile, **1** plainte ordinaire, **1** réclamation et **1** saisine de CCI.

- Patient consultant de sa propre initiative après un accident de la voie publique pour cervicalgies (radiographies normales). Echec d'une manipulation prudente. IRM à un mois confirmant une hernie discale. Amélioration temporaire après infiltration par un confrère, puis nouvelle manipulation. Impotence en lien, selon le patient, avec une hernie déclenchée par les manipulations.
- Plusieurs manipulations pour lombalgies avant la découverte radiographique d'un tassement vertébral sur ostéoporose, imputé aux gestes.
- Plusieurs manipulations après traumatisme sportif cervico dorsal. Névralgie cervico brachiale apparue possiblement dans les suites. Imagerie prescrite par un confrère et montrant une hernie discale cervicale. Prise en charge contestée.
- Prise en charge inadéquate de la rééducation après intervention.

MEDECINE DU TRAVAIL

Les médecins du travail sociétaires de la MACSF ont adressé **3** déclarations (tous en exercice salarié) : **2** plaintes pénales et **1** plainte ordinaire.

- Litige concernant une aptitude, contestée, à la reprise du travail.
- Implication dans une procédure concernant une contamination par l'amiante.
- Suivi d'un patient ayant présenté une valvulopathie imputée au Médiateur®.

MEDECINE D'URGENCE

Les **3144** urgentistes sociétaires de la MACSF ont adressé **60** déclarations (34 en exercice libéral et 26 en exercice salarié), soit une sinistralité de **13,2 %*** en exercice libéral (contre **10,5 %** en 2011) : **19** plaintes pénales, **9** procédures civiles, **10** plaintes ordinaires, **11** réclamations et **11** saisines d'une CCI.

* La participation ponctuelle de médecins généralistes libéraux (8) à des activités de consultations, de gardes en clinique ou de régulation n'est pas prise en compte dans ce calcul.

Diagnostic et prise en charge

42

URGENCE CARDIOVASCULAIRE ◆ 7

- Douleur thoracique au repos chez une femme ayant une cardiomyopathie évoluée. ECG identique aux précédents, dosage de troponine négative. Arrêt cardio respiratoire non récupéré, quelques heures après la sortie. Dissection aortique ?
- Douleur nocturne prolongée du bras. Diagnostic de névralgie cervico brachiale. Arrêt cardiorespiratoire cinq jours plus tard (un diagnostic identique avait été porté par le généraliste, également consulté entre temps).
- Prise de relais d'un confrère le matin. Patient attendu en médecine après OAP et non revu, puis pris en charge pour récurrence de l'OAP douze heures plus tard. Décès. Infarctus méconnu sur l'ECG initial.
- Douleurs du bras au repos irradiant au thorax chez une femme de 32 ans, aux antécédents de phlébite des membres supérieurs sur contraception orale. ECG normal, biologie et D-Dimères. Arrêt cardio respiratoire non récupéré, deux heures après le retour à domicile.
- Œdème cervical traité quelques jours auparavant comme un œdème de Quincke, chez une patiente porteuse d'une chambre implantable et possédant le résultat d'un scanner récent. Pas de signe de gravité. Avis téléphonique de l'oncologue. Diagnostic quelques jours plus tard de thromboses veineuses extensives jugulaires et sous-clavières. Erreur d'interprétation du scanner.
- Douleur thoracique et malaise chez une femme de 23 ans, sous contraception orale. Hypothèse d'embolie pulmonaire envisagée par le généraliste. ECG normal. Retour à domicile et récurrence quelques heures plus tard, suivie d'un décès. Embolies pulmonaires confirmées à l'autopsie.
- Douleur de la cuisse chez un patient aux antécédents de phlébite. Constat d'un placard surinfecté (pique d'insecte). Diagnostic, quatre jours plus tard, d'une phlébite de la saphène interne.

URGENCE ABDOMINO PELVIENNE ◆ 6

- Retour d'un patient obèse, opéré d'une cholécystectomie huit jours avant, porteur d'un drain de Kehr (plaie du canal hépatique). Contact téléphonique avec le chirurgien. Hémopéritoine et choc septique le lendemain matin. Décès. Une sous-estimation de la gravité est reprochée.
- Retard diagnostique d'une péritonite par perforation intestinale chez un patient aux antécédents récents de chirurgie coelioscopique (adhésiolyse). Pas de pneumopéritoine aux urgences. Sortie sans avis chirurgical. Patient revu par le généraliste dans la soirée, à la demande du centre 15. Décès à domicile à l'arrivée du Samu.
- Douleurs abdominales chez un patient aux antécédents de gastrectomie pour cancer. Prescription après bilan d'un scanner pour le lendemain. Signalement de l'urgence en fin de garde. Intervention en fin de journée pour suspicion d'occlusion, en fait infarctus mésentérique. Décès.
- Diagnostic immédiat d'une énième occlusion du grêle chez une adulte IMC. Passage en réanimation décidé par le chirurgien. Intubation et décès.
- Douleur abdominale chez un adolescent après traumatisme par un ballon. Echographie abdominale normale. Torsion du cordon sper-

matique diagnostiquée le lendemain.

- Refus d'admission d'une patiente opérée de cholécystectomie les jours précédents, venue pour douleurs abdominales. Prise en charge le jour même dans un autre établissement pour pancréatite aiguë.

URGENCE ET INFECTION ◆ 6

- Arrivée d'un enfant de 2 ans pour détresse respiratoire, transporté par les pompiers, faute de Samu disponible. Décès pendant le transfert secondaire en réanimation, décidé immédiatement par le service d'urgence. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.
- Lombalgies fébriles. Suspicion de pyélonéphrite. Dysurie rapportée à un traitement par codéine. Suivi ponctuel en hospitalisation. Trois jours plus tard, paraplégie par abcès épidual. Séquelles importantes. Deux sociétaires urgentistes et un sociétaire radiologue sont mis en cause.
- Douleurs abdominales fébriles à J 1 de la pose d'une sonde JJ pour syndrome de la jonction. Surveillance quelques heures aux urgences, avec avis de l'urologue. Bilan et hémocultures. Hospitalisation et choc septique dans la nuit sous antibiotiques. Décès.
- Participation à la prise en charge d'un patient dans les suites d'un disco scanner. Infection tardivement diagnostiquée. Epidurite infectieuse et syndrome de la queue de cheval.
- Consultation pour douleur thoracique (ECG, échographie, radiographie). Diagnostic de bronchite sous trithérapie pour VIH. AVC hémorragique sans lien, quelques heures plus tard.

TRAUMATISME ◆ 18

- Méconnaissance d'un tassement vertébral sur les radiographies. Diagnostic cinq semaines plus tard.
- Méconnaissance d'une fracture du coude chez un enfant de 13 ans. Radiographies difficilement interprétées par l'urgentiste et le radiologue le lendemain. Nouveau contrôle radiologique préconisé. Diagnostic à huit jours sur le scanner.
- Méconnaissance d'une luxation de la tête radiale associée à une fracture cubitale.
- Traumatisme du poignet. Fracture du radius méconnue. Diagnostic le lendemain par le radiologue. Patient non prévenue. Plâtre quinze jours plus tard.
- Attelle fenêtrée pour fracture de la styloïde radiale. Contention modifiée à une semaine (douleurs, œdème). Evolution vers une algodystrophie avec main exclue.
- Prise en charge d'un enfant, après avis orthopédiste. Fracture radiale qui se serait secondairement déplacée.
- Méconnaissance, au sein d'un polytraumatisme, d'une fracture du scaphoïde. Diagnostic de fracture métacarpienne (controlatérale ?) et intervention pour fracture du plateau tibial. Diagnostic redressé un mois plus tard, à l'initiative du généraliste. Evolution vers la pseudarthrose. Greffe. Un sociétaire orthopédiste est également mis en cause.
- Attelle pour "entorse" du poignet sans radiographie, prescrite le même jour par le généraliste. Retard diagnostique d'une fracture du scaphoïde. Pseudarthrose.
- Section négligée d'un tendon de la main lors de l'exploration d'une plaie du pouce.
- Evolution défavorable d'une plaie de la main et des doigts avec infection et ténosynovite.
- Infection sévère, dix-huit heures après une suture d'une plaie d'un doigt (coup de poing) chez un adolescent. Ostéoarthrite. Il est

reproché l'absence d'exploration chirurgicale et d'antibiothérapie (plaie souillée).

- Méconnaissance d'une fracture engrenée du col fémoral après une chute.
- Méconnaissance d'un corps étranger lors d'une plaie de genou. Diagnostic radiologique dix jours plus tard.
- Prise en charge, en fin de garde, d'un accident de la voie publique. Décision d'imagerie. Décès du patient en orthopédie, des conséquences d'une lésion vasculaire sur fracture de jambe. Il est reproché une prise en charge tardive.
- Méconnaissance d'une rupture de l'appareil ligamentaire médio tarsien, découverte quinze jours après la pose d'une résine pour entorse de cheville.
- Diagnostic d'entorse de cheville. Rupture du tendon d'Achille diagnostiquée deux mois plus tard par échographie.
- Retard diagnostique d'une fracture métatarsienne visible sur la radiographie et diagnostiquée par l'orthopédiste, consulté trois semaines plus tard sur sollicitation du généraliste.
- Plâtre imparfait pour fracture du poignet. Algodystrophie.

DIVERS ● 5

- Syndrome de glissement et fièvre chez un patient de 88 ans, adressé et vu le même jour par le généraliste. Bilan biologique. Complications en cascade (prostatite, rétention...) et décès sans diagnostic précis, quatre jours plus tard. Il est reproché l'absence de prise en compte des anomalies biologiques.
- Prise en charge d'une otite. Douleurs insupportables malgré le traitement prescrit la veille aux urgences par un confrère urgentiste. Ablation de bouchon de cérumen, antibiothérapie. Conseil de consulter un ORL. Cophose. Deux sociétaires médecins généralistes sont également mis en cause.
- Consultation pour sciatique non améliorée par le traitement depuis trois jours. Temporisation. Evolution défavorable et déficitaire. Chirurgie nécessaire.
- Survenue d'un ulcère bulbaire sous AINS (avec protection gastrique). Antécédent méconnu d'ulcère duodénal.
- Dyskinésies après injection de Loxapac® lors d'un état d'agitation.

Déontologie

11

- Enquête pénale suite au décès de patients pour suspicion d'injections létales (8).
- Contestation de la mention d'une dépendance alcoolique notée sur le dossier d'urgence.
- Multiples insultes par un patient violent. Intervention de la police, puis sortie après refus du transfert proposé. Plainte pour non-assistance à personne en danger.
- Patient vue à minuit pour fissuration de la lèvre. Vive discussion sur l'heure tardive de la consultation et l'octroi de la CMU.

Régulation médicale/Samu

14

RÉGULATION PAR URGENTISTE ● 7

- Patient orienté vers la permanence des soins du fait d'une perte de connaissance, puis transféré par les pompiers avec un bilan rassurant. Décès quelques heures après l'admission, de cause inconnue.
- Conseil téléphonique de se rendre aux urgences pour gastroentérite chez un enfant de 9 mois, vu le même jour par le généraliste. Rappel des pompiers trente minutes plus tard. Décès à domicile, de déshydratation.
- Appel pour fièvre, confusion et dyspnée chez un enfant, deux jours après un diagnostic de grippe. Arrivée sans retard par ambulance. Aggravation rapide en réanimation et décès (grippe H1N1 et infection à streptocoques A).
- Déplacement au domicile d'un myopathe pour détresse respiratoire. Imminence du décès annoncé et souhaité à domicile. Certificat de décès rédigé par anticipation. Survie et hospitalisation dans les heures suivantes. Trachéotomie.
- Patient "technique" sur place pour accident de la voie publique. Hospitalisation de quelques heures. Bilan normal. Retard diagnostique de fracture du péroné et de la clavicule.
- Contestation de la prise en charge Smur d'un AVC.
- Transfert par Smur et prise en charge initiale aux urgences d'un accident de la voie publique chez un adolescent (traumatisme crânien et fracture du fémur). Scanner normal. Coma douze heures plus tard. Evocation d'une embolie graisseuse. Décès.

RÉGULATION PAR GÉNÉRALISTE ● 7

- Conseils pour un enfant de 13 ans lors de deux appels pour motifs non inquiétants. Décès dans la nuit. Deux sociétaires urgentistes sont mis en cause.
- Inadaptation de la régulation d'un patient ayant présenté un arrêt cardiovasculaire en cours de gestion de son appel (appel du médecin de garde, puis de l'ambulance, puis du Samu). Décès d'une thrombose coronaire.
- Appels téléphoniques nocturnes, à deux heures d'intervalle, de la mère d'un enfant de deux ans, vu par le généraliste (pour otite) puis trois jours plus tard par un urgentiste pédiatre. Conseil de revoir le médecin (a posteriori marques bleutées signalées) puis d'aller aux urgences. Arrivée dans les heures suivantes et prise en charge possiblement retardée. Décès quelques heures plus tard d'une méningite à pneumocoque.
- Envoi d'une ambulance privée après deux appels rapprochés pour douleurs irradiant aux membres supérieurs. Arrêt cardiorespiratoire pendant le trajet. Réanimation par le Samu, sans succès. Infarctus ou dissection aortique ?
- Conseil de consulter le généraliste pour des troubles digestifs. Méconnaissance de l'existence de troubles associés de la parole. Récidive dans l'intervalle. Confirmation de plusieurs AIT.
- Conseil de re-consulter le généraliste vu le matin pour céphalées et cervicalgies chez une jeune femme. Décès dans la nuit. Découverte autopsique d'un phéochromocytome.

NEPHROLOGIE

Les néphrologues sociétaires de la MACSF ont adressé 4 déclarations (tous en exercice libéral) : 3 plaintes civiles et 1 saisine d'une CCI.

- Prise en charge pluridisciplinaire, pendant plusieurs mois, d'une patiente drépanocytaire pour dialyse. Hospitalisations quasi en continu pendant six mois pour de multiples infections, notamment secondaires à une plastie de hanche. Décès.
- Prise en charge en dialyse d'une patiente agitée présentant une maladie d'Alzheimer. Diffusion d'une perfusion posée au service des urgences avant transfert. Evolution défavorable et débridement chirurgical. Un sociétaire dermatologue est également mis en cause.
- Décision d'hémodialyse. Patient pris en charge par l'équipe pour intervention suite à une superficialisation de la fistule. Décès en postopératoire à J 1. Il est reproché aux intervenants l'absence de renouvellement de bilan biologique (hyperkaliémie).
- Prise en charge d'un patient en dialyse. Chute du fauteuil roulant lors de radiographies. Retour à domicile après surveillance. Hospitalisation deux heures plus tard pour hématome cérébelleux et contusion bi frontale. Evolution favorable mais surdité de cause inconnue.

NEUROLOGIE

Les neurologues sociétaires de la MACSF ont adressé 17 déclarations (dont 16 en exercice libéral et 1 en activité salariée) (14 déclarations en 2011) : 5 procédures civiles, 3 réclamations et 9 saisines d'une CCI.

Diagnostic

4

- SEP connue, peu évolutive, sous traitement depuis trois ans. IRM devant une diplopie, puis contrôle IRM quatre ans plus tard, dans le cadre du suivi. Découverte fortuite d'un méningiome du sinus caverneux, qui aurait été visible sur l'examen précédent. Chirurgie stéréotaxique.
- Bilan chez une patiente de 37 ans pour baisse unilatérale de l'acuité visuelle évoquant une NORB. SEP évoquée. Suivi conjoint avec l'ophtalmologiste, interrompu à l'occasion d'une grossesse. Découverte, cinq ans plus tard, d'un méningiome du chiasma optique qui aurait été visible sur l'IRM précédente. Un sociétaire ophtalmologiste est également mis en cause.
- Diagnostic de névralgie faciale, puis d'algie vasculaire s'améliorant sous traitement avant la découverte, un an plus tard par un confrère, d'une tumeur orbitaire qui aurait déjà été visible sur la première IRM.
- Avis pour une diplopie apparue le soir d'une coronarographie.

Doppler et scanner normaux. Demande d'IRM en urgence, s'avérant normale. Patiente non revue. Diagnostic sur deuxième IRM, quelques jours plus tard, d'un AVC du tronc cérébral. Diplopie régressive mais céphalées et fatigabilité.

Prise en charge

8

- Nombreuses explorations répétées, par neurologues et en milieu hospitalier, pour un déficit permanent du membre supérieur sans cause précise retrouvée chez une infirmière, malgré des anomalies à des EMG puis une amyotrophie. Personnalité histrionique évoquant le retard diagnostique d'une fibromyalgie. Trois sociétaires neurologues sont mis en cause.
- Hémiparésie s'aggravant lors d'une hospitalisation de quelques jours avec bilan négatif. Demande d'IRM prévue après la sortie (mais rendez-vous non donné) et diagnostic final de syndrome de Brown Sequard sur myélite de cause indéterminée, améliorée par bolus de corticoïdes. Deux sociétaires neurologues et un sociétaire rhumatologue sont mis en cause.
- Conseil téléphonique au généraliste, préoccupé devant un AIT régressif (facteurs de risque). Récidive, également régressive, quelques jours plus tard. Hospitalisation et bolus d'aspirine, mais hémiplégie le lendemain par thrombose carotidienne. Pas de régression malgré une thrombectomie en urgence.
- Consultation, le lendemain d'une hospitalisation, pour diplopie et troubles de la marche chez un homme de 80 ans, aux nombreux facteurs de risque. Bilan réalisé en urgence, montrant une sténose bi carotidienne et des séquelles cérébrales d'ischémie anciennes au scanner. Aggravation dans la nuit et diagnostic, après nouveau bilan clinique et IRM, d'un syndrome de Wallenberg. Evolution défavorable avec accident basilaire et décès. Un sociétaire urgentiste et un sociétaire cardiologue sont également mis en cause.
- Patiente traitée par Dépakine® et souhaitant une grossesse. poursuite du traitement (épilepsie généralisée, sevrage impossible) et supplémentation par acide folique débutée trois mois avant la gestation. Survenue à deux reprises (dans les années 2000) de troubles neuropsychiques chez les deux enfants (et hypospadias chez l'un), ayant fait suspecter a posteriori un "Valproate syndrome".

Geste

4

- EMG pour bilan de paresthésies. Infection cutanée dix jours plus tard, évoluant vers deux ulcérations ne siégeant pas, a priori, aux points de piqûre.
- EMG à la demande du généraliste pour douleur de jambe. Majoration des douleurs et conseil d'une consultation aux urgences. Fissure méconnue du plateau tibial.
- EMG confirmant le diagnostic évoqué de syndrome du canal carpien. Vives douleurs persistantes au décours de l'examen. Diagnostic, six mois plus tard, de la présence d'une aiguille dans la région du nerf médian. Suites simples après l'intervention.
- Syndrome post ponction lombaire après examen pratiqué devant une suspicion de SEP. Tube égaré.

Divers

1

- Implication dans une procédure concernant le Médiateur®.

OPHTALMOLOGIE

Les 4398 ophtalmologistes sociétaires de la MACSF ont adressé 233 déclarations (229 en exercice libéral, 3 en activité privée du secteur public et 1 en exercice salarié), soit une sinistralité de 5,7 % en activité libérale (contre 6,2 % en 2011) : 46 procédures civiles, 16 plaintes ordinales, 108 réclamations et 63 saisines d'une CCI.

Erreur de prescription de verres ou lentilles

16

- Erreur de prescription (7), dont une erreur de signe lors de la prescription chez un enfant, constatée un an plus tard.
- Prescription jugée inutile (2).
- Prescription source d'inconfort (2).
- Prescription non satisfaisante (5).

Diagnostic

19

- Retard diagnostique de deux mois d'un mélanome choroïdien (diagnostic porté par un confrère).
- Retard diagnostique de deux mois d'un mélanome choroïdien (non métastasé) chez un patient suivi pour un glaucome difficile à équilibrer, ayant consulté deux mois auparavant pour baisse d'acuité. Prescription d'un champ visuel sans FO (patient venu seul en voiture). Perte de l'acuité visuelle.
- Retard diagnostique d'un adénome hypophysaire chez un patient ayant consulté une seule fois pour une baisse d'acuité visuelle bilatérale et progressive depuis six mois. Rendez-vous de champ visuel donné mais non fait. Consultation auprès d'un autre praticien, dans un délai inconnu.
- Retard diagnostique d'un adénome hypophysaire chez une patiente vue une seule fois pour gêne monoculaire à type de "voile blanc" sans baisse d'acuité. Intervention deux mois plus tard. Evolution favorable.
- Retard diagnostique d'un méningiome chez un patient ayant consulté le sociétaire référent sur demande de son ophtalmologiste traitant, à deux reprises, pour une perte d'acuité visuelle imputée à

une probable chorio-rétinite après bilan. Surveillance recommandée et diagnostic porté par autre référent, dix-huit mois plus tard, alors que l'acuité visuelle résiduelle était basse.

- Retard diagnostique d'un méningiome du chiasma chez un patient suivi pour amblyopie, dont l'anomalie du champ visuel avait été initialement rattachée à cette pathologie.
- Retard diagnostique d'un méningiome du nerf optique ayant atteint le chiasma chez une patiente suivie pendant plusieurs années et étiquetée NORB unilatérale, après deux IRM considérées comme normales. Cécité unilatérale. Un sociétaire neurologue est également mis en cause.
- Retard diagnostique d'un méningiome du sinus caverneux. Suivi régulier jusqu'au constat d'une baisse d'acuité avec pâleur papillaire. Bilan demandé, dont IRM faite quatre mois plus tard. Perception lumineuse au final.
- Retard diagnostique d'une HTIC chez une patiente venue pour diplopie (avec œdème papillaire isolé et parésie du VI) au décours d'une hospitalisation pour méningite herpétique. Demande de bilan complet non réalisé, avant ré-hospitalisation quelques jours plus tard.
- Retard diagnostique d'une HTIC bénigne chez une patiente de 21 ans présentant des céphalées (papilles œdémateuses). Courrier fait au généraliste recommandant une IRM (non faite) puis, quatre mois plus tard, baisse d'acuité visuelle. Refus d'hospitalisation. Prise en charge dix jours plus tard. Dérivation et évolution vers une quasi-cécité. Deux sociétaires ophtalmologistes et un sociétaire médecin généraliste sont mis en cause.
- Retard diagnostique d'une HTIC chez une patiente de 18 ans, venue à plusieurs reprises pour adaptation de ses lentilles. Dernière consultation avec céphalées, puis découverte, quinze jours plus tard, d'un œdème papillaire motivant une hospitalisation immédiate. Sténose de l'aqueduc.
- Retard diagnostique d'un anévrysme du sinus caverneux chez une myope forte, porteuse de lentilles (antécédent de décollement de la rétine), ayant consulté pour un inconfort visuel. Diagnostic porté trois mois plus tard sur une IRM, demandée lors de l'effondrement de l'acuité visuelle.
- Retard diagnostique d'une acné rosacée oculaire sévère chez une patiente suivie pendant dix ans pour des conjonctivites et kératites étiquetées allergiques, ayant pris un autre avis lors de la découverte d'une hypertension.
- Retard allégué de diagnostic de décollement de rétine chez une patiente ayant consulté en urgence (pas de FO) un mois auparavant.
- Retard diagnostique de glaucome par fermeture de l'angle chez une patiente examinée, dans son lit en chirurgie, pour des douleurs oculaires apparues brutalement six jours auparavant. Diagnostic le lendemain.
- Retard diagnostique de glaucome à pression normale évolué chez une patiente myope, suivie pendant dix ans (FO jugés normaux).
- Retard allégué de diagnostic d'OACR chez un patient polyvasculaire, vu deux mois auparavant pour des céphalées avec survenue d'amputations du champ visuel très épisodiques depuis six mois, ayant fait porter le diagnostic de migraine ophtalmique. Perte de l'acuité visuelle.
- Retard allégué de diagnostic de DMLA.

Prise en charge

30

PATHOLOGIE INFECTIEUSE ● 5

- Prise en charge d'un ulcère cornéen sous lentilles. Hospitalisation le lendemain. Germe virulent, abcès. Un sociétaire médecin généraliste ayant prescrit, deux jours auparavant, un collyre contenant des corticoïdes est également mis en cause.
- Prise en charge d'un abcès cornéen sous lentilles (antibiotiques locaux puis association avec collyre corticoïde). Evolution péjorative vers un stade pré perforatif. Plusieurs greffes de cornée. Diagnostic final d'abcès mycotique.
- Prescription d'antibiotiques locaux chez un patient porteur de lentilles, venu pour un œil douloureux aux urgences puis au cabinet, et invoquant un possible corps étranger. Aggravation en lien avec une infection amibienne. Greffe de cornée envisagée.
- Survenue d'une cellulite orbitaire au décours de trois consultations rapprochées chez un enfant, consultant pour conjonctivite avec œdème palpébral et s'étant amélioré avec le traitement. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.

SURVEILLANCE D'UN GLAUCOME ● 6

- Glaucome bilatéral. Suivi limité à la tension oculaire sans bilan complémentaire. Aggravation.
- Glaucome suivi pendant deux ans, puis patient n'ayant plus consulté. Aggravation des anomalies du champ visuel malgré l'équilibre tensionnel. Contexte relationnel difficile.
- Glaucome surveillé pendant dix-huit mois, difficilement contrôlé (traitement médical et trabéculotomie laser à deux reprises). Intervention par un confrère quelques mois plus tard. Altération du champ visuel.
- Glaucome s'étant brutalement décompensé, malgré un traitement efficace prescrit six mois auparavant puis une iridotomie laser. Perte de l'acuité visuelle.
- Surveillance, qualifiée de négligente, d'un glaucome d'évolution défavorable.
- Décision d'hospitalisation en urgence pour œil douloureux chez un patient suivi pour glaucome à angle ouvert. Suivi critiqué.

AUTRE ● 15

- Prise en charge d'un œil irrité. Ablation d'un cil puis, deux jours plus tard, collyre à la cortisone. Diagnostic, une semaine plus tard, d'un zona ophtalmique. Taie cicatricielle.
- Prise en charge, le lendemain d'une chirurgie nasosinusienne (avec mydriase postopératoire immédiate), d'une occlusion artérielle sans perforation du plancher mais avec un important œdème intra orbitaire. Perte de l'acuité visuelle. Un sociétaire ORL et un sociétaire anesthésiste sont également mis en cause.
- Allégation d'une erreur diagnostique (cataracte à opérer et exploration d'une suspicion de glaucome) et reproche portant sur des honoraires excessifs.
- Suivi pour mélanose et nævus conjonctival. Examen rassurant. Dix-huit mois plus tard, diagnostic d'un mélanome par un confrère.
- Le patient accuse le traitement corticoïde prescrit d'être à l'origine d'une évolution défavorable : pathologie qualifiée d'uvéopapillite avec thrombose veineuse (suivie pour glaucome bilatéral et adressée aux urgences, diagnostic et prise en charge au CHU). Eviscération.

- Traitement symptomatique d'un larmoiement imputé à une blépharite, en fait dû à un fil (chirurgie de cataracte) ôté par un confrère.
- Prise en charge de DMLA (3) évoluant inexorablement dans deux cas, et du fait du refus d'un traitement par l'ophtalmologiste dans un cas.
- Prise en charge d'une cataracte (avec choroïdose myopique adressée pour avis au CHU), dont l'indication opératoire aurait été posée tardivement.
- Prise en charge pour myopie pendant dix ans. Absence de FO alléguée.
- Reproches dans les suites d'une chirurgie de cataracte (avec un excellent résultat). Insatisfaction. Prise en charge en orthoptie pour insuffisance de convergence (strabisme ancien). Deux sociétaires orthoptistes et quatre sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.

ORGANISATION ● 2

- Non-transmission d'un résultat anatomopathologique confirmant un mélanome conjonctival. Récidive un an plus tard, puis atteinte palpébrale. Exentération au final.
- Conseil donné par la secrétaire à une patiente s'étant présentée au cabinet pour un œil rouge de consulter d'abord son généraliste. Diagnostic ultérieur d'abcès cornéen sur lentilles.

DIVERS ● 2

- Choix de l'AG pour chirurgie de cataracte (sédation due à une anesthésie locale insuffisante).
- Conclusion d'impossibilité de mesurer une acuité visuelle et une pression oculaire chez un enfant de 9 mois, confié avant une chirurgie de la paupière (cornée et FO normaux). Demande de remboursement de l'acte qui aurait été réalisé par un confrère.

Chirurgie hors réfractive

120

CATARACTE ● 88

Complications anesthésiques ● 2

- Complications dues à la péri bulbaire (2) : hématome faisant différer l'intervention ou révélé le lendemain, chez un patient sous anticoagulants.

Complications chirurgicales diverses per ou post opératoires ● 59

- Ophtalmologiste mis en cause en tant qu'aide opératoire de son confrère.
- Rupture capsulaire avec chute du noyau dans le vitré, ayant fait différer l'implantation et décider de l'avis immédiat d'un rétinologue (11), avec au final perte de toute acuité dans 6 cas à distance (glaucome, décollement, OACR).
- Rupture capsulaire ayant permis l'implantation immédiate (12) mais avec des suites immédiates compliquées (hypertonie et ré-intervention, persistance de masses avant ré-intervention par rétinologue, œdème maculaire temporaire ou récidivant, œdème cornéen sur implant de chambre antérieure, bride de vitré avec échec de la section par laser, avec dans un cas une rupture favorisée par un mouvement intempestif) ou compliquées à distance lointaine (décollement de rétine, OACR). Ces suites difficiles ont justifié

une ré-intervention dans 8 cas, la plupart par un confrère auquel le patient a été confié. L'évolution finale a conduit à la perte de toute acuité dans 2 cas (complications à distance) et l'acuité est correcte, voire excellente, dans 8 cas (mais avec plaintes parfois de gêne visuelle, de vision trouble ou de diplopie).

○ Nécessité d'une conversion en extracapsulaire, suivie d'une hypertonie postopératoire de prise en charge critiquée, faute d'un avis plus précoce. Atrophie optique.

○ Inefficacité de l'aspiration-lavage qui conduit à une brûlure cornéenne avec hernie irienne, réparée puis confiée pour réfection de l'incision. Greffe de membrane amniotique avec bon résultat.

○ Décentrement secondaire d'un implant multifocal, responsable d'une diplopie.

○ Pathologie antérieure : cataracte traumatique datant de sept mois avec cristallin sub luxé en chambre antérieure. Décollement total de la rétine. Ptzyse.

○ Suites opératoires difficiles du fait d'une inflammation (5), parfois avec décollement postérieur du vitré, parfois sévère ou due à la persistance de masses cristalliniennes (dans un cas, la prise en charge de l'hypertonie est reprochée).

○ Suites opératoires difficiles du fait d'un œdème maculaire volontiers récidivant (4), avec parfois nécessité d'une ré-intervention par un rétinologue.

○ Evolution défavorable du fait de la survenue, à distance, d'un décollement de rétine.

○ Evolution défavorable du fait d'une récurrence de décollement, l'éponge ancienne, mal tolérée, ayant été ôtée pendant la chirurgie.

○ Evolution défavorable du fait d'une OACR sur rétinopathie diabétique.

○ Evolution défavorable du fait d'une membrane épitréminienne.

○ Evolution défavorable du fait de la survenue d'une récurrence, à un mois, d'un herpès cornéen.

○ Evolution défavorable du fait d'une opacification secondaire du cristallin.

○ Infection compliquant une chirurgie sans incident (13, dont 4 diabétiques) ou marquée par une rupture capsulaire (3). Le diagnostic (de J 2 à J 7/J 8) évoqué, la prise en charge est immédiate et conforme dans la quasi-totalité des cas. L'évolution s'est faite vers un décès (complications cardiaques intercurrentes sans lien), vers la cécité (11 cas, dont 4 poses de prothèses oculaires) ou avec maintien d'une vision utile (4). L'évolution défavorable est en rapport direct avec l'infection (germe virulent) ou du fait de complications secondaires (décollement de rétine, glaucome devenu incontrôlable...). Il a été reproché l'absence de conseil de douche Bétadinée (1), d'antibiotiques en peropératoire (1 rupture capsulaire). Le diagnostic a été retardé dans certains cas (3) : patient se confiant à son généraliste qui prescrit des antibiotiques per os à J 2 ou à SOS médecins pendant un weekend (examens normaux la veille, diagnostic à J 5/J 6) ou attendant 24 heures, malgré les consignes, avant de réclamer un rendez-vous. Il est reproché à certains ophtalmologistes d'avoir différé au lendemain une consultation (appel le soir de J 2 pour douleurs et perte d'acuité), de ne pas avoir institué de contrôle postopératoire rapproché du fait de la rupture capsulaire (diagnostic à J 8, début des signes antérieurement), d'avoir attendu 24 heures et un nouvel examen pour décider d'une hospitalisation (baisse d'acuité à J 8).

Complications dues à l'implant ● 10

○ Erreur de prescription ou de commande d'un implant (3).

○ Inconfort majeur allégué après pose d'implants progressifs

(acuité préopératoire à 9/10^{ème}, choix critiquable).

○ Nécessité de changement de l'implant du fait d'un trouble gênant de la réfraction (3), dont deux patients ayant des antécédents de kératotomie radiaire.

○ Nécessité de changement de l'implant du fait d'une décompensation cornéenne, en fait due à une cornea guttata méconnue. Implant progressif remplacé par un monofocal et greffe ultérieure de cornée.

○ Matériorigilance : sériel dû à des implants présentant une déféctuosité (calcification secondaire) (2).

Insatisfaction du résultat ● 17

○ Inconfort visuel avec une réfraction et une acuité excellentes (8).

○ Récupération visuelle jugée non optimale.

○ Inconfort mis sur le compte du choix d'implants progressifs (4).

○ Résultats médiocres dus à une pathologie antérieure méconnue avant la chirurgie (4), survenue à distance (névrite optique, membrane épi rétinienne) ou évoluant pour son propre compte (glaucome, rétinopathie diabétique).

RÉTINE ET SEGMENT POSTÉRIEUR ● 18

Décollement de rétine ● 10

○ Echec et/ou récurrence (7), la majorité avec perte de l'acuité visuelle dont : récurrence hémorragique chez une patiente traitée par intravitréennes pour DMLA (perte de l'acuité visuelle), œdème maculaire postopératoire avec acuité visuelle limitée (préjudice professionnel, cataracte dense controlatérale), récurrence de décollement survenue un mois après chirurgie de cataracte avec éponge de cerclage retirée par un confrère (multiples ré-interventions, cécité unilatérale malgré la greffe de cornée).

○ Endophtalmie (2) : à J 2 malgré un examen normal à J 1, après ablation de silicone et révision du pôle postérieur, et dans l'autre cas, suspicion d'endophtalmie traitée comme telle, de survenue brutale, et sans germe isolé.

○ Plaie ou nécrose sclérale suturée en peropératoire lors de l'ablation d'un matériel mal supporté chez une patiente multi opérée. Récurrence et nécessité d'éviscération.

Vitrectomie ● 8

○ Vitrectomie compliquée d'OACR (2), l'une avec pelage d'une membrane épi rétinienne dans un contexte de myélome, l'autre pour uvéite postérieure dans un contexte d'antécédents de multiples chirurgies oculaires.

○ Vitrectomie hémorragique. Echec des injections intra vitréennes pour œdème maculaire bilatéral. Décollement de rétine.

○ Vitrectomie avec pelage d'une membrane épi rétinienne. Endophtalmie à J 2. Prise en charge immédiate. Récupération visuelle limitée, en raison d'une cataracte qui doit être opérée.

○ Vitrectomie (trou maculaire et membrane épi rétinienne). Absence de récupération visuelle.

○ Vitrectomie avec pelage d'une membrane épi rétinienne. Endophtalmie ou syndrome inflammatoire sévère à J 8. Prise en charge immédiate, puis chirurgie de cataracte les mois suivants.

○ Vitrectomie pour suspicion de mélanome, compliquée d'une endophtalmie le lendemain. Cécité unilatérale.

○ Vitrectomie suivie d'un tableau inflammatoire ou infectieux, avec évolution favorable évoquant plutôt un Toxic Syndrome, mais baisse d'acuité visuelle.

GLAUCOME ● 5

- Chirurgie du glaucome chez une myope forte, opérée de cataracte bilatérale avec un seul œil voyant. Hémorragie choroïdienne et intra vitréenne dans les suites. Avis de référents. Quasi-cécité.
- Sclérectomie profonde reprise pour hyphéma régressif puis pelage de membrane épi rétinienne au sein d'une choroïdose myopique par un confrère. Mauvais résultat.
- Chirurgie à visée antalgique sur œil non voyant hypertonique, compliquée d'hémorragie expulsive. Persistance des douleurs.
- Retard d'intervention (iridotomie) à J 7 d'un suivi rapproché chez une patiente, examinée en urgence pour une poussée d'hypertonie datant de quinze jours, avec acuité d'emblée non chiffrable. Pas de récupération.
- Erreur de côté (meilleur œil opéré en premier) lors d'une intervention nécessaire de façon bilatérale.

PAUPIÈRES ET CANAL LACRYMAL ● 7

- Exérèse d'une tumeur palpébrale confirmée bénigne. Cécité par NORB bilatérale trois ans plus tard, dont le patient impute l'origine à la chirurgie.
- Reprise d'une exérèse incomplète de tumeur spinocellulaire palpébrale puis radiothérapie. Kératite puis nécrose sclérale. Perte de l'acuité visuelle.
- Biopsie d'une glande lacrymale (suivi pour tumeur orbitaire). Ptôsis postopératoire avec amélioration progressive.
- Lacorhinostomie et tubes de Jones pour cicatrices post traumatiques et larmolement. Fistule en regard du canalicule d'union, que le patient impute à la chirurgie.
- Dacryocystorhinostomie avec bon résultat, mais infection transitoire dans la zone de l'incision.
- Asymétrie cicatricielle et retard de cicatrisation.
- Résultat non satisfaisant et sécheresse oculaire.

AUTRE ● 2

- Greffe de cornée puis désunion des points de suture lors de leur ablation. Reprise compliquée d'hémorragie expulsive.
- Chirurgie de ptérygion un mois après une chirurgie de cataracte. Patient non revenu au contrôle et opéré d'une nécrose sur l'incision d'une des deux opérations. Greffe de membrane amniotique.

Chirurgie réfractive

30

IMPLANT ● 2

- Implant pour myopie forte (10 dioptries). Œdème cornéen. Suivi diligent. Greffe de cornée.
- Implant pour myopie forte. Nécessité d'explantation pour perte endothéliale et diplopie, dans un contexte de maladie de Basedow non améliorée par l'ablation des implants.

KÉRATOTOMIE RADIAIRE ● 2

- Kératotomie radiaire en 1999. Correction insuffisante de la myopie, puis apparition d'une cataracte bilatérale. Information orale.
- Kératotomie radiaire à deux reprises, en 1992 et 1993, puis PKR dix ans plus tard. Résultat initial satisfaisant mais poursuite d'un traitement pour hypertonie.

LASIK/PKR ● 26

Myopie ● 22

- PKR pour myopie bilatérale. Abcès cornéen à J 2. Prise en charge immédiate. Cicatrice cornéenne.
- PKR pour astigmatisme. Sur-correction et haze. Persistance d'un inconfort visuel.
- PKR pour astigmatisme sévère avec deux reprises d'un côté. Haze.
- PKR pour presbytie. Résultat non satisfaisant avec douleurs, sécheresse oculaire et gêne visuelle.
- Laser excimer pour myopie et astigmatisme. Ulcère cornéen central et haze (kératite bactérienne ?). Puis fonte stromale et taie cornéenne cicatricielle. Greffe envisagée.
- Laser excimer pour myopie et astigmatisme. Résultat non satisfaisant avec hypermétropisation progressive bilatérale, mais acuité visuelle conservée.
- Laser excimer unilatéral pour myopie modérée et astigmatisme. Retard de cicatrisation et taie cornéenne non améliorables malgré les traitements. Vision fluctuante. Défaut d'information.
- Laser excimer pour myopie forte, puis retouche pour myopie séquellaire par kératotomie radiaire d'un côté. Haze. Retouche par laser excimer controlatéral. Haze important nécessitant des photo ablations itératives. Greffe envisagée. Défaut d'information.
- Laser excimer pour myopie modérée et presbytie. Repositionnement à deux reprises d'un capot. Surdosage bilatéral. Résultat inconfortable malgré les retouches.
- Lasik bilatéral pour myopie. Programmation erronée sur hypermétropie. Baisse d'acuité dans les suites. Ré-intervention prévue.
- Lasik bilatéral pour myopie (4 à 5 dioptries) et presbytie. Ectasie cornéenne traitée par cross linking sept ans plus tard. Bon résultat.
- Lasik bilatéral pour myopie forte (7 dioptries). Retouche unilatérale pour sous-correction. Ectasie cornéenne bilatérale cinq ans plus tard. Greffe envisagée.
- Lasik bilatéral pour myopie forte (7 dioptries). Constat d'une rupture de la membrane de Bruch cinq jours plus tard. Traitement par photothérapie dynamique à l'étranger. Acuité visuelle inférieure à 1/10^{ème}.
- Lasik bilatéral pour myopie modérée. Lâchage de la succion avec découpe irrégulière (Button Hole). Remplacement des fragments de cornée par un confrère. Acuité à 7/10^{ème} avec lentilles. Pas de preuve de l'information.
- Lasik bilatéral pour myopie modérée, compliqué de kératite lamellaire diffuse évoluant vers une nécrose cornéenne. Greffe envisagée. Syndrome dépressif majeur.
- Lasik femtoseconde pour myopie et astigmatisme. Découpe incomplète avec mauvaise qualité d'un volet cornéen. Difficultés de cicatrisation et résultat insuffisant. Refus de la retouche.
- Lasik. Sécheresse oculaire et inconfort visuel.
- Lasik huit ans après PKR pour myopie. Résultat non satisfaisant, avec baisse de la meilleure acuité d'un côté.
- Lasik bilatéral. Résultat non satisfaisant (2). Trois sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Lasik bilatéral pour myopie et astigmatisme. Résultat non satisfaisant malgré la reprise, deux ans après le premier geste.

Hypermétropie ● 4

- Chirurgie réfractive pour hypermétropie et presbytie. Résultat jugé non satisfaisant malgré 10/10^{ème} sans correction.
- Lasik femtoseconde pour hypermétropie et presbytie. Retouches par un confrère. Halos, sécheresse oculaire et opacité cornéenne

avec perte de la meilleure acuité visuelle. Défaut d'information.

○ Lasik pour hypermétropie et presbytie selon la technique de la bascule. La patiente souhaitait une intervention unilatérale. Ré-intervention sur œil qu'elle souhaitait ne pas opérer. Bon résultat final.

○ Lasik femtoseconde pour hypermétropie et presbytie. Résultat non satisfaisant, malgré un bon résultat de loin. La presbytie persistante avait fait l'objet d'une information, mal comprise par la patiente.

Geste technique

13

ANGIOGRAPHIE ● 1

○ Choc anaphylactique lors d'une angiographie (DMLA). Décès.

INJECTION INTRA VITRÉENNE ● 2

○ Evolution de la DMLA pour son propre compte sur myopie forte.

○ Injection de Lucentis® puis de Kenacort® à deux reprises, la dernière avec hypertension oculaire incontrôlable et atrophie optique chez un patient présentant un œdème maculaire récidivant.

LASER ● 6

○ Laser Argon. Impact maculaire lors du traitement, effectué dans des conditions difficiles, sur rétinopathie diabétique, avec acuité à 3/10^{ème} (œil controlatéral à 1/20^{ème}). Dépendance due à la cécité.

○ Laser Argon il y a vingt ans pour phosphènes (lésions dégénératives rétinienne) sans complication. Motif de la plainte inconnu.

○ Laser Argon péri maculaire sans complication à un mois. Patiente non revue à six mois, mais quatre ans plus tard pour œdème maculaire avec exsudat et baisse de l'acuité à 1/10^{ème}.

○ Laser transcléral pour glaucome réfractaire apparu à la suite d'un Laser Yag. Antécédent d'une chirurgie de cataracte (antécédent de greffe de cornée bilatérale sur syndrome de ICE). Cécité unilatérale et préjudice professionnel.

○ Laser Yag capsulaire. Baisse d'acuité dans les suites.

○ PKR à but thérapeutique pour kératalgie récidivante (syndrome de Cogan) sans complication, mais baisse alléguée de l'acuité.

EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE ● 2

○ Survenue d'une kératoconjonctivite imputée à une consultation trois semaines auparavant.

○ Survenue d'une ulcération cornéenne difficile à cicatriser, imputée à une consultation avec pachymétrie. Ulcération de type viral (de type herpétique sur dystrophie de Cogan ?).

ESTHÉTIQUE MÉDICALE ● 2

○ Survenue de granulomes dans des sillons précédemment infiltrés par un confrère avec un produit non résorbable, à un site différent des injections d'acide hyaluronique.

○ Survenue de granulomes après injection de Novabel® chez une personne présente dans la salle lors d'une réunion d'information organisée par le laboratoire.

Chute

2

○ Chute du fauteuil (2), dont l'une après FO, entraînant une fracture fémorale.

Déontologie

3

○ Honoraires jugés abusifs.

○ Absence de mention, sur la porte du cabinet fermé, des structures d'urgences existantes. Le patient avait été vu le matin. Allergie au collyre mydriatique. Informations disponibles sur le répondeur du cabinet.

○ Refus de consultation en urgence après chute et hématome orbitaire. Conseil donné par la secrétaire de consulter dans un hôpital n'ayant pas de service de consultation d'urgences ophtalmologiques.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Les **1488** ORL sociétaires de la MACSF ont adressé **90** déclarations (**86** en exercice libéral, **1** en activité privée du secteur public, **3** en activité publique), soit une sinistralité de **7,1%** en activité libérale (contre **7,5%** en 2011) : **1** plainte pénale, **15** procédures civiles, **6** plaintes ordinaires, **47** réclamations et **21** saisines d'une CCI.

Diagnostic

6

○ Diagnostic jugé tardif d'une fistule labyrinthique, six mois après un polytraumatisme crânien et thoracique, lors d'une exploration chirurgicale après échec de la rééducation vestibulaire. Consultation initiale trois semaines après les faits pour vertiges et surdité. Méconnaissance également de fractures vertébrales sans complication neurologique reprochée aux médecins hospitaliers.

○ Diagnostic d'un carcinome épidermoïde, deux ans après une histologie rassurante (erronée ?) d'une lésion cutanée de l'aile du nez devant sa persistance après récurrence traitée par cryothérapie. Chimiothérapie et chirurgie mutilante.

○ Diagnostic d'une volumineuse tumeur du larynx lors d'un bilan sous anesthésie. Avis demandé après un suivi de six mois pour laryngite et cordite (pas de facteur de risque, antécédent de polype de la corde vocale). Récidive tumorale à un an et décès.

○ Diagnostic par un confrère, lors de la survenue d'adénopathie, d'un cancer de l'amygdale après deux ans de surveillance et évacuations de

caséum sur reliquat amygdalien par le sociétaire. Lourd traitement.

- Consultation pour dysphonie confinante à l'aphonie et laryngite chez un fumeur. Rupture fatale d'un anévrisme aortique huit jours plus tard.
- Consultation ponctuelle pour céphalées et rhinite évoquant un problème sinusien, confirmé par le scanner. Aggravation des céphalées et découverte ultérieure d'une malformation d'Arnold Chiari, dont la patiente sera opérée.

Prise en charge

9

- Décision d'une radiothérapie exclusive d'une tumeur de la cavité buccale. Complications de la radiothérapie avec nécrose justifiant une mandibulectomie, puis localisation controlatérale traitée chirurgicalement par une autre équipe.
- Décision en RCP d'une radiothérapie exclusive pour une tumeur de la corde vocale, compliquée d'une radionécrose ayant justifié une trachéotomie. Récidive de la tumeur un an plus tard, difficilement diagnostiquée après plusieurs biopsies négatives. Laryngectomie ultérieure suivie de fistules.
- Adénoïdectomie et pose d'aérateurs trans tympaniques chez un enfant. Eventualité d'une amygdalectomie ultérieure expliquée aux parents. Amélioration transitoire et intervention rapprochée par un confrère avec dépose des aérateurs. Absence de prise en charge adaptée alléguée.
- Absence de modification du traitement antibiotique d'une otite aiguë chez un enfant, au vu du résultat du prélèvement (haemophilus). Traitement modifié dix jours plus tard car récurrence. Guérison.
- Retard de prise en charge (justifié par l'absence d'urgence pendant un week end puis par l'indisponibilité du bloc) d'une fracture mandibulaire multifocale avec plaies de la langue et de la lèvre chez un adolescent.
- Prise en charge pour polyadénomégalie cervicale. Biopsie négative adressée à un confrère. Patient revu à distance d'un geste chirurgical lourd avec paralysie spinale.
- Inconfort lié à une canule parlante de taille apparemment inadaptée. Ablation du matériel et remplacement.
- Prescription d'injection intramusculaire de corticoïdes retard pour rhinite allergique. Atrophie sous-cutanée au point d'injection.
- Reproche sans fondement d'un lien entre le traitement symptomatique d'une rhinite et un décès fœtal in utero trois mois plus tard, à sept mois de grossesse.

Chirurgie naso-sinusienne

29

MAUVAIS RÉSULTAT ● 10

- Chirurgie pour effondrement de la pyramide nasale et trouble de la ventilation nasale ne donnant pas le résultat esthétique escompté. Plusieurs interventions de reprise par un confrère.
- Chirurgie pour bosse ostéo cartilagineuse nasale post traumatique et troubles de la ventilation nasale. Déviation persistante de l'arête nasale.
- Rhino septoplastie pour déviation de la cloison nasale congé-

nitale, aggravée par plusieurs traumatismes. Cal osseux à un mois justifiant une ré-intervention. Succès relatif, persistance d'une obstruction nasale en lien avec la luxation du cornet inférieur. Refus de la patiente de subir une ré-intervention.

- Rhino septoplastie pour déviation de la cloison nasale et chute de la pointe du nez. Absence de prise du greffon avec affaissement alaïre et perforation de la cloison nasale. Ré-intervention par un confrère.
- Rhino septoplastie esthétique et pour rhinite chronique. Excellent résultat fonctionnel mais jugé non satisfaisant sur le plan esthétique. Souhait de la prise en charge des frais de la reprise par un plasticien.
- Rhino septoplastie esthétique et fonctionnelle. Résultat esthétique non satisfaisant avec déviation secondaire de la pointe du nez et de la cloison. Reprise nécessaire.
- Rhino septoplastie pour déviation de la cloison. Reprise par un confrère un an plus tard.
- Echec d'une méatotomie moyenne pour sinusite maxillaire rebelle avec récurrences des infections.
- Echec d'une septoplastie pour obstruction nasale suite à un traumatisme nasal.

COMPLICATIONS ● 19

Technique ● 7

- Ethmoïdectomie pour pansinusite. Brèche de la lame criblée, colmatée en peropérateur par un lambeau. Retour à domicile le lendemain. Hospitalisation cinq jours plus tard pour méningite avec coma. Recolmatage en neurochirurgie. Décès deux mois plus tard.
- Ethmoïdectomie bilatérale et turbinectomie moyenne, avec mise en place de clou de Lemoine. Diagnostic peropérateur d'une perforation du sinus frontal et transfert immédiat en neurochirurgie pour hématome extra dural. Réparation de la brèche.
- Chirurgie endonasale (méatotomie moyenne et curetage du sinus sphénoïdal). Emphysème postopérateur immédiat, révélant une brèche ostéoméningée opérée quatre mois plus tard, après la survenue d'une méningite.
- Ethmoïdectomie totale bilatérale. Brèche ostéoméningée diagnostiquée à J 1. Reprise à J 7. Anosmie et syndrome dépressif sur maladie bipolaire préexistante et méconnue.
- Intervention endonasale sinusienne pour gêne fonctionnelle. Effraction de l'orbite et diplopie constatée au réveil.
- Chirurgie endonasale (méatotomie moyenne et curetage sinusien). Baisse notable de l'acuité visuelle et paralysie oculomotrice par hématome non compressif du cône orbitaire. Reprise chirurgicale. Récupération progressive de l'acuité visuelle et chirurgie strabologique envisagée.
- Chirurgie endonasale (méatotomie moyenne et curetage alvéolaire pour sinusite maxillaire). Brèche orbitaire et section de l'adducteur. Amélioration partielle après chirurgie ophtalmologique, mais persistance d'une diplopie handicapante et récurrence d'une infection sinusienne (aspergillaire).

Syndrome "du nez vide" ● 8

Survenant chez des patients (certains étant défendus par une association de victimes de ce syndrome) présentant souvent un contexte psychologique particulier, après des interventions volontiers multiples pour gêne fonctionnelle invalidante.

- Rhino septoplastie et turbinectomie moyenne a minima, puis autres interventions complémentaires par des confrères hospitaliers.
- Septoplastie, méatotomie et turbinectomie bilatérale inférieure pour rhinite hypertrophique et déformations septales post traumatiques complexes. Nécrose et atrophie des cornets. Amélioration à un mois. Patient jamais revu. Syndrome du nez vide allégué trois ans plus tard.
- Septoplastie, méatotomie et turbinectomie par ORL assisté d'un confrère, qui avait effectué le suivi antérieur. Réalité du syndrome du nez vide mise en doute. Deux sociétaires ORL sont mis en cause.
- Septoplastie, turbinectomie bilatérale inférieure complétée d'une résection des cornets moyens. Autres chirurgies pour polyposes par des confrères.
- Ethmoïdectomie, résection des cornets moyens et méatotomie (antécédent de réduction par laser des cornets inférieurs par un confrère) après six mois de traitements locaux inefficaces (gêne fonctionnelle et céphalées périorbitaires). Il est reproché l'échec de l'intervention et le défaut d'information.
- Chirurgie endonasale bilatérale (méatotomie moyenne, ethmoïdectomie antérieure et moyenne, turbinectomie inférieure) puis radiofréquence sur les cornets supérieurs. Tentative de greffon de comblement de la fosse nasale par un confrère, se soldant par un échec. Deux sociétaires ORL sont mis en cause.

Divers ● 4

- Rhino septoplastie pour déviation de la cloison nasale post traumatique et nævus de la narine. Hématome de la cloison.
- Intervention pour infection persistante après chirurgie parodontale par un confrère. Survenue d'une fistule bucco sinusienne justifiant une ré-intervention. Un sociétaire stomatologiste est également mis en cause.
- Rhino septoplastie pour déviation de la cloison. Spondylodiscite cinq mois plus tard, d'origine inconnue.
- Chirurgie nasosinusienne compliquée d'une cécité unilatérale par ischémie de l'artère centrale de la rétine, sans cause retrouvée. Pas de récupération visuelle. Un sociétaire anesthésiste et un sociétaire ophtalmologiste sont également mis en cause.

Autres chirurgies

29

AMYGDALECTOMIE ● 5

- Amygdalectomie simple chez un enfant. Aucune plainte. Sur le trajet du retour à J 1, une quinte de toux provoque une hémorragie massive. Décès.
- Amygdalectomie chez un enfant gardé en observation (sommolence et vomissements). Convulsions nocturnes et transfert en réanimation pour coma en lien avec une hyponatrémie majeure. Evolution favorable. Diagnostic de SIADH.
- Amygdalectomie et adénoïdectomie sans difficulté chez un enfant. Troubles de la phonation constatés dès la première visite postopératoire. Orthophonie sans efficacité. Intervention sans succès sur le voile du palais par un confrère, consulté à l'initiative des parents.
- Amygdalectomie par dissection pour amygdalite caséuse invalidante. Suites immédiates simples, mais troubles de la déglutition apparemment en rapport avec la création d'une bride entre les piliers du voile.

- Amygdalectomie et adénoïdectomie chez un enfant. Expulsion spontanée d'une compresse six jours plus tard.

CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE ● 2

Dont :

- Laryngectomie pour tumeur maligne du larynx avec curage. Décès dix jours plus tard d'une hémorragie cataclysmique sur possible ulcération vasculaire par la canule de trachéotomie (fragilisation tissulaire liée à une radiothérapie ancienne pour cancer de l'œsophage).

CHIRURGIE GANGLIONNAIRE ● 3

- Curage ganglionnaire pour adénopathies abcédées (récidive de cystadéno lymphome). Paralyse de la branche mentonnière du facial constatée à J 2, due à l'évolution du processus inflammatoire. Troubles de la parole et de la déglutition.
- Curage ganglionnaire pour adénopathie sous angulo maxillaire (se révélant bénigne), après cytoponction suspecte. Section du nerf spinal immédiatement réparée. Douleurs séquellaires. Il est reproché une chirurgie précipitée.
- Paralyse plexique au décours de l'exérèse d'une tumeur accolée au pneumogastrique (schwannome).

CHIRURGIE DE L'OREILLE ● 8

- Otospongiose compliquée de cophose en rapport avec un granulome péri prothétique. Reprise précoce mais cophose et labyrinthisation persistantes.
- Otospongiose compliquée de vertiges postopératoires puis d'une labyrinthite aiguë un mois plus tard. Reprise opératoire sans bénéfice.
- Chirurgie de cholestéatome. Paralyse faciale de récupération progressive.
- Tympanoplastie et antro atticotomie à la fraise pour otites récidivantes. Paralyse faciale greffée à J 1.
- Tympanoplastie avec évidement mastoïdien (otites récidivantes). Paralyse faciale et transfert pour réparation d'une section nerveuse. Rééducation en cours. Disparition des vertiges constatée en postopératoire.
- Otoplastie pour bifidité, avec résultat esthétique jugé non satisfaisant.
- Otoplastie pour oreilles décollées, avec échec de la reprise pour cicatrices chéloïdes bilatérales.
- Otoplastie avec survenue d'une plaie frontale immédiatement réparée et jugée importante par les parents.

PAROTIDECTOMIE ● 1

- Pour tumeur superficielle (bénigne). Paralyse faciale supérieure. Amélioration discrète et syndrome dépressif majeur.

THYROÏDE ● 5

- Thyroïdectomie totale pour goitre. Paralyse récurrentielle (3).
- Chirurgie partielle itérative pour nodules résiduels. Paralyse récurrentielle et fibromyalgie associée. Indication reprochée.
- Chirurgie pour nodule. Douleurs cervicales, scanner. Découverte lors de la reprise d'une compresse oubliée.

UVULO-PHARYNGOPLASTIE ● 1

- Découverte d'un pneumopéritoine compressif en SSPI. Pas d'étiologie à la laparotomie. Décès rapide.

DIVERS CHIRURGIE ◆ 4

- Extraction dentaire (2) (dents de sagesse) compliquée d'une luxation de la mandibule dans un cas et d'une lésion du nerf lingual dans un autre cas.
- Biopsie de glande salivaire accessoire sur demande d'un confrère. Geste techniquement difficile. Anesthésie de la lèvre apparue dans un délai inconnu.
- Incision drainage d'un kyste sébacé surinfecté (acné majeure). Récidive et exérèse à distance. Rançon cicatricielle.

Geste

3

- Pan endoscopie avec œsophagoscope au tube rigide pour recherche de seconde localisation lors de l'exérèse d'une lésion suspecte de la face interne de la joue. Douleurs thoraciques au réveil, explorées par le cardiologue (épanchement pleural sans pneumo médiastin). Sortie à J 1, médiastinite à J 2 par perforation œsophagienne. Multiples interventions majeures et compliquées. Hospitalisations prolongées.
- Ablation difficile d'un bouchon de cérumen sous microscope. Aggravation de la perte auditive préexistante.
- Vidéo nystagmographie. Aggravation alléguée de vertiges puis acouphènes. Examen jugé brutal.

Traumatisme dentaire

12

- Au décours d'endoscopie (8).
- Au décours d'une intervention chirurgicale (4), dont deux avec une intubation difficile prévisible.

Divers

2

- Chute d'une patiente âgée, examinée pour ablation de bouchon de cérumen, lors du redressement du dossier du brancard. Fracture rachidienne cervicale et métacarpienne. Aggravation de la dépendance.
- Chute de la table d'examen au décours d'une manœuvre de Semont. Luxation de l'épaule.

PEDIATRIE

Les 3 495 pédiatres sociétaires de la MACSF ont adressé 30 déclarations (24 en exercice libéral et 6 en exercice salarié), soit une sinistralité de 1,4 % en exercice libéral (contre 1 % en 2011) : 3 plaintes pénales, 8 procédures civiles, 6 plaintes ordinales, 3 réclamations et 10 saisines d'une CCI.

Diagnostic

9

- Diagnostic erroné de possible intolérance au lait de vache, posé chez un enfant de 3 mois. Consultation huit jours auparavant pour diarrhée isolée non fébrile. Revu pour refus du biberon avec vomissements. Bilan demandé. Enfant amené par ses parents le lendemain aux urgences du CHU. Mise en évidence d'une hépatomégalie et découverte échographique d'un épanchement péricardique. Diagnostic final de maladie de Kawasaki. Suites inconnues.
- Retard diagnostique d'une tumeur abdominale palpable, s'avérant d'origine ovarienne (tumeur de la granulosa), opérée le lendemain d'une consultation aux urgences, une semaine après l'examen du 9^{ème} mois, considéré comme normal.
- Suivi en PMI. Hypotonie axiale et augmentation du périmètre crânien mise sur le compte d'un "gros bébé" (diabète gestationnel maternel). Avis demandé à six mois. Retard psychomoteur et macrocéphalie révélant une hydrocéphalie tétra ventriculaire. Dérivation.
- Enfant suivi régulièrement de la naissance à 17 mois. Retard diagnostique d'une luxation incomplète congénitale de hanche dans une forme rare.
- Examen à la naissance. Demande d'avis pour souffle cardiaque puis suivi pendant un an. Diagnostic par un confrère d'une luxation congénitale de hanche à 18 mois.
- Consultations à plusieurs reprises d'un enfant de 3 ans pour toux grasse, puis adénopathies cervicales banales. Evocation d'une mononucléose puis radiographie thoracique évoquant, en premier lieu, un reliquat thymique. Demande d'avis cardiologique devant un doute sur une anomalie vasculaire aortique. Rendez-vous tardivement obtenu, malgré les appels du pédiatre. Hospitalisation et scanner en faveur d'un lymphome de Hodgkin. Retard diagnostique de quelques mois. Deux sociétaires pédiatres sont mis en cause.
- Retard diagnostique d'environ deux mois d'une tumeur ovarienne bénigne chez une enfant de 7 ans se plaignant de douleurs abdominales et de diarrhée.
- Consultation d'un enfant de 8 ans pour cervicalgies depuis quinze jours et échec de séances d'ostéopathie. Radiographies jugées normales. Echec de la kinésithérapie. Nouvelle consultation trois mois plus tard. Avis orthopédique puis imagerie obtenue six mois après les faits. Luxation rotatoire C1/C2 attribuée à un minime traumatisme méconnu ("galipette"). Réduction partielle sous traction. Deux sociétaires radiologues et un sociétaire kinésithérapeute sont également mis en cause.

Prise en charge

9

DÉCÈS ENFANT ◆ 7

- Conseil téléphonique pour un enfant de six semaines ayant contracté la varicelle de son frère (enfant né prématuré et hypotrophe, rapide séjour en néonatalogie, vu à un mois). Décès six jours plus tard d'une mort subite.
- Vomissements et diarrhée fébrile d'un enfant de 9 mois évoluant depuis 48 heures, sans amélioration sous traitement prescrit par le généraliste. Demande de rendez-vous rapide par la mère, accordé quelques heures après l'appel. Survenue d'un arrêt cardiorespiratoire

par inhalation massive. Décès malgré la réanimation. Confirmation du diagnostic de gastroentérite à staphylocoques et d'inhalation à l'autopsie.

- Plusieurs consultations pour fièvre chez un enfant de 10 mois. Diagnostic de rhinopharyngite lors du premier examen, le personnel de la crèche ayant appelé la mère pour « détresse respiratoire ». Diagnostic confirmé de virose trois jours plus tard (symptomatologie de gastroentérite) par un autre pédiatre, puis hospitalisation le lendemain et transfert en réanimation. Etat de choc lié à une infection à streptocoque A. Décès. Trois sociétaires pédiatres sont mis en cause.
- Conseil téléphonique pour un enfant d'un an fébrile, séjournant temporairement en établissement pédiatrique (maladie de Hirschsprung sous alimentation parentérale exclusive). Demande d'hémocultures et temporisation pendant douze heures, avant un transfert pour fièvre persistante. Dégradation dans la journée. Choc septique à point de départ digestif. Décès.
- Participation en milieu hospitalier à la prise en charge d'une enfant de 6 ans, décédée d'un choc septique à streptocoque A.

DIVERS ● 2

- Participation à la prise en charge et au bilan d'un enfant de 4 ans ayant des troubles du comportement. Placement en famille d'accueil décidé après enquête, avec refus du droit de visite par les parents, ce qu'ils contestent. Deux sociétaires psychiatres et un sociétaire médecin généraliste sont également mis en cause.
- Suivi depuis la naissance jusqu'à 12 ans d'une enfant sans problème notable. Vaccinations, dont le ROR, auxquelles les parents attribuent un handicap de nature non précisé, apparu à l'adolescence.

Néonatalogie

9

- Prise en charge d'un enfant né par césarienne à terme dépassé d'un jour. Malaises à J 2, en rapport avec une hypoglycémie importante rapidement diagnostiquée et récidivante quelques heures plus tard (cause ?). Etat de mal convulsif. Transfert en réanimation. Décès à J 4.
- Prise en charge d'un enfant prématuré né par césarienne à 34 SA pour pré éclampsie. Alimentation parentérale, puis entérale prudente, avec ré-ascension de la courbe de poids. Symptômes digestifs à J 12 et transfert pour entérocolite ulcéro nécrosante. Interventions chirurgicales itératives. Décès à six semaines. Deux sociétaires pédiatres sont mis en cause.
- Prise en charge d'un enfant né par voie basse (contexte de retard de croissance in utero) et transféré en néonatalogie pour suspicion d'arthrogrypose. Diagnostic de microcéphalie. Décès à un mois. Réclamation douze ans après.
- Prise en charge d'un enfant né en état de mort apparente (bradycardie prolongée, échec de ventouse, forceps) par le pédiatre présent sur place. Réanimation immédiate et transfert par Samu. Infirmière motrice cérébrale.
- Prise en charge d'un enfant né en état de mort apparente (circulaire non serrée du cordon). Réanimation lourde et efficace et transfert en néonatalogie. Décès à 6 mois. Autopsie en faveur d'une maladie mitochondriale.
- Prise en charge d'un enfant né en état de mort apparente (rupture prolongée des membranes, souffrance fœtale, extraction

instrumentale) par le pédiatre présent en salle de naissance. Acidose métabolique. Transfert impossible, faute de disponibilité du Samu. Surveillance et demande renouvelée à H 16 (apparition d'une paralysie faciale) et réalisé à H 21. Hématome sous-dural. Décès à J 8.

- Enfant examiné à domicile à J 3, adressé immédiatement en service spécialisé. Diagnostic de neuroblastome thoracique à un mois. Paraplégie.
- Prise en charge d'un enfant né en état de mort apparente après césarienne en urgence pour hématome rétro placentaire. Réanimation conventionnelle par le pédiatre présent au bloc. Surveillance étroite en unité Kangourou. Détresse respiratoire à deux jours de vie. Transfert en réanimation. Evolution a priori favorable.

Divers

3

- Brûlure ombilicale suite à l'application de nitrate d'argent insuffisamment dilué.
- Contestation de la qualité d'une circoncision rituelle effectuée au cabinet sans anesthésie. Résection insuffisante et reprise à envisager, confirmée par un chirurgien consulté quelques jours plus tard du fait des pleurs de l'enfant lors des soins.
- Mise en cause par erreur. Faits concernant en fait le remplaçant du sociétaire. Contestation de la prise en charge d'une fracture humérale survenue au cours d'un accouchement compliqué d'une dystocie des épaules, et associée à une fracture claviculaire méconnue.

PHLEBOLOGIE - ANGIOLOGIE

Les **675** angéologues phlébologues sociétaires de la MACSF ont adressé **13** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **2,1%** (contre **1,7%** en 2011) : **1** procédure civile, **2** plaintes ordinaires, **6** réclamations et **4** saisines d'une CCI.

Diagnostic

4

- Retard diagnostique chez un homme de 74 ans, lors du suivi pendant dix ans d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs s'aggravant malgré le contrôle des facteurs de risque, d'une coronaropathie ayant nécessité un pontage, associé à un remplacement valvulaire. Décès. Le patient était également suivi par un cardiologue, et un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Résultat négatif d'un écho doppler pratiqué pour œdème d'un membre, associé à des douleurs pelviennes, chez une patiente de 36 ans, porteuse d'un filtre cave. Pas de thrombophilie. Diagnostic par

un confrère, six jours plus tard, d'une thrombose veineuse proximale extensive.

○ Résultat normal d'un écho doppler chez une femme de 62 ans en surcharge pondérale, ayant un antécédent de thrombose profonde. Diagnostic deux mois plus tard d'une phlébite semi récente avec embolie pulmonaire bilatérale.

○ Deux mois après la fin d'un traitement anticoagulant (de trois mois) pour une phlébite chez un patient de 61 ans, plainte pour dyspnée. Examen normal. Diagnostic trois jours plus tard, par un confrère, d'une récurrence récente de thrombose veineuse extensive avec embolie pulmonaire. Séquelles anxieuses et retraite anticipée.

Prise en charge

3

○ Prise en charge d'une thrombose veineuse superficielle (traitement anticoagulant pendant un mois). Survenue d'une thrombose profonde deux mois plus tard, après un voyage en avion (contention non portée), et la prescription de Xarelto® (non disponible en pharmacie). Patient réticent au traitement anticoagulant "classique" proposé et adressé à un confrère.

○ Demande d'avis chirurgical après bilan (et échec partiel d'une sclérothérapie) chez une patiente de 48 ans. Décision de phlébectomie de la petite saphène, compliquée de troubles neurologiques dans le territoire du nerf sural.

○ Prescription d'un angioscanner thoracique en urgence devant une douleur thoracique avec D-dimères élevés chez un homme de 55 ans, qui reproche l'irradiation subie et le risque de cancer induit.

Sclérothérapie

6

○ Sclérothérapie pour incontinence tronculaire d'une saphène dédoublée avec varices sus pubiennes chez une femme réticente à la chirurgie. Réaction inflammatoire et de thromboses superficielles. Thrombectomie, puis majoration importante d'un lymphœdème préexistant, attribué après bilan hospitalier à une hypoplasie lymphatique constitutionnelle décompensée par le geste.

○ Sclérothérapie compliquée de nécrose par injection artériolaire (2). Cicatrisation avec soins locaux ou nécessitant une mise à plat chirurgicale.

○ Sclérothérapie pratiquée lors de la consultation de contrôle postopératoire, après nouvel éveinage court de la grande saphène, et compliquée de douleurs chroniques distales (neuropathiques ?).

○ Sclérothérapie compliquée de thrombose de deux veines superficielles. Refus de la thrombectomie proposée.

○ Echec du geste et aggravation avec incontinence saphène externe.

PNEUMOLOGIE

Les 1595 pneumologues sociétaires de la MACSF ont adressé 16 déclarations (14 en exercice libéral et 2 en exercice salarié), soit une sinistralité en exercice libéral de 1,6 % : 3 plaintes pénales, 3 procédures civiles, 3 plaintes ordinales et 7 saisines d'une CCI.

Diagnostic

5

○ Consultation et fibroscopie à l'occasion d'une hémoptysie chez un patient régulièrement suivi, ayant un antécédent de tuberculose, tabagique, avec un emphysème majeur. Retard diagnostique de quelques mois de métastases diffuses d'un cancer d'origine inconnue. Décès.

○ Conseil donné à un urgentiste d'éliminer une embolie pulmonaire chez une patiente de 67 ans, obèse, ayant une douleur thoracique et une dyspnée importantes malgré un traitement antibiotique en cours. Diagnostic infirmé lors de l'angioscanner mais arrêt cardiorespiratoire pendant l'examen (cause ?). Coma végétatif de longue durée avant le décès.

○ Consultation à deux reprises, à trois mois d'intervalle, pour surinfection bronchique (BPCO). Notion d'une radiographie thoracique normale un an auparavant. Demande de radiographie par le généraliste, découvrant un abcès pulmonaire puis un cancer broncho-pulmonaire métastasé. Décès à six mois.

○ Demande d'avis à un confrère pour dyspnée inexplicite chez une femme de 38 ans. Bilan incomplet pour des raisons d'organisation hospitalière. Patiente non revue. Découverte, deux ans plus tard, d'une hypertension artérielle pulmonaire essentielle.

○ Consultation prévue pour désensibilisation d'une patiente de 28 ans, signalant une douleur thoracique apparue brutalement la veille. Examen clinique rassurant. Décision prise par la patiente de se rendre immédiatement aux urgences. Diagnostic d'une embolie pulmonaire sur thrombose fémoro-poplitée (intervention sur le genou un mois auparavant).

Prise en charge

7

○ Participation à la prise en charge d'une pneumopathie à pneumocoque chez une femme de 30 ans, puis au traitement d'une embolie pulmonaire sur thrombose pelvienne. Récidive de douleurs thoraciques sous anticoagulants et décès le lendemain, en cours d'hospitalisation, d'une embolie pulmonaire massive. Un sociétaire interniste est également mis en cause.

○ Prise en charge d'une hospitalisation pour insuffisance respiratoire (pneumopathie sur sarcoïdose, asthme). Contestation d'une sortie trop précoce. Ré-hospitalisation pour aggravation respiratoire et découverte de métastases osseuses d'un cancer d'origine indé-

terminée. Décès. La famille reproche la prise en charge et le défaut d'information.

- Prise en charge en hospitalisation pour surinfection bronchique chez un patient de 79 ans (antécédent de maladie de Horton, lymphome...). Problèmes relationnels et transfert dans un autre service à la demande de la famille. Pneumopathie et décès de cause multifactorielle. Deux sociétaires pneumologues sont mis en cause.
- Prise en charge d'une hospitalisation pour insuffisance respiratoire décompensée (BPCO post tabagique et dilatation des bronches). Décès. Diagnostic post mortem d'une infection aspergillaire.
- Prise en charge d'un aspergillome. Amélioration puis surinfections à répétition et aggravation respiratoire. Décès brutal ayant fait envisager l'hypothèse d'une embolie. Positivité de la recherche de mycobactéries connue en post mortem.
- Traitement avec isoniazide d'une tuberculose excavée, prolongé pendant huit mois. Persistance d'images nodulaires au scanner. Polyneuropathie des quatre membres imputée au traitement.

Examens

3

- Epreuve fonctionnelle respiratoire d'effort. Tachycardie ventriculaire durant l'épreuve avec syncope. Fibrillation auriculaire au décours. Le patient se rend seul en voiture consulter son cardiologue. Hospitalisation immédiate en soins intensifs. Pace maker puis chirurgie d'une fuite valvulaire aortique envisagée. Les modalités du transfert sont contestées.
- Fibroscopie chez un patient de 27 ans, s'étant présenté la veille aux urgences pour hémoptysie et troubles anxieux paroxystiques (retour à domicile après avis du psychiatre). Défenestration au retour du bloc, dans un état confuso-onirique. Fractures multiples.
- Fibroscopie avec lavage alvéolaire. Détresse respiratoire au décours. Evolution favorable mais persistance d'une dyspnée d'effort.

Divers

1

- Mise en cause en tant que régulateur du Samu. Conseil téléphonique pour malaise et douleurs abdominales (anti-inflammatoires depuis la veille, prescrits par le généraliste consulté). Décès quelques heures plus tard, de cause inconnue.

PSYCHIATRIE

Les 9797 psychiatres sociétaires de la MACSF ont adressé 33 déclarations (23 en exercice libéral et 10 en secteur public), soit une sinistralité de 0,4% en exercice libéral (contre 0,7% en 2011) : 5 plaintes pénales, 9 procédures civiles, 5 plaintes ordinaires, 5 réclamations et 9 saisines d'une CCI.

Diagnostic

4

- Participation à la prise en charge d'une dépression du post partum. Diagnostic de syndrome de Sheehan deux ans plus tard. Deux sociétaires médecins généralistes et un sociétaire gynécologue sont mis en cause.
- Diagnostic reproché de polymicrogyrie (IRM) et d'absences, qui aurait été réfuté après un an de suivi chez un enfant de 7 ans. Prise de poids importante sous Dépakine®.
- Retard diagnostique d'une intoxication au lithium par déshydratation et interférences médicamenteuses. Coma et troubles cérébelleux. Dépendance. Il est reproché l'absence de diagnostic avant, puis pendant le début de l'hospitalisation, alors que la lithémie était à la limite supérieure quinze jours auparavant. Deux sociétaires psychiatres sont mis en cause.

Prise en charge

25

CONSULTATION AU CABINET ● 10

- Dépression réactionnelle dans un contexte d'agoraphobie après un AVP chez une femme de 29 ans. Traitement antidépresseur et anxiolytique considéré comme ayant contribué au décès brutal, sans cause précise à l'autopsie.
- Patient de 43 ans, présentant la récurrence d'un syndrome dépressif majeur, adressé en vue d'hospitalisation après une consultation. Instauration d'un traitement anxiolytique d'attente par le médecin de l'établissement, faute de place. Défenestration.
- Arrêt du lithium (troubles bipolaires) du fait de l'aggravation du syndrome dépressif. Rechute maniaque sous un autre antidépresseur. Chutes et divers incidents médicaux justifiant des hospitalisations retardant une intervention programmée. Il est reproché l'arrêt du traitement, dont la reprise a été efficace quatre mois plus tard.
- Mort subite (médicamenteuse ?) chez un patient de 35 ans, suivi pour dépression et tentatives de suicide. Le médecin de la CPAM considère que le psychiatre a enfreint les règles de prescription de différents traitements pendant un an (posologie, durée, chevauchements thérapeutiques...) à l'examen des 33 ordonnances, où figurent de nombreux médicaments anxiolytiques et antidépresseurs différents.
- Suicide d'un patient dépressif s'étant présenté aux urgences avec son épouse, inquiète et dépressive. Séparation temporaire acceptée par le couple. Pas de motif objectif à une hospitalisation. Rendez-vous de suivi donné pour le surlendemain, et non honoré.
- Suicide d'un patient par défenestration. Sevrage en cours, sur la demande du généraliste, d'un traitement somnifère et anxiolytique pris depuis vingt ans.
- Suicide par pendaison d'un patient, pris en charge pour syndrome dépressif majeur, d'abord amélioré puis en cours de rechute, et ayant refusé l'hospitalisation proposée. Consultations rapprochées le dernier mois.
- Suivi d'un enfant par un service spécialisé de soins à domicile (séquelles fœtales d'un alcoolisme maternel?). La mère reproche le suivi de l'enfant et de sa grossesse.
- Modification d'un traitement non toléré, prescrit en cours d'hos-

pitalisation lors d'un épisode maniaque avec tentatives d'autolyse. Remplacement par Tégrétol®. Syndrome de Lyell.

○ Il est reproché l'absence de guérison d'une psychose paranoïaque.

HOSPITALISATION OU DÉCOURS D'HOSPITALISATION ● 15

○ Suicide par pendaison, après une fugue, d'un patient hospitalisé depuis deux jours en milieu spécialisé.

○ Suicide par pendaison, après une fugue, d'une patiente hospitalisée pour un syndrome dépressif et sortant d'un an de soins en hospitalisation et réanimation (pour un polytraumatisme lors d'une première tentative de suicide).

○ Suicide par pendaison d'un patient, hospitalisé à plusieurs reprises pour dépression suite aux complications du traitement d'un cancer prostatique. Il est notamment reproché qu'il ait pu garder sa ceinture.

○ Suicide par pendaison, dans l'heure suivant le retour d'une permission de sortie, d'une patiente de 21 ans aux multiples antécédents. Sa mère reproche l'absence de prise en compte de son état, qu'elle avait décrit comme préoccupant.

○ Suicide par pendaison, après un mois d'hospitalisation et une amélioration apparente, d'une adolescente de 17 ans suivie pour tentatives d'autolyse, la dernière médicamenteuse.

○ Hospitalisation de trois semaines, en milieu spécialisé, d'une femme de 73 ans pour tentative de suicide (nombreux antécédents identiques). Suicide par ingestion médicamenteuse le lendemain de la sortie.

○ Hospitalisation en hôpital de jour, plusieurs fois par semaine, d'un patient délirant après hospitalisation en HDT pour tentative de suicide. Décès d'un hématome cérébral après chute volontaire dans les escaliers. Les parents reprochent que leurs mises en garde n'aient pas été entendues.

○ Décès d'un patient schizophrène en unité psychiatrique, après maîtrise par les agents de sécurité lors d'un transfert en isolement.

○ Hospitalisation pour syndrome dépressif, sur fond de troubles psychotiques, d'un homme de 73 ans. Virage maniaque évoqué. Permission de sortie autorisée après un mois d'hospitalisation, pendant laquelle survient un épisode d'agitation avec automutilation avec un couteau, puis défenestration. Hospitalisation pendant huit mois. Séquelles.

○ Hospitalisation pour troubles du comportement de certains des cinq enfants d'un couple parental pathogène. Placement contesté en famille d'accueil, de même que l'absence de traitement médicamenteux. Deux sociétaires psychiatres sont mis en cause.

○ Hospitalisation pour bilan d'un enfant de 3 ans. Suspicion d'autisme réfutée. Contestation maternelle des conclusions en faveur d'un retard simple des acquisitions.

○ Rédaction de l'ordonnance de sortie comportant notamment du Gardéal® (30 mg). Somnolence avec confusion dans les jours suivants, par surdosage. Posologie jugée excessive.

○ Contestation du bien-fondé du traitement et de l'hospitalisation en placement d'office.

○ Survenue d'une embolie pulmonaire (traitée par thrombolyse compliquée d'un hématome cérébral), une semaine après la sortie d'une patiente hospitalisée pour dépression et toxicomanie.

Expertise

2

○ Expertise d'arrêt de curatelle en faveur d'une mainlevée, pour une patiente de 33 ans, diabétique, présentant une stéatose hépatique et accusant ses traitements successifs d'être la cause de son état.

○ Conflit avec une patiente expertisée pour aptitude au poste d'enseignante après un arrêt pour raison psychiatrique.

Divers

2

○ Bris dentaires lors d'une sismothérapie.

○ Enquête sociale sur mission du juge pour enfants. Révélation de troubles psychiatriques maternels incompatibles avec la garde des enfants. Plainte pour violation du secret professionnel.

RADIOLOGIE - IMAGERIE MEDICALE

Les 3 070 radiologues sociétaires de la MACSF ont adressé 107 déclarations (106 en exercice libéral et 1 en activité salariée), soit une sinistralité en exercice libéral de 5,4 % (contre 3,5 en 2011) : 2 plaintes pénales, 31 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 43 réclamations et 25 saisines d'une CCI. En médecine nucléaire, 2 déclarations ont été adressées en exercice libéral : 1 réclamation et 1 saisine de CCI.

Prise en charge

17

○ Conseil de consulter un neurochirurgien lors de la découverte d'une malformation vasculaire cérébrale dans un contexte de céphalées. Pas de demande d'avis en urgence. Accident hémorragique le lendemain.

○ Conseil de revoir le généraliste après le constat de radiographies normales et d'une échographie montrant un hématome avec œdème d'un membre inférieur contus après un choc direct d'un chariot au travail. Prise en charge par les pompiers quatre jours plus tard pour possible choc septique (myocardite, pneumopathie bilatérale). Décès. La famille reproche l'absence d'examen clinique.

○ Suspicion d'embolie pulmonaire sur une radiographie thoracique. Conseil de scanner et retour à domicile. Evolution favorable en hospitalisation, décidée immédiatement par le généraliste consulté.

○ Découverte d'une opacité pulmonaire et conseil d'explorations

complémentaires. Cancer métastatique confirmé à quatre mois. Présence d'une opacité, non explorée lors d'un bilan préopératoire hospitalier deux ans auparavant. Un sociétaire chirurgien vasculaire est également mis en cause.

- Image lacunaire mandibulaire détectée lors d'un panoramique dentaire prescrit par un dentiste, du fait de difficultés de cicatrisation après extraction. Conseil de poursuivre les explorations. Révélation d'une tumeur mandibulaire. Un sociétaire chirurgien-dentiste et un sociétaire médecin généraliste sont également mis en cause.
- Mise en cause après biopsies mammaires successives, d'abord négatives puis en faveur de la malignité. Repérage stéréotaxique confié à un confrère lors d'une absence et mal exécuté, conduisant à une reprise de l'intervention confirmant le diagnostic initial.
- Refus d'une troisième infiltration de hanche chez une danseuse, le bilan étant en faveur d'une coxarthrose évoluée à opérer.
- Infiltration foraminale bilatérale L4-L5 sur canal étroit sans incident, mais douloureuse. Survenue, quinze jours plus tard, d'une cruralgie hyperalgique puis déficitaire, conduisant à une intervention avec retard alors que la patiente était hospitalisée.
- Echec d'une infiltration pour névralgie pudendale après chirurgie itérative de prolapsus.
- Ambiguïté sur droite/gauche lors d'un compte rendu d'une échographie et d'une ponction d'un nodule thyroïdien (négative). La patiente est persuadée d'une erreur de côté lors de la ponction.
- Mouvement de flexion douloureux pour la pratique de radiographies du genou après ostéosynthèse pour luxation rotulienne, accusé d'être responsable d'un démontage du matériel.
- Mise en cause systématique lors d'une fracture du col ayant nécessité, après l'échec d'un clou, une PTH compliquée chez une femme de 93 ans.
- Constat d'une hernie discale débutante chez un patient suivi par un rhumatologue pour sciatique, qui a dû être opéré dans les semaines suivantes pour spondylolisthésis. Laminectomie aux suites défavorables. Un sociétaire rhumatologue est également mis en cause.
- Découverte d'un anévrysme mésentérique et du tronc cœliaque lors d'une artériographie. Evolution favorable après chirurgie mais interruption d'une grossesse méconnue. Mise en cause systématique.
- Constat d'un pneumopéritoine sur un ASP après coloscopie. Décision d'abstention chirurgicale par l'équipe. Péritonite le lendemain et reprise tardive pour abcès du Douglas après un retour à domicile. Mise en cause systématique. Un sociétaire médecin généraliste et deux sociétaires gastroentérologues sont mis en cause.
- Echographie abdominale pour suspicion de syndrome occlusif confirmant une distension. Décès du patient le lendemain, d'une pneumopathie à pneumocoque. Mise en cause systématique.
- Manque d'attention prêtée à l'examen d'anciennes IRM lors d'un contrôle pour séquelles d'AVC et absence d'injection de produit de contraste. Le patient demande le remboursement des actes.

Erreur d'interprétation

36

RADIOGRAPHIES STANDARDS ● 14

Radiographie osseuse ● 12

- Découverte, dix-huit ans après des radiographies de l'épaule (antécédents de luxations, butée), d'une ostéonécrose avec fracture

de la butée.

- Contrôle sous immobilisation depuis trois semaines d'un enfant de 11 ans, victime d'un traumatisme du coude pris en charge par un orthopédiste. Constat de l'absence d'évolution défavorable, mais description d'un écart anormal radial. Luxation de la tête radiale négligée, associée à un ostéome, et rapidement dépistée. Séquelles de la chirurgie.
- Méconnaissance alléguée d'une fracture de la cupule radiale, non déplacée un mois plus tard et tardivement immobilisée.
- Méconnaissance d'une luxation palmaire de l'ulna au niveau de l'articulation radio ulnaire distale lors de radiographies de contrôle sous plâtre.
- Méconnaissance d'une fracture articulaire de P2 de l'annulaire, associée à une fracture métacarpienne du V.
- Epanchement articulaire après accident de football. IRM conseillée et révélant, trois semaines plus tard, une fracture impaction du plateau tibial déjà visible.
- Luxation de l'articulation de Lisfranc chez un patient de 28 ans (plusieurs radiographies dans le mois suivant le traumatisme). Mauvais résultat de l'arthrodèse. Un sociétaire chirurgien orthopédique est également mis en cause.
- Méconnaissance d'une fracture du corps du talus découverte un an après le traumatisme sur une IRM.
- Méconnaissance d'une fracture de P1 du gros orteil chez une danseuse.
- Retard diagnostique lors de radiographies du rachis cervical, après une échographie pour adénopathies cervicales, d'une luxation de C1 C2 après un minime traumatisme chez une enfant de 8 ans. Deux sociétaires radiologues, un sociétaire pédiatre et un sociétaire kinésithérapeute sont mis en cause.
- Radiographies du rachis lombaire et échographie abdominale jugées normales chez un enfant de 4 ans. Paraplégie brutale un mois plus tard. Volumineux neuroblastome métastatique.

Radiographie pulmonaire ● 2

- Méconnaissance de fractures costales. Détresse respiratoire et infection quelques jours plus tard, avec hospitalisation en réanimation.
- Découverte d'un cancer lobaire trois mois après une radiographie qualifiée de normale.

ECHOGRAPHIE ● 8

- Echographie puis IRM pour collection hématique post traumatique du creux poplité. Chirurgie un mois plus tard et diagnostic d'un liposarcome. Deux sociétaires radiologues sont mis en cause.
- Echographie abdominale jugée normale (et confirmée par un confrère quatre mois plus tard pour un autre motif). Uro scanner dix-huit mois plus tard pour hématurie en faveur d'une tumeur rénale. Carcinome à cellules claires.
- Echographie abdominale en faveur d'une hernie ombilicale, infirmée par l'intervention.
- Retard diagnostique d'une GEU malgré deux échographies à cinq jours d'intervalle (Beta-HCG positives puis en diminution, sans retard de règles connu) et confirmée le soir du deuxième examen, devant une douleur avec épanchement pelvien.
- Echographie musculaire dans un contexte de traumatisme chez un patient de 24 ans en faveur d'un hématome. Formation hyper-vasculaire suspecte au doppler six semaines plus tard, lors d'un contrôle. Diagnostic de sarcome. Décès rapide.

- Echographie musculaire dans un contexte de traumatisme en faveur d'un hématome. Diagnostic confirmé de séquelles au contrôle, dix-huit mois plus tard. Révélation d'un sarcome dix-huit mois après.
- Echographie testiculaire pour douleur testiculaire évoluant depuis douze heures, concluant à une orchépididymite. Nécrose testiculaire sur torsion du cordon spermatique.

SCANNER ● 11

- Erreur d'interprétation d'un angioscanner pour suspicion d'embolie pulmonaire bilatérale, confirmée au décours d'un arrêt cardiaque. Décès.
- Méconnaissance de nodules pancréatiques lors de scanners de surveillance pour nodules pulmonaires après néphrectomie pour tumeur rénale. Découverte d'une tumeur rénale controlatérale deux ans plus tard, avec métastases pancréatiques déjà potentiellement visibles sur le scanner précédent.
- Uroscanner éliminant un obstacle urinaire et radiographie pulmonaire confirmant un épanchement pleural chez une patiente hospitalisée et suspecte de pyélonéphrite. Paraplégie deux jours plus tard par abcès épidual associé à des abcès hépatiques, rénaux et pulmonaires. Séquelles importantes. Deux sociétaires radiologues sont mis en cause.
- Scanner thoraco abdominal dans le cadre d'un bilan d'extension. Malposition du cathéter du PAC visible mais non signalée. Injection de la chimiothérapie en intra pleural.
- Description d'un hématome de l'aorte ascendante infirmé lors de la chirurgie. Un sociétaire chirurgien vasculaire est également mis en cause.
- Scanner cérébral chez une patiente déjà opérée d'une rupture anévrysmale (clips) méconnaissant un anévrysme. Rupture un mois plus tard. Embolisation puis chirurgie.
- Scanner après une échographie abdominale pour douleurs lombaires ayant découvert un pseudo kyste rénal. Découverte fortuite, lors de l'injection, d'une formation tissulaire fessière rehaussée de calcifications, évoquant une malformation vasculaire. Avis d'interne en faveur d'un hématome ancien calcifié suite à une chute de cheval. Découverte, plusieurs années plus tard, d'une tumeur maligne. Deux sociétaires radiologues sont mis en cause.
- Méconnaissance d'une lésion du bourrelet de l'épaule lors d'un arthroscanner. Chirurgie, jugée inutile, d'une compression au coude.
- Contestation de l'interprétation d'un scanner du genou chez un patient opéré d'un genu varum.

IRM ● 3

- Erreur d'interprétation d'une IRM de l'épaule. Hémarthrose. Fracture de la glène et fissure du bourrelet dépistées quarante-cinq jours plus tard.
- Erreur d'interprétation d'une IRM du rachis en postopératoire, ayant semble-t-il participé à la décision d'abstention de reprise du fait de l'association, non décrite, de la persistance d'une hernie et d'un hématome modéré. Persistance d'un syndrome partiel de la queue de cheval.
- Angioscanner de l'aorte et des membres décrivant un pancréas normal. Cancer pancréatique découvert deux mois plus tard, au décours d'une hémorragie digestive.

Complications

11

INFILTRATION/INJECTION ● 6

- Infiltration du coude compliquée d'arthrite septique à mycobactéries chez une patiente ayant eu une arthroscopie huit mois auparavant.
- Infiltration de hanche compliquée d'arthrite septique. Diagnostic rapide.
- Arthrite du genou après arthroscanner.
- Brèche méningée invalidante après radiculo scanner demandé par le médecin rééducateur après IRM, chez une patiente lombalgique.
- Atrophie sous-cutanée et douleurs neuropathiques suite à une injection (1 ml) de Kenacort® retard dans un coude déjà opéré.
- Paralysie du deltoïde suite à un arthroscanner avec infiltration de l'épaule, attribuée aux gestes. Diagnostic, lors de l'expertise, d'un syndrome de Parsonage et Turner.

PONCTION ● 4

- Ponction itérative du rein, dont un drainage (qui s'est déplacé) sous néphrostomie pour abcès rénal confirmé, accusé d'être responsable d'une pleurésie enkystée ayant nécessité une thoracotomie.
- Tentative de ponction drainage sous scanner, en présence du chirurgien, d'une collection liquidienne pré pancréatique et rétro hépatique dans les suites d'une reprise de Sleeve gastrectomie pour hémopéritoine. Nécessité d'une laparotomie rapide pour plaie du pédicule vasculaire gastro épiploïque et lâchage anastomotique.
- Embolisation utérine pour fibromes accusée d'être à l'origine d'un abcès nécessitant une hystérectomie.
- Douleurs inguinales après artériographie aorto fémorale.

BIOPSIE ● 1

- Biopsie hépatique de lésions suspectes de métastases d'un cancer broncho pulmonaire en attente de confirmation histologique. Hémopéritoine. Chirurgie. Décès.

Mammographie

28

- Erreur d'interprétation (25) alléguée ou confirmée d'échographies/mammographies, lors de dépistages en cabinet ou dans des centres de dépistage avec deux lecteurs, ou de suivis de pathologies mammaires, chez des patientes ne respectant pas toujours les délais conseillés de surveillance, notamment en cas de calcifications suspectes. Confirmation d'un cancer du sein dans des délais variables, allant de quelques mois à potentiellement quatre ans, avec dans certains cas une évolution métastatique d'emblée. Dans certains cas, l'alerte est due à une modification locale récente, dans d'autres cas un cancer d'intervalle est confirmé. Seule l'analyse rétrospective clinique et radiologique peut permettre, a posteriori, de déterminer si le radiologue a eu un manquement dans l'interprétation, les conseils de biopsie ou de surveillance rapprochée ou la communication avec la patiente ou ses médecins.

○ Rupture de prothèses mammaires (3), dont il est reproché la survenue, l'évocation diagnostique non confirmée lors de l'intervention ou l'absence diagnostique.

Diagnostic anténatal

6

○ Réalisation des échographies de suivi de grossesse. Comptes rendus complets. Cardiomégalie et hydramnios à 32 SA. Demande d'avis. Incompatibilité rhésus. Décès de l'enfant. Une sociétaire sage-femme est également mise en cause.

○ Réalisation de l'échographie de datation de grossesse. Constat d'un décollement placentaire postérieur, confirmé à l'échographie suivante par un confrère. Naissance de l'enfant prématuré, en état de mort apparente, après césarienne en urgence. Un sociétaire médecin généraliste et deux sociétaires gynécologues sont mis en cause.

○ Réalisation des échographies de suivi de grossesse chez une femme ayant un diabète gestationnel, obèse et hypertendue. Description d'anomalies vasculaires placentaires et d'un oligoamnios dans un contexte de RCIU. Mort fœtale in utero par vasculopathie placentaire confirmée à l'autopsie. Deux sociétaires radiologues sont mis en cause.

○ Echographie du troisième trimestre (discret RCIU sans notch) à 33 SA. Césarienne en urgence à 37 SA pour anomalies du RCF. Naissance de l'enfant en état de mort apparente.

○ Retranscription erronée - et non rectifiée - de la dimension de la clarté nucale sur un bon de liaison avec un laboratoire agréé pour le dépistage combiné, aboutissant à un calcul erroné du risque de T 21, en fait dans la zone à risque. Enfant trisomique. L'absence d'amniocentèse est reprochée.

Dommege corporel

8

○ Chute en descendant de la table d'examen.

○ Chute du fait d'une déficteuosité de la table présentant une aspérité.

○ Chute lors de l'installation sur une table de scanner.

○ Chute du fait de la descente inopinée d'un tube venant comprimer la jambe.

○ Compression de la jambe d'un adulte tenant un enfant lors de la radiographie.

○ Malaise vagal après arthrographie lors de clichés en orthostatisme. Bris dentaire et fracture des os propres du nez.

○ Chute d'une patiente de 74 ans sous anticoagulants laissée seule, dans l'attente du radiologue, sur un lit d'échographie. Hématome et aggravation de lombalgies.

○ Installation pour un scanner accusée d'être responsable d'une récidiue d'une capsulite de l'épaule, "guérie" après dix-huit mois de traitement.

Divers

1

○ Le patient reproche les renouvellements, pendant plusieurs années, de Médiator® à titre amical. Contexte conflictuel familial. Traitement initié par un cardiologue. Valvulopathie aortique.

Médecine nucléaire

2

○ Décès d'un patient de 74 ans au décours immédiat d'une scintigraphie myocardique à la Persantine. Résultat en faveur d'un infarctus. Réanimation immédiate par le cardiologue présent. Plaie de la cornée au décours d'une scintigraphie cérébrale ayant imposé une immobilisation de la tête et une protection oculaire.

RADIOTHERAPIE ET ONCOLOGIE

Les **256** radiothérapeutes sociétaires de la MACSF ont adressé **15** déclarations (2 en secteur privé et 13 en exercice libéral), soit une sinistralité de **9,3%** en activité libérale (contre 12% en 2011) : **1** plainte pénale, **4** procédures civiles, **3** plaintes ordinaires, **1** réclamation et **6** saisines d'une CCI. Les **223** praticiens oncologues non radiothérapeutes ont adressé **11** déclarations (9 en exercice libéral et 2 en activité salariée) : **3** plaintes pénales, **2** procédures civiles, **3** réclamations, et **3** saisines d'une CCI. Un hématalogue médical libéral a fait l'objet d'une procédure devant les CCI.

RADIOTHERAPIE

15

HEMATOLOGIE

1

Complications

6

○ Radiothérapie avec un confrère, pour cancer de la cavité buc-

cale (70 grays délivrés sur deux mois). Ostéonécrose de la mâchoire nécessitant une lourde prise en charge.

○ Radiothérapie exclusive, après réunion RCP, pour cancer de la corde vocale. Complications nécessitant une trachéotomie puis récidive un an plus tard. Laryngectomie suivie de fistules.

○ Radiothérapie pour tumeur prostatique chez un patient informé. Rectite radique avec fistulisations récidivantes nécessitant de multiples interventions, émaillées d'infections sévères. Stabilisation après un an de traitement. Dérivation urinaire et digestive.

○ Radiothérapie préopératoire pour tumeur du haut rectum puis, dans les suites de la chirurgie, révélation d'un déficit sensitivomoteur des membres inférieurs rattaché à une plexite radique. Amélioration lente et incomplète.

○ Radiothérapie pour tumeur de l'ovaire chez une femme de 54 ans. Grêle radique, occlusion puis fistules favorisées par une sigmoïdite diverticulaire. Plusieurs interventions, colostomie et urétérostomie définitives.

○ Radiodermite sous-mammaire après radiothérapie post mastectomie partielle, chez une femme de 64 ans.

Prise en charge/Diagnostic en oncologie

8

○ Prise en charge jugée inadaptée (radiothérapie et chimiothérapie) d'une tumeur maligne broncho-pulmonaire. Apparition précoce d'une métastase surrénalienne puis méningite carcinomateuse. Décès.

○ Prise en charge (radiothérapie et chimiothérapie) d'un cancer du sein chez une femme de 32 ans. Rechute et évolution métastatique justifiant de nombreux traitements sur cinq ans. Maladie non stabilisée.

○ Echec thérapeutique et décès d'un patient dans un tableau de carcinose péritonéale, six mois après le début de la chimiothérapie pour cancer du rectum métastasé.

○ Examen au décours d'une ponction biopsie hépatique (tumeur du pancréas métastasée) pour dyspnée. Sortie autorisée après radiographie thoracique. Aggravation et décès rapide d'embolies pulmonaires. Notion de thrombi dans les artères pulmonaires (sur scanner fait précédemment) connue des nombreux médecins ayant participé à la prise en charge.

○ Consultation en urgence pour épigastalgies et douleurs thoraciques avec gêne respiratoire au cours de la sixième cure de chimiothérapie chez un patient ayant une tumeur colique inextirpable. Traitement symptomatique avec arrêt du 5FU oral. Décès le lendemain à domicile, de cause exacte inconnue.

○ Arrêt cardiorespiratoire récupéré chez un patient, perfusé par un cathéter central et en cours de recharge potassique, au décours immédiat d'une injection de corticoïdes par la même voie par une infirmière (troubles du rythme dus à l'hypokaliémie ? Flush sur la ligne veineuse remplie de KCL ?). Pas de séquelle.

○ Prise en charge avec un hématologue d'un myélome. Nombreux reproches (thrombose jugulaire sur malposition du PAC tardivement diagnostiquée malgré la plainte d'une dysphonie, échec thérapeutique...). Un sociétaire hématologue et un sociétaire chirurgien sont également mis en cause.

Divers

2

○ Participation à la RCP de décision d'un traitement complémentaire, en raison des résultats anatomopathologiques, d'une tumorectomie pour cancer. Mise en cause de l'ensemble des médecins après avoir refusé les propositions thérapeutiques, puis leurs alternatives.

○ Prise en charge trop "optimiste" d'un patient, décédé des métastases d'un cancer bronchopulmonaire.

ONCOLOGIE

11

Prise en charge

9

○ Consultation de suivi (radiothérapie puis hormonothérapie pour cancer du sein). Dyspnée depuis quelques semaines (consultations récentes en pneumologie et cardiologie). Demande de scanner thoracique fait le lendemain et montrant un foyer pulmonaire avec réaction pleurale. Décès à domicile le surlendemain, avant la consultation prévue en pneumologie.

○ Décision de surveillance, validée en RCP, pour un lymphome non hodgkinien. Deux ans plus tard, acutisation de la maladie et décision de chimiothérapie avant dialyse, non reportée malgré la découverte d'une insuffisance rénale avec hyperkaliémie. Arrêt cardiaque au décours et décès. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.

○ Décision en RCP de temporiser devant des microcalcifications mammaires controlatérales au cancer du sein traité des années auparavant, chez une femme de 66 ans. Augmentation des lésions révélant un cancer canalaire infiltrant avec métastases ganglionnaires.

○ Décision en RCP de surrénalectomie coelioscopique pour suspicion de métastases surrénaliennes chez un patient traité pour cancer broncho-pulmonaire agressif après des examens discordants. Non confirmation du diagnostic et possible insuffisance surrénalienne, dont il est également reproché la prise en charge. Un sociétaire endocrinologue est également mis en cause.

○ Survenue d'accès fébriles au décours du troisième cycle de chimiothérapie pour métastases hépatiques d'un cancer d'origine inconnue. Endocardite d'origine dentaire (PAC innocenté). Chirurgie valvulaire, reprise de la chimiothérapie quelques mois plus tard. Décès.

○ Traitement chimiothérapique et transfusions dans l'attente d'une allogreffe pour dysmyélopoïese. Echappement thérapeutique et altération de l'état général. Greffe récusée, décès. Il est reproché un "abandon" du patient.

○ Extravasation lors de la première cure de chimiothérapie sur PAC (cancer du sein) repérée par l'infirmière, qui ne prévient pas le médecin. Nécessité de différer la chimiothérapie et intervention à distance pour excision de zones nécrotiques.

○ Erreur de produit lors d'une injection intrathécale de Methotrexate, remplacé par de la Vincristine. Erreur reconnue immédiatement. Paraplégie et décès plusieurs mois plus tard, de complications infectieuses en réanimation. Deux sociétaires oncologues et un sociétaire interniste sont mis en cause.

Divers

2

- Décès d'un patient en cours de chimiothérapie pour cancer de vessie. Plainte pour euthanasie.
- Décès d'un patient en chimiothérapie. Soins palliatifs pour tumeur du pancréas multi métastasée. Prescription reprochée d'Hypnovel®. Plainte pour euthanasie. Un sociétaire gastroentérologue est également mis en cause.

REANIMATION*

Une déclaration concerne un réanimateur - ni cardiologue, ni anesthésiste - exerçant à titre libéral : 1 procédure civile.

- Patient pris en charge pour péritonite par désunion anastomotique après gastrectomie et By-pass. Ré-intervention puis hémorragie cataclysmique et décès.

RHUMATOLOGIE

Les **1373** rhumatologues sociétaires de la MACSF ont adressé **31** déclarations (30 en exercice libéral et 1 en exercice salarié) soit une sinistralité de **3%** en exercice libéral : **1** procédure pénale, **7** procédures civiles, **8** plaintes ordinales, **9** réclamations et **6** saisines d'une CCI.

Diagnostic

7

- Prise en charge d'un patient en AT par un orthopédiste pour une fracture des cunéiformes. Lésion du médio pied non opérée, puis découverte six mois plus tard, au scanner, d'une lésion du jambier postérieur. Il est reproché le diagnostic d'algodystrophie et l'attentisme chirurgical. Intervention d'arthrodèse cunéo métacarpienne et ténolyses pour séquelles d'une luxation de Lisfranc. Un sociétaire orthopédiste est également mis en cause.
- Diagnostic d'ostéonécrose de hanches confirmé par l'IRM. Un mois plus tard, chirurgie pour plastron appendiculaire. Evolution défavorable des ostéonécroses nécessitant une intervention. Il est reproché le diagnostic tardif (du plastron ?), attribué par le patient aux traitements AINS. Deux sociétaires médecins généralistes sont également mis en cause.
- EMG pour syndrome du canal carpien confirmant une atteinte modérée et bilatérale. Intervention du côté le plus gênant puis, un an après, nouvel EMG par un confrère, infirmant le diagnostic du côté non opéré.
- Patient vu pour névralgie cervico brachiale, puis participation

à la prise en charge d'une hémiparésie finalement rattachée à un syndrome de Brown Séquard d'étiologie non élucidée. IRM considérée comme tardive. Délai diagnostique d'une semaine.

- Cervicalgies et lombalgies, avec signes sensitifs des membres supérieurs (diagnostic de canal carpien confirmé à l'EMG et infiltré) puis aux membres inférieurs. Retard diagnostique d'une hernie cervicale compressive révélée par une tétraparésie.
- Consultation unique pour capsulite rétractile avec impotence majeure, prise en charge par un confrère. Antalgiques et demande de consultation en neurologie (Parkinson). Névralgie cervico brachiale sur cervicarthrose et hernie compressive.
- Patiente de 82 ans, vue par un premier rhumatologue avec des douleurs des ceintures et une VS augmentée. Efficacité de la corticothérapie prescrite pendant un mois. Consultation d'un deuxième rhumatologue, en cours de diminution par palier du traitement pour une sciatique intercurrente. Bilan complet et poursuite de la décroissance de la corticothérapie. Retard diagnostique d'une maladie de Horton. Cécité brutale, deux mois plus tard.

Prise en charge

5

- Avis pour douleurs du coude et ostéochondrite persistantes chez un plombier, après infiltrations par des confrères et un arthro lavage. Evocation d'une mycobactérie, non confirmée par une première biopsie (pas de culture sur milieu spécial comme prescrit). Nouvelle biopsie et confirmation du diagnostic. Origine de la contamination inconnue. De nombreux praticiens, dont un sociétaire radiologue, sont mis en cause.
- Participation à la prise en charge de douleurs scapulaires chez une patiente traitée pour une capsulite de l'épaule, multipliant les consultations et avis, et non revue. Demande d'IRM cervicale. Il est reproché un manque de dévouement et de respect de la dignité. Un sociétaire kinésithérapeute est également mis en cause.
- Suivi dans un contexte de polyarthrite sous corticoïdes. Avis sur ostéo densitométrie (ostéopénie à traiter par diphosphonates). Parodontopathie après deux ans de traitement.
- Participation lors d'une hospitalisation à la prise en charge d'une infection de PTH. Antibiothérapie intraveineuse et prescription de potassium (vomissements, diurétiques), injectées en IV directe par un intérimaire.
- Consultation conflictuelle avec un patient de 89 ans pour douleurs anciennes majorées par une chute. Bilan complet. Refus d'une thermocoagulation (évoquée par un kinésithérapeute pour un soi-disant syndrome de Maigne).

Gestes

16

INFILTRATION ● 14

- Rachialgies sous Plavix® et aspirine. Bilan puis infiltration de l'articulaire postérieure de D7. Troubles moteurs liés à hématome, sans solution neurochirurgicale.
- Infiltration cervicale. Majoration des douleurs d'étiologie peu

* Médecins exerçant en réanimation, hors cardiologues et anesthésistes.

claire, dans un contexte dépressif.

○ Infiltration articulaire postérieure lombaire après échec d'autres traitements. Possible endocardite ultérieure.

○ Infiltration épidurale sans complication, mais aggravation alléguée des douleurs. Hospitalisation (autres infiltrations par confrères). Il est reproché le défaut d'information.

○ Infiltration épidurale en cours d'hospitalisation. Patient revu au décours avec des troubles récents de l'érection et adressé en chirurgie. Majoration de la hernie discale préexistante. Intervention. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.

○ Infiltrations itératives du hiatus sacrococcygien. Persistance des lombalgies et aiguille fichée dans les parties molles, retrouvée par la patiente et ôtée sans dommage.

○ Infiltration pour rupture de la coiffe. Consultation par un autre médecin trois semaines plus tard (AINS) et bilan inflammatoire conduisant à une hospitalisation. Arthrite à staphylocoque méti sensible.

○ Ponction blanche d'un hygroma du coude dans un contexte d'eczéma au ciment. Aggravation puis dermo hypodermite deux jours plus tard sous AINS. Evolution vers une fasciite à staphylocoque avec choc septique (diabète méconnu). Nombreuses interventions.

○ Infiltration du canal carpien dans un contexte d'arthralgies inflammatoires et après EMG chez un patient de 79 ans, diabétique sous antiagrégant, présentant un œdème du poignet. Corticothérapie orale. Constat d'une VS augmentée le lendemain. Aggravation clinique et biologique lors de l'hospitalisation, cinq jours plus tard. Synovectomie des fléchisseurs et abcès du canal carpien. Séquelles importantes.

○ Infiltration de genou à l'acide hyaluronique chez un patient transitoirement amélioré antérieurement par ce traitement. Une semaine plus tard, fièvre prise en charge par le généraliste. Antibiothérapie et bilan à domicile. Hospitalisation en urgence pour choc septique sur arthrite du genou. Défaillance multiviscérale (SDRA, pneumocoque identifié par PCR, pas de germe dans le genou). Décès après cinq mois de réanimation.

○ Infiltration de genou à l'acide hyaluronique. Douleurs dès le lendemain et syndrome inflammatoire. Echec d'une bi-antibiothérapie orale et hospitalisation pour lavage arthroscopique une semaine plus tard.

○ Infiltration de genou à l'acide hyaluronique. Lésion cutanée eczématiforme de proximité préexistante, évoluant de façon extensive. Il est reproché la réalisation du geste.

○ Infiltration de genou à l'acide hyaluronique. Echec après trois infiltrations.

○ Patient vu après arthroscopie du genou. Ponction hémorragique d'une hémarthrose ou hydarthrose. Evolution défavorable puis décision d'arthrolavage, suivi d'infection.

MANIPULATION ● 1

○ Manipulation douce lombaire chez une patiente ostéoporotique. Fracture costale fermée.

ARTHROSCOPIE DU GENOU ● 1

○ Infection nosocomiale sur hémarthrose.

Expertise

2

○ Médecin agréé. Examen clinique pour renouvellement d'un congé

de longue maladie alors que, selon le patient, les médecins de la Sécurité Sociale s'étaient jusqu'alors contentés de simples entretiens pour accorder leurs renouvellements. Accord pour six mois. Persistance de douleurs et non-consolidation d'une arthrodèse avec greffe attribuées à cet examen clinique, jugé brutal et inutile.

○ Refus de renouvellement d'un arrêt de travail. Plainte pour incompétence et arrogance.

Divers

1

○ Attente jugée trop longue en consultation.

STOMATOLOGIE

Les 553 stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux sociétaires de la MACSF ont adressé 70 déclarations (69 en exercice libéral et 1 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité en activité libérale de 14,5 % (contre 6,9 % en 2011) : 14 procédures civiles, 2 plaintes ordinaires, 51 réclamations et 3 saisine d'une CCI.

Chirurgie maxillo-faciale

4

○ Ostéotomie maxillo mandibulaire pour dysmorphose majeure. Nécrose secondaire de deux dents, les vis d'ostéosynthèse étant en contact avec les apex.

○ Ostéotomie bi maxillaire. Pseudarthrose et dysesthésies labio mentonnières.

○ Allégation d'une erreur diagnostique d'une fracture s'étendant au maxillaire après traumatisme facial (rix). Interventions ultérieures à distance, en fait indépendantes du manquement allégué.

○ Chirurgie pour arthropathie temporo mandibulaire. Mauvais résultat.

Acte de chirurgie dentaire

66

SUIVI THÉRAPEUTIQUE ● 2

○ Prise en charge d'un homme de 23 ans pour cellulite après dévitalisation d'une dent sous antibiotiques par un confrère. Persistance d'un abcès mandibulaire s'avérant dû à une actinomycose diagnostiquée par biopsie. Interventions lourdes. Préjudice professionnel invoqué. Deux sociétaires stomatologistes sont mis en cause.

LITIGE PROTHÉTIQUE ● 10

○ Contestation de la conformité d'un traitement prothétique.

○ Contestation de couronnes.

- Contestation d'un bridge du fait du constat de fractures céramiques et d'un défaut d'adaptation.
- Contestation d'un bridge prenant appui sur une dent dont la racine s'avère ultérieurement fracturée.
- Bridge, puis constat par un confrère d'une situation parodontale dégradée nécessitant l'extraction des dents, en fait perdues d'emblée, sur lesquelles s'appuyait le bridge.
- Une patiente dénonce, dix ans plus tard, le traitement prothétique entrepris (dents piliers, CCM) qui doit être repris.
- Pose d'inlay-core. Douleurs après la pose et changement de praticien (bris d'instrument dans la racine de la dent adjacente par le tenon de l'ancrage radulaire). Demande de remboursement des frais.
- Traumatisme bucco facial chez une patiente en invalidité pour des troubles psychiatriques. Extraction d'un fragment coronaire. La patiente impute une réhabilitation globale nécessaire à des actes iatrogènes.
- Curetage apical sous un bridge à la demande d'un confrère. Patiente revue cinq ans plus tard pour douleurs.
- Fracture de céramique suite à l'avulsion de la dent adjacente.

COMPLICATIONS DIVERSES SUITE À DES SOINS DENTAIRES ● 28

- Infection sévère avec hospitalisation. Présence d'une compresse au fond de l'alvéole après extraction hémorragique de dent de sagesse.
- Extraction dentaire sous antibiothérapie à la demande d'un confrère. Survenue, neuf mois plus tard, d'une grave infection pleuro pulmonaire avec spondylodiscite, imputée sans fondement au geste.
- Brûlure lors d'une germectomie sous AG de dents de sagesse.
- Erreur de dent lors d'extraction dentaire (4), dont 2 chez des enfants, liée dans un cas à la confusion avec le patient suivant sur le planning du bloc opératoire.
- Contestation de l'indication d'extraction d'une dent.
- Fracture accidentelle (3) d'une incisive chez un enfant, d'une dent adjacente, d'une dent couronnée lors d'une extraction dentaire.
- Extraction de dent de sagesse laissant en place l'apex. Fragment extrait par un autre praticien.
- Lésion du nerf alvéolaire (5) ou du nerf lingual (2) suite à une extraction essentiellement de dents de sagesse.
- Fracture de la mandibule et atteinte du nerf lingual bilatéral après extraction de dents de sagesse.
- Alvéolite post extraction d'une molaire.
- Extraction d'un fragment de dent de sagesse laissé en place par un autre praticien. Douleurs persistantes.
- Décompression du nerf mandibulaire suite à un dépassement de produit d'obturation (hypoesthésies) lors du traitement par un confrère.
- Extraction et réimplantation d'une dent incluse. Nécessité de la remplacer par un bridge à distance de l'intervention.
- Expulsion dans le sinus de l'apex d'une dent (enclavée) lors de l'extraction. Retard possible de la prise en charge de la communication bucco sinusienne. Aggravation malgré de nombreuses interventions.
- Symptômes variés et sans lien de causalité avec une extraction de dent de sagesse (2).
- Troubles de l'élocution et engourdissement postérieur de l'hémilangue avec examen neurologique normal, dans un contexte de SADAM.

IMPLANTOLOGIE ● 19

- Pose implantaire défectueuse (implant trop long traversant tout le canal dentaire) sans scanner préopératoire, malgré la proximité nerveuse évoquée. Paresthésies labio mentonnières.
- Non-ostéo intégration d'implants déposés par un confrère. Puis

litige prothétique concernant une prothèse transvissée.

- Non-ostéo intégration d'un implant, retiré. Proposition d'un bridge mais perte de confiance.
- Fracture d'un implant posé dix ans auparavant, suivi d'une prothèse fixe non réalisée par le médecin.
- Fractures des vis permettant l'ancrage des piliers mandibulaires, plusieurs années après le geste. Bridge posé par un confrère après respect du temps d'ostéo-intégration. Douleurs et infections à répétitions alléguées.
- Insatisfaction de la pose d'implants et de prothèses céramo-métalliques à distance, la patiente n'ayant plus consulté pendant plusieurs années.
- Insatisfaction de la pose d'un implant, déposé par un confrère, et reproche d'altérations d'autres dents du fait de soins inappropriés.
- Contestation de la conformité d'une prothèse maxillaire lors d'un traitement implanto prothétique.
- Contestation de la conception de la phase implantaire (implants positionnés en axe excentré, déposés par un confrère) et du suivi, entravé par un nomadisme médical.
- Insuffisance de conception d'un traitement implanto prothétique nécessitant une reprise totale des travaux.
- Implant ayant fusé dans la fosse sous-maxillaire.
- Effraction sinusienne.
- Lésion du nerf alvéolaire.
- Péri implantite alléguée.
- Mobilité d'un implant. Dépose envisagée.
- Allégation de douleurs intolérables justifiant le retrait d'un implant une semaine plus tard.
- Allégation d'un défaut technique, l'implant mobile ayant été déposé par un confrère.
- Altération de la tête de vis d'un implant lors du dépôt du faux moignon de la couronne (éclat de céramique).
- Indemnisation par le médecin d'une patiente réclamant le remboursement du montant d'un implant bien ostéo intégré, la patiente invoquant une allergie non confirmée au titane.

LITIGE EN ORTHODONTIE ● 4

- Allégation d'une insuffisance de conception et de suivi lors de la prise en charge d'un encombrement dentaire bi maxillaire. Aggravation alléguée de l'état initial.
- Récidive de malpositions suite à un traitement jugé terminé.
- Traitement orthodontique entrepris, puis modification du plan de traitement chez une adulte très soucieuse de son aspect physique. Reprise du traitement après chirurgie orthognatique. Insatisfaction du résultat.
- Traitement orthodontique entrepris mais absentéisme et rupture du contrat de soins. Impossibilité alléguée de poursuivre de nombreuses activités, dont la pratique d'un instrument à vent.

DIVERS ● 3

- Litige sur un devis prothétique.
- Prise en charge uniquement pour un avis et bilan du fait de douleurs faciales suite à la mise en place d'implants par un confrère.
- Plainte ordinale. Problème relationnel.

CHIRURGIENS- DENTISTES

Dr Philippe POMMAREDE

Chirurgien-dentiste conseil, MACSF.

Les **25 108** chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé **1484** déclarations en 2012, soit une sinistralité de **5,9 %** (contre **5,1 %** en 2011). On constate une augmentation de **13,7 %** du nombre de déclarations de 2011 (1309) à 2012 (1484) venant après celle de **20,4 %** entre 2010 (1087) à 2011.

Hors implantologie

1294

LITIGE PROTHÉTIQUE ● 717

- Prothèses amovibles totales ou partielles (133).
- Réalisation de prothèses scellées (523) : couronnes, bridges, inlays, onlays
 - soit prothétiquement inadaptées, inesthétiques ou fracturées, de fractures coronaires ou radiculaires, de problèmes divers comme des erreurs de conception ;
 - soit devant être déposées en raison de soins sous-jacents endodontiques défectueux, incomplets, de faux canaux, de fractures instrumentales, de granulomes ou de perforations radiculaires des dents piliers (248 déclarations, soit 47 % des dossiers).
- Prothèses mixtes : scellées + amovibles avec crochets, barres ou attachements (61).

COMPLICATIONS DIVERSES SUITE À DES SOINS DENTAIRES ET CHIRURGICAUX ● 429

- Contestations portant sur la qualité des soins (65) : obturations amalgames ou composites, obturations canalaires incomplètes, douleurs, caries non détectées.
- Infections consécutives à des soins (18) : abcès, cellulite, kyste récidivant. Cette année, il a été déclaré 3 cas de suspicion de complications cardiaques et d'endocardite d'Osler d'origine dentaire, une suspicion d'abcès cérébral, un choc septique à streptocoques, deux septicémies dont une par staphylocoque doré.
- Litiges concernant exclusivement des actes de parodontologie ou l'absence de diagnostic de maladie parodontale, de traitement ou survenue d'un dysfonctionnement de l'ATM (14).
- Suspensions d'allergie (6) : à un anesthésique, au métal (Nickel, Cobalt) de bridge ou couronne.
- Conséquences d'anesthésie et suites d'extractions (53). Il s'agit pour l'essentiel : de sections nerveuses avec paresthésies ou hypoesthésies du nerf alvéolaire inférieur (10) et du nerf lingual (9) consécutives à des extractions de dents de sagesse ou molaires mandibulaires, de luxations de la mandibule, de trismus et craque-

ments articulaires secondaires, d'apex résiduels, d'œdèmes postopératoires, de cellulites, de réactions diverses : lipothymies, crise de tétanie, céphalées, nécrose tissulaire après anesthésie locale, accident vasculaire.

- Erreurs d'extraction ou de diagnostic (31), dont un reproche de retard de diagnostic d'un améloblastome.
- Fractures dentaires coronaires ou radiculaires de dents voisines de la dent soignée (9).
- Fracture osseuse mandibulaire lors d'un acte chirurgical d'extraction de dent de sagesse mandibulaire.
- Effractions et lésions du sinus maxillaire (25) avec : 6 créations de communication bucco-sinusienne (CBS) lors d'actes de chirurgie buccale et projections d'apex ou de racines dans le sinus, 19 dépassements de pâte canalair ou de gutta, avec survenue de différentes complications de type infectieux, sinusite, aspergillose.
- Dépassements réalisés lors d'obturations canalaires (30) ayant entraîné des complications de type : paresthésies ou hypoesthésies du nerf alvéolaire, douleurs et infections.
- Fractures d'instruments (130, contre 77 en 2010, 88 en 2011) dont 129 instruments canalaires et une fracture d'aiguille pour anesthésie. Croissance importante et inquiétante. Il faut noter, cette année encore, la trop forte proportion des fractures d'instruments rotatifs d'endodontie en Nickel Titane dues à leur fragilité et à un non-respect du protocole d'utilisation de ces instruments.
- Faux canaux ou perforations radiculaires de dents qui n'ont pas fait ensuite l'objet de prothèses fixées (47).

DOMMAGE CORPOREL ET DIVERS ● 51

- Accidents corporels divers (2).
- Brûlures de la lèvre ou jugales par liquide de mordantage (6).
- Chutes (2).
- Coupures des muqueuses, de la joue, de la langue, de la lèvre et du plancher buccal (10).
- Ingestions diverses : inlay-core, couronne, fraise dentaire, instrument endodontique ou foret (7).
- Inhalations de couronne ou inlay-core, lime, d'un tournevis implantaire (7).
- Recherches de responsabilité consécutives à des décès (3), dont un après une pleurésie et un autre après un stress intense en salle de soins.
- Déclarations diverses (10), dont des plaintes de patients devant le Conseil de l'Ordre, une plainte au pénal suite à des soins et prothèses.
- Défauts de garantie contractuelle (3) : défaut d'assurance ou praticiens non assurés pour les actes d'implantologie pratiqués.
- Mise en cause de la responsabilité civile exploitation.

LITIGE EN ORTHODONTIE ● 97

Rappel : 77 en 2009, 64 en 2010, 66 en 2011

- Mises en cause du plan de traitement retenu, de la qualité du traitement réalisé avec des résultats esthétiques ou fonctionnels non-conformes aux attentes, des récidives de malpositions, la non-réalisation de chirurgie orthognathique, l'apparition de troubles articulaires ou de dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM), l'échec de mise en place de canines incluses, retards de prise en charge (70).
- Déclarations de résorptions radiculaires (13).
- Suspensions de mortification, apparition de caries, déminéralisations ou lésions coronaires (7).

- Déclarations de problèmes parodontaux imputés au traitement ODF (3).
- Erreurs de prescription d'extraction (4).

Implantologie, soulevés et comblement de sinus

190

On constate une augmentation constante des déclarations : 100 en 2008, 124 en 2009, 136 en 2010, 201 en 2011, en corrélation avec une augmentation de la pratique de ces actes, mais pas uniquement en ce qui concerne la chirurgie implantaire.

- Problèmes exclusivement liés à la chirurgie implantaire (69, contre 59 en 2009, 60 en 2010, 88 en 2012) : péri implantites, absence ou défaut d'ostéo-intégration, douleurs, infections, erreurs d'axe ou de longueur de travail lors de l'implantation, mise en charge immédiate, déclarations de CBS, sinusites, échecs de greffes osseuses ou de soulevés de sinus, lésions nerveuses avec perte de sensibilité ou paresthésies (ces dernières sont liées pour l'essentiel à une absence de précaution ou de mesures radiologiques préopératoires).
- Prothèses sur implants (67, contre 45 en 2010, 51 en 2011) : inadaptation, esthétique, fractures de bridges, de la partie céramique de couronnes ou bridges, descellements, problèmes occlusaux non résolus, dévissage de vis implantaire, de connexion, problèmes avec les prothèses amovibles sur implants.
- Mise en cause à la fois la phase chirurgicale et de la réalisation prothétique (50).
- Déclarations diverses (4) portant sur le matériel implanté lui-même ou des fractures de vis.

SAGES-FEMMES

Les **15 372** sages-femmes sociétaires de la MACSF ont adressé **7** déclarations (3 en exercice libéral et 4 en exercice salarié) : **2** plaintes pénales, **2** procédures civiles et **3** réclamations.

Accouchement

3

- Surveillance de l'accouchement d'une primipare à terme (seule sage-femme présente pour la salle de travail et les suites de couches). Anomalies répétitives du RCF justifiant l'appel et la visite de l'obstétricien remplaçant. Troubles du rythme s'aggravant lors du début des efforts expulsifs. Phase d'expulsion prolongée. Il est reproché un appel tardif du médecin et la sous-appréciation des anomalies du RCF. Naissance de l'enfant en présence de l'obstétricien avec un Apgar à 0. Echec de la première tentative d'intubation par l'obstétricien. Décès à 12 heures de vie.

- Surveillance d'un accouchement par voie basse en présence de l'obstétricien, dans un contexte de placenta bipartita. Naissance d'un enfant qui devra être réanimé. Décès. Diagnostic d'anémie par transfusion fœtomaternelle. Un sociétaire obstétricien est également mis en cause.
- Suivi de grossesse (glycémie limite et régime) puis du travail en présence de l'obstétricien. Forceps de Tarnier. Dystocie des épaules avec manœuvre de Jacquemier efficace, mais plexus brachial sévère. Enfant macrosome de 4,6 kg.

Suivi de grossesse

3

- Consultation ponctuelle et injection, au troisième trimestre, d'immunoglobulines anti-rhésus chez une femme rhésus négatif ayant donné naissance à un enfant rhésus positif et n'ayant pas eu de prévention anti-rhésus. Césarienne en urgence à 34 SA. Décès de l'enfant à trois mois de vie.
- Consultation de suivi de grossesse à terme dépassé. Douleurs pelviennes depuis une heure avec hypertonie utérine et bradycardie fœtale. Transfert immédiat en salle d'accouchement. Césarienne en urgence mais mort fœtale in utero.
- Suivi rapproché, pendant quelques jours, d'une grossesse au 7^{ème} mois pour l'apparition d'œdèmes, une tension artérielle limite puis la confirmation d'une albuminurie (avis du médecin demandé). Décès in utero de l'enfant constaté le lendemain de la dernière consultation. Il est reproché la sous-évaluation de cette prééclampsie.

Suivi du post partum

1

- Enfant en pouponnière, né hypotonique pendant la nuit avec un Apgar à 6 ayant bien récupéré. Constat lors de la visite d'un état justifiant la tentative de pose d'une voie veineuse, dans l'attente de l'arrivée du pédiatre. Transfert par Samu. Hypoglycémie et anémie (transfusion fœtomaternelle ?). Décès.

INFIRMIERS

Les **85 194** infirmiers (ères) sociétaires de la MACSF ont adressé **43** déclarations (40 en exercice libéral et 3 en exercice salarié) : **6** plaintes pénales, **2** plaintes ordinaires, **5** procédures civiles, **22** réclamations et **8** saisines d'une CCI.

IADE

1

- Bris dentaires lors d'une intubation pour épisode de désaturation

sous masque laryngé.

IDE

42

SOINS À DOMICILE ● 20

- Nutrition parentérale dans une chambre implantable. Infection associée aux soins avec bactériémie et thrombus de l'oreillette au contact du cathéter. Complications de l'antibiothérapie. Deux sociétaires infirmiers et un sociétaire cardiologue sont mis en cause.
- Infection d'un dispositif implantable. Décès dans un tableau de choc septique. Patient en soins palliatifs sous pompe à morphine.
- Prise en charge de pansements chez un adolescent après chirurgie d'un kyste pilonidal puis ré-intervention. Changements multiples d'IDE, la mère infirmière étant mécontente des soins et accusant ceux-ci de la récurrence d'une infection. Quatre sociétaires infirmiers sont mis en cause.
- Ablation difficile de points de sutures après petite chirurgie chez un enfant de 7 ans. La mère reproche le défaut d'hygiène lors du lavage des mains (essuyées avec le torchon de la cuisine, pas de gel antiseptique). Désunion de la cicatrice et reprise.
- Désunion cicatricielle et écoulement à staphylocoque après ablation d'agrafes. Reprise opératoire.
- Mise en cause après des propos tenus en milieu hospitalier au sujet des pansements à domicile lors du constat d'une infection associée aux soins, après chirurgie d'hallux valgus.
- Patient pris en charge conjointement avec le généraliste pour soins de plaies de jambes. Hospitalisation du fait de l'évolution vers la nécrose avec surinfection. Les médecins auraient critiqué la prise en charge.
- Ablation incomplète d'un surjet. Ré-intervention.
- Soins à domicile d'une fistule anale, débutés quinze jours après la chirurgie. Le patient accuse ceux-ci et l'introduction douloureuse d'un suppositoire d'être à l'origine d'une récurrence de l'abcès.
- Infection alléguée comme imputable aux soins pratiqués.
- Nécrose cutanée suite à une mammoplastie pour ptôse avec pose d'implants. Soutien-gorge de contention possiblement trop étroit. Reprise chirurgicale unilatérale.
- Lavages sinusiers (gentamicine) par drains d'Albertini posés par un ORL, douloureux lors du premier lavage puis indolores. Prescription renouvelée par l'ORL. Syndrome vestibulaire.
- Patient dénutri, éthylique et désorienté, pris en charge pendant trois mois pour escarres et lésions cutanées ulcérées, devenu grabataire. La famille reproche la qualité des soins et une hospitalisation tardive. Décès rapide.
- Patient de 99 ans, grabataire, pris en charge pendant six mois avec le généraliste. Survenue d'escarres et d'une déshydratation. Décès. Il est reproché la qualité des soins et une hospitalisation tardive.
- Litige sur soins de sonde urinaire à domicile. Difficultés relationnelles.
- Accusation d'attouchements chez une patiente ayant un retard mental.

SOINS EN HOSPITALISATION ● 3

- Enquête pénale (2) suite au décès d'un patient dans une unité de rééducation respiratoire et à un décès d'un possible suicide.
- Enquête pénale suite au décès d'un détenu de 36 ans en maison d'arrêt, quelques heures après la visite d'un médecin pour douleurs

thoraciques (ECG non concluant, bilan sanguin en cours). Infarctus sur cardiopathie ischémique ancienne. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.

GESTES ● 16

- Perfusion à domicile de fer (5). Tatouage indélébile au point d'injection dans 4 cas (dont l'un à l'occasion d'une extravasation coïncidant avec un malaise vagal) et survenue d'un gros bras douloureux dans un cas (anticoagulants par précaution).
- Hématome de la fesse secondaire à des injections IM d'AINS, deux fois par jour, pendant six jours.
- Déclenchement (ou majoration) d'une sciatgie intolérable à la quatorzième injection IM d'AINS.
- Nodules avec insensibilité de la fesse après injections IM d'AINS.
- Hématome de la cuisse devant être évacué chirurgicalement après injection sous-cutanée d'anticoagulant. Surinfection due, selon la famille, à l'emploi d'un médicament périmé.
- Hématomes abdominaux volumineux et multiples (avec anémie) suite à des injections sous-cutanées d'anticoagulants. Injections pendant trois jours lors de la réintroduction de l'anti-vitamine K, au décours d'une hospitalisation où ces hématomes étaient déjà présents. Ré-hospitalisation. Décès de cause multifactorielle.
- Erreur de dosage lors d'injections sous-cutanées d'anticoagulants à domicile pendant deux jours. Erreur de la pharmacie constatée par le généraliste et sans conséquence. Un sociétaire kinésithérapeute est également mis en cause.
- Prélèvement sanguin en urgence chez une patiente confuse, à la demande du généraliste qui devait gérer l'hospitalisation. Décès.
- Erreur de seringue lors d'une vaccination, l'aiguille et la seringue usagées du patient précédent ayant été utilisées. Bilan à la recherche d'une contamination, complet et négatif.
- Erreur de dosage d'un médicament injecté en IM au cours d'une FIV, dont la patiente s'est aperçue lors d'une visite médicale. Tentative interrompue.
- Erreur de préparation d'un médicament coûteux (2) nécessitant son remplacement.

DOMMAGE CORPOREL ● 3

- Chutes (2) d'une femme de 87 ans et d'une femme de 93 ans à la sortie de la douche, à domicile, en présence de l'IDE. Fracture d'un plateau tibial (puis bi malléolaire en cours de rééducation) dans un cas, fracture du coude inopérable en agrippant la barre d'appui dans un autre cas.
- Découverte d'une fracture du bras après chute à domicile (circonstances inconnues). L'infirmière se serait contentée, lors de l'aide à la toilette, de masser l'épaule.

MASSEURS- KINESITHERAPEUTES

Les **26 694** masseurs kinésithérapeutes sociétaires de la MACSF ont adressé **81** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **0,32%** (contre **0,26%** en 2011) : **4** procédures civiles, **4** plaintes ordinaires, **72** réclamations et **1** saisine d'une CCI.

Diagnostic

3

- Retard diagnostique d'une phlébite chez une patiente prise en charge pour une déchirure musculaire du mollet.
- Aggravation d'une scoliose chez une adolescente, justifiant un corset deux ans après la fin des séances de rééducation prescrites à deux reprises par un généraliste.
- Retard diagnostique d'une luxation C1-C2 chez un enfant de 8 ans. Trois séances de rééducation pour torticolis, puis arrêt.

Chute et dommage corporel

25

LORS DE RÉÉDUCATION À DOMICILE ◆ 3

- Pour un handicap neurologique suite à un AVC chez des patients de 75 à 87 ans (3), notamment en descendant les escaliers ou alors que la patiente était debout dans le couloir, le kinésithérapeute étant parti chercher le déambulateur. Selon les cas, entorse du genou, fracture malléolaire ou fracture humérale complexe avec traumatisme du genou puis perte d'autonomie rendant la vie au domicile impossible.

LORS DE RÉÉDUCATION AU CABINET ◆ 22

Les accidents sont survenus alors que le kinésithérapeute s'était le plus souvent absenté, fréquemment en début ou fin de séance.

- A la descente ou à l'installation sur la table (5) : fracture du col fémoral et du poignet chez une femme de 80 ans, fracture du fémur et de l'humérus chez une femme de 72 ans, lésions dentaires. Dans un cas, la glissade a été favorisée par les bas : fracture du poignet chez une femme de 88 ans. Dans un autre cas, la chute a pour origine le déclenchement par erreur du système électrique de remontée de la table : rachialgies.
- Utilisation par erreur d'un tabouret mobile par un patient de 76 ans. Fracture bi malléolaire.
- Lors d'exercices sur plateau de Freeman (4), dont une fracture du col huméral à 92 ans suivie d'une perte d'autonomie, et une fracture de l'épaule.
- Lors d'exercice sur tapis roulant (2), les patients ayant de leur propre initiative ou par inadvertance augmenté la vitesse du

tapis. Fracture du fémur controlatérale à celle rééduquée et fracture humérale et du poignet.

- Lors d'exercice sur vélo elliptique. Fracture spiroïde fémorale complexe.
- Lors d'exercices de saut. Aggravation de lésions ligamentaires.
- Lors de la descente d'escalier sans chaussures (diplopie non imputable).
- Lors d'exercice d'équilibre. Fracture du bras chez un homme de 89 ans, parkinsonien. Perte d'autonomie.
- Au décours de la balnéothérapie (3), en sortant du bain ou sous la douche. Contusions et dans un cas, volumineux hématome de jambe sous anticoagulants, évacué chirurgicalement.
- Défaillance du matériel (2). Chute de la tête (majoration de cervicalgies) ou dispositif médical rompu (fracture du poignet controlatéral).
- Plaie de l'auriculaire, coincé dans un tabouret.

Physiothérapie

9

- Brûlures (9) liées à différentes techniques (cryothérapie, électrothérapie, pack trop chaud...).

Complications ou aggravation lors des séances

42

PATHOLOGIES DIVERSES ◆ 25

Majoration ou déclenchement de douleurs rachidiennes ◆ 13

Dont :

- Patiente en arrêt de travail prolongé pour maladie professionnelle, en cours de rééducation pour tendinopathie du coude et de l'épaule. Poursuite des soins par le remplaçant qui pratique une rééducation du rachis cervical et une "manipulation". Névralgie cervico brachiale nécessitant une intervention. Plainte pour défaut de transmission de consignes précises.
- Prétendue "manipulation", formellement contestée.
- Séance d'ostéopathie réelle (3) ou d'élongation cervicale (1) dont la réalisation est niée.
- Séance de rééducation pour lombalgies (chute, radiographies normales) vécue comme très douloureuse à la suite d'une manœuvre de "décoaptation dorso lombaire". Découverte d'un tassement dorsal au scanner, un mois plus tard.
- Manipulation invoquée pour lombalgies, à l'origine d'une paralysie distale d'un membre inférieur, sans hernie discale au scanner réalisé après les séances. Plusieurs chutes avec fractures au décours.
- Maux divers et variés suite à une rééducation pour dorsalgies.

Autre ◆ 12

- Patiente présentant une ordonnance de rééducation pour dorsalgies datant de plus de six mois. Manœuvre de levée de tension

du diaphragme en appuyant fortement sur le sternum. Rupture corticale sternale basse.

- Fractures costales (4) après pressions appuyées para vertébrales, après manœuvres d'étirement des pectoraux ou appui prononcé lors d'une rééducation respiratoire.
- Prise en charge d'une capsulite de l'épaule. Kinésithérapeute accusé de ne pas avoir suivi les prescriptions médicales (trois rhumatologues sont concernés).
- Aggravation de la pathologie suite à la rééducation pour douleurs post traumatiques de l'épaule.
- Manœuvres traumatisantes avec craquement, accusées d'être responsables d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Intervention.
- Douleurs d'un genou le lendemain d'une séance de rééducation avec étirements et possible "manipulation" pour tendinopathie achilléenne.
- Fracture (2) de la rotule lors d'une manœuvre d'étirement du quadriceps chez une paraplégique de 78 ans, et de jambe chez un infirme moteur cérébral.
- Rupture brutale du tendon d'Achille controlatéral lors d'une rééducation pour déchirure du mollet chez un sportif, qui accuse les manœuvres effectuées pieds nus sur sol glissant.

EN POSTOPÉRATOIRE ◀ 17

- Déclenchement d'une hernie discale cervicale lors de la 5^{ème} séance après chirurgie discale lombaire.
- Rééducation après acromioplastie. Constat d'une disjonction acromio claviculaire.
- Fracture constatée après la 2^{ème} séance au niveau d'un ancien trou de vis d'ostéosynthèse pour fracture de la clavicule, le matériel ayant été retiré une semaine auparavant.
- Débricolage de l'ostéosynthèse d'une fracture de la clavicule, deux mois après une séance décrite comme prudente et indolore.
- Prise en charge d'une patiente psychiatrique épileptique. Retard diagnostique d'une fracture humérale pendant une crise. Rééducation au décours de l'intervention.
- Mouvement forcé après arthroplastie d'épaule, accusé d'être responsable d'une lésion tendineuse.
- Fracture des vis d'ostéosynthèse et absence de consolidation d'une fracture luxation du poignet constatée au décours d'une séance douloureuse, à trois mois de l'intervention.
- Lors de la rééducation, trois mois après une fracture de P1 du V, fissure de P3 attribuée à un mouvement forcé de flexion dorsale.
- Blocage articulaire d'un doigt après synovectomie.
- Débricolage d'une ostéosynthèse pour fracture de P3 du pouce (attelle non portée).
- Luxation d'une prothèse de hanche lors d'une séance de rééducation (2).
- Cellu M6 et "palpés roulés" utilisés pour cellulite et déclenchant des douleurs de hanche chez une patiente opérée d'une fracture du fémur, en cours de rééducation pour ce motif.
- Déplacement secondaire après ostéotomie du genou. Rééducation jugée trop "active" (patient ne suivant pas les consignes de béquillage sans appui).
- Fracture du plateau tibial, sept mois après une arthroplastie du genou, reliée à la survenue d'une douleur lors de la séance.
- Mauvais résultat après arthroplastie du genou. Le lendemain de la chirurgie, blocage de l'arthromoteur à une amplitude supérieure à celle conseillée en l'absence du praticien. Amélioration secondaire.
- Nécessité d'une arthrodèse de cheville chez un patient pris en charge après arthroscopie thérapeutique de cheville et accusant une

rééducation proprioceptive d'être à l'origine d'une aggravation des douleurs et des lésions constatées à l'IRM.

Déontologie

2

- Mauvaise prise en charge, notamment d'une bronchiolite chez un enfant. Problèmes relationnels.

PEDICURES - PODOLOGUES

Les 5 807 pédicures podologues sociétaires de la MACSF ont adressé 15 déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de 0,26 % (contre 0,23 % en 2011) : 1 procédure civile, 1 plainte ordinaire et 13 réclamations.

Soins au cabinet

11

- Soins d'un pied diabétique chez un patient ayant une artériopathie oblitérante. Petite plaie instrumentale. Patient non revu. Infection et amputation de l'orteil.
- Soins d'un pied diabétique chez un patient au lourd passé vasculaire et amputé de deux orteils. Petite plaie instrumentale d'un orteil. Infection dans les jours suivants et nécrose.
- Soins d'un pied diabétique. Ablation d'un cor sans problème. Amputation de l'orteil. Il est reproché des soins excessifs et traumatisants.
- Soins d'un pied diabétique à domicile chez un obèse à la mobilité réduite, porteur d'une neuropathie et de troubles trophiques. Entaille talonnière lors d'un soin d'hyperkératose du talon selon le patient. Evolution vers une fissure surinfectée avec escarre talonnière nécessitant un abord chirurgical après prise en charge par le généraliste, tardivement consulté.
- Soins d'un pied diabétique au niveau d'un orteil en hallux. Difficultés de cicatrisation et gêne au chaussage.
- Ablation atraumatique d'un cor. Infection cutanéomuqueuse (2), dont une évoluant vers une ostéite de l'orteil et une amputation, l'autre nécessitant des soins locaux.
- Soins de durillons. Plaie de l'avant-pied provoquée par le bistouri lors d'un mouvement brusque du patient. Soins locaux et arrêt de travail de trois semaines.
- Plaie instrumentale minime de jambe. Soins locaux et guérison.
- Soins pour ongles incarnés. Survenue d'un panaris d'un côté (deux interventions) et nécessité également d'une cure chirurgicale de l'autre côté.
- Soins pour ongle incarné, dont l'évolution défavorable aurait conduit à des consultations multiples.

Confection d'orthèse plantaire

1

- Confection d'une semelle pour pieds creux. Allégation d'une malfaçon et gêne fonctionnelle.

Domage corporel

3

- Chute d'une femme de 83 ans en s'asseyant sur le fauteuil. Fracture du poignet.
- Chute d'une femme de 83 ans en se relevant du fauteuil sans la présence du pédicure, après avoir glissé sur une serviette. Lombalgies et hématomes sans gravité. Annulation d'une cure prévue.
- Chute du fauteuil, alors en position haute, d'une femme de 78 ans, sous anticoagulants et aux antécédents d'AVC, en se levant sans aide. Fracture du poignet, hématomes multiples. Scanner cérébral normal.

AUTRES

Aides-soignants

2

- Aide opératoire sur une intervention de lifting. Préparation conforme des solutés d'anesthésiques locaux. Arrêt cardiorespiratoire de cause inexplicquée en fin d'intervention. Décès.
- Réception aux urgences d'un enfant fébrile. Médecin avisé, ne voulant pas se déplacer. Enfant adressé au généraliste proche après avoir vérifié sa disponibilité. Consultation rassurante. Evolution rapide vers une détresse respiratoire et un décès. Il est reproché une erreur d'organisation du service.

Orthoptistes

2

- Conclusions critiquées d'un bilan orthoptique pour un strabisme chez un enfant, ayant conduit à une modification de la correction, non supportée.
- Patient insatisfait de la prise en charge d'un strabisme en rééducation.

VÉTÉRINAIRES

Jean-François KLEIN

Juriste, MACSF

Les **2 256 vétérinaires sociétaires de la MACSF** ont adressé **205 déclarations**.

Bovins

124

EXTRACTION FORCÉE PAR LES VOIES NATURELLES ● 14

Mort de la vache et du veau.

- Vêlage en dépit d'une mauvaise dilatation des voies génitales.
- Vêlage à la vèleuse (7), dont veau en présentation postérieure et dorsale (lésion cérébrale et paraplégie) et défaut d'information du client sur les possibilités de sauver la valeur bouchère.
- Extraction forcée. Episiotomie. Plaie de l'artère vaginale.
- Administration de Ceftiofur ND.
- Défaut de diagnostic d'une plaie vaginale (4).

OBSTÉTRIQUE ● 59

Mort de la vache ● 4

- Examen zootechnique.
- Palpation fœtus bovin de 4 mois.
- Vêlage. Saignement ayant pour origine une déchirure de l'artère vaginale. Saignements stoppés. Clamp insuffisamment ancré.
- Réalisation d'une embryotomie pour un veau emphysémateux et putréfié, au lieu de choisir l'abattage d'urgence.

Césarienne ● 55

- Défaut des sutures utérines (27).
- Section de l'anse intestinale par l'utérus (4).
- Hémorragie. Pied de cotylédon lésé et non ligaturé (2).
- Abscès de paroi. Gangrène gazeuse.
- Absence de prévention antibiotique sur une vache qui n'a pas expulsé son fœtus.
- Utilisation d'un fil de suture tombé à terre.
- Etat de choc consécutif à une hypovolémie.
- Impossibilité de diriger une incision dans le sens longitudinal.
- Technique opératoire mal maîtrisée. Plaie trop étendue et hémorragique.
- Collapsus cardiovasculaire.
- Cavité remplie de fibrine. Autopsie révélant des brindilles de foin dans la cavité abdominale.
- Veau mort depuis plusieurs jours.
- Torsion utérine (5).
- Prolapsus utérin (6).
- Sociétaire souhaite réaliser césarienne. Report de l'intervention. Il est reproché une intervention tardive.
- Manœuvres obstétricales vulnérantes. Hémorragie interne non maîtrisée (3h30).

CHIRURGIE GÉNÉRALE ● 5

Mort de la vache ● 2

- Vidange chirurgicale du caecum présentant une dilatation. Rétroversion de l'organe.
- Asphyxie avec compression thoracique et pulmonaire par panse énorme en indigestion.

Mort du veau ● 3

- Reprise d'une opération pour hernie ombilicale. Collapsus cardiorespiratoire.
- Anomalie congénitale au niveau du nombril. Persistance du canal de l'Ouraque. Hernie étranglée.
- Hernie ombilicale.

MÉDECINE ● 19

Mort de la vache ● 11

- Occlusion intestinale. Hémorragie interne par rupture de l'artère mésentérique suite à un volvulus de l'anse intestinale. Le reproche de l'éleveur porte sur la sous-estimation de la pathologie et l'absence d'opération le jour même.
- Faute technique lors de l'administration de médicaments par voie orale.
- Hémolactation après vêlage quatre quartiers et mammites de type colibacillaire dans un quartier. Décès après perfusion.
- Défaut de diagnostic de piroplasmose suraiguë.
- Surdosage (du double) d'une spécialité administrée sur une vache présentant une piroplasmose.
- Suspicion d'hypocalcémie postpartum. Surdosage de soluté calcique.
- Avortement par erreur. Diagnostic de gestation erroné.
- Prescription de corticoïdes entraînant une mise bas d'une vache en fin de gestation (8^{ème} mois).
- Perfusion. Mouvement de la vache. Mort d'une phlébite (à l'endroit de la perfusion).
- Prescription de prostaglandines sur trois vaches gestantes de quatre à cinq mois.
- Prescription et délivrance de Primpéran® (métopropramide) pour animaux de rente. Plainte ordinaire.

Mort du veau ● 8

- Septicémie. Stade avancé devenu incurable.
- Déshydratation suite à des diarrhées.
- Fracture fermée d'un antérieur. Pose de résine. Lors du retrait, plaie suturée en regard de cette fracture, qui n'a pas cicatrisé.
- Tympanisme. Essai de sondage. Obstruction de l'œsophage. Perforation.
- Défaut de diagnostic d'acidose du rumen sur un taureau. Drenchage. Défaut de contention.
- Survenue d'un épisode pathologique (sans lien avec vaccination FC0).
- Action devant le tribunal administratif pour réalisation d'actes (FC0) (2).

PHARMACIE VÉTÉRINAIRE ● 12

Mort de la vache ● 8

- Syndrome vitulaire.
- Suspicion de bronchopneumonie aiguë. Réalisation d'une aspiration trans trachéale. Cathéter rompu.

- Métrite aiguë après vêlage. Lavage utérin. Mauvaise introduction de la sonde dans l'utérus, perforant juste en avant du col.
- Après vêlage, mammites colibacillaires sur deux quartiers arrières, compliquées d'hypocalcémie. Traitement administré par intraveineuse. Mort d'un choc calcique.
- Déchirure vaginale. Un seul litre de sang disponible. Pas de possibilité de se procurer un anticoagulant.
- Administration médicamenteuse gynécologique sur vaches présentant une infection utérine.
- Coupure de la face dorsale du boulet antérieur. Arrêt cardiaque suite à l'anesthésie.
- Déshydratation et hypothermie. Diagnostic de réticulite traumatique. Gestation estimée à quatre mois et demi. Avortement du fœtus de sept mois et demi.

Mort du veau ● 3

- Surdosage de magnésium en perfusion.
- Erreur de dosage du sulfate de magnésium.
- Surdosage dans l'administration de soluté de sels de magnésium.

Autre ● 1

- Taurillon. Atteinte respiratoire avec bronchite et bronchiolite. Mort d'un choc médicamenteux suite à l'administration de quatre produits successifs par voie intraveineuse et à température très basse.

DRENCHAGE ● 5

Dont :

- Vache qui présente une septicémie ayant pour origine une infection de la mamelle.
- Bronchopneumonie par fausse déglutition.

DIVERS ● 8

- Parage. Mauvais coup de reinette. Point de départ d'une infection du pied, puis septicémie.
- Délivrance de produits de tarissement. Omission de la mention du délai d'attente sur l'ordonnance. Présence d'inhibiteur dans tank (2).
- Eleveur ayant accidentellement mis dans tank le lait d'une vache traitée par rifamixine. Deux échantillons effectués à douze heures d'intervalles. L'un positif, l'autre non.
- Obstruction œsophagienne. Deux essais avec sonde de drenchage. Mise en place d'un trocart.
- Appel d'un éleveur qui demande l'euthanasie d'une vache. Le sociétaire est accueilli par un stagiaire, qui ignore la signification du mot euthanasie et donne des informations erronées.
- Eleveur écoutant mal sur le répondeur le numéro de garde.
- Erreur de manipulation lors d'un transfert téléphonique de la clinique.

CONTENTION ● 2

- Pexie de la caillette. Drenchage. Vache se débattant et présentant un choc sévère.
- Mort d'un veau par strangulation à système d'attache.

Chats, Chiens

71

CHIRURGIE ● 28

- Oubli de compresse dans une chienne.

- Ulcération de la cornée suite à l'absence d'ablation d'une verrue sur un chien.
- Mort d'un chien lors d'une opération de castration. Collapsus cardiovasculaire retardé.
- Troubles neurologiques sur une chienne après castration. Plainte ordinale.
- Persistance ovarienne suspectée suite à une ovariectomie sur une chienne (2) et sur une chatte (1).
- Absorption par une chienne du cathéter accompagné du sparadrap. Etouffement.
- Néphrectomie sur une chienne alors que le motif de la consultation était un détartrage.
- Chien présentant une luxation intermittente de la rotule suite à une malformation de la crête tibiale. Solution chirurgicale proposée. Erreur de côté.
- Erreur de côté lors d'une opération orthopédique chez un chien.
- Ovario hystérectomie pratiquée sur une chienne pour soigner une endométrite purulente. Présence de volumineux hématomes en voie d'abcédation entre le moignon cervical et la vessie, le tout pris en masse dans la fibrine. Rupture des deux urètres lors du débridement de l'hématome.
- Défaut de pose d'une collerette ayant permis au chat de se lécher et de rouvrir la plaie.
- Après ovariectomie, mort d'une chienne d'une détresse respiratoire.
- Hémorragie peropératoire au cours d'une ovariectomie pratiquée sur une chienne.
- Ovariectomie d'une chatte. Brûlure avec la bouillote entraînant l'amputation du membre.
- Suite à une ovario hystérectomie chez une chienne, paralysie flasque des postérieurs. Rétrécissement de l'espace entre les vertèbres T13 et L6 dû à un œdème médullaire attribué à une embolie vasculaire médullaire.
- Gingivectomie sur épulis sur un chien. Halitose sévère. Nécrose ayant pour origine un mauvais réglage du bistouri électrique.
- Exérèse d'un granulome cutané sur le thorax d'un chien. Réouverture de la plaie à deux reprises.
- Ovariectomie sur une chienne. Lâchage de la ligature du pédicule droit.
- Impossibilité de lecture du tatouage d'un chat en vue d'une stérilisation, alors que le chat était déjà stérilisé.
- Décès d'une chienne d'une complication (œdème pulmonaire) suite à une ovario hystérectomie.
- Chienne gestante présentant une obstruction intestinale après avoir avalé un corps étranger. Gastrotomie et deux entérotomies. Tenue des points précaire pendant la fin de la gestation.
- Eversion du cartilage de la troisième paupière chez un dogue allemand, nécessitant une cure chirurgicale. Reprise par un confrère.
- Zone très irritée sur le côté gauche du thorax d'un chien suite à une opération de détartrage. Plainte ordinale.
- Brûlure d'une chatte par la lampe infra rouge utilisée pour lutter contre l'hypothermie après une intervention.
- Persistance de racines dentaires après avulsion sur un chat.
- Diagnostic par le sociétaire d'une dilatation œsophagienne avec probable méga œsophage. Un confrère conclura à un corps étranger œsophagien et adresse la chienne pour endoscopie, permettant l'extraction d'un corps spongieux dans l'œsophage distal, en amont du cardia.

OBSTÉTRIQUE ● 10

- Critique de la prise en charge de mise bas d'une chienne stressée, renvoyée au domicile, les eaux n'étant pas venues.
- Chienne en travail. Césarienne retardée par le propriétaire. Mort suite à une éclampsie.
- Césarienne sur une chienne. Extraction d'un chiot une semaine plus tard.
- Césarienne sur une chienne Bouvier Bernois à 59 jours de gestation. Expulsion de deux chiots morts.
- Décès d'une chienne et de chiots suite à un avortement.
- Césarienne sur une chienne. Arrachage par la chienne de la collerette, du pansement, des fils de suture cutanée et musculaire. Eventration. La chienne s'attaque à la masse intestinale extériorisée et déchire le mésentère et l'intestin grêle sur 40 cm. Plainte ordinale.
- Chienne bulldog anglais gestante. Gestation très suivie car toxémie de gestation avec hypoglycémie. Césarienne repoussée. Mort de la chienne et des douze chiots.
- Oubli de trois fœtus après mise bas d'une chienne.
- Torsion utérine (2).

MÉDECINE ● 20

- Non-réalisation d'une radiographie de vessie sur un chat malgré la présence possible d'un morceau de sonde dans la cavité vésicale.
- Non-détection d'une polykystose rénale sur un chat, alors que le propriétaire a refusé les examens.
- Chien présentant une paralysie postérieure d'origine traumatique. Retard dans la prise en charge adaptée.
- Défaut de diagnostic d'une obstruction intestinale par un corps étranger sur une chienne, mais diagnostic d'une trichurose (ni douleurs, ni pansement).
- Chien présentant des vomissements. Diagnostic de gastroentérite. Mort du chien.
- Défaut de diagnostic du syndrome de dilatation torsion de l'estomac sur un chien.
- Prescription "à l'aveugle" d'un comprimé de Dolpac® 2 ND à un chiot Yorkshire de 3 mois. Décès.
- Non diagnostic d'une hernie diaphragmatique et d'une fracture du bassin sur une chienne.
- Défaut de diagnostic d'une hernie périnéale sur un chien.
- Troubles neurologiques chez un chat suite à une identification par puce électronique sous sédation.
- Défaut de diagnostic d'un corps étranger (ficelle) chez un chien. Plainte ordinale.
- Défaut de diagnostic d'une leucémie sur une chienne.
- Ponction pour prélèvement de LCR à l'origine du décès d'un chien.
- Omission de la confirmation du diagnostic de diabète sucré par un dosage de fructosamines sur un chat.
- Prescription d'un traitement anti-puces. Effet secondaire rendant les chiens agressifs.
- Surdosage de médicaments anti laiteux sur une chienne.
- Paralysie avec ataxie des quatre membres chez un chien. Troubles proprioceptifs et sensibilité suite, probablement, à un rappel de vaccins. Mort du chien d'une insuffisance rénale aiguë. Plainte ordinale pour retard de diagnostic.
- Pose d'une puce défectueuse. Refoulement du chien à la frontière anglaise.
- Cliente se présentant avec une chatte abandonnée qu'elle a recueillie. Examen clinique permettant de détecter une puce. La

cliente insiste pour conserver la chatte qui s'avère perdue, et non abandonnée. Restitution au propriétaire.

○ Abcès après vaccination d'un chien.

ANESTHÉSIE ● 6

○ Non intubation immédiate d'un chien qui n'était peut-être pas à jeun.

○ Fausse déglutition d'un chiot non à jeun suite à une tranquillisation.

○ Décès d'un bulldog anglais suite à un accident postanesthésique.

○ Défaut de surveillance d'une chienne en cours de réveil après une anesthésie.

○ Consultation d'un chien pour détartrage. Absence de visite préopératoire. Œdème aigu du poumon, troubles neurologiques du membre antérieur. Défaut de recueil du consentement éclairé du client.

○ Bouledogue présentant un hématome. Intervention. Cyanose des muqueuses sans hyper sialorrhée et mort du chien.

CONTENTION ● 7

○ Chat griffe son propriétaire lors d'une contention (3).

○ Attaque du chien du client par le chat de la clinique. Hernie discale.

○ Chien s'enfuyant de la salle d'examen et mordant un client dans la salle d'attente.

○ Fuite d'un chien promené en laisse par le vétérinaire. Accident de la voie publique.

○ Fuite d'un chat de la clinique.

Chevaux

5

○ Mort après fausse déglutition (après mise en place d'une sonde) et bronchopneumonie aiguë.

○ Sollicitation trop tardive pour un diagnostic de gestation (J+39) d'une jument et de non-gémellité.

○ Vaccination de poulains de six semaines alors que l'AMM prévoit une vaccination à partir de quatre mois.

○ Jument en colique. Pansement intestinal. Apparition de spasmes abdominaux. Administration de Gastrogard® ND. Décès.

○ Traitement d'un ulcère cornéen. Injection d'AINS très toxique, irritant pour les tissus péri veineux. Complication à type de phlébite et hémiplegie laryngée.

NAC et divers

5

○ Mort d'une lapine suite à une stérilisation. Eventration post chirurgicale et nécrose intestinale.

○ Décès d'une lionne de cirque suite à des complications d'un pyomètre. Chirurgie tardive.

○ Appel du vétérinaire pour soigner la pathologie de poissons mourant quotidiennement dans le bassin. Pathologie soignée, mais le vétérinaire ne remonte pas assez le niveau d'eau du bassin. Mort des poissons.

○ Prescription d'un médicament hors AMM visant à tarir des chèvres (AMM accordée pour des vaches).

○ Dans le cadre de prophylaxie contre la maladie d'Aujeski, le sociétaire ne peut réaliser le nombre d'échantillons souhaités. La Direction départementale de la Protection des Populations demande de tester le cheptel. Deux porcs sont testés positifs à la maladie.

CLINIQUES

Béatrice COURGEON

Juriste et Risk manager, MACSF

Les **211** cliniques privées sociétaires de la MACSF ont adressé **876** déclarations (dont **745** déclarations de sinistres et **131** déclarations conservatoires).

DECLARATIONS DE SINISTRES

745

Constitue un sinistre "tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations"¹.

Constitue une réclamation "toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droits et adressée à l'assuré ou à son assureur"².

Répartition des déclarations selon l'objet du sinistre

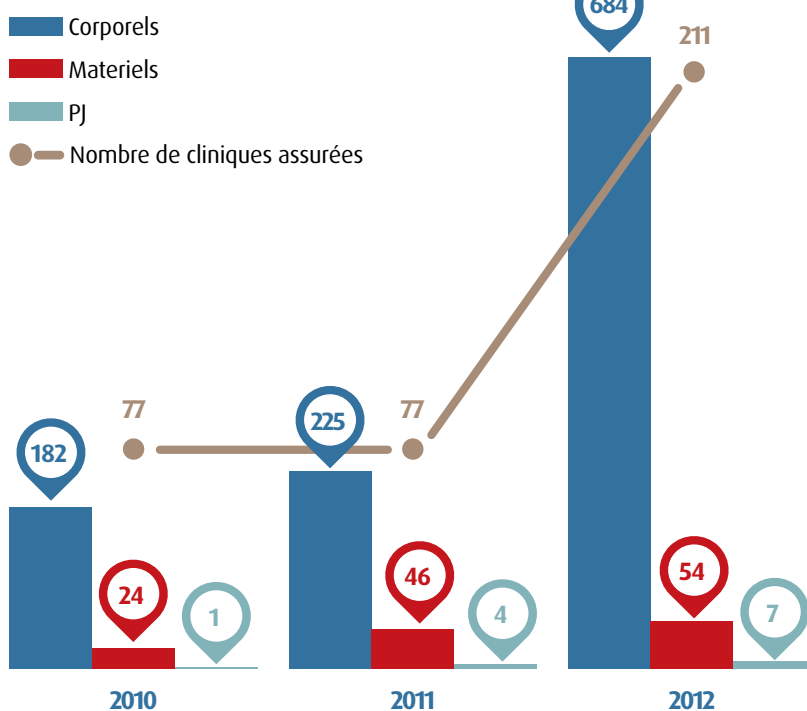
Sur les 745 sinistres déclarés, on compte :

- 684 accidents corporels ;
- 54 dommages matériels ;
- 7 usages de la garantie Protection Juridique.

En rapport avec l'évolution du nombre de cliniques assurées à la MACSF, on constate une diminution du nombre de sinistres matériels déclarés depuis 2010. Alors que l'on comptait, en 2010, un sinistre matériel pour 3 cliniques assurées et en 2011, un pour 2, on en compte un pour 4 en 2012.

En revanche, la proportion des sinistres corporels déclarés est en hausse, avec 2,3 sinistres en moyenne par clinique en 2010, 2,9 en 2011 et 3,2 en 2012.

ÉVOLUTION 2010-2012



Bien que légèrement en augmentation, le nombre de sinistres déclarés en Protection Juridique reste relativement marginal. Cette donnée doit néanmoins être rapportée au nombre de contrats souscrits dans cette branche, lequel reste exceptionnel.

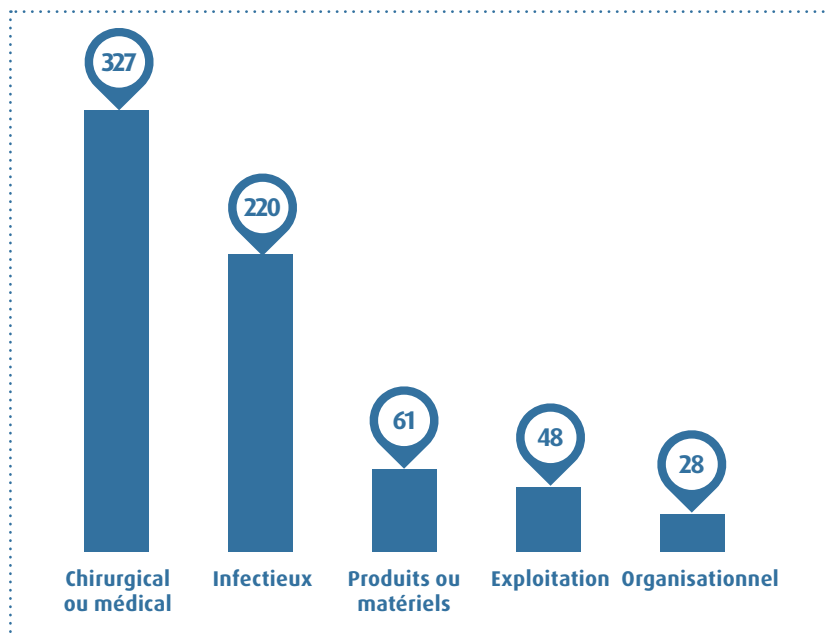
¹ Article L 124-1-1 du Code des assurances.

² Article L 251-2 du Code des assurances.

ACCIDENT CORPOREL ● 684

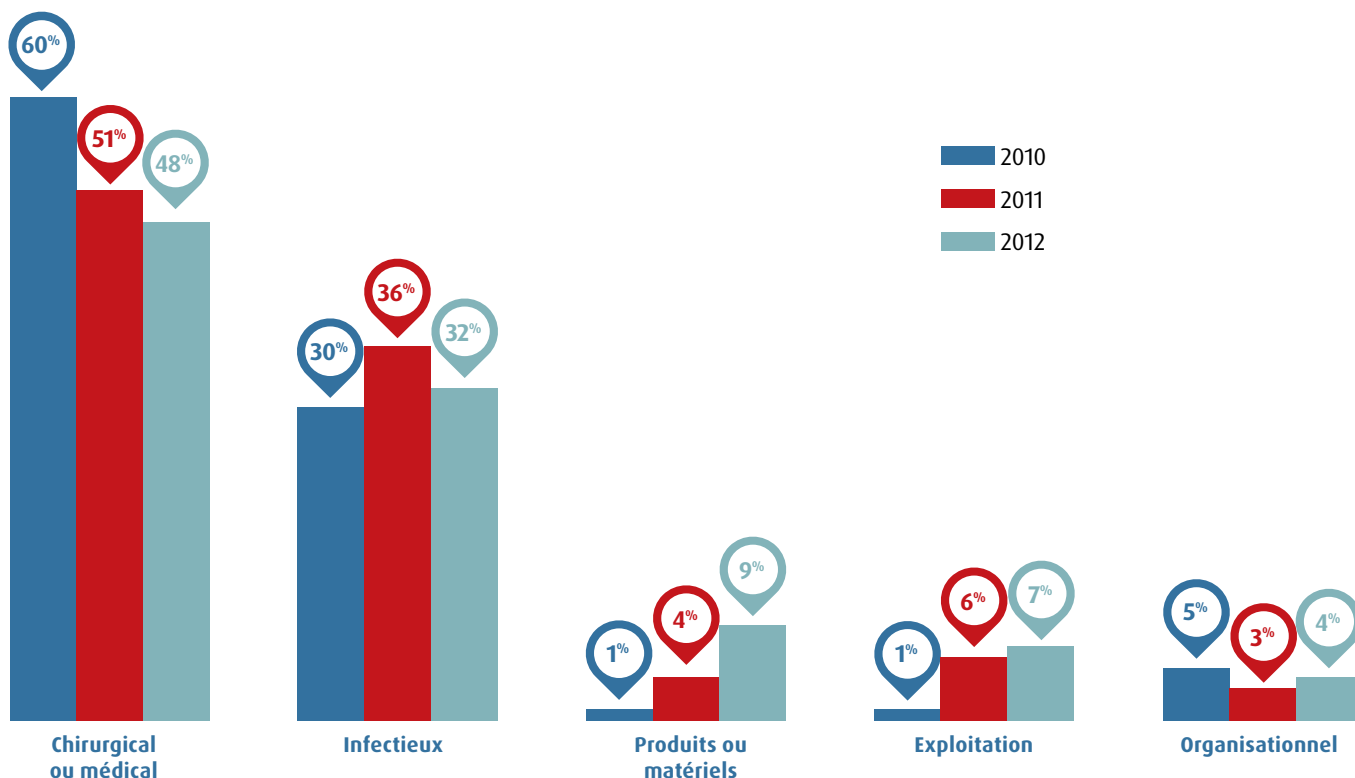
RÉPARTITION SELON LA NATURE DU SINISTRE

Sur les 684 accidents corporels déclarés en 2012, 48 % sont estimés, à l'ouverture du dossier, comme étant imputables à la pratique chirurgicale ou médicale, 32 % à une infection associée aux soins, 9 % à l'utilisation ou la fourniture d'un produit ou d'un matériel, 7 % à un problème en lien avec l'exploitation des locaux et 4 % à un dysfonctionnement dans l'organisation des services.



Depuis au moins trois ans, on constate une certaine constance dans la répartition des types de sinistres déclarés.

EVOLUTION 2010-2012



Accidents médicaux ou chirurgicaux ● 327

Rappelons que la MACSF n'assure que des établissements de soins privés, au sein desquels exercent quasi-exclusivement des praticiens libéraux. Les accidents médicaux et chirurgicaux échappent donc, en principe, à la responsabilité de nos assurés établissements.

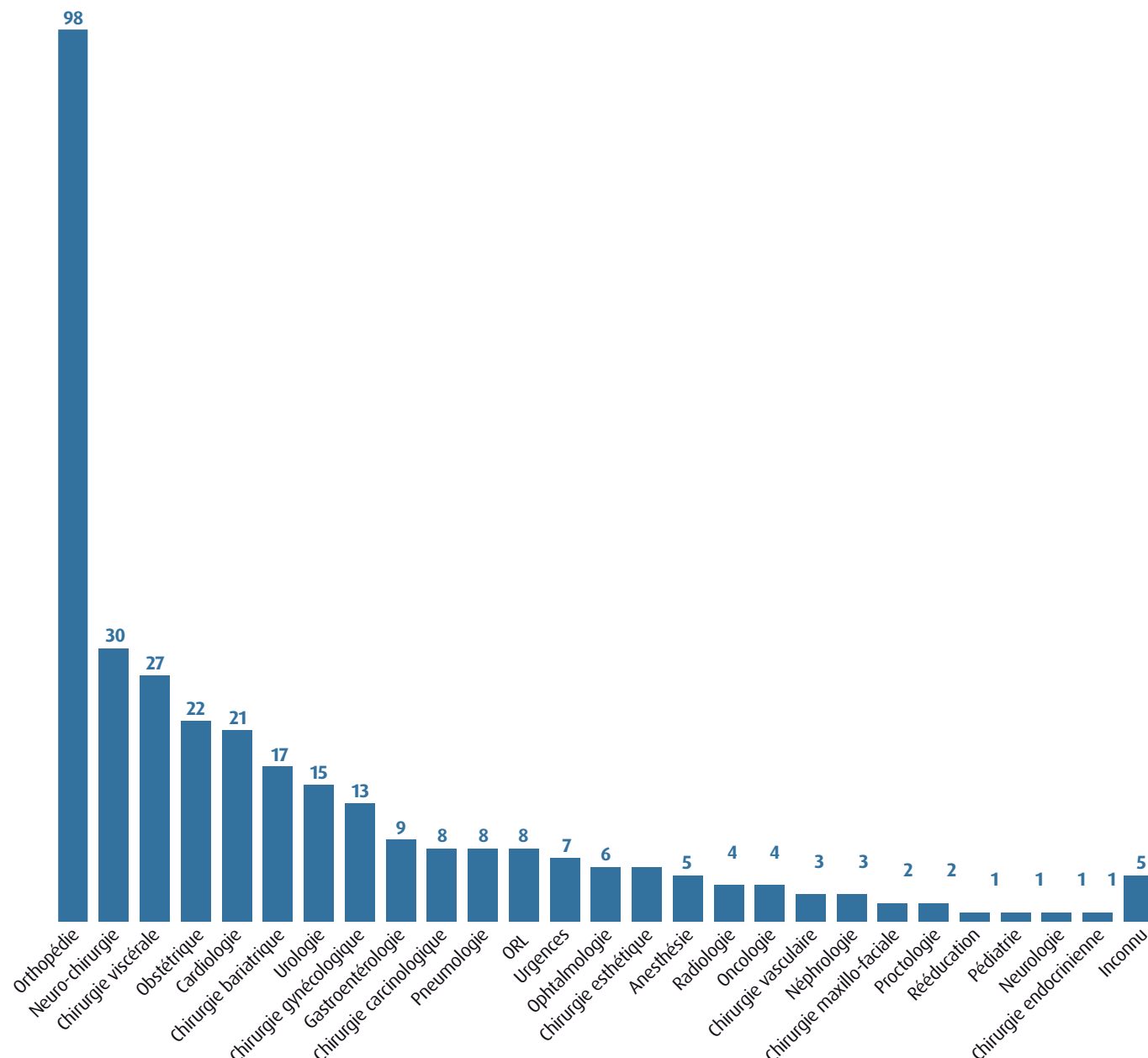
Cependant, il existe une interaction de plus en plus prégnante entre les rôles de chacun - médecins, soignants, administratifs - rendant de plus en plus vraisemblables des responsabilités partagées pour concomitance d'un défaut d'organisation du service ou d'une faute du personnel paramédical mis à disposition avec un manquement du ou des praticiens ayant pris en charge le patient.

On constate une diminution sensible des sinistres mettant en cause un acte médical ou chirurgical. Néanmoins, leur volume reste important, représentant près de la moitié des sinistres déclarés.

Le patient a le réflexe de mettre en cause l'établissement, celui avec lequel il a passé un contrat d'hospitalisation, sans comprendre toujours les subtilités de l'exercice libéral des praticiens qui exercent en son sein. Le phénomène est d'autant plus caractérisé aujourd'hui que le système est complexe, avec la multiplication d'installations de cabinets libéraux au sein d'établissements, la création de maisons de santé adossées ou encore de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), faisant intervenir par conventions des personnes physiques et/ou morales extérieures à la structure, et aux statuts très hétérogènes.

Les frontières de responsabilité entre ces différents acteurs, amenés à intervenir dans la prise en charge, sont confuses pour le patient qui dirigera donc plus naturellement ses reproches vers l'établissement, qu'il connaît et considère comme le garant de la sécurité de l'ensemble des soins qu'il reçoit dans son parcours.

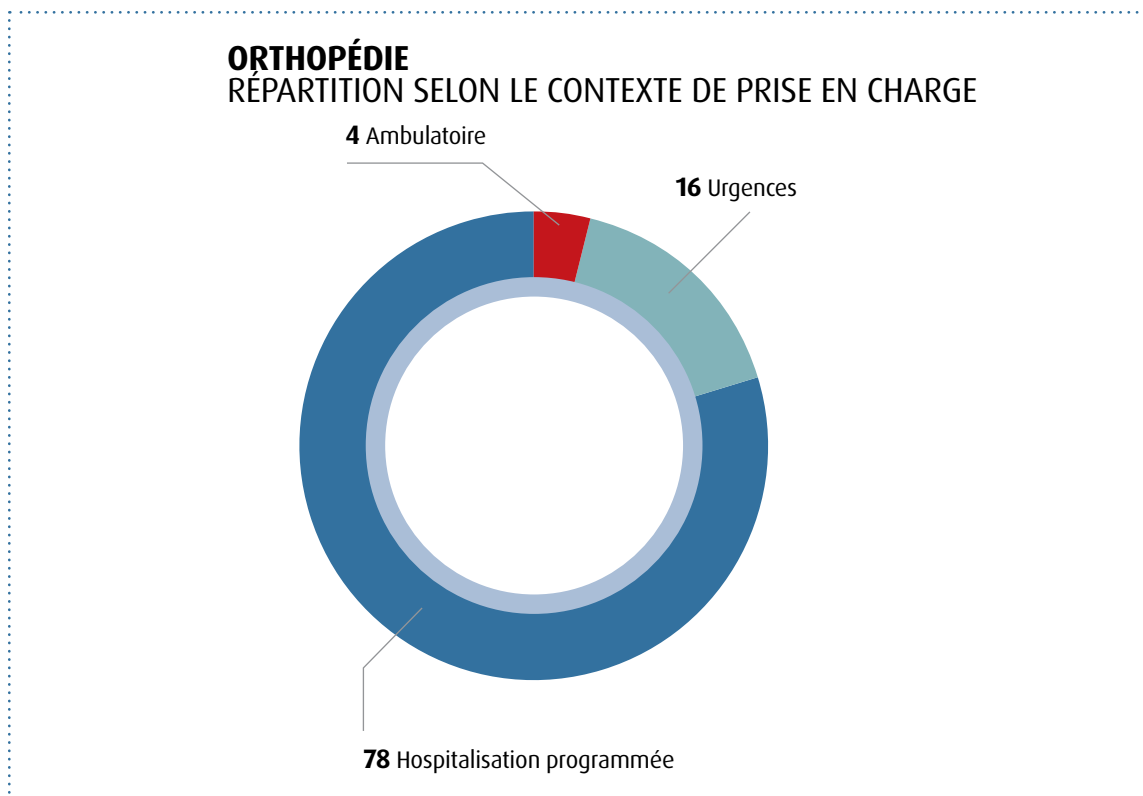
RÉPARTITION PAR DOMAINE DES DÉCLARATIONS D'ACCIDENTS CHIRURGICAUX OU MÉDICAUX



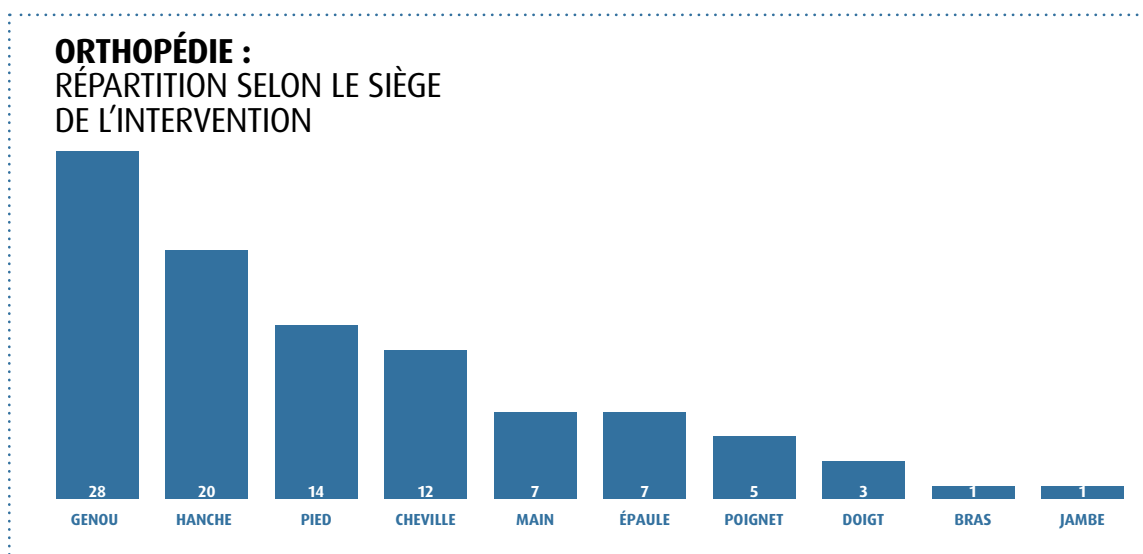
Orthopédie ♦ 98

Dans 29 % des cas, c'est une intervention de chirurgie orthopédique qui est concernée, plaçant comme chaque année cette spécialité en tête des sinistres chirurgicaux déclarés par nos sociétaires établissements (33 % en 2011).

Sur les 98 déclarations mettant en cause ce type de chirurgie, 78 patients étaient pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation programmée, 16 en urgence et 4 en ambulatoire.



Le nombre d'accidents déclarés varie selon le siège de l'intervention.



La majorité des complications est en lien avec l'implantation d'un matériel prothétique ou fait suite à la prise en charge en urgence d'un traumatisme, ou résulte du traitement d'une maladie. Le genou et la hanche sont les sièges les plus fréquents des complications.

Le volume des réclamations doit être corrélé avec le fait que les indications prothétiques sont de plus en plus nombreuses, sur des patients de plus en plus jeunes. Ce rajeunissement de la patientèle accroît les exigences de résultats et l'inacceptation de toute atteinte supplémentaire.

On retrouve, comme chaque année et dans des proportions à peu près similaires, les mêmes causes à l'origine des accidents déclarés en orthopédie.

Parmi les conséquences des 49 complications post chirurgicales, on compte, parfois de manière cumulative, des douleurs (16), de nombreux phénomènes d'algodystrophie (11), des accidents vasculaires cérébraux (4), des troubles neurologiques (4), des paralysies (4), des phlébites (3), des hématomes (3), des ruptures de matériel (3), des embolies pulmonaires (3), des parésies (2), une hémorragie.

Les 26 déclarations dénonçant un échec de la chirurgie ou un résultat insatisfaisant correspondent essentiellement à des maladies non stabilisées, à des séquelles ou des douleurs fonctionnelles persistantes ou à des inégalités dans la longueur des jambes (post PTH).

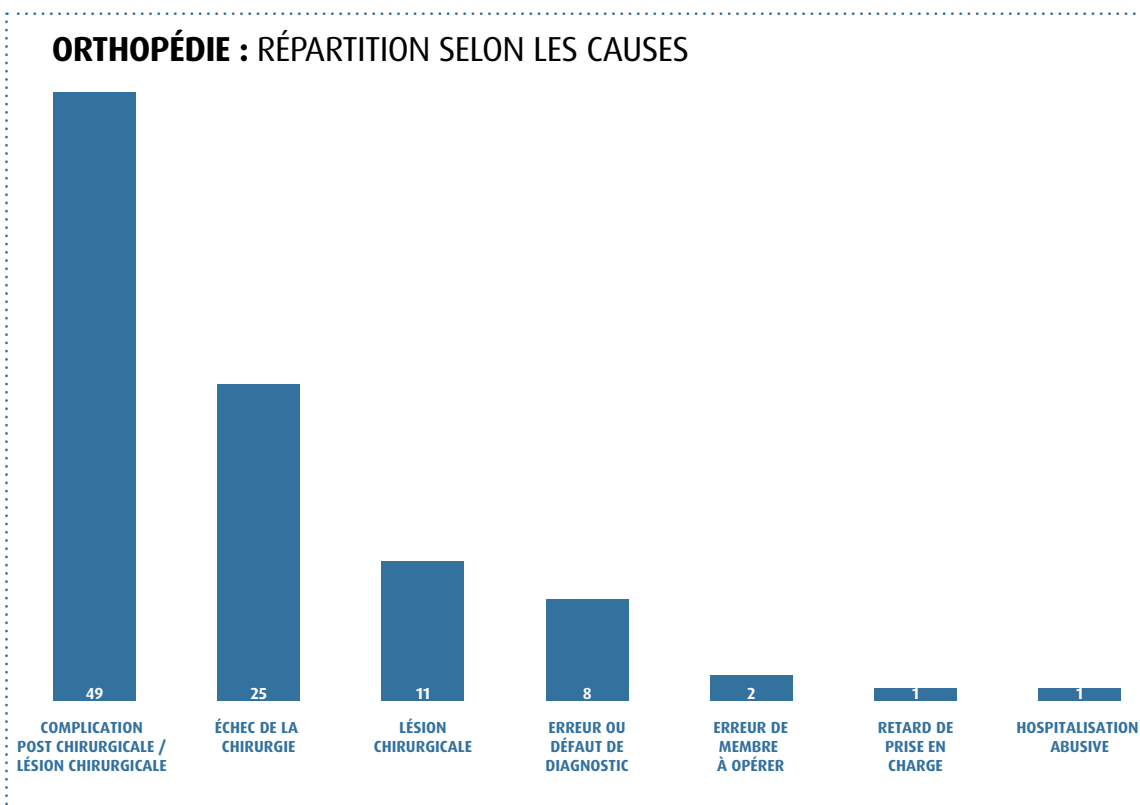
Parmi les 11 lésions chirurgicales, on retrouve des contusions ou des atteintes de nerfs, des plaies artérielles ou de vaisseaux ou des sections des tendons.

Les 8 erreurs ou défauts de diagnostic concernent des fractures non identifiées ou des corps étrangers non décelés sur des plaies lors de prises en charge aux urgences.

Les 2 erreurs de membres à opérer correspondent à un doigt et à un genou.

Le retard de prise en charge porte sur un œdème sur plâtre.

Enfin, la réclamation par une famille pour l'hospitalisation abusive d'un proche porte sur l'absence d'organisation de son retour à domicile.

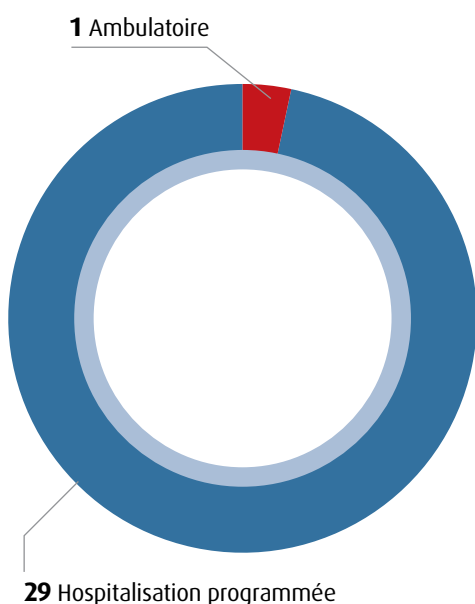


Neurochirurgie ♦ 30

En 2^{ème} position sont recensés 30 accidents de neurochirurgie, représentant 9% des accidents chirurgicaux déclarés. Ces sinistres avaient été comptabilisés en 2011, dans une large mesure, parmi les accidents d'orthopédie. Cette année, nous faisons le choix d'isoler ces sinistres en fonction de la spécialité de l'opérateur aux commandes de l'acte chirurgical.

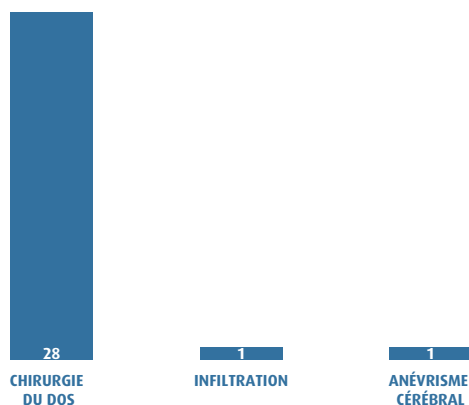
A la lecture des déclarations, il s'agissait essentiellement de chirurgies programmées. On relève une prise en charge en ambulatoire et aucune en urgence.

NEUROCHIRURGIE RÉPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



La majorité des patients venait pour une chirurgie du dos.

NEUROCHIRURGIE RÉPARTITION SELON LE MOTIF D'ADMISSION



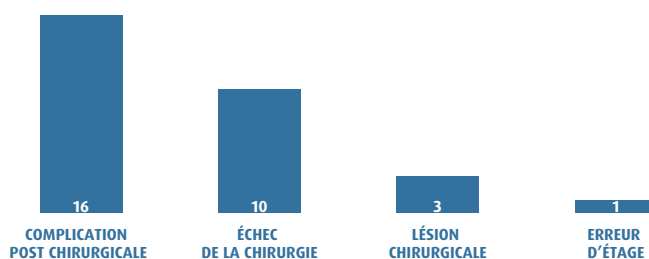
Parmi les 28 interventions de chirurgie du dos (toutes programmées), on relève 4 interventions pour des malformations (3 canaux lombaires étroits et une scoliose), 23 cures de hernies discales, sciatiques, lombalgies et/ou cruralgies et une discopathie à l'origine de l'indication chirurgicale. On recense autant de chirurgies avec introduction de matériel que de chirurgies sans introduction de matériel.

Un patient a fait l'objet d'un malaise, responsable d'une fracture, en sortant de l'établissement après une infiltration prise en charge en ambulatoire.

Un patient était accueilli en raison de multiples anévrismes cérébraux et a été traité par embolisation et pose de stent.

Quelles causes sont à l'origine des réclamations ?

NEUROCHIRURGIE RÉPARTITION SELON LES CAUSES



Parmi les 16 complications chirurgicales, on relève, parfois de manière cumulative, 6 complications neurologiques, des déficits fonctionnels et/ou des douleurs aggravées, 4 complications de type paralysies, 3 hématomes, 3 paralysies, 2 syndromes de la queue de cheval et une hémorragie méningée.

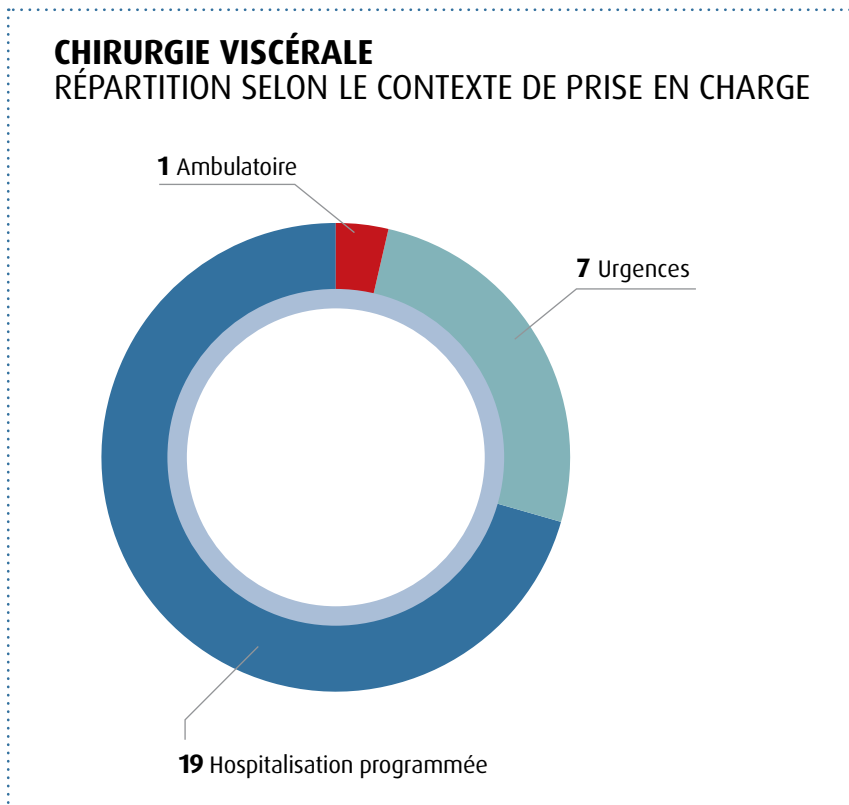
Les 10 échecs de la chirurgie correspondent à des maladies récidivantes ou à des douleurs persistantes.

Trois dossiers mettent en cause la dextérité du geste de l'opérateur avec une atteinte partielle du SPI, un traumatisme cervical et une brèche ostéoméningée par la fraise du moteur.

Enfin, un chirurgien a commis une erreur sur l'étage à opérer.

Chirurgie viscérale ● 27

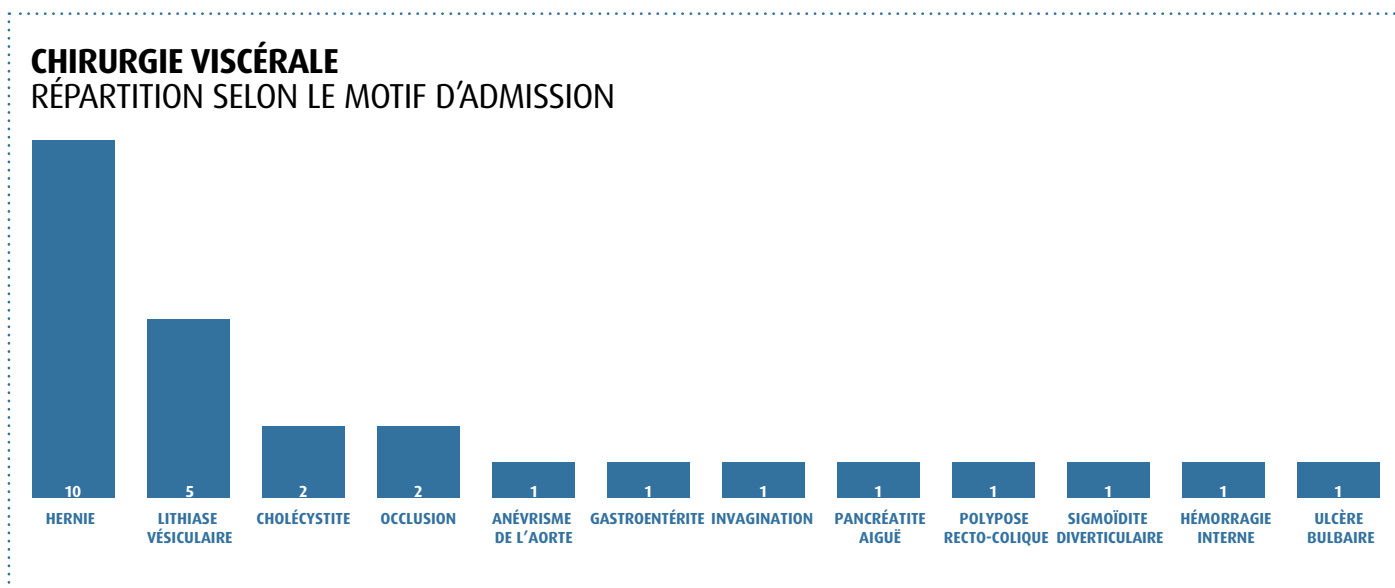
Après l'orthopédie et la neurochirurgie interviennent, en 3^{ème} position, la chirurgie viscérale qui représente 8% des accidents médicaux ou chirurgicaux déclarés par nos sociétaires cliniques (contre 20% en 2011 et la 2^{ème} position). Ne sont pas comptabilisées ici les interventions de chirurgie digestive dans le cadre de pathologies cancéreuses, lesquelles sont répertoriées dorénavant isolément au titre de la chirurgie carcinologique.



L'intervention en ambulatoire concerne une cholécystite.

Les 7 prises en charges en urgence concernent une lithiase vésiculaire, une pancréatite aiguë, une invagination, un ulcère bulbaire, une hémorragie interne, une occlusion et une gastroentérite.

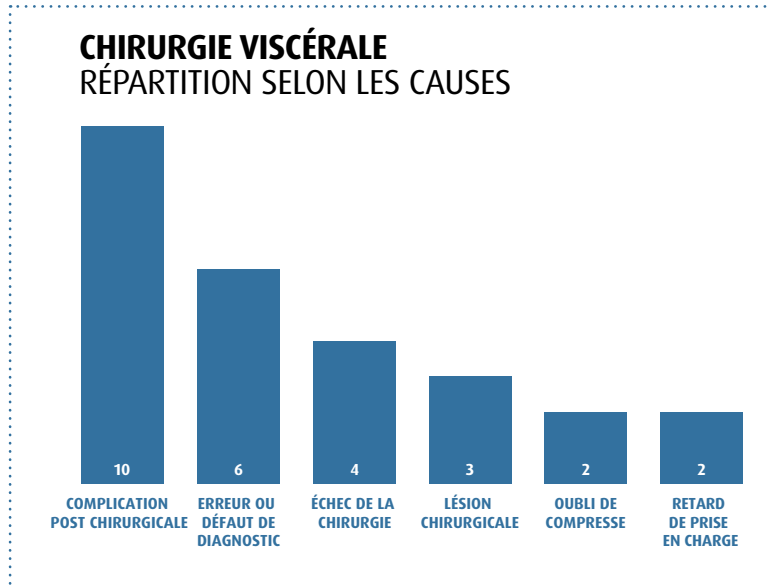
Les motifs d'admission étaient très variés.



La majorité des patients se présentait pour une cure de hernie.

Les 10 cures de hernies se répartissent de la manière suivante : 6 inguinales, 3 hiatales et une ombilicale.

Les causes des 27 accidents se répartissent comme suit :



Parmi les 10 complications post chirurgicales, on relève 3 péritonites, 2 décès, une éventration ombilicale, une nécrose testiculaire, une occlusion du grêle, une cicatrice douloureuse liée aux agrafes, un transit difficile.

Les 6 diagnostics manqués concernent une lithiase cholédocienne, un lymphome chez un enfant, une péritonite, une hémorragie interne suite à un choc lors d'un match de rugby, une tumeur et un pyosalpinx pris pour une gastroentérite.

Les 4 échecs de la chirurgie se caractérisent par 3 récurrences de hernies et un amaigrissement avec douleurs persistantes.

Les 3 lésions chirurgicales consistent en 2 plaies de la convergence lors de cholécystectomies et une plaie biliaire par lésion pédiculaire.

Les 2 compresses oubliées l'ont été lors d'une cure d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'une cholécystectomie.

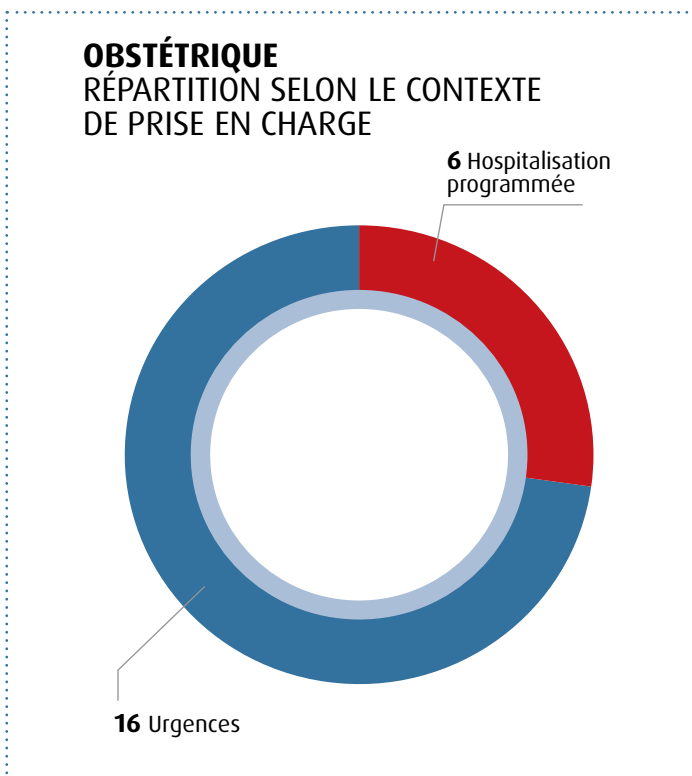
Les 2 retards de prise en charge concernent une pancréatite aiguë et une occlusion.

Obstétrique ● 22

En 4^{ème} position apparaît l'obstétrique, avec 22 déclarations (7%). Cette spécialité avance d'une position par rapport à 2011.

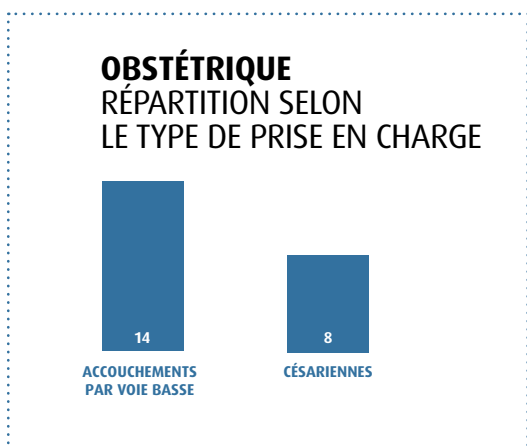
Cette évolution tient à l'apparition, en 2012, de maternités parmi le portefeuille de cliniques assurées par la MACSF.

Sur les 22 accouchements, 6 étaient pris en charge dans un contexte d'hospitalisation programmée, 16 en urgence.



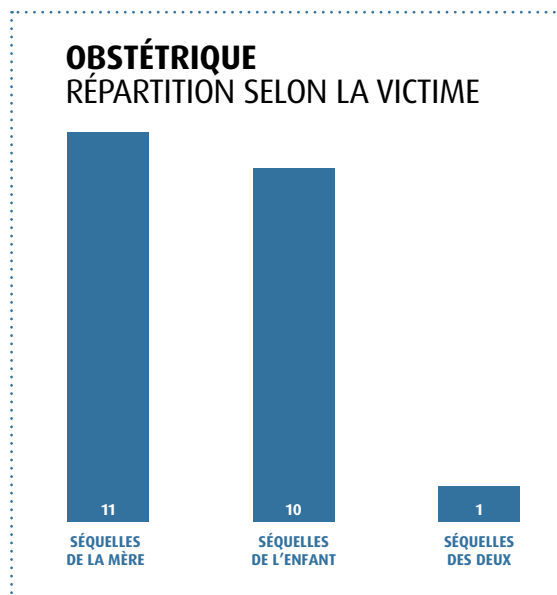
Sur les 14 accouchements par voie basse, 10 étaient spontanés, 4 étaient déclenchés, soit pour raison médicale (2), soit en raison d'un terme dépassé (2).

Sur les 8 césariennes, 3 étaient programmées, 5 ont été réalisées en urgence.



Dans 11 dossiers, les séquelles touchent la mère tandis que dans 10, c'est l'enfant qui est lésé.

Dans un dossier, les deux sont atteints.



Les 9 retards de prise en charge concernent 6 souffrances fœtales, une hémorragie ayant entraîné le décès de l'enfant par anémie (syndrome de Benkizer), un prolapsus vésical et rectal, une CIVD (coagulation intravasculaire disséminée).

Les 3 complications "naturelles" inhérentes aux aléas de tout accouchement sont un accident vasculaire cérébral, un décès inexpliqué et un stress post-traumatique.

Les 3 erreurs d'indications mettent en cause le choix de la voie d'accouchement (voie basse), responsable de paralysies du plexus brachial chez des enfants macrosomes.

Les 2 lésions instrumentales se caractérisent par une occlusion du grêle par perforation lors d'une césarienne et une plaie vaginale lors d'une épisiotomie.

Parmi les 2 cas de malformations fœtales non dépistées pendant la grossesse, on relève une trisomie 13 et une maladie génétique très rare à caractère récessif transmise par la mère uniquement aux garçons.

Les 2 compresses oubliées donneront lieu à des reprises. Si les suites seront simples pour l'une, en revanche, l'autre nécessitera une sigmoïdectomie.

Enfin, une parturiente sera victime d'une éventration dans les suites de sa césarienne.

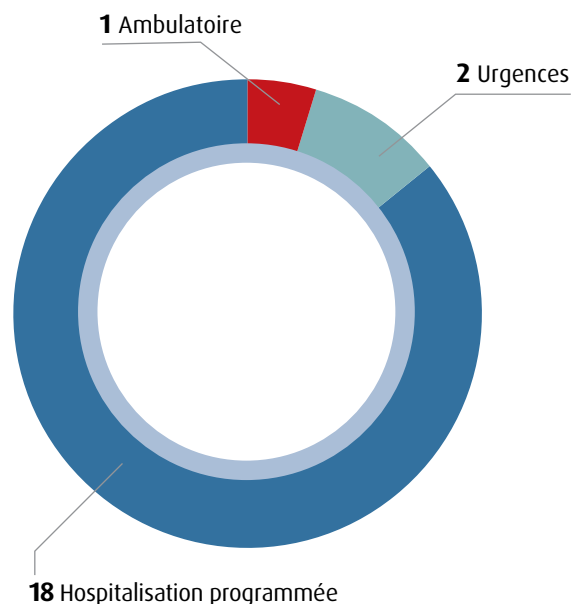
OBSTÉTRIQUE RÉPARTITION SELON LES CAUSES



Cardiologie ● 21

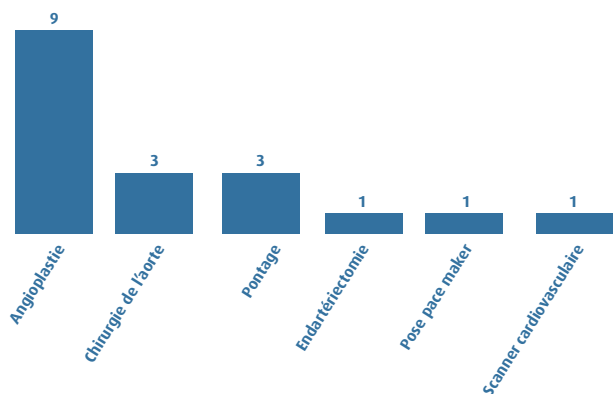
La cardiologie se place en 5^{ème} position des spécialités totalisant le plus grand nombre de réclamations (6%).

CARDIOLOGIE RÉPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



Ce sont majoritairement des angioplasties qui se trouvent à l'origine des complications.

CARDIOLOGIE RÉPARTITION SELON LE TYPE D'INTERVENTION



Les 15 complications post chirurgicales ont consisté en la survenue de 8 accidents vasculaires cérébraux, 2 décès dont l'un consécutif à un coma et l'autre à une chirurgie cardiaque chez un nouveau-né au lendemain de sa naissance, un hématome du scarpa à l'origine d'une paralysie crurale, une embolie pulmonaire, une ischémie, une paraplégie et un retard de cicatrisation sternale.

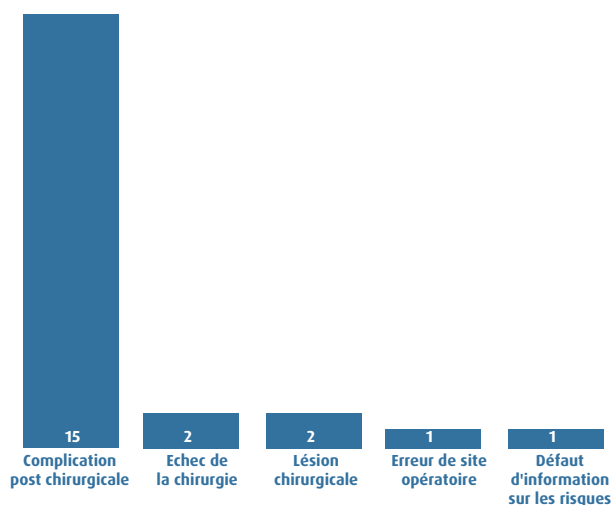
Les 2 échecs de la chirurgie résultent de récives de l'état antérieur.

Parmi les 2 lésions chirurgicales, on compte une plaie du ventricule et une atteinte de la veine cave inférieure.

L'erreur de site est imputée à une angioplastie des deux côtés alors que seul le côté gauche devait être opéré.

Enfin, il est reproché un défaut d'information sur les risques d'un scanner cardiovasculaire, faisant redouter au patient la survenue d'un cancer induit.

CARDIOLOGIE RÉPARTITION SELON LES CAUSES



Chirurgie bariatrique ◆ 17

La chirurgie bariatrique totalise 17 déclarations de sinistres en 2012. Elle occupe le 6^{ème} rang, alors que le nombre de déclarations dans ce domaine était tout à fait marginal les années précédentes (2 déclarations en 2011). Il faut néanmoins souligner que la tendance, jusqu' alors, était de comptabiliser ces dossiers parmi ceux de chirurgie viscérale ou digestive.

Les 17 patients étaient pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation programmée. Tous étaient admis pour une gastroplastie soit par sleeve (6), soit par by-pass (7) soit par anneau (2 en pose, 2 en dépose), en première ou en seconde voire en troisième intention, après échec de l'une ou l'autre technique.

La majorité des complications est de type chirurgical. Ce sont leur mauvaise gestion ou leurs conséquences infectieuses qui sont, le plus souvent, à l'origine des plaintes des patients.

Les 17 accidents se traduisent par :

- 13 complications chirurgicales (7 fistules au décours de l'intervention ou tardives, 2 sténoses, une éventration, un lâchage de suture, une occlusion du grêle, une péritonite) ;
- 3 lésions chirurgicales avec une perforation gastrique, une plaie du grêle responsable d'une péritonite et une double lésion de la rate et de l'artère diaphragmatique à l'origine d'une éventration, puis d'un AVC à distance ;
- un oubli de fragment lors d'une reprise sur anneau pour dysphagie, qui nécessitera une 3^{ème} intervention par un 3^{ème} praticien pour extraction.

Dans plus de 80 % des cas, le patient est une femme (14 femmes/ 3 hommes), jeune : 3 ont moins de 25 ans, 9 ont entre 30 et 40 ans et 5 ont plus de 40 ans. Leurs séquelles sont particulièrement lourdes. On recense 3 décès.

Urologie ◆ 15

15 déclarations concernent l'urologie, ce qui la place en 7^{ème} position, contre la 4^{ème} en 2011.

Les patients étaient pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation programmée à l'exception de deux d'entre eux, venus aux urgences, l'un pour une torsion de testicule, l'autre pour une rétention aiguë d'urine.

Parmi ces 15 accidents, on relève :

- 10 complications post chirurgicales, dont 2 chocs hémorragiques (l'un au décours d'un lavage, décaillotage et irrigation pour rétention d'urine, l'autre dans le cadre d'une cure de phimosis), 2 fistules (l'une dans les suites d'une prostatectomie et l'autre d'une cure de cystocèle), une embolie pulmonaire après une résection de prostate, un AVC survenu lors d'une chirurgie des valves mitrales, une paralysie après une cure d'incontinence urinaire par promontofixation coéloscopique, une spondylodiscite dans les suites d'une chirurgie du col vésical, un phénomène d'impuissance après une résection de prostate et une aggravation de l'état antérieur (rétention d'urine et de selles) ;
- un défaut d'information sur le geste opératoire, le patient reprochant à son urologue d'avoir pratiqué sans le prévenir une néphrectomie au cours d'une ablation de l'uretère ;

- un échec de résection de prostate avec expansion d'une tumeur maligne de la vessie ;
- un défaut de diagnostic d'une torsion de testicule prise pour un orchite épидидymite ayant nécessité une castration ;
- 2 lésions chirurgicales, l'une à l'occasion d'une endoscopie urinaire, l'autre lors d'une lymphadénectomie pelvienne.

Chirurgie gynécologique ◆ 13

On relève 13 accidents imputables à une chirurgie gynécologique, qui occupe, en 2012, la 8^{ème} position.

A l'exception d'une salpingite prise en charge en urgence, toutes les interventions étaient programmées.

Parmi les motifs d'admission des patientes, on relève 8 hystérectomies, 2 hystérosopies, une plastie tubaire, un prolapsus génital et une infection génitale.

Sur les 13 déclarations, on relève :

- 8 accidents qui correspondent à des complications chirurgicales : 5 fistules (dont 3 fistules vésico-vaginales responsables d'incontinences urinaires, une fistule urogénitale dans les suites d'une hystérectomie et une fistule rectale dans les suites d'une chirurgie du prolapsus), un hématome dans les suites d'une hystérectomie, un syndrome de déglobulisation avec épanchement péritonéal, un phénomène de douleurs abdominales accompagnées de troubles de la sensibilité, d'une hypoesthésie dans les suites d'une hystérectomie ;
- 3 lésions chirurgicales avec une perforation du grêle dégénérée en péritonite au décours d'une plastie tubaire, une perforation vésicale lors d'une hystérectomie et une perforation utérine et rectale lors d'une hystérectomie ;
- un défaut de diagnostic d'un léiomyosarcome utérin dans le cadre d'une hystérectomie ;
- une prise en charge inadaptée d'une salpingite qui entraînera un choc septique, puis le décès de la patiente.

Gastroentérologie ◆ 9

La gastroentérologie affiche 9 déclarations de sinistres, la positionnant au 9^{ème} rang.

Parmi les 9 patients, 7 étaient pris en charge en ambulatoire, un dans le cadre d'une hospitalisation et un en urgence.

Les 7 patients admis en ambulatoire l'étaient, soit pour des coloscopies (5), parfois doublées de fibroscopies (2), soit pour des écho-endoscopies (2). Parmi les 5 coloscopies, 4 étaient prescrites à des fins de contrôle ou de dépistage. Seule une était à visée thérapeutique.

Dans les suites de ces 5 examens, on retrouve :

- 4 perforations, dont l'une chez un nouveau-né de 2 mois, une par insufflation massive d'oxygène dans l'estomac qui conduira au décès d'un patient de 41 ans, et une qui dégènera en péritonite à J 12 ;
- un suivi négligent d'une ancienne tumeur du colon avec découverte tardive d'un polype dégénéré.

Parmi les 2 écho-endoscopies, l'une donne lieu à un syndrome coronarien aigu chez le patient qui en décèdera, et l'autre se complique d'une perforation du sinus.

La prise en charge en urgence concerne une patiente venue pour constipation et douleurs abdominales, que l'on renverra chez elle après un lavement évacuateur. Les suites seront marquées par la survenue d'un tableau péritonéal en lien avec un abcès de Douglas. Il est reproché aux praticiens un défaut de diagnostic par négligences dans la prise en charge.

Enfin, la réclamation dans le cadre d'une hospitalisation émane d'une famille d'un patient décédé des suites d'une hépatite B. Elle reproche un manque d'humanisme de l'équipe qui a refusé de pratiquer la toilette mortuaire de leur proche.

La chirurgie carcinologique, la pneumologie et l'ORL occupent, à égalité le 10^{ème} rang des déclarations.

Accidents en chirurgie carcinologique ♦ 8

Ce sont 8 accidents mettant en cause une chirurgie de cancer qui nous ont été déclarés en 2012.

Les interventions ont été réalisées dans le cadre d'une hospitalisation programmée. Seule l'extraction d'un mélanome du mollet a eu lieu en ambulatoire.

2 patients étaient admis pour une tumeur du colon en vue d'une colectomie. L'une donne lieu à la survenue d'une fistule, l'autre débouche sur une sciatique paralysante. Un chirurgien lèse le nerf sciatique lors de l'exérèse d'un léiomyome, provoquant un déficit neurologique permanent. L'extraction du mélanome du mollet en ambulatoire donne lieu à une paralysie du SPE. On relève l'échec d'une chirurgie pour un méningiome avec récurrence d'une encéphalite herpétique. Une surrénalectomie est réalisée à tort, la tumeur se révélant par la suite bénigne, avec pour conséquence une insuffisance surrénale en postopératoire.

Enfin, 2 interventions pour myélomes donnent lieu à des parapariésies.

Pneumologie ♦ 8

8 accidents nous ont été déclarés, mettant en cause une prise en charge en pneumologie.

5 patients étaient admis en service de médecine de façon programmée en hospitalisation (3) ou en ambulatoire (2) pour y suivre un traitement ou se le faire prescrire. 3 étaient pris en charge dans le cadre des urgences.

La majorité des réclamations (7/8) porte sur la conduite thérapeutique mise en œuvre, jugée inadaptée, comme n'ayant pas permis d'éviter l'évolution d'un état antérieur déjà très dégradé :

- 4 patients souffraient d'embolies pulmonaires parfois récurrentes ;
- 3 étaient atteints de pleuropneumopathies infectieuses qui s'aggraveront.

Tous ces patients décéderont des suites de leur maladie, à l'exception d'un patient qui survivra après un passage en USIC. On relève une complication post chirurgicale : un encombrement bronchique non vaincu dans les suites d'une lobectomie, qui conduira également au décès du patient.

ORL ♦ 8

8 accidents nous ont été déclarés en chirurgie ORL par nos socié-

taires établissements.

4 patients venaient pour une hospitalisation programmée, 3 en ambulatoire et un en urgence.

Les interventions concernaient les oreilles (2 platinotomies pour otospongioses, un cholésteatome), le larynx (2 laryngectomies avec curage ganglionnaire), le nez (une rhinoplastie post-traumatique et une polypectomie nasale) et l'œsophage (endoscopie).

On relève :

- 4 complications post chirurgicales avec une paralysie faciale, une hémorragie cataclysmique dans la chambre, une paralysie oculomotrice avec diplopie et baisse de l'acuité visuelle, un phénomène de surdité et de vertiges ;
- 2 échecs de la chirurgie avec des troubles respiratoires et des douleurs après une rhinoplastie post traumatique et une ré-intervention nécessaire après une platinotomie ;
- un retard de diagnostic d'un cancer du larynx ayant nécessité une trachéotomie en urgence avec laryngectomie et curage ganglionnaire, avec pose d'une prothèse phonatoire ;
- une perforation de l'œsophage au cours d'une endoscopie ayant nécessité une œsophagectomie suivie d'une œsophagoplastie.

Accidents aux urgences ♦ 7

Le 11^{ème} rang est occupé par les services d'urgence, avec 7 réclamations.

Parmi les patients, 3 se présentaient pour des douleurs abdominales, un pour des céphalées persistantes, un pour une chute, un pour confusions et malaise et un pour une occlusion du grêle.

Dans 6 cas sur 7, il sera reproché un défaut de diagnostic : d'une septicémie, d'un AVC chez une jeune femme de 37 ans, d'une œsophagite gastrite, d'un syndrome occlusif, d'une appendicite perforée bouchée dans le caecum et enfin, d'une méningite.

Une plainte porte sur un défaut de surveillance d'une patiente, venue pour une occlusion du grêle, qui décèdera des suites de fausses routes et de troubles de la déglutition.

Le 12^{ème} rang revient, à égalité, à l'ophtalmologie et la chirurgie esthétique.

Ophtalmologie ♦ 6

6 déclarations de sinistres mettent en cause une intervention en ophtalmologie, dont la moitié a été réalisée dans un contexte d'hospitalisation et l'autre moitié en ambulatoire.

3 patients étaient admis pour une chirurgie de la cataracte, 2 pour une intervention de chirurgie réfractive et un pour une vitrectomie.

On recense :

- 3 complications chirurgicales avec survenue, soit d'œdèmes ne régressant pas, dont l'un nécessitera une greffe de cornée (2), soit d'une hypermétropie (1) ;
- 3 échecs de la chirurgie avec 2 résultats insatisfaisants d'une chirurgie de la cataracte et une erreur de réfraction ayant nécessité la reprise d'une chirurgie réfractive.

Chirurgie esthétique ◆ 6

La chirurgie esthétique affiche 6 sinistres déclarés en 2012 au titre des accidents chirurgicaux ou médicaux.

Tous les patients étaient admis pour une chirurgie programmée.

Parmi ces déclarations, on relève :

- 2 complications post chirurgicales avec d'une part, une cicatrice hémorragique après une lipoplastie abdominale et d'autre part, un AVC à l'origine d'une hémianopsie bilatérale dans les suites d'une réduction mammaire ;
- un oubli de redon dans le cadre de la pose d'implants mammaires ;
- un défaut d'information sur le nombre de cicatrices après une lipoplastie abdominale ;
- une lésion vasculaire des deux membres inférieurs dans le cadre d'une lipoaspiration ;
- un résultat inesthétique après une rhinoplastie.

Anesthésie ◆ 5

L'anesthésie occupe le 13^{ème} rang, avec 5 accidents déclarés.

Ne sont recensés ici que les accidents liés à la conduite médicale. Les accidents liés aux produits administrés sont comptabilisés au titre des dommages liés aux produits utilisés.

On relève 5 réclamations, dont 2 dans le cadre d'anesthésies réalisées en urgence pour des parturientes admises pour accoucher.

Parmi les 5 accidents, on relève :

- une lésion de corde vocale lors d'une intubation, responsable d'une dysphonie ;
- un bris dentaire lors d'une intubation ;
- une anesthésie insuffisante lors d'une césarienne ;
- une blessure nerveuse lors d'une rachianesthésie ;
- un retard de prise en charge d'un hématome péri-dural dans les suites d'un accouchement avec survenue d'une parésie des membres inférieurs.

En 14^{ème} position se situent la radiologie et l'oncologie, avec 4 accidents déclarés dans chacun de ces services.

Radiologie ◆ 4

4 réclamations adressées aux établissements concernent des prises en charge, en ambulatoire, par des radiologues libéraux installés en cabinet indépendant implanté dans les locaux de la clinique.

2 dénoncent des suivis négligents de tumeurs du sein avec des récidives non diagnostiquées, faisant perdre aux patientes une chance de survie à un stade métastasé. Les 2 autres mettent en cause les suites dommageables d'examen d'IRM, l'un ayant accentué une surdité, l'autre ayant provoqué des céphalées et une diplopie.

Oncologie ◆ 4

Les 4 réclamations sont à l'initiative de familles de patients décédés dans les suites de cancers (un du colon, une du sein, un du pancréas, un de la peau).

Il est reproché 3 retards de diagnostic et un défaut d'information sur des résultats d'anatomopathologie.

La chirurgie vasculaire et la néphrologie occupent ensuite le 14^{ème} rang, avec 3 accidents déclarés dans chacune de ces spécialités, par nos sociétaires établissements.

Chirurgie vasculaire ◆ 3

On recense 3 déclarations de sinistres imputables à une chirurgie vasculaire.

2 patientes étaient admises pour une chirurgie des varices, l'autre pour une endartériectomie en raison d'une artériopathie des membres inférieurs.

Les 2 chirurgies des varices se sont compliquées, pour l'une d'une phlébite et pour l'autre, de troubles neurologiques probablement d'origine positionnelle.

L'endartériectomie se complique d'une ischémie des membres inférieurs, justifiant une amputation de jambe.

Néphrologie ◆ 3

3 accidents concernent l'unité de dialyse.

Un patient est victime d'un AVC lors d'une séance de dialyse, justifiant son transfert en service de neurologie puis en centre de rééducation où il décèdera le lendemain.

Un patient est victime d'une chute lors de son transfert vers le service de radiologie pour y subir une radiographie du thorax, après l'apparition d'une fièvre en cours de séance de dialyse. Les conséquences sont particulièrement graves puisque le patient a été victime d'un traumatisme crânien justifiant son transfert dans le service de réanimation, puis en centre de rééducation.

Enfin, une patiente dirige sa réclamation contre l'établissement au sein duquel elle a été dialysée pendant quatre ans, sans formuler de grief précis à son encontre, son dommage résultant d'une infection nosocomiale contractée au sein d'un autre établissement à l'occasion de la pose d'une prothèse de genou.

Le 15^{ème} rang est occupé à égalité par la chirurgie maxillo-faciale et la proctologie, avec 2 accidents déclarés dans chacune de ces spécialités.

Chirurgie maxillo-faciale ◆ 2

Ce sont 2 accidents qui nous ont été déclarés en chirurgie maxillo-faciale par nos sociétaires établissements de soins.

Un enfant de 10 ans a eu une dent fracturée au cours d'une extraction dentaire sous anesthésie générale.

Une patiente s'est réveillée atteinte de troubles de la sensibilité avec une hypoesthésie de la langue et de la gencive, après l'extraction de quatre dents de sagesse, réalisée en ambulatoire sous anesthésie générale.

Proctologie ◆ 2

A l'occasion de 2 cures d'hémorroïdectomies :

- un patient subit un arrêt cardiorespiratoire sur table dans les suites de l'induction anesthésique, sans que l'origine puisse en être élucidée à ce stade de la procédure ;
- un patient est victime d'une fissure anale.

Spécialités recensant une déclaration de sinistre d'origine médicale

4 spécialités affichent une déclaration de sinistre chacune, sur mise en cause de notre sociétaire établissement :

- la médecine de rééducation fonctionnelle, avec une capsulite rétractile lors d'un massage actif ;
- la pédiatrie, avec un retard de diagnostic chez une enfant de 4 ans d'une appendicite abcédée compliquée d'une péritonite ;
- la neurologie, avec un défaut de diagnostic d'un méningiome chez un patient atteint d'une sclérose en plaques ;
- la chirurgie endocrinienne, avec une paralysie récurrentielle unilatérale ne cédant pas à la rééducation dans les suites d'une thyroïdectomie.

Enfin, 5 déclarations ne peuvent être commentées en l'état de l'avancement de la procédure, à défaut de pièces suffisantes pour pouvoir identifier l'origine de l'accident.

Tous ces dossiers mettant en évidence, à leur ouverture, un problème dans le geste chirurgical ou dans la conduite thérapeutique, n'excluent pas la possibilité d'une responsabilité de la clinique du fait de la faute d'un salarié ou du fait de l'organisation du service, révélées par l'instruction du dossier.

Infections associées aux soins ◆ 220

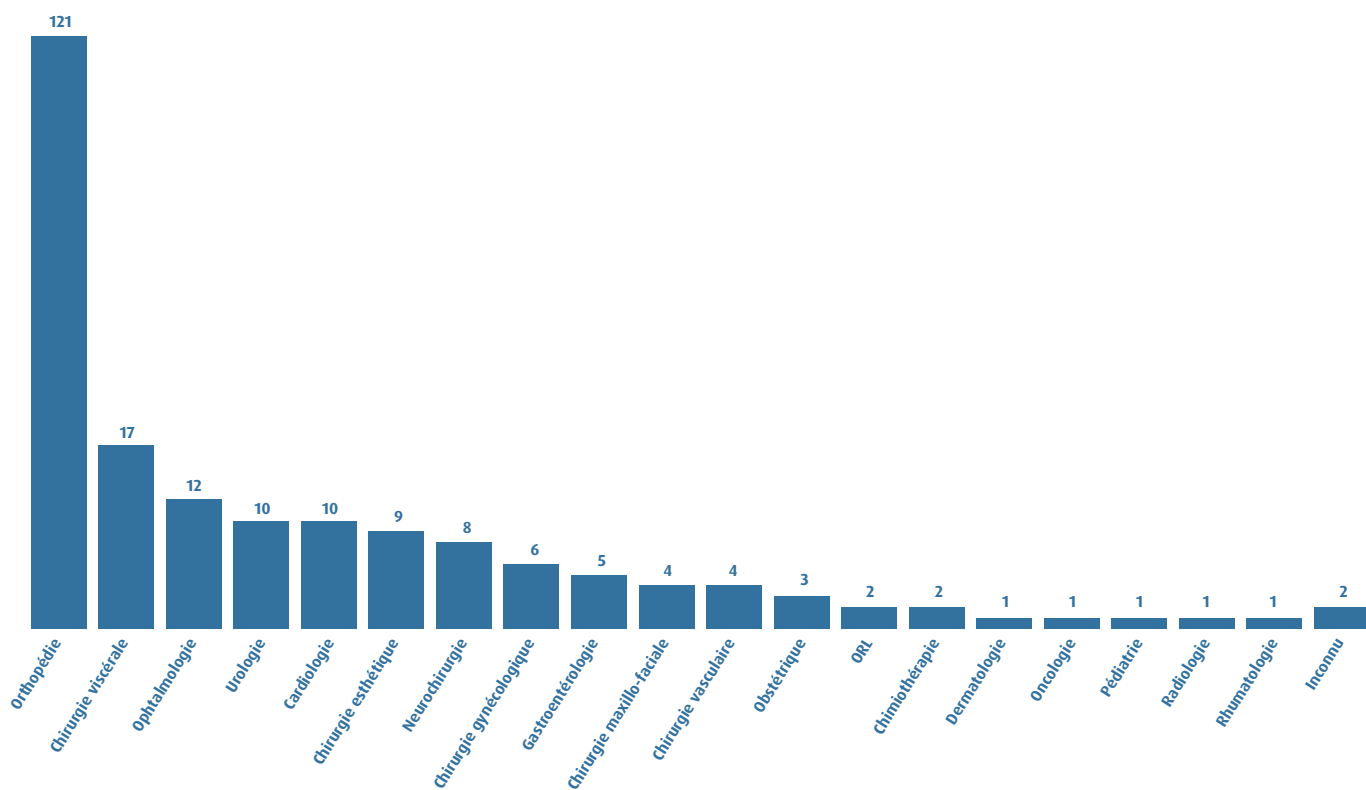
220 infections associées aux soins représentent 32% des déclarations.

Ce taux est relativement constant depuis au moins trois ans, même si on constate une légère diminution en 2012 par rapport à 2011.

Doit-on pour autant en déduire que les établissements ne progressent plus dans la lutte contre les infections associées aux soins ?

Ces résultats sont à interpréter avec prudence car ne sont recensées ici que les infections déclarées à l'assureur, c'est-à-dire celles dont l'évaluation indemnitaires prévisionnelle excède la franchise contractuelle des établissements, prévue dans leur contrat d'assurance.

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ



Pour être complet dans l'approche statistique, il faudrait y inclure les infections conservées en rétention par les établissements, c'est-à-dire celles pour lesquelles ils sont leur propre assureur, et observer leur progression.

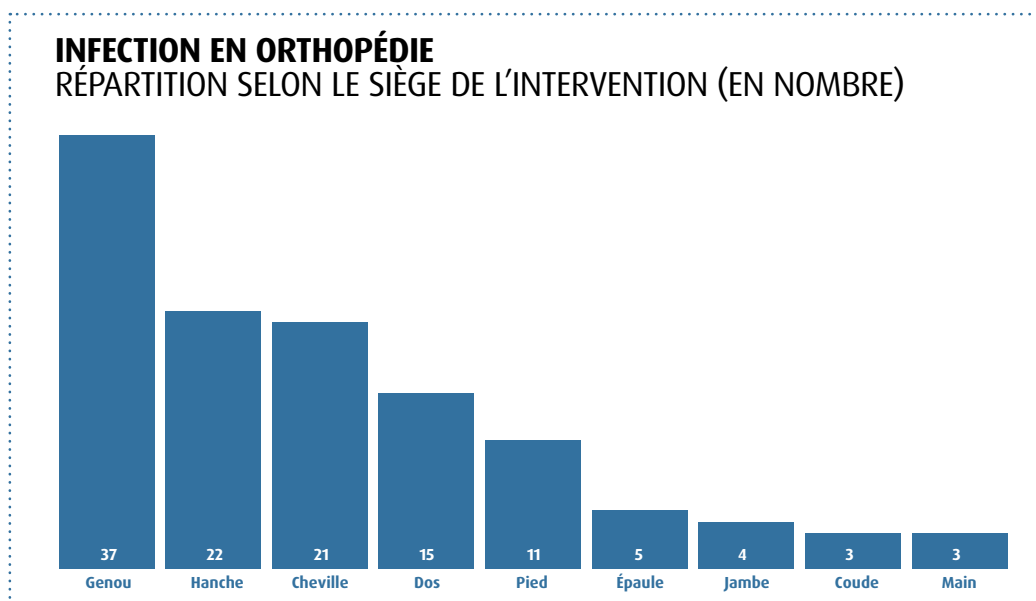
En outre, l'assureur n'a connaissance que des infections dont le traitement a échoué, c'est-à-dire uniquement celles qui n'ont pas pu être récupérées. Or, la lutte contre les infections nosocomiales consiste, bien évidemment, à agir pour éviter leur survenance, mais aussi pour en limiter, voire en éliminer l'impact lorsque leur survenance n'a pu être empêchée.

C'est sans surprise, et de loin, l'orthopédie qui accuse le plus fort taux d'infections nosocomiales contractées dans les établissements en 2012 (56%). C'est ensuite, dans une bien moindre mesure, la

chirurgie viscérale puis l'ophtalmologie, l'urologie et la cardiologie qui arrivent en tête de liste. Les autres spécialités affichent moins de 10 sinistres infectieux déclarés dans l'année.

Orthopédie ♦ 121

Le nombre d'infections déclarées varie selon le siège de l'intervention.



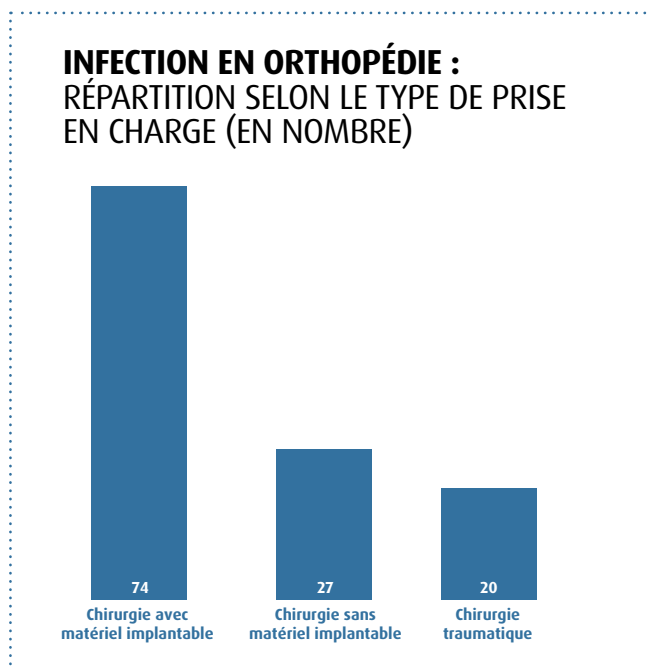
Le genou apparaît en tête des localisations infectieuses en orthopédie (30%), suivi de la hanche, de la cheville, du dos, du pied, puis plus marginalement de l'épaule, de la jambe, du coude et de la main. Néanmoins, ces résultats sont à rapporter au nombre d'actes réalisés sur ces différents sièges d'intervention chaque année.

Dans la grande majorité des cas, l'infection est en lien avec l'implantation d'un matériel prothétique (61%), le plus souvent dans un contexte de reprise chirurgicale, ce qui constitue un facteur majorant du risque infectieux.

Dans 22% des cas, l'infection survient dans le cadre d'une chirurgie ou de soins médicaux sans implantation de matériel.

Dans 17% des cas, l'infection s'inscrit dans le cadre de la prise en charge en urgence d'un traumatisme consécutif à un accident domestique, un accident du travail ou un accident de la voie publique. Dans la majorité des cas de traumatismes, le patient se présentait avec une fracture ouverte permettant de douter du caractère nosocomial de l'infection.

On relèvera également que, dans un nombre non négligeable de cas, le patient présentait des facteurs de risques (obésité, diabète...).



Chirurgie viscérale ◆ 17

Les interventions à l'origine de ces 17 infections sont extrêmement variées (appendicectomie, cholécystectomie, colectomie, cure de hernie, sigmoïdectomie, sphinctérotomie, etc.).

L'essentiel de ces infections est survenu dans le cadre d'hospitalisations programmées. Seule une intervention était réalisée en urgence. On relève une seule prise en charge en ambulatoire.

Ophtalmologie ◆ 12

Les interventions à l'origine de ces 12 infections sont extrêmement variées (appendicectomie, cholécystectomie, colectomie, cure de hernie, sigmoïdectomie, sphinctérotomie, etc.).

Sur ces 12 infections, 9 sont intervenues dans les suites d'une prise en charge en ambulatoire, 2 en post hospitalisation, une en urgence.

Dans la grande majorité des cas, c'est une chirurgie de la cataracte qui est à l'origine de l'endophtalmie (8 soit 67%). On relève également 2 vitrectomies, la prise en charge d'un décollement de rétine et une ablation de silicone oculaire.

Les séquelles sont le plus souvent importantes, avec une cécité unilatérale.

Urologie ◆ 10

Les interventions à l'origine des infections sont, là encore, multiples : prostatectomie ou résection de prostate, chirurgie des valves mitrales, chirurgie du prolapsus, endoscopie urinaire, cure d'incontinence urinaire, pose d'une prothèse péniennne, sclérose du col vésical, hydronéphrose.

Cardiologie ◆ 10

Dans cette spécialité, l'infection a été le plus souvent redoutable puisque sur les 10 patients infectés, 7 sont décédés. Cependant, il faut souligner l'état antérieur particulièrement lourd des patients opérés, venus pour des cures d'anévrisme de l'aorte, des angioplasties coronaires, la pose de chambres implantables, parfois sur des terrains de cancers métastasés.

Chirurgie esthétique ◆ 9

Toutes les interventions étaient réalisées en hospitalisation programmée.

Le type d'opération était très variable. On relève 2 dermolipectomies accompagnées de lipoaspirations, une abdominoplastie, un lifting cervico-facial, une rhinoseptoplastie, l'implantation d'une prothèse de mollet, une réduction mammaire et deux augmentations mammaires par introduction d'implants.

Dans près de la moitié des cas, le caractère nosocomial de l'infection est discutable puisque le phénomène infectieux s'est manifesté sur un terrain de nécrose cutanée imputable à une cicatrisation difficile. Dans un cas, l'antibioprophylaxie mise en œuvre n'était pas adaptée.

Neurochirurgie ◆ 8

Dans la moitié des cas, l'infection est survenue dans le cadre d'une arthrolyse rachidienne lombaire dont une de reprise en raison de l'échec de la première intervention. Ces interventions, d'une durée

particulièrement longue, favorisent la survenance d'une infection. 3 infections sont consécutives à une chirurgie disco-vertébrale sans interposition de matériel.

Une infection fait suite à une neurostimulation interne intra-thécale destinée à traiter un phénomène algique persistant consécutif à une chirurgie du rachis.

Chirurgie gynécologique ◆ 6

La moitié des infections survenues en chirurgie gynécologique concerne des hystérectomies totales.

On relève une chirurgie du prolapsus, une cure de rectocèle et cystocèle et une reconstruction de la paroi abdominale par plaque suite à un amaigrissement important. Dans la moitié des cas, la patiente était obèse. Dans 2 cas, l'intervention comportait l'implantation de matériel prothétique. Dans 2 dossiers, l'antibioprophylaxie n'a pas été tracée au dossier de la patiente, ce qui rendra sa preuve difficile. Dans 2 cas, les griefs sont dirigés en particulier contre la gestion de l'infection, jugée inexistante ou négligente.

Gastroentérologie et proctologie ◆ 5

Les 5 infections enregistrées dans cette spécialité sont survenues dans les suites de 2 hémorroïdectomies, 2 sphinctérotomies, et une ablation de polypes sous coelioscopie.

Chirurgie maxillo-faciale ◆ 4

3 infections sont survenues dans les suites d'ostéotomies mandibulaires, une consécutivement à l'extraction d'une dent de sagesse.

Chirurgie vasculaire ◆ 4

Sur les 4 interventions, 3 consistaient en des pontages fémoraux.

Une patiente était admise pour une chirurgie des varices qui se compliquait d'un hématome puis d'une infection, dont la guérison sera obtenue. S'agissant des 3 pontages, l'infection est née de nécroses cutanées survenues sur la plaie opératoire. Un patient présentait des facteurs de risques : obésité, alcoolisme et tabagisme. Pour 2 patients, l'infection ne parviendra pas à être jugulée et nécessitera une amputation de jambe.

Obstétrique ◆ 3

2 parturientes venaient pour un accouchement par voie basse, une pour une césarienne en urgence. Parmi les 2 patientes ayant accouché par voie naturelle, on relève une infection materno-fœtale, et donc non nosocomiale, qui justifie un traitement de l'enfant par antibiotiques, et un choc septique chez la mère qui motive son transfert en réanimation, puis une hystérectomie totale. La complication de la césarienne consiste en un abcès sur la cicatrice apparu près de 3 ans après l'opération.

Chirurgie ORL ◆ 2

Les 2 infections sont survenues dans le cadre :

- d'une ethmoïdectomie en raison d'une tumeur maligne, qui récidive dans un contexte infectieux jusqu'à s'étendre à l'œil, provoquant une cécité ;

- d'une septoplastie en raison de troubles de la ventilation nasale.

Chimiothérapie ♦ 2

Il s'agit de 2 infections sur cathéter de la voie veineuse centrale (Port-a-cath) survenues chez des patients traités pour un cancer de la prostate. L'un subit un choc septique dont il succombera après un séjour en réanimation.

Spécialités totalisant une infection déclarée chacune

En dermatologie, on relève une infection cutanée survenue dans le cadre du traitement d'un ulcère veineux réalisé en ambulatoire.

En oncologie, les reproches portent sur des complications infectieuses survenues chez un patient atteint d'un cancer foudroyant, traité par chimiothérapie et des chirurgies successives.

En pédiatrie, il s'agit d'une infection à Klebsielle contractée par un enfant, opéré dans les suites immédiates de sa naissance par césarienne programmée un mois avant terme.

Un service de réanimation est mis en cause dans le cadre du décès d'un patient en unité de réanimation, dans les suites d'une surinfection bronchique après son admission pour un AVC compliqué d'un coma.

En rhumatologie, est en cause une infection survenue dans les suites d'une infiltration du canal carpien réalisée en ambulatoire.

Enfin, 2 infections déclarées en 2012 par nos sociétaires établissements de soins ne permettent pas d'identifier la spécialité concernée, les informations transmises étant insuffisantes pour les instruire.

D'une manière générale, on constate que les griefs des patients, lorsqu'ils ne réclament pas tout simplement une indemnisation sur le fondement du principe juridique de la responsabilité sans faute des établissements, mettent l'accent tout autant sur une défaillance dans la prévention du risque infectieux (antibioprophylaxie) que sur une mauvaise gestion de l'infection survenue.

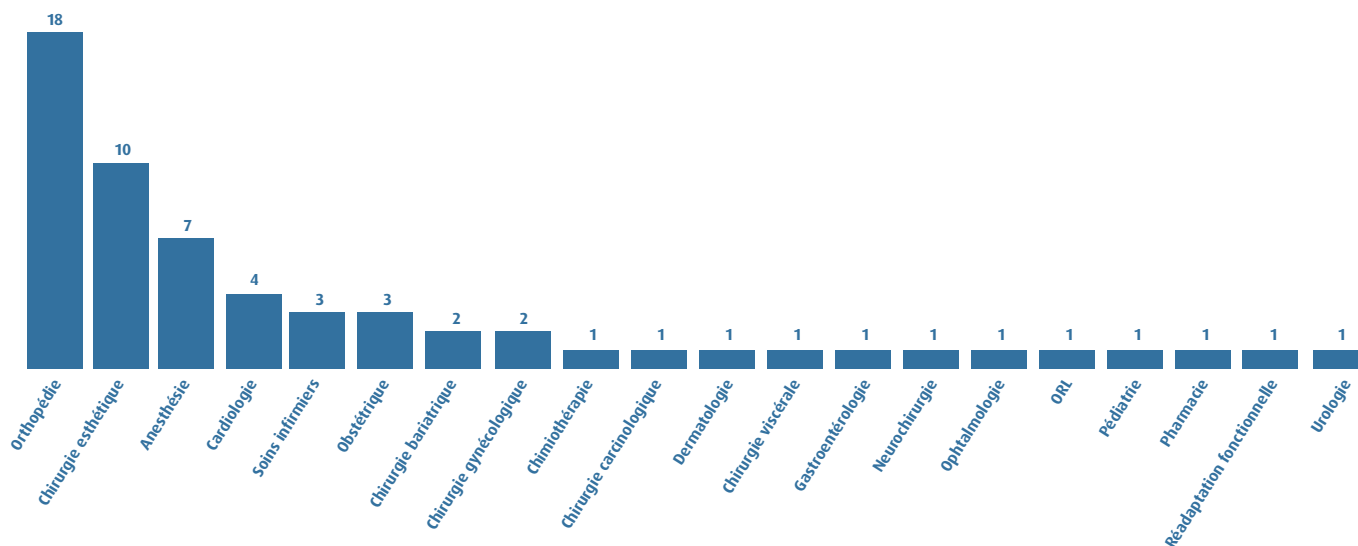
Accidents liés aux produits ou aux matériels utilisés ou fournis ♦ 61

61 sinistres ont été déclarés par nos sociétaires établissements de soins en 2012, en lien avec l'utilisation ou la fourniture d'un produit ou d'un matériel.

Ces sinistres représentent 9% des sinistres déclarés et sont en légère hausse depuis 2010.

Répartition selon les spécialités concernées

ACCIDENTS LIÉS A UN PRODUIT OU UN MATÉRIEL UTILISÉ OU FOURNI RÉPARTITION SELON LES SPÉCIALITÉS (EN NOMBRE)



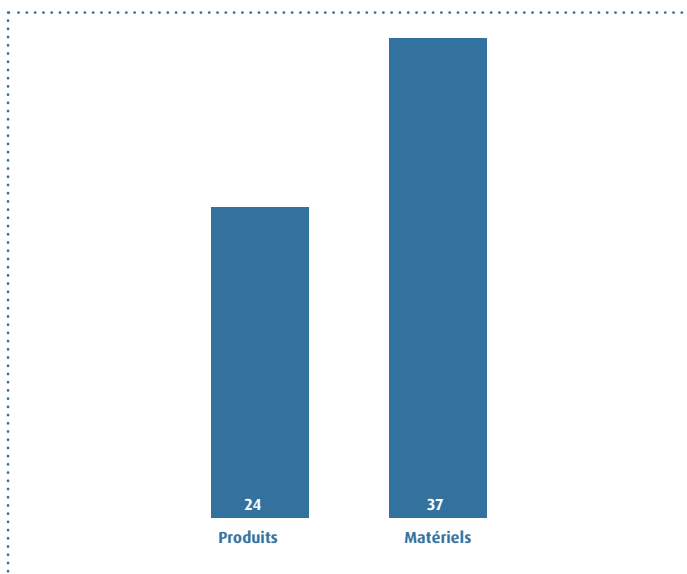
C'est à nouveau l'orthopédie qui arrive en tête des spécialités les plus exposées, avec 18 accidents déclarés en 2012, suivie de la chirurgie esthétique qui totalise 10 accidents déclarés, de l'anesthésie qui enregistre 7 événements et de la cardiologie avec 4 accidents.

De manière plus marginale, ce sont ensuite les soins infirmiers et l'obstétrique qui sont le plus concernés avec 3 sinistres déclarés dans

chacune de ces disciplines, puis à égalité la chirurgie bariatrique et la chirurgie gynécologique avec 2 événements déclarés.

On constate ensuite une très grande dilution du risque entre les spécialités puisque ce sont 12 spécialités qui se partagent les autres sinistres, à raison d'un sinistre déclaré par spécialité.

Répartition des accidents entre les produits et les matériels



40% des accidents sont imputables à un produit tandis que 60% mettent en cause un matériel.

Parmi les 24 produits à l'origine des sinistres, on relève :

- 17 accidents médicamenteux, dont 6 sont imputables à des produits de perfusion (glucose, sérum salé, Vénofer, produits de chimiothérapie), 3 au Médiator®, 2 à des AVK, un à l'adrénaline, un au Parlodel®, un aux corticoïdes, un au Méthotrexate, un au Glycolle, un au Perfalgan® ;
- 3 accidents en lien avec une induction anesthésique (dont une intolérance au curare, un état confusionnel avec arrêt cardiorespiratoire suite à une anesthésie locorégionale et un déficit locomoteur dans les suites d'une rachianesthésie dans le cadre d'une césarienne) ;
- 3 accidents liés à l'usage de l'eau (une brûlure lors d'un lavement évacuateur par mauvais réglage de l'eau ayant justifié un transfert en service de réanimation, 2 brûlures par application trop prolongée de glace sur les membres à opérer) ;
- une contamination post transfusionnelle par les virus du SIDA et de l'Hépatite C.

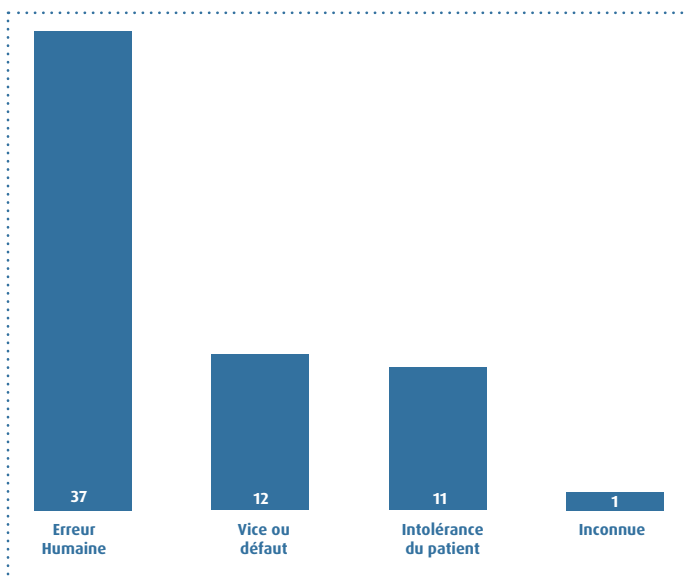
Parmi les 37 accidents par matériel, on relève :

- 14 prothèses (6 implants mammaires dont 4 PIP, 3 prothèses de hanche, 2 prothèses de genou, 2 vis dans le cadre de chirurgies lombaires et un implant oculaire) ;
- 11 matériels divers (une bandelette mal tolérée dans le cadre d'un lifting, une erreur de manipulation d'un robinet à 3 voies lors d'une saignée, une migration de dentier dans l'arrière-gorge lors de l'amputation d'un orteil, une migration d'un anneau gastrique dans l'estomac, une brûlure lors de l'ablation d'un plâtre, un oubli d'ablation de fils non résorbables suite à une ligamentoplastie, un oubli d'extraction d'un corps métallique lors de la prise en charge d'un traumatisme de la main, une brûlure lors d'une arthroscopie, une allergie au Vicryl utilisé pour une suture dans le cadre d'une chirurgie des oreilles, un bris dentaire lors d'une induction anesthésique, un faux mouvement lors d'un transfert sur brancard) ;
- 7 accidents par bistouri électrique (4 brûlures par contact du bistouri électrique avec la Bétadine® alcoolique utilisée pour la préparation cutanée de l'opéré à l'occasion d'une hystérectomie, d'une

chirurgie lombaire, d'une exérèse de verrues plantaires et de la pose d'implants mammaires, une brûlure par contact d'une étincelle du bistouri avec le masque à oxygène et 2 plaies par instruments chirurgicaux) ;

- 5 compresses oubliées (2 à l'occasion de césariennes, une d'une chirurgie de l'épaule, une d'une cure d'incontinence urinaire et une d'une arthrodeuse rachidienne).

Répartition selon la cause des accidents liés aux produits ou matériels



Dans plus de 60% des cas, c'est une erreur humaine qui se trouve à l'origine de l'évènement dommageable. Dans 20% des cas, on peut imputer l'accident à un vice du produit ou du matériel. Enfin, dans près de 20% des cas, l'accident a pour cause une réaction du patient par intolérance au produit administré ou au matériel utilisé.

Parmi les 37 erreurs humaines, on relève :

- 18 manipulations maladroites d'un instrument ou d'un produit, dont 10 d'entre elles ont occasionné des brûlures. Si la majorité des brûlures a guéri, laissant subsister un léger préjudice esthétique, 3 ont donné lieu à des greffes de peau ;
- 6 surdosages médicamenteux et une erreur de prescription (AVK, corticoïdes) ;
- 7 négligences, avec des oublis de textilomes, de fils non résorbables, de corps étrangers ;
- 3 erreurs d'appréciations dans le choix du matériel à implanter ;
- 2 défauts de surveillance d'extravasations de produits de perfusion.

Parmi les 12 produits défectueux, on recense :

- 3 implants mammaires PIP ;
- 3 dossiers de Médiator® ;
- 2 prothèses de genou, présentant des signes d'usure prématurée avec des ruptures précoces ;
- 2 prothèses de hanche descellées prématurément ;
- une vis rompue dans les suites immédiates d'une cure de hernie discale ;
- un dossier de sang contaminé.

Parmi les 11 dossiers traduisant une réaction d'intolérance du patient au produit ou au matériel utilisé, on relève les phénomènes suivants :

- un choc anaphylactique au curare ;
- un choc allergique au Perfalgan® ;
- une allergie au Vicryl utilisé pour une suture dans le cadre d'une otoplastie ;
- une phlébite du bras au décours d'une perfusion ;
- 2 capsulites rétractiles sur implants mammaires puis fissurations ;
- un œdème pulmonaire en rapport avec un syndrome de Turp par résorption du Glycolcolle utilisé dans le cadre d'une hystérocopie ;
- un déficit moteur dans les suites d'une césarienne sous rachianesthésie ;
- une réaction chez un diabétique après une perfusion de glucose ;
- des troubles psychiatriques, d'origine médicamenteuse, avec hallucination puis défenestration du patient.

Enfin subsiste un accident dont l'origine demeure inconnue à ce stade de l'instruction du dossier.

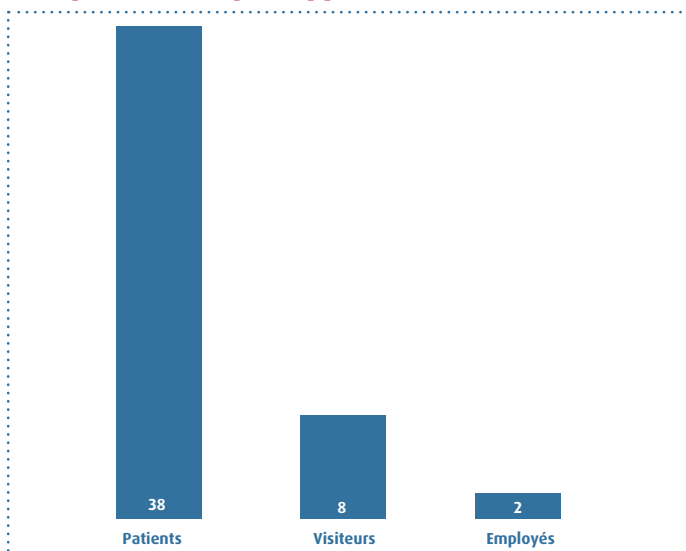
Accidents d'exploitation dans les locaux de l'établissement ● 48

On dénombre 48 accidents déclarés en 2012 (soit 7%) mettant en cause l'exploitation des locaux de l'établissement. Ce pourcentage est en légère augmentation depuis trois ans et concerne principalement des chutes de patients.

Là encore, ce chiffre ne traduit pas nécessairement une augmentation générale du nombre de chutes dans les établissements, mais uniquement de celles dont il subsiste des séquelles suffisamment graves justifiant une déclaration à l'assureur parce que l'indemnisation risque d'excéder le montant de la franchise contractuelle prévue au contrat d'assurance.

Il serait intéressant de mettre en relief ces résultats avec ceux constatés par les établissements à propos des chutes qu'ils conservent en rétention, car on sait qu'il est beaucoup plus aléatoire en gestion des risques d'agir sur la gravité d'un risque que sur son occurrence. En effet, on peut difficilement présager des séquelles que laissera subsister une chute, sauf à considérer, service par service, la vulnérabilité des patients hospitalisés, compte tenu de leur âge, leurs antécédents, etc.

Répartition des accidents d'exploitation par type de victime



Les accidents d'exploitation déclarés en 2012 ont touché des patients à près de 80 %, des visiteurs à près de 17 % et enfin des employés à 4 %.

Les 38 accidents de patients se composent de :

- 32 chutes en différents lieux de l'établissement (à l'accueil, dans les couloirs, en soins de kinésithérapie ou d'ergothérapie, lors de déplacements en service de médecine ou de chirurgie, dans la chambre et plus précisément dans la douche, les toilettes ou le lit, en dépit le plus souvent des barrières de sécurité mises en place, lors de transferts en brancard, dans les escaliers ...). Parmi ces chutes, 17 sont imputables a priori à un défaut de surveillance de la personne hospitalisée, et 15 ont pour cause l'entretien des locaux ou des parties extérieures (glissades sur un sol mouillé, sur le verglas ou sur la pluie) ;
- 6 accidents d'exploitation "autres", avec 4 patients blessés par la fermeture intempestive, à leur passage, de portes d'ascenseur ou des portes automatiques à l'entrée, une patiente blessée à la tête par la chute d'un morceau de façade à l'entrée de l'établissement et un patient blessé par l'abaissement de la barrière d'accès à la voie de circulation.

On recense parmi les 8 accidents de visiteurs :

- 7 chutes (sur les dalles d'entrée, dans un trou, dans un feu mal éteint dans le parc, sur les marches de sortie, sur le parking inondé) ;
- une blessure d'un visiteur dans la chambre du patient hospitalisé, par rupture du lavabo sur lequel il prenait appui.

Enfin, les 2 accidents d'employés sont les suivants :

- un employé a trébuché sur des cartons jonchant le sol ;
- un employé s'est brisé une dent à la cantine sur un caillou présent dans une salade.

Accidents liés à un dysfonctionnement dans l'organisation du service ● 28

28 événements indésirables déclarés en 2012, soit 4%, sont imputables à un dysfonctionnement dans l'organisation des services. Il s'agit d'une qualification attribuée par nos équipes de gestion au stade de la déclaration du sinistre. Or, à ce stade et parfois en amont de toute instruction des pièces, il est rare d'identifier d'emblée un problème organisationnel à l'origine de l'événement. C'est, le plus souvent, l'analyse médico-légale qui suivra qui permettra de le mettre en évidence. Ce taux doit donc être interprété avec prudence.

Répartition selon le contexte de prise en charge

Parmi les 28 dossiers dénonçant une défaillance dans l'organisation des services, 15 concernent une prise en charge en hospitalisation, 6 dans les services d'urgence, 2 en HAD, 3 en ambulatoire. Pour 3 dossiers, le contexte de prise en charge est inconnu.

Répartition selon le type de griefs adressés à l'établissement

- Dans 7 dossiers, il est reproché à l'établissement une mauvaise coordination dans la chaîne des soins à l'origine d'un retard de prise en charge adaptée d'un choc septique pendant la nuit, d'une pathologie de la coagulation après plusieurs passages aux urgences, d'une éventration, d'un arrêt cardiorespiratoire en service

de radiologie (sans médecin à proximité) ou encore d'hémorragies de la délivrance par défaut de surveillance adaptée.

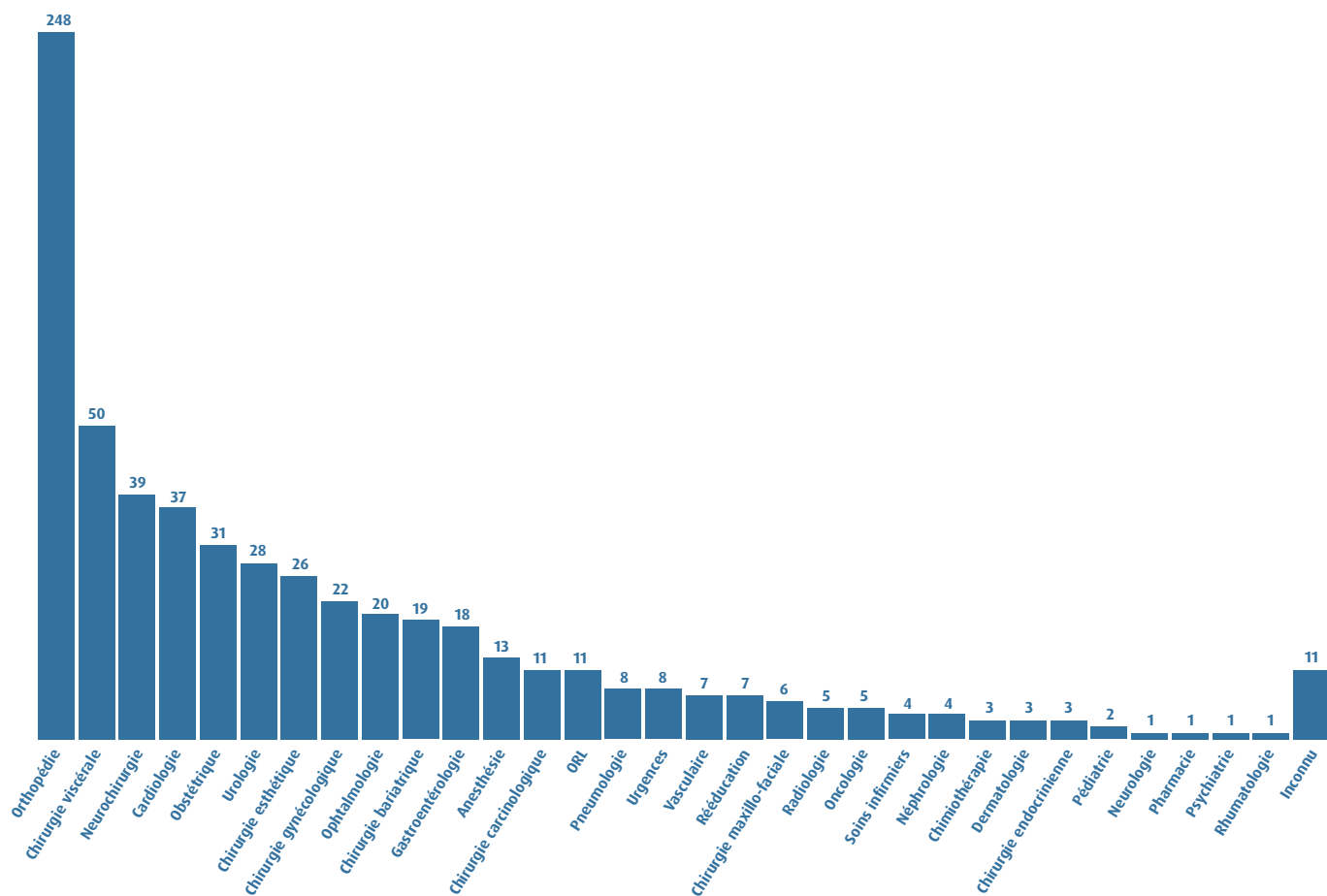
- Dans 3 dossiers, les familles de patients décédés reprochent des défauts de soins sur leur proche, qualifiés de non-assistance à personne en danger.
- 3 dossiers dénoncent le manque d'humanisme de l'équipe dans l'organisation de funérailles ou dans la gestion de l'angoisse de patients.
- 2 dossiers attribuent à l'établissement la responsabilité de fugues de patients (d'une personne âgée retrouvée en état d'hypothermie et d'un enfant retrouvé six jours plus tard).
- Dans 2 dossiers, il est reproché à l'établissement la perte de clichés radiographiques et d'un dossier médical.

- On relève 3 dossiers reprochant à l'établissement des sorties prématurées de patients pris en charge aux urgences ou en ambulatoire et victimes de complications à leur domicile.
- Dans 7 dossiers, l'événement est davantage imputable à un problème chirurgical ou à l'utilisation d'un produit ou d'un matériel, mais il est fait grief à l'établissement de carences dans l'organisation des soins ou un manque de compétence du personnel (à propos d'une injection de chlorure de potassium pour rinçage d'un port-à-cath, d'une erreur de côté, de l'oubli d'une aiguille de suture, de chutes, d'un défaut d'ablation de fils non résorbables et d'une blessure par appareil de rééducation).
- Un dossier n'est pas suffisamment documenté pour permettre d'identifier le reproche dirigé contre l'établissement.

RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS DE SINISTRES CORPORELS SELON LES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES

Il est ici observé la répartition des 653 sinistres médicaux, selon les spécialités concernées, indépendamment de la nature du sinistre, c'est-à-dire toutes natures confondues (infections associées aux soins, accidents médicaux ou chirurgicaux, accidents liés aux produits ou matériels utilisés, accidents imputables à un défaut d'organisation), à l'exception des accidents d'exploitation, sauf les 17 chutes en lien avec la prise en charge médicale.

SINISTRES MÉDICAUX : RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ



On retrouve toujours l'orthopédie nettement en tête des spécialités les plus à risque en terme de fréquence. On sait que les déclarations en orthopédie concernent tout autant des infections que des complications chirurgicales. Après l'orthopédie suit la chirurgie viscérale, puis la neurochirurgie. Si on peut en dire autant de la chirurgie viscérale, la neurochirurgie est principalement concernée par des accidents chirurgicaux puisqu'elle n'arrive qu'en 7^{ème} position du "Top 10" des accidents infectieux.

Après la neurochirurgie, on trouve par ordre décroissant l'obstétrique, l'urologie, la chirurgie esthétique, la chirurgie gynécologique, puis l'ophtalmologie et la chirurgie bariatrique.

On sait qu'en cardiologie et en chirurgie gynécologique, il y a autant de sinistres d'ordre infectieux que de sinistres mettant en cause la pratique chirurgicale. En revanche, la présence dans le "Top 10" de l'urologie, la chirurgie esthétique et l'ophtalmologie se justifie essentiellement par des déclarations d'infections associées aux soins. Celle de l'obstétrique et de la chirurgie bariatrique s'explique par des déclarations critiquant la conduite médicale ou chirurgicale.

Mais ces résultats sont bien évidemment à rapporter au nombre d'actes réalisés dans ces spécialités chaque année.

DOMMAGE MATÉRIEL 54

Les établissements de soins sociétaires de la MACSF ont déclaré 54 dommages matériels en 2012, qui se répartissent de la manière suivante :

- 36 pertes ou endommagements d'objets ;
- 14 vols ;
- 2 bris de glace ;
- 2 dégâts des eaux.

Les 36 objets perdus ou endommagés sont, pour 17 d'entre eux, des appareils dentaires laissés malencontreusement sur un plateau repas ou dans un haricot, et pour 9 d'entre eux, des appareils auditifs. On recense 4 paires de lunettes égarées ou écrasées, 3 bagues perdues et 3 sacs jetés par inadvertance à la poubelle.

Nous rappellerons que la sinistralité en matière de pertes de prothèses dépend largement de la prévention mise en œuvre dans les établissements, mais aussi de la population de patients qu'ils ont vocation à accueillir. La variabilité des déclarations d'un établissement à un autre est sur ce point significative.

Les 14 vols concernent 6 sacs à mains, 3 colliers, 2 téléphones portables, 2 sacs et un chéquier.

USAGE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE 7

En 2012, 7 établissements ont fait appel à la MACSF au titre de leur contrat de Protection Juridique.

2 dossiers concernent des litiges en droit immobilier. Dans l'un, l'établissement est mis en cause par l'un de ses voisins lui reprochant la responsabilité de fissurations dans son habitation en raison de travaux menés dans les locaux de la clinique. Dans l'autre dossier, l'établissement sollicite notre assistance dans le cadre d'un litige l'opposant à son bailleur en raison de dégâts des eaux à répétition survenus dans les locaux.

3 dossiers concernent des litiges en droit du travail, où l'établissement est amené à se défendre devant le Conseil des prud'hommes pour des ruptures de contrats de travail.

Un dossier concerne une procédure devant le tribunal des Affaires Sanitaires et Sociales dans le cadre d'un litige opposant l'établissement à l'Urssaf.

Enfin, dans un dossier, la directrice de l'établissement demande nos conseils en vue d'une convocation devant les services de police dans le cadre d'une plainte déposée par une patiente suite à des attouchements sexuels dont elle a été victime lors d'une prise en charge par un médecin libéral exerçant dans les locaux de la clinique.

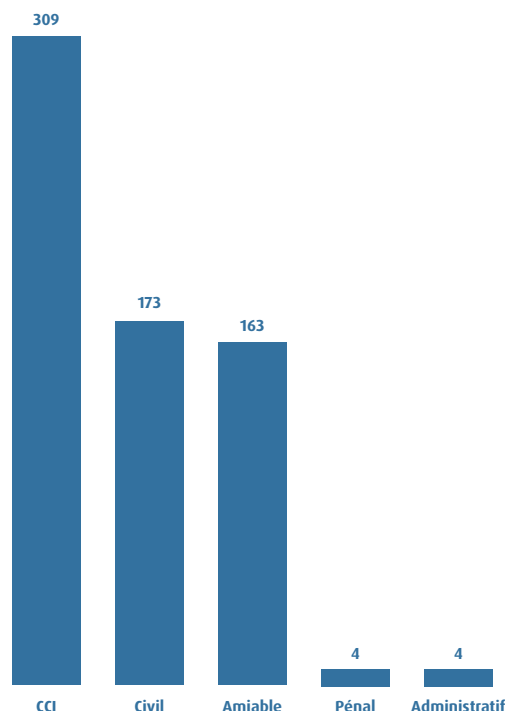
Répartition des sinistres selon la voie de recours empruntée

La totalité des réclamations portant sur des dommages matériels est amiable, soit à l'initiative directe du patient ou de sa famille, soit par un intermédiaire (un avocat ou, de plus en plus souvent, un assureur "Protection Juridique").

Les réclamations portant sur des dommages corporels "non médicaux" sont également, le plus souvent, amiables mais lorsque les préjudices sont importants, la victime aura tendance à privilégier la voie judiciaire.

S'agissant des sinistres médicaux, c'est la voie des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux (CCI) qui rencontre le plus vif succès.

RÉPARTITION DES SINISTRES SELON LA VOIE DE RECOURS EMPRUNTÉE

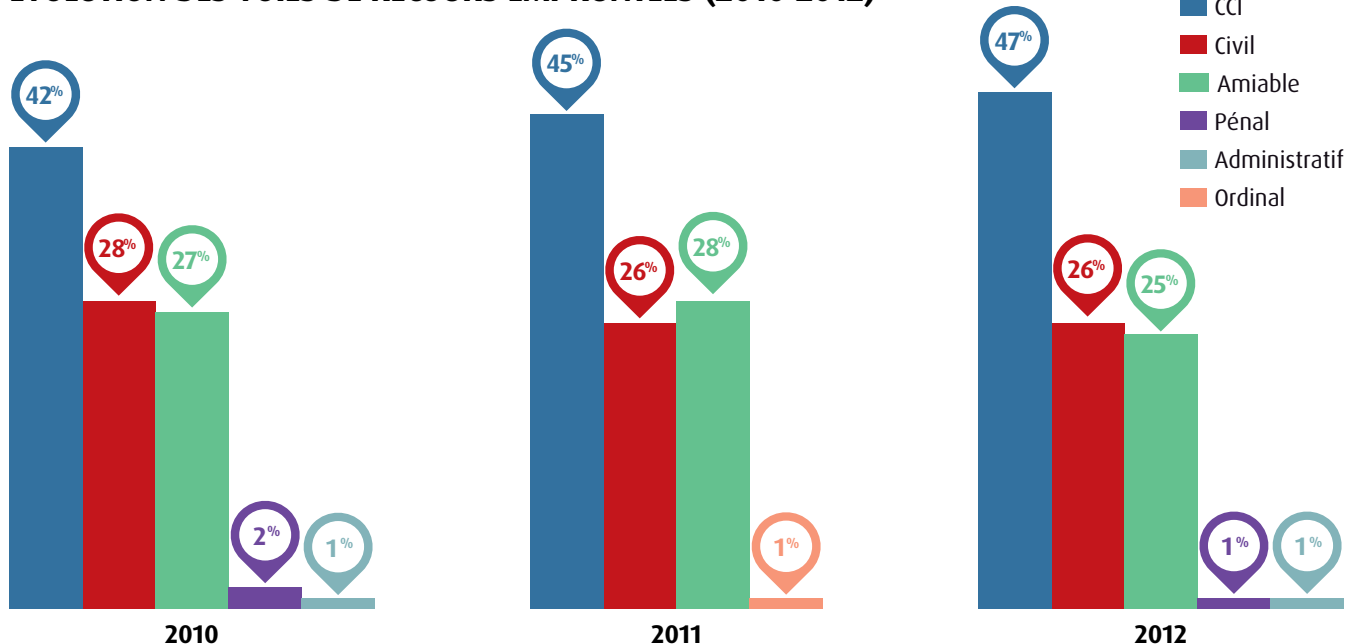


Sur 653 réclamations, 309 ont été portées devant les CCI et 173 devant le juge civil.

On relève 4 assignations portées par erreur devant le tribunal administratif et 4 plaintes pénales.

Parmi les 163 réclamations amiables, 50 ont été présentées par le biais d'un assureur de Protection Juridique.

ÉVOLUTION DES VOIES DE RECOURS EMPRUNTÉES (2010-2012)



La voie des CCI augmente chaque année, même si la progression devient de moins en moins spectaculaire car le dispositif est désormais connu de la majorité du grand public.

La voie civile reste relativement stable.

On peut constater un léger infléchissement des "réclamations amiables pures", vraisemblablement supplantées par la voie des CCI, qui est une forme de règlement amiable mais encadrée sur un plan juridique.

On rappellera que l'importance du taux de procédures CCI pour les cliniques s'explique notamment par le rôle des CRUQ-PC. En effet, le plus souvent, la réclamation commence par une saisine de la CRUQ-PC, commission interne qui a pour vocation de recueillir les griefs des usagers à l'encontre des responsables de l'établissement. En cas d'échec de la conciliation, elle propose systématiquement aux usagers insatisfaits de saisir la CCI.

La procédure CCI permet aux établissements d'être partie prenante dans la gestion de leurs dossiers de sinistres. Outre leur présence aux opérations d'expertise, un représentant de la clinique assistera le plus souvent à la réunion d'audition des parties par les membres de la CCI. L'intérêt marqué ainsi par l'établissement au dossier du plaignant peut être source d'apaisement et de reconnaissance de sa souffrance, indépendamment des responsabilités encourues.

DÉCLARATIONS CONSERVATOIRES

131

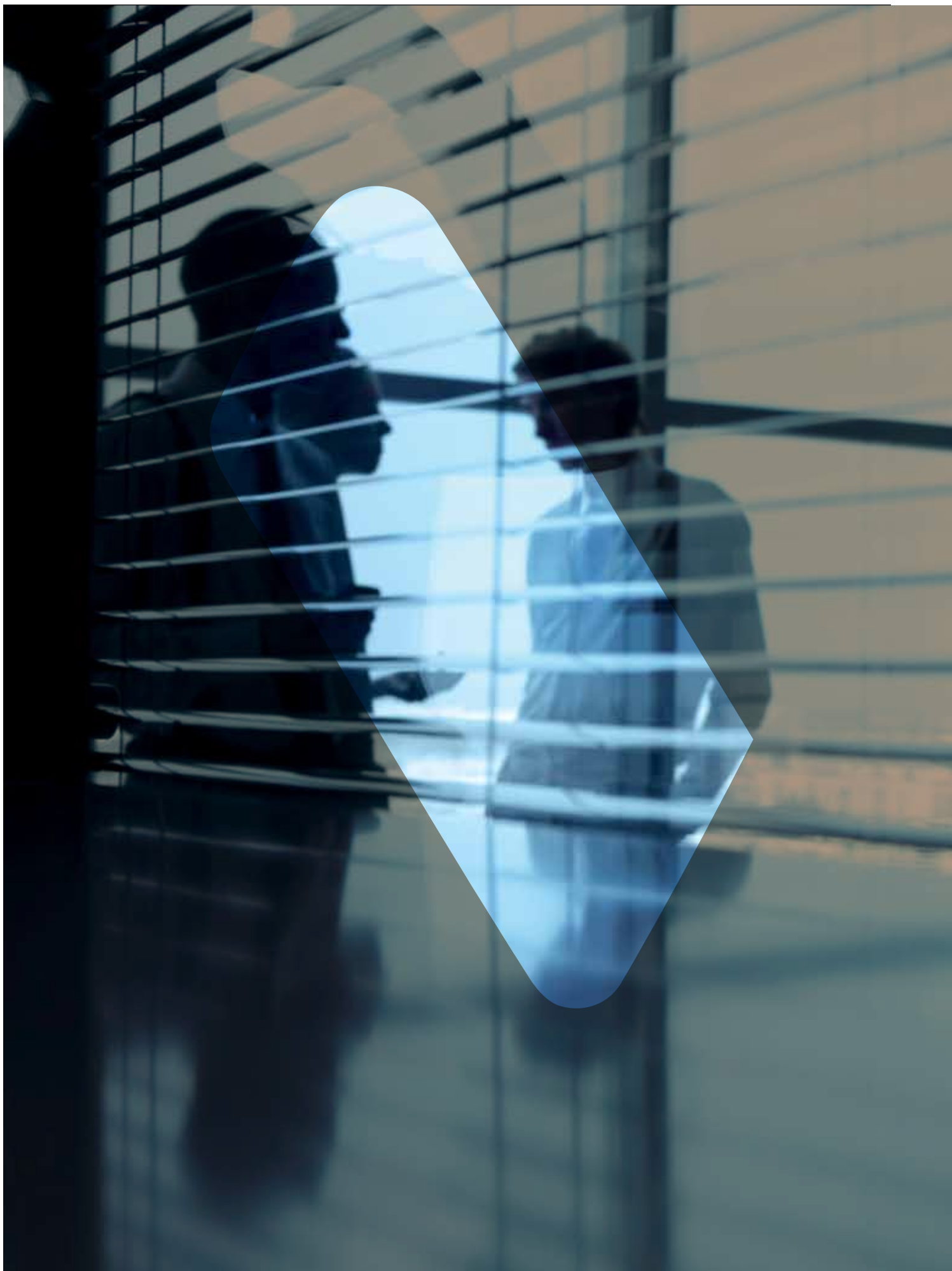
Les 131 déclarations conservatoires correspondent :

- soit à des événements dommageables déclarés par l'assuré, à titre prudentiel, sans qu'une réclamation amiable ou judiciaire n'ait été portée à notre connaissance ou à la sienne. Il ne s'agit pas de dossiers de sinistres donnant lieu à provisionnement comptable par l'assureur. Il s'agit simplement d'informer l'assureur d'un événement susceptible de donner lieu à réclamation future au regard de sa nature, de sa gravité ou de son contexte, afin de préparer la défense de l'assuré le plus en amont possible ;
- soit à des dossiers pour lesquels la garantie du sinistre n'est pas acquise et où il peut être nécessaire de gérer la réclamation à titre conservatoire, sous toutes réserves de garanties.

CENTRE DE TRANSFUSIONS SANGUINES

Les CTS antérieurement assurés par le Groupe MACSF ont adressé **19** déclarations (contre 4 en 2011).

- Contaminations transfusionnelles, essentiellement par le VHC.



2

LES DÉCISIONS DE JUSTICE ET AVIS CCI

Analyse des décisions de justice civiles et pénales, et avis de CCI (Commission de conciliation et d'indemnisation) rendus à l'occasion d'affaires mettant en cause des professionnels de santé sociétaires de la MACSF.

Ce rapport ne prend en compte que les décisions de justice et avis de CCI⁽¹⁾ rendus à l'occasion d'affaires mettant en cause des sociétaires de la MACSF.

Néanmoins, pour la détermination des taux de mise en cause et de condamnation, tous les praticiens "parties" à la procédure, sociétaires ou non, sont comptabilisés.

(1) Commission de conciliation et d'indemnisation (ex-CRCI).

L'ANALYSE



Les CCI sont désormais à égalité avec les juridictions

Le pas est presque franchi cette année : on relève quasiment la même proportion d'avis rendus par les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation que de décisions de justice. Le nombre de condamnés par affaire jugée continue de croître avec des montants d'indemnisations allouées particulièrement élevés en 2012.

Quel regard portez-vous sur le succès des CCI ?

Le succès croissant des procédures CCI confirme l'importance que l'on doit accorder aujourd'hui à cette voie indemnitaire. Il s'accompagne d'un recul des saisines du juge mais pas de manière proportionnelle, en raison d'un phénomène de double saisine par les patients. Les patients tentent leur chance de part et d'autre, mais de plus en plus souvent en seconde intention devant les CCI pour contester les résultats de la procédure judiciaire engagée qui ne leur donne pas satisfaction. Ceci témoigne de la confiance qu'ils accordent aux CCI, dont la procédure est plus rapide, gratuite et dispensée du ministère d'avocat.

Béatrice Courgeon

Risk Manager



1996

Intègre la MACSF en tant que juriste conseil.

1999

Obtient son doctorat en droit

2002

Devient responsable du département des sinistres RCP

2009

Devient Risk Manager

Procédure civile, pénale ou CCI : en quoi est-ce différent pour le professionnel mis en cause ?

Comme chaque année, l'issue est plus redoutable au judiciaire qu'en CCI pour le professionnel mis en cause. Plusieurs facteurs sont à prendre en considération, notamment la vocation même de chacune de ces procédures : les juges sont plus naturellement saisis de fautes et les CCI d'aléas. En revanche, un même phénomène caractérise les deux types de procédures : l'augmentation constante du nombre de condamnés parmi les mis en cause. Cette tendance traduit une dilution des responsabilités et, *a fortiori*, des charges indemnitaires. Bien que marginal par rapport aux autres voies de recours, le contentieux pénal reste constant. Ce sont les anesthésistes qui y ont été le plus confrontés en 2012. En 2011, il s'agissait des médecins généralistes. C'est encore 1 professionnel sur 2, parmi les mis en cause, qui s'y trouve condamné en 2012. Au civil, c'est plus des deux tiers. Cela nous amène à relativiser la légère diminution du nombre de décisions de condamnations constatée tant au civil qu'au pénal. On relève une certaine stabilité des avis CCI dans leur teneur : 15 % concluent à une faute, 18 % à un aléa, 61 % à un rejet et quelques-uns à une infection nosocomiale grave prise en charge par l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux).

Quelles conclusions tirer du montant particulièrement élevé de certains dossiers ?

L'année 2012 s'illustre comme une année relativement « noire » en matière de dossiers graves avec 6 dossiers qui ont donné lieu à des indemnisations supérieures à 3 millions d'euros, principalement dans le domaine de l'obstétrique.

Il en résulte une hausse du coût moyen d'un dossier fautif mais cet indicateur dépend des valeurs extrêmes, si bien qu'il n'a pas toujours de sens.

L'analyse de données sur une base annuelle peut-elle créer des distorsions d'interprétation ?

Pour analyser les décisions de justice et les avis d'indemnisation des CCI, l'optique annuelle n'est pas la plus adéquate car nous travaillons sur des volumes relativement faibles et il peut suffire d'un dossier pour faire basculer une statistique, sans pour autant pouvoir y associer une quelconque tendance. Un autre facteur incite à la prudence : c'est la composition de notre population d'assurés. La MACSF étant historiquement très présente auprès de certaines spécialités, celles-ci se trouvent *ipso facto* sur-représentées dans nos résultats.

Est-il possible malgré tout de déterminer les activités les plus exposées ?

Trois spécialités sont particulièrement représentées dans les affaires jugées en 2012. Ce sont les chirurgiens, les médecins généralistes et les anesthésistes, toutes voies de recours confondues. Parmi les condamnés figurent 29 anesthésistes, 34 médecins généralistes mais surtout 76 chirurgiens. Parmi eux, 40 sont spécialisés dans la chirurgie orthopédique. Il s'agit d'une activité particulièrement sujette au risque infectieux, notamment en cas de traumatisme ou d'introduction de matériel prothétique. Ces chiffres sont aussi à rapporter au volume d'actes réalisés chaque année dans cette spécialité et à l'évolution des profils des patients, de plus en plus à risques.

CHIFFRES CLÉS 2012

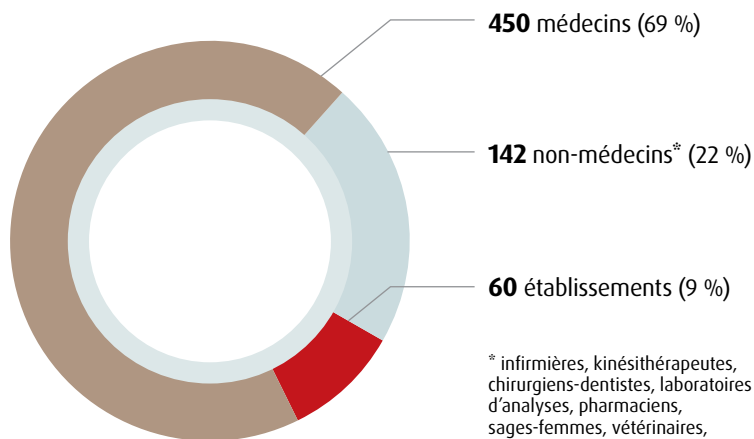


473

C'EST LE NOMBRE DE DÉCISIONS DE JUSTICE CIVILES ET PÉNALES ENREGISTRÉES PAR LA MACSF.

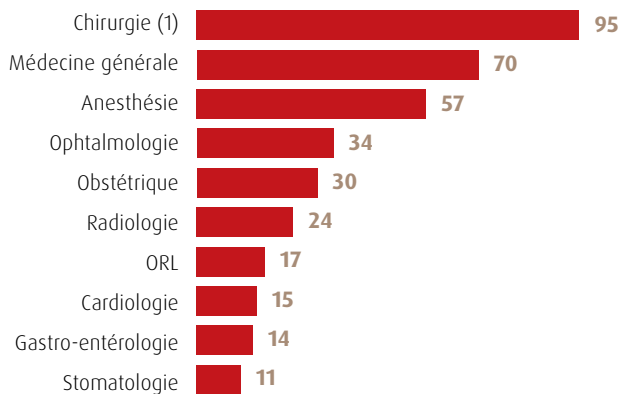
Elles concernent 652 professionnels de santé et/ou établissements de soins. Il s'agit exclusivement de décisions rendues au fond, en excluant les décisions de la Cour de cassation, de sursis à statuer, de renvoi, de constat de désistement d'instance, les décisions se prononçant sur la procédure d'expertise ou sur la compétence juridictionnelle.

QUI EST MIS EN CAUSE ?



LES 10 SPÉCIALITÉS MÉDICALES LES PLUS SOUVENT MISES EN CAUSE (EN NOMBRE)

Ces résultats sont intimement liés à la composition du portefeuille de médecins assurés en responsabilité civile professionnelle par la MACSF.



1. Chirurgie cardio-thoracique, chirurgie esthétique, chirurgie générale, chirurgie viscérale, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique...

LES DÉCISIONS PÉNALES



17 DÉCISIONS PÉNALES

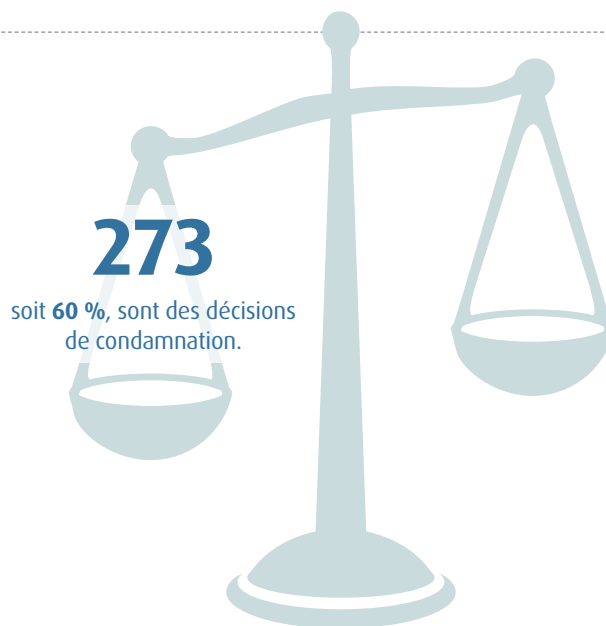
- Nombre de décisions de condamnation : **8**
- Nombre de mis en cause : **22**
- Nombre de condamnés : **10**
- Peines prononcées :
 - 10** peines d'emprisonnement
 - 2** peines d'amende
 - 1** interdiction totale et définitive d'exercer

LES DÉCISIONS CIVILES

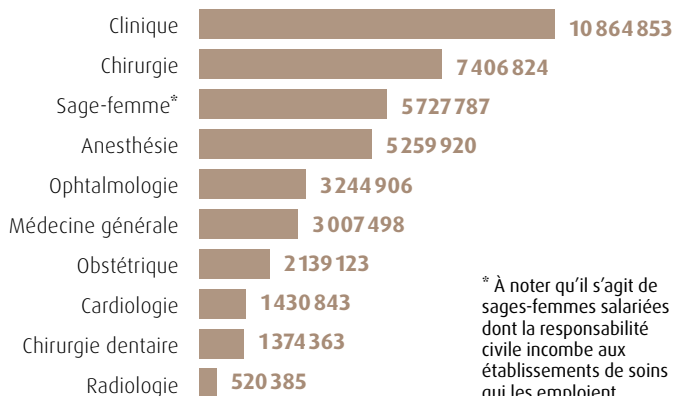
456 DÉCISIONS CIVILES

- Taux de décisions de condamnation : **60 %**
- Nombre de mis en cause : **630**
- Nombre de condamnés : **420**
- Taux de condamnés : **67 %**
- Coût : **48,6 millions d'euros.**

Ce coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer par la MACSF.

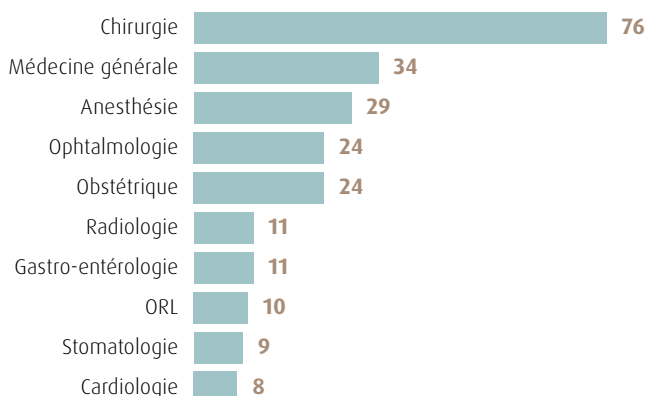


SPÉCIALITÉS OU ACTIVITÉS TOTALISANT LES 10 PLUS FORTS COÛTS D'INDEMNISATION JUDICIAIRE (EN EUROS, PROVISIONS INCLUSES)



* À noter qu'il s'agit de sages-femmes salariées dont la responsabilité civile incombe aux établissements de soins qui les emploient.

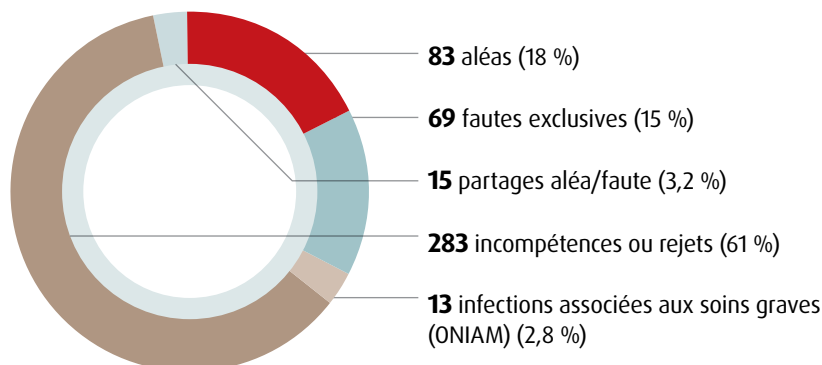
LES 10 SPÉCIALITÉS MÉDICALES LES PLUS SOUVENT CONDAMNÉES (EN NOMBRE)



LES AVIS DES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION (CCI)

466 avis CCI

se prononcent au fond, en excluant les dossiers déclarés irrecevables sans expertise ou prononçant un sursis à statuer.



DÉCISIONS DE JUSTICE

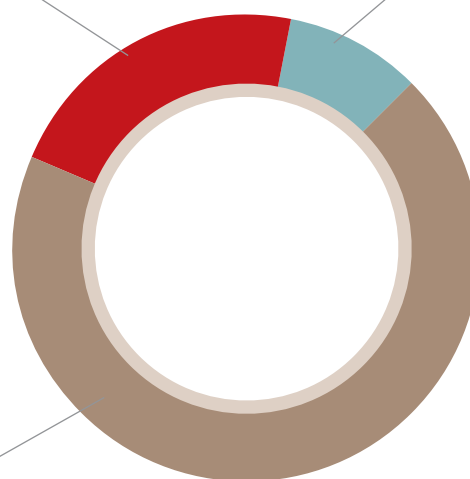
Béatrice COURGEON

Juriste et Risk manager, MACSF

En 2012, la MACSF a enregistré **473** décisions de justice (civiles + pénales) mettant en cause **652** professionnels de santé et/ou établissements de soins. Il s'agit exclusivement de décisions rendues au fond, en excluant les décisions de la Cour de cassation, de sursis à statuer, de renvoi, de constat de désistement d'instance, les décisions se prononçant sur la procédure d'expertise ou sur la compétence juridictionnelle.

RÉPARTITION DES MIS EN CAUSE

142 non-médecins* (22 %) 60 établissements (9%)

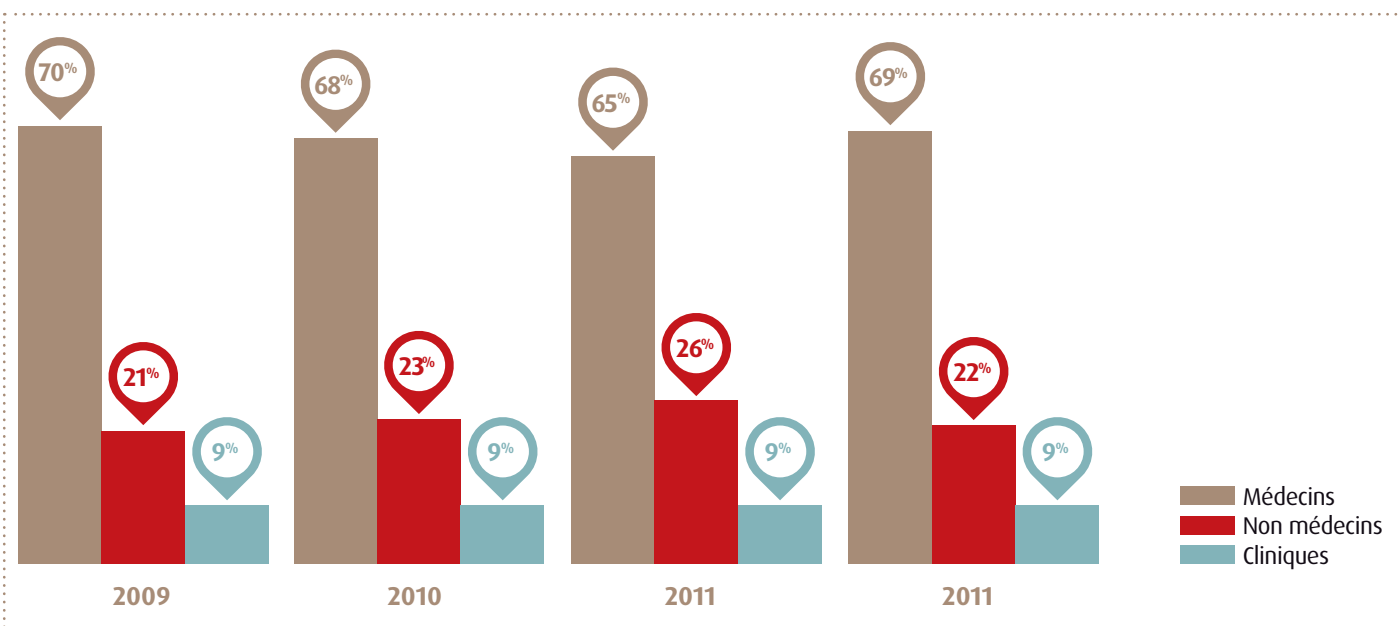


450 médecins (69 %)

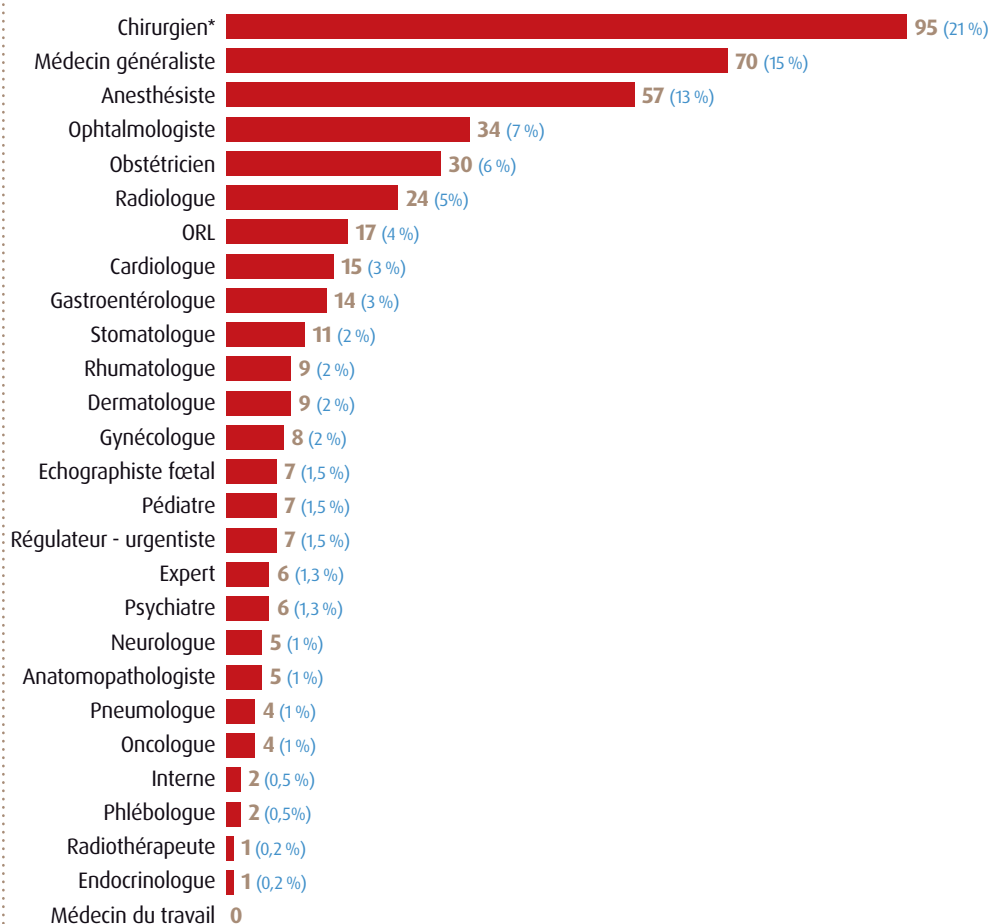
* infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, laboratoires d'analyses, pharmaciens, sages-femmes, vétérinaires, orthodontistes.

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES MIS EN CAUSE

Sur les quatre dernières années, on constate une certaine constance dans la répartition des mises en cause entre les médecins, les non-médecins et les établissements de soins.



RÉPARTITION DES MÉDECINS MIS EN CAUSE PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ



* chirurgie cardio-thoracique, chirurgie esthétique, chirurgie générale, chirurgie viscérale, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique ...

Ces résultats sont intimement liés à la composition du portefeuille de médecins assurés en responsabilité civile professionnelle par le Sou Médical - Groupe MACSF. De manière constante depuis plusieurs années, la MACSF assure 85 % des ophtalmologistes libéraux, près de 60 % des médecins généralistes et des ORL libéraux et près de 30 % des anesthésistes. Le taux de pénétration de la MACSF auprès de la population des radiologues est aussi significatif, puisqu'il est de l'ordre de 40 %.

Nous avons également eu à connaître de ces affaires à travers la mise en cause concomitante, d'une part d'établissements de soins assurés à la MACSF au sein desquels les radiologues ont installé leur cabinet et d'autre part, de médecins généralistes ayant été amenés à faire appel à leurs services dans le cadre de la prise en charge de leurs patients.

Enfin, s'agissant des obstétriciens, les décisions de justice concernent des affaires déclarées à une époque où la MACSF était largement présente sur ce marché.

ISSUE DES DÉCISIONS DE JUSTICE (CIVIL + PÉNAL), TOUTES SPÉCIALITÉS CONFONDUES

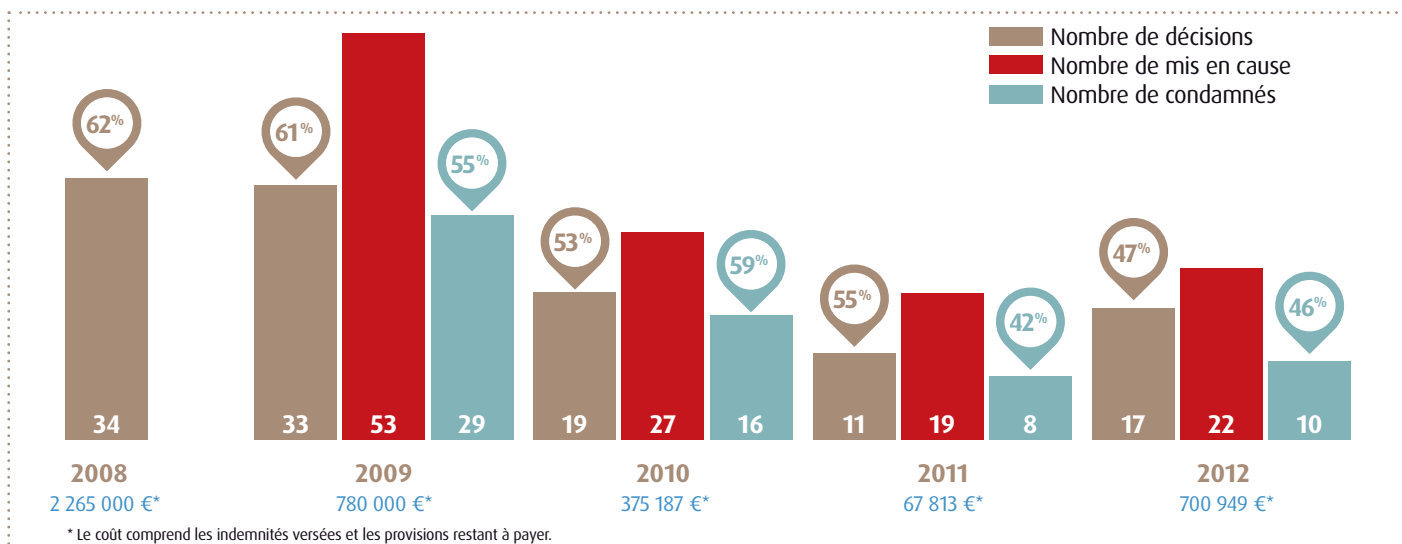
	Nombre de décisions de justice	Nombre et taux de décisions défavorables	Nombre de mis en cause	Nombre de condamnés	% de condamnés	Coût* (en €)
Pénal	17	8 (47 %)	22	10	46 %	700 949
Civil	456	273 (60 %)	630	420	67 %	48 606 973
Total	473	281 (59 %)	652	430	66 %	49 307 922

* Le coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer.

DÉCISIONS PÉNALES

ÉVOLUTION DU CONTENTIEUX PÉNAL (TOUTES SPÉCIALITÉS ET ACTIVITÉS CONFONDUES)

Si le contentieux pénal reste relativement exceptionnel, il ne diminue pas pour autant. 47% sont des décisions de condamnation. Ce taux est en baisse comparativement aux années précédentes, mais reste relatif, eu égard au faible nombre de décisions rendues.



Dans le domaine de la santé, le contentieux pénal repose essentiellement sur des délits non-intentionnels. Les praticiens et les établissements mis en cause le sont le plus souvent en qualité d'auteurs indirects d'infractions, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas causé directement le dommage mais y ont concouru, par omission d'une obligation de faire. Or, la condamnation au pénal d'auteurs indirects suppose qu'ils aient commis une faute caractérisée d'une particulière gravité.

Le taux de praticiens condamnés au pénal atteint 46%, avec 10 praticiens condamnés et 12 relaxés sur 22 mis en cause.

Le coût des affaires pénales atteint 700 949 € d'intérêts civils alloués en 2012.

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES CONDAMNATIONS ET MISES EN CAUSE AU PÉNAL PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ

Spécialité ou Activité	Mis en cause		Condamnés		Relaxes	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
TOTAL	18	22	7	10	11	12
Médecin généraliste	7	3	2		5	3
Psychiatre	2				2	
Chirurgien	2		2			
Obstétricien	1	1	1	1		
Anesthésiste	1	4		3	1	1
Centre d'appels	1				1	
Clinique	1	1	1		1	1
Infirmier	1	3	1	2		1
Pneumologue	1		1			
Médecin militaire	1				1	
Pédiatre		2		2		
Urgentiste - régulateur		2				2
Sage-femme		3		1		2
Interne		1				1
Urologue		1				1
Radiologue		1		1		

En tête des professionnels les plus mis en cause devant le juge pénal, on trouve les anesthésistes, les médecins généralistes, les infirmières et les sages-femmes.

En tête des spécialités les plus condamnées apparaissent les anesthésistes, les infirmières et les pédiatres.

Parmi les peines prononcées, on compte, parfois de manière cumulative :

- 10 peines d'emprisonnement avec sursis allant de deux mois à un an ;
- 2 peines d'amende, respectivement de 10 000 et 20 000 € ;
- une interdiction totale et définitive d'exercer ;
- une interdiction temporaire d'exercer ;
- une peine de mise à l'épreuve de deux ans.

Décisions de condamnation

8

OBSTÉTRIQUE ● 4

○ Décès d'un nouveau-né par retard de transfert vers le centre hospitalier, alors que la clinique était de niveau 1, et donc non habilitée à garder dans ses murs un enfant atteint de détresse respiratoire. En première instance et en appel, le pédiatre est condamné à une peine de six mois d'emprisonnement avec sursis pour mauvaise appréciation de la gravité de l'état de l'enfant et retard de prise en charge adaptée. En revanche, l'établissement est relaxé, même en l'absence de consignes relatives à l'évacuation d'un nouveau-né, car la permanence des soins a été assurée dès lors qu'il a pu être fait appel à un pédiatre de garde. La décision de transfert appartenait exclusivement au pédiatre. Sur le plan civil, il est alloué 80 000 € à chaque parent pour préjudice moral.

○ Décès d'un nouveau-né par retard à pratiquer une césarienne. Deux sages-femmes sont mises en cause. L'une d'elles est condamnée à trois mois d'emprisonnement avec sursis pour ne pas avoir averti le gynécologue obstétricien que la dilatation de la patiente était stable depuis deux heures. Cette faute caractérisée a entraîné un retard à Césariser, responsable du décès de l'enfant. L'autre sage-femme est relaxée, son manque de réactivité n'ayant pas été qualifié de faute pénale. Les intérêts civils ont été fixés à 55 000 €.

○ Décès d'un nouveau-né par défaut de surveillance. L'enfant a présenté une détresse respiratoire qui a entraîné son décès. Le pédiatre de garde est condamné à six mois d'emprisonnement avec sursis pour avoir quitté l'hôpital après la naissance d'un enfant par césarienne, sans s'assurer de sa stabilité. Les intérêts civils ont été fixés à 43 600 €.

○ Décès d'une parturiente dans les suites d'une hémorragie de la délivrance. L'obstétricien et l'anesthésiste étaient concernés par la procédure. L'obstétricien est condamné à trente mois d'emprisonnement avec sursis, 20 000 € d'amende et une interdiction totale et définitive d'exercer pour avoir quitté la clinique sans s'assurer des conditions minimales garantissant la sécurité de sa patiente et pour avoir tardé à intervenir sur une grossesse devenue pathologique, alors qu'il avait été contacté par la sage-femme à plusieurs reprises. L'anesthésiste est condamné à neuf mois d'emprisonnement avec sursis, 10 000 € d'amende et une interdiction temporaire

d'exercer. Le juge lui a reproché d'avoir commis une faute caractérisée en quittant la clinique, alors que la patiente n'était pas stabilisée, et en se rendant injoignable pour des raisons personnelles, sans pourvoir à son remplacement. Les intérêts civils ont été fixés à 308 116 €.

ANESTHÉSIE ● 2

○ Un anesthésiste est condamné à huit mois d'emprisonnement avec sursis pour homicide involontaire, pour avoir occulté les conclusions du radiologue qui lui auraient permis de détecter l'hémorragie dont souffrait la patiente, et ainsi éviter son décès.

○ Un radiologue et un anesthésiste sont poursuivis pour avoir mal disposé un cathéter veineux lors d'une intervention, entraînant l'écoulement de liquide dans les poumons de la patiente, créant un épanchement pleural, un malaise cardiaque puis son décès. L'anesthésiste est condamné à quatre mois d'emprisonnement avec sursis et le radiologue à deux mois d'emprisonnement avec sursis. Les intérêts civils sont évalués à 56 500 €.

SOINS INFIRMIERS ● 2

○ Une infirmière est condamnée pour homicide involontaire à un an d'emprisonnement avec sursis, pour avoir administré à une patiente, atteinte d'un cancer en phase terminale, de la morphine en surdose (x10) ayant entraîné son décès. Les intérêts civils ont été fixés à 46 666 €.

○ Un infirmier est condamné pour atteinte sexuelle sur une personne avec violence, contrainte et surprise, d'une particulière gravité, à neuf mois d'emprisonnement avec sursis et deux ans de mise à l'épreuve. Les intérêts civils de 29 067 € ont été supportés par l'infirmier sur ses deniers propres, en raison du caractère intentionnel de sa faute, justifiant une exclusion de garantie. La MACSF a eu à connaître de cette affaire en tant qu'assureur responsabilité civile professionnelle, parce qu'elle était assignée en nom propre dans la procédure.

Décisions de relaxe

9

MÉDECINE GÉNÉRALE ● 3

○ Relaxe du chef de blessures involontaires car le décès du patient doit être imputé aux dilatations des bronches chroniques dont il souffrait, et non à la prescription de Lasilix® faite par le médecin.

○ Relaxe du chef d'homicide involontaire, au motif que les soins prodigués ont été consciencieux et que le décès du patient est imputable à une méningite à méningocoques correctement prise en charge.

○ Relaxe du chef d'homicide involontaire sur un nouveau-né, au motif que l'erreur de diagnostic résultait de renseignements mensongers donnés par la mère de l'enfant, et que les soins prodigués ont été accomplis avec la diligence normale qui incombait au généraliste, au regard des conditions dans lesquelles il se trouvait.

MÉDECINE D'URGENCE - RÉGULATION ● 2

○ Relaxe en l'absence de faute caractérisée, aucune négligence n'ayant été constatée dans les soins prodigués, malgré le décès du patient.

○ Relaxe du chef d'homicide involontaire au motif que le décès du patient est imputable à un œdème pulmonaire, dont le régulateur ne pouvait pas suspecter l'existence.

INFIRMIER ● 1

○ Relaxe au motif que la faute caractérisée, consistant en une injection d'insuline en surdose chez une patiente, devait être la cause directe et immédiate du décès pour que l'infraction d'homicide involontaire soit retenue. En revanche, une faute civile a été retenue. Les juges ont considéré que cette faute avait privé la patiente d'une chance de survie (indemnisable au civil, mais pas au pénal). 46 666 € ont été alloués aux ayants droit au titre des intérêts civils.

INTERNE ● 1

○ Relaxe dans une affaire concernant la prise en charge d'un enfant venu pour une appendicectomie, en l'absence d'un lien de causalité direct et certain entre les manquements et le décès.

SAGE-FEMME ● 1

○ Relaxe du chef d'homicide involontaire au motif que le retard à appeler l'obstétricien n'est pas la cause directe et immédiate du décès du nouveau-né.

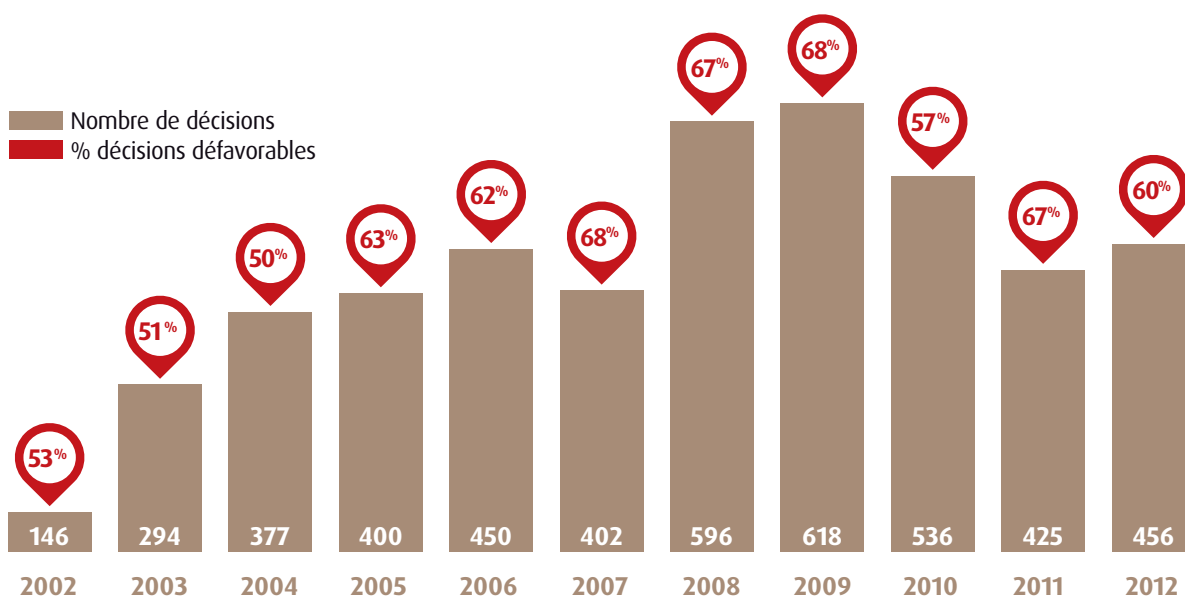
UROLOGIE ● 1

○ Relaxe de l'urologue et d'un anesthésiste, aucune faute pénale n'ayant pu être retenue à leur rencontre. Seul un défaut d'organisation de l'établissement a été établi et a entraîné la responsabilité administrative de ce dernier.

DÉCISIONS CIVILES

En 2012, on compte **456** décisions rendues dont **273**, soit **60 %**, sont des décisions de condamnation.

ÉVOLUTION DES TAUX DE CONDAMNATION 2002-2012



Ce taux est plus favorable qu'en 2011 mais reste supérieur à celui de 2010, ce qui ne permet pas d'en déduire une tendance des magistrats à une plus grande clémence. En tout état de cause, ce taux demeure très élevé.

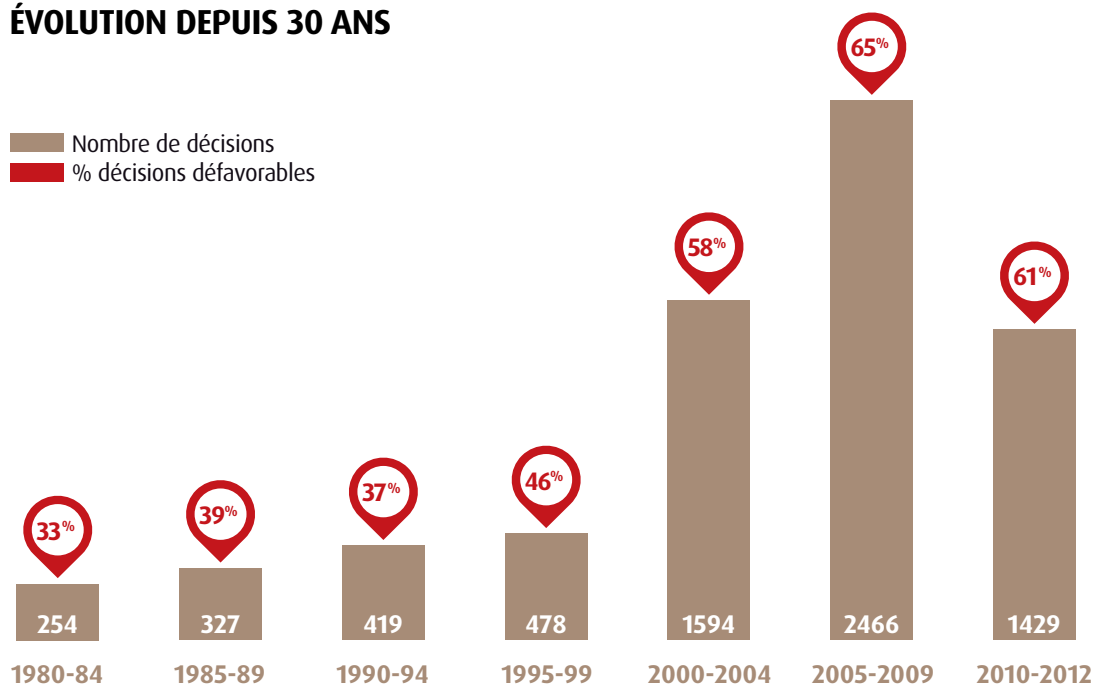
De multiples causes peuvent être à l'origine de ce phénomène. Les progrès de la médecine et les efforts déployés dans le domaine de la gestion des risques rendent la pratique médicale à la fois plus périlleuse et plus sécuritaire, permettant de maintenir le niveau de fautes à un relatif équilibre. On peut également penser que la

vocation des CCI à traiter de l'indemnisation des accidents médicaux relevant d'un aléa tend à prédisposer les tribunaux à juger des accidents fautifs. Mais il est bien évident que ces chiffres sont le résultat de facteurs multiples, plus ou moins convergents.

Une observation sur trente ans permet de mettre en évidence une augmentation constante des décisions de condamnation, avec un léger infléchissement sur les trois dernières années, qui restera à confirmer dans l'avenir.

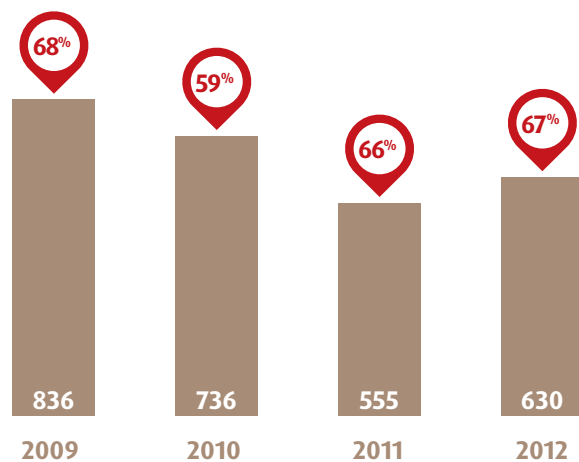
ÉVOLUTION DEPUIS 30 ANS

■ Nombre de décisions
■ % décisions défavorables



ÉVOLUTION DU TAUX DE PRATICIENS CONDAMNÉS 2009-2012, TOUTES SPÉCIALITÉS ET ACTIVITÉS CONFONDUES

■ Nombre de mis en cause
■ % de condamnés



L'année 2012 affiche un taux de praticiens condamnés de 67%, avec 420 praticiens condamnés sur 630 mis en cause. Il existe une tendance des magistrats à diluer les responsabilités sur l'ensemble des professionnels mis en cause plutôt que de reconnaître des responsabilités exclusives, justifiées par des périmètres de com-

pétences propres. Aucun intervenant dans le parcours de soins du patient ne peut se désintéresser de sa prise en charge par l'ensemble des autres acteurs de santé, et devient le garant de la pertinence et la sécurité de l'ensemble des soins prodigués.

EVOLUTION DU TAUX DE CONDAMNATION DES MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ

Taux de condamnation par spécialité ou activité	2012		2011		2010	2009
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Taux	Taux
Régulateur - Urgentiste	6	85 %				
Obstétricien	24	83 %	20	68 %	59 %	80 %
Stomatologue	9	82 %	10	77 %	-	-
Chirurgien	76	80 %	61	80 %	59 %	64 %
Gastroentérologue	11	79 %	8	57 %	50 %	
Ophthalmologiste	24	70 %	33	73 %	64 %	57 %
Rhumatologue	6	67 %				
Gynécologue	5	62 %				-
Neurologue	3	60 %				-
Anatomopathologiste	3	60 %				-
ORL	10	59 %	11	69 %	41 %	45 %
Anesthésiste	29	58 %	22	69 %	57 %	53 %
Dermatologue	5	55 %	5	63 %	33 %	-
Cardiologue	8	53 %	6	55 %	40 %	
Radiologue	11	50 %	8	67 %	59 %	
Pneumologue	1	50 %				
Oncologue	2	50 %				
Médecin généraliste	34	49 %	35	61 %	59 %	49 %
Pédiatre	1	20 %	6	67 %	25 %	
Psychiatre	2	33 %				
Echographe fœtal	2	28 %	10	83 %	22 %	
Radiothérapeute	1	100 %				
Expert	0	0 %				
Interne	0	0 %				
Phlébologue	0	0 %				
Endocrinologue	1	100 %				
Total médecins condamnés	274/ 435	63 %				

En première position des spécialités les plus condamnées, on trouve des urgentistes - régulateurs (6 condamnés sur 7 mis en cause). Il leur est reproché des imprudences, des négligences ou des inattentions ayant eu des conséquences graves.

Au second rang, sur les 30 obstétriciens mis en cause, 24 ont été condamnés (20/30 en 2011), le plus souvent pour retards de diagnostic de souffrances fœtales, responsables d'une perte de chance de survie ou d'être indemne de toute séquelle pour l'enfant. On relève également des gestions défailtantes de situations d'urgence (phlébites cérébrales, accouchements prématurés).

Les stomatologues apparaissent en troisième position, avec une progression de 5% comparativement à 2011. Dans la majorité des dossiers, c'est un manquement du praticien à son devoir d'information sur l'étendue ou les risques des travaux à réaliser qui est reproché. On retrouve également toujours des lésions du nerf alvéolaire

ou du nerf lingual, des fractures mandibulaires ou encore des échecs de réimplantations dentaires.

La chirurgie, en 4^{ème} position, affiche un taux de 80% de condamnations, comme en 2011. Cependant, il faut noter que le nombre de mis en cause dans cette spécialité est en constante augmentation (76 en 2011 contre 95 en 2012). La chirurgie est plus amplement commentée plus loin dans ce rapport.

L'année 2012 confirme la tendance, observée en 2011, à une augmentation du volume de condamnations chez les gastroentérologues, situés en 4^{ème} position. La grande majorité des décisions concerne des brèches traumatiques ou des perforations d'organes, à l'occasion de coloscopies, de gastroscopies, d'endoscopies ou de fibroscopies, qualifiées tantôt de maladroites fautives, tantôt d'aléas mal pris en charge par la suite. A l'exception d'un dossier où l'acte avait une finalité diagnostique, les gestes consistaient à traiter des

polypes ou des calculs. On relève quelques défauts de diagnostic de cancer, une erreur sur le siège de l'intervention par confusion entre la papille du pancréas et un polype, et une contamination par le virus de l'hépatite C.

Hormis les chirurgiens, les stomatologues, les obstétriciens et les gastroentérologues, toutes les autres spécialités mises en cause connaissent un taux de condamnation décroissant.

En 5^{ème} position apparaît l'ophtalmologie, avec principalement des condamnations pour des défaillances dans la prévention ou la prise en charge d'endophtalmies, des échecs de chirurgies réfractives ou

d'interventions de la cataracte ou enfin des complications de nature chirurgicale.

Au 6^{ème} rang se positionne l'ORL. Suivent à quasi-égalité les anesthésistes, les dermatologues, les cardiologues et les radiologues.

La tendance concernant la médecine générale se confirme par rapport à 2011 avec 34 condamnés, soit un médecin généraliste sur 2. Il s'agit essentiellement de retards de diagnostics de cancers, de tuberculoses, d'une pneumopathie à pneumocoques, de phlébites, de priapisme, mais aussi de surdosages d'anticoagulants ou de lithium. Quelques manquements au devoir d'information et des complications des suites de vaccination sont aussi sanctionnés.

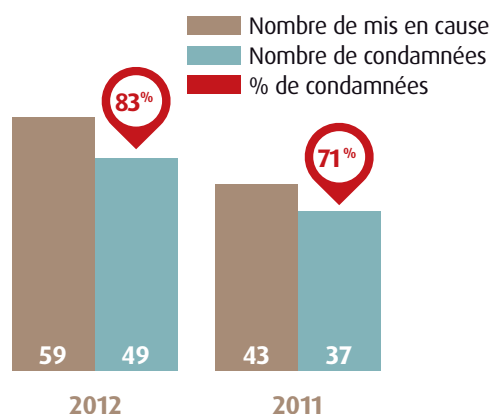
TAUX DE CONDAMNATION DES NON-MÉDECINS PAR ACTIVITÉ

	Nombre de mis en cause		Nombre de condamnés		% condamnés	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Toutes activités confondues	136	195	97	126	71 %	65 %
Laboratoire d'analyse	1	1	1	1	100 %	100 %
Infirmier	0	7	0	4	0	57 %
Chirurgien-dentiste	111	95	79	64	71 %	67 %
Orthodontiste	1	4	1	4	100 %	100 %
CRTS-EFS	5	6	4	1	66 %	17 %
Vétérinaire	6	5	2	1	33 %	20 %
Kinésithérapeute	1	7	1	5	100 %	71 %
Pharmacien	1	1	1	1	100 %	100 %
Sage-femme	8	11	6	3	75 %	27 %
Fabricant	2	5	2	5	100 %	10 %

71% des professionnels de santé non-médecins mis en cause au civil en 2012 ont été condamnés, contre 63% des médecins. A l'exception des chirurgiens-dentistes, ces résultats sont à relativiser au regard du faible volume de mis en cause. D'une manière générale, le nombre de mis en cause est en baisse mais les taux de condamnation sont en hausse par rapport à 2011 et atteignent des niveaux très élevés.

71% des chirurgiens-dentistes ont été condamnés contre 67% en 2011, et 69% en 2010, pour des poses de prothèses non conformes, des fautes techniques lors de l'extraction de dents, des fautes d'imprudence, des retards de diagnostic ou encore des manquements au devoir d'information sur les risques des travaux dentaires envisagés.

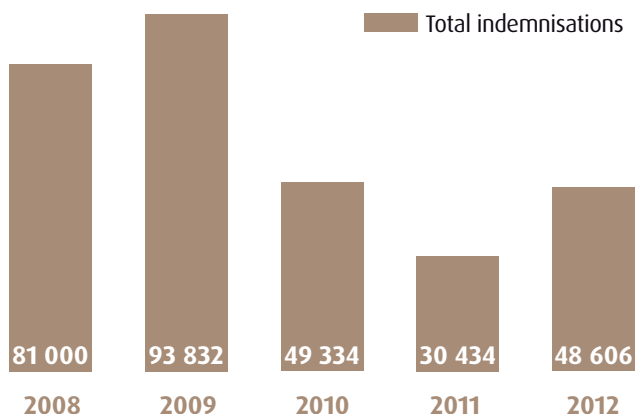
TAUX DE CONDAMNATION DES CLINIQUES



Les cliniques ont principalement été condamnées d'une part, pour des dysfonctionnements dans leur organisation résultant de carences en médecins présents, en médecins compétents ou encore en nombre de lits disponibles dans les services d'urgences et d'autre part, pour des infections nosocomiales n'atteignant pas les seuils de gravité justifiant une prise en charge par l'ONIAM.

Le coût total des dossiers à charge des établissements de soins s'élève à 10 864 853 € (provisions incluses), soit un coût moyen par établissement condamné de 221 732 €.

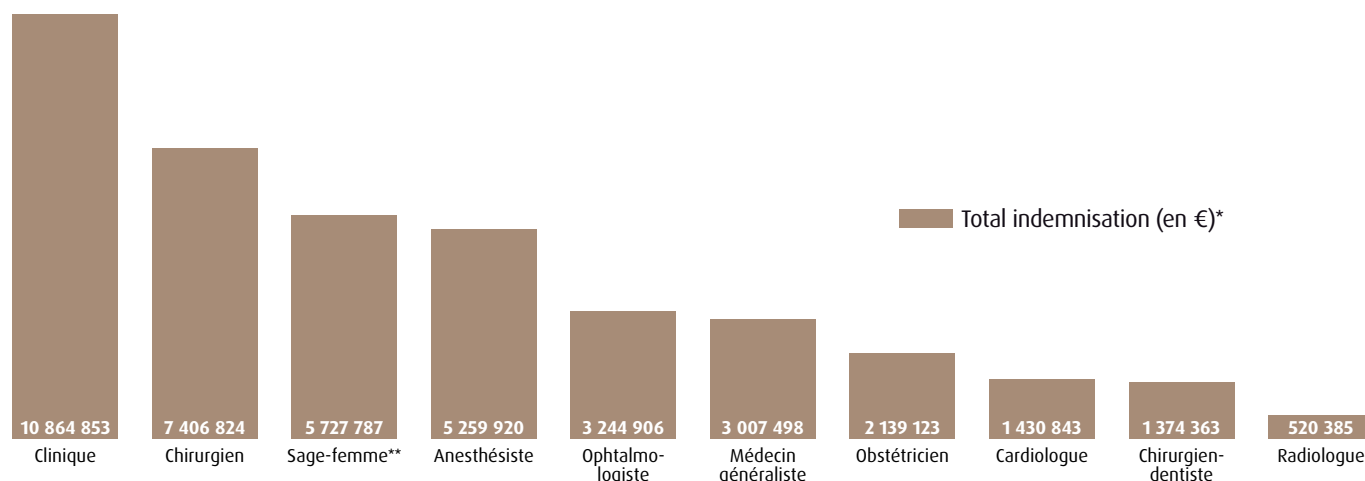
COÛT TOTAL* : INDEMNISATIONS EN K€



* Le coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer.

On constate une augmentation sensible du coût total des indemnifications par rapport à l'année dernière, le ramenant au niveau constaté en 2010. Cependant, il reste très inférieur aux charges caractérisant les années antérieures. Ces résultats doivent néanmoins être conciliés avec la part de plus en plus importante consacrée aux règlements amiables, compte tenu du succès des procédures CCI.

SPÉCIALITÉS OU ACTIVITÉS TOTALISANT LES 10 PLUS FORTS COÛTS D'INDEMNISATIONS JUDICIAIRES



* Provisions incluses.

** A noter qu'il s'agit de sages-femmes salariées dont la responsabilité civile incombe aux établissements de soins qui les emploient.

Les établissements de soins sont, parmi les condamnés, ceux qui ont eu à supporter au total la plus importante charge d'indemnités, suivis des chirurgiens. Les sages-femmes font leur entrée dans le "top 3" des professions financièrement les plus touchées, avec seulement trois sages-femmes condamnées entraînant la responsabilité de leurs employeurs établissements de soins. La quasi-totalité de la charge est représentée par un sinistre concernant le règlement de l'assistance d'une tierce personne pour une jeune fille, née IMC suite à une anoxie cérébrale survenue à sa naissance.

Comme chaque année, on retrouve ensuite l'anesthésie comme spécialité ayant supporté les indemnités les plus lourdes, en raison de trois sinistres particulièrement graves entrant dans le "top 10", commenté plus loin dans le rapport.

L'ophtalmologie arrive en 5^{ème} position. La majorité de la charge est due à des sinistres mettant en cause des complications de chirurgies réfractives pratiquées sur des sujets jeunes ou des endophtalmies mal gérées, aux conséquences particulièrement graves.

La médecine générale intervient au 6^{ème} rang, avec un sort financier plus défavorable qu'en 2011. Nous soulignerons néanmoins une augmentation du nombre de généralistes mis en cause (70 contre 57 en 2011).

C'est ensuite l'obstétrique qui occupe la 7^{ème} place. Cette spécialité est en léger recul par rapport aux autres années, du fait de partages de responsabilité avec des sages-femmes.

La cardiologie fait son entrée à la 8^{ème} place des professions financièrement les plus touchées, avec seulement huit cardiologues condamnés. Plus des 2/3 de la charge sont supportés par deux sinistres concernant d'une part, le traitement d'un syndrome cérébelleux par chocs électriques d'une fibrillation auriculaire résistante à une réduction médicamenteuse et d'autre part, le choix fautif de réaliser sur un patient à risque une coronarographie, compliquée d'une hémiplégie.

La chirurgie dentaire occupe la 9^{ème} position, avec en moyenne 17 397 € d'indemnités versées par praticien condamné.

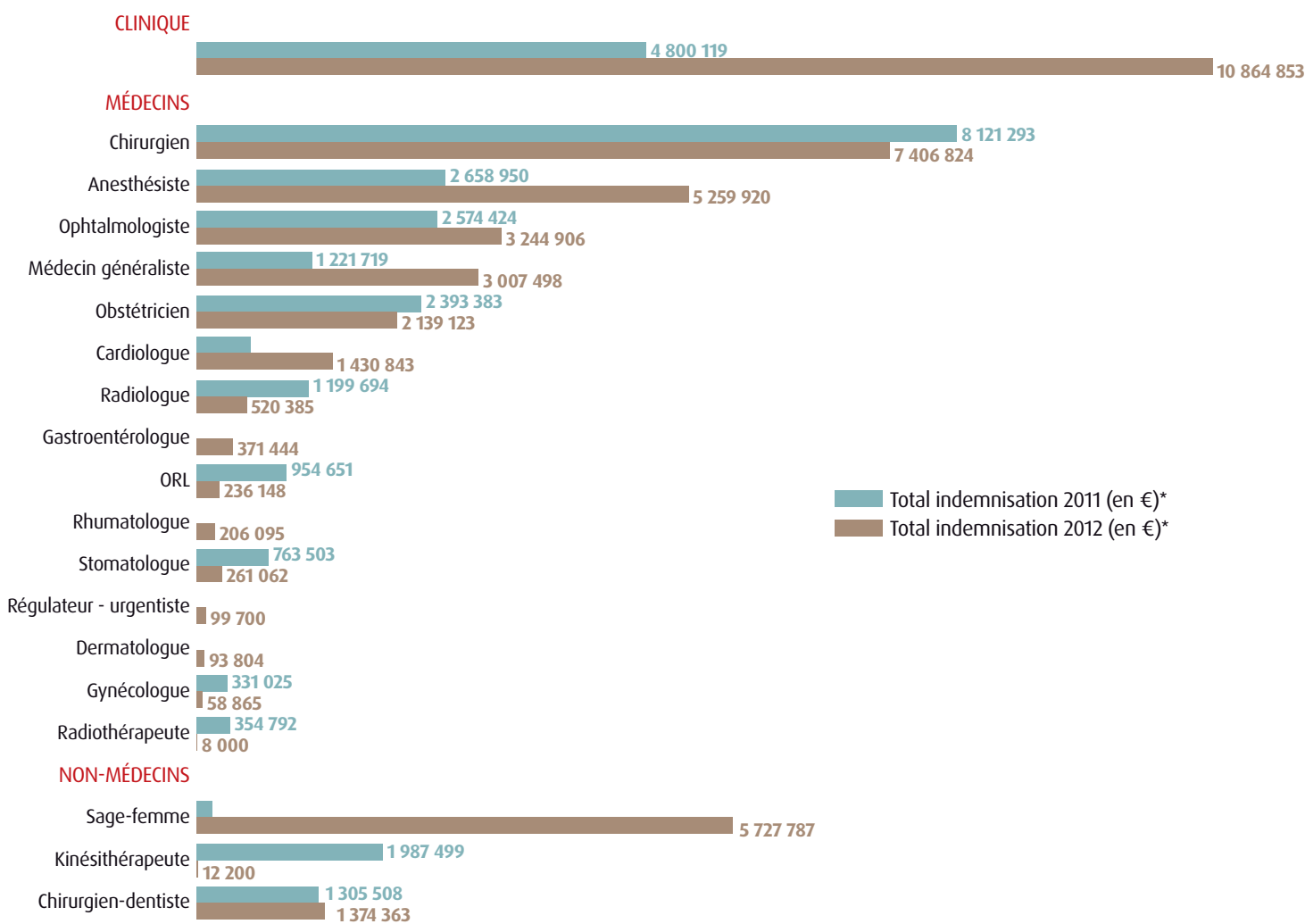
Le 10^{ème} rang revient aux radiologues, avec des condamnations dont les causes peuvent être regroupées en 3 grandes catégories :

- des chutes de patients dans le cabinet ;
- des erreurs de diagnostic, essentiellement de cancers du sein mais aussi d'une maladie de Klippel Trenaunay ayant conduit

à une chirurgie par embolisation inutile ;

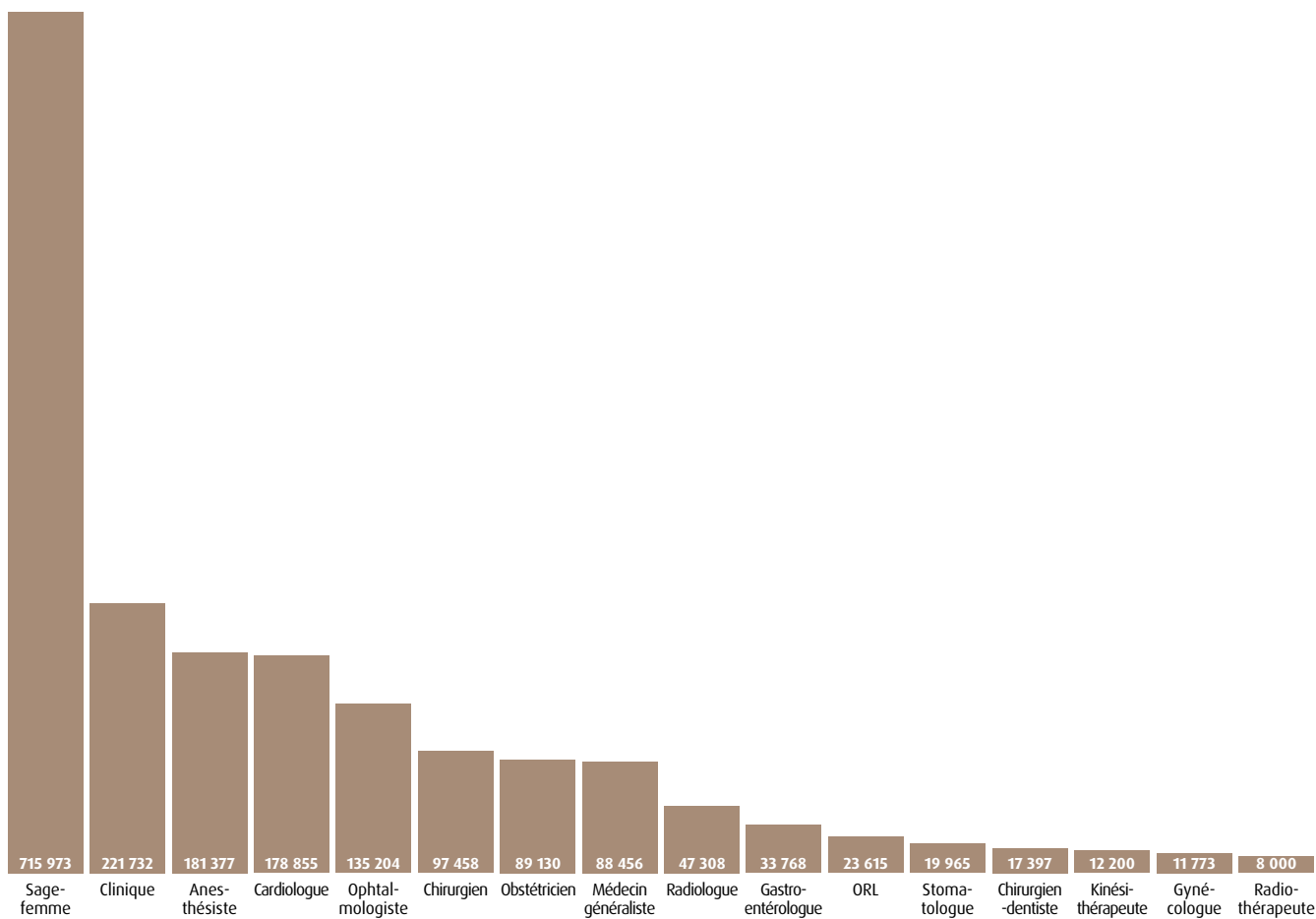
- des défaillances dans la communication avec d'autres praticiens avec d'une part, un défaut d'alerte au chirurgien d'une particularité anatomique qui aurait amené ce dernier à adapter son geste et d'autre part, un défaut d'information à l'anesthésiste de l'existence d'un épanchement pleural constaté lors d'un scanner.

COMPARAISON DU COÛT PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ 2011-2012

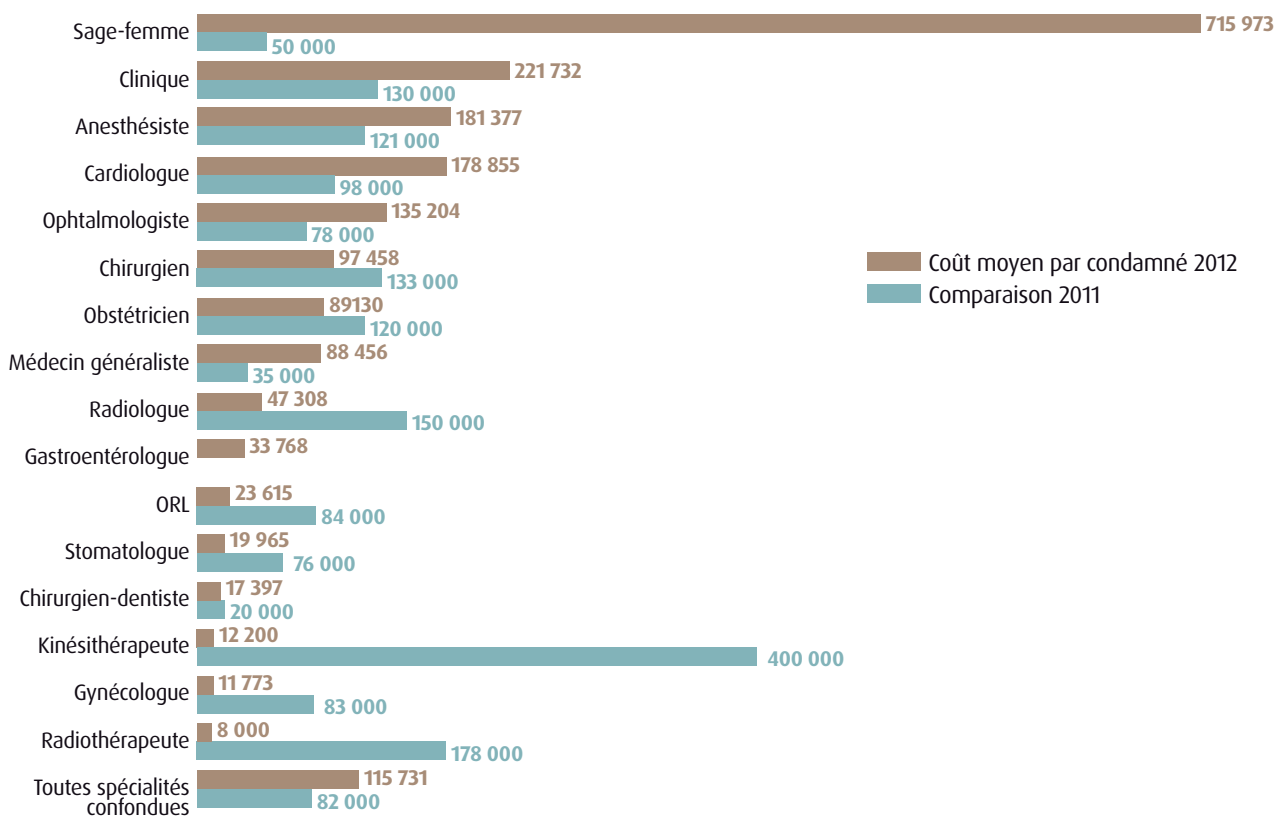


* Indemnisation incluant les indemnités réglées, les provisions restant à payer et la créance de la Sécurité Sociale.

COÛT MOYEN PAR CONDAMNÉ (MÉDECINS + NON MÉDECINS)



COMPARAISON DU COÛT PAR CONDAMNÉ 2011-2012



Cinq spécialités enregistrent un coût moyen nettement supérieur à celui de 2011 : les sages-femmes, les anesthésistes, les cardiologues, les ophtalmologistes et les généralistes.

S'agissant des anesthésistes et des sages-femmes, cela tient à l'existence de sinistres graves jugés en 2012. S'agissant des cardiologues, les raisons tiennent à l'état particulièrement fragile des patients qu'ils sont amenés à opérer, les exposant à des complications

sévères. En ce qui concerne les ophtalmologistes, on invoquera là encore le rajeunissement de la population opérée, avec des exigences de résultats accrues et des incidences professionnelles souvent très coûteuses. Enfin, les médecins généralistes se trouvent souvent au cœur de prises en charge multiples, à partager le règlement d'indemnités dans des affaires complexes où la responsabilité de l'ensemble des intervenants apparaît, sur un plan civil, relativement opportuniste.

FOCUS SUR LA CHIRURGIE - TAUX ET COÛT DES CONDAMNATIONS

Spécialité ou activité	Nombre de mis en cause	Nombre de condamnés	% condamnés	Indemnisation en €	Coût moyen en €
Chirurgie générale	24	21	88%	2 331 431	111 020
Chirurgie orthopédique	40	31	78%	2 907 626	93 794
Neurochirurgie	9	9	100%	1 516 542	178 926
Chirurgie urologique	7	6	86%	133 098	22 183
Chirurgie cardio-thoracique	8	3	37%	306 182	102 060
Chirurgie esthétique	4	4	100%	138 569	34 642
Chirurgie viscérale	3	2	66%	73 376	36 688
TOTAL	95	76	80%	7 406 824	97 458

La chirurgie orthopédique et la neurochirurgie affichent, comme chaque année, les charges les plus lourdes, représentant à elles deux plus de la moitié des indemnités versées au titre des accidents chirurgicaux.

La chirurgie orthopédique est un risque dit "de fréquence", avec en moyenne un sinistre tous les deux ans par chirurgien, portant principalement sur le risque infectieux, la défectuosité du matériel implanté ou encore des fautes techniques. En revanche, la neurochirurgie est un risque dit "de gravité" en raison du siège particulièrement sensible des interventions (crâne ou rachis), susceptible d'occasionner des séquelles fonctionnelles importantes.

Le nombre de chirurgiens orthopédistes jugés en 2012 a connu une progression de 70% par rapport à 2011.

La neurochirurgie et la chirurgie esthétique se démarquent par des taux de condamnation de 100%.

Les 9 neurochirurgiens condamnés l'ont été essentiellement pour des maladroites dans leurs gestes opératoires, des imprudences

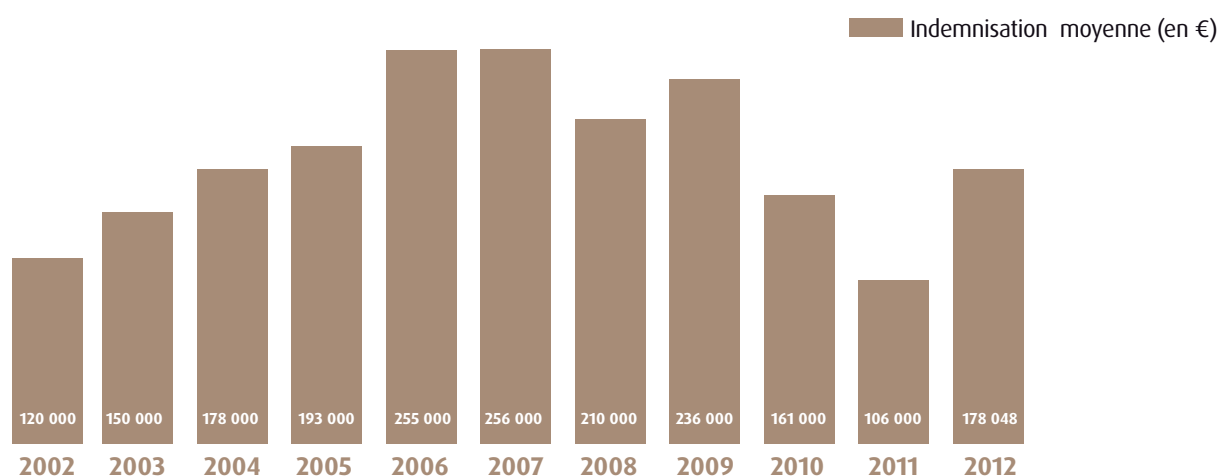
dans leurs indications ou encore des complications post chirurgicales mal gérées.

Les 4 chirurgiens esthétiques se sont vus reprocher principalement un manquement à leur devoir d'information renforcée sur les risques des interventions pratiquées. S'agissant d'une chirurgie de confort, le consentement éclairé du patient revêt, aux yeux des magistrats, une importance déterminante dans l'appréciation des responsabilités et des préjudices subis.

C'est ensuite la chirurgie générale qui affiche le plus fort taux de condamnations, suivie de la chirurgie urologique, principalement sanctionnée soit pour des défauts d'information aux patients des risques des interventions envisagées (essentiellement des prostatectomies), soit pour des complications de la chirurgie (hémorragie, embolie, AVC) ou des erreurs de diagnostic à l'origine de pertes de chances.

Les chirurgiens viscéraux ont été condamnés pour des plaies ou perforations qualifiées de maladroites chirurgicales.

ÉVOLUTION DE L'INDEMNISATION MOYENNE PAR DÉCISION DÉFAVORABLE - 2002 À 2012

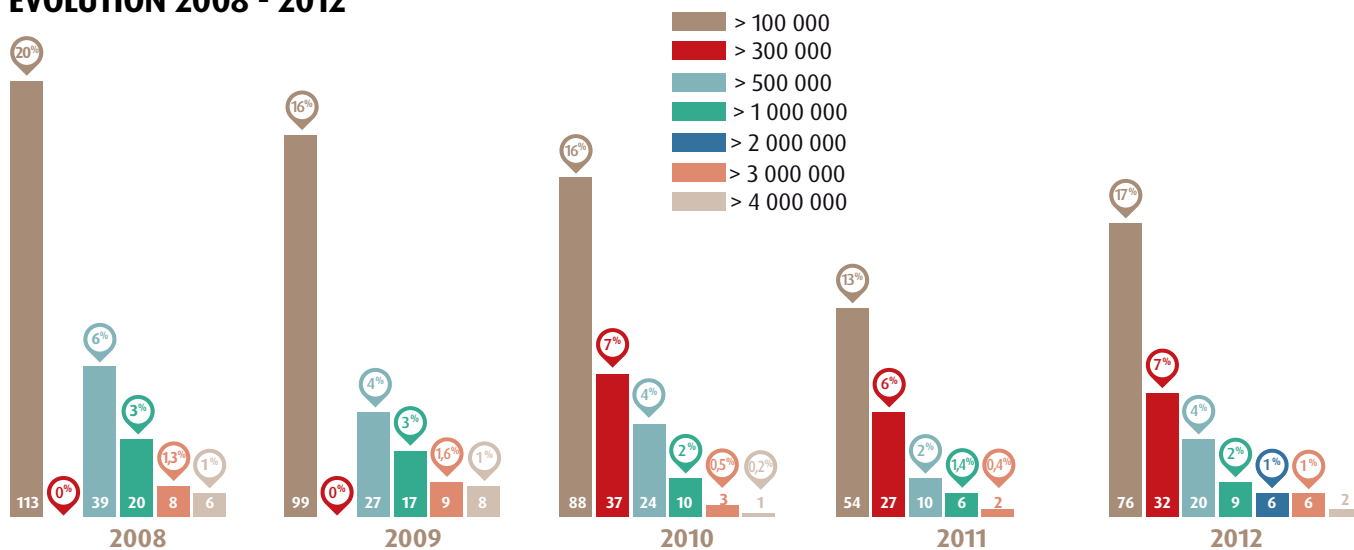


Après deux années de régression, le coût moyen d'un dossier fautif augmente à nouveau en 2012, phénomène à attribuer essentiellement à une part plus importante de dossiers graves jugés en 2012.

FOCUS SUR LES SINISTRES LES PLUS GRAVES - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ

Nombre de sinistres/ indemnisations (en €)	> 100 000	> 300 000	> 500 000	> 1 000 000	> 2 000 000	> 3 000 000
Chirurgien	17	7	3	1		
Médecin généraliste	7	4	2			
Anesthésiste	11	4	3	2	1	1
Obstétricien	11	6	4	1	2	2
Ophthalmologiste	9	4	3			
Clinique	2	1	1	2	1	1
Cardiologue	1	2	2			
CRTS	2	1				
Radiologue	2					
Gastroentérologue	2					
Pédiatre	1					
Chirurgien-dentiste	2					
Gynécologue	1					
Sage-femme	4	3	2	2	2	2
Stomatologue	1					
Psychiatre	2					
Rhumatologue	1					

ÉVOLUTION 2008 - 2012



On observe une augmentation sensible du nombre de dossiers "graves" jugés en 2012 : 2 dossiers atteignent plus de 4 millions d'euros, 4 sont compris entre 3 et 4 millions, 3 sont compris entre

1 et 2 millions. Au total, 20 dossiers ont donné lieu à l'allocation de dommages et intérêts supérieurs à 500 000 €.

LES 10 INDEMNISATIONS LES PLUS ÉLEVÉES

Spécialité ou activité	Indemnisation	Faits
1- Sage-femme	4 911 600	Enfant née IMC dans les suites d'une souffrance fœtale aiguë mal gérée, emportant la responsabilité conjointe de l'obstétricien et des sages-femmes ayant pris en charge l'accouchement. La clinique a été condamnée en tant qu'employeur des sages-femmes. Il s'agit d'une décision portant exclusivement sur les postes de préjudice, la condamnation des praticiens en 1 ^{ère} instance n'ayant pas été contestée.
2- Anesthésiste	4 735 109	Jeune femme victime d'une complication d'une rachianesthésie ayant entraîné des séquelles motrices et cognitives majeures dues à une anoxie cérébrale. Il s'agit d'une décision de Cour d'appel statuant uniquement sur le quantum des préjudices, le principe de responsabilité du praticien, jugé en première instance, n'étant pas remis en cause dans cette instance.
3- Clinique	3 888 182	Enfant né atteint d'une tétraplégie spastique avec importante athétose et dysphonie en raison d'un retard de prise en charge d'une procidence du cordon, du fait de l'arrivée tardive d'un obstétricien. La clinique est condamnée pour défaillances dans l'organisation du tableau des gardes.
4- Sage-femme	3 591 727	Enfant né IMC avec une tétraplégie spastique et un retard mental sévère en raison d'un retard à césarienne, imputable à un déficit de communication entre les sages-femmes et l'obstétricien. Condamnation de l'obstétricien (30%) et de l'établissement (70%) du fait des fautes de ses sages-femmes salariées.
5- Obstétricien	3 451 799	Enfant né IMC avec un déficit postural et des séquelles orthopédiques. La condamnation en 1 ^{ère} instance de l'obstétricien n'étant pas contestée, la décision se limite à la liquidation des préjudices de l'enfant et de sa famille.
6- Anesthésiste	1 589 604	Patiente victime d'une anoxie cérébrale lors de la reprise d'une intervention pour lobectomie thyroïdienne. La faute de l'anesthésiste est à l'origine d'une perte de chance de 90% d'échapper à toute séquelle.
7- Clinique	1 167 364	Patient victime d'une hémiparésie, de troubles de l'élocution et d'une insuffisance respiratoire suite à une infection nosocomiale contractée lors de son séjour hospitalier à l'occasion d'une lobectomie.
8- Neurochirurgien	1 042 762	Patiente souffrant d'une pathologie médullaire, aggravée par une intervention chirurgicale jugée injustifiée.
9- Neurochirurgien	900 007	Décision se prononçant en faveur d'une majoration de l'indemnisation pour aggravation des préjudices d'un patient ayant obtenu par décision définitive antérieure la condamnation d'un neurochirurgien pour lésions du rachis lombaire secondaires à sept gestes chirurgicaux successifs.
10- Cardiologie	795 007	Accident vasculaire responsable d'une hémiparésie dans les suites d'une coronarographie avec angioplastie, indication jugée inappropriée compte tenu de l'état du patient justifiant une intervention chirurgicale.

L'année 2012 s'illustre par une recrudescence de sinistres obstétricaux jugés : 6, contre 2 en 2011, 5 en 2010 et 8 en 2009. Ces dossiers emportent le plus souvent des responsabilités partagées entre l'obstétricien et l'établissement, soit du fait de dysfonctionnements dans l'organisation des soins, soit du fait des fautes des sages-femmes salariées.

Après l'obstétrique, l'anesthésie et la neurochirurgie totalisent chacune deux sinistres graves.

Enfin, c'est un accident de cardiologie qui clôture le Top 10 en 2012.

RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dossiers concernés	135	123	110	197	210	162	124	144
% des dossiers	60 %	52 %	47 %	34 %	31 %	29 %	29 %	30 %
Montant attribué (en K€)	11 520	6 500	7 379	14 118	13 879	7 098	7 722	13 607
% total des indemnisations	48 %	52 %	29,5 %	22 %	15 %	14 %	25 %	26 %

Dans 30 % des affaires jugées, les organismes sociaux ont été, en tout ou partie, indemnisés de leur créance. Une somme globale de 13 607 K€ leur a été attribuée, ce qui correspond à 26 % du montant total des indemnisations allouées.

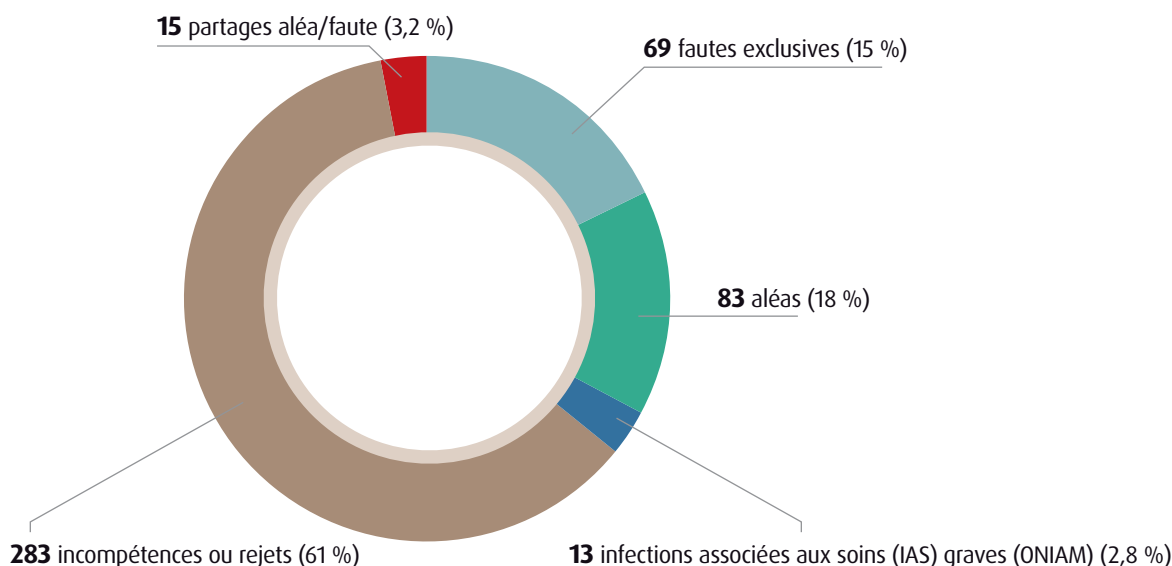
organismes sociaux du fait du "droit de préférence" accordé aux victimes en cas de partage de responsabilité ou de perte de chance, on observe une remontée en 2011, confirmée en 2012. S'agissant de l'année 2012, on l'imputera vraisemblablement au volume de dossiers graves dans lesquels la créance des organismes sociaux est importante.

Si, dans les suites immédiates de la loi du 21 décembre 2006, on a pu constater une diminution sensible de la part revenant aux or-

AVIS CCI

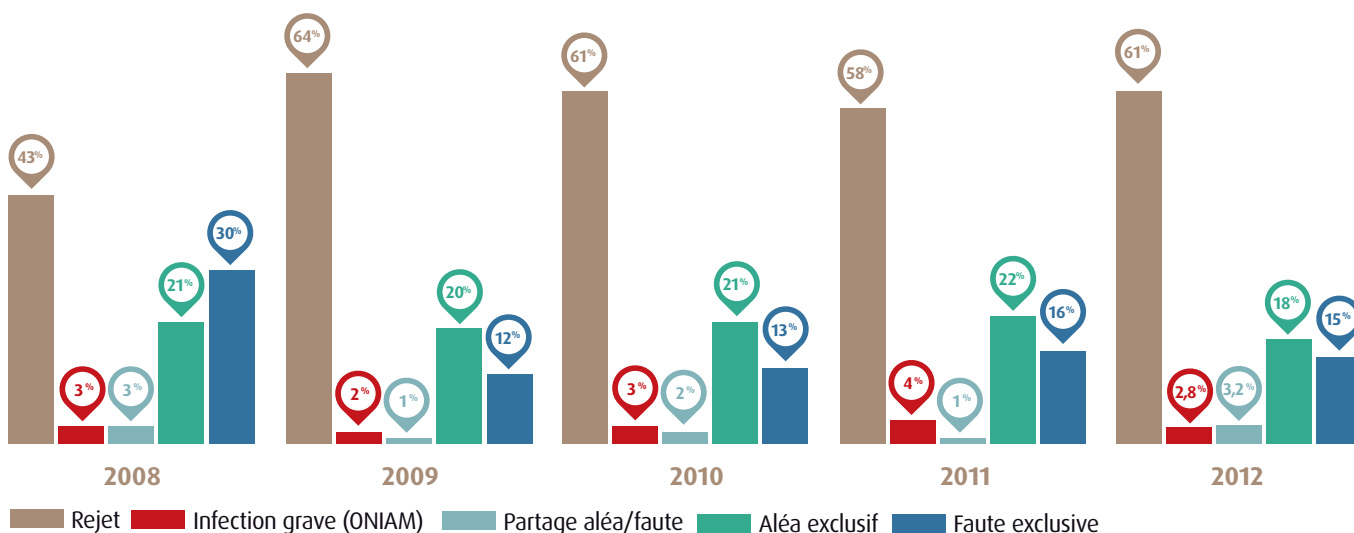
683 avis ont été rendus par les CCI en 2012 dans les affaires mettant en cause des sociétaires de la MACSF. **466 avis** se prononcent au fond, en excluant les dossiers déclarés irrecevables sans expertise ou prononçant un sursis à statuer.

TENEUR DES AVIS sur 466 avis



Ce sont donc 84 avis concluant à une faute qui ont été rendus par les CCI en 2012, soit 18 % des avis.

ÉVOLUTION DE LA TENEUR DES AVIS 2008 - 2012 (EN POURCENTAGE)



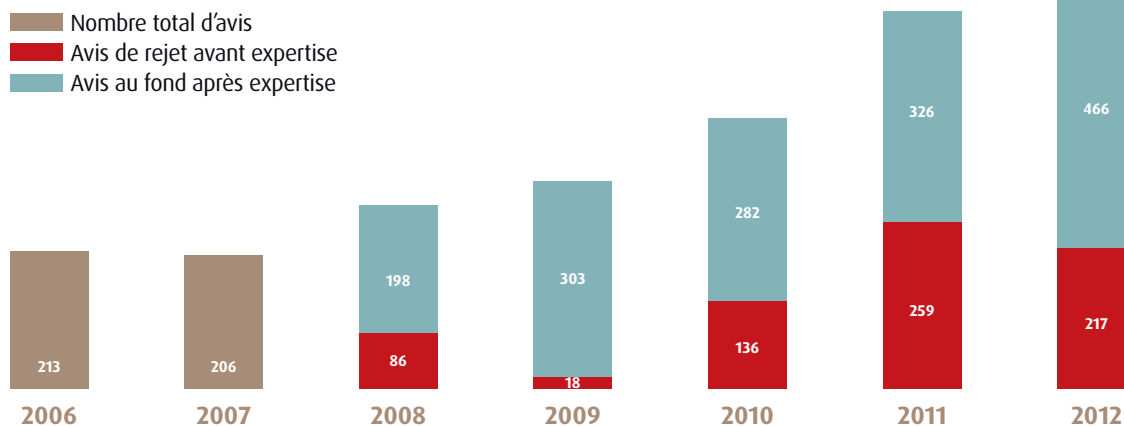
Le taux d'avis de rejet ou d'incompétence après expertise est toujours majoritaire, représentant 61% des avis rendus au fond en 2012. Il semble se stabiliser depuis au moins quatre ans.

Le taux d'infections nosocomiales graves prises en charge par l'ONIAM reste, de manière constante, relativement faible, représentant 2,8% des avis rendus. Il en va de même des avis concluant à un

partage entre un aléa et une faute, qui oscillent entre 1 à 3% depuis au moins quatre ans.

On constate également une grande stabilité du pourcentage d'avis se prononçant en faveur d'un aléa (voisin des 20% depuis 2008). Les avis concluant à une faute exclusive atteignent 15% en 2012. Ils sont donc en légère baisse par rapport à 2011, mais restent en légère hausse par rapport à 2010 et 2009.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'AVIS 2006 - 2012



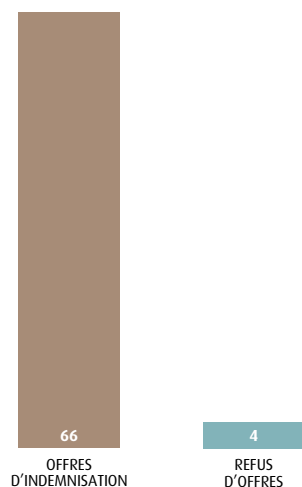
A l'exception de l'année 2007, le nombre d'avis rendus ne cesse d'augmenter chaque année, avec plus d'un triplement en cinq ans.

Bien qu'en légère baisse, la proportion des avis de rejet avant expertise reste importante. Elle représente 31% des avis rendus, contre 44% en 2011, ce qui tend à confirmer l'interprétation possible, que nous avançons dans nos précédents rapports, d'une moindre hésitation des CCI à rejeter les dossiers avant une expertise du fait de leur expérience, acquise notamment sur la condition nécessaire d'un lien de causalité entre le dommage et la faute ou l'aléa pour ouvrir droit à indemnisation.

La progression du nombre d'avis au fond va de pair avec une diminution des décisions de justice.

Nous observons néanmoins que le nombre de procédures CCI croît de manière plus significative que ne diminue le nombre de décisions de justice, du fait de procédures parallèles. Les facilités de la procédure devant les CCI (rapidité, dispense du ministère d'avocat) et sa vocation à traiter des aléas thérapeutiques, et donc des dommages en dehors du champ du droit de la responsabilité, expliquent vraisemblablement son succès.

NOS PRISES DE POSITION EN 2012 : ÉTAT AU 31/12/2012

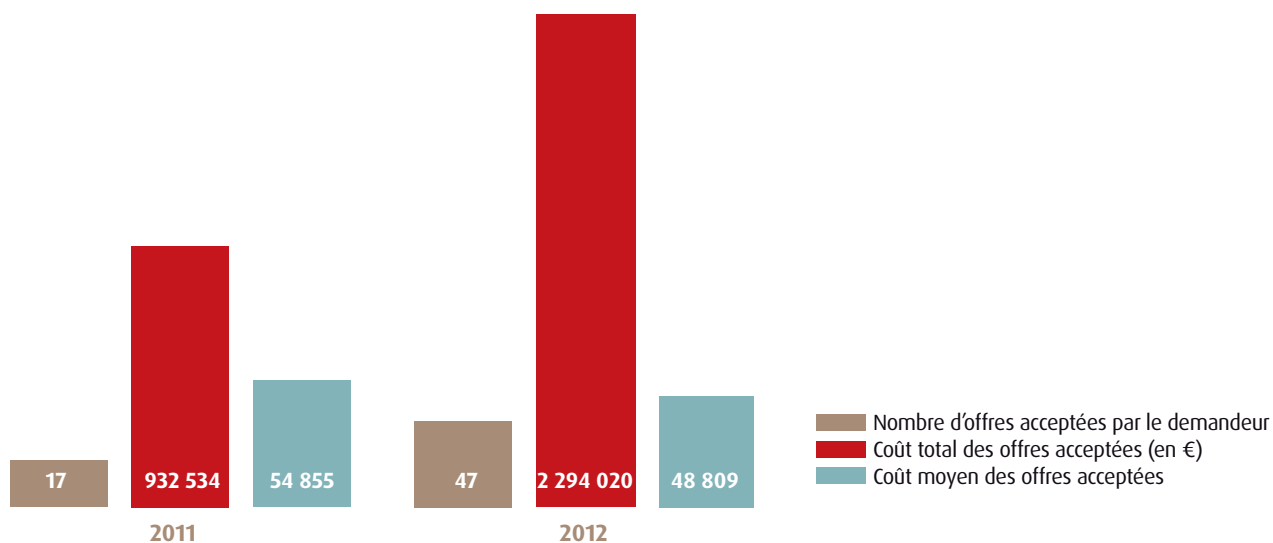


Parmi nos 66 offres d'indemnisation, 50 correspondent à des avis rendus en 2012, 14 à des avis rendus en 2011, une à un avis rendu en 2010 et une réalisée antérieurement à la saisine de la CCI.

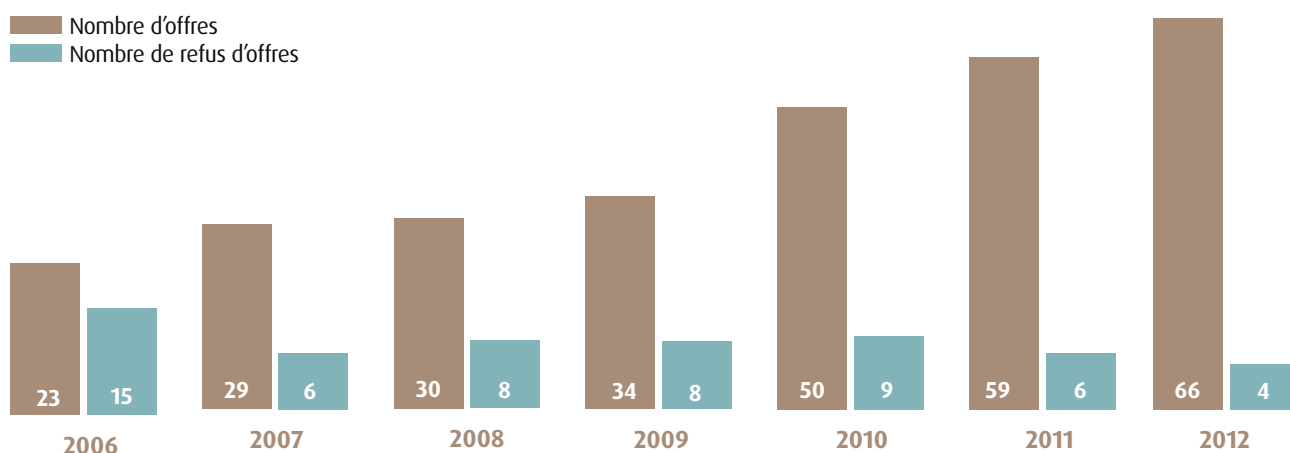
Sur ces 66 offres :

- 47 ont été acceptées et ont fait l'objet d'un règlement complet et définitif pour un total de 2294020€, hors frais de gestion (déduction faite des honoraires d'avocats et de médecins conseils), soit une indemnisation moyenne par dossier de 48809€ ;
- 2 dossiers ont fait l'objet de règlements provisionnels, depuis lors dénoncés devant les juridictions judiciaires ;
- restent 17 de nos offres d'indemnisation qui n'ont pas donné lieu à règlement transactionnel, même partiel : une a été portée devant le juge judiciaire et les 16 autres sont dans l'attente d'une prise de position du demandeur ou de son conseil, ce qui est tout à fait normal, notamment pour nos offres formulées en fin d'année 2012.

ÉVOLUTION DES OFFRES



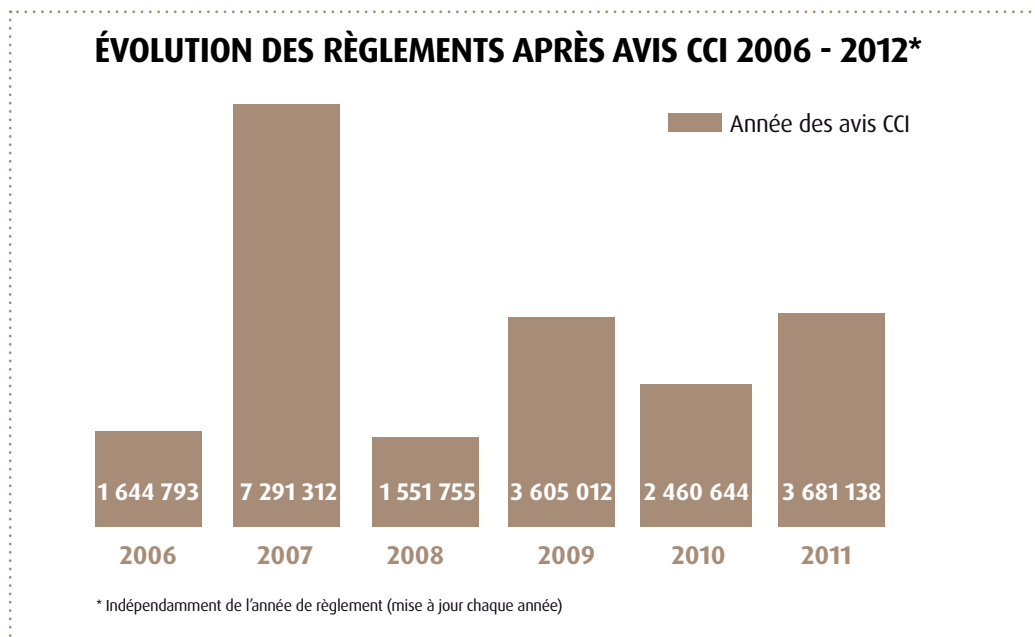
ÉVOLUTION OFFRES/REFUS D'OFFRES 2006 - 2012*



* Indépendamment de l'année du prononcé de l'avis.

Le nombre d'offres d'indemnisation formulées par la MACSF augmente d'année en année. A mesure que les CCI gagnent en expérience, la pertinence de leurs avis emporte la confiance des payeurs, plus enclins à les suivre dans leur position.

La MACSF a opposé 4 refus d'offres en 2012. Aucun de ces 4 dossiers n'a pour l'heure "rebondi" au judiciaire, nos refus datant respectivement de janvier, février, mars et juillet 2012.



Est comptabilisé ici l'état des règlements, hors frais de gestion, au 31/12/2012 par année d'avis. Ces chiffres peuvent évoluer d'une année sur l'autre, dans la mesure où des règlements peuvent intervenir l'année suivante de celle où l'avis a été rendu, compte tenu du délai légal de quatre mois pour faire une offre d'indemnisation, voire plusieurs années après si la consolidation du patient est tardive ou si le payeur n'est pas en mesure de faire une offre en l'absence de pièces justificatives.

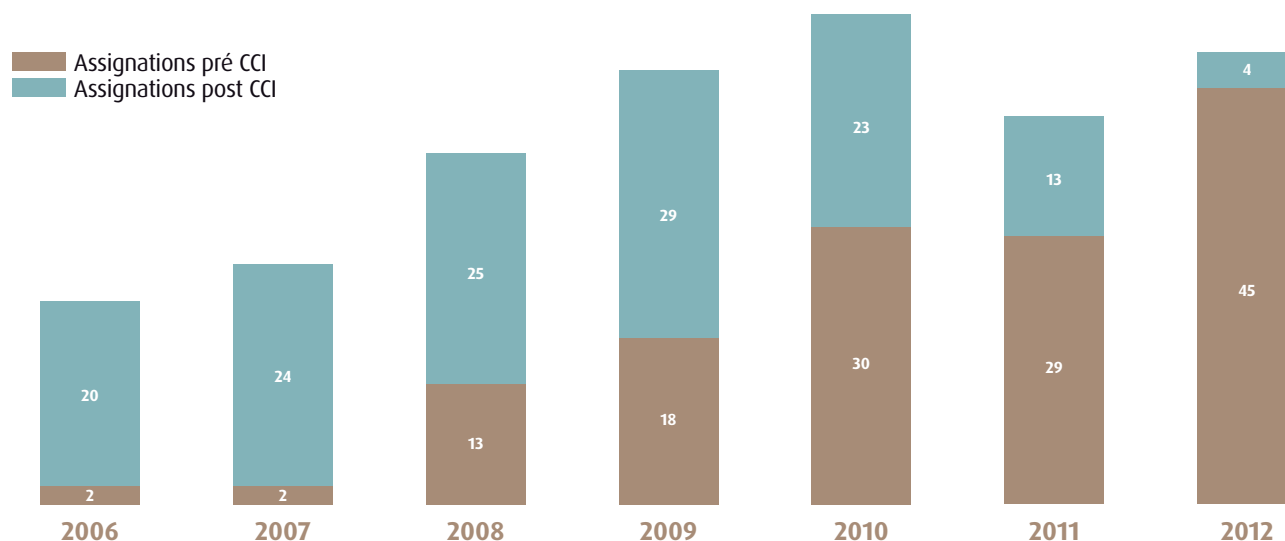
Ceci est surtout vrai pour les avis les plus récents. Ainsi, il est vraisemblable qu'un certain nombre d'avis rendus en 2012 n'avaient pas encore fait l'objet d'un règlement au 31/12/2012. C'est la raison pour

laquelle les avis de 2012 ont été occultés de ce tableau, à défaut d'être suffisamment significatifs au 31/12/2012. Il faut donc attendre plusieurs années pour avoir un état suffisamment consolidé des chiffres et se livrer à une tentative d'interprétation.

Le choix de calculer des coûts par année d'avis plutôt que par année de règlement tient à la meilleure visibilité que ce calcul confère à l'évolution du risque. En outre, il est difficile d'isoler les règlements indemnitaires par année, dans la mesure où le règlement de sinistres s'effectue rarement en un seul paiement. Le règlement définitif est souvent précédé de l'allocation de provisions.

ÉVOLUTION DE LA PLACE DU JUDICIAIRE DANS LES PROCÉDURES CCI

Évolution des assignations en justice pré ou post-CCI : Etat au 31/12/2012



Depuis 2006, on constate une augmentation significative, d'année en année, des procédures concomitantes. La multiplicité des voies de recours et l'accès facile aux CCI favorisent les doubles saisines, avec une double chance offerte aux plaignants d'obtenir gain de cause, d'autant plus qu'il n'existe pas de passerelle d'information formelle entre le juge et la CCI sur l'historique procédural du dossier. Il existe certes une obligation du plaignant d'informer le juge et la CCI d'une procédure parallèle en cours ou terminée (article L. 1142-7 alinéa 3 du Code de la santé publique), mais cette obligation n'est pas toujours respectée en pratique et peut conduire à des prises de position différentes, qu'il peut être parfois utile aux demandeurs d'exploiter.

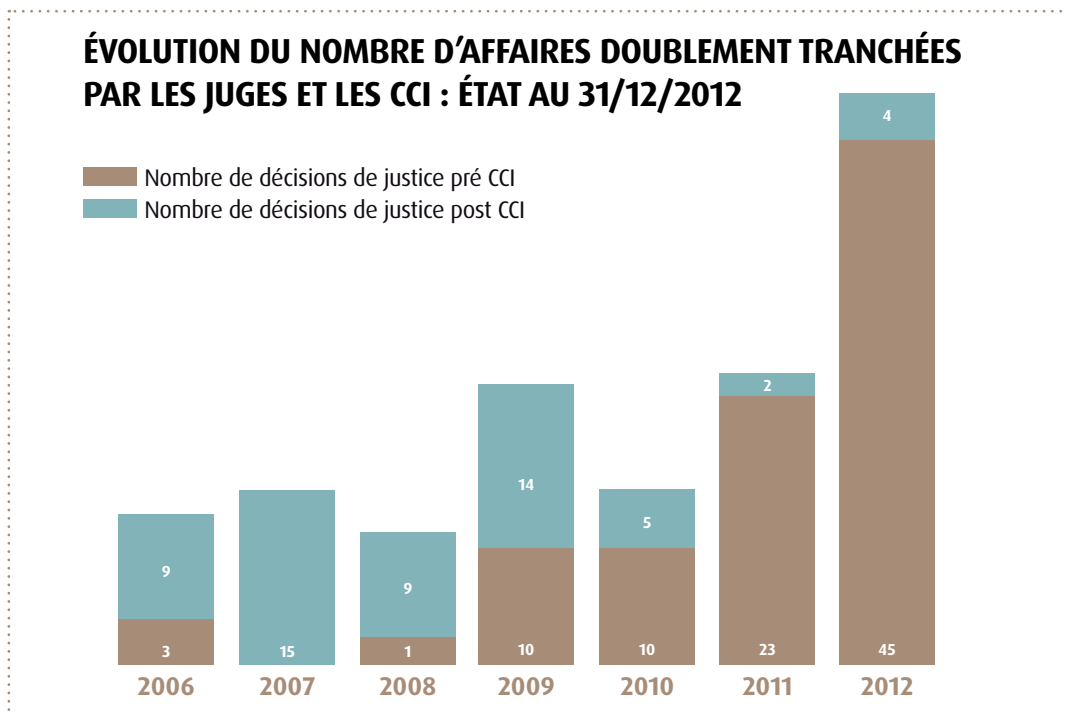
Ce phénomène d'augmentation des procédures parallèles concerne majoritairement les assignations "pré" CCI. Les demandeurs semblent d'abord vouloir tenter leur chance devant le juge, puis se résigner dans un second temps à saisir la CCI, ce qui porte à croire qu'ils accordent a priori une confiance plus importante aux procédures judiciaires. Mais il peut parfois être plus difficile d'obtenir une expertise judiciaire alors qu'en CCI, l'expérience montre que l'experte

est systématique, dès lors que le dossier est déclaré recevable au regard des critères de gravité requis. C'est donc, le plus souvent, parce que l'expertise judiciaire est rejetée par le juge des référés que les demandeurs se replient sur la procédure CCI. La voie des CCI peut également être un moyen d'obtenir une seconde expertise lorsque celle de l'expert judiciaire ne donne pas satisfaction.

On constate une proximité des dates de saisines du juge et de la CCI, ce qui tend à démontrer que le demandeur n'attend pas l'expiration de l'une des procédures pour se tourner vers l'autre.

La diminution du nombre d'assignation post CCI témoigne de la satisfaction des plaignants quant aux avis rendus. Si les demandeurs sont a priori plus méfiants à l'égard des CCI, ils leur témoignent en revanche leur confiance a posteriori.

Ces saisines parallèles doivent néanmoins être relativisées, car elles représentent un échantillon faible de dossiers par rapport à l'ensemble des réclamations portées devant le juge ou les CCI.



49 décisions de justice ont été rendues en 2012 dans des affaires de doubles saisines. Dans 45 affaires, le juge a statué avant la CCI.

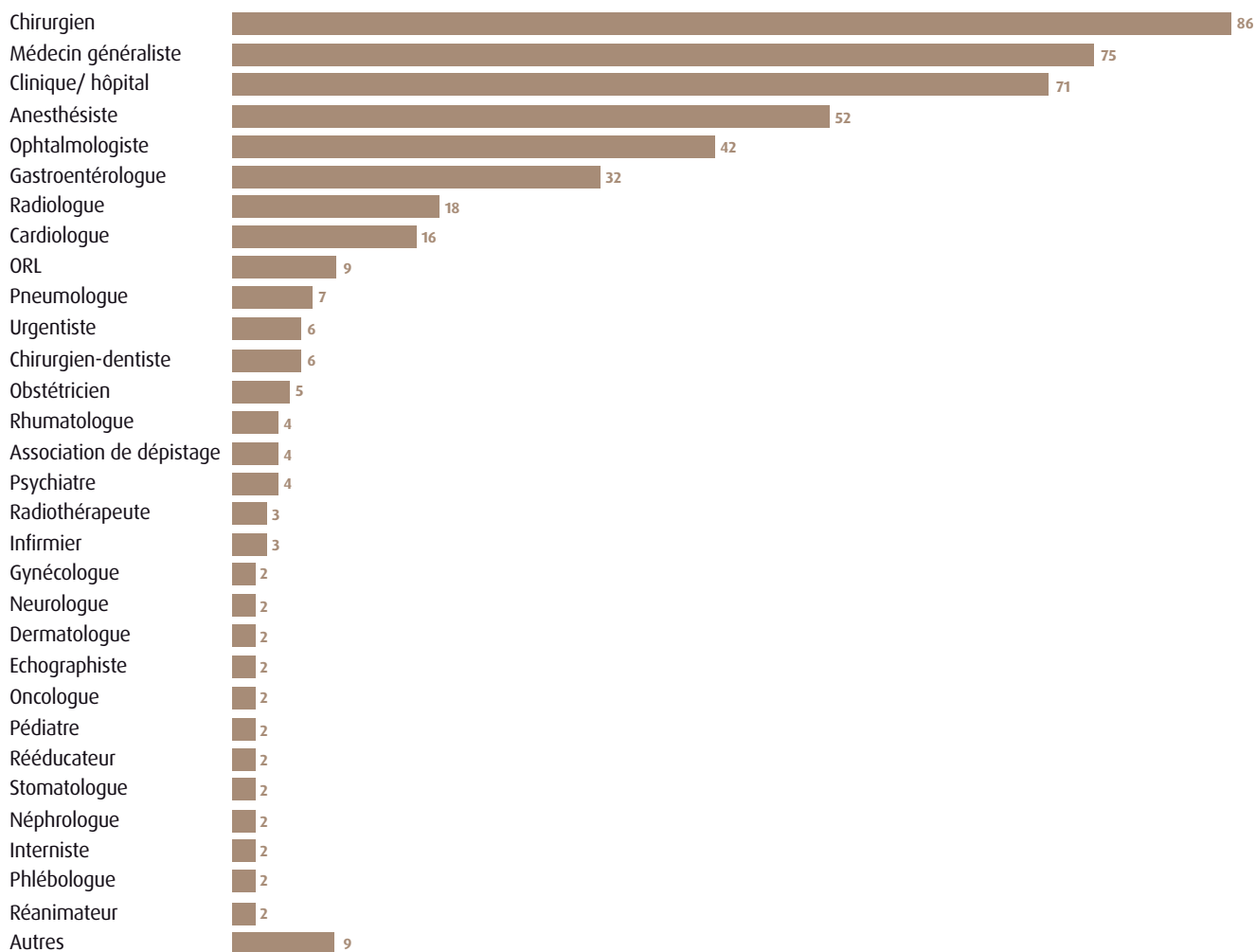
On constate une augmentation du nombre de dossiers ayant fait l'objet à la fois d'une décision du juge et d'un avis de la CCI.

De 2006 à 2009, compte tenu de la rapidité des procédures CCI par rapport aux "lenteurs" décriées des procédures judiciaires, il n'est pas surprenant de constater que, dans le cadre des procédures concomitantes, la majorité des décisions de justice a été rendue après que les CCI aient rendu leur avis. Néanmoins, ce constat est

inversé concernant les avis rendus en 2010, 2011 et 2012, où le nombre d'avis ayant précédé les décisions de justice est plutôt minoritaire. Ce constat vient corroborer l'interprétation possible d'un réflexe chez les plaignants, consistant à user d'une dernière chance devant les CCI pour obtenir une expertise, rejetée devant le juge.

L'abaissement des seuils de recevabilité devant les CCI sur le critère du déficit fonctionnel temporaire (admis à hauteur de 50% par décret du 19 janvier 2011) pourrait être également avancé comme une possible explication.

RÉPARTITION DES MISES EN CAUSE PAR SPÉCIALITÉ/ACTIVITÉ



TOTAL 469*

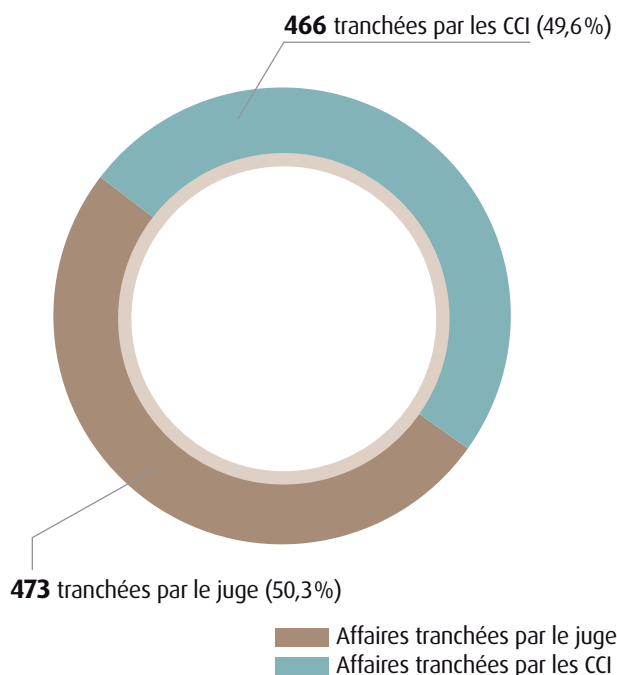
*dont 460 correspondent à des spécialités dont relève plus d'un mis en cause. Les 9 autres mis en cause correspondent à des spécialités dont on ne recense qu'un seul mis en cause.

Les deux spécialités les plus mises en cause devant les CCI sont, comme devant le juge, la chirurgie et la médecine générale, puis les établissements de soins, l'anesthésie et l'ophtalmologie. Le taux de progression le plus spectaculaire par rapport à 2011 concerne les gastroentérologues, avec un doublement des mises en cause dans cette spécialité (passant de 15 en 2011 à 32 en 2012).

De nouvelles spécialités se retrouvent mises en cause devant les CCI : les internistes, les réanimateurs et les néphrologues.

RÉPARTITION PROCÉDURES JUDICIAIRES /CCI

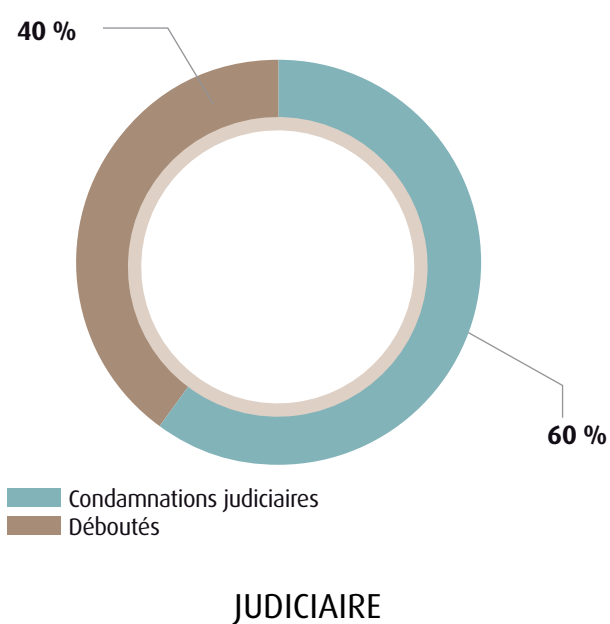
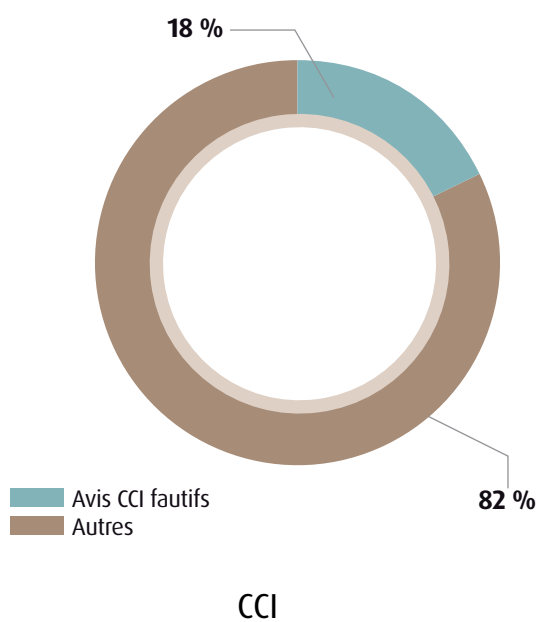
939 affaires



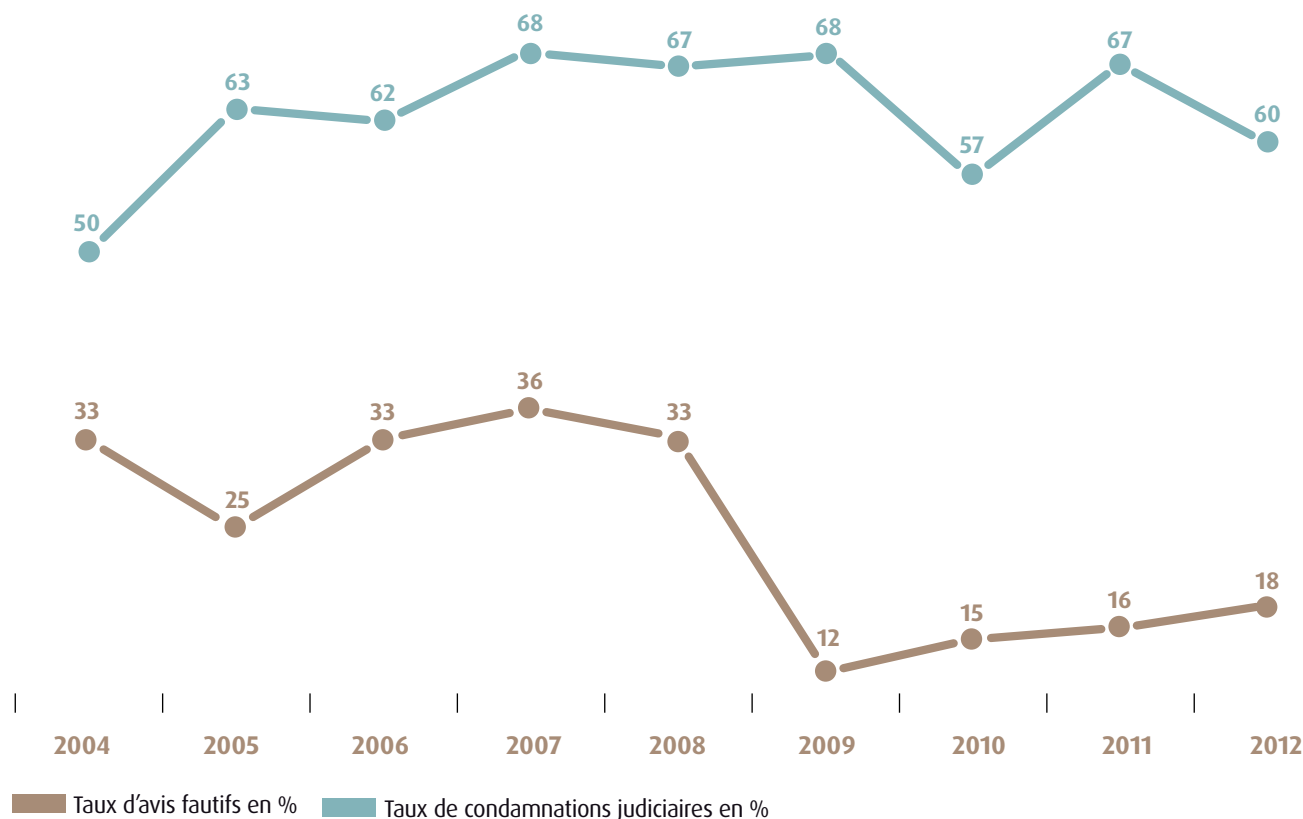
Le succès des CCI au détriment des procédures judiciaires se confirme à nouveau en 2012.

On constate, d'année en année, que l'écart se resserre entre les deux voies d'indemnisation, la voie des CCI prenant peu à peu le pas sur les procédures judiciaires. Pour la première fois, en 2012, on constate une quasi-égalité entre le nombre d'avis et le nombre de décisions rendues.

COMPARAISON CONDAMNATIONS JUDICIAIRES/CCI 2012



ÉVOLUTION CONDAMNATIONS JUDICIAIRES/CCI



La tendance à une plus grande clémence des CCI vis-à-vis des professionnels de santé se confirme encore cette année. On observera néanmoins une certaine réserve quant à l'interprétation de ces chiffres, car les bases de référence ne sont pas les mêmes.

Comme nous le soulignons chaque année, les condamnations judiciaires concernent les seules affaires portées au fond, à l'exception de toutes les procédures qui se sont achevées au stade du référé, le rapport d'expertise n'offrant pas matière au demandeur à poursuivre sa réclamation devant le juge du fond. La prise en compte des seules affaires portées au fond conduit ainsi naturellement à majorer le pourcentage de condamnations.

A contrario, l'évaluation des dossiers fautifs en CCI se rapporte à une base beaucoup plus élargie, puisqu'elle inclut l'ensemble des demandes d'indemnisation portées devant les commissions, y compris celles débouchant sur un avis d'incompétence après expertise. Le volume de dossiers fautifs se trouve donc nécessairement minoré, celui-ci n'étant pas établi sur la seule base des avis se prononçant sur l'indemnisation, mais sur la base de la totalité des avis, y compris ceux d'irrecevabilité.

La comparaison entre les condamnations civiles et les avis CCI concluant à une faute doit donc se faire avec la plus grande prudence, même s'il apparaît tout à fait logique que les condamnations au civil soient plus nombreuses. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : le propre des sinistres fautifs est d'être présentés au contentieux, tandis que l'aléa tend à être soumis davantage à l'avis des CCI. La procédure civile apparaît également beaucoup moins accessible pour une victime que la procédure CCI. Les victimes auront tendance à ne formuler devant le juge que des demandes indemnitaires présentant de fortes chances de succès, car la procédure est payante et le ministère d'avocat obligatoire. En revanche, l'accès à la CCI est beaucoup plus aisé puisqu'il est gratuit et dispensé du ministère d'avocat. Les victimes sont guidées dans leurs démarches sur le site Internet des CCI et de l'ONIAM, où elles ont la possibilité de saisir un formulaire de demande d'indemnisation. Ces facilités donnent lieu à des saisines moins pertinentes, laissant place à un volume de rejets beaucoup plus important que le nombre de déboutés recensés en justice.





LA PROTECTION JURIDIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La protection juridique facilite le règlement des litiges de la vie professionnelle et privée en informant sur les droits et en mettant en œuvre des solutions dans le cadre amiable et/ou judiciaire. En 2012, 355 799 sociétaires ont été couverts par le contrat d'assurance de protection juridique de la MACSF.

L'ANALYSE



Une expertise au service de la vie quotidienne des assurés

L'année 2012 marque une nouvelle hausse du nombre de sinistres déclarés par les professionnels de santé. Si les litiges liés à la vie privée enregistrent la plus forte progression, d'autres problématiques émergent ou s'affirment, notamment celles liées à la dégradation des conditions d'exercice en milieu hospitalier ou au développement de l'exercice en groupe.

Quels sont les éléments marquants de l'année 2012 ?

La répartition des litiges reste analogue à celle de l'année précédente avec un équilibre entre les conflits d'ordre privé (47%) et ceux en lien direct avec l'activité professionnelle (53%). Le nombre de sinistres continue cependant de croître. Il a franchi le cap des 9 000 en 2012 alors qu'il n'était que de 7 963 en 2009. Les litiges relatifs à la vie privée et au droit de la consommation ont enregistré la plus forte progression (+12%). Le nombre de dossiers ouverts s'élève à 3 220 contre 2 869 en 2011. Cette croissance s'explique tout d'abord par la poursuite de la gestion des litiges sériels de nature sanitaire comme le Mediator ou PIP, mais aussi des différends impliquant des fournisseurs ou des prestataires de services : sociétés d'assurances (328), d'annuaires professionnels (210), de vente de biens mobiliers (205) et établissements bancaires (189). Ces litiges concernent à eux seuls un tiers

Nicolas Loubry

Responsable
du département
protection juridique



1980

Entre au Sou Médical
comme juriste.

2003

Responsable du pôle spécialisé
dans le traitement des dossiers
ordinaux et dans les dossiers
consacrés à l'exercice en groupe
au sein du service protection
juridique.

2008

Prend la responsabilité
du Département Protection
Juridique, composé de
35 collaborateurs.

des dossiers. En 2013, pour mieux couvrir nos assurés, nous avons enrichi notre contrat de protection juridique avec de nouvelles garanties portant sur le droit de la famille : successions, legs, donations, filiations ou incapacités.

L'environnement professionnel des sociétaires est-il devenu plus contraignant ?

Les conditions d'exercice de la médecine à l'hôpital ont tendance à se dégrader. Les médecins accueillent toujours plus de patients, qui se montrent toujours plus exigeants, au sein de structures pas toujours adaptées. Nous avons ainsi constaté une croissance du nombre de dossiers liés aux difficultés relationnelles au sein des établissements. Par ailleurs, en matière de contentieux ordinal, les plaintes pour certificats médicaux litigieux sont en constante augmentation. Elles concernent le plus souvent des actes établis dans le cadre d'une procédure prud'homale lorsque le médecin atteste par exemple d'un lien de causalité entre l'état de santé du salarié et une situation de harcèlement subie au travail. Sont également sujets à contestation les certificats versés dans les procédures de divorce ou d'attribution de la garde des enfants. Enfin, toutes professions de santé confondues, les plaintes relatives à des soins considérés comme non conformes aux pratiques médicales reconnues restent importantes. Les affaires dans lesquelles nos sociétaires sont victimes ont cependant diminué en 2012 et concernent principalement des cas de coups et blessures, de diffamation, d'escroquerie et de vol.

L'évolution de l'exercice professionnel fait-elle surgir de nouvelles problématiques ?

De plus en plus de professionnels pratiquent en association dans le cadre de différentes structures juridiques. Cette configuration fait régulièrement naître des litiges entre associés,

notamment lorsqu'il est question de retrait, du fait de clauses insuffisamment précises dans les contrats. Nous observons notamment une augmentation significative du nombre de conflits relatifs à l'application des contrats de collaboration.

Autre problématique liée à l'exercice de groupe : la valeur juridique de la clause de non-concurrence insérée dans les contrats de collaboration libérale. Il faut également savoir que les contrats individuels souscrits par les assurés exerçant en association ne garantissent pas leur société. Il est donc important pour ces sociétaires d'examiner leur couverture juridique. Pour bénéficier de conseils et d'assistance juridique si leur société est mise en cause par un salarié, un fournisseur, ou par l'Urssaf par exemple, ils doivent souscrire un contrat de protection juridique au nom de leur société.

Quelles autres évolutions les sociétaires doivent-ils prendre en compte ?

La loi sur l'accessibilité des lieux ouverts au public s'applique à partir de 2015. Selon toute probabilité, nombre de nos sociétaires devront réaliser des travaux et donc recourir à des architectes et autres prestataires. Nous sommes à leur écoute afin de les aider à demander une dérogation si nécessaire, identifier les aménagements nécessaires et évaluer leur coût, déterminer qui, du locataire ou du propriétaire des locaux, devra les prendre en charge... Nous accompagnons également ceux qui ne pourront pas effectuer les travaux. Le contrat de protection juridique a vocation à apporter des réponses en cas de litige mais aussi à prodiguer des conseils. Cette démarche préventive permet d'agir en amont et de réduire les risques de conflits. Concrètement, cela se traduit, par exemple, par l'envoi d'un contrat pour examen avant signature. C'est un moyen efficace de sécuriser ses relations avec des prestataires ou d'autres praticiens dans le cadre d'un exercice professionnel en groupement.

CHIFFRES CLÉS 2012



355 799

SOCIÉTAIRES ONT ÉTÉ COUVERTS
par le contrat d'assurance de protection juridique de la MACSF (+5% par rapport à 2011)



9 026

SINISTRES
ont été déclarés au cours de cette année, contre 8 544 en 2011 (+5,6%). Le droit immobilier et le droit de la consommation représentent plus de 60% des dossiers.

RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS :

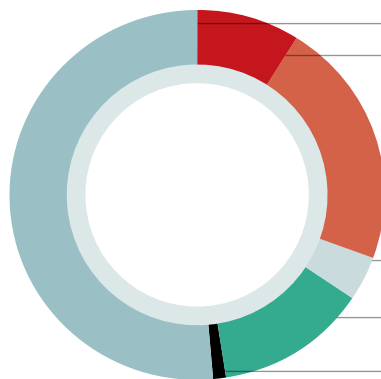


53 % ont un lien direct avec l'activité professionnelle.

47 % concernent des litiges d'ordre privé.

RELATIONS ENTRE PRATICIENS LIBÉRAUX, AVEC DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIVÉS, DÉONTOLOGIE, FISCALITÉ

1 742 DÉCLARATIONS, soit 19% des sinistres ouverts en protection juridique, contre 1 724 en 2011.



900 Poursuites disciplinaires devant les Ordres

153 Litiges portant sur divers contrats d'exercice professionnel

375 Litiges entre confrères

69 Litiges avec des cliniques

228 Litiges fiscaux

17 Procédures administratives

RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS :

DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, DROIT HOSPITALIER, DROIT DU TRAVAIL

1 773 DÉCLARATIONS
(contre 1 598 en 2011).



530 Sécurité sociale (relations caisses-praticiens, prévoyance sociale, litiges avec l'Urssaf, retraite)



513 Droit hospitalier (rappel de rémunération, carrière hospitalière, harcèlement, diffamation ou violences, sanctions disciplinaires, maladies professionnelles et accidents du travail)

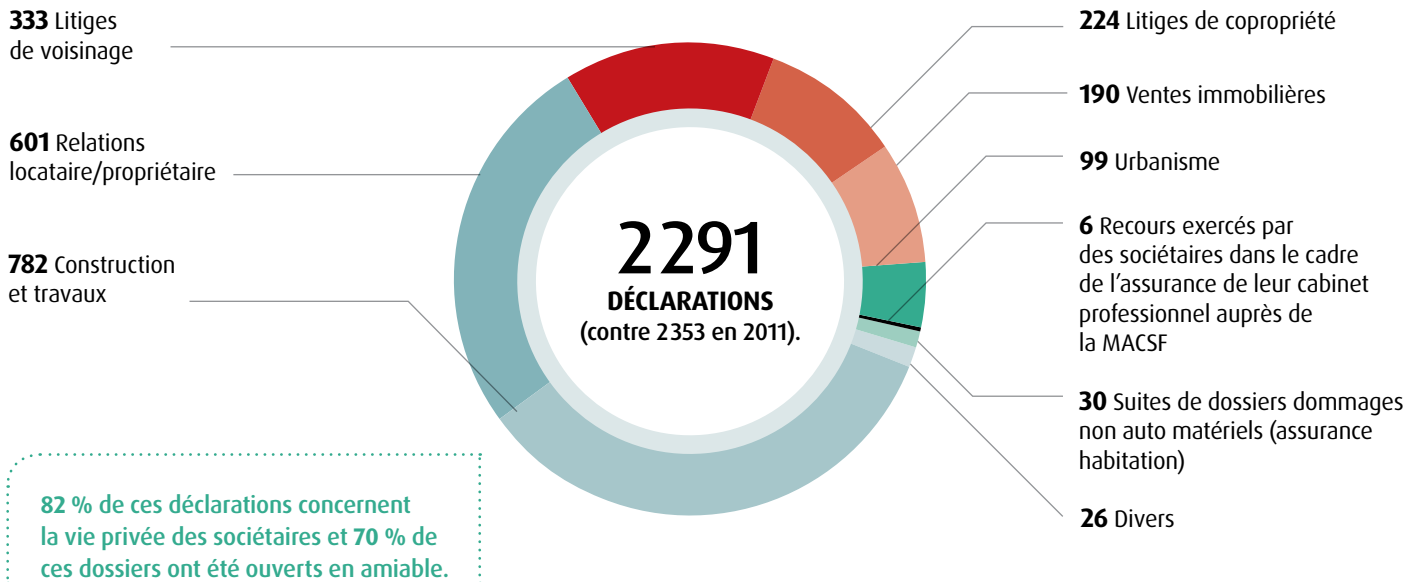


730 Droit du travail

DROIT IMMOBILIER



RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS :



DROIT DE LA CONSOMMATION - VIE PRIVÉE



RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS :



LE NOMBRE TOTAL DE DÉCLARATIONS S'ÉLÈVE À 3220 (2869 en 2011) (+12%).

LES + MACSF

Un contrat de protection juridique pour un quotidien serein

De multiples litiges peuvent perturber la sérénité indispensable aux professionnels de santé. Pour les éviter ou les résoudre, la MACSF leur apporte une assistance juridique adaptée à leurs besoins via son contrat MACSF - Le Sou Médical, mais aussi des formations et des conseils ciblés.

Fort de 35 personnes, dont 24 juristes, le Département Protection Juridique de la MACSF met à la disposition des sociétaires une forte expertise juridique bâtie sur quatre pôles : déontologie, exercice en groupe et fiscalité ; droit hospitalier, droit du travail et Sécurité sociale ; droit immobilier ; droit de la consommation et vie privée. Cet atout s'avère d'autant plus efficace que ces spécialistes se forment régulièrement et connaissent bien les professions de santé. La MACSF les accompagne en effet depuis plus de 75 ans. "Nous sommes en mesure d'apporter des réponses à l'immense majorité des litiges qui peuvent impacter le quotidien, qu'ils aient pour cadre l'exercice du praticien ou sa vie privée", précise Nicolas Loubry, responsable du Département Protection Juridique. Les professionnels de santé disposent ainsi d'une assistance capable de prendre en compte la spécificité de leurs attentes et de

leurs conditions d'exercice. C'est notamment le cas dans les litiges liés à l'immobilier, qui concernent l'activité professionnelle mais aussi la sphère privée. En cas de sinistre, la MACSF peut mobiliser des experts qui les aideront à évaluer le préjudice subi.

Réactivité et efficacité

Pour donner une efficacité maximale à sa protection et faciliter les démarches, la MACSF donne le choix à ses sociétaires quant au mode de communication. Si le téléphone reste encore très prisé avec 55 000 appels en 2012, les courriers électroniques connaissent une véritable explosion : de 2008 à 2012, leur nombre est passé de 6 000 à 23 000. Comme le rappelle Nicolas Loubry, "une bonne réponse juridique exige un minimum de temps". "À terme, les sociétaires pourront également accéder en ligne à leur dossier", précise-t-il. En parallèle, un suivi régulier du secteur permet d'adapter les garanties aux conditions réelles d'exercice (cf. encadré ci-contre).

ADAPTER LES CONTRATS À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Un nombre croissant de professionnels de santé choisissent d'exercer leur activité au sein de regroupements aux formes juridiques multiples : société civile de moyens, société civile professionnelle ou encore société d'exercice libéral. Ces évolutions impactent la qualité de la couverture juridique des assurés. La MACSF a donc adapté ses contrats afin d'élargir son champ de garanties et les prémunir contre les risques inhérents à ces statuts. Si la société morale dans laquelle ils exercent est mise en cause par un(e) salarié(e), un prestataire ou toute autre entité, le sociétaire pourra être assisté dans des conditions optimales.

Assister, conseiller et anticiper

Les juristes spécialistes du Département Protection Juridique agissent aussi en amont. « Dans de nombreux cas, une consultation aurait permis de préciser des clauses qui sont devenues des sources de conflit des années plus tard », estime Nicolas Loubry. La MACSF organise donc de nombreuses formations qui abordent les aspects juridiques qui touchent au plus près les sociétaires (cf. encadré page de droite). De même, grâce à une veille juridique permanente et à leur connaissance du monde médical, les spécialistes du Département Protection Juridique publient sur le site de la MACSF de nombreux articles. Mieux informés, les sociétaires peuvent mieux anticiper. Ils se dispensent ainsi de futurs soucis qui vont inévitablement perturber le bon déroulement de leurs activités et, parfois, générer des coûts indésirables.

SE FORMER POUR BIEN NÉGOCIER ET ÉVITER LES LITIGES

Les juristes spécialisés du Département Protection Juridique organisent régulièrement des sessions de formation à l'intention des professionnels de santé. Elles peuvent avoir trait au domaine des contrats (contrat de collaboration ou de remplacement), aux contentieux avec l'Ordre, mais aussi aux moments clés de l'exercice professionnel comme l'installation. Dans tous les cas, ces sessions de formation diffusent des informations utiles ainsi que les bons réflexes à mettre en œuvre pour éviter de créer des zones d'incertitude porteuses de risques.



RAPPORT D'ACTIVITE DE LA MACSF SUR L'EXERCICE 2012

Nicolas LOUBRY

Responsable du Département Protection Juridique, MACSF

En 2012, 355 799 sociétaires ont été couverts par le contrat d'assurance de protection juridique de la MACSF (+5% par rapport à 2011). Le nombre de sinistres déclarés au cours de cette année est en progression de +5,6% : 9 026 dossiers ouverts, contre 8 544 en 2011. Les demandes de renseignements ont progressé de manière moins importante (+2,4%) : 2 103 demandes contre 2 053 en 2011.

Si l'activité téléphonique a diminué (55 443 appels traités, contre 58 341 en 2011), le nombre de courriers ou de fax a progressé. L'évolution du nombre de courriels reçus est encore plus significative : 23 356 en 2012, contre 18 767 en 2011, 14 317 en 2010, 9 341 en 2009, et 6 216 en 2008.

L'accélération des envois par mail, aujourd'hui majoritaires, et sauf urgence avérée, ne saurait modifier nos délais de traitement, que nous nous efforçons de réduire quotidiennement. Pour accélérer le traitement de l'ensemble des demandes reçues (par téléphone ou par courrier), il est essentiel que le sociétaire indique toujours son numéro de contrat lorsqu'il appelle ou écrit en première intention, et le numéro de dossier lorsque sa demande se rapporte à une affaire en cours.

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

Dans un contexte d'accroissement du coût de la justice, l'intérêt de l'assurance de protection juridique apparaît justifié car elle offre une solution globale, amiable ou judiciaire, pour la prise en charge de litiges professionnels et privés. Les frais de procédure, les honoraires d'avocat, les frais d'huissier, les frais d'expertise sont souvent dissuasifs pour un particulier ou un professionnel de santé souhaitant engager une procédure judiciaire pour faire respecter ses droits, ou tenu de se défendre. L'assurance de protection juridique offre à nos sociétaires une prise en charge des litiges auxquels ils peuvent être confrontés, par un accompagnement de la phase amiable à la phase judiciaire si nécessaire.

L'information juridique, notamment par téléphone, est donc essentielle et a aussi pour objectif de prévenir le litige, par la recherche d'une solution amiable avant une éventuelle prise en charge de tout ou partie des frais et honoraires liés à la résolution du litige. Nos juristes spécialisés peuvent également assister nos sociétaires dans la lecture et la compréhension des contrats qu'ils doivent signer. Nos informations juridiques sont ainsi délivrées par téléphone, mais également au travers de réponses écrites indépendamment de l'ouverture d'un sinistre. En 2012, nous avons ainsi répondu à 2 103 demandes de renseignements écrites en rapport avec l'activité professionnelle de nos sociétaires.

En 2013, notre contrat de protection juridique s'est enrichi de nouvelles garanties portant sur les litiges du droit de la famille : successions, legs, donations, filiation, incapacités.

Aujourd'hui, les professionnels de santé exercent de plus en plus en association, dans le cadre d'une SCM, d'une SCP ou d'une SEL. Leur société est une personne morale qui peut être nominativement, et donc personnellement, mise en cause : par une salariée, un fournisseur, l'URSSAF... Pour bénéficier de conseils et surtout d'une assistance juridique, la société doit donc être titulaire d'un contrat de protection juridique à son nom.

LES RECOMMANDATIONS ET ENGAGEMENTS DE LA MACSF

Notre service de protection juridique se compose de 35 personnes, dont 24 juristes qui fournissent les informations et conseils permettant aux sociétaires d'apprécier l'étendue de leurs droits et obligations. Ces informations et conseils permettent de solutionner ou de prévenir un certain nombre de litiges. Si une grande proportion d'entre eux se règle à l'amiable, permettant ainsi à nos sociétaires d'obtenir rapidement satisfaction sans avoir besoin d'aller devant les tribunaux, lorsque aucun accord n'est possible, les frais de justice et les honoraires d'avocat ou d'expertise sont alors pris en charge par le Sou Médical - Groupe MACSF, conformément aux dispositions du contrat.

Notre équipe de juristes publie régulièrement des articles sur le site macsf.fr, permettant à nos sociétaires de s'informer sur leurs droits et obligations, tout en ayant accès à une actualité juridique sans cesse renouvelée. Des interventions extérieures sur des thèmes aussi variés que l'installation, l'exercice en maison de retraite, le contrat de travail, les relations avec les caisses d'assurance maladie, ont pu être réalisées par certains juristes de notre département.

L'ACTIVITÉ EN 2012

En 2012, l'évolution du nombre des sinistres est toujours aussi importante : 9 026 dossiers ouverts contre 8 544 en 2011, 7 942 en 2010 et 7 963 en 2009.

Le droit immobilier et le droit de la consommation ont représenté plus de 60% des ouvertures de dossiers. Si les litiges professionnels en droit du travail et avec la sécurité sociale ont augmenté cette année, l'activité de renseignements a impacté la déontologie, mais surtout le droit hospitalier. Les déclarations relevant du droit immobilier ont légèrement diminué, alors que les litiges en rapport avec le droit de la consommation et la vie privée ont encore augmenté (+12%).

La répartition des dossiers ouverts en 2012 est identique à celle de l'année dernière : 47% concernent des litiges d'ordre privé, alors que 53% ont un lien direct avec l'activité professionnelle de nos sociétaires.

RELATIONS ENTRE PRATICIENS LIBÉRAUX, AVEC DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIVÉS, DÉONTOLOGIE, FISCALITÉ

Elles représentent **1742** déclarations (1 724 en 2011).

Les 1742 sinistres représentent 19 % des sinistres ouverts en protection juridique (dont 70 % gérés à l'amiable contre 30 % par la voie judiciaire). Le contentieux disciplinaire représente encore cette année une part prépondérante de l'activité, avec des poursuites pour la rédaction de certificats médicaux litigieux ou pour des soins non conformes aux pratiques médicales reconnues. Les litiges entre confrères liés à la confraternité alimentent également ce contentieux ordinal.

En matière de contentieux ordinal, les plaintes à l'encontre des médecins ayant rédigé un certificat médical litigieux sont en constante augmentation. Les certificats les plus contestés sont ceux produits dans une procédure prud'homale, dès lors que le médecin établit un lien de causalité entre l'état de santé du salarié et une situation de harcèlement subie au travail. Sont concernés également les certificats produits dans les procédures de divorce et les procédures d'attribution de la garde des enfants, où le médecin a tendance à s'immiscer dans les affaires de famille.

On note en outre un nombre important de plaintes ordinaires, toutes professions de santé confondues, relatives à des soins considérés comme non-conformes aux pratiques médicales reconnues.

L'exercice en groupe de la médecine pose les problématiques récurrentes liées aux litiges entre associés (SCM, SCP, SEL) concernant les retraits de sociétés et les cessions de parts sociales.

Un questionnaire nouveau a vu le jour, en 2012, à propos de la valeur juridique de la clause de non-concurrence insérée dans un contrat de collaboration libérale.

La fiscalité des professions de santé a été marquée par le contentieux relatif aux opérations d'investissements Outre-Mer ayant pour objet le bénéfice d'une réduction d'impôt. La Direction Générale des Finances Publiques a multiplié les propositions de rectification, remettant ainsi en cause le bénéfice de la défiscalisation.

L'information délivrée par nos juristes ou fiscalistes permet de désamorcer certains conflits naissants, et la multiplication des réunions de conciliation devant les Ordres professionnels, à la suite de plaintes, permet d'aboutir, de plus en plus souvent, à des solutions amiables dans de nombreux cas.

- Poursuites disciplinaires devant les Ordres (900 en 2012, contre 899 en 2011 et 698 en 2010)

Le nombre de dossiers concernant des plaintes ordinaires est resté stable entre 2011 et 2012.

Les litiges ont porté, comme à l'habitude, sur un grand nombre de domaines : contestations d'actes (241), certificats (172), confraternité

(95), comportement douteux du médecin (102), refus de soins (31), secret professionnel (46), publicité (47), cabinet secondaire (33), détournement de clientèle (54), diffamation (19), dossier médical (9), installation (9), qualification (6), inscription au tableau (5), gardes (16), non-assistance (8), compérage (4), titres (3).

- Litiges entre confrères (375 en 2012, contre 374 en 2011 et 430 en 2010)

L'exercice en groupe connaît toujours autant de litiges, notamment en matière de retrait. Des contrats mal rédigés, comportant des clauses insuffisamment précises, sont souvent à l'origine de ces contentieux. Les conflits portant sur l'application de contrats de collaboration sont en augmentation significative.

Les dossiers ouverts en 2012 concernent la structure juridique du groupe ou le contrat du sociétaire et visent le retrait (118), la cession de parts sociales (35), la dissolution (32), l'exclusion (5), la gérance (4). De nombreux dossiers concernent des litiges portant sur des contrats de collaboration (129), des contrats d'exercice en commun (33), des contrats d'assistantat (7) ou encore sur l'application ou l'interprétation de clauses de non réinstallation (12).

- Litiges fiscaux (228 en 2012, contre 221 en 2011 et 73 en 2010)

En 2012, l'essentiel des dossiers a porté sur les contrôles de la déclaration d'ensemble des revenus (157) ou sur la déclaration de BNC (21). Les autres litiges ont porté sur la fiscalité immobilière (18), la TVA (7), les revenus fonciers (8), les impôts locaux (7), l'ISF (2), la taxe professionnelle (4) et les plus-values (4).

- Litiges portant sur divers contrats d'exercice professionnel (153 en 2012, contre 131 en 2011 et 80 en 2010)

Le nombre des déclarations est en augmentation. Ces déclarations portent de plus en plus souvent sur des contrats de remplacement (78) ou encore sur des difficultés liées aux cessions de clientèle (33). Les autres déclarations ont porté sur des contrats avec des maisons de retraite (20) et d'autres établissements privés (22).

- Litiges avec des cliniques (69 en 2012, contre 89 en 2011 et 85 en 2010)

L'exercice en clinique n'est pas affecté par une augmentation de sinistralité. Les litiges portent sur la rupture (42), la cession de la clinique (4), la clause d'exclusivité (4), la redevance (13), le préavis (4) ou encore la cessibilité du contrat (2).

- Procédures administratives (17 en 2012, contre 10 en 2011 et 43 en 2010)

Ces dossiers concernent diverses mises en cause à l'initiative de l'administration ou ont porté sur des réquisitions.

DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, DROIT HOSPITALIER, DROIT DU TRAVAIL

Ce domaine se compose de trois catégories de litiges, dont la nature professionnelle est très marquée. Le nombre des sinistres est de 1773 (1598 en 2011).

Sécurité Sociale (530 en 2012, contre 447 en 2011 et 523 en 2010)

Comme les années précédentes, les contentieux en matière d'indus sont restés constants et ont porté principalement sur les dispositions issues de la NGAP et de la CCAM. Contrairement à 2011, la CPAM du Var semble assouplir ses contrôles de facturations des AIS 3, actes réalisés par les infirmiers libéraux. Néanmoins, on constate que de plus en plus de professionnels de santé qui font l'objet de procédures en répétition d'indus sont également mis en cause devant la commission des pénalités financières. Cette commission pourra être saisie même si l'indu est de faible montant.

Tout comme en 2011, on constate une certaine constance des contentieux devant la section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre. Les principaux griefs retenus sont les abus d'actes, le non-respect des nomenclatures, les actes fictifs ou encore les prescriptions abusives ou non-conformes aux données acquises de la science. Les professionnels de santé touchés par ces procédures sont principalement les chirurgiens-dentistes et les médecins.

Nous sommes toujours très régulièrement saisis de litiges opposant nos sociétaires aux URSSAF, notamment pour obtenir le transfert de leur dossier d'une URSSAF à une autre ou encore pour obtenir leur affiliation, voire leur radiation. Nos sociétaires doivent faire preuve d'une grande persévérance car l'URSSAF peut montrer une certaine inertie, vraisemblablement liée au fait que les problèmes informatiques rencontrés les années précédentes ont généré un retard colossal dans le traitement des dossiers. Le recours au Défenseur des Droits peut constituer une aide réelle. Les erreurs dans le calcul des cotisations sociales perdurent et nos sociétaires sont très affectés par ces dysfonctionnements, les vivant comme une réelle injustice (avec le sentiment que l'URSSAF bénéficie d'une certaine impunité). On constate également que ces erreurs des URSSAF peuvent, en plus du désagrément subi, engendrer de réels préjudices à l'encontre de nos sociétaires (perte de leur couverture maladie, refus de certaines prestations car les cotisations, n'ayant pas été appelées, ne peuvent être déduites du BNC, par conséquent les revenus fiscaux sont erronés). Des actions en responsabilité peuvent être envisagées plus aisément qu'auparavant.

Tout comme en 2011, nous avons été saisis de demandes de renseignements en matière de retraite et de cumul emploi-retraite. Quant aux contentieux, ils portent bien souvent sur la régularisation des cotisations arriérées (mauvaise assiette de calcul, absence de versement de cotisations par l'employeur...). Il s'agit généralement de l'absence de versement de cotisations au titre de la retraite complémentaire (généralement à l'IRCANTEC).

Les déclarations concernent les domaines suivants :

- Relations Caisses-praticiens (287 en 2012, contre 233 en 2011 et 358 en 2010)

Les dossiers portent sur l'interprétation et l'application de la NGAP (117), la CCAM (46), l'application des conventions (25), des poursuites pour abus et fraude (70), la contestation de pénalités financières (16), la mise sous entente préalable (13).

- Prévoyance sociale des praticiens (51 en 2012 contre 51 en 2011 et 30 en 2010)

Les domaines concernés sont les suivants : maladie (27), accident du travail et maladie professionnelle (14), maternité (3), prestations familiales (2), invalidité décès (2), incapacité temporaire (3).

- Litiges avec l'URSSAF (95 en 2012, contre 74 en 2011 et 62 en 2010)

Ils portent sur les cotisations (66), l'affiliation (4) et les contrôles (25).

- Retraite des praticiens salariés (27 en 2012, contre 42 en 2011 et 22 en 2010)

On retrouve des difficultés dans les domaines suivants : régularisation, rachat et validation de cotisations (16), liquidation de pension (4), retraite des salariés du secteur public (7).

- Retraite des praticiens libéraux (70 en 2012 contre 47 en 2011 et 29 en 2010)

Les litiges portent sur la liquidation des pensions (44), le montant des cotisations (24), l'affiliation (2).

Droit hospitalier (513 en 2012, contre 479 en 2011 et 413 en 2010)

Les thèmes récurrents sur lesquels nous avons plus particulièrement été sollicités au cours de l'année 2012 sont les suivants :

- litiges relatifs à l'organisation de service : changement d'affectation, transformation de gardes en astreintes ;
- transformation de CDD en CDI dans la fonction publique territoriale ;
- rappel de rémunération (notamment indemnité de précarité pour les praticiens hospitaliers contractuels) ;
- difficultés relationnelles (harcèlement moral, diffamation) ;
- difficultés pour obtenir les positions statutaires (disponibilité, mutation, congés annuels) ;
- questions sur le compte épargne temps ;
- cumul emploi retraite ;
- cumul d'activités (notamment pendant disponibilité, pendant liquidation du compte épargne temps, temps partiel) ;
- suspension de praticiens hospitaliers ;
- choix de catégorie pour les infirmiers ;
- modification de contrat ;
- reconnaissance d'accidents de service.

A titre d'exemple, le Tribunal administratif d'Orléans a jugé, le 27 mars 2012, que l'indemnité de précarité à l'issue des contrats à durée déterminée restait due au praticien contractuel, en l'absence de proposition de CDI, peu important que le praticien contractuel n'ait pas postulé sur un poste vacant de praticien hospitalier.

Dans cette affaire, le centre hospitalier soutenait que le praticien

contractuel ne pouvait pas bénéficier de l'indemnité de précarité, car il ne s'était pas porté candidat sur un poste de praticien hospitalier vacant.

Le Tribunal administratif a jugé, au contraire, que le poste de praticien hospitalier ne pouvait être assimilé à un CDI car d'une part, il supposait de passer un concours au niveau national, d'autre part, un praticien hospitalier n'est pas dans une position contractuelle mais réglementaire, et enfin, il ne présentait aucune garantie de recrutement pour le médecin qui postule : c'est en effet non pas le directeur du centre hospitalier qui contracte, mais le centre national de gestion des praticiens hospitaliers qui nomme, sur la base des avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration du centre hospitalier.

- Rappel de rémunération (165 en 2012, contre 134 en 2011 et 115 en 2010).

- Carrière hospitalière (176 en 2012, contre 177 en 2011 et 136 en 2010).

On retrouve des litiges sur : droits statutaires (121), mutation (5), avancement (11), non titularisation (4), notation (10), requalification du statut (7), reprise d'ancienneté (4), suspension (5), autres (9).

- Difficultés en cours de contrat (42 en 2012, contre 52 en 2011 et 50 en 2010).

Les causes de ces litiges sont les suivantes : rupture de contrat (33), suspension de fonctions (3), modification du contrat (6).

- Harcèlement (37 en 2012, contre 41 en 2011 et 38 en 2010)

- Diffamation ou violences (38 en 2012, contre 28 en 2011 et 16 en 2010)

- Sanctions disciplinaires (30 en 2012, contre 36 en 2011 et 21 en 2010)

- Maladies professionnelles et accidents du travail (25 en 2012, contre 11 en 2011 et 22 en 2010)

Droit du travail (730 en 2012, contre 672 en 2011 et 703 en 2010)

Au cours de l'année 2012, nous avons pu constater un important contentieux sur les questions relatives à la **durée du travail et à la modification du contrat**, notamment sur des modifications de plannings et l'exécution des gardes et astreintes, mais aussi sur l'exécution des heures supplémentaires.

Nos sociétaires nous ont également sollicités dans le cadre de **contentieux liés à la mise en inaptitude** et ses conséquences. L'application du décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail et modifiant la périodicité des visites médicales obligatoires a entraîné une forte augmentation des demandes de conseils dans ce domaine.

Il est à noter également des actions de nos sociétaires ou de leurs proches visant à faire reconnaître la **faute inexcusable de l'employeur** et l'accident du travail à la suite d'une situation de harcèlement, ou encore après le suicide d'un sociétaire.

Comme les années précédentes, nous sommes souvent interrogés pour toutes les questions liées à la mise en œuvre de la **rupture conventionnelle**, même si le contentieux reste stable.

Sociétaires employeurs (278 en 2012, contre 285 en 2011 et 303 en 2010).

Les litiges rencontrés concernent de nombreux aspects du contrat de travail : licenciement pour faute (119), heures supplémentaires (20), licenciement économique (21), sanctions disciplinaires (22), résiliation judiciaire (12), interprétation du contrat (8), durée du travail (7), CDD (8), harcèlement (16), maladie ou accident (5), rupture de la période d'essai (12), démission (16), contestation d'une indemnité de précarité (10), application d'une convention collective (2).

Sociétaires salariés (452 en 2012, contre 387 en 2011 et 400 en 2010)

Les litiges portent sur le licenciement pour faute (104), les heures supplémentaires (54), l'interprétation du contrat (81), le harcèlement (36), les sanctions disciplinaires (37), le licenciement économique (24), la rupture de la période d'essai (17), la durée du travail (21), la maladie ou l'accident (15), l'application de la convention collective (14), la démission (12), la contestation des avis du médecin du travail (10), le CDD (9), le transfert du contrat de travail (4), le départ à la retraite (3), la reprise d'ancienneté (6), la diffamation ou la calomnie (5).

DROIT IMMOBILIER

Les principales catégories de litiges ont connu en 2012 une diminution du nombre des déclarations (2 291 contre 2 353 en 2011).

82% de ces déclarations concernent la vie privée de nos sociétaires et 70% de ces dossiers ont été ouverts en amiable.

L'activité prépondérante concerne le droit de la construction, avec ses nombreux litiges relatifs aux malfaçons, aux retards ainsi qu'aux abandons de chantiers.

Les différends entre propriétaires et locataires, générés par des défauts de paiement des loyers, sont en augmentation. En revanche, les conflits de voisinage, ainsi que ceux rencontrés par nos sociétaires avec leur syndic, ont légèrement diminué.

En urbanisme, nous n'enregistrons qu'un petit nombre de déclarations, mais ce chiffre sera susceptible d'augmenter lorsque vont devenir obligatoires, en 2015, les normes d'accessibilité des locaux aux personnes handicapées. Sur ce sujet, nous conseillons la lecture de l'article paru sur le site de la MACSF (www.macsf.fr) sous le titre "L'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées".

- Construction et travaux (782 en 2012, contre 755 en 2011 et 773 en 2010)

Le droit de la construction représente la principale activité du pôle.

Nous avons à traiter de plus en plus de litiges portant sur des malfaçons, mais aussi sur des retards de livraison, des désaccords quant

au montant de la facture présentée à la fin des travaux, et sur des conflits entre nos sociétaires et l'architecte chargé de coordonner leur construction. La responsabilité de ce dernier peut être engagée s'il a failli à son obligation de conseil ou s'il n'a pas respecté la stricte application du contrat passé avec le maître d'ouvrage.

En dehors même de l'intervention d'un architecte, il faut rester très vigilant et bien veiller à ce que l'entreprise produise une attestation d'assurance en cours de validité portant sur l'activité concernée. Il faut également souscrire une assurance dommage ouvrage. Cette assurance a pour objet de garantir au maître de l'ouvrage de l'immeuble le paiement des travaux de réparation des dommages relevant de la garantie décennale. Cette assurance couvre, en dehors de toute recherche de responsabilité des constructeurs, le paiement des travaux de réparation des dommages. Le délai d'indemnisation du maître de l'ouvrage est de quelques mois, alors qu'il appartiendra à l'assureur dommages-ouvrage de se retourner contre les constructeurs et leurs assureurs pour obtenir le remboursement de ce qu'il aura versé.

L'ensemble des litiges de la rubrique se répartit de la façon suivante : malfaçons (639), abandon de chantier (21), retard de livraison (23), litiges sur montant de facture (33), non réalisation du projet (14), discussion sur l'application de la garantie biennale ou décennale (16), responsabilité de l'architecte (21), application de l'assurance dommage ouvrage (4), litige avec promoteur (5), livraison d'un bien non conforme (6).

- Relations locataire/propriétaire (601 en 2012, contre 534 en 2011 et 526 en 2010)

Les litiges portent, le plus souvent, sur des retards ou des défauts de paiement de loyer de la part des locataires. Rappelons qu'il convient de faire délivrer un commandement de payer par voie d'huissier, impartissant au locataire de régulariser ses loyers dans un délai de deux mois. Ce n'est qu'au terme de ce délai que le tribunal pourra être saisi afin de solliciter, outre le paiement des arriérés, la résiliation du bail et l'expulsion du locataire. La MACSF n'intervient pas à ce stade, mais si le commandement de payer n'a pas été suivi d'effets, elle pourra participer aux frais et honoraires de la procédure de résiliation du bail et d'expulsion.

De nombreux litiges portent également sur la répartition des charges et des réparations entre propriétaires et locataires. Si cette répartition est clairement définie par les décrets du 26 août

1987 régissant les baux d'habitation ou mixtes (professionnels et d'habitation), tel n'est pas le cas pour les baux professionnels et commerciaux. Aussi est-il vivement conseillé d'y prévoir la référence aux mêmes décrets.

Concernant l'utilisation-même du local, un arrêt de la 3^{ème} chambre civile de la Cour de cassation du 5 septembre 2012 rappelle que, si en cours de bail, le locataire d'un local à usage mixte professionnel et d'habitation a le droit de n'utiliser les lieux qu'à un seul de ces usages, en revanche, en fin de bail, il ne pourra bénéficier du renouvellement s'il n'habite pas les lieux pendant au moins six mois.

Les principaux domaines dans lesquels nos sociétaires ont rencontré des difficultés sont les suivants : expulsion (88),

réparations locatives (90), réclamations diverses du locataire à l'égard du sociétaire propriétaire (36), litiges avec administrateur de biens (54), troubles de jouissance (36), litiges portant sur le congé (35), résiliation d'un bail (22), retards de paiement (42), charges locatives (36), contestation par nos sociétaires locataires du loyer réclamé (31), qualification et nature du bail (54), réparations incombant au bailleur (19), litiges sur nouveau loyer lors d'un renouvellement de bail (22), cautionnement (18), cession ou sous-location (9), colocation (2), location saisonnière (7).

- Litiges de voisinage (333 en 2012, contre 414 en 2011 et 396 en 2010)

On constate une légère baisse des litiges entre voisins cette année. Des arrangements amiables interviennent de plus en plus fréquemment, surtout en matière de nuisances sonores, de prolifération de végétation, de respect de servitudes ou même avant d'envisager l'exécution de travaux.

Concernant les plantations, nous recommandons toujours de vérifier si des règlements municipaux n'ont pas été édictés, car les dispositions du Code civil ne s'appliquent que si ces derniers n'existent pas.

Avant l'exécution de travaux, il convient, là encore, de consulter les services municipaux afin d'être certain qu'une déclaration ou qu'un permis ne doit pas être demandé préalablement.

Les litiges portent sur des nuisances, notamment de bruit (39) et de dégât des eaux (24), mais également de vue (12) ou encore d'odeurs (8).

Les contestations de travaux réalisés par un voisin (82), sur des questions de bornage, de mitoyenneté, de clôture et d'empiètement (50), sur des plantations (33), sur des servitudes et notamment des servitudes de passage (28) ont alimenté un grand nombre de nos dossiers. A signaler également des contestations de travaux effectués par nos sociétaires (31), des comportements irrespectueux en matière de voisinage (19), des litiges sur l'écoulement des eaux (7).

- Litiges de copropriété (224 en 2012, contre 257 en 2011 et 261 en 2010)

On constate une petite diminution de nos dossiers, dont l'origine provient essentiellement de litiges avec les syndicats. Il leur est souvent reproché des négligences, un défaut d'intervention mais aussi de ne pas fournir les explications souhaitées. Aussi est-il toujours recommandé d'élire un conseil syndical très actif, même si ce dernier ne dispose que d'un pouvoir de contrôle et non de décision. En cas d'urgence, et si les travaux sont nécessités par la préservation de l'immeuble, le syndic doit les faire exécuter avant même d'avoir obtenu l'autorisation de l'assemblée générale.

Enfin, un arrêté du 3 avril 2013 est venu préciser le contenu et les modalités de réalisation d'un audit énergétique pour les bâtiments à usage principal et d'habitation dans les copropriétés de 50 lots ou plus, audit ayant été rendu obligatoire par un précédent décret du 27 janvier 2012.

Les déclarations sont alimentées par les difficultés suivantes : litiges avec le syndic (77), troubles de jouissance des par-

ties privatives (34), travaux faits par la copropriété (15), travaux faits par un copropriétaire (11), travaux faits par l'un de nos sociétaires (11), ouverture et fermeture des portes dans la journée (13), litiges sur travaux votés (13), non-respect du règlement de copropriété (15), augmentation des charges (9), dysfonctionnement d'un service collectif de la copropriété (8), assignation en paiement de charges (10), nomination du syndic ou de l'administrateur provisoire (4), plaque professionnelle (4).

- Ventes immobilières (190 en 2012, contre 177 en 2011 et 154 en 2010)

Les litiges naissent en général suite à un **refus de signer l'acte authentique** de la part de l'acquéreur ou du vendeur, ou suite à la découverte de vices cachés après une acquisition. Concernant ces derniers, rappelons que le recours doit être intenté très rapidement, et au plus tard dans les deux ans après leur découverte.

L'acquéreur d'un bien a toujours la possibilité d'utiliser son droit de rétractation dans le délai de sept jours, délai commençant à courir à compter du lendemain de la première présentation de la lettre recommandée avec accusé de réception par la Poste. En revanche, les SCI qui agissent dans le but d'obtenir un profit commercial de cette acquisition ne peuvent en bénéficier, comme cela a été confirmé par un arrêt rendu par la 3^{ème} chambre civile de la Cour de cassation du 24 octobre 2012.

Figurent dans cette rubrique les cas suivants : vice caché découvert après la vente (82), refus de signer l'acte authentique (32), revendication portant sur les clauses de l'acte (20), mise en cause de la responsabilité d'un notaire (17), litiges avec une agence immobilière (19), litiges portant sur la superficie du local (7), sur la restitution d'indemnités d'immobilisation (7), diagnostic erroné (3), sur une saisie immobilière (2), portant sur une proposition d'achat (1).

- Urbanisme (99 en 2012, contre 107 en 2011 et 77 en 2010)

Le nombre des litiges est pour le moment assez faible et concerne des refus de permis de construire, ou portent sur la contestation d'un permis qui aurait été accordé à un voisin.

Dans un but préventif, il est important de rappeler que la loi du 11 février 2005 a mis en place de nouvelles dispositions modifiant les conditions d'accessibilité des établissements recevant du public aux personnes handicapées, et que ces dispositions concernent également les cabinets médicaux, puisque dès le 1^{er} janvier 2015, ces derniers devront satisfaire aux obligations prévues.

Les difficultés liées à l'urbanisme font souvent l'objet de procédures lourdes. Elles portent sur les domaines suivants : permis de construire (52), contestation d'arrêtés (12), servitude d'utilité publique (10), déclaration de travaux (4), expropriation (7), travaux non effectués (8), transformation de locaux sans autorisation (3), droit de préemption de la commune (3).

- Recours exercés par des sociétaires dans le cadre de l'assurance de leur cabinet professionnel auprès de la MACSF (6 en 2012, contre 8 en 2011 et 16 en 2010)

Ces recours complètent la gestion des sinistres dommages suite à un accident ayant atteint les locaux du sociétaire, en lui permettant de faire valoir certains préjudices spécifiques.

- Suite de dossiers dommages non auto matériels (assurance habitation) (30 en 2012, contre 63 en 2011 et 60 en 2010)

- Divers (26 en 2012, contre 38 en 2011 et 24 en 2010)

DROIT DE LA CONSOMMATION - VIE PRIVÉE

Ce domaine a connu une nouvelle augmentation en 2012, puisque le nombre total de déclarations s'élève à 3 220 (2 869 en 2011).

Parmi les informations traitées par ce pôle, on retiendra notamment :

- la poursuite de la gestion des litiges sériels de nature sanitaire : Médiateur® et PIP ;

- la sanction par la justice des acteurs de contrats de crédit-bail destinés aux professionnels de santé : la Cour d'appel de Lyon a rendu plusieurs décisions, le 30 août 2012, à l'encontre d'une société de crédit-bail et d'un fournisseur d'électrocardiogrammes car ils n'avaient pas respecté leurs obligations contractuelles, puisque le matériel ne fonctionnait pas. La Cour d'appel, en déclarant indivisibles les contrats de crédit-bail et de fourniture du matériel, a ainsi permis aux sociétaires concernés de résilier leurs contrats. Ce type de litige a concerné plus de 50 sociétaires ;

- la fin annoncée des juges de proximité (qui jugent les litiges inférieurs à 4 000 €), repoussée de fin 2012 au 1^{er} janvier 2015 par une loi n°2012-1441 du 24 décembre 2012 ;

- en matière de retard de vols aériens, la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) a confirmé sa jurisprudence concernant l'indemnisation des passagers victimes d'un retard de vol. En matière d'annulation de vol, un règlement européen (261/2004 du 11 février 2004) prévoit un droit pour les passagers à une indemnisation forfaitaire d'un montant de 250 à 600 €. Il n'en est rien concernant le retard ; seule une assistance est prévue. La CJUE, saisie d'une question préjudicielle, a rendu une décision le 23 octobre 2012 (C-581/10) permettant aux passagers qui atteignent leur destination finale trois heures ou plus après l'arrivée prévue, de demander cette indemnisation forfaitaire à la compagnie aérienne, à la condition que ce retard ne soit pas dû à des circonstances extraordinaires. Même si la CJUE ne tranche pas les litiges nationaux, il appartient aux juridictions nationales de se conformer à cette décision.

- Litiges avec des fournisseurs et prestataires de service (1033 en 2012, contre 982 en 2011 et 932 en 2010)

On trouve dans cette rubrique les litiges suivants : achat de biens mobiliers (205), en matière de matériel professionnel : location longue durée (142), achat (48) et crédit bail (25).

On retiendra également des litiges avec des prestataires informatiques (49), des opérateurs Internet (77) et d'autres sociétés (26).

D'autres dossiers ont également été ouverts dans des domaines relevant davantage de la vie privée : litiges avec voyagistes (101),

avec un déménageur (23), avec des organismes de formation (5), des organismes d'enseignement (4), une société de nettoyage (9), une société de télésurveillance (10), un chauffagiste (6), avec des sociétés proposant des secrétariats téléphoniques (16), un cuisiniste (6), un plombier (6), un teinturier (2), un hôtelier (2), et un installateur de piscines (3).

La téléphonie mobile a donné lieu à 58 ouvertures de dossiers, et les affaires liées aux escroqueries des sociétés d'annuaires professionnels ont généré 210 dossiers.

- Poursuites pénales (539 en 2012, contre 532 en 2011 et 399 en 2010)

Il s'agit tout d'abord des affaires concernant nos sociétaires poursuivis pénalement : coups et blessures (18), escroquerie, vol, faux et usage de faux (19), agressions sexuelles (14), infractions routières (5), diffamation (4), vandalisme (4), dénonciation calomnieuse (6), recel (10), autres (31).

Les affaires dans lesquelles nos sociétaires ont été victimes sont restées stables en 2012 (428 contre 425 en 2011 et 304 en 2010). Il s'agit essentiellement : de coups et blessures (126), diffamation (65), escroquerie (44), de vol (65), faux et usage de faux (35), agressions sexuelles (21), dénonciation calomnieuse (14), vandalisme (12), infractions routières (11), recel (1), autres (34).

- Litiges concernant les véhicules à moteur (464 en 2012, contre 368 en 2011 et 355 en 2010)

On trouve dans cette rubrique les litiges nés à l'occasion de l'intervention d'un garagiste (195), d'un achat (169), d'une location (25), d'une vente (50), d'un leasing (7), autres (18).

- Litiges avec des sociétés d'assurances (328 en 2012, contre 304 en 2011 et 247 en 2010)

Ils portent sur les sujets suivants : refus de garantie (167), contestation d'indemnisation (85), augmentation de cotisation (15), défaut d'information (11), fausse déclaration (6), litiges divers (44).

- Litiges avec des établissements bancaires (189 en 2012, contre 159 en 2011 et 155 en 2010)

Ils portent sur : crédits immobiliers professionnels (70), crédits à la consommation (31), cautionnement (12), moyens de paiement (21), fonctionnement du compte de dépôt (20), autres (35).

- Litiges avec des services publics (115 en 2012, contre 110 en 2011 et 83 en 2010)

Entrent dans cette catégorie notamment les litiges concernant : téléphonie (42), électricité (28), eau (14), enseignement (13), gaz (6), transports (6), courriers (3), annuaires (3).

- Mise en cause d'une responsabilité médicale ou hospitalière (114 en 2012, contre 113 en 2011 et 93 en 2010)

La répartition de ces dossiers est la suivante : mise en cause d'un médecin (27), d'une clinique ou d'un hôpital (40), d'un chirurgien-dentiste (20), assistance d'un sociétaire auprès d'une CCI (3), divers (24).

- Accidents (149 en 2012, contre 108 en 2011 et 77 en 2010)

Dans ce domaine, la sinistralité a été plus élevée, avec une prédominance des accidents corporels (94) par rapport aux accidents matériels (55). Le plus souvent, ces dossiers mettent en cause un assureur.

- Responsabilités professionnelles diverses (62 en 2012, contre 70 en 2011 et 78 en 2010)

Divers professionnels ont été mis en cause : avocats (24), experts comptables (17), notaires (3), autres professionnels (18).

- Propriété littéraire et artistique (16 en 2012, contre 14 en 2011 et 24 en 2010)

Sont concernés les litiges portant sur des contrats d'édition ou des dossiers de reproduction illicite.

- Recours exercés par des sociétaires dans le cadre de l'assurance de leur cabinet professionnel auprès de la MACSF

Si un certain nombre de recours a été exercé par le pôle droit immobilier, en 2012, 211 recours ont été exercés pour le compte de nos sociétaires par le pôle droit de la consommation-vie privée : ces recours complètent la gestion des sinistres dommage suite à un accident ayant atteint les locaux du sociétaire, en lui permettant de faire valoir certains préjudices spécifiques.






→ Le site www.risque-medical.fr

Retrouvez ce panorama sur le site dédié de la MACSF.

- Un accès aux déclarations de sinistres par spécialités
- Des analyses réalisées par les juristes et les médecins conseils de la MACSF sur les décisions de justice et les avis des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation.

Chaque analyse décrit :

-  l'accident survenu
-  le résultat de l'expertise
-  la décision prise par le tribunal ou l'avis de la CCI.



→ 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.





Chiffres 2012

PANORAMA DES RISQUES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

Édition 2013

MACSF
10 cours du Triangle de l'Arche
TSA 40100
92 919 La Défense Cedex

macsf.fr