

RAPPORT ANNUEL

PANORAMA

DES RISQUES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

CHIFFRES 2013

ÉDITION **2014**

- LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
- LES DÉCISIONS DE JUSTICE ET AVIS CCI
- L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

Toutes
spécialités

Notre engagement, c'est vous.



MACSF
Le Sou Médical

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE p. 3

LE RISQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Anatomopathologie p.5
- Anesthésie p.6
- Biologie médicale p.16
- Cardiologie p.17
- Chirurgie p.23
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique p.45
- Dermatologie p.48
- Endocrinologie p.52
- Gynécologie et Obstétrique p.52
- Hépto-gastro-entérologie p.58
- Médecine générale p.63
- Médecine interne p.87
- Médecine légale
Réparation juridique
du dommage corporel p.88
- Médecine physique
et de réadaptation p.88
- Médecine du travail p.89
- Médecine d'urgence p.89
- Néphrologie p.95
- Neurologie p.95
- Ophtalmologie p.98
- Oto-rhino-laryngologie p.111
- Pédiatrie p.116
- Phlébologie - Angiologie p.119
- Pneumologie p.120
- Psychiatrie p.122

- Radiologie
Imagerie médicale p.125
- Radiothérapie et Oncologie p.130
- Réanimation p.132
- Rhumatologie p.132
- Stomatologie p.135
- Chirurgiens-dentistes p.140
- Sages-femmes p.147
- Infirmiers p.148
- Masseurs-kinésithérapeutes p.151
- Pédicure- Podologue p.154
- Autres paramédicaux p. 155
- Vétérinaires p.155
- Cliniques p.160
- Centre de transfusions
sanguines p.207

LES DECISIONS DE JUSTICE ET AVIS CCI

- Décisions de justice p. 209
- Avis CCI p. 234

LA PROTECTION JURIDIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Actualité de la vie juridique p. 245
- Relations entre praticiens libéraux, avec des établissements de soins privés, déontologie, fiscalité p. 246
- Droit de la sécurité sociale, droit hospitalier, droit du travail p. 248
- Droit immobilier p. 253
- Droit de la consommation
vie privée p. 256

INTRODUCTION GENERALE

En 2013, la MACSF- Le Sou Médical a couvert en responsabilité civile professionnelle **432 490** professionnels de santé (+ 7 % par rapport à 2012).

Ceux-ci ont adressé **4 028 déclarations**¹ (°) dont **155** concernant des dommages matériels. La sinistralité correspondante est de **0,93** déclaration pour 100 sociétaires (1,04 % en 2012).

Pour les **134 392** médecins sociétaires de la MACSF (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié), **2011** déclarations ont trait à des dommages corporels.

La sinistralité est de **1,5%** pour 100 sociétaires médecins (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié) (1,67 % en 2012).

Médecins libéraux

Pour les **79 135** sociétaires médecins libéraux exclusifs ou ayant une activité en secteur privé hospitalier, **1 923** déclarations ont trait à des dommages corporels.

La sinistralité en activité libérale est de **2, 43%** (2, 65 % en 2012).

Déclarations dommages corporels

Les 2011 déclarations d'accidents corporels concernant des médecins ont fait l'objet de la part des malades ou de leur entourage de **66** plaintes pénales, **195** plaintes ordinaires, **429** assignations en référé (civiles ou administratives), **801** réclamations (orales, écrites ou par mandataire) et de **520** saisines d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)².

Chirurgiens-dentistes

Les **25 467** chirurgiens-dentistes sociétaires du groupe MACSF et du contrat groupe CNSD ont adressé **1 527** déclarations en 2013 soit une sinistralité de 6 % (5,19 % en 2012).

Paramédicaux

Les professionnels paramédicaux et les sages-femmes ont déclaré 120 sinistres, les vétérinaires ont déclaré 223 sinistres.

Cliniques

Les déclarations concernant les cliniques (228 cliniques, 937 déclarations) font l'objet d'une rubrique distincte.

1 Hors CTS

2 Ces chiffres ne prennent en compte que la déclaration initiale : par exemple une réclamation peut évoluer ultérieurement en une assignation en référé, une demande de conciliation en CCI, voire en une plainte pénale et/ou ordinaire, les modes de réclamation peuvent également être multiples très rapidement ou successivement lors de l'évolution du dossier.



1

LES RISQUES DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

ANATOMOPATHOLOGIE

Les anatomopathologistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 8 déclarations (en exercice libéral) : 3 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 2 réclamations et 2 saisines d'une CCI.

La majorité des déclarations concerne une erreur d'interprétation.

Biopsie cutanée (3)

- ➔ Analyse de la biopsie d'un nævus situé en regard du sein, étiqueté bénin. Diagnostic rectifié quatre ans plus tard lors de la découverte d'un mélanome sur la biopsie d'un ganglion axillaire. Relecture des lames en faveur d'un mélanome SSM, classe III à IV de Clark, 0,6 mm d'épaisseur. Un radiothérapeute est également concerné.
- ➔ Analyse successive de multiples lésions cutanées dont deux ont été, à tort (avis de référents lors de la relecture), considérées comme des mélanomes, avec la sanction d'une exérèse élargie alors qu'il s'agissait de mélanomes SSM 1. Reproche l'évocation d'une mélanose de Dubreuilh extensive alors qu'il s'agissait de nævi multiples.
- ➔ Analyse d'une biopsie du cuir chevelu étiquetée granulome épithélioïde ou giganto-cellulaire. Nouveau prélèvement quatre mois plus tard devant une extension de la lésion conduisant à un carcinome épidermoïde invasif peu différencié. Evolution rapide et multi métastatique justifiant intervention et radiothérapie. Un dermatologue est également concerné.

Cytoponction (2)

- ➔ Ponction d'un ganglion sous-angulo-maxillaire à la demande d'un ORL. Diagnostic erroné de bénignité rectifié à quatre mois lors de l'exérèse (métastase d'un cancer épidermoïde, probablement de l'oropharynx, avec rupture capsulaire). Les reproches visent surtout l'ORL (absence d'information sur les limites de l'examen et absence d'investigation).
- ➔ Ponction d'un nodule du sein (ACR4) à la demande d'un radiologue. Conclusion de bénignité rectifiée lors de la biopsie d'un autre nodule apparu dans un délai de cinq mois. Diagnostic de deux foyers d'un adénocarcinome infiltrant différencié.

Appendice (1)

- ➔ Analyse qualifiée d'inflammatoire. Diagnostic infirmé lors de la découverte, trois ans plus tard, d'une carcinose péritonéale. Adénocarcinome invasif sur lésion dysplasique festonnée de l'appendice découvert lors de nouvelles coupes. Un généraliste est également concerné.

Hystérectomie (1)

- ➔ Bénignité infirmée lors de la découverte, quatre ans plus tard, d'une métastase hépatique. Leiomyosarcome à la relecture.

Divers (1)

- ➔ Mise en cause systématique après un diagnostic exact de cancer du sein. Intervention compliquée de nécrose infectée.

ANESTHESIE

Les **4 733** anesthésistes réanimateurs sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **190** déclarations (182 en exercice libéral et 8 en exercice salarié), soit une sinistralité de 19,1 % en exercice libéral (contre 21, 8 % en 2012) : 6 plaintes pénales, 42 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 68 réclamations et 68 saisines d'une CCI.

Bris dentaire (51)

51 déclarations de bris dentaire ont été adressées, parfois dans un contexte de difficulté prévue ou imprévue d'intubation (7) ; 2 sont survenues sous anesthésie avec masque laryngé ; à noter l'ingestion accidentelle d'un bridge.

Anesthésie générale et complications immédiates (22)

▪ INTUBATION (7)

- ➔ Anesthésie générale pour stripping avec masque laryngé. Difficultés de ventilation. Tentative d'intubation se révélant impossible (Cormack 4), ventilation au masque facial sans problème. Diagnostic de bronchospasme après curarisation, appel à des renforts, mini trachéotomie puis trachéotomie devant un arrêt cardiaque hypoxique. Transfert par SAMU en réanimation, décès (découverte d'un pneumothorax bilatéral hypoxémiant). (Trois anesthésistes sont concernés dont certains appelés en renfort).
- ➔ Anesthésie générale pour fibroscopie digestive, du fait de vomissements sur sténose du pylore, dix jours après la première fibroscopie. Inhalation à l'induction malgré précautions prises. Réanimation et décès deux mois plus tard dans un contexte de complications infectieuses et d'escarres chez un patient aux nombreux antécédents (obésité, BPCO, AC/FA...). (Trois anesthésistes sont mis en cause dont deux appelés en renfort).
- ➔ Dysphonie après une anesthésie générale, avec intubation facile, pour lifting cervical. Nombreux changements de position peropératoire de la tête. Ecchymose ou hématome laryngé. Récupération incomplète.

▪ CHOC ANAPHYLACTIQUE (4)

- ➔ Anesthésie générale et intubation sous Célocurine® pour chirurgie proctologique en ambulatoire (patiente âgée de 46 ans considérée comme non à jeun car ayant fumé, antécédents d'allergies à des antibiotiques et pollinose). Choc anaphylactique suivi d'un coma végétatif.
- ➔ Anesthésie générale pour endoscopie laryngée. Choc anaphylactique probablement à la Célocurine®. Décès rapide malgré la réanimation au bloc.

- Anesthésie générale après refus de la rachianesthésie (difficulté prévisible d'intubation) pour PTH chez un homme de 47 ans, choc à la Célocurine® dès l'induction. Réanimation inefficace. Décès.
- Anesthésie générale pour cholécystectomie, choc anaphylactique probablement au curare (Tracrium®) ou à l'antibioprophylaxie. Récupération immédiate, pas de séquelle après 48 heures de réanimation.
- **COMPLICATIONS DIVERSES (4)**
 - Anesthésie générale au masque pour amygdalectomie, un enfant de 2 ans. Ventilation au masque, intubation difficile (macroglossie) avec difficultés de ventilation (et de perfusion). En SSPI, survenue différée de difficultés de ventilation puis d'une détresse respiratoire, arrêt cardiorespiratoire, transfert en réanimation et décès. Antécédents récents et méconnus d'intubation impossible avec bronchospasme lors d'une tentative d'adénoïdectomie au CHU. Un défaut d'évaluation préopératoire (effectuée par un des sociétaires) et la gestion postopératoire sont considérés comme critiquables.
 - Anesthésie générale en ventilation spontanée pour endoscopie chez un homme de 35 ans. Bradycardie et hypoxie en fin d'examen puis agitation en SSPI avec convulsions. Transfert en réanimation, probable pneumopathie d'inhalation (éventuellement postopératoire). Evolution favorable.
 - Anesthésie générale pour blépharoplastie chez un homme de 55 ans. Arrêt cardiorespiratoire peropératoire sur BAV dégénératif paroxystique. Réanimation, stimulation. Infection nosocomiale sur BPCO après ventilation prolongée. Evolution favorable.
 - Anesthésie générale après soit disant hypnose, pour amygdalectomie chez une patiente adolescente. Syndrome de stress post traumatique (probablement lié à l'utilisation des médicaments antalgiques en postopératoire).
- **EN SSPI (2)**
 - Anesthésie générale pour chirurgie urologique chez un patient de 63 ans (antécédents : obésité, traitement antidépresseur). Spasme bronchique en fin d'intervention lors du changement de position avec hypoxie fugace. Poussée hypertensive en SSPI. Retard de réveil. AVC infirmé, coma hypoxique finalement retenu, étiologie non établie. Décès.
 - Après anesthésie générale sans difficulté pour implant mammaire. Arrêt cardio circulatoire en SSPI une heure après son arrivée. Pneumothorax suffocant bilatéral, récurrence après drainage. Echec de la réanimation, décès.
- **POSITION OPERATOIRE (2)**
 - Atteinte sévère du SPE avec paralysie complète du pied, après chirurgie esthétique (lipoaspiration des cuisses en décubitus ventral puis en décubitus dorsal avec position jambes écartées), atteinte située au col du péroné. Lente amélioration.
 - Paralysie sévère d'un pied rapportée initialement à une atteinte du SPE au col du péroné puis à une atteinte tronculaire, après chirurgie esthétique des cuisses en décubitus ventral. Récupération très partielle.

▪ DIVERS (3)

- ➔ Anesthésie générale en extrême urgence pour césarienne (2) pour HRP avec mort fœtale *in utero* (1), ou pour SFA (1), prise en charge du nouveau-né en état de mort apparente en attendant l'arrivée du pédiatre.
- ➔ Allégation de fracture(s) rachidienne(s) dix ans après plusieurs anesthésies générales pour sismothérapie.

Anesthésie locorégionale (19)

▪ BLOC (9)

- ➔ Bloc axillaire un peu difficile pour chirurgie de décompression du cubital et du médian sous garrot (réinstallé car dégonflé en peropératoire). Paralyse du plexus brachial partielle, récupération partielle, aggravation par algodystrophie.
- ➔ Bloc sciatique poplité analgésique pour chirurgie de l'avant-pied. Complication neurologique apparue à J 2 mais sortie à J 3. Déficit permanent dans le territoire du sciatique en cours de récupération, prise en charge par le chirurgien.
- ➔ Bloc sciatique poplité sans problème pour chirurgie de l'avant-pied. Quinze jours plus tard, syndrome neurologique atypique de jambe. Imputabilité au bloc incertaine, rôle du garrot possible. Préjudice professionnel.
- ➔ Bloc fémoral analgésique avec cathéter (réalisé par confrère) associé à une rachianesthésie pour prothèse de genou. Volumineux hématome de cuisse drainé. Décision, deux mois plus tard, d'une arthrolyse sous rachianesthésie sans difficulté. Mise alors en évidence d'une paralysie crurale et sciatique.
- ➔ Bloc fémoral pour arthroplastie de genou. Plavix® arrêté la veille de la chirurgie. Débranchement ou arrachement du cathéter fémoral le lendemain. Echec du repositionnement puis hématome du Scarpa lié à une plaie collatérale de l'artère fémorale. Surveillance puis reprise chirurgicale en urgence et transfusions.
- ➔ Bloc sciatique et fémoral pour arthroplastie du genou, puis anesthésie générale. Suites simples en apparence. Diagnostic, en rééducation, d'une paralysie crurale possiblement en rapport avec le bloc. Séquelles sensitives et neuropathiques.
- ➔ Bloc sciatique posé en SSPI après anesthésie générale pour arthroplastie du genou. Douleurs neuropathiques persistantes dans le territoire du fémoro cutané.
- ➔ Bloc sus-claviculaire du mauvais côté, précédant l'ALR du bon côté suivi d'une anesthésie générale pour arthroscopie thérapeutique de l'épaule. Atteinte partielle tronculaire déficitaire dans le territoire du nerf ulnaire du côté anesthésié par erreur. Récupération partielle.
- ➔ Bloc axillaire en urgence sans complication pour exploration d'une plaie de main, puis opposition avec agitation et refus de l'intervention. Report de celle-ci au lendemain sous anesthésie générale.

▪ ANESTHESIE PERIDURALE (2)

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Péridurale analgésique postopératoire d'une colectomie. Retard diagnostique de douze heures environ d'un hématome épidural révélé par une sciatique paralysante après troubles sensitifs du membre inférieur (à partir du genou) ayant fait envisager le retrait du cathéter, puis embolie pulmonaire nécessitant la pose d'une ombrelle.
- Anesthésie locorégionale péridurale plus anesthésie générale pour prostatectomie sous coelioscopie, convertie en laparotomie du fait des difficultés opératoires (plaies veineuses et urinaires). Déficit permanent du membre inférieur (racine et releveurs).
- **PERIDURALE EN OBSTETRIQUE (5)**
 - Péridurale pour césarienne en urgence (rupture utérine sur utérus cicatriciel). Naissance de l'enfant en état de mort apparente.
 - Péridurale sans difficulté ni complication immédiate mais paralysie du SPE en postpartum immédiat. Probable complication de l'accouchement.
 - Echec d'analgésie péridurale à trois reprises. Dilatation complète (rapide) à l'arrivée du confrère et accouchement sans anesthésie. Troubles psychosomatiques allégués.
 - Péridurale pour césarienne en urgence (SFA). Arrivée tardive de l'obstétricien. Reproche fait à l'anesthésiste de ne pas être intervenu pour accélérer une prise en charge par autre obstétricien. Enfant présentant un lourd handicap psychomoteur.
 - Echec de la péridurale / rachianesthésie pour césarienne programmée. Ressenti de l'incision, puis anesthésie générale. La patiente accuse l'anesthésiste de « maltraitements ». Troubles psychosomatiques allégués en rapport.
- **RACHIANESTHESIE (2)**
 - Rachianesthésie avant phlébectomie (six essais par deux anesthésistes avant succès). Paresthésies le lendemain, sortie le surlendemain puis aggravation et diagnostic d'un syndrome de la queue de cheval. Compression T12-L2 par hématome chez une patiente obèse sous anticoagulants pour flutter. Traitement anticoagulant relayé en pré et postopératoire de façon conforme.
 - Rachianesthésie unilatérale précédée d'un bloc crural en vue d'une ligamentoplastie du genou. Arrêt circulatoire par bradycardie majeure en SSPI sous monitoring, vingt minutes après la fin de l'intervention. Récupération immédiate par anesthésiste présent. Défaillance cardiovasculaire en réanimation avec démasquage d'une insuffisance aortique massive nécessitant un remplacement valvulaire au cours duquel est mise en évidence une cardio myopathie obstructive sous-valvulaire aortique. L'anesthésiste du fait de malaises, avait demandé en préopératoire une consultation cardiologique qui n'avait mis en évidence qu'une insuffisance aortique modérée sur valve légèrement remaniée à l'échographie.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

▪ ANESTHÉSIE LOCALE PERIBULBAIRE (1)

- ➔ Anesthésie locale pour chirurgie de cataracte. Important chémosis n'empêchant pas la chirurgie compliquée d'un scotome central lié à une ischémie maculaire. Perte de l'acuité visuelle.

Prise en charge de pathologies médicales (31)

Complications diverses ayant émaillé une prise en charge en cours d'hospitalisation y compris brève, dont l'origine n'est pas directement une complication du geste opératoire.

▪ RETARD DIAGNOSTIQUE (6)

- ➔ Retard diagnostique d'une maladie de Wegener, porté une semaine après une hospitalisation. Une radiographie pulmonaire n'a pas été lue.
- ➔ Retard diagnostique d'un cancer broncho pulmonaire établi un an après une hospitalisation pour sigmoïdite abcédée. Radiographie thoracique demandée par le chirurgien, mais non lue. Décès (quatre anesthésistes sont concernés).
- ➔ Retard diagnostique d'un tassement vertébral dorsal. Hospitalisation brève d'un patient suivi pour un cancer broncho pulmonaire en cours de traitement ayant eu un accident de la voie publique lors d'un trajet en ambulance. Troubles du rythme réduits pendant l'hospitalisation. Sortie malgré les protestations de l'épouse avec une prescription de radiographies. Diagnostic cinq jours plus tard.

▪ PRISE EN CHARGE (10)

- ➔ Sciatique hyperalgique prise en charge un dimanche du fait de l'importance de la douleur. Examen le lundi soir par le rhumatologue prévenu. Diagnostic d'un syndrome de la queue de cheval.
- ➔ Chute au moment de la sortie, au lever d'une anesthésie locorégionale par bloc sciatique. Douleur du poignet et bandage. Demande de radiographies (faites en ville et normales), orthèse et antalgiques. Reproche sur la prise en charge en cours d'hospitalisation.
- ➔ Prise en charge d'une hémorragie distillante avec hémoglobine à 5 gr/l chez une femme accouchée la veille par césarienne. Reprise tardive pour hémopéritoine. Syndrome de Sheehan.
- ➔ Surveillance postopératoire au retour d'une patiente hospitalisée en réanimation pour fistule biliaire post cholécystectomie. Survenue de crises convulsives, plusieurs appels d'anesthésistes avant le transfert extra muros en réanimation. Plainte pour non-assistance à personne en danger.
- ➔ Prise en charge d'une infection respiratoire après amputation rectale chez un patient encéphalopathe, insuffisant respiratoire chronique. Bilan complet et traitement avant transfert en réanimation jugé tardif (transfert difficile à organiser un weekend). Choc septique, nombreuses complications et décès

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Syndrome occlusif probable à J 5 d'une chirurgie de canal lombaire étroit chez un patient de 78 ans. Sortie deux jours avant et ré-hospitalisation pour une insuffisance rénale aiguë. Décès d'un arrêt cardiaque hyperkaliémique.
- ➔ Survenue d'une hémorragie digestive sévère avec hémoglobine à 5 gr/l chez un patient de 78 ans opéré d'une hernie pariétale (une ampoule d'AINS en postopératoire). Sortie à J 1, consultation du médecin généraliste à J 6 pour douleurs épigastriques. Avis téléphoniques à J 7/J 8 par le médecin généraliste jusqu'à l'hospitalisation à J 12. Syndrome coronarien aigu et décès.
- ➔ Constat d'un coma à J 4 d'une chirurgie de prolapsus génital chez une patiente de 77 ans, hypertendue, ayant chuté de son lit à J 1. Réanimation et décès.
- ➔ Décès d'un patient de 84 ans opéré d'une arthroplastie du genou, dans un contexte d'agitation et de confusion, puis de troubles digestifs et d'hyponatrémie profonde, progressive. Décès à J 7.
- ➔ Appel téléphonique nocturne pour vomissements chez un patient opéré de PTH. Occlusion fonctionnelle après avis du chirurgien et ASP le lendemain. Surveillance par autres anesthésistes. Décès dans son lit d'une inhalation suite à la récurrence des vomissements. Pas d'autopsie.
- **PHLEBITE ET/OU EMBOLIE PULMONAIRE (7)**
 - ➔ Malaise à J 4, le jour de la sortie, après cholécystectomie en urgence, suivi d'une perte de connaissance précédant un arrêt cardiaque brutal. Décès.
 - ➔ Retard diagnostique de phlébite avec embolie pulmonaire après ligamentoplastie arthroscopique du genou. Doppler à l'initiative du patient à la sortie du centre de rééducation. En cours d'hospitalisation, un doppler avait infirmé une ischémie à J 3. Découverte en outre d'une fistule artério veineuse. Le patient reproche l'absence de prise en compte de ses doléances et une interruption intempestive d'un traitement anticoagulant.
 - ➔ Phlébite diagnostiquée cinq jours après la sortie d'une plastie abdominale sous rachianesthésie, après une hospitalisation de quatre jours. Reproche l'absence de prophylaxie.
 - ➔ Diagnostic semble-t-il retardé de phlébite par le chirurgien, au décours d'une arthroscopie du genou dans un contexte de syndrome myélo prolifératif sous Hydréa®. Embolie pulmonaire. (Deux anesthésistes sont mis en cause ; l'un a fait l'anesthésie générale, l'autre la consultation préanesthésique).
 - ➔ Arrêt cardiaque fatal (patient de 78 ans), le lendemain d'une prothèse totale de genou. Anesthésie générale et bloc sans difficulté et suites simples. Cause du décès inconnue. (Deux anesthésistes sont mis en cause, l'un d'eux ayant participé à la réanimation).
- **ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (8)**
 - ➔ AVC à J 7 d'une prostatectomie chez un patient en relais d'anticoagulant. Séquelles très importantes.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ AVC à J 1 d'une arthroplastie de hanche chez un patient ayant des facteurs de risques. Prise en charge de l'anesthésie et de la complication.
- ⇒ Hémorragie cérébrale et/ ou cérébro méningée avec hématome compressif quelques heures après une rachianesthésie pour stripping de varices, sans difficulté et sans lien avec l'AVC. (Six anesthésistes sont concernés dont trois n'ont pas participé aux soins. Le chirurgien et un neurologue sont également mis en cause).

Complications chirurgicales (46)

Les anesthésistes sont mis en cause, de façon systématique, pour avoir 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 postopératoire et à des décisions diverses.

Leur intervention est parfois ponctuelle (venu en renfort, appel téléphonique, demande d'avis du chirurgien, transfert en réanimation ...), notamment en astreinte.

■ COMPLICATIONS MULTIPLES AVEC DECES (11)

- ⇒ Perforation du grêle lors d'une coloscopie. Colectomie. Prise en charge par confrères pour suites compliquées, notamment infectieuses, et décès à J 16.
- ⇒ Colectomie compliquée d'une pancréatite aiguë traumatique, reprise à J 8. Thrombopénie à l'héparine, SDRA et décès à un mois (Le sociétaire a assuré l'anesthésie générale et la surveillance pendant 24 heures).
- ⇒ Prise en charge d'une agitation puis d'un sepsis après une gastrectomie, (pas d'USIC dans l'établissement). Plusieurs appels avec déplacement nocturne avant transfert, le matin, en réanimation. Fistule du moignon opérée avec retard, choc et décès.
- ⇒ Colectomie reprise pour péritonite, à J 3 avec choc septique et décès.
- ⇒ Lifting cervico facial. Sortie à J 1 puis conseil téléphonique du chirurgien et prescription d'AINS. Retour à J 2, infection locale à streptocoque A. Choc septique foudroyant, décès le lendemain malgré la réanimation et le parage en urgence. (Deux anesthésistes sont mis en cause).
- ⇒ Ostéotomie mandibulaire avec génioplastie compliquée d'un saignement du plancher buccal au retour en chambre. Conseils téléphoniques du chirurgien avant son arrivée, intubation impossible en SSPI, ponction de sauvetage et arrêt cardiaque avant la trachéotomie. Décès à J 5 dans un tableau d'anoxie cérébrale.
- ⇒ Plaie iliaque lors d'une endoprothèse aortique. Hémopéritoine puis ischémie mésentérique. Ré-intervention, transfert en réanimation et décès.
- ⇒ Défaut de cicatrisation après chirurgie de hernie discale (patiente de 78 ans). Abscesses et spondylodiscite à deux mois prise en charge par l'anesthésiste avec conseils d'un infectiologue. Suites compliquées de convulsions (hypoglycémie). Sepsis et escarres en réanimation. Décès.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Cure d'incontinence urinaire avec interposition de matériel. Cellulite périnéale à J 5. Ré-intervention mais gangrène gazeuse. Transfert en réanimation et décès. (Deux anesthésistes sont concernés).

▪ COMPLICATIONS DIVERSES (30)

Chirurgie digestive (7)

- ➔ Choc septique à J 4 d'une cure de hernie inguinale en ambulatoire, prise en charge par l'anesthésiste avant transfert. Gangrène de Fournier à streptocoque A.
- ➔ Reprise pour hémorragie du site opératoire quelques heures après une chirurgie proctologique. Malaise vagal lors de la pose d'une perfusion. Suites simples mais séquelles diverses alléguées.
- ➔ A participé à une colectomie puis aux reprises pour fistules et à la prise en charge des suites (hydronéphrose).
- ➔ A participé à une chirurgie bariatrique (By pass), ré-intervention pour nécrose gastrique à J 2, SDRA et choc septique. Embolie paradoxale sur foramen ovale. Hémiplégie.
- ➔ Après la sortie à J 1 d'une colectomie cœlioscopique, appel nocturne et conseil d'une ré-hospitalisation. Infarctus sylvien puis drainage d'une fistule colique.
- ➔ Colectomie pour abcès multiples avec péritonite, intervention sans difficulté (maladie de Crohn). Bradycardie et hypoxie en USC. Bilan en faveur d'une hypoxie cérébrale. Importantes séquelles. (Deux anesthésistes sont concernés).

Chirurgie esthétique (4)

- ➔ Reprises sous anesthésie générale du fait d'une infection, (se révélant à mycobactéries), après reconstruction mammaire.
- ➔ Infection nosocomiale après implant mammaire. Rôle limité à la consultation préanesthésique.
- ➔ Dermolipectomie (diabète mal équilibré). Survenue d'un hématome pariétal infecté, aggravation malgré antibiothérapie, gangrène gazeuse. Très longue évolution néanmoins favorable. (Deux anesthésistes sont concernés).

Chirurgie vasculaire (6)

- ➔ AVC au réveil d'une chirurgie aortique (aorte porcelaine) sous CEC, hémiplégie.
- ➔ Prothèse aortique et pontage coronaire pour dissection aortique puis coronaire. Syndrome des loges, insuffisance rénale, paralysie du SPE et du plexus brachial.
- ➔ Pose difficile d'un pace maker par un cardiologue inconnu du patient. Diagnostic rapide de pneumothorax, procédure interrompue, drainage et surveillance en réanimation. Hématome sous-clavier compressif avec déficit neurologique persistant du membre supérieur.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Chirurgie de l'aorte conventionnelle, infection et fistule œsophagienne sur nécrose ischémique. Reprise chirurgicale. Paralyse des cordes vocales avec syndrome de Claude Bernard Horner.
- ⇒ Endartériectomie carotidienne (antécédent d'angioplastie), diagnostic tardif d'une thrombose carotidienne (problème de surveillance nocturne). Le chirurgien a prescrit l'injection d'HBPM le soir et les antiagrégants pour le lendemain.
- ⇒ Pontage pour ischémie d'un membre inférieur. Diagnostic le lendemain d'une ischémie. Reprise et syndrome des loges. Séquelles importantes.

Chirurgie orthopédique (13)

- ⇒ Survenue d'une ischémie subaiguë distale d'un membre supérieur, un mois après une arthrodèse digitale sous AG et garrot (pendant une heure). Un spasme artériel huméral est évoqué sur thrombose artérielle chronique.
- ⇒ Déficit dans le territoire radial, suite à une fracture du tiers inférieur de l'humérus, devenu permanent après ré-intervention pour arthrolyse sous garrot, régression partielle du déficit. (Trois anesthésistes sont concernés)
- ⇒ Complications infectieuses (4) d'une arthrodèse du pied sous rachianesthésie, de prothèses de genou, d'une ablation de matériel d'ostéosynthèse.
- ⇒ Atteinte neurologique après ostéotomie du genou.
- ⇒ Paralyse sciatique après changement d'une PTH luxée.
- ⇒ Erreur de côté lors d'une arthroscopie thérapeutique de genou sous anesthésie générale, chez un adolescent.
- ⇒ Prise en charge retardée d'un syndrome de la queue de cheval après chirurgie de canal lombaire étroit. Hématome opéré tardivement (problème de surveillance).
- ⇒ Hématome épidural constaté au réveil d'une chirurgie rachidienne sans séquelle immédiate après la ré-intervention, explorations en rééducation pour « paralysie ».

▪ GESTION DES ANTICOAGULANTS (5)

- ⇒ A organisé le relais des anticoagulants chez une femme de 80 ans (AC/FA) opérée de canal lombaire étroit avec déficit permanent des membres inférieurs, sortie sous HBPM. Survenue d'un hématome compressif à J 10 en rééducation à la faveur d'un surdosage, séquelles.
- ⇒ Prescription d'anticoagulants le lendemain d'une arthrodèse avec brèche suturée en peropératoire. Phlébite à J 3, reprise nécessaire de la brèche en période d'isocoagulabilité. Retard à l'intervention pour un hématome épidural, drain qualifié de trop profond. (Trois anesthésistes sont concernés, responsabilité du chirurgien retenue).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Traitement antiagrégant au long cours (stents des membres inférieurs), relais HBPM en préopératoire d'une intervention pour lithiase urinaire. Traitement non repris en postopératoire, retour le lendemain de la sortie. Ischémie aiguë d'un membre inférieur traitée par héparine puis pontages, thrombose et amputation de cuisse. Le chirurgien gère les anticoagulants en postopératoire selon les protocoles au sein de l'établissement.

Cathéter (2)

- ➔ Cathéter jugulaire pour chirurgie du pancréas. Arrachement accidentel de la perfusion ou du cathéter à J 5 coïncidant avec la découverte d'un AVC ischémique. Timing non connu avec certitude de la perte de connaissance précédant ce diagnostic. Séquelles importantes.
- ➔ Pose d'un cathéter central pour nutrition parentérale, pneumothorax avec hémithorax découvert le lendemain. Réanimation pendant cinq jours. Evolution favorable après drainage sous thoracoscopie.

Consultation préanesthésique (2)

- ➔ Anémie aiguë postopératoire chez une patiente obèse de 37 ans, clips pour stérilisation tubaire, bonne prise en charge de la complication peropératoire (hémopéritoine sur orifice de trocart). Reproche non fondé de l'absence de traitement prophylactique préopératoire d'une maladie de Willebrand asymptomatique. Evolution simple.
- ➔ Suspicion de phlébite en consultation préanesthésique d'une endoscopie digestive, confirmée après celle-ci une semaine plus tard. Invoque un risque inutile. Décompensation d'un état antérieur psychiatrique.

Réanimation (9)

- ➔ Prise en charge en réanimation d'une patiente. Décès suite à complications d'une cholécystectomie pour angiocholite.
- ➔ A participé en tant que réanimateur de garde à la réanimation d'un enfant de 8 ans présentant un arrêt cardiaque dans un contexte de sepsis. Pédiatre et anesthésiste déjà sur le site, décès de cause inconnue.
- ➔ Réanimation de complications multiples d'une chirurgie de valve cardiaque compliquée d'un infarctus sur table avec pontage coronarien en urgence, décès.
- ➔ Réanimation d'une rhabdomyolyse par syndrome des loges compliquant une pose de prothèse aortique. Décès, six semaines plus tard, des multiples complications de la réanimation.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Choc cardiogénique d'une patiente insuffisante respiratoire chronique, ayant refusé à plusieurs reprises les soins à domicile et ingérable, y compris en réanimation. Impasse thérapeutique. Décès.
- ➔ Prise en charge d'un choc septique après chirurgie prostatique. Trois mois de réanimation, décès à huit mois. (Deux anesthésistes sont mis en cause).
- ➔ Evolution simple d'une complication peropératoire d'une néphrectomie. Sortie envisagée. Choc hémorragique suraigu ultérieur par lâchage probable de la suture veineuse peropératoire et décès avant la ré-intervention.
- ➔ Multiples complications chez un patient de 71 ans ayant présenté un choc hémorragique après angioplastie fémorale infectée (hémorragie digestive haute sur œsophagite peptique). Décès, un mois plus tard, en réanimation, après amputation.

Régulation /SAMU (2)

- ➔ Décès suite à un arrêt cardiaque après agression nocturne. Patient alcoolisé. Intervention dans le cadre du SMUR.
- ➔ Régulateur du SAMU entendu par la justice pour un décès de cause non identifiée, patient orienté vers les urgences sans consultation.

Divers (6)

- ➔ Erreur de prémédication (Xanax®) chez une fillette de 4 ans. Pas de conséquence importante.
- ➔ Plaie de l'index causée par la table opératoire lors d'une anesthésie générale.
- ➔ Report d'une intervention de PTH, faute du résultat d'un panoramique dentaire non réalisé. Problème relationnel et dépression réactionnelle.
- ➔ Mise en cause par erreur (2) ou pour motif inconnu (1).

BIOLOGIE MEDICALE

Les biologistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical n'ont adressé aucune déclaration en 2013.

CARDIOLOGIE

Les **3 737** sociétaires cardiologues de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **85** déclarations (81 en exercice libéral, 3 en exercice privé du secteur public et 1 en exercice salarié), soit une sinistralité de 3,2 % en exercice libéral (contre 3,3 % en 2012) : 1 plainte pénale, 25 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 21 réclamations et 32 saisines d'une CCI.

Conduite diagnostique (5)

- ➔ Retard diagnostique d'une cardiopathie non étiquetée. Bilan d'une dyspnée avec tachycardie et amaigrissement (antécédent de goitre). Echographie transthoracique considérée comme normale. Découverte d'une HTAP six mois plus tard, puis très rapidement, décompensation cardiaque globale nécessitant une assistance cardiaque. Nombreuses complications et décès.
- ➔ Décès dans des circonstances inconnues, deux jours après un examen, jugé normal, pour douleurs ayant fait évoquer une névralgie cervico brachiale.
- ➔ Prise en charge d'une hypertension (obésité morbide) puis bilan d'une dyspnée d'effort. Consultation à l'initiative du patient au CHU (AC/FA, décompensation cardiaque) et hospitalisation. Evocation, sans conviction, d'une possible embolie pulmonaire (dilatation de l'artère pulmonaire). Consultation aux urgences huit jours après la sortie pour insuffisance cardiaque. Puis, dix jours plus tard, choc septique et décès. Il est reproché notamment un retard diagnostique de l'infection.
- ➔ Avis donné dans un service d'urgences pour douleurs d'une jambe dans un contexte d'artériopathie diabétique et à J 4 d'une d'angioplastie iliaque avec stents. Hospitalisation le lendemain pour fièvre élevée révélant un sepsis sur hématome du Scarpa avec une arthrite du genou controlatéral nécessitant l'ablation du stent et un pontage iliofémoral.
- ➔ Retard diagnostique d'une myocardopathie. Consultation unique pour syncope et dyspnée. Antécédent de radiothérapie pour lymphome. HTAP isolée à l'échographie. Demande de prise en charge dans un centre de référence. Diagnostic ultérieur, dans délai non précisé, d'un BAV et d'une myocardopathie post radique.

Prise en charge (48)

▪ EN CONSULTATION (13)

- ➔ Consultation unique pour douleurs thoraciques. Femme de 69 ans (insuffisance rénale chronique, antécédent de radiothérapie, épanchement pleural). Epreuve d'effort sous maximale normale. Mort subite deux mois plus tard.
- ➔ Consultation pour douleurs thoraciques, femme de 44 ans, (tabagisme, antécédents familiaux). Epreuve d'effort sous maximale normale. Prescription d'un scanner coronaire sans urgence. Arrêt cardiorespiratoire la veille de l'examen. Décès.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Prise en charge depuis l'enfance, d'un patient âgé de 24 ans, pour transposition des gros vaisseaux non opérée. Demande d'avis à un référent pour pose de pace maker. Décision de pose d'électrodes épicaudiques par thoracotomie. Intervention compliquée d'un choc cardiogénique, puis septique, et décès.
- Consultations de suivi pendant sept ans après une angioplastie (stents actifs). Thrombose de stent six mois après l'arrêt du Plavix®. Thrombectomie mais décès.
- Prise en charge d'une insuffisance cardiaque sur cardiopathie hypertrophique. Survenue d'un arrêt cardiorespiratoire dix jours plus tard (dosage de pro BNP à 3500 trois jours auparavant). Décès.
- Prise en charge d'une myocardiopathie ischémique (antécédent d'angioplastie) avec nombreux épisodes de décompensation et une extrasystolie ventriculaire. Prescription d'un anti arythmique. Décès le lendemain. Il est reproché l'absence d'implantation de défibrillateur implantable et d'investigations plus poussées.
- Consultation après un voyage en avion et un épisode de bronchite avec possible foyer pulmonaire. Extrasystoles confirmées à l'ECG. Augmentation isolée de la pression pulmonaire à l'échographie. Demande de D Dimères, résultat pathologique le lendemain. Hospitalisation mais pas de traitement anticoagulant par urgentiste (gaz du sang pathologiques). Décès le lendemain d'une embolie pulmonaire massive.
- Avis donné pour hypertension. Traitement arrêté par le patient deux ans plus tard. Non revu jusqu'à son décès d'un possible syndrome coronarien.
- Patient vu à deux reprises, dont huit mois auparavant pour dyspnée d'effort et hypertension. Angioplastie de l'IVA après infarctus diagnostiqué à la 14^{ème} heures, dans un contexte de choc cardiogénique avec fraction d'éjection à 25%, contre-pulsion aortique. Angioplastie du tron commun. Décès huit jours plus tard.
- Prise en charge pour troubles du rythme récidivants motivant explorations et nombreux anti-arythmiques. Dyspnée progressivement croissante et épanchement pleural sous Cordarone® (antécédent de transplantation rénale, radiothérapie pour cancer du sein). Evocation d'une iatrogénicité du médicament lors d'une détresse respiratoire aiguë. Décès (imputabilité incertaine).
- Prise en charge régulière pour troubles du rythme récidivants. Cordarone® pendant deux ans car intolérance aux autres anti-arythmiques. Survenue d'une pneumopathie hypoxémiante considérée comme iatrogène (antécédent également d'exposition à l'amiante), un an après la dernière consultation.
- Prise en charge d'un patient (maladie de Marfan), antécédent d'intervention sur l'aorte et insuffisance mitrale suivie d'une dégradation de la fonction myocardique. Pose d'un défibrillateur (insuffisance cardiaque et troubles du rythme auriculaires et ventriculaires) compliquée d'AIT. Récidive des troubles du rythme et hyperthyroïdie sous Cordarone® remplacée par Multaq®. Episodes de TV choqués par le défibrillateur. Ablation de FA discutée. Reproches essentiellement adressés au chirurgien du fait du changement de stratégie opératoire (sept ans auparavant), dont le patient n'aurait pas été informé.
- Prescription reprochée d'un bêta bloquant, car syncope avec fracture du rocher au décours de la pose d'un stérilet. Séquelles auditives avec vertiges.

▪ EN HOSPITALISATION (17)

- ➔ Prise en charge (femme de 83 ans) pour bilan d'un rétrécissement aortique serré. Coronarographie avec angioplastie au ballon seul, sans complication. Constat d'une ostéite sur mal perforant plantaire justifiant une amputation partielle puis un remplacement valvulaire trois semaines plus tard. Décès un mois plus tard dans un tableau d'œdème pulmonaire et de surdosage en anticoagulants.
- ➔ Prise en charge d'un patient, « hébergé » en cardiologie (85 ans, AC/FA, pace maker), hospitalisé pour luxation de l'épaule après chute. Agitation. Transfert en médecine avec une déshydratation majeure. Escarres. Transfert en USI puis convalescence. Décès quelques jours plus tard. (Deux cardiologues mis en cause).
- ➔ Prise en charge ponctuelle d'un patient transféré en USI pour septicémie après prostatectomie. Diagnostic tardif d'endocardite (diabétique, prothèse valvulaire) dont la gestion sera critiquée. Patient vu seulement pour hémodynamique instable le matin de son décès et pour signer le compte rendu d'hospitalisation. Un rapport critique la coordination et l'organisation des soins.
- ➔ Mise en cause au décours d'une hospitalisation pour pace maker double chambre (par confrère). Participation aux soins et signature du compte rendu de sortie. Découverte quatre ans plus tard d'une inversion des sondes auriculaire et ventriculaire après un arrêt cardiorespiratoire survenu aux urgences (OAP). Décès.
- ➔ Avis ponctuel en soins intensifs pour une patiente prise en charge pour une insuffisance cardiaque. Pneumopathie nosocomiale avec SDRA six jours après la sortie de l'USIC gérée par son remplaçant. Décès.
- ➔ Prise en charge au décours d'une chirurgie valvulaire, puis lors de la ré-hospitalisation pour suspicion d'endocardite ou de thrombose de la valve. Bilan initial non concluant. Décision collégiale en réanimation par confrères d'une fibrinolyse. Choc septique, récupération tardive du résultat d'hémocultures positives (disponibles avant la fibrinolyse). Désinsertion valvulaire et décès.
- ➔ Consultation préopératoire en urgence d'une patiente présentant une cholécystite. Décès suite à un choc septique lié à la gravité de la pathologie. Mise en cause systématique.
- ➔ Prise en charge ponctuelle pour un épisode d'AC/FA au décours d'une colectomie. Efficacité de la Cordarone®. Méconnaissance d'un cancer broncho pulmonaire sur la radiographie thoracique demandée initialement par le chirurgien. Diagnostic un an plus tard. Décès un an plus tard. (Sept médecins anesthésistes, gastroentérologue, radiologue et généraliste également mis en cause).
- ➔ Prise en charge d'une patiente pour ischémie artérielle au décours d'une prothèse de hanche compliquée de luxation. Diagnostic de thrombose fémorale commune avec embolie dans la fémorale superficielle à l'angiographie. Echec du traitement médical puis désobstruction artérielle avec stent à distance dans un autre centre). Escarre talonnière invalidant, en soins pendant plus d'un an.
- ➔ Prise en charge d'une ischémie silencieuse d'un membre chez une diabétique (occlusion distale non accessible à la chirurgie). Angioplastie coronaire avec stent actif par voie radiale

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

sans incident, mais évolution vers une gangrène gazeuse sur nécrose d'orteils nécessitant une amputation trans tibiale.

- ➔ Prise en charge d'une femme de 69 ans pour bilan d'un rétrécissement aortique. Coronarographie sans complication. AVC en postopératoire immédiat de la chirurgie valvulaire sur aorte porcelaine faite par confrère. Séquelles importantes.
- ➔ Coronarographie sans incident pour récurrence de douleurs thoraciques quatre mois après prescription par confrère d'une épreuve d'effort non réalisée, chez une patiente diabétique. Surdité bilatérale alléguée en rapport (malgré acouphènes précédant l'acte) et séquelles d'AVC de découverte fortuite. (Deux cardiologues mis en cause).
- ➔ Prise en charge d'une hypertension artérielle maternelle dans les suites d'un accouchement par césarienne en urgence (souffrance fœtale aigue dans un contexte de suspicion de toxémie gravidique non prouvée). Etat de choc maternel. Enfant mort-né. (Possible embolie amniotique).
- ➔ Prise en charge au décours d'un pontage coronaire. Erysipèle constaté après la sortie chez une patiente obèse et diabétique. Ré-hospitalisation et évolution favorable. Lien incertain avec les soins. Plainte pour infection nosocomiale. (Deux cardiologues mis en cause).

▪ GESTION DES ANTICOAGULANTS (6)

- ➔ Prise en charge (patiente de 90 ans, insuffisance respiratoire et rénale, chirurgie valvulaire aortique percutanée) dans un tableau d'insuffisance cardiaque en AC/FA. Survenue d'un choc hémorragique lié à un hématome thoraco-abdominal sous HBPM. Décès.
- ➔ Prise en charge d'une patiente de 83 ans (fibrose pulmonaire) dans un tableau d'insuffisance cardiaque en AC/FA. Prescription de Xarelto® adaptée à la fonction rénale. Hémorragie pulmonaire trois jours plus tard et décès à J 17.
- ➔ Prise en charge en consultation pour récurrence d'AC/FA. Traitement anticoagulant par Pradaxa® (fonction rénale altérée mais clearance supérieure à 30 ml/min). Survenue un mois plus tard d'une hémorragie intra abdominale, d'un hématome sous-dural et d'un hématome épidual dorsal étendu, tardivement diagnostiqué/traité en centre hospitalier. Paraplégie.
- ➔ Consultation préopératoire en vue d'une neurolyse cubitale en ambulatoire. Relais bref des AVK par Arixtra®. Hématome local postopératoire à J 2. Reprise tardive. Paralysie ulnaire. Amélioration mais séquelles.
- ➔ Prise en charge d'une patiente en cours de bilan pour anémie ferriprive sévère. Accident vasculaire ischémique traité par antiagrégants puis anticoagulants passés à dose efficace du fait de l'existence d'une phlébite. Transformation hémorragique de l'AVC à J 14. Lourdes séquelles.
- ➔ Prise en charge ponctuelle d'une patiente sous anticoagulants au long cours pour un syndrome des antis phospholipides (phlébites à répétition et embolie pulmonaire). Relais par Arixtra® (prescrit par confrère) en vue d'une arthroscopie thérapeutique du genou. Sortie malgré hématome à l'échographie. Ré-hospitalisation pour reprise en urgence et anémie, puis surdosage en AVK (conseils téléphonique du cardiologue). Evolution vers fasciite nécrosante. Séjour en réanimation prolongé.

▪ MEDIATOR® (12)

- ➔ Mises en cause dans le cadre de la procédure en cours. Découverte d'une valvulopathie (10), aucune n'ayant fait l'objet d'une intervention. Dans 2 cas, les cardiologues ont renouvelé temporairement le traitement en cours.

Geste technique (21)

▪ ABLATION POUR TROUBLE DU RYTHME (10)

- ➔ Ablation pour trouble du rythme de type flutter (myocardiopathie dilatée en insuffisance cardiaque sévère), patiente de 84 ans. Abord veine fémorale. Le sociétaire est deuxième opérateur, puis coronarographie le lendemain (fermeture artérielle percutanée). Choc septique à E Coli. Décès sept jours après.
 - ➔ Ablation du nœud auriculoventriculaire et pace maker triple chambre (sous antibioprofylaxie), chez un homme de 86 ans insuffisant cardiaque en AC/FA. Endocardite à staphylocoque découverte à J 15, syndrome de défaillance multi viscérale, (cicatrice complète sans écoulement). Décès.
 - ➔ Ablation pour troubles du rythme de type flutter, patiente de 85 ans. Bloc auriculo ventriculaire nécessitant un pace maker double chambre. Remplacement de la sonde ventriculaire puis auriculaire déplacée par référent du CHU. Extériorisation du boîtier, reprise. Reproche l'indication et le consentement. (Deux cardiologues concernés).
 - ➔ Ablation sans difficulté pour troubles du rythme de type AC/FA chez un patient de 76 ans, (antécédent d'AIT). Douleurs thoraciques avec modification électrique quinze jours plus tard. Coronarographie après bilan, dont scanner jugé normal. Diagnostic, à la relecture du scanner deux jours plus tard, d'une médiastinite par fistule oeso péricardique. Défaillance multi-viscérale avec amputation des pieds et de doigts. Hospitalisation en réanimation prolongée. Lourdes séquelles. (Trois cardiologues en cause).
 - ➔ Ablation pour troubles du rythme de type Bouveret, patiente de 54 ans. Bloc auriculo ventriculaire en fin de procédure nécessitant un pace maker double chambre posé à J 3 sans autre complication.
 - ➔ Ablation pour troubles du rythme de type flutter, sur myocardiopathie dilatée. Sortie sous AVK. Hospitalisation trois jours plus tard pour foie cardiaque aigu dans un contexte de surdosage en anticoagulants. Survenue d'une cécité unilatérale par hématome compressif lié à une malformation asymptomatique. (Deux cardiologues mis en cause).
- ### ▪ ANGIOPLASTIE CORONAIRE (7)
- ➔ Angioplastie de l'IVA (stent nu). Voie d'abord fémorale le lendemain d'une coronarographie (patiente de 45 ans, diabétique et tabagique). Matérovigilance, le ballon restant bloqué dans le stent. Transfert en urgence pour pontage. Décès à J 7.
 - ➔ Angioplastie coronaire (stent actif) par voie d'abord fémorale. Dissection du tronc commun lors de l'introduction du cathéter guide, colmaté par stent mais choc cardiogénique nécessitant une assistance cardiaque. Décès dans les heures suivantes.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Angioplastie coronaire (stent actif) par voie d'abord radiale en urgence, pour syndrome coronarien (patient porteur d'un défibrillateur). Choc cardiogénique et septique avec septicémie à staphylocoque. Décès rapide.
- ➔ Angioplastie (stent actif), voie d'abord radiale à J 3 d'un syndrome coronarien avec troponine à 1,2 chez un patient diabétique et tabagique, après épreuve d'effort non concluante. AVC immédiat. Parésie oculomotrice persistante. (Trois cardiologues mis en cause).
- ➔ Angioplastie de la coronaire droite (stent nu) après épreuve d'effort litigieuse. Thrombose de la voie d'abord radiale. Echec de la tentative de désobstruction. Parésie du membre supérieur.
- **ECHOGRAPHIE (2)**
 - ➔ Constat, au décours d'une échographie trans œsophagienne, de l'emploi d'une sonde non décontaminée après le patient précédent, (pas d'effraction sanguine, sérologies négatives chez le patient précédent). Inquiétude liée à la crainte d'une contamination.
 - ➔ Echographie fœtale à 36 SA chez une diabétique sous insuline. Découverte d'une hypertrophie septale. Explications données sur possible atteinte cardiaque primitive. Demande à être revue rapidement. Travail spontané quelques heures plus tard. Accouchement compliqué de souffrance fœtale aigue, dystocie des épaules avec paralysie plexique, embarrure crânienne lors de l'extraction. Naissance d'un enfant macrosome en état de mort apparente et confirmation d'une cardiopathie hypertrophique sévère. Evolution apparemment favorable sur le plan cardiaque et neurologique.
- **SCINTIGRAPHIE (1)**
 - ➔ Scintigraphie couplée à une épreuve d'effort sous maximale et normale. Arrêt cardiorespiratoire coïncidant avec l'injection. Etat antérieur important. Récupération de l'arrêt cardiaque. Transfert en réanimation. Décès huit jours plus tard.
- **PACEMAKER (1)**
 - ➔ Pacemaker sans difficulté pour bloc auriculoventriculaire. Pneumothorax à J 4 drainé en réanimation.

Activité de réanimation (3)

- ➔ Prise en charge d'une médiastinite après pontage coronaire (indication a posteriori discutable) chez un obèse. Atélectasie postopératoire et convalescence pendant dix jours. Reprise : deux cardiologues ont fait des prescriptions ponctuelles. Il est reproché au troisième le choix et la posologie des antibiotiques, leur mode d'administration orale sans avis d'un infectiologue, et au chirurgien une intervention de reprise insuffisante. Evolution favorable mais douleurs sternales chroniques. (Trois cardiologues mis en cause).

Divers (8)

- ➔ Consultation préopératoire confirmant l'existence d'un anévrysme du septum chez une patiente ayant présenté un AVC sur foramen ovale perméable. Traitement anticoagulant. Pose de prothèses mammaires sans complication.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Consultation de contrôle d'un pace maker sans anomalie. Chute avec fractures de côtes sur le trajet du retour. Plainte pour refus de bon de transport.
- Reproche le comportement et un « mauvais suivi » au décours d'une angioplastie.
- Rétention urinaire au décours d'une angioplastie coronaire, plaie vésicale sur sonde tardivement diagnostiquée entraînant choc septique sur urinome. Décès. Le sociétaire n'a pas participé aux soins après le geste.
 - **DOMMAGES CORPORELS (2)**
- Chute accidentelle du bras mécanique portant les câbles de l'ECG sur le visage du patient. Contusion et bris dentaire allégués.
- Chute sur tapis roulant.
 - **AUTRES (2)**
- Expertise en vue d'un bilan d'aptitude chez un professionnel de santé. Antécédent d'angioplastie coronaire. Conteste la mise à la retraite anticipée refusée par la caisse de retraite après le rapport.
- Mise en cause par erreur.

CHIRURGIE

Les **2 420** chirurgiens sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **262** déclarations (238 en exercice libéral, 20 en activité privée du secteur public et 4 en exercice salarié), soit une sinistralité de 41,2 % en exercice libéral exclusif (contre 38,7 % en 2012) et de 5,1 % pour l'exercice en secteur privé hospitalier (contre 8,5 % en 2012) : 2 plaintes pénales, 77 procédures civiles, 11 plaintes ordinaires, 73 réclamations et 99 saisines d'une CCI.

CHIRURGIE GENERALE ET VISCERALE (56)

Diagnostic et prise en charge (4)

- Intervention prévue de hernie inguinale chez un patient adressé par son généraliste. Annulation sans motif. Tumeur maligne colique avec métastases découverte trois mois plus tard à l'étranger, lors d'une intervention en urgence.
- Découverte d'une carcinose péritonéale, trois ans après une appendicectomie avec un compte rendu histologique banal. Adénocarcinome invasif sur lésion festonnée dysplasique de l'appendice à la relecture des lames. (Un anatomopathologiste est également mis en cause).
- Avis donné en préopératoire d'une RTUP avec préparation par lavement évacuateur. Constat d'une ulcération anale à explorer sous AG. Découverte d'une plaie rectale infectée. Guérison après mise à plat (Un urologue est également concerné).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Complication d'une colectomie cœlioscopie. Vomissements. Pose d'une sonde gastrique et inhalation pendant la pose. Arrêt cardiaque récupéré. Décès le lendemain d'une occlusion du grêle.

Chirurgie œsogastrique et bariatrique (14)

▪ CHIRURGIE GASTRIQUE ET BARIATRIQUE (11)

- ➔ Sleeve gastrectomie. Lâchage de suture, ré-intervention le lendemain avec jéjunostomie. Transfert au CHU et complications de la réanimation à l'origine du décès.
- ➔ Sleeve gastrectomie sous cœlioscopie convertie. Péritonite par fistule anastomotique gastrique nécessitant plusieurs ré-interventions et endoprothèse. Complications de la réanimation. Suivi pendant six mois. Ablation de la prothèse migrée.
- ➔ Sleeve gastrectomie après anneau gastrique. Fistules anastomotiques multiples. Ré-intervention avec drainage et mise à la peau de diverses anastomoses. Choc septique à J 2, transfert au CHU. Plusieurs interventions avant une évolution favorable, cure d'événement.
- ➔ Sleeve gastrectomie, fistule diagnostiquée après la sortie malgré bilans répétés et traitée par endoprothèse.
- ➔ By pass. Sténose digestive justifiant des dilatations puis ré-intervention par une autre équipe et dilatation ultérieure.
- ➔ By pass, huit ans après une gastroplastie avec anneau ayant donné un bon résultat temporaire. Intervention compliquée d'une hémorragie à J 3 puis d'une fistule gastrique. Ré-intervention transformée en gastro gastrique ce dont la patiente n'est pas immédiatement informée pour ne pas l'inquiéter. Le chirurgien avait prévu de l'en informer lors d'une chirurgie d'événement, mais la patiente n'a pas été revue.
- ➔ By pass cœlioscopie converti en raison d'un mésentère commun. Occlusion postopératoire à J 6 justifiant une ré-intervention.
- ➔ Gastrectomie avec by pass en oméga transformée ensuite en Y. Anorexie et cachexie. Réalisation d'un nouveau montage supprimant l'anse commune trop courte (date des faits : 1993).
- ➔ Anastomose gastro jéjunale en oméga. Hémorragies successives contraignant à ré-intervenir avec changement d'anastomose puis splénectomie. Ultérieurement, au CHU, lâchage anastomotique à l'origine de nombreuses ré-interventions et procédure endoscopique. Séjour prolongé en réanimation et guérison finale.
- ➔ Gastroplastie. Péritonite sans fistule objectivée lors de la ré-intervention. Possible perforation d'un ulcère gastro duodénal étant donné les antécédents. Choc septique et deux ré-interventions après transfert.
- ➔ « Ablation de matériel » deux ans après une gastroplastie.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

▪ CHIRURGIE DE L'ŒSOPHAGE (3)

- ⇒ Œsophagectomie et gastroplastie par voie thoraco abdominale pour tumeur maligne. Oubli de compresse. Fistule œsophagienne traitée par ablation de la compresse et drainage pleural lors de la même hospitalisation.
- ⇒ Cure de hernie hiatale cœlioscopie (avec cholécystectomie simultanément). Sténose du pylore et sténose œsophagienne justifiant, après dilatation, une pyloroplastie et une libération hiatale.
- ⇒ Chirurgie cœlioscopie pour hernie hiatale. Infection nosocomiale avec pleurésie.

Chirurgie intestinale (7)

▪ CHIRURGIE COLIQUE (6)

- ⇒ Amputation colorectale pour tumeur maligne radiothérapée. Fistule des voies urinaires, plaie de l'uretère gauche et sténose à droite drainée par sonde JJ.
- ⇒ Résection rectale sous laparoscopie difficile avec plaie colique pour récurrence d'une tumeur villositaire du rectum. Colectomie sous laparotomie et anastomose. Fistule postopératoire et cellulite de la cuisse justifiant stomie. Evolution vers un choc septique entraînant une nécrose colique. Réanimation pendant plus de deux mois nécessitant résection colique et trachéotomie. Neuropathie de réanimation au décours. Reproche la prise en charge retardée de la complication.
- ⇒ Textiome diagnostiqué un an et demi après une laparotomie pour cancer colique. Résection du grêle suivi de fistule nécessitant une iléostomie temporaire.
- ⇒ Colectomie cœlioscopique et hépatectomie par laparotomie. Pancréatite hémorragique nécessitant une nécrosectomie et une iléostomie.
- ⇒ Colectomie par laparotomie et dégastro-gastrectomie pour tumeur maligne colique envahissant un moignon de gastrectomie. Fistule iléo transverse. Iléo-transversostomie et rétablissement de la continuité ultérieure. Décès.
- ⇒ Prise en charge pour fistule intestinale liée à une plaie duodénale suite à une néphrectomie par confrère. Pancréatite aiguë et infarctus mésentérique justifiant une résection sub totale du grêle.

▪ APPENDICECTOMIE (1)

- ⇒ Appendicectomie pour appendicite rétro caecale. Colite infectieuse motivant une laparotomie quatre mois plus tard puis colectomie droite (pas de maladie de Crohn).

Chirurgie de paroi (8)

▪ HERNIE INGUINALE (4)

- ⇒ Cure de hernie avec plaque par voie cœlioscopique en ambulatoire. Consultation trois jours plus tard aux urgences pour douleurs et grosse bourse. Choc septique à streptocoque pyogène et gangrène de Fournier le lendemain. Ré-intervention et ablation de la plaque.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Cure de hernie avec plaque sous cœlioscopie. Plaie de la veine cave suturée après conversion.
 - ➔ Hernie pariétale inguinale avec plaque réalisée dans le même temps qu'une dermolipectomie abdominale par confrère esthéticien. Lymphocèle secondairement infecté sur le site de la hernie. Ponction puis suivi par d'autres confrères. Plaque retirée tardivement au CHU, huit mois plus tard.
 - ➔ Cure de hernie pariétale ombilicale sans plaque sous cœlioscopie. Plaie digestive gastrique lors de l'introduction du premier trocart. Laparotomie et suture de l'estomac.
- **CURE D'ÉVENTRATION (2)**
- ➔ Infection tardive à l'origine de plusieurs mises à plat. Excision de la plaque et cure par rraphie temporaire avant mise en place d'une nouvelle plaque. Guérison finale.
 - ➔ Cure d'éventration avec plaque. Tuméfaction, hématome de paroi évoqué sur les deux scanners. Deux ponctions radiologiques. Récidive, nouveau scanner, intervention pour extraction d'un textilome.
- **ABDOMINOPLASTIE (2)**
- ➔ Abdominoplastie chez une patiente de dix-huit ans ayant perdu 60 kilos. Nécrose cutanée justifiant trois excisions et suture secondaire.
 - ➔ Abdominoplastie compliquée de nécrose cutanée justifiant excision et soins prolongés.

Chirurgie du pancréas (1)

- ➔ Duodéno pancréatectomie céphalique pour tumeur maligne neuro endocrine du pancréas. Infarctus mésentérique massif post-opératoire. Décès.

Chirurgie vésiculaire (5)

- ➔ Cholécystectomie sous cœlioscopie. Réhospitalisation le septième jour pour fistule biliaire postopératoire à l'origine d'une péritonite. Drainage par laparotomie. Fuite biliaire lentement tarie.
- ➔ Cholécystectomie compliquée d'une plaie biliaire motivant une surveillance, un transfert au CHU pour reprise de biliomes. Mise en place d'une anastomose en Y.
- ➔ Cholécystite aiguë avec hémoculture positive et péritonite à l'intervention en urgence sous cœlioscopie. Intervention sans complication. Choc septique postopératoire non récupéré dans la nuit de J 1 à J 2 (terrain cardiovasculaire à risque).
- ➔ Cholécystectomie. Complications non précisées.
- ➔ Mise en cause par une patiente dans les suites de son accouchement, deux ans après une cholécystectomie pour oubli de « matériel ».

Chirurgie gynécologique (7)

- ➔ Péritonite post coelioscopie pour stérilité secondaire. Fièvre à J 1. Sortie à J 4 contre avis médical. Collection purulente au scanner à J 8 et épanchement pleural bilatéral. Perforation sigmoïdienne à la laparotomie. Eventration médiane secondaire traitée par plaque après une colostomie transitoire.
- ➔ Hystérectomie d'hémostase dans un contexte d'hémorragie de la délivrance. Plaie vésicale reconnue et suturée. Plaie rectale diagnostiquée avec quelques jours de retard lors d'un scanner réalisé ailleurs et réopérée en urgence. Péritonite. Plusieurs ré-interventions.
- ➔ Intervention en tant que praticien de garde pour une hémorragie interne à J 2 d'une césarienne. Drainage chez une patiente en état précaire, péritonite secondaire opérée par autre équipe.
- ➔ Myomectomie pour fibrome utérin compliquée d'un abcès de paroi.
- ➔ Hystérectomie subtotale interannexielle pour métrorragies puis annexectomie par un autre opérateur. Douleurs abdominales rattachées à une aiguille oubliée.
- ➔ Quinze ans après une hystérectomie totale, diagnostic d'un corps étranger suite à la persistance de douleurs abdominales.
- ➔ Vulvectomie partielle pour lichen plan dégénéré de la vulve. Récidive conduisant à des exérèses élargies. Couverture par lambeau et plastie ultérieure. Séquelles douloureuses périnéales et des membres inférieurs.

Divers (dont 10)

- ➔ Ablation d'un kyste du cordon spermatique. Ischémie testiculaire.
- ➔ Excision d'un abcès pilonidal en voie de fistulisation. Boiterie et troubles de la marche invoqués dix-huit mois plus tard.
- ➔ Drainage d'un abcès du creux axillaire. Oubli d'une compresse nécessitant une ablation ultérieure chirurgicale.
- ➔ Pose d'un port à cath compliquée d'un pneumothorax. Régression lente. Evolution défavorable due à des complications de la chimiothérapie.
- ➔ Exploration pariétale avec biopsie cutanée pour douleurs abdominales pariétales après appendicectomie huit mois auparavant. Hématome traumatique ancien. Problème de séquelles esthétiques.
- ➔ Réclamation amiable pour changement d'une sonde jéjunale bouchée.
- ➔ Colectomie sous laparotomie pour tumeur maligne colique révélée par une occlusion avec métastases. Prostatite postopératoire sur sondage vésical.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE (123)

Diagnostic et prise en charge (9)

- ➔ Diagnostic par confrère, six semaines après une prise en charge pour fracture de la styloïde cubitale, d'une luxation semi lunaire qui aurait été présente sur les clichés initiaux. Intervention.
- ➔ Diagnostic d'une fracture de l'odontoïde avec sub luxation cervicale (traitée médicalement) trois mois après la prise en charge d'une fracture de rotule dans un contexte de polytraumatisme, avec cervicalgies traitées par collier à la sortie.
- ➔ Consultation postopératoire à quinze jours d'une entorse de cheville traitée par Air Cast. Œdème du mollet et prescription conjointe d'une échographie et d'une kinésithérapie à débiter « si pas de phlébite ». Le résultat de l'échographie confirmant le diagnostic de phlébite a été déposé le lendemain au cabinet du sociétaire, sans demande de rendez-vous de la patiente et sans réaction du chirurgien.
- ➔ Décès brutal à J 4 d'un patient de 78 ans aux multiples antécédents cardio-respiratoires et rénaux au décours d'une prothèse de genou. Contexte de confusion. Cause du décès inconnue. Le chirurgien est, selon les protocoles de l'établissement, responsable du suivi postopératoire après les premières 24 heures.
- ➔ Intervention pour tuméfaction de la cheville rétro malléolaire douloureuse chez un jeune homme sportif s'avérant liée à une ectasie veineuse. Hématome postopératoire et survenue à distance d'une « péri phlébite » ayant justifié par prudence un traitement anticoagulant pendant six mois. Arrêt de travail pendant un an. Le patient reproche avant tout au chirurgien l'absence de prolongation de son arrêt de travail considéré comme injustifié, et l'absence de prise en compte de ses douleurs.
- ➔ Méconnaissance d'un cancer broncho pulmonaire (décès à trois mois) sur une radiographie demandée par le chirurgien au décours de la pose d'une PTH. Reproche l'absence d'investigation en présence d'une altération importante de l'état général. (Six anesthésistes et un généraliste sont également mis en cause).
- ➔ Un interne se voit reprocher un retard diagnostique de fracture de la clavicule.
- ➔ Reproche l'absence de diagnostic d'une compression du médian (opérée par confrère), deux ans après la prise en charge d'une compression cubitale au coude traitée symptomatiquement (attelle, infiltration). Climat de revendication et de prise en charge refusée en maladie professionnelle avec arrêt de travail prolongé.
- ➔ Méconnaissance d'une disjonction scapho lunaire lors d'une chirurgie pour kyste synovial du poignet, six mois après un traumatisme avec « écrasement » du poignet dans une porte avec radiographie qualifiée de normale. Diagnostic de la disjonction par confrère. Arthrodèse précédée d'une arthroscopie, cinq ans plus tard, après de nombreuses explorations.

Complication anesthésique (5)

- ➔ Choc à la Célocurine® à l'induction d'une prothèse de hanche. Réanimation inefficace. Décès.
- ➔ Paralysie du plexus brachial au décours d'une chirurgie du canal carpien sous bloc axillaire et garrot.
- ➔ Paralysie sensitivo motrice du pouce constatée avant la sortie en ambulatoire à H 3, chez un patient opéré d'un canal carpien sous bloc tronculaire (sans interruption des anticoagulants). Persistance à trois semaines.
- ➔ Paralysie crurale après cathéter antalgique posé en postopératoire d'une PTH. Diagnostic après la sortie. Terrain de neuropathie diabétique connue et mal documentée.
- ➔ Atteinte crurale avec douleurs neuropathiques et amyotrophie chez un patient opéré d'une prothèse du genou sous anesthésie générale puis bloc crural avec cathéter antalgique.

Chirurgie du membre supérieur (38)

▪ EPAULE (11)

- ➔ Luxation acromio claviculaire à grand déplacement. Cerclage et évacuation d'un hématome. Ligamentoplastie. Infection deux mois plus tard sur vis révélée par un écoulement (superficiel). Récidive de la disjonction. Ré-intervention par confrère.
- ➔ Disjonction acromio claviculaire opérée à deux reprises. Nouvelle intervention par confrère avec amélioration.
- ➔ Prise en charge d'une infection un an après une arthrotomie thérapeutique pour rupture tendineuse par confrère. Arthroplastie d'épaule à un an suivie de reprise septique à d'autres germes. Six interventions en trois ans, épaule détruite dès la prise en charge. Expertise avec dix-sept participants.
- ➔ Prothèse articulaire pour omarthrose. Changement de matériel car déclipage du poly éthylène. Infection prise en charge de façon conforme. Evolution favorable sous antibiothérapie.
- ➔ Prothèse d'épaule pour arthrose après ancienne fracture. Hématome postopératoire. Suspicion de sepsis dans un contexte de prothèse douloureuse avec gêne fonctionnelle. Infection non confirmée y compris lors du remplacement prudent de la prothèse en deux temps par un confrère.
- ➔ Réparation arthrotomique d'une rupture de la coiffe des rotateurs suivie de ruptures itératives (deux confrères différents). Suites ignorées jusqu'à la plainte.
- ➔ Arthroscopie thérapeutique (bursectomie sans acromio plastie) pour rupture incomplète du sus épineux. Algie motivant une neurolyse du sus scapulaire. Douleurs persistantes.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Suture avec résection trans osseuse du sus épineux. Algodystrophie. Mauvais résultat.
- ➔ Mauvais résultat d'une chirurgie de la coiffe des rotateurs arthrotomique (chirurgie bilatérale de la coiffe et des canaux carpiens). Un problème technique est évoqué sur une épaule.
- ➔ Butée pour luxation récidivante avec évolution initiale satisfaisante. Récidive de douleurs lors d'un effort et décision d'ablation prématurée d'une partie du matériel (vis), le compte rendu opératoire évoquant un « débordement » de la butée. Evolution cliniquement satisfaisante.
- ➔ Butée pour instabilité et laxité. Saillie de la butée et déplacement d'une vis justifiant une correction par confrère.
- **COUDE (3)**
 - ➔ Ablation d'un matériel prothétique (migration d'un fragment en silastic et changement de prothèse). Parésie ou paralysie radiale. Ré-intervention par confrère pour persistance d'un autre fragment prothétique et arthrolyse du coude quatre mois plus tard.
 - ➔ Neurolyse cubitale après échec des infiltrations. Algodystrophie constatée à quatre mois, en présence d'un blocage du coude.
 - ➔ Erreur de site opératoire : intervention sur canal carpien au lieu d'une neurolyse du coude.
- **POIGNET (2)**
 - ➔ Paralysie cubitale à J 3 d'une intervention sous arthroscopie pour un cal vicieux du poignet (après ostéosynthèse pour fracture). Evolution vers une griffe cubitale malgré neurolyse. Algodystrophie (nombreux reproches de l'expert, défaut d'information, pas de rendez-vous postopératoire, retard de prise en charge).
 - ➔ Douleurs multiples à la suite d'une exérèse synoviale du poignet. Conversion hystérique.
- **CANAL CARPIEN (7)**
 - ➔ Lésion des nerfs collatéraux sensitifs du pouce et de l'index. Constat immédiat après une chirurgie arthrotomique. Hématome à J 4. Séquelles persistantes.
 - ➔ Lésion du rameau collatéral du médian à l'origine d'un névrome (zone gâchette). Ré-intervention à trois mois par chirurgien de la main. Arrêt de travail de neuf mois. Séquelles minimales.
 - ➔ Hypoesthésie dans le territoire du médian chez un artisan au décours d'une neurolyse endoscopique suivie d'un hématome épineural et d'un œdème justifiant une ré-intervention à J 10.
 - ➔ Récidive des symptômes aggravés après quinze jours d'amélioration post chirurgicale nécessitant une ré-intervention par un confrère.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Impotence fonctionnelle majeure faisant suspecter une conversion, au décours d'une chirurgie d'un canal carpien sévère opéré au bout de deux ans d'évolution sans nouvel EMG, ce qui est reproché.
- Algodystrophie, dont une particulièrement sévère (2).
- **MAIN (8)**
 - Résultat non satisfaisant d'une chirurgie de maladie de Dupuytren évoluée stade 3. Mauvaise coopération du patient opéré également d'un canal carpien, revu trois mois plus tard avec insensibilité du 5^{ème} doigt et algodystrophie possible après un refus d'un suivi postopératoire précoce.
 - Maladie de Dupuytren stade 2 (5^{ème} doigt). Flessum irréductible avec griffe et douleurs en postopératoire. Invoque un défaut d'information.
 - Mauvais résultat d'une aponévrectomie des trois derniers doigts chez un diabétique. Douleurs et rétraction irréductible du 4^{ème} et 5^{ème} rayon. Abandon de la rééducation par le patient.
 - Résultat non satisfaisant d'une prothèse trapézo-métacarpienne pour rhizarthrose du pouce. Ré-intervention.
 - Déplacement secondaire sous plâtre d'une fracture du majeur traitée orthopédiquement par syndactylie. Chirurgie nécessaire. Raideur du doigt persistante.
 - Persistance de douleurs après prise en charge chirurgicale d'une entorse grave du coude, et trois ans plus tard, d'une ténosynovite de Quervain.
 - Oubli d'un corps étranger résiduel retiré par confrère après réparation d'une plaie profonde d'un doigt.
 - Reprise pour panaris de l'index (opéré par un confrère). Attentisme armé à réception du résultat d'un prélèvement préopératoire (enterobacter). Suivi rassurant. Evolution vers amputation du doigt.
- **FRACTURE DU MEMBRE SUPERIEUR (6)**
 - Ostéosynthèse (Kapandji) pour fracture fermée complexe de l'extrémité inférieure du radius. Sub luxation cubitale non réduite. Prise en charge ultérieurement par confrère.
 - Ostéosynthèse (Kapandji) pour fracture fermée distale du radius. Rupture tendineuse du long extenseur du pouce diagnostiquée un mois plus tard. Plusieurs interventions par spécialiste de la main. Arthrodèse MP avec persistance de séquelles. Impute la survenue de cette rupture à la chirurgie et non pas au traumatisme initial.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Déplacement secondaire sous plâtre d'une fracture fermée du radius chez un adolescent. Petite angulation tolérable. Intervention nécessaire par un confrère, à distance, du fait de la gêne fonctionnelle persistante.
- Ostéosynthèse par broche pour une fracture fermée du radius. Douleurs sous plâtre restant inexplicables malgré les explorations. Patiente perdue de vue.
- Ostéosynthèse par broche et hauban pour fracture fermée de l'olécrane. Plaie du nerf cubital aussitôt explorée à l'origine d'une paralysie cubitale sévère malgré transposition ultérieure par un confrère.
- Bon résultat d'une ligamentoplastie pour disjonction acromio claviculaire, mise en cause systématique.
- **DIVERS (1)**
 - Lipome du creux sus claviculaire chez un patient aux multiples facteurs de risques (BPCO, obésité, diabète, syndrome coronarien). Après avis cardiologique, survenue à J 1 d'une détresse respiratoire dans un contexte d'hématome de la loge, transfusion. Décision à J 2 d'évacuer l'hématome. Arrêt cardiorespiratoire lors du transfert sur table en salle d'intervention.

Chirurgie du membre inférieur (68)

▪ HANCHE (27)

Tous les dossiers concernent une prothèse totale de hanche ou sa reprise.

Allongement (2)

- Allongement inférieur ou égal à un centimètre dans un contexte de pathologie lombaire intriquée ;

Paralysie nerveuse (2)

- Paralysie SPE (1) ou SPE/SPI au réveil, (ré-intervention immédiate pour neurolyse et évacuation d'un petit hématome). Dans les deux cas, récupération incomplète ;

Matériel (4).

- Prise en charge pour rupture de matériel (vis) et mobilité de la tige fémorale avec pseudarthrose, chez une patiente opérée d'une luxation congénitale bilatérale de hanche opérée sept fois dont quatre fois du côté concerné. Ablation de la plaque et des vis avec décortication, puis dans un deuxième temps, implant définitif. Douleurs persistantes (en fait du genou).
- Descellement prothétique mis en rapport avec une « défectuosité du matériel », six ans après une prothèse totale non cimentée (antécédent de butée), d'évolution favorable à six mois. Patient non revu.
- Rupture de matériel nécessitant un changement de prothèse quatre ans plus tard, mais luxation ultérieure nécessitant prothèse itérative.

- Rupture de la tige fémorale d'une PTH non cimentée un an plus tard. Réimplantation. Déclaration de matériovigilance.

Infection (4)

- Prothèse compliquée de désunion cicatricielle, d'abcès fistulisé à la peau. Antibiothérapie prolongée avant changement de prothèse en deux temps. Patient peu compliant aux soins et aux prescriptions.
- Ecoulement précoce. Antibiothérapie et lavage. Reprise au CHU en urgence six mois plus tard. Reproche la prise en charge de l'infection.
- Ablation à trois mois d'une prothèse douloureuse et repose immédiate d'une nouvelle prothèse (antécédents de fracture de col avec vis). Antibio prophylaxie mal tracée. Descellement septique.
- Suspicion d'infection. Reprise précoce en vue de prélèvements et de synovectomie. Evolution défavorable. Ablation et spacer. Suites longues et douloureuses avec gêne fonctionnelle.

Technique (9)

- Suites hémorragiques d'une prothèse sous anticoagulants au long cours (transfusion du fait d'une déglobulisation importante) dans un contexte possiblement infectieux et d'insuffisance rénale aiguë avec cytolysse majeure. Etat de choc à J 3 et décès. Suspicion d'un surdosage en antalgique.
- Douleurs trochantériennes, boiterie et instabilité en monopodal après une prothèse sans ciment. Reprise par confrère.
- Prothèse, sous anticoagulants au long cours, compliquée d'un hématome (transfusions). Sciatique à un mois avec parésie (liée en fait à une neuropathie préexistante indépendante de l'intervention).
- Douleurs persistantes après prothèse en céramique compliquée d'hématome postopératoire, améliorée par changement de prothèse vingt mois plus tard par confrère, (fibrose majeure et prothèse à col court). Evolution favorable.
- Descellement cotyloïdien à neuf mois de l'intervention pour ostéonécrose. Ré-intervention puis boiterie rapportée à une inégalité de longueur des membres inférieurs avec cruralgie d'origine indéterminée mais possiblement préexistante.
- Fissuration fémorale lors de l'impaction de l'implant sans ciment. Cerclage. Evolution défavorable nécessitant ré-intervention. Possible non ostéo intégration de l'implant.
- Décision de greffe spongieuse dans le cotyle du fait d'une protrusion acétabulaire, lors d'une prothèse cimentée. Cerclage du grand trochanter fracturé en peropératoire. Reprise par confrère avec greffe du fait d'une fracture du cotyle avec migration de l'implant cotyloïdien.
- Descellement ou non intégration de la pièce prothétique sans ciment.

- ➔ Descellement prothétique sur prothèse métal /métal, compliqué d'une métallose. Reprise neuf ans plus tard.

Mauvais résultat (6)

- ➔ Douleurs après PTH pour fracture du col fémoral, puis PTH controlatérale.
- ➔ PTH compliquée d'une tendinopathie du moyen fessier avec meralgie paresthésique dans un contexte psychologique particulier.
- ➔ Résultat non satisfaisant.
- ➔ Décompensation d'une chondropathie fémoro tibiale.
- ➔ Douleurs postopératoires non expliquées, après prothèse non scellée. Lavage articulaire par confrère (compliqué d'hématome et de luxation). Persistance de cruralgie.
- ➔ Douleurs persistantes après PTH pour ostéonécrose. Changement de cotyle après multiples bilans étiologiques négatifs. Douleurs persistantes et sciatique permanente inexpliquées.

▪ SUITES DE FRACTURE (8)

- ➔ Prise en charge après transfert pour rapprochement, d'un patient après accident grave de moto. Multiples fractures du bassin et du sacrum. Suivi régulier. Pseudarthrose du cadre obturateur à trois mois justifiant avis spécialisé et prise en charge de douleurs en centre spécialisé.
- ➔ Reprise opératoire d'une fracture fermée complexe diaphysaire du fémur (débricolage après enclouage par un confrère). Modification de la fixation. Déplacement secondaire avec défaut de rotation fémorale et raccourcissement. Ultime intervention pour plaque d'ostéosynthèse par confrère.
- ➔ Mauvaise réduction d'une ostéosynthèse d'une fracture fermée du tibia par embrochage, chez un adolescent de quatorze ans. Ré-intervention à J 10 au CHU après perte de confiance des parents. Remplacement d'une broche.
- ➔ Complications d'une fracture du fémur enclouée avec nécrose et infection (dans un contexte de polytraumatisme avec plaie de la cuisse controlatérale suturée, avec paralysie sciatique liée à une fracture du péroné mise en traction). Prise en charge de l'infection avec ablation du matériel. Curetage. Fistule persistante.
- ➔ Prise en charge après ostéosynthèse en deux temps d'une fracture ouverte du pilon tibial et d'une fracture fermée du fémur lors d'un polytraumatisme. Ablation du matériel d'ostéosynthèse et survenue d'une infection avec écoulement (dont il est reproché la prise en charge attentiste par le premier chirurgien) puis mise à plat de l'ostéite (par le deuxième chirurgien). Echec relatif avec fistule persistante chronique.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Survenue d'un érysipèle sur hypodermite de jambe (avec escarres du talon du côté opposé) chez un patient opéré d'une ostéosynthèse différée après traction pour fracture ouverte de jambe à grand déplacement, avec consolidation acquise dans des délais normaux. Guérison de l'érysipèle sous antibiothérapie.
- ⇒ Douleurs et défaut de rotation après ostéosynthèse par clou d'une fracture fermée de jambe justifiant ostéotomie et nouvelle ostéosynthèse.
- ⇒ Difficultés de cicatrisation puis fistule, après ostéosynthèse d'une fracture comminutive du gros orteil.

▪ GENOU (19)

Méniscectomie plus ou moins ligamentoplastie (7)

- ⇒ Infection après méniscectomie et ligamentoplastie pour rupture du LCA. Diagnostic et prise en charge rapides. Evolution favorable.
- ⇒ Ablation du matériel de ligamentoplastie du fait de douleurs. Constat d'un germe sur les vis, puis infection articulaire au 4^{ème} mois. Guérison.
- ⇒ Infection à streptocoque après ligamentoplastie et méniscectomie. Nécessité de ré-intervention, d'une arthrolyse sous AG. Découverte tardive, des années plus tard, d'une insuffisance rénale grave nécessitant une dialyse. Imputabilité possible au traitement antibiotique, prescrit par les anesthésistes pour cette infection. Plainte quinze ans après les faits.
- ⇒ Infection compliquant l'intervention, suites ignorées.
- ⇒ Constat lors d'une méniscectomie d'un LCA remanié non rompu. Réserve exprimée quant à un geste ultérieur, ligamentoplastie faite deux ans plus tard par confrère, patient non revu.
- ⇒ Intervention compliquée d'algodystrophie.
- ⇒ Douleurs et gêne fonctionnelles après chirurgie pour luxation traumatique de la rotule avec étirement du SPE (antécédents de luxation de rotule). Réclamation vingt ans après les faits.

Ostéotomie (5)

- ⇒ Ostéotomie de valgisation et dérotation du tibia pour *genu varum*. Phlébite à J 6 sous anticoagulants et récurrence de gêne fonctionnelle après amélioration temporaire.
- ⇒ Transposition de la TTA pour instabilité. Démontage précoce à six semaines. Arrêt de travail prolongé et gêne fonctionnelle persistante sur arthrose rotulienne.
- ⇒ Ablation de la plaque saillante et gênante après ostéotomie de valgisation pour arthrose. Constat lors de la ré-intervention d'une fracture de matériel (vis) retirée partiellement, à l'exception d'un fragment de vis intra osseux. Ré-intervention par confrère six mois plus tard. Retard de consolidation.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Ostéotomie de valgisation et comblement osseux sur *genu varum*, paralysie du SPE et désunion de plaie justifiant ré-intervention par lambeau. Algodystrophie.
- Ostéotomie tibiale prise en charge par confrère. Infection à un mois. Echec des antibiotiques. Ablation du matériel par autre confrère.

Prothèse de genou (7)

Complicquée de petit valgus douloureux (1) et d'infection (6) :

- Infection postopératoire sur prothèse totale du genou.
- Infection à six mois. Prise en charge par confrère de l'arthrite septique à streptocoque après écoulement sur désunion cicatricielle. Lavage, synovectomie et traitement antibiotique prolongé.
- Infection sur écoulement traînant. Ablation de la prothèse nécessaire. Repose et infection tardive à vingt mois avec un germe différent avec persistance d'une infection malgré spacer et antibiothérapie prolongée. Nécessité d'une amputation quatre ans plus tard.
- Infection possible sur hématome postopératoire. Traitement antibiotique de principe.
- Survenue d'une luxation de rotule et d'un hématome surinfecté après une chute. Antibiotique et fixateur externe temporaire. Evolution favorable. Dix ans plus tard, le patient attribue à cette intervention, son état actuel grabataire.
- Infection suspectée non confirmée au décours de la prothèse. Descellement (prélèvements stériles). Evolution nécessitant une arthrodèse ultérieure.

▪ CHEVILLE (2)

- Infection au décours d'une arthrolyse avec ablation du matériel d'une ostéosynthèse ancienne de cheville. Antibiothérapie, lavage.
- Mise en cause par erreur.

▪ PIED (12)

- Pseudarthrose après arthrodèse et scaphoïdectomie.
- Infection non confirmée après une première intervention pour hallux valgus à laquelle la patiente attribue la nécessité d'une arthrodèse métatarso phalangienne faite cinq ans plus tard par confrère et compliquée d'une infection postopératoire.
- Déplacement à six semaines du matériel posé pour une fracture de P2 du gros orteil, puis infection guérie sous antibiotiques après ablation du matériel. Persistance de douleurs et d'une gêne fonctionnelle.
- Hématome infecté secondairement après l'exérèse d'un tophus gouteux, évolution dans un délai non précisé vers une amputation d'orteil.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Douleurs liées à la fracture d'une vis après chirurgie de pied plat. Echec de la reprise par confrère. Arthrodèse envisagée.
- ➔ Lambeau cutané pour une plaie de cheville (pied bot). Une vingtaine d'interventions ensuite sur une malformation complexe des pieds. Reproches centrés sur le résultat esthétique de cette première intervention, dix ans plus tard.
- ➔ Résultat inesthétique reproché après arthrodèse du gros orteil pour hallux varus deux ans après une chirurgie d'hallux valgus. Raccourcissement inattendu du gros orteil.
- ➔ Résultat non satisfaisant d'intervention pour hallux valgus bilatéral avec dans un cas, un reproche de défaut d'information. (2).
- ➔ Arthrodèse pour hallux rigidus. Mauvais résultat (2).
- ➔ Résultat jugé imparfait de la cure d'ongles incarnés.

DIVERS CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE (3)

- ➔ Traitement d'une pseudarthrose après intervention pour sarcome du tibia. Infection sur nécrose cutanée.
- ➔ Chirurgien confronté lors d'un vol moyen-courrier à l'examen d'une jeune fille en coma peu réactif, des céphalées ayant débuté avant l'embarquement. Détournement du vol. Décès rapide. Entendu lors d'une enquête pénale.
- ➔ Chute, que le patient attribue aux séquelles d'une intervention pour une infection ostéo articulaire d'un doigt. Demande du remboursement d'une prothèse auditive endommagée.

■ NEUROCHIRURGIE ET CHIRURGIE DU RACHIS (47)

○ CHIRURGIE CÉRÉBRALE (2)

- ➔ Valve de dérivation péritonéale pour hydrocéphalie. Dysfonctionnement de la valve nécessitant un changement puis une ventriculo cisternostomie pour sténose de l'aqueduc. Méningite dans les suites, sans séquelle ayant nécessité l'ablation du cathéter. Indication initiale de valve critiquée du fait de l'absence d'IRM (ventricule légèrement dilaté au scanner).
- ➔ Hémiplégie postopératoire au décours de l'exérèse d'un gliome temporal (grade 2) révélée par des crises comitiales sans déficit neurologique préopératoire. Pas de saignement. Récupération partielle.

○ CHIRURGIE DU RACHIS (45)

Rachis cervical (2)

- ➔ Récidive d'une névralgie cervico brachiale après discectomie C5-C6 et mise en place d'une cage inter somatique. Récupération partielle, pas d'amélioration malgré deux reprises par d'autres chirurgiens.
- ➔ Discectomie cervicale étagée avec arthrodèse par cage, marquée par une brèche colmatée par Sugicel. Tétraparésie postopératoire immédiate (compression du cordon par le Sugicel® et un fragment discal ?). Récupération très partielle des membres supérieurs.

Rachis lombaire (43)

● Arthrodèse rachidienne (15)

- ➔ Récidive d'une claudication intermittente et parétique, quatre ans après une chirurgie pour sténose du canal rachidien lombaire avec un bon résultat initial. Evolution fluctuante sous surveillance pendant dix-huit mois. Ré-intervention difficile avec arthrodèse L4-L5. Sortie à J 3 et retour en urgence pour une paraplégie sensitivo motrice complète évoluant depuis la veille. Ré-intervention confirmant un hématome intra rachidien compressif. Persistance de séquelles majeures.
- ➔ Survenue d'un syndrome de la queue de cheval n'ayant que partiellement récupéré chez un patient opéré à plusieurs reprises d'une pathologie rachidienne lombaire, au décours du 3^{ème} geste d'arthrodèse inter somatique L3-L5.
- ➔ Arthrodèse lombaire compliquée d'un hématome épidual postopératoire, diagnostic rapide et intervention. Lors d'une expertise amiable, discussion d'une possible migration des cages intersomatiques.
- ➔ Troubles de la vigilance immédiats en postopératoire d'une arthrodèse lombaire. Brèche dure-mérienne passée inaperçue avec minime hémorragie méningée. Drain mis en cause pour expliquer ce probable syndrome d'hypotension intra crânienne sur brèche avec fuite de LCR. Colite pseudo membraneuse sous antibiotiques. Saignement d'un ulcère gastrique transfusé. Douleurs sciatiques persistantes. Conclusion de l'expertise : hémorragie cérébrale minime sous arachnoïdienne, probable hypotension par brèche dure-mérienne.
- ➔ Parésie des releveurs a priori bilatérale, après arthrodèse lombaire. Scanner postopératoire confirmant la bonne position du matériel et l'absence d'hématome compressif mais seulement une infiltration hématique non organisée sur le site opératoire. Evolution lentement favorable. Rupture d'une vis dans les suites d'une chute, sans indication de reprise.
- ➔ Arthrodèse lombaire compliquée d'une paralysie du SPE (tronculaire).
- ➔ Intervention pour sténose L3, quelques années après une arthrodèse dynamique pour sténose lombaire L5-S1 invalidante. Parésie des releveurs de récupération incomplète. L'intervention d'ablation de matériel L4-L5-S1 et de l'extension de la stabilisation L3 avait noté une fusion spontanée sur les deux derniers étages et a provoqué une brèche durale réparée. Evocation quelques années plus tard d'une maladie de Forestier.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Infection sur cicatrice après arthrodèse pour canal lombaire étroit symptomatique. Ecoulement prolongé mais pas d'infection profonde.
- ➔ Infection staphylococcique après une arthrodèse antérieure par cage avec ostéosynthèse L2-S1.
- ➔ Ré-intervention à J 8 pour infection après recalibrage et stabilisation inter épineux du fait de lombalgies chroniques (bilan soigneux, long délai de réflexion, échec des traitements médicaux). Ablation du matériel et suites simples mais retour à l'état clinique antérieur.
- ➔ Douleurs rachidiennes résiduelles après l'ablation du matériel d'une ancienne arthrodèse lombaire (2).
- ➔ Sciatique au contact d'une vis mal positionnée lors d'une ostéosynthèse étendue de L3 à S1. Evolution favorable après ré intervention.
- ➔ Récupération spectaculaire chez une patiente opérée d'une arthrodèse postérieure. Plainte quinze ans après les faits pour lombosciatique séquellaire de cette intervention. Restriction du périmètre de marche et lombalgie permanente, y compris en position assise prolongée.
- ➔ Oubli de compresse après arthrodèse lombaire.

- **Intervention pour hernie discale et/ou canal lombaire étroit (24)**

- *Interventions compliquées d'infection (5)*

- ➔ Abscess des parties molles et spondylodiscite diagnostiquée à un mois. Séquelles invalidantes et préjudice professionnel.
- ➔ Spondylodiscite après exérèse d'un kyste articulaire lombaire. Evolution favorable.
- ➔ Infection après chirurgie discale (sténose canalaire majeure) favorisée par une désunion cicatricielle, puis persistance de douleurs résiduelles attribuées par la patiente à la persistance d'une hernie L3-L4 (pas de discectomie à cet étage lors de la chirurgie précédente).
- ➔ Infection et prise en charge conforme. Séquelles, douleurs et modification du poste professionnel.
- ➔ Infection à quinze jours à staphylocoque résistant chez un diabétique après laminectomie et recalibrage. Collection sous cutanée évacuée. Guérison mais persistance de lombalgies chez un travailleur manuel.

- *Autres complications (19)*

- ➔ Paralysie d'un membre en postopératoire d'une chirurgie de recalibrage sans interposition de matériel. Reprise immédiate et évacuation d'un hématome péri-dural. Récupération et sortie mais persistance de séquelles neurologiques.
- ➔ Laminectomie décompressive en semi urgence pour syndrome de la queue de cheval (femme de 80 ans). Suites simples et sortie avec relais des anticoagulants au long cours.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Survenue vers J 15 d'un hématome épidural en centre de convalescence favorisé par un surdosage en anticoagulant. Retard à l'intervention. Persistance d'une paraplégie incomplète et de troubles sphinctériens.

- ➔ Intervention pour récurrence de canal lombaire étroit et hernie discale L2-L3, chez un patient sous anticoagulants. Aggravation du déficit L2-L3 et apparition d'un déficit L5 (fragment discal exclu et hématome épidural). Reprise suivie de méningite à entérobacter. Déficit neurologique permanent d'un membre inférieur.
- ➔ Intervention pour sciatique déficitaire avec paralysie droite des releveurs. Laminectomie, saignement peropératoire tamponné. Disparition de la sciatique droite en postopératoire mais parésie complète des releveurs à gauche au réveil. Récupération motrice partielle mais douleurs neuropathiques.
- ➔ Recalibrage de canal lombaire étroit et cure de hernie discale. Syndrome de la queue de cheval d'apparition progressive quinze jours après la chirurgie (troubles sphinctériens puis moteurs). Ischémie médullaire évoquée par plusieurs neurochirurgiens au décours.
- ➔ Laminectomie lombaire pour canal lombaire étroit et sciatique. Tétraparésie le lendemain. Ischémie médullaire cervicale dont l'origine n'est pas élucidée. Aucune récupération.
- ➔ Prothèse discale L5-S1. Sciatique S1 attribuée à une luxation de la prothèse. Reprise par cage inter somatique à deux étages. Persistance d'une sciatique déficitaire améliorée partiellement par une ré-intervention.
- ➔ Retard de prise en charge d'une hernie discale compressive : patient ayant présenté une sciatique hyperalgique en cours d'exploration, admis un samedi et traité symptomatiquement. Constat le lundi après-midi d'une paraparésie par le rhumatologue appelé à son chevet. Intervention rapide mais séquelles (un rhumatologue, un anesthésiste, un urgentiste et un chirurgien sont mis en cause). Evolution globalement favorable.
- ➔ Chirurgie disco vertébrale avec laminectomie. Méningocèle diagnostiqué un mois plus tard.
- ➔ Céphalées après laminectomie. Pas de notion d'une brèche.
- ➔ Récurrence de hernie discale, reprise par confrère sur l'étage opéré un an auparavant. Intervention dans l'intervalle sur une lésion méniscale du genou, troubles de la marche persistants.
- ➔ Excellent résultat d'une cure de hernie discale à deux mois puis lombalgie et blocage du genou (ménisectomie). Un autre chirurgien, en l'absence de l'opérateur, évoque une récurrence herniaire controlatérale au même étage. Intervention compliquée d'une paralysie quadricipitale persistante.
- ➔ Récurrence à deux mois d'une hernie discale lombaire. Reprise mais persistance de douleurs neuropathiques justifiant neurostimulateur. Nombreuses interventions au décours (matériorigilance, mauvais positionnement, électrode migrée en intra péritonéal avec occlusion du grêle, migration du connecteur...).
- ➔ Récurrence de la symptomatologie quelques mois après l'intervention, reprise et bon résultat.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Résultat non satisfaisant (2), douleurs rachidiennes persistantes et/ou aggravation-
- ➔ Persistance de phénomènes douloureux (hernie compressive ou fragment discal sur l'IRM de contrôle demandée par un confrère qui réintervient). Après intervention pour sciatique L5-S1 hyperalgique et déficitaire. Amélioration au décours de la 2^{ème} intervention.
- ➔ Bon résultat sur la sciatique mais douleurs lombaires persistantes et arthrodèse nécessaire.
- ➔ Excellent résultat d'une chirurgie de hernie discale mais douleurs sur tendinite de hanche (préexistante) confiée à un rhumatologue. Plainte immédiate.
- **Divers rachis (4)**
 - ➔ Phlébite et embolie pulmonaire après la sortie, suite à une arthrodèse. Lever précoce. Pas de facteur de risque.
 - ➔ Allégation du déclenchement d'une sciatique après infiltration pour cruralgie.
 - ➔ Aggravation invoquée après drainage itératif d'une syringomyélie post traumatique.
 - ➔ Paralysie des membres inférieurs suite à une fuite de ciment après cimentoplastie pour fracture/ tassement de L1 (30 % de réduction de hauteur).

CHIRURGIE CARDIO THORACIQUE ET VASCULAIRE (13)

Chirurgie aortique et valvulaire (5)

- ➔ Remplacement valvulaire aortique par bio prothèse. IDM peropératoire à l'arrêt de la CEC. Pontage mammaire. Défaillance multiviscérale en réanimation et décès.
- ➔ Endoprothèse pour anévrisme de l'aorte abdominale. Problème technique au moment de la capture du système de largage avec dysfonctionnement du mécanisme d'agrafage contraignant à la laparotomie et à une prothèse aorto aortique classique. Colite ischémique, colectomie totale en plusieurs temps. Décès.
- ➔ Remplacement prothétique en urgence sur CEC pour dissection aortique. Intervention difficile avec hémorragie massive et déchirure de l'oreillette. Décès postopératoire chez un homme de 81 ans sous anticoagulants pour une phlébite.
- ➔ Remplacement valvulaire aortique. Diagnostic d'un AVC semi récent en rééducation à J 10. Reproche une prise en charge et un diagnostic tardifs.
- ➔ Eventration après pontage aorto-fémoral.

Chirurgie carotidienne (2)

- ➔ Endartériectomie carotidienne compliquée d'un déficit neurologique constaté le lendemain, trop tardivement, et non signalé au médecin de garde par l'infirmière. Obstruction de la carotide. Abstention chirurgicale, vu le délai supérieur à six heures et les risques. Hémiplégie séquellaire.
- ➔ Pontage carotido-sous-clavier. Hématome postopératoire progressif responsable d'une paralysie du plexus brachial. Reprise à J 5, décompression chirurgicale mais parésie séquellaire du membre supérieur.

Chirurgie des membres (6)

- ➔ Pontage fémoro-poplitée en semi urgence (occlusion poplitée *a priori* embolique évoluant depuis un mois). Thrombose aiguë du pontage. Echec des reprises par sonde de Fogarty. Poursuite du traitement médical. Re-perméabilisation partielle mais douleurs résiduelles (recherche de thrombophilie négative).
- ➔ Pontage pour artériopathie chez un patient de 80 ans, diabétique insulino-dépendant avec un orteil pourpre. Endoprothèse auto expansive de la fémorale superficielle puis de la poplitée, pour sténose fémoro poplitée. Ablation d'un ongle incarné. Evolution vers l'amputation du gros orteil.
- ➔ Eveinage saphène interne sur artériopathie connue et bilantée. Infection secondaire. Pontage artériel fémoro-poplitée nécessaire, deux mois plus tard, du fait d'une ischémie distale. Complications infectieuses et ischémiques. Amputation au tiers inférieur de cuisse. Nombreuses ré-interventions.
- ➔ Eveinage saphène externe et interne. Douleurs postopératoires dues à un bandage de contention trop serré et non vérifié malgré les doléances. Hématome laissant des cicatrices inesthétiques.
- ➔ Phlébectomie d'un membre inférieur et vulvaire après stripping par radiofréquence pour incontinence de la saphène interne. Paralysie du sciatique poplitée externe au niveau du col du péroné.
- ➔ Au décours d'une chirurgie aortique en décubitus dorsal, constat de brûlures étendues de la face postérieure du corps du 2^{ème} et 3^{ème} degré, puis survenue d'une éventration.

CHIRURGIE UROLOGIQUE (19)

Prise en charge (4)

- ➔ Prise en charge d'un patient aux antécédents de tumeur maligne rectale opérée et irradiée. Infections urinaires à répétition sur vessie radique. Urétéro hydronéphrose bilatérale avec insuffisance rénale. Ré-hospitalisation pour dégradation en urgence : prescription dans la soirée de perfusion (non faite) et demande de contact du chirurgien digestif pour le lendemain. Week-end avec pont férié, pas de visite chirurgicale les deux jours suivants. Choc

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

septique, insuffisance rénale sévère. Découverte ultérieure d'une fistule entéro vésicale. Problème d'organisation.

- ➔ Appel au chevet d'un patient hospitalisé en orthopédie pour un œdème des bourses secondaire à un volumineux hématome de hanche après PTH. Abstention et collègue urologue prévenu qui décide d'une orchidotomie confirmant l'œdème isolé et l'absence d'hématome. Indication du geste discutée, infection scrotale (et de la prothèse de hanche sans lien avec le geste urologique).
- ➔ Patiente adressée pour infection urinaire fébrile. Hydronéphrose à l'uroscanner. Cytologie inflammatoire avec quelques cellules suspectes. Lithotritie pour lithiase urétérale. Pose d'une sonde JJ. Evolution vers une hydro néphrose bilatérale nécessitant plusieurs gestes endoscopiques de drainage. Diagnostic de tuberculose urinaire au bout d'un an. Séquelles avec sténoses urétérales et incontinence urinaire.
- ➔ Résection trans vésicale d'une tumeur maligne vésicale, en cours de bilan mais départ à l'étranger et découverte d'une tumeur rénale par un confrère. Décès quelques mois plus tard.

Prostate (4)

- ➔ Prostatectomie sous cœlioscopie. Difficultés de dissection dans un contexte hémorragique (antécédents de hernie inguinale avec plaques). Diagnostic d'une péritonite à J 3 après transfert en réanimation. Iléostomie temporaire. Ré-intervention pour éventration et incontinence nécessitant un sphincter artificiel et impuissance. (Deux chirurgiens urologues sont concernés).
- ➔ Prostatectomie cœlioscopie robot-assistée. Fistule urétéro vésicale reprise à J 2 par autre opérateur. Péritonite par désunion de l'anastomose urétéro vésicale nécessitant plusieurs interventions et un séjour en réanimation pour traitement du choc septique, nécessité d'auto sondages quotidiens et fuites urinaires.
- ➔ Biopsie vésicale et incision cervico prostatique pour dysurie et troubles de l'érection. Défaut d'information sur le risque d'éjaculation rétrograde. Recours à la procréation médicale assistée.

Cure d'incontinence (3)

- ➔ Cure d'incontinence par bandelette TVT et hystérectomie totale par voie basse. Prise en charge par confrère d'une migration vaginale de la bandelette, d'abord sectionnée puis retirée dans un deuxième temps.
- ➔ Hystérectomie et cure d'incontinence (bandelette TOT) par confrère. Ablation de la bandelette et suture urétrale compliquée de fistule qui semble s'être tarie. Ré-intervention pour réapparition d'une incontinence avec échec de la repose d'une bandelette du fait des douleurs. Mise en place d'un sphincter artificiel retiré au bout d'un mois (infection). Ré-intervention par 3^{ème} opérateur pour mise à plat de collections urétrales. Séquelles de la blessure causée par le premier opérateur.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Cure d'incontinence urinaire avec interposition de matériel et cure du prolapsus. Sténose urinaire urétérale unilatérale avec migration de clip et de bandelette qui seront ôtées par urétéroscopie et coelioscopie.

Vessie (3)

- ➔ Cystoscopie et biopsie sous anesthésie générale pour suspicion de cystite interstitielle. Perforation instrumentale de la vessie et du colon opérée à J 1, suture. Suites simples.
- ➔ Cystoscopie et biopsie du col vésical associées à une résection du col du fait d'une sténose urétrale dans un contexte de franges papillaires suspectes. Défaut d'information sur le geste pratiqué. Ejaculation rétrograde.
- ➔ Chirurgie pour fistule urétérale bilatérale suite à une intervention récente de prolapsus et d'incontinence urinaire par autre opérateur. Réimplantation urétérale et montée de sonde JJ dont un fragment se serait cassé d'un côté nécessitant d'autres ré-interventions. Hydronéphrose unilatérale sur sténose serrée de la jonction urétéro vésicale.

Chirurgie de prolapsus (1)

- ➔ Chirurgie de prolapsus par voie coelioscopique interrompue en raison d'une plaie rectale suturée immédiatement mais laissant persister le prolapsus.

Divers (4)

- ➔ Orchidectomie et épidydimectomie chez un patient (opéré d'embolisation de la veine spermatique), se plaignant de douleurs scrotales. Symptomatologie inchangée en postopératoire.
- ➔ Intervention de reprise d'une circoncision réalisée dans l'enfance du fait d'une disjonction du raphé médian du gland. Invoque une infection, une gêne esthétique et fonctionnelle. Reprise, trois ans plus tard, par un autre opérateur et satisfaisante sur le plan esthétique mais à l'origine d'une « appréhension sexuelle ».
- ➔ Pose de sonde JJ mal tolérée pour crise de colique néphrétique hyperalgique. Lithotritie le lendemain compliquée d'un hématome péri rénal. Nouvel épisode de migration imposant une sonde JJ. Lithiase résiduelle, persistance de douleurs.
- ➔ Résection trans urétrale de prostate prévue par confrère. Lavement évacuateur préopératoire suivi d'une rétention. Pose d'une sonde urinaire par confrère. Plaie digestive rectale par canule de lavement, diagnostiquée par l'urologue et nécessitant un parage. (Un chirurgien viscéral est également mis en cause).

Chirurgie de la thyroïde (2)

- ➔ Paralysie récurrentielle unilatérale après thyroïdectomie totale pour maladie de Basedow résistante au traitement médical.

- ⇒ Paralysie récurrentielle bilatérale persistante, deux ans après une thyroïdectomie totale (trachéotomie, greffe nerveuse, réinnervation laryngée bilatérale et sélective sous couvert d'une trachéotomie provisoire).

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

Les 226 chirurgiens plasticiens sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 45 déclarations (38 libéraux, 6 en activité privée du secteur public et 1 salarié) : 10 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 31 réclamations et 3 saisines d'une CCI.

Abdominoplastie (8)

- ⇒ Désunion cicatricielle après plastie chez une femme opérée de Sleeve gastrectomie. Abcès drainé et nécrose ombilicale.
- ⇒ Dermolipectomie et cure de diastasis compliquées d'un hématome de paroi important.-. Ré-intervention en urgence (pas de saignement actif) et transfusions, excision d'une zone de nécrose infectée laissant persister une perte de substance cutanée (Deux chirurgiens sont concernés).
- ⇒ Dermolipectomie sans incident, insatisfaction quant au résultat.
- ⇒ Contestation du résultat d'une lipoaspiration abdominale pratiquée dix ans auparavant.
- ⇒ Plastie abdominale et mammaire avec pose d'implants six mois après la pose d'un ballon intra gastrique, (amaigrissement de 40 kg). Allégation d'un résultat insatisfaisant, de la prise d'un risque injustifié et refus de régler les honoraires prévus.
- ⇒ Lipoaspiration et abdominoplastie sans transposition de l'ombilic, après amaigrissement de 20 kg. Résultat non satisfaisant. Proposition de reprise.
- ⇒ Plastie abdominale. Hématome de paroi récidivant qui s'enkystera malgré plusieurs ponctions. Ré-intervention, probable cytotostéonécrose. Demande de prise en charge des honoraires d'un autre praticien consulté.

Lipoaspiration/lipectomie des membres (6)

- ⇒ Lipoaspiration de la ceinture pelvienne. Sortie malgré douleurs abdominales, revue à J 1 et hospitalisée à J 2. Intervention en urgence, plaie hépatique par une canule avec hémopéritoine, sans déglobulisation.
- ⇒ Paralysie partielle du plexus brachial au décours d'une lipectomie des membres supérieurs.
- ⇒ Lipoaspiration des cuisses en deux temps, à six mois d'intervalle. Désunion et abcès à staphylocoque, mise à plat, furonculose récidivante.
- ⇒ Lipectomie des cuisses après un amaigrissement important suite à une chirurgie bariatrique. Désunion cicatricielle, infection staphylococcique, arrêt de travail et soins prolongés.

- ➔ Lipoaspiration des cuisses, résultat non satisfaisant à la suite de la reprise de poids (2).

Blépharoplastie (2)

- ➔ Blépharoplastie des paupières supérieures et lipofilling des paupières inférieures. Reprise des incisions d'une chirurgie antérieure, cicatrices jugées trop marquées.
- ➔ Chirurgie esthétique du visage après plusieurs interventions pour un carcinome baso cellulaire de la joue et greffe cutanée. Deux reprises de blépharoplastie laissant persister un déficit d'occlusion palpébrale et une rétraction très gênante de la paupière inférieure.

Chirurgie mammaire (17)

▪ REMPLACEMENT PROTHETIQUE DE PROTHESES PIP ROMPUES (3) :

- Ptôse, correction puis foyer de cytotéatonecrose ;
 - Luxation prothétique unilatérale récidivante ;
 - Découverte d'un sérome au contact de la rupture, puis à distance tuméfaction du creux axillaire évoquant un siliconome.
- ➔ Mastopexie et réduction mammaire, foyer de cytotéatonecrose.
 - ➔ Cure de ptôse mammaire avec réduction, nécrose aréolaire traitée par cicatrisation dirigée.
 - ➔ Mastopexie avec implants, cicatrices chéloïdes et réduction jugée insatisfaisante.
 - ➔ Prothèse de silicone Ecoulement, fistule, réopérée quatre fois jusqu'à l'ablation de la prothèse. Pas de germe retrouvé, reprise non satisfaisante.
 - ➔ Prothèses d'augmentation par voie axillaire, déficit neurologique et dysesthésies persistantes dans le territoire du brachial cutané interne, EMG dans les limites de la normale.
 - ➔ Reproche une attitude attentiste devant des douleurs du sein, six ans après une implantation de prothèses en silicone. Rupture de matériel implanté dépistée un an plus tard justifiant l'ablation.
 - ➔ Plastie mammaire sans pose d'implant. Constat échographique d'un hématome enkysté excisé six mois plus tard, à l'origine de rétractations cicatricielles réopérées avec mauvais résultat final.
 - ➔ Découverte d'une compresse oubliée lors d'une ré-intervention après plastie mammaire.
 - ➔ Plastie de réduction mammaire avec dépose de prothèses au sérum physiologique sans pose de nouvel implant. Cicatrices.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Changement de prothèses pour aspect inesthétique des seins. Aspect « bosselé » des seins. Changement d'une prothèse deux ans plus tard, compliqué de fistule cutanée avec surinfection secondaire nécessitant l'ablation définitive de cette prothèse et le port d'une prothèse externe.
- ⇒ Retrait d'implants jugés trop volumineux, avec ptôse et asymétrie mammaire. Mastopexie sans difficulté mais aspect jugé trop large des cicatrices dix-huit mois plus tard avec plusieurs kystes et un rejet de fils de suture.
- ⇒ Plastie mammaire (3), sans précision (1), seins trop hauts après pose de prothèses par voie axillaire en rétropectoral (1), mauvais résultat allégué quatre ans plus tard (1).

Greffe de cheveux (2)

- ⇒ Micro greffes de follicules pileux. Folliculite et nécrose des follicules implantés.
- ⇒ Greffe sans complication mais douleurs et œdème important dans les suites. Allègue un mauvais suivi postopératoire et une infection (sans preuve). Arrêt de travail d'un mois prescrit par le généraliste.

▪ LIFTING (4)

- ⇒ Multiples interventions esthétiques dont lifting et plastie mammaire. Résultat des six interventions en sept ans jugé à chaque fois non satisfaisant.
- ⇒ Résultat jugé non satisfaisant d'un lifting et d'une plastie mammaire.
- ⇒ Résultat jugé non satisfaisant d'un lifting endoscopique temporo frontal avec liposculpture. Retouche.
- ⇒ Contracture du sternocléidomastoïdien dans les suites d'un lifting facial, sans lésion neurologique ni cause retrouvée.

▪ RHINOPLASTIE (3)

- ⇒ Rhinoplastie après fracture des os propres du nez. Persistance d'une « bosse » sur l'arête nasale, demande de dossier.
- ⇒ Rhinoplastie à visée esthétique, réclamation neuf ans plus tard. Obstruction nasale chronique.
- ⇒ Rhinoplastie esthétique et correction d'une déviation de la cloison nasale. Résultat considéré comme non satisfaisant. Retouche refusée, revendications multiples quinze ans après la chirurgie.

▪ DIVERS (3)

- ⇒ Exérèse sous anesthésie locale d'un carcinome basocellulaire. Tumeur au contact des berges. Reprise chirurgicale avec greffe cutanée. Reproche l'absence d'examen extemporané lors de la première intervention puis une exérèse trop large.

- ⇒ Injections de comblement pour symétrisation des lèvres. Injection d'Aquamid® par confrère puis retouches localisées à l'acide hyaluronique. Résultat esthétique non satisfaisant.
- ⇒ Récidive d'un ongle incarné après exérèse.

DERMATOLOGIE

Les **2 278** dermatologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **76** déclarations (en exercice libéral), soit une sinistralité de 3,75 % (contre 3,9 % en 2012) : 8 procédures civiles, 9 plaintes ordinales, 57 réclamations et 2 saisines d'une CCI.

Diagnostic (14)

- ⇒ Lésion pigmentée d'un orteil jugée rassurante et étiquetée tardivement mélanome. Amputation.
- ⇒ Lésion cutanée du talon suspecte, évoluant depuis un an. Lettre remise au patient pour biopsie en milieu hospitalier, réalisée sept mois plus tard. Diagnostic de mélanome.
- ⇒ Lors d'une consultation pour surveillance de nævi, biopsie d'une lésion suspecte de la jambe étiquetée nævus selon le compte rendu reçu. Métastases multiples deux ans plus tard et nouvelle demande au laboratoire du compte rendu non reçu par la patiente. Celui-ci, dit « corrigé », décrit un mélanome « SSM de type II, sur nævus préexistant, de 0,6 mm d'épaisseur dont les marges d'exérèse sont insuffisantes ».
- ⇒ Cryothérapie à deux reprises d'une lésion cutanée de la joue avant biopsie cinq mois plus tard devant l'extension. Mélanome spitzoïde métastasé.
- ⇒ Lésion du sternum (alléguée être déjà présente et signalée) se révélant être un mélanome, dix-huit mois après une consultation pour lésion actinique de la joue. Mention sur le dossier d'une lésion de la fesse à ne pas traiter, sans mention de celle incriminée.
- ⇒ Biopsie pour lésion actinique de la joue. Suites inflammatoires puis rappel téléphonique un mois plus tard pour évoquer une nouvelle biopsie étant donné les doutes sur le résultat histologique. Trois mois plus tard, diagnostic de cancer épidermoïde.
- ⇒ Prise en charge intermittente pendant deux ans pour des injections d'acide hyaluronique. Lésion sous-orbitaire adressée au chirurgien. Carcinome de Merkel justifiant une exérèse large et une radiothérapie adjuvante. La patiente prétend qu'avant son aggravation, cette lésion était présente depuis un an.
- ⇒ Allégation, par la famille d'un patient décédé, d'un retard diagnostique de mélanome. Pas de consultation depuis dix ans.
- ⇒ Surveillance d'une patiente pour mélanome lombaire malin et antécédents familiaux. Laser épilatoire sur une lésion rattachée à un poil incarné. Biopsie par confrère un mois plus tard et diagnostic d'un basocellulaire superficiel.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Electrocoagulation d'une lésion para nasale, adressée un an plus tard au chirurgien. Diagnostic de cancer basocellulaire. Rançon cicatricielle.
- ➔ Patiente confiée au chirurgien pour biopsie d'un nævus de la joue. Consultation un an plus tard. Carcinome basocellulaire profond nécessitant une exérèse large et mutilante. Reproche de ne pas avoir été alertée sur l'urgence du geste.
- ➔ Consultation unique et traitement d'une dermatose du visage (corticoïdes et autres) avant une baisse d'acuité visuelle révélant un zona ophtalmique. Greffe de cornée envisagée.
- ➔ Lors d'une consultation pour surveillance d'un carcinome basocellulaire, prescription d'un traitement pour alopecie frontale attribuée à une kératose séborrhéique. Un lichen plan à la racine des cheveux aurait été diagnostiqué, dans un délai inconnu, par un confrère qui aurait dit que la calvitie aurait pu être évitée.
- ➔ Dermatose prurigineuse étiquetée allergique lors de trois consultations et traitée symptomatiquement avec des corticoïdes locaux et par voie générale. Diagnostic de gale porté par confrère quatre mois plus tard.

Prise en charge (3)

- ➔ Proposition, refusée à plusieurs reprises, de l'exérèse d'une lésion du cuir chevelu, acceptée un an plus tard devant l'extension. Mélanome malin stade IV. Décès de cette femme de 26 ans.
- ➔ Lésion cutanée du cuir chevelu biopsiée et étiquetée granulome. Revue à deux reprises. Extension et demande d'avis obtenu quatre mois plus tard. Diagnostic de carcinome épidermoïde avec métastases ganglionnaires. Reproche de ne pas avoir refait la biopsie plus précocement. (Un anatomopathologiste mis en cause).
- ➔ Avis donné au cours d'une hospitalisation pour syndrome anxio dépressif, conseillant la réalisation d'une biopsie pour une lésion suspecte du cuir chevelu. Diagnostic anatomopathologique incertain malgré plusieurs biopsies (mélanome nodulaire ou mélanosarcome). Dégradation de l'état général et syndrome douloureux multifocal sans lien évident avec la pathologie dermatologique.

Acte esthétique / thérapeutique (51)

▪ BIOPSIE / EXERESE (6)

- ➔ Exérèse de nævi multiples suspects, dont un dorsal, chez un adolescent, non revu. Biopsie rassurante. Cicatrice chéloïde. Les parents reprochent un acte inutile sans leur consentement.
- ➔ Ablation d'un nævus du pied. Algodystrophie.
- ➔ Exérèse de kystes épidermiques thoraciques (avec analyse anatomopathologique). Infection locale sur certains kystes.
- ➔ Exérèse d'un xanthélasma étendu bilatéral avec suture. Ectropion unilatéral nécessitant une chirurgie réparatrice.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Exérèse d'un cancer basocellulaire. Infection et drainage chirurgical.
- Exérèse sous anesthésie locale d'un nævus de la cuisse. Retard de cicatrisation.
- **CRYOTHERAPIE / ELECTROCOAGULATION (5)**
 - Cryothérapie de verrues des doigts à deux reprises. Inflammation traitée par généraliste (antibiotiques) puis chirurgie pour infection.
 - Cryothérapie d'un mélasma résistant au traitement local. Aggravation avec réaction inflammatoire et hyperpigmentation.
 - Cryothérapie pour un botryomycome du gros orteil. Convocation reçue pour expertise.
 - Cryothérapie pour verrue du pouce par laser sous anesthésie locale. Œdème le lendemain puis chirurgie en urgence d'une rupture complète de l'extenseur avec perte de substance. Récupération.
 - Complication de la cryothérapie sans précision.
- **INJECTIONS DE COMPLEMENT (6)**
 - Injection de Dermalive® pour rides péri buccales. Apparition de granulomes six ans plus tard. Reproches visant également le montant des honoraires.
 - Injection de toxine botulique. Ptôsis de la paupière.
 - Injections d'acide hyaluronique (4), contestation du résultat (2) voire aggravation alléguée (2) avec douleurs persistantes aux points d'injection ou « allergie généralisée ».
- **LASER DE DE TATOUAGE (1)**
 - Laser pour tatouages polychromes des deltoïdes. Brûlures et cicatrices dyschromiques.
- **LASER EPILATOIRE (20)**
 - Quel que soit le type de laser et le siège de l'épilation, les accidents survenus sont en majorité des brûlures (15) du 1^{er} ou 2^{ème} degré superficiel, laissant des zones dyschromiques. Il est parfois noté ou reproché que le geste ait été fait par une « assistante », après choix du paramétrage au moins par le dermatologue pour la première séance. Aucun dysfonctionnement apparent du laser n'a été remarqué. Une dépigmentation du bord supérieur de la lèvre a pu être corrigée par une esthéticienne. Deux tatouages ont été endommagés. Le résultat est jugé non satisfaisant (2), dans un cas du fait de la repousse tardive de poils.
- **LASER VASCULAIRE (9)**
 - Laser pour érythrose du visage ou couperose (7)**
 - Brûlures (4) avec cicatrices (2) déprimées sur les ailes du nez avec dans un cas un retentissement psychologique et un traitement correcteur envisagé.
 - Suivi d'une aggravation secondaire à une « allergie » alléguée (1), compliqué d'œdème temporaire (1) avant guérison.

- ➔ Dans un cas, sans dérèglement apparent du laser, survenue d'un œdème important du visage et des paupières (avec douleurs et chémosis) nécessitant la prise en charge par un ophtalmologiste, pendant 3 mois, d'une kératite sur sécheresse oculaire.

Laser pour angiome (1)

- ➔ Angiome plan congénital de cheville déjà traité avec un échec partiel. Evolution vers zones nécrotiques « inhabituelles » et difficultés persistantes de cicatrisation.

Laser pour vitiligo (1)

- ➔ Laser pour vitiligo, à doses variables, après la 17^{ème} séance chez un enfant de 12 ans. Brûlure périlabiale d'évolution favorable.

▪ PEELING (2)

- ➔ Peeling au TCA à 15 % suivi de brûlures immédiates, traitement, arrêt de travail d'une semaine, persistance d'une « tâche ».
- ➔ Peeling « aux acides de fruits » pour la deuxième fois à 10 ans d'intervalle, rougeurs, plainte pour non remboursement des soins.

▪ PUVATHERAPIE (2)

- ➔ Puvathérapie, avec le même protocole que celui initié par confrère lors de la première séance qui, a posteriori, a été très courte, ce dont la patiente s'est étonnée. Brûlures du deuxième degré superficiel.
- ➔ Puvathérapie pour psoriasis. Brûlure liée à une erreur reconnue de la puissance utilisée (erreur initiale de « plume »).

latrogénie médicamenteuse (5)

- ➔ Prescription de Roaccutane® pour acné dite sévère chez un adolescent de 19 ans. Doses progressives pendant un an. Suicide deux mois après l'arrêt du traitement dans un contexte de problèmes psychologiques itératifs.
- ➔ Prescription de Roaccutane® pour 3 mois, bilan à six semaines, puis acné fulminans (avec sacroiléite). Retentissement psychologique avec pratique de tests neuropsychologiques.
- ➔ Corticothérapie locale de courte durée et épisodique pour lichen plan après une prescription non renouvelée de corticothérapie par Medrol® par confrère. Diagnostic d'une insuffisance surrénale lente dont le lien de causalité avec les traitements est évoqué.
- ➔ Prescription d'une crème Node K® chez un enfant de 3 mois pour dermatose croûteuse du cuir chevelu. Médicament réservé aux enfants de plus de 3 ans. Brûlures.
- ➔ Apparition alléguée d'une pilosité duveteuse sur le front, en lien avec la prescription d'Alopexy®.

Déontologie (3)

- ➔ Les reproches concernent les honoraires et l'absence de devis (1) pour différents gestes esthétiques ou témoignent de problèmes relationnels (2) avec la mère d'un enfant de 10 ans traité pour épilation du dos qui reproche l'établissement d'un nouveau devis en cours de soins lors de l'augmentation de la TVA ou motivée par le fait qu'une exérèse de cancer basocellulaire soit confiée à un chirurgien plasticien libéral après une multiplication des actes.

ENDOCRINOLOGIE

Les endocrinologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 20 déclarations (en exercice libéral) : 20 réclamations.

Iatrogénie (19)

- ➔ Mise en cause du fait de la prescription ou du renouvellement de Médiator®, (dont deux patients traités antérieurement par Isoméride®), le plus souvent dans le respect de l'AMM : complications inconnues (9), valvulopathies dont insuffisance aortique (9) et une « complication » sans lien avec ce médicament (pontage coronaire).

Prise en charge (1)

- ➔ Demande de bilan endocrinien complet chez une patiente adressée par son généraliste pour œdème du visage isolé et persistant. Revue deux mois plus tard avec les résultats (dont ACTH bas, cortisol normal), poursuite de l'enquête diagnostique par le généraliste (aidé par les recherches de la patiente sur Internet). Diagnostic, six mois plus tard par confrère, d'un syndrome de Cushing avec adénome surrénalien. Intervention.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Les 1 251 obstétriciens et les 1 971 gynécologues médicaux ou obstétriciens n'assurant que le suivi de grossesse, sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 76 déclarations (58 en exercice libéral, 10 en activité privée du secteur public et 8 salariés) : 3 plaintes pénales, 27 procédures civiles, 13 plaintes ordinaires, 19 réclamations et 14 saisines d'une CCI.

Prise en charge de la grossesse / en cours de grossesse (12)

- ➔ Grossesse suivie jusqu'à 32 SA. Antécédent connu de césarienne pour placenta *prævia*. Cicatrice utérine verticale. Choix d'un accouchement par voie basse. Rupture utérine et décès du nouveau-né.
- ➔ Grossesse de déroulement normal jusqu'à 38 SA. HELLP syndrome. Accouchement par voie basse. Enfant né en état de mort apparente. Décès en réanimation.
- ➔ Suivi de grossesse : appel téléphonique pour vomissements et prise de poids. Conseil de se rendre aux urgences (examen par sage-femme). Plusieurs appels les jours suivants au

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

secrétariat. Malaise conduisant à une hospitalisation. Pré éclampsie et HELLP syndrome. Césarienne en urgence conduisant à la naissance d'un nouveau-né prématuré.

- Amniocentèse pour marqueurs élevés compliquée d'une rupture des membranes et d'un oligoamnios. Décision de poursuivre la grossesse sous surveillance échographique prise au CHU avec avis CPDPN. Parents informés des risques. Hospitalisation à 26 SA. Césarienne à 36 SA et décès de l'enfant en réanimation d'une maladie des membranes hyalines (et non d'une hypoplasie pulmonaire).
- Séroconversion de toxoplasmose à 20 SA, confirmée quinze jours plus tard, conduisant à adresser la patiente en service spécialisé. Contamination materno-fœtale certaine après amniocentèse. Traitement de deuxième intention. Décision finale d'IMG devant des calcifications intracrâniennes. (Deux gynécologues obstétriciens sont concernés).
- Consultation unique pendant la grossesse et amniocentèse recommandée car risque élevé de trisomie 21 (examen non fait). Patiente non revue. Césarienne pour placenta *prævia*. Troubles neurologiques chez l'enfant.
- Suivi de grossesse de déroulement normal jusqu'à 32 SA, puis prise en charge hospitalière. Accouchement par voie basse (siège) dans un contexte d'hypertension maternelle. Souffrance fœtale et transfert de l'enfant en réanimation. Séquelles neurologiques.
- Suivi de grossesses successives chez une mère épileptique traitée par Dépakine®. Naissance de deux enfants ayant un retard psychomoteur et une ITG pour agénésie du corps calleux. Evocation d'un « valproate syndrome ». (Trois gynécologues obstétriciens sont concernés ainsi que des médecins généralistes).
- Suivi de grossesse gémellaire monochoriale bi amniotique avec diagnostic de syndrome du transfuseur/transfusé vers 20 SA. Transfert dans un service spécialisé. Echec de l'amniodrainage et de la photocoagulation laser. Fœticide du jumeau transfuseur et décès du deuxième après un accouchement à 25 SA.

Accouchement (9)

- Césarienne en extrême urgence pour arrêt cardiocirculatoire maternel post anesthésie péridurale. Hémorragie secondaire avec CIVD. Evocation d'une embolie amniotique. Décès maternel et de l'enfant.
- Grossesse débutée dans la corne utérine, siège d'une synéchie secondaire à un récent curetage difficile pour rétention placentaire. Proposition d'une interruption de grossesse compte tenu des risques expliqués et notés. Césarienne en urgence à 27 SA pour pré rupture utérine. Décès de l'enfant en réanimation.
- Extraction un peu laborieuse à dilatation complète par ventouse (siège). Transfert immédiat de l'enfant en néonatalogie. Evolution initiale rassurante avant le diagnostic, le lendemain, d'un hémopéritoine par rupture du pédicule spermatique. Décès.
- Révision utérine après accouchement par voie basse. Hémorragie du *post partum* après la sortie nécessitant un curetage. Evocation d'une rétention partielle sur placenta *accreta* résiduel. Persistance de l'hémorragie avec CIVD. Découverte d'une rupture utérine conduisant à une hystérectomie d'hémostase.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Accouchement par voie basse (déclenchement), compliqué d'un périnée complet (le premier accouchement, huit ans auparavant, aurait déjà été responsable de lésions sphinctériennes).
- Stagnation de la progression à dilatation complète. Ventouse. Céphalématome important avec hématome sous-dural et méningé. Evolution *a priori* favorable après intervention neurochirurgicale.
- Extraction par spatules à dilatation complète vécue difficilement par la mère. Impotence d'un membre inférieur à J 4 (IRM normale) et méconnaissance d'une fracture de la clavicule chez l'enfant. (Deux gynécologues obstétriciens sont mis en cause).
- Accouchement par voie basse chez une multipare (naissance antérieure d'un enfant de 5 kg). Dystocie des épaules. Séquelles. (Faits remontant à 1984).

Diagnostic anténatal (5)

- Non détection d'un *spina bifida* lors de l'échographie morphologique et celle du troisième trimestre. Diagnostic de myéloméningocèle par la sage-femme en fin de grossesse. Refus de la patiente d'une ITG. Evolution neurologique favorable chez l'enfant opéré à sa naissance.
- Réalisation des échographies et suivi d'une grossesse (clarté nucale limite mais risque recalculé de T 21 faible). Naissance d'un enfant trisomique avec communication auriculo-ventriculaire incomplète.
- Grossesse tardive (amniocentèse et caryotype normal). Agénésie des phalanges des doigts d'une main découverte à la naissance.
- Prise en charge d'une grossesse à son début dans un contexte de datation difficile et dépistage échographique. Naissance d'un enfant ayant des malformations d'origine génétique (tétrasomie X). (Faits datant de 2002).
- Suivi de grossesse. Dépistage sérique jugé normal. Non dépistage d'une trisomie 21 (l'obstétricien n'est pas l'auteur des échographies).

Diagnostic (11)

- Douleurs mammaires bilatérales améliorées par deux mois de Lutényl®. Récidive au bout d'un an et poursuite du traitement. Echographie du sein apportée par la patiente en faveur d'un adénofibrome d'un sein. Contrôle prévu à deux mois et demandé par la patiente à un autre praticien qui écarte d'emblée le diagnostic. Ponction et confirmation d'un carcinome (un radiologue est également mis en cause).
- Bilan radiologique concluant à la nécessité d'une exérèse pour atypies de nodules du sein. Résultat non communiqué à la patiente (terrain à risque familial). Diagnostic quatorze mois plus tard d'un cancer avec envahissement ganglionnaire.
- Consultation pour tuméfaction d'un sein. Mammographie ACR 2. Persistance et inflammation d'un quadrant. Deux mois plus tard, proposition du radiologue d'une ponction/biopsie malgré une échographie rassurante. Confirmation d'une lésion maligne. La patiente reproche d'avoir été informée du résultat par téléphone.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Diagnostic d'un cancer du sein un an après une mammographie normale. Reproche l'absence d'échographie.
- ➔ Demande de contrôle à six mois de frottis cervicaux suspects. Contrôle réalisé à un an et confirmant une lésion de haut grade, non confirmée par les biopsies effectuées en centre de cancérologie (suivie pour cancer du sein) auquel elle s'est adressée, faute de pouvoir obtenir rapidement un rendez-vous auprès du gynécologue, qu'elle accuse de manque de sérieux et de négligence.
- ➔ Echographie pelvienne retrouvant une épaisseur utérine augmentée dans le cadre d'une surveillance en périménopause, Deux mois plus tard, diagnostic d'hyperthyroïdie, puis quatre mois plus tard, hospitalisation et décès rapide d'un choc septique. Autopsie révélant un choriocarcinome nécrosé de l'endomètre, expliquant *a posteriori* l'hyperthyroïdie en fait paranéoplasique.
- ➔ Décision d'hystérectomie pour utérus volumineux et métrorragies anciennes. Cancer de l'endomètre à l'histologie.
- ➔ Consultation en urgence pour métrorragies (fibrome utérin diagnostiqué par confrère un an auparavant). Décision d'hystérectomie rapide après bilan. Sarcome utérin à l'histologie. Décès un an plus tard.
- ➔ Plainte ordinaire pour retard diagnostique de cancer.
- ➔ Suspicion de grossesse sous pilule. Quelques pertes sanguines. Echographie en faveur d'un kyste de l'ovaire. Réception du dosage de béta hCG élevé, communiqué par téléphone à la patiente, qui prend malgré tout un avion pour l'Afrique quelques heures plus tard. Conseil de temporiser et de consulter en cas de problème. Salpingectomie en urgence en Afrique, le lendemain, pour rupture de GEU.
- ➔ Retard diagnostique allégué d'une grossesse. Pas de suite à la réclamation initiale.

Prise en charge (14)

- ➔ Décision de bilan sanguin et de prélèvements urinaire et vaginal (plusieurs germes) au cours d'une sciatgie chez une femme enceinte. Traitement de l'infection urinaire puis hospitalisation en rhumatologie pour sciatique hyperalgique. Amélioration temporaire sous traitement symptomatique mais diagnostic, quinze jours plus tard, de coxite bilatérale infectieuse (à staphylocoque, considérée comme d'origine vaginale). Prothèses de hanche (faits datant de 1985).
- ➔ Contraception par DIU depuis dix ans chez une femme de 55 ans. Soutient, ce qui est contesté, qu'elle aurait demandé son ablation. Consultation (frottis inflammatoire), puis survenue d'un pyosalpinx opéré.
- ➔ Consultation à la demande d'un dermatologue pour récurrence de condylomes vulvaires. Résultats des prélèvements biopsiques (dysplasie cervicale moyenne) parvenus après le départ de la patiente en Amérique du Sud. Conseil de surveillance et de conisation. Retour en France pour ce motif et contrôles négatifs (relecture des lames : pas d'erreur d'interprétation).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Patiente de 62 ans en cours de traitement hormonal substitutif ayant pris en fait un autre médicament par erreur depuis quelque temps. Consultation pour métrorragies. Premier examen peu contributif, puis échographie vaginale déclenchant un saignement difficile à maîtriser. Transfert hélicoptéré. Diagnostic de tumeur maligne du col utérin.
- **IATROGENIE (10)**
 - ➔ Décès par embolie pulmonaire d'une femme de 20 ans, obèse, sous contraception orale (Levonorgestrel®). (Trois gynécologues sont en cause, l'un n'a pas participé à la prescription, consultation unique du deuxième pour mycose).
 - ➔ Décès par thrombophlébite cérébrale d'une femme de 24 ans sous contraception orale par pilule de deuxième génération. Remplacée par de l'Holgyeme® car acné. Découverte, lors de la complication, six mois plus tard, d'une thrombophilie associée.
 - ➔ Renouvellement d'une prescription d'Androcur® pendant dix ans. Traitement initié dix ans auparavant par le mari de cette patiente (endocrinologue hospitalier, décédé) pour une alopécie en lien avec une hyperandrogénie modérée à l'âge de 22 ans. Hémorragie intraventriculaire par saignement d'un méningiome avec effet de masse. Craniectomie puis embolisation (cécité) puis chirurgie.
 - ➔ Traitement par Agréal® (2) pour troubles climatériques. Syndrome dépressif (1) et syndrome de sevrage (1), après huit ans de traitement sans interruption mensuelle, comme prescrit chez une femme ayant des antécédents anxiodépressifs.
 - ➔ Accuse un traitement par diphosphonates (non prescrit par le gynécologue qui a dépisté l'ostéoporose) d'être responsable de la nécessité d'implants dentaires.
 - ➔ Renouvellement d'ordonnances de Médiator® (2), plaintes pour insuffisance aortique (1) ou mitrale (1) minime.

Geste technique (12)

- ➔ Survenue d'un malaise vagal après pose de DIU (2) responsable d'une chute avec traumatisme facial et dentaire (1) ou fracture des OPN (1).
- ➔ Migration d'un DIU (3) découverte au contrôle à J 8 (1) ou J 10 (1). Perforation confirmée par l'intervention.
- ➔ Oubli de retrait du précédent stérilet lors de son changement pour un autre type. Majoration des saignements préexistants. Diagnostic un an plus tard (en présence d'un fibrome). Hystérectomie sous coelioscopie.
- ➔ Antécédent d'endométriose. Pose de DIU sans difficulté en fin d'allaitement après une deuxième grossesse par FIV. Métrorragies six mois plus tard. Echec du retrait en consultation puis par deux équipes chirurgicales. Décision de laisser en place ce stérilet intra myométrial.
- ➔ Biopsie de l'endomètre en consultation. Douleurs et reproche d'un « curetage » sans anesthésie ni explications.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Hystérocopie pour bilan de stérilité. Douleurs inhabituelles pendant le geste. Nombreux reproches.
- ⇒ Hystérocopie suivie de douleurs et de saignement. Médecin impossible à joindre. Message laissé au secrétariat. Pas de rappel. La patiente s'est sentie « abandonnée ». Traitement antibiotique dix jours plus tard par confrère.
- ⇒ Pose d'un Implanon® dite douloureuse. Demande d'échographie et majoration des douleurs. Localisation profonde près d'un rameau nerveux.
- ⇒ Demande d'ablation d'un implant contraceptif posé en suites de couches. Echec de la tentative d'ablation à l'aveugle. Nouvelle tentative fructueuse par le chirurgien sous écho guidage.

Chirurgie gynécologique par chirurgien obstétricien (7)

- ⇒ Hystérectomie par voie vaginale pour fibromes en nécrobiose associée à une bandelette TVT. Péritonite à J 10 puis éventration après la reprise.
- ⇒ Hystérectomie totale pour douleurs. Antécédent de colpoprotectomie pour endométriose. Persistance de douleurs rattachées à un fragment ovarien résiduel.
- ⇒ Ablation de clips de stérilisation tubaire du fait d'un syndrome douloureux pelvien avec métrorragies. Puis hystérectomie avec cloisonnement du Douglas. Névrome ilio inguinal. Interventions multiples puis stimulateur médullaire.
- ⇒ Récidive de lésions dysplasiques utérines. Patiente prévenue d'une possible conisation réalisée en peropératoire. Défaut d'information et geste effectué considéré comme non indiqué par confrère.
- ⇒ Ablation de bandelette pour suspicion de névralgie pudendale après intervention par confrère. Echec et persistance de douleurs.
- ⇒ Excision d'un abcès du sein avec zones nécrotiques. Suivi postopératoire par médecin ostéopathe. Reproche au chirurgien l'absence de consultation postopératoire et la nécessité d'une ré-intervention à un mois.
- ⇒ Hystérectomie (en 1988). Corps étranger diagnostiqué vingt-deux ans plus tard.

Expertise (1)

- ⇒ Conclusions d'un expert judiciaire, dans un dossier de retard diagnostique de cancer du sein, jugées non satisfaisantes par la victime qui lui reproche sa partialité et de ne pas s'être récusé en raison d'un possible conflit d'intérêt.

Divers (5)

- ⇒ Accident anesthésique responsable d'un coma végétatif.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Plainte ordinale d'une patiente pour un comportement qualifié de « désagréable » de la part du médecin et d'une sage-femme.
- ⇒ Plainte concernant cinq médecins pour « erreur médicale ».
- ⇒ Plainte pénale envers un gynécologue qui a réalisé à deux reprises des frottis de dépistage (pas d'anomalie).
- ⇒ Surveillance pour cancer du sein. Plainte aux motifs incompréhensibles auprès de huit praticiens.

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Les **1 597** gastro-entérologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **90** déclarations (88 en exercice libéral, 1 en activité privée du secteur public et 1 hospitalier), soit une sinistralité de 8,25 % en exercice libéral (contre 9 % en 2012) : 1 plainte pénale, 12 procédures civiles, 4 plaintes ordinales, 47 réclamations et 26 saisines d'une CCI.

Diagnostic (13)

- ⇒ Consultation à la demande du généraliste pour « spasmes rectaux ». Coloscopie trois ans auparavant révélant une diverticulose. Diagnostic de syndrome fissuraire et refus de refaire une coloscopie, réitéré peu de temps après lors d'un appel téléphonique pour Hémocult positif. Confrère consulté un mois plus tard, portant le diagnostic de colopathie sans proposer de coloscopie. Diagnostic sept mois plus tard d'un cancer du rectum métastasé.
- ⇒ Fibroscopie pour douleurs épigastriques révélant une gastrite banale (recherche d'helicobacter pylori positive). Traitement d'éradication et IPP, renouvelé à neuf et douze mois, du fait de la récurrence des douleurs. Diagnostic cinq mois plus tard par confrère d'un cancer, à cellules indépendantes, de l'antrum gastrique.
- ⇒ Coloscopie totale révélant un polype hyperplasique bénin de l'angle droit. Anémie par carence martiale deux ans plus tard. Fibroscopie normale, prescription d'un Hémocult fait seulement huit mois plus tard et positif. Coloscopie révélant un cancer de l'angle droit avec métastases hépatiques.
- ⇒ Fibroscopie pour douleurs épigastriques, diagnostic d'œsophagite. Examen jugé normal. Hospitalisation en urgence quinze jours plus tard et découverte d'un volumineux hépatocarcinome avec hépatomégalie, décès rapide. (Un généraliste est également mis en cause)
- ⇒ Retard diagnostique d'un cancer du côlon.
- ⇒ Consultation pour douleurs abdominales. Découverte au scanner d'une tumeur rétro gastrique. Echo endoscopie et fibroscopie concluant à une tumeur stromale de la paroi gastrique. Coelioscopie diagnostique convertie en laparotomie, blanche. Diagnostic postopératoire d'un adénome de la surrénale.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Consultation pour pyrosis et dysphagie épisodique. Intervention de cholécystectomie six mois auparavant, échographie (normale) et fibroscopie (gastrite et reflux biliaire). Ictère quinze jours plus tard en rapport avec une sténose du cholédoque par les clips. Anastomose bilio-digestive en semi urgence, suites simples.
- ⇒ Hospitalisation pour syndrome subocclusif chez un patient de 83 ans (démence, insuffisance rénale, arthrodèse rachidienne récente avec écoulement cicatriciel), pris en charge par plusieurs gastroentérologues. Evolution favorable. Une semaine plus tard, hospitalisation dans un autre établissement pour insuffisance cardiaque et diagnostic de spondylodiscite. Défaillance multiviscérale et décès. (Quatre gastroentérologues sont mis en cause).
- ⇒ Bilan complet chez une patiente adressée pour troubles du transit dans un contexte d'amaigrissement et d'asthénie, suivie également par un psychiatre pour dépression. Biologie, échographie et endoscopies normales. Diagnostic cinq mois plus tard d'une insuffisance surrénalienne aiguë révélée par un coma. (Un généraliste est également mis en cause).
- ⇒ Diagnostic, un an après une colectomie pour sigmoïdite, d'un cancer broncho-pulmonaire (au stade métastatique). Une radiographie thoracique aurait retrouvé une image suspecte lors de son hospitalisation ayant donné lieu à aucun bilan. (Nombreux médecins mis en cause).

Prise en charge (19)

- ⇒ Suivi d'une patiente de 89 ans hospitalisée pour diarrhée avec déshydratation, insuffisance cardiaque, syndrome infectieux, troubles du comportement. Décès de cause multifactorielle. (Trois gastroentérologues sont mis en cause).
- ⇒ Consultations pour diarrhée chronique et amaigrissement important chez un jeune patient ayant eu une probable iléite de Crohn deux ans auparavant. Epaissement iléocolique à l'échographie. Corticothérapie par voie orale et coloscopie prévue six semaines plus tard. Altération majeure de l'état général, hospitalisation et chirurgie pour abcès multiples sur sténose iléale. Choc septique après ré-interventions et décès. (Trois généralistes sont également mis en cause).
- ⇒ Avis ponctuel pour suspicion de colite à clostridium difficile pendant une hospitalisation (pyélonéphrite). Demande de scanner confirmant une colite grave. Multiples complications après la colectomie en urgence. Séjour hospitalier de seize mois, séquelles digestives et neurologiques avec tétraparésie de réanimation.
- ⇒ Choc anaphylactique lors de la deuxième prescription de Flagyl® pour sigmoïdite diverticulaire, la première ayant été suivie d'une urticaire transitoire. Evolution favorable.
- ⇒ Suivi régulier pour séquelles de radiothérapie de cancer utérin. Contrôle par colo-scanner et découverte, deux mois plus tard, d'une fistule vésico-vaginale. Prescription reprochée de ce colo-scanner accusé d'avoir été traumatique (pose de la canule) en lieu et place d'une coloscopie optique.
- ⇒ Cancer du rectum diagnostiqué puis suivi par gastroentérologue et oncologue. Multiples ré-interventions et complications dont il est reproché la prise en charge, colostomie définitive. (Un cancérologue et un généraliste sont également mis en cause).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Bilan d'un ictère en milieu hospitalier. Diagnostic de cancer du sein multi métastasé, décès le soir du transfert en oncologie. Il est reproché aux différents médecins le défaut d'information sur la gravité de la pathologie.
- ➔ Réalisation d'une simple anoscopie (antécédent de fistule vésico-vaginale) suivie de douleurs inhabituelles et persistantes, non expliquées après un bilan complet négatif.
- ➔ Suspicion de tuberculose hépatique. Patiente adressée à l'hôpital pour biopsie. Infirmité du diagnostic puis ostéo arthrite septique sterno claviculaire. (Deux pneumologues sont également mis en cause).
- **IATROGENIE (3)**
 - ➔ Traitement par 5 ASA d'une pancolite de Crohn. Constat à deux ans d'une diminution de la clearance de la créatinine sans surveillance biologique pendant dix ans malgré la poursuite du traitement. Découverte d'une insuffisance rénale terminale, indication de greffe.
 - ➔ Traitements corticoïdes de courte durée pour poussées de rectocolite hémorragique, (Pentasa® insuffisant et refus du patient des immunosuppresseurs). Ostéonécrose de hanche bilatérale. (Deux gastroentérologues sont mis en cause).
- **ORGANISATION (1)**
 - ➔ Fibroscopie avec biopsie duodénale révélant une atrophie villositaire. Le courrier destiné à la patiente signale l'absence d'anomalie sur les biopsies. Le courrier rectificatif, présent dans le dossier du médecin n'a pas été envoyé. Diagnostic de maladie cœliaque un an plus tard lors de la survenue d'une dermatite herpétiforme.
- **DIVERS (4)**
 - ➔ Patiente adressée par un chirurgien pour suspicion de migration lithiasique, avant cholécystectomie programmée. CPRE avec sphinctérotomie, ablation d'un calcul du cholédoque sans complication. Nombreuses complications après l'intervention (choc septique, fistule, long séjour en réanimation...).
 - ➔ Coloscopie pour Hémocult positif découvrant un polype dégénéré (carcinome in situ), à 40 cm de l'anus. Colectomie et histologie bénigne d'un polype présent sur la pièce opératoire. Quatorze mois plus tard, découverte d'un cancer colique invasif.
 - ➔ Adressée au chirurgien pour polypes non réséquables en endoscopie. Complications de la résection rectale.
 - ➔ Adressée au chirurgien pour chirurgie du rectum. Lésions suspectes ovariennes lors du bilan préopératoire et ovariectomie. Ovaires indemnes à l'histologie. Reproche au gastroentérologue de ne pas avoir empêché cette castration.

Geste technique (56)

- **BRIS DENTAIRE (19)**
 - ➔ Détériorations de prothèses, bris d'incisives après des examens endoscopiques sous anesthésie.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

▪ BALLON INTRA GASTRIQUE (1)

- ➔ Pose d'un ballon intra gastrique pour obésité morbide. Douleurs et vomissements en rapport avec la compression de la queue du pancréas. Evolution favorable après la dépose.

▪ CPRE (3)

- ➔ CPRE après écho endoscopie par confrère pour dilatation des voies biliaires et suspicion de lithiase. Diagnostic de sténose oddienne. Pose de prothèses à deux reprises. Extraction difficile en raison d'une migration intra hépatique, puis syndrome péritonéal et pancréatite. Choc septique, décès.
- ➔ Transfert d'un autre établissement pour CPRE en raison d'une suspicion de lithiase cholécystienne, sphinctérotomie. Suites compliquées du fait d'une perforation avec sepsis, transfert au CHU.
- ➔ CPRE à la demande du chirurgien. Corps étranger dans la VBP décelé à l'écho endoscopie dans les suites d'une cholécystectomie. Sphinctérotomie et retrait de clips. Prothèse biliaire décidée pendant le geste, en accord avec le chirurgien, et retirée six semaines plus tard. Persistance de crises douloureuses malgré un bilan normalisé. Reproche également l'absence d'information lors de la pose de la prothèse.

▪ DILATATION / ENDOPROTHESE DIGESTIVE (3)

- ➔ Troisième dilatation sans difficulté d'une sténose anastomotique après By pass, mais pneumopéritoine à H 6 imposant une ré-intervention avec anastomose œso-jéjunale. Dégastréctomie et résection partielle du grêle.
- ➔ Dilatations endoscopiques pour sténoses digestives du grêle chez un patient opéré de Sleeve. Gastrectomie suivie d'hémorragies et de dysphagie rebelle (torsion de la Sleeve). Endoprothèses posées puis retirées, réalisation au final d'un By pass.
- ➔ Prothèse biliaire pour fuite biliaire après hépatectomie pour métastases. Drainages pour abcès et fistules récidivantes initialement par radiologue puis par gastroentérologue. Difficultés d'extraction de la prothèse, choc septique et décès. (Un radiologue est également mis en cause).

▪ ECHO ENDOSCOPIE (1)

- ➔ Perforation duodénale.

▪ COLOSCOPIE (26)

Les indications sont classiques.

Perforation (20)

- ➔ Le diagnostic de la complication a été immédiat pendant le geste ou au réveil, ou postérieurement, à J 2 (3) dont dans un cas revu le lendemain avec aérocolie seule, à J 5 /J 6 (3) dont un patient revu la veille avec simple examen clinique.
- ➔ Il est noté une préparation insuffisante (2), une progression difficile sur une sigmoïdite diverticulaire avec un colon fixé (1), une diverticulose (3), et parfois des antécédents chirurgicaux.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ A noter une évolution favorable sous traitement médical (2) dont une perforation diverticulaire possible et une évolution défavorable (1) après traitement antibiotique prolongé nécessitant une chirurgie, à un mois d'évolution, pour abcès rétro péritonéal et pelvien.
- ➔ Les suites chirurgicales sont simples dans la plupart des cas après une suture ou stomie transitoire. A noter, dans quelques cas, des complications chirurgicales (désunion ou sténose anastomotique nécessitant des dilatations, hémorragie) ou des complications de la réanimation (infections nosocomiales notamment sur cathéter (2) avec une insuffisance rénale séquellaire dans un cas) et deux décès (à J 17, cause non précisée, et à J 40 après plusieurs interventions pour fistules et pancréatite).
- ➔ Dans un cas, la perforation a été révélée par une distension abdominale majeure avec livedo des membres inférieurs, exsufflation puis chirurgie compliquée de saignement immédiat, ré-intervention en faveur d'un hématome pariétal dans contexte de CIVD, persistance du saignement et ré-intervention révélant une plaie hépatique.
- ➔ Dans un cas, la colectomie pour exérèse d'un polype malin du transverse a été suivie d'un hématome de la rate (splénectomie) et par ailleurs le polype n'a pas été retrouvé sur la pièce opératoire.

Infection (1)

- ➔ Bilan hospitalier pour fièvre et altération de l'état général éliminant *a priori* une endocardite. Coloscopie et exérèse de multiples polypes mais polype dégénéré du rectum inaccessible au traitement endoscopique. Chirurgie aux suites simples. Spondylodiscite six mois plus tard dont il est recherché la porte d'entrée.

Rupture de rate (2)

- ➔ Ré-hospitalisation pour déglobulisation dix heures après la sortie. Splénectomie rapide après transfert.
- ➔ Hémopéritoine péri splénique surveillé et d'évolution favorable. Réclamation pour remboursement des frais d'un voyage annulé.

Autre (3)

- ➔ Paralysie sciatique au réveil d'une coloscopie en décubitus dorsal, évolution lentement favorable.
- ➔ Coloscopie basse pour tentative de traitement endoscopique d'une fistule anastomotique compliquant une intervention récente pour cancer recto-sigmoïdien. Aspect de nécrose colique, intervention immédiate. Choc septique postopératoire et probable infarctus mésentérique. Décès.
- ➔ Arrêt de l'examen face à une désaturation et une suspicion d'inhalation. Suites simples, réclamation pour remboursement d'honoraires en raison d'un examen incomplet et dangereux.

▪ FIBROSCOPIE GASTRIQUE (2)

- ➔ Biopsies prudentes pour formations polypoïdes duodénales (troubles de la coagulation chez un cirrhotique). Hémorragie digestive importante à J 3, intervention à J 5 pour récurrence. Ulcération d'une artère duodénale suturée mais CIVD et décès.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Pneumopéritoine après fibroscopie. Intervention en urgence découvrant une large déchirure de la petite courbure gastrique, évolution favorable.
- **PROCTOLOGIE (1)**
 - ⇒ Traitement chirurgical par ligatures des artères hémorroïdaires sous contrôle doppler, chez une patiente ayant une SEP. Dans les suites, hémorragie et poussée évolutive de la SEP avec rétention urinaire, puis suppuration pelvienne sur fistule recto vaginale nécessitant plusieurs interventions et une colostomie définitive.

DIVERS (2)

- ⇒ Patient porteur d'une hépatite B adressé pour perturbation du bilan hépatite. Pas de prescription d'échographie mais proposition d'endoscopies digestives non acceptées, le patient jugeant les examens inutiles et à but lucratif. Diagnostic ultérieur de cholangiocarcinome.
- ⇒ Malaise vagal et chute dans la salle d'examen après recto sigmoïdoscopie sans anesthésie. Lésions dentaires.

MEDECINE GENERALE

Les **47 409** médecins généralistes et gériatres sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **472** déclarations (449 en exercice libéral, 23 en exercice salarié) soit une sinistralité de 1,2 % en exercice libéral (contre 1,3% en 2012) : 25 plaintes pénales, 80 procédures civiles, 85 plaintes ordinaires, 180 réclamations et 102 saisines d'une CCI.

Diagnostic (53)

RETARD DIAGNOSTIQUE DE CANCER / TUMEUR (45)

Cancer broncho-pulmonaire (11)

- ⇒ Les signes sont banaux (douleurs thoraciques, infection ...) et le diagnostic évoqué à la 2^{ème} ou 3^{ème} consultation dans un délai de quelques mois, chez des patients d'âge moyen de 60 ans, en majorité tabagiques. Le diagnostic est fait au stade métastatique (au moins 3), le décès survenu en moins de deux mois (4 cas) ou dans les deux ans. Dans un cas, une radiographie pulmonaire en médecine du travail (non vue par le généraliste) aurait été anormale deux ans avant le diagnostic.

Cancer digestif (17)

- Cancer colique (9)
- ⇒ Diagnostiqué au stade de métastases hépatiques (5) chez des patients ayant présenté de façon plus transitoire ou plus récurrente des symptômes d'appel. Un hémocult positif (1), une anémie ferriprive (3) ont, en dehors des symptômes digestifs, permis le diagnostic. Les

circonstances du diagnostic sont parfois plus inhabituelles : en urgence lors d'une consultation pour ictère, lors d'une hospitalisation pour rétention aiguë d'urine avec envahissement vésical, ou lors de l'autopsie. Plusieurs patients ont différé, voire négligé l'avis du généraliste (demande d'examens complémentaires, consultation de spécialiste) malgré, dans un cas, des antécédents de cancer colique familial ayant motivé rapidement cette demande.

- **Cancer gastrique (3)**

- ⇒ Notamment diagnostiqué après une symptomatologie de reflux ayant plus ou moins rapidement répondu au traitement symptomatique.

- **Cancer du pancréas (1)**

- ⇒ Patient suivi régulièrement pour des lombalgies. Diagnostic à l'occasion d'un ictère. Le patient reproche l'annonce de la gravité du diagnostic à un de ses descendants avec lequel il était fâché.

- **Hépatocarcinome avec importante hépatomégalie (1)**

- ⇒ Diagnostic lors d'une hospitalisation en urgence après fibroscopie pour douleurs épigastriques (œsophagite). Décès. (Un gastroentérologue est également mis en cause).

- **Cancer du rectum (3)**

- ⇒ Il est reproché de ne pas avoir tenu compte (malgré des examens complémentaires) des avis gynécologiques ou gastro-entérologiques rapidement demandés ou des signes d'appel.

Cancer rénal, prostatique, vésical (7)

- ⇒ Cancer rénal déjà présent sur des scanners précédents (pour colique néphrétique) chez un homme de 35 ans à l'occasion d'un bilan d'un fibrosarcome.
- ⇒ Cancer rénal découvert par un urologue lors du suivi d'une tumeur rénale ayant modérément augmenté de volume, dans un délai de l'ordre d'un an.
- ⇒ Demande d'échographie par le généraliste pour motif non précisé. Lésion suspecte du rein et scanner conseillé par le radiologue. Problème cardiologique urgent à régler faisant oublier cette demande. Diagnostic trois ans plus tard, à l'occasion d'une hématurie, d'un cancer du rein volumineux avec atteinte ganglionnaire. Décès rapide.
- ⇒ Cancer du sein six ans après des examens radiologiques pour infection urinaire fébrile. Contrôle radiologique conseillé par le radiologue, non indiqué dans le courrier au médecin généraliste, et non prescrit par l'urologue.
- ⇒ Cancer du rein avec envahissement ganglionnaire chez un patient pris en charge par différents urologues depuis six ans (insuffisance rénale, hématurie).
- ⇒ Carcinome prostatique métastatique diagnostiqué sept ans après un premier taux de PSA élevé s'étant normalisé.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Cancer vésical métastatique diagnostiqué au décours d'une chirurgie pour coxarthrose.

Cancer du sein et des ovaires (4)

- ⇒ Retard diagnostique d'un cancer du sein chez une femme de 90 ans séjournant en gériatrie avec comorbidités importantes. Reproche un examen sommaire du fait de l'importance de la tumeur.
- ⇒ Retard diagnostique d'un cancer ovarien découvert à un stade avancé après des symptômes banaux (3).

Cancer de la thyroïde (2)

- ⇒ Allégation d'une « gêne cervicale » ancienne. Avis ORL deux ans plus tôt. Apparition d'une adénopathie cervicale révélant un cancer papillaire avec métastases ganglionnaires.
- ⇒ Dépistage d'un nodule thyroïdien lors d'une échographie demandée par un ORL pour un autre motif. Absence d'exploration complémentaire. Découverte quatre ans plus tard d'une tumeur thyroïdienne papillaire avec ganglion métastatique.

Cancer osseux et métastase (4)

- ⇒ Diagnostic de sarcome six ans après une échographie abdominale découvrant une lésion de la fesse évoquant un hématome calcifié.
- ⇒ Non diagnostic d'un sarcome d'Ewing métastasé au décours d'une chirurgie d'hallux valgus, laissant persister d'importantes douleurs.
- ⇒ Découverte fortuite d'une métastase osseuse (d'un cancer de la thyroïde radiothérapé cinq ans auparavant) sur un scanner demandé pour une lombosciatique.
- ⇒ Métastases d'un cancer du sein, traité dix ans auparavant, révélées par une douleur costale persistante.

■ PATHOLOGIE EXPANSIVE CEREBRALE (3)

- ⇒ Méningiome volumineux comprimant le cervelet, diagnostiqué cinq mois après le début d'explorations complètes pour des cervicalgies chez une femme de 36 ans.
- ⇒ Méningiome cérébelleux chez un homme de 24 ans adressé rapidement au neurologue pour des céphalées avec troubles visuels.
- ⇒ Tumeur hypophysaire non sécrétante chez un enfant de 10 ans ayant fait l'objet, quatre ans auparavant, d'un bilan hospitalier concluant à une potomanie et suivi ponctuellement par un pédiatre. Diagnostic fait deux ans après la prise en charge par le médecin généraliste (et un traitement par Minirin®). Médecin généraliste seul mis en cause.

■ PATHOLOGIE HEMATOLOGIQUE OU LYMPHOME (3)

- ⇒ Leucémie aiguë myéloblastique. Bilan biologique demandé devant une altération de l'état général. Retard diagnostique allégué de deux mois.
- ⇒ Tuméfaction sous-mandibulaire récente. Demande rapide d'avis ORL après bilan (échographie et biologie). Conseil de surveillance à trois mois. Demande d'avis par le patient à un autre praticien aboutissant au diagnostic. (Un ORL est également mis en cause).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Lymphome cérébral, suivi régulier pendant plusieurs années (diabète). Bilan récent de la CPAM, diagnostic lors de la survenue d'une hydrocéphalie obstructive. Décès à trois semaines.
- **DIVERS (2)**
 - ➔ Lésion du pavillon de l'oreille s'avérant être un mélanome métastasé six mois plus tard, lors du diagnostic. Chirurgie lourde.
 - ➔ Consultations en concertation avec de multiples spécialistes pour bilan de douleurs neuropathiques dans le territoire du facial. Diagnostic tardif d'un cancer de la parotide. Décès rapide.

Retard diagnostique de pathologies cardiovasculaires (18)

- **DECES (9)**
 - ➔ Conseil téléphonique par un ami médecin pour un patient se plaignant de douleurs épigastriques et de troubles digestifs. Conseil d'un traitement symptomatique. Temporisation de l'appel du SAMU par le patient, rassuré après entretien téléphonique avec le médecin traitant finalement joint du fait de la persistance des douleurs. Arrêt cardiorespiratoire quatre heures plus tard. Décès à domicile d'un syndrome coronarien confirmé.
 - ➔ Diagnostic d'un syndrome de Brugada chez la mère d'un jeune homme décédé subitement. Mère suivie par le généraliste, avec notion de malaises ayant motivé plusieurs avis cardiologiques antérieurs. Retard diagnostique et absence d'exploration chez le fils reprochés.
 - ➔ Gêne thoracique atypique dans un contexte de bronchite. Bilan biologique demandé par prudence à la deuxième consultation avec syndrome inflammatoire net et taux élevé de troponine. Angioplastie immédiate avec stent. Décès d'une thrombose du stent deux jours plus tard.
 - ➔ Consultation d'une patiente sur son lieu de vacances pour une gêne thoracique, (polyarthrite rhumatoïde sous corticothérapie). Hospitalisée en urgence deux jours plus tard pour douleurs thoraciques révélant un infarctus étendu avec choc cardiogénique. Décès (Deux médecins généralistes sont mis en cause).
 - ➔ Consultation pour cervicalgies, puis conseil téléphonique trois jours plus tard pour des douleurs brachiales en cours de voyage. Hospitalisation huit jours plus tard et décès rapide d'un infarctus myocardique.
 - ➔ Consultation à la demande du centre 15 pour douleurs épigastriques et nausées associées à une dyspnée. Traitement symptomatique. Syndrome coronarien quatre heures après, motivant l'appel du SAMU. Arrêt cardiorespiratoire à domicile. Encéphalopathie anoxique. Décès deux jours plus tard.
 - ➔ Consultation pour facteurs de risque, bilan cardiologique demandé. Dans l'intervalle, décès d'un infarctus massif d'après le SMUR.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Résultat pathologique de CPK demandé devant des douleurs thoraciques, (téléphoné par le laboratoire) et non transmis par le secrétariat. Infarctus diagnostiqué à J 2. Fibrinolyse en urgence et décès le jour-même.
- **AUTRES (9)**
 - ➔ Diagnostic de péricardite sans avis cardiologique. En fait, syndrome coronarien avec syndrome de Dressler diagnostiqué quelques mois plus tard après cet infarctus, dont la date de survenue n'est pas connue avec précision. Nombreuses consultations de suivi par le généraliste avant cette hospitalisation.
 - ➔ Douleurs thoraciques au repos motivant une demande de scanner de l'aorte (sans électrocardiogramme). Arrêt cardiovasculaire le lendemain lié à un syndrome coronarien. Angioplastie, troubles mnésiques séquellaires.
 - ➔ Cervicalgies avec irradiation au membre supérieur sans lien avec l'effort. Traitement symptomatique et radiographie. Admission pour douleurs de la paroi thoracique quatre jours plus tard révélant un infarctus aigu. Stent. Récupération complète.
 - ➔ Bilan d'une douleur thoracique avec fièvre d'emblée (échographie, radiographie de thorax). Syndrome coronarien diagnostiqué neuf mois plus tard avec insuffisance cardiaque. Revascularisation.
 - ➔ Consultation pour douleurs épigastriques ou abdominales à l'effort (vélo) irradiant dans les deux bras. Pas d'ECG. Lettre destinée aux urgences pour hospitalisation si douleurs persistantes. Syndrome coronarien dans la nuit. IDM étendu. Angioplastie en urgence. Insuffisance cardiaque séquellaire avec nécessité d'un défibrillateur quelques années plus tard.
 - ➔ Multiples consultations pour douleurs à la marche (claudication intermittente) dans un contexte d'arthrose, thrombocytémie et ulcération traînante interdigitale du pied. Doppler six mois auparavant normal (plaques athéromateuses). Consultation à l'initiative du patient au service d'urgence quelques jours plus tard. Ischémie critique d'un membre inférieur. Echec de la revascularisation, amputation de cuisse. Echec d'une angioplastie périphérique sur le membre concerné et succès sur le membre controlatéral également opéré.
 - ➔ Décès d'une embolie pulmonaire d'un homme de 21 ans, sans facteur de risque connu, d'une embolie pulmonaire après plusieurs consultations auprès de médecins généralistes et aux urgences pour une toux sèche avec (*a posteriori*) une dyspnée progressive. Radiographie thoracique considérée comme normale la veille de la dernière consultation. Aggravation et décès brutal quinze jours plus tard.
 - ➔ Diagnostic de bronchite fait aux urgences et confirmé par le généraliste. Demande d'avis cardiologique car reprise du sport envisagé chez cet homme de 50 ans tabagique et tachycarde. Diagnostic quinze jours plus tard, d'une insuffisance cardiaque sur myocardiopathie primitive. En attente de transplantation. Le patient soutient que le retard diagnostique a menacé son pronostic vital et retardé le traitement spécifique. (Deux médecins généralistes sont concernés).

Retard diagnostique d'infection (7)

▪ ENFANT (2)

- ➔ Prise en charge d'un enfant d'un an pour fièvre isolée puis éruption rubéoliforme le lendemain. Appel des parents au SAMU le soir pour vomissement. Conseils rassurants. Le lendemain, diagnostic d'une méningite à méningocoque avec purpura. Evolution favorable mais cophose bilatérale séquellaire appareillée.
- ➔ Enfant de 8 ans examiné pour maux de gorge, fièvre, asthénie et vomissements. Diagnostic de gastroentérite dans la matinée. Consultation aux urgences dans l'après-midi. Arrêt cardiorespiratoire et choc. Décès de cause non retrouvé malgré les premiers examens faits aux urgences.

▪ ADULTE (5)

- ➔ Consultation pour dysesthésies du membre supérieur. Radiographie du rachis demandé. Crise convulsive huit jours plus tard. Hospitalisation et diagnostic de toxoplasmose cérébrale. Guérison sans séquelle.
- ➔ Patient vu à cinq reprises en trois mois pour asthénie, amaigrissement et poussées fébriles. Nombreux examens sanguins demandés avant d'orienter vers un infectiologue. Endocardite aortique avec nécessité d'un remplacement valvulaire.
- ➔ Retard diagnostique d'une pneumonie nécrosante.
- ➔ Survenue d'une pneumopathie à pneumocoque lors de la prise en charge d'une bronchite. SDRA. Décès le jour même après arrêt cardiaque hypoxique.
- ➔ Diagnostic de gastroentérite rectifié ultérieurement aux urgences hospitalières : Pyélonéphrite lors de l'hospitalisation.

Retard diagnostique neurologique (14)

- ➔ Consultation à domicile pour vertiges rotatoires et céphalées. Rappel quelques heures plus tard pour vomissements. Aggravation et hospitalisation le lendemain pour AVC ischémique cérébelleux bilatéral, transformation hémorragique et décès.
- ➔ Hospitalisation d'un patient traité pour poussée de maladie Crohn. Céphalées rétro orbitaires explorées pendant le séjour hospitalier. Consultation à la sortie pour persistance des douleurs puis consultation aux urgences à l'initiative de l'épouse. Coma dans la nuit lié à une thrombophlébite cérébrale avec un infarctus bi thalamique. Décès.
- ➔ Femme de 93 ans en EHPAD, sous anticoagulants. Cervicalgies intenses à la suite d'une séance de coiffure. AINS. Hospitalisation huit jours plus tard pour un coma avec un diagnostic de possible surdosage en codéine, TP à 22 %. Décès rapide d'un accident vasculaire cérébral. (Deux médecins généralistes sont mis en cause).
- ➔ AVC embolique sur récurrence méconnue de troubles du rythme auriculaire. Diagnostic lors de la survenue d'un trouble visuel lié à un accident embolique occipital (arrêt des anticoagulants par le cardiologue quatre ans auparavant).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ AVC brutal le lendemain d'une consultation pour laryngite (obésité, diabète insulino-dépendant).
- ⇒ Hémiplégie et aphasie chez un homme de 27 ans, ayant consulté en urgence à domicile pour vertiges. Malaise à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie pour psychose bipolaire. Décision immédiate d'hospitalisation prise par le généraliste et effective deux heures plus tard. Transport par ambulance simple reproché.
- ⇒ Consultation le lendemain d'un malaise chez une hypertendue équilibrée par bithérapie. Le médecin n'aurait pas accordé d'attention à des troubles sensitivo-moteurs de la main. Découverte huit jours plus tard par le cardiologue d'un AVC ischémique semi récent à l'IRM. Reproche l'absence de diagnostic et de traitement antiagrégant.
- ⇒ Consultation à domicile pour vertiges (nombreux facteurs de risques), accompagnés de troubles visuels. Conseil de revoir le cardiologue. Hospitalisation le soir pour un AVC cérébelleux complété le lendemain.
- ⇒ Consultation pour paresthésies d'un membre supérieur imputées à un effort musculaire chez un homme de 39 ans. Hémiparésie le lendemain par AVC ischémique régressif sous anticoagulants mais persistance de troubles cognitifs.
- ⇒ Difficulté d'élocution et impotence fonctionnelle du membre supérieur régressive (décrite *a posteriori*). Malaise avec tension basse notée dans le dossier médical. Traitement symptomatique de l'hypotension. AVC ischémique temporal révélé le lendemain. Aggravation et hémiplégie sous héparine.
- ⇒ Femme de 27 ans ayant un retard psychomoteur (hydrocéphalie modeste), suivie en milieu spécialisé. Plusieurs malaises précédant une crise convulsive avec hémiparésie révélant une majoration de l'hydrocéphalie. Dérivation. Nombreuses complications en réanimation. Le médecin généraliste avait demandé un scanner considéré comme normal quelques mois auparavant.
- ⇒ Consultation pour perte de connaissance, un mois après un accouchement avec mort fœtale *in utero*. Diagnostic d'angoisse porté en consultation aux urgences quelques heures auparavant et confirmé par le généraliste. Diagnostic le lendemain d'une thrombophlébite cérébrale avec hématome intra cérébral pariétal. Troubles de coagulation dépistés en *post partum* dont la patiente n'était pas informée. Lourdes séquelles.
- ⇒ Non diagnostic d'un AVC.

Retard diagnostique d'urgences abdominales (14)

▪ ENFANT (7)

- ⇒ Enfant de 4 mois vu un samedi matin pour vomissement dans un contexte d'encombrement bronchique, adressé aux urgences du centre hospitalier en vue d'une kinésithérapie pour suspicion de bronchiolite. Kinésithérapie le jour-même et le lendemain matin. Détérioration de son état dans l'après-midi. La mère ramène l'enfant aux urgences pédiatriques d'où elle sera transférée tardivement au CHU pour choc septique sur

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

invagination intestinale aiguë. Réanimation. Arrêt cardiaque et décès quelques heures après l'intervention.

- ➔ Consultation d'un enfant de 3 ans pour fièvre, diarrhée et vomissements. Deux consultations à 48 heures d'intervalle. Arrêt cardiorespiratoire deux jours après la deuxième consultation et décès de cause inconnue.
- ➔ Consultation d'une adolescente de 18 ans dans la nuit au centre hospitalier pour douleurs abdominales et vomissements. Consultation du généraliste le lendemain, traitement symptomatique. Arrêt cardiorespiratoire quelques heures plus tard et décès sur le trajet en hélicoptère vers le CHU. Pancréatite aiguë à l'autopsie.
- ➔ Retard diagnostique de torsion de l'épididyme chez des enfants ou adolescents (3).
- ➔ Diagnostic de péritonite appendiculaire dix-huit heures après une consultation chez un adolescent de 17 ans, pour douleurs abdominales intenses sans fièvre ni contracture.
- **ADULTE (7)**
 - ➔ Consultation après hospitalisation pour fracture radiale d'un homme de 32 ans. Douleurs abdominales et vomissements. Aggravation brutale dans la soirée. Laparotomie de sauvetage pour perforations diverticulaires multiples et aéroportie. Décès.
 - ➔ Douleurs abdominales chez une femme de 85 ans. Imagerie demandée après échographie. Aggravation et hospitalisation en urgence. Diagnostic d'occlusion sur perforation d'un abcès iléo caecal sur appendicite gangrénée. Suite opératoires compliquées et décès six mois plus tard.
 - ➔ Consultation unique pour vomissements persistants quinze jours après un traitement instauré par un chirurgien. Admission quelques jours plus tard pour une occlusion sur bride. Dégradation et décès à J4.
 - ➔ Douleurs abdominales chez un diabétique. Diagnostic de gastroentérite. Arrêt cardiorespiratoire le lendemain non récupéré. Pas d'autopsie. Causes du décès inconnues.
 - ➔ Diagnostic de colopathie lors d'une consultation pour douleurs abdominales. Diagnostic ultérieur d'abcès avec sténose iléale et fistule en rapport avec une maladie de Crohn. Hospitalisation, choc septique et décès. (Deux médecins généralistes sont concernés).
 - ➔ Diagnostic *a posteriori* de colique hépatique chez une patiente ayant consulté pour douleurs épigastriques avec inhibition respiratoire rattachées à des crises d'angoisse. Diagnostic fait à l'occasion d'une migration lithiasique cholédocienne. Suites simples après intervention.

Retard diagnostique de fracture ou de lésion tendineuse (11)

- **FAUTE DE DEMANDE DE RADIOGRAPHIE (6)**
 - ➔ Epiphysiolyse bilatérale de hanche diagnostiquée quatre mois après plusieurs chutes lors de matchs de football chez un garçon de 15 ans.
 - ➔ Fracture fémorale déplacée diagnostiquée rapidement après la survenue de douleurs du membre inférieur lors d'une mobilisation chez un patient tétraparétique.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Fracture de cheville méconnue sur ulcère variqueux.
 - Fracture maxillaire diagnostiquée trois jours après une consultation pour coups et blessures.
 - Fracture fermée fémorale, patient en EHPAD, chutes à répétition,
 - Patiente de 98 ans dans un EHPAD. Antécédents d'AVC, démence. Diagnostic de contusion après chute possible. Constat d'un œdème et diagnostic, dix jours plus tard, d'une fracture déplacée du tiers inférieur de jambe. Immobilisation plâtrée, intervention non envisagée dans le contexte.
- **DU FAIT D'UNE INTERPRÉTATION INADEQUATE DES RADIOGRAPHIES OU DU MAUVAIS CHOIX DE L'INCIDENCE (5)**
- Retard diagnostique d'un an d'une rupture du ligament scapho lunaire. Diagnostic finalement fait par un arthro-scanner demandé tardivement après radiographies et échographie normales.
 - Demande immédiate de radiographies pour suspicion d'entorse de cheville chez une patiente en vacances. Radiographies effectuées un mois plus tard, avec constat d'une fracture de cheville bi malléolaire.
 - Rupture subtotale du tendon d'Achille diagnostiquée sur une IRM par un rhumatologue, quatre mois après le début de douleurs de cheville avec une radiographie normale.
 - Diagnostic de lésion ligamentaire du genou quelques mois après une consultation motivée par un certificat de reprise de sport après chute de cheval et traumatisme du genou suivi par un autre praticien.
 - Contestation du diagnostic porté après un accident de la voie publique.

Divers (14)

- Retard diagnostique d'une maladie de Wegener chez une patiente venue pour différents autres motifs mais finalement adressée par un autre médecin généraliste à un rhumatologue. Reproche l'absence de bilan biologique pendant six mois.
- Traitement symptomatique pour dyspnée récente. Hospitalisation en réanimation neuf jours plus tard. Diagnostic de maladie de Wegener et décès. Hospitalisation motivée par la survenue d'une hémoptysie lors du traitement d'une bronchite. Biologie demandée mais non faite par le patient.
- Consultation de suivi pour troubles variés dans un contexte de dépression. Prise en charge par un psychiatre et hospitalisation pour ce motif. Diagnostic d'insuffisance surrénale aiguë lors d'un coma.
- Retard diagnostique d'une insuffisance rénale chez un homme de 30 ans.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Symptômes divers et nombreux examens spécialisés avant le diagnostic de possible maladie de Lyme neuroméningée.
- ➔ Retard diagnostique de gale chez un enfant.
- ➔ Retard diagnostique d'une amblyopie lors d'un examen de médecine scolaire.
- ➔ Retard allégué de diagnostic d'une grossesse (sous contraceptif oral) datant de cinq mois mais postérieure à la dernière consultation avec le généraliste pour renouvellement de la contraception et frottis.
- ➔ Retard diagnostique d'un asthme chez un jeune enfant. Diagnostic lors d'une hospitalisation pour dégradation de l'état général.
- ➔ Retard diagnostique de diabète (2) :
 - Chez un enfant de 7 ans consultant pour vomissements. Le lendemain coma acidocétosique. Le médecin traitant avait demandé à deux reprises, six mois auparavant, des glycémies (anormale puis normale) devant une polyuro polydipsie non mentionnée sur le carnet de santé.
 - Chez une patiente de 13 ans consultant pour asthénie, diabète insulino-dépendant diagnostiqué quatre semaines plus tard.
- ➔ Griets confus et reproches non explicites pour retard diagnostique d'une sinusite, deux ans après le suivi avec avis spécialisé pour une névralgie faciale.
- ➔ Retard diagnostique allégué d'un syndrome de la queue de cheval, lors du suivi d'un patient opéré d'une hernie discale (erreur d'étage, responsabilité du chirurgien), ce qui aurait décompensé ce syndrome de la queue de cheval un an plus tard. Le patient n'a pas été averti de l'erreur d'étage et ne voulait pas revoir son chirurgien. Prise en charge par le généraliste avec de nombreux antalgiques, dont morphiniques.
- ➔ Diagnostic de syndrome de la queue de cheval avec rétention urinaire chronique et hydronéphrose après de multiples consultations.

Prise en charge (135)

■ PRISE EN CHARGE DE CANCER (7)

- ➔ Absence d'information d'une patiente sur l'histologie d'une lésion palpébrale (mélanome malin) par le chirurgien et par le généraliste. Pas de surveillance établie. Métastases cérébrales et décès six ans plus tard.
- ➔ Exérèse d'un polype colique dégénéré révélé par un hémocult positif. Décision de surveillance par la RCP. Diagnostic, dix-huit mois plus tard, d'un cancer colique métastatique.
- ➔ Contestation des traitements instaurés, témoignant de problèmes relationnels (1) ou par la famille de patients décédés (4) dont cancer du rectum (1), ou du larynx (3).

▪ PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE/NEUROLOGIQUE (6)

- ➔ Transport en voiture familiale d'un patient examiné pour oppression thoracique (antécédent d'angioplastie coronaire). ACR pendant le transport, récupéré par le SAMU. Evolution favorable et pose d'un défibrillateur.
- ➔ Récidive d'une douleur thoracique quinze jours après un avis cardiologique demandé pour la même raison. Conseil par téléphone du cardiologue de la prescription d'un scanner coronaire. Décès la veille de celui-ci, quinze jours plus tard.
- ➔ Lors d'une radiographie chez un homme de 40 ans pour un autre motif, mise en évidence d'un élargissement de l'aorte thoracique justifiant, d'après le radiologue, l'avis d'un cardiologue, au CHU. La famille allègue que le médecin généraliste s'était engagé à prendre lui-même le rendez-vous, ce qu'il conteste. ACR dans l'intervalle du rendez-vous tardivement obtenu, quatre heures après une nouvelle consultation d'un confrère pour une douleur « vertébrale » après une partie de billard. Echec de la réanimation par SAMU. Décès. Anévrisme aortique manifeste.
- ➔ Patient adressé en chirurgie vasculaire pour décompensation d'une artériopathie sévère connue. Aggravation dans l'intervalle de l'intervention prévue à deux mois. Hospitalisation mais évolution défavorable et amputation à la cuisse.
- ➔ Prise en charge par un confrère pour bilan, sans urgence, d'une douleur thoracique avec élévation de la proBNP. Décès.
- ➔ AVC avec cécité monoculaire. Reproche l'absence de contrôle et de bilan d'une thrombocytose à 500 000 par mm³.

▪ PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT (28)

En EHPAD (18)

De nombreux dossiers témoignent avant tout des problèmes relationnels avec la famille (parfois professionnels de santé).

- ➔ Lors du décès au décours d'un syndrome de glissement (1), du décès onze mois après une unique consultation en tant que médecin de garde (1), décès après AVC (1), au décours d'une intervention pour péritonite par perforation d'un diverticule sigmoïdien (1) - la famille reproche à l'ancien médecin traitant contacté de ne pas s'être déplacé en EHPAD alors que la mère était suivie par le coordinateur - ou du décès (1) dans un contexte d'insuffisance rénale aiguë sur sepsis urinaire d'un patient diabétique et incontinent après un suivi attentif pendant une semaine avec plusieurs examens biologiques avant son hospitalisation.
- ➔ Suivi et renouvellement du traitement habituel chez une femme insuffisante rénale, démente d'Alzheimer. Survenue d'une infection urinaire avec pyélonéphrite quelques jours plus tard, nécessitant une hospitalisation au cours de laquelle est mis en évidence un diabète décompensé. Enquête pénale.
- ➔ Réclamation pour chute dont une fracture du fémur (2).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Réclamation du fait de la survenue d'escarres et de dénutrition lors du suivi d'une sclérose en plaques chez une patiente obèse.
- ➔ Mise en place reprochée de mesures de tutelle (2) ou d'admission en structure fermée (1) compte tenu de troubles du comportement majeurs, attitude qualifiée dans un cas de « privation de liberté et de mesure inadaptée de sauvegarde de justice ».
- ➔ Surveillance de traitements anticoagulants (3) :
 - Reprise progressive des AVK après un surdosage ayant nécessité une hospitalisation. Survenue d'une hémiplégie alors que l'INR n'était pas encore dans la zone d'efficacité (patiente en AC/FA).
 - Renouvellement et adaptation du traitement par AVK. Augmentation de la posologie par confrère. Hématome du psoas avec choc hémorragique et décès.
 - Au décours de la prise en charge de séquelles d'un hématome rachis sous anticoagulants ayant laissé des séquelles sphinctériennes, allers-retours avec le secteur d'hospitalisation et endoprothèse urétrale prévue. Survenue d'une thrombose valvulaire aortique lors du relais par la Calciparine.
- ➔ Administration de traitements jugés inappropriés (3).

Hospitalisation, soins de suite (10)

- ➔ Prescription d'antibiotiques devant une fièvre sans point d'appel lors de la rééducation d'une fracture du col ostéosynthésée. Hospitalisation pour colite à clostridium. Evolution favorable après un mois d'hospitalisation. Décès à J4 du retour à domicile.
- ➔ Antibiothérapie un peu tardivement décidée après prélèvements devant un écoulement cicatriciel après la pose d'une PTH, et sans en référer au chirurgien. Aggravation et transfert en réanimation. Choc septique et décès.
- ➔ Chute du lit (patiente âgée de 88 ans) lors d'une troisième hospitalisation dans un contexte de confusion. Fracture du fémur, surinfection, AVC et décès.
- ➔ Suspicion d'abcès pulmonaire lors d'une radiographie thoracique chez un patient ayant un handicap locomoteur, une gastrostomie et présentant des fausses routes. Scanner trois semaines plus tard. Transfert aux urgences deux jours après le résultat, sans admission. Evolution vers une pleurésie purulente et décès rapide.
- ➔ Patient hospitalisé en psychiatrie. Médecin appelé, après prescription d'un lavement pour douleurs abdominales et constipation. Nouveaux appels dans la soirée et constat du décès après un effort de vomissement. Non-assistance à personne en danger.
- ➔ Prise en charge d'une prothèse totale de genou avec phlyctènes et nécrose superficielle. Prélèvements réalisés après le retour à domicile, justifiant une ré-intervention et confirmant l'absence d'infection profonde, mais évolution défavorable du fait d'une algodystrophie. Décès brutal en cours de rééducation d'un AVC.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Hospitalisation pour diarrhée sanglante au retour d'un voyage à l'étranger. Réhydratation seule sans examen ni endoscopie. Sortie à J 6. Aggravation.
- Comportement qualifié de « chantage à la guérison en abusant de la faiblesse de l'âge » par la famille d'une patiente en convalescence d'une chirurgie vasculaire. (Deux médecins généralistes sont mis en cause).
- Médecin responsable d'une maison d'arrêt mis en cause à la suite d'un surdosage médicamenteux chez un prisonnier. Décès.
- **SUIVI DE GROSSESSE (6)**
 - Epilepsie maternelle rebelle traitée par Dépakine® lors de grossesses successives. ITG pour agénésie du corps calleux et naissance de trois enfants avec retard psychomoteur plus ou moins importants. (Trois médecins généralistes sont concernés, obstétriciens également concernés, cinq dossiers).
 - Absence de diagnostic de trisomie 21 lors d'une grossesse suivie au CHU. Rôle du généraliste limité à la déclaration de grossesse.
- **INFECTIONS DIVERSES (21)**
 - Adulte (17)**
 - Retard d'hospitalisation allégué devant une fièvre en période épidémique de grippe. Conseil d'un examen biologique, différé par la famille. Hospitalisation et diagnostic d'endocardite. Décès.
 - Hospitalisation pour colique néphrétique, sortie rapide. Aggravation le jour de la sortie avec prescription d'un AINS IM à 17 heures, et ré-hospitalisation à 19 heures sur conseil de l'IDE. SAMU. Septicémie et décès. Reproche de ne pas avoir exploré une infection urinaire deux ans auparavant et les conditions de la ré-hospitalisation.
 - Retard d'hospitalisation allégué pour détresse respiratoire aiguë après trois consultations à une semaine d'intervalle (RAC récemment opéré en AC/FA, cardiopathie hypertensive) pour une bronchite aiguë traitée par antibiotiques et corticoïdes.
 - Après consultation aux urgences, trois consultations en 24 heures. Hospitalisation et décès rapide d'une septicémie à streptocoque bêta hémolytique.
 - Prescription conjointe d'antibiotiques et d'AINS reprochée dans le contexte d'une fièvre sous chimiothérapie. Hospitalisation le surlendemain. Suites ignorées.
 - Reproche la prescription de corticoïdes pour une bronchite chez une allergique, accusée d'être responsable d'une crise de tachycardie.
 - Diagnostic de pneumopathie un peu tardif lors d'une bronchite traitée par antibiotiques et corticoïdes.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Après deux consultations pour syndrome grippal, hospitalisation deux jours plus tard pour SDRA avec pneumopathie et pleurésie purulente. Drainage. Evolution favorable mais syndrome dépressif.
- ➔ AINS en IM pour « rachialgies, lumbago » dans un contexte d'infection sur stérilet avec persistance de la fièvre et douleurs diffuses. Hospitalisation pour méningite à streptocoque. Evolution vers une pancardite. Importantes séquelles, dont surdité après deux mois d'hospitalisation.
- ➔ Prise en charge pour otite. Survenue d'une méningite avec coma.
- ➔ Arthrite du genou (polyarthrite rhumatoïde) compliquée d'érysipèle sur lymphœdème et artérite, prise en charge par généraliste. Amputation.
- ➔ Prise en charge d'une infection après mésothérapie pour névralgie de Morton. Antibiothérapie, hospitalisation.
- ➔ Reproche le suivi d'un Sida pendant neuf mois, sans bilan, sans traitement. Survenue d'un Kaposi nécessitant une trithérapie.
- ➔ Sérologie positive à Chlamydia pneumoniae chez un homme ayant des conduites sexuelles à risque. Demande de bilan, par le patient, pour son épouse et ses enfants. Prescription, outre la recherche de Chlamydia pneumoniae, de Chlamydia trachomatis à la surprise de l'IDE. Le patient allègue que sa famille a été déshonorée.
- ➔ Plaie du tendon d'Achille sur paraparésie ancienne. Soins locaux, anti inflammatoires, sans être déchaussé. Le lendemain, infection à staphylocoque doré. Antibiothérapie et évolution favorable.
- ➔ Suspicion de paludisme. Frottis et goutte épaisse négatifs, néanmoins traitement par Halfan[®]. Au 5ème jour, du fait de la fièvre, hospitalisation en réanimation pour un paludisme grave. Séquelles de la réanimation. (Deux médecins généralistes sont mis en cause).

Enfant (4)

- ➔ Consultation d'un enfant de 19 mois, six jours après une visite par un autre médecin pour trachéo bronchite. Traitement par AINS, corticoïdes et antibiothérapie (non prise). Amélioration, puis renouvellement du traitement. Hospitalisation le soir pour choc septique. Décès un mois plus tard.
- ➔ Hospitalisation en urgence pour une suspicion de méningite. Diagnostic confirmé de méningite à méningocoque. Décès le lendemain.
- ➔ Antibiothérapie sans bandelette ou ECBU ou échographie chez un enfant de 5 ans se plaignant de dysurie avec douleurs de la fosse lombaire. Contestation de la prise en charge et du comportement.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Prescription d'AINS et de corticothérapie pour varicelle chez un enfant de 4 mois. Aggravation des lésions cutanées et surinfection. Hospitalisation de 24 heures. Evolution favorable.

▪ PRISE EN CHARGE NEUROLOGIQUE (2)

- ➔ Décision d'hospitalisation avec transport en ambulance simple (reproché), vers le centre hospitalier voisin (également reproché car pas d'unité neuro vasculaire). Hémorragie cérébrale importante.
- ➔ Consultation trois jours après une consultation aux urgences avec AIT confirmé. Médecin rassuré car EEG prévu, mais aucun traitement préventif prescrit. Quelques mois plus tard, hémiplégie par occlusion sylvienne et thrombolyse. Echec. N'était plus sous antiagrégant depuis ce deuxième AIT.

▪ PRISE EN CHARGE PRE OU POSTOPERATOIRE (15)

- ➔ Rupture de kyste de l'ovaire avant l'intervention prévue. Patiente opérée en urgence.
- ➔ Douleurs épigastriques à J 6 d'une intervention en ambulatoire pour hernie inguinale. Deux rappels téléphoniques pendant un week-end, hospitalisation une semaine plus tard pour hémorragie digestive. Décès dans la nuit.
- ➔ Prise en charge d'une plaie suintante après intervention récente. Infection confirmée et décès.
- ➔ Récidive de troubles digestifs, après une sortie à J 4 d'une gastroplastie. Consultation rassurante quelques jours plus tard par le généraliste. Décès le même jour en présence des secours appelés par l'infirmière. Lâchage de suture.
- ➔ Appel un dimanche soir à J 6 d'une sleeve gastrectomie. Conseil d'attendre la consultation prévue le lendemain en chirurgie. Intervention en urgence pour péritonite par fistule.
- ➔ Prise en charge contestée d'infections après chirurgie orthopédique (2) dont l'une conjointement avec le chirurgien avant ré-hospitalisation.
- ➔ Embolie pulmonaire après éveinage sans traitement anticoagulant prescrit au décours.
- ➔ Traitement antibiotique en attendant la consultation le lendemain pour abcès au regard d'une cicatrice de trapézectomie. Ré-intervention quelques jours plus tard pour greffe. Algodystrophie.
- ➔ Mise en place d'une sonde urinaire laissée deux mois par les urologues au décours d'une chirurgie de prolapsus pour incontinence compliquée d'infection urinaire. Infection du sphincter artificiel. Au final, cystectomie avec dérivations urétérales.
- ➔ Prise en charge après ponction de cathéter (angioplastie coronaire) par antibiothérapie puis survenue de fièvre et douleurs lombaires. Adressé aux urgences et non admis. Deux jours plus tard, paraplégie par abcès médullaire et spondylodiscite. Pas de récupération.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Recherche de la cause d'un érysipèle survenu après une chirurgie cardiaque. (Le généraliste est intervenu comme perfusionniste lors de la CEC).
- ➔ Mise en cause systématique du fait des mauvais résultats de la chirurgie (2) ou des complications d'une rachi anesthésie (1).
- **PRISE EN CHARGE RHUMATOLOGIQUE (8)**
 - ➔ Dans 5 dossiers, il est reproché un retard à une imagerie complémentaire ou à un avis spécialisé notamment chirurgical, chez des patients opérés en urgence d'une hernie discale parfois exclue, (dans un cas devenu patient hyperalgique après infiltration), ou après migration herniaire après manipulation par un rhumatologue.
 - ➔ Dans 3 cas, la mise en cause du généraliste est motivée par une intervention en urgence pour un syndrome de la queue de cheval dont il est reproché la survenue et/ou le diagnostic tardif, en l'absence notamment d'examen de la sensibilité périnéale, les patients alléguant que les troubles sensitifs étaient déjà présents lors de la dernière consultation avec le généraliste.
- **TRAUMATISME (14)**
 - ➔ Intervention à deux reprises pour un cycliste renversé devant son cabinet, sans lésion apparente mais victime d'un malaise. Retour à son domicile conseillé par les pompiers présents sur les lieux. Décès par hémorragie interne.
 - ➔ Consultation à J 2 d'un accident de moto, pris en charge aux urgences. Hématome sous-unguéal percé avec un trombone. Panaris à un mois révélant une ostéite sur une fracture ouverte distale phalangienne méconnue. Amputation.
 - ➔ Prise en charge par un urgentiste d'une plaie du genou après chute dans le sable. Echographie ultérieure évoquant la présence de multiples « grains de sable ». Ré-intervention à distance pour présence pour morceaux de verre. Attention reproché.
 - ➔ Plaie du mollet par bris de verre, suture par urgentiste. Revu à trois jours et à sept jours avec une échographie dite normale (pas de compte rendu). Evolution défavorable et demande d'avis chirurgical à J 15. Diagnostic de faux anévrisme de l'artère tibiale postérieure. Douleurs neuropathiques. Neuf mois d'arrêt de travail.
 - ➔ Exploration et réparation d'une plaie du pouce chez un exploitant agricole. Survenue d'un phlegmon au 5^{ème} jour sur lésion méconnue de la gaine des tendons.
 - ➔ Prise en charge chirurgicale tardive pour réparation d'une lésion dégénérative d'un tendon du jambier postérieur évoluant vers la rupture.
 - ➔ Prise en charge par un urgentiste d'une entorse de cheville. Absence de prophylaxie anti thrombotique. Survenue d'une phlébite surale.
 - ➔ Hématome post traumatique chez une patiente sous anticoagulants. Evolution défavorable avec nécrose locale. Intervention chirurgicale pour drainage de l'hématome et soins de cicatrisation dirigés. Reproche le conseil tardif d'une consultation aux urgences, la prescription inutile d'antibiotiques et une prise en charge insuffisante.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Suites défavorables d'une contusion, avec écrasement du pied sans fracture, compliquée de lymphœdème majeur surinfecté : Amputation
 - ➔ Evolution défavorable d'une plaie d'une phalange du 5^{ème} doigt explorée et réparée.
 - ➔ Retard diagnostique allégué d'un retard de consolidation d'une fracture de l'épaule et du col de l'humérus traitée orthopédiquement et adressée à de multiples confrères.
 - ➔ Survenue d'une paralysie du plexus brachial au décours d'une chirurgie pour fracture de l'épaule (reproche également concernant un retard de diagnostic de cette fracture).
 - ➔ Intervention tardive pour gonalgies persistantes (climat de contestation d'un certificat de rechute en arrêt de travail).
 - ➔ « Mauvaise prise en charge » de gonalgies persistantes après chute de moto, sans lésion organique décelée.
- **PRISE EN CHARGE DE MALADES PSYCHIATRIQUES (12)**
- ➔ Plaintes du fait du décès par autolyse avec des médicaments prescrits ou renouvelés par le généraliste (4) dont 2 cas après une hospitalisation pour syndrome anxio dépressif et un refus d'une HDT au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil.
 - ➔ D'autres dossiers concernent des reproches divers (majoration de la symptomatologie psychiatrique malgré le traitement, hospitalisation jugée inadaptée, propos délirants, hallucinations dues aux traitements, prescription inadaptée d'hormones thyroïdiennes avec un bilan hormonal normal).
- **DIVERS (14)**
- ➔ Demande d'avis spécialisé en gastro-entérologie pour suspicion de colite inflammatoire, puis hospitalisation avant la coloscopie pour syndrome occlusif sur abcès du grêle et fistule. Choc septique et décès. (Un gastro-entérologue est également mis en cause, trois médecins généralistes concernés).
 - ➔ Elévation de la créatinine, résultat montré à l'employeur médecin qui prescrit un traitement antihypertenseur. Pas de consultation néphrologique « comme prévu ». Revue quatorze mois plus tard avec une insuffisance rénale chronique due à une atteinte glomérulaire primitive (femme de 35 ans).
 - ➔ Aucun examen ophtalmologique pendant les six ans de suivi d'un diabète non insulino-dépendant difficile à équilibrer. Rendez-vous pris à l'initiative du patient révélant une rétinopathie sévère bilatérale.
 - ➔ Reproche le suivi d'une éventration devenue étranglée avec nécrose intestinale et l'absence de diagnostic d'un dysfonctionnement d'une prothèse valvulaire cardiaque qui a nécessité son remplacement.
 - ➔ Défaut d'information sur les bénéfices /risques d'un traitement par fer injectable prescrit à domicile. Extravasation. (Un IDE est également mis en cause).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Reproche la prise en charge d'une alopecie par un traitement homéopathique qui aurait provoqué des troubles importants.
- ⇒ Reproche l'absence de prescription d'une radiographie du thorax (BPCO, polyarthrite). Epanchement pleural ponctionné, pneumothorax et drainage.
- ⇒ Reproche d'avoir autorisé un séjour à l'étranger en cours de bilan pour une image pulmonaire suspecte. Le séjour se serait mal passé.
- ⇒ Retard de prise en charge d'un patient hypertendu, insuffisant respiratoire chronique, finalement hospitalisé après une chute en décompensation cardiaque grave sur un infarctus. Décès en réanimation.
- ⇒ Prise en charge reprochée après décès de patients suivis pour multi pathologies (5).

iatrogénie médicamenteuse (134)

▪ MEDICAMENT (129)

Médiator® (94 dossiers dont 7 sont connexes avec un autre médecin généraliste)

- ⇒ Déclarations dans le cadre de la procédure concernant le Médiator®. Dans cette série, les prescriptions sont dans la majorité des cas conformes à l'AMM, complications à type de valvulopathies (48), 9 interventions chirurgicales de remplacement valvulaire dont un décès.

Antibiotiques (12)

- ⇒ Prescription, à la sortie d'une hospitalisation pour pneumopathie, d'un antibiotique auquel la patiente était allergique (noté sur le dossier des urgences). Décès.
- ⇒ Choc allergique possible chez une patiente aux antécédents allergiques non connus. Décès
- ⇒ Prescription d'une antibiothérapie (Ciblor®) avec une corticothérapie en deuxième intention, pour infection dentaire. Arrêt cardiaque à domicile (pas d'argument pour un choc anaphylactique à l'autopsie), allergie possible *a posteriori*.
- ⇒ Prescription de gouttes auriculaires de quinolone huit mois après une première prescription responsable d'une éruption cutanée, évocatrice d'une allergie après explorations.
- ⇒ Traitement antibiotique accusé d'être à l'origine d'une crise d'épilepsie chez une antiépileptique traitée (contexte de refus de certificat).
- ⇒ Prescription de plusieurs antibiotiques, encadrée par des examens complémentaires pour récurrence d'infection urinaire fébrile. Hospitalisation pour colite à clostridium difficile. Colectomie totale compliquée d'une ischémie aiguë par thrombose iliaque. Transfert en chirurgie vasculaire en état d'ischémie avancée. Amputation de jambe. (Deux médecins généralistes sont concernés).
- ⇒ Antibiothérapie par amoxicilline (allergie connue mais pas de la remplaçante) pour bronchite. Urticaire géant et bronchospasme. Découverte d'une pneumopathie trois jours plus tard en cours d'hospitalisation. (Deux médecins généralistes sont concernés).

- ⇒ Tendinopathie après un comprimé de quinolone pour cystite. Information dûment délivrée et tracée dans le dossier.
- ⇒ Rupture tendineuse achilléenne après traitement par quinolone et corticoïde pour rhino sinusite chez un patient de 85 ans. Intervention nécessaire.
- ⇒ Prescription de macrolides (allergie connue) pour bronchite chez un asthmatique avec antitussif et corticoïdes. Toxidermie à la 48^{ème} heure. Hospitalisation. Evolution favorable.

Anticoagulants (4) (hors EHPAD)

- ⇒ AVK dans le cadre d'une maladie des phospholipides. INR à la limite de l'objectif. Majoration des doses. Survenue d'un syndrome de la queue de cheval six jours plus tard dans un contexte de surdosage. Hématome épidural étendu. Evolution partiellement favorable (disparition des troubles sphinctériens mais persistances de séquelles motrices). (Deux médecins généralistes sont concernés).
- ⇒ AVK pour prothèse valvulaire mitrale en AC/FA. Traitement difficile à équilibrer et relayé par du Pradaxa[®] 150. Trois semaines plus tard, hospitalisation pour insuffisance cardiaque, thrombose de la prothèse valvulaire nécessitant son remplacement en urgence. Complications septiques postopératoires. Evolution favorable.
- ⇒ Antiagrégant après angioplastie coronaire prescrite par cardiologue (Kardégic 300 mg[®]), oubli du renouvellement du traitement à deux reprises par le médecin généraliste. Survenue d'un accident vasculaire cérébral précédé d'AIT. Pas de fibrinolyse malgré une prise en charge rapide en unité neurovasculaire.

Anti inflammatoires (6)

- ⇒ Corticothérapie pendant dix jours sans protecteur gastrique. Hémorragie digestive sur ulcère gastrique anastomotique (Bypass). Hémostase endoscopique. Evolution favorable.
- ⇒ Corticothérapie (80 mg pendant 5 jours) pour « sinusite ». Décompensation d'un diabète connu. Hospitalisation.
- ⇒ Corticothérapie (Solumédrol[®] 40 pendant trois jours) pour rachialgie chez une diabétique en surpoids. Insulinodépendance quelques mois plus tard attribuée par la patiente à ce traitement.
- ⇒ AINS injectable pendant deux jours, à la demande expresse de la patiente pour sciatique hyperalgique (PR sous corticothérapie, Méthotrexate, protecteur gastrique et Plavix[®]). Choc hypovolémique par hémorragie digestive basse. Décompensation cardiaque et coronarienne.
- ⇒ AINS pour gonalgies. Thrombopénie idiopathique méconnue. Héli colectomie pour rectorragie majeure et récidivante. Récidive postopératoire. Diagnostique d'ulcère de Dieulafoy sur la pièce opératoire après ré-intervention. Suites favorables.
- ⇒ AINS pour lombalgie aiguë. Traitement court à posologie usuelle. IDM inaugural trois semaines plus tard chez un tabagique, attribué à ce traitement.

Divers (13)

- Attribue à une prescription d'IPP (RGO) la survenue d'une diarrhée chronique (bilan spécialisé négatif en dehors d'un côlon irritable).
- Chute de nombreuses dents attribuée aux prescriptions d'antalgiques dont, en dernier recours, le Fentanyl® dans un contexte de douleurs neurologiques post AVC.
- Syndrome extra pyramidal chez une patiente traitée par Agréal® pour troubles post ménopausiques.
- Syndrome parkinsonien après traitement pendant douze ans par Agréal® (cancer du sein) prescrit par le spécialiste et reconduit par le généraliste. Contexte de troubles anxieux se terminant par licenciement et inaptitude professionnel.
- Attribue des troubles psychologiques à l'ensemble du traitement prescrit pour syndrome viral, antibiotique et AINS. Coïncidence *a priori* sans lien.
- Difficulté de sevrage des benzodiazépines.
- Traitement de Terbinafine (Lamisil®) pendant six mois pour mycose unguéale sans surveillance biologique. Discrète pancytopénie un mois après l'arrêt du traitement dans un contexte de plaintes diverses. Découverte deux ans plus tard d'un syndrome de Gougerot Sjögren symptomatique que la patiente met en lien avec une « aplasie » médullaire.
- Prescription de statines à la sortie d'une hospitalisation pour angioplastie coronaire (contexte d'éthylisme chronique). Surveillance du bilan hépatique. Dans l'intervalle, diarrhée (au retour d'un voyage à l'étranger) puis ictère. Hépatite fulminante médicamenteuse. Greffe hépatique.
- Adolescente de 19 ans. Après prescription d'une pilule de 2^{ème} génération pendant un an, prescription de Diane35® car acné. Phlébite deux mois plus tard après un voyage en bus prolongé. Antécédents de phlébite maternelle non explorée. Bilan de thrombophilie négatif chez la fille.
- Prescription de pilule de 2^{ème} génération par un confrère à une patiente obèse de 20 ans, revue par d'autres médecins généralistes pour problèmes intercurrents. Embolie pulmonaire brutale et décès. (Deux médecins généralistes sont concernés).
- Prescription d'un traitement symptomatique chez un nourrisson de 11 jours pour muguet buccal, donné à 17 heures dont gel de Daktarin® (âge et poids mentionnés sur l'ordonnance, excipient Ethanol). Hospitalisation pour hypotonie dans la soirée (alcoolémie plus augmentée qu'elle n'aurait dû l'être compte tenu de la dose). Début de foyer pulmonaire dans un contexte de bronchiolite et hospitalisation pendant quatre jours.
- Prescription chez un enfant âgé de 3 ans de quatre médicaments antiasthmatiques. Traitement considéré comme inapproprié et à doses beaucoup trop élevées par le pédiatre consulté.

▪ VACCIN (5)

- Erreur de prescription et injection de BCG au lieu d'une intra dermo : Bcgite.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Prescription d'un vaccin tétravalent DTCP au lieu d'un vaccin trivalent TCP à deux reprises, à trois mois d'intervalle, chez une femme de 36 ans. Symptomatologies diverses au décours, imputées au vaccin. Bilan négatif.
- ➔ Rappel vaccinal par Pentavac® et Prevenar® chez un enfant de un an. Fièvre le lendemain suivie d'un état de mal convulsif réfractaire rapidement pris en charge. Etiologie imprécise malgré de nombreux bilans. Handicap psychomoteur très important.
- ➔ Erreur de posologie d'un BCG chez un enfant de 11 mois (dose multipliée par 10) : abcès de cuisse.
- ➔ Accuse une vaccination anti-hépatite B non obligatoire, d'être à l'origine d'une sclérose en plaques.

Geste thérapeutique (29)

▪ ACUPUNCTURE (4)

- ➔ Séance d'acupuncture pour asthénie et troubles du sommeil compliquée de pneumothorax diagnostiqué à 48 heures. Drainage.
- ➔ Acupuncture pour douleurs de l'épaule. Pneumothorax de diagnostic immédiat. Evolution favorable.
- ➔ Acupuncture pour canal carpien (matériel à usage unique) suivie d'une infiltration par un médecin généraliste, quelques jours plus tard avec un produit corticoïde. Phlegmon de la gaine des fléchisseurs diagnostiqué trois semaines plus tard. Algodystrophie. *A priori* aucune responsabilité de l'acupuncture.
- ➔ Fragment d'aiguille d'acupuncture migré dans le genou après une séance quatre ans auparavant. Intervention.

▪ ECHOGRAPHIE FŒTALE (5)

- ➔ Non dépistage d'une trisomie 21 avec cardiopathie congénitale.
- ➔ Dépistage de trisomie 21 retardé avec IMG à la 36 SA.
- ➔ Défaut de diagnostic d'un syndrome de Vacter avec imperforation anale, atrésie œsophagienne.
- ➔ Echographie de dépistage puis morphologique à 22 SA, avec difficulté. Examen souligné incomplet. Demande de contrôle par référent. Non-diagnostic d'un spina bifida avec extrophie vésicale.
- ➔ Découverte d'un RCIU au 3^{ème} trimestre par autre praticien. Lissencéphalie et possible agénésie rénale. IMG. Pas d'autopsie. Examen macroscopique de l'enfant quasi normal.

▪ INFILTRATION (3)

- ➔ Infiltration cervicale C6-C7 au cabinet (médecin du sport) après échec d'une escalade thérapeutique bien conduite pour névralgie cervico brachiale, et pratiquée après insistance du patient refusant une infiltration sous scanner. Mouvement brusque du patient pendant le geste. Infarctus médullaire avec séquelles importantes.
- ➔ Infiltration épidurale pour lombalgies persistantes à un mois malgré les traitements symptomatiques et manipulatifs. Céphalées persistantes au moins neuf mois, pas d'étiologie retrouvée.
- ➔ Infiltration d'une ampoule de Kénacort® retard pour aponévrosite plantaire. Infection et fistule nécessitant drainage chirurgical.

▪ INJECTION (1)

- ➔ Injection de Kénacort® retard dans le deltoïde pour allergie saisonnière résistante. Atrophie localisée importante. Chirurgie plastique envisagée.

▪ MANIPULATION OU « OSTEOPATHIE » (8)

- ➔ Manipulation cervicale puis dorsale suivie d'une fracture de la 7^{ème} côte sans déplacement ni complication.
- ➔ Manipulation pour douleur de l'épaule et hématome. Rupture partielle de la coiffe des rotateurs.
- ➔ Manipulation pour rachialgies. Echec et aggravation. Découverte d'une hernie discale cervicale à l'imagerie.
- ➔ Attribue à une manipulation cervicale pour cervicalgies post traumatiques, après un examen neurologique normal, la survenue d'un AVC par dissection carotidienne. Evolution favorable.
- ➔ Séance d'ostéopathie sans manipulation (4) : allégation de douleurs persistantes notamment cervicales (2), d'une symptomatologie plus diffuse ayant fait suspecter une dissection vertébrale (récusée) (1), ou céphalées positionnelles (1) rattachées à un syndrome d'hypotension intra crânienne sans fuite évidente. Amélioration partielle après Blood Patch.

▪ MEDECINE ESTHETIQUE (7)

- ➔ Laser épilatoire (2) responsable de brûlures de 2^{ème} degré avec séquelles, dans un cas coïncidant avec la désolidarisation de la pièce à main et de l'entretoise mal verrouillée.
- ➔ Laser du visage sur poil incarné. Folliculite.
- ➔ Laser vasculaire. Dépression cutanée linéaire (1) ou zone nécrotique profonde (1) en regard des zones de tir sur les ailes du nez.
- ➔ Praticien placé en garde à vue suite au dépôt d'une plainte pénale pour des « séquelles » suite à des injections d'acide hyaluronique pour rides.
- ➔ Tatouage à visée esthétique (dermographie pour séquelles palpébrales d'un accident) effectué par l'épouse du praticien, esthéticienne.

▪ MESOTHERAPIE (1)

- ⇒ Après deux séances à huit jours d'intervalle (trois multi injections), survenue d'un syndrome septique majeur avec septicémie à staphylocoque. Méningite, abcès cervical et nombreuses localisations septiques chez un homme de 43 ans.

Déontologie et certificat (20)

▪ CERTIFICAT (5)

- ⇒ Certificat d'HDT sans examen à la demande d'un proche après refus de visite de l'intéressé. Confirmation de l'hospitalisation par le psychiatre.
- ⇒ Conteste un certificat d'hospitalisation d'office. Hospitalisation effective pendant trois mois.
- ⇒ Certificat d'aptitude à un sport collectif chez un homme de 22 ans vu pour la deuxième fois. Antécédents non révélés de transposition des gros vaisseaux opérée à la naissance. Mort subite lors d'un match de football.
- ⇒ Certificat d'aptitude à la boxe. Décollement de rétine avec perte d'acuité visuelle.
- ⇒ Décision d'HDT, faute d'autre solution, pour un patient en grève de la faim.

▪ NON-ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER (4)

- ⇒ Appel téléphonique en pleine consultation par la gardienne de son immeuble, un homme venant de faire *a priori* un AVC. Conseil d'appeler les pompiers. Finalement appel au SAMU. AVC du tronc cérébral, laissant persister des séquelles.
- ⇒ La famille reproche le non déplacement pour épistaxis (1) dans un contexte d'encéphalopathie alcoolique (décès dans un tableau de thrombopénie majeure), ou pour une fièvre (1) chez un patient ayant une cirrhose alcoolique, hospitalisé par les pompiers pour un état de choc septique. Ces appels sont contestés.
- ⇒ Non déplacement à domicile reproché par l'époux.

▪ DIVERS (11)

- ⇒ Organisation dans l'urgence d'un transfert en maison non médicalisée, faute de place ailleurs, d'une femme de 83 ans sortie d'une intervention de hernie inguinale à J1 et ne pouvant assumer seule les suites opératoires. Mécontentement quant au choix de l'établissement, agitation de la patiente finalement hébergée dans sa famille.
- ⇒ Arrêt de travail jugé abusif par l'employeur.
- ⇒ Arrêt de travail non renouvelé faute de consultation du patient debouté devant le TASS.
- ⇒ Refus de poursuivre une désensibilisation chez un patient non compliant.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Visite à domicile abrégée en l'absence de problème médical.
- ➔ Une mère reproche l'attitude d'un médecin scolaire lors de l'entretien avec son fils en vue d'intégrer un nouvel établissement.
- ➔ Divers (5) : contestation de l'écoute, honoraires excessifs, problèmes relationnels, comportement irrespectueux et reproche du conseil de se rendre aux urgences faute de possibilité de visite.

Mise en cause systématique et divers (9)

Dont :

- ➔ Décès dans les suites d'un pontage, rôle limité à la demande d'un avis spécialisé.
- ➔ Complications postopératoire après chirurgie bariatrique chez une patiente régulièrement suivie avec de nombreuses comorbidités.
- ➔ Refus de mention « non substituable » sur l'ordonnance. Troubles rattachés à la délivrance de génériques par le pharmacien.
- ➔ Insatisfaction quant à la non prescription d'antibiotiques pour un syndrome grippal.
- ➔ Mise en cause comme médecin traitant mais n'ayant pas participé aux faits reprochés (2) ou erreur de mise en cause (1).
- ➔ Mise en cause, trois ans après la fin d'un suivi en tant que médecin traitant, par la famille d'une patiente de 84 ans, décédée au décours d'une douleur thoracique ayant motivé l'appel d'un autre médecin.

Domage corporel (5)

- ➔ Contusion en s'installant sur la table, (femme de 84 ans sous anticoagulant) en l'absence du médecin. Hématome de jambe extensif opéré. Cicatrisation difficile.
- ➔ Chute (en descendant une marche), entorse de la cheville.
- ➔ Chute en descendant du pèse-personne d'une femme de 90 ans. Fracture comminutive des deux os de l'avant-bras. Ostéosynthèse.
- ➔ Chute de la table d'examen.
- ➔ Chute dans le jardin, fracture des os propres du nez.

Expertise (4)

- ➔ Violation du secret professionnel dans le cadre d'une expertise administrative pour reprise contestée du travail.
- ➔ Allégation de violation du secret professionnel dans le cadre d'expertises multiples. Intervenu comme médecin conseil de la plaignante.
- ➔ Dans le cadre d'un contrat de prévoyance, évaluation d'une incapacité partielle (et non totale). Refus de prise en charge par l'assureur. Plainte pour erreur de rédaction des conclusions médico légales.
- ➔ Expertise pour contrat individuel prévoyance. Le patient affirme l'absence d'un examen clinique et la rédaction du rapport uniquement sur pièces.

Régulation SMUR (5)

- ➔ Contestation de la régulation dans le cas d'une patiente de 71 ans victime d'une chute sans PC. Décès quelques heures plus tard après un deuxième malaise pris en charge par les pompiers.
- ➔ Conseil du régulateur pour malaise à domicile, chez une femme enceinte de six mois, de consulter le médecin généraliste. Arrêt cardiorespiratoire à l'arrivée au cabinet. Décès.
- ➔ Conseil d'un traitement symptomatique pour encombrement rhinopharyngé chez un enfant de 4 mois (né prématuré à 5 mois et pesant 800 grammes), emmené finalement par sa mère aux urgences et décédé quelques heures plus tard.
- ➔ Envoi d'une ambulance non médicalisée arrivée en moins de trois quart d'heure. Constat d'un coma par rupture d'anévrysme artérioveineux chez un homme jeune. Céphalées depuis un an et consultation la veille par un médecin à domicile. Séquelles majeures.
- ➔ Déplacement en SMUR pour douleur thoracique. ECG qualifié de normal. Nouvelle intervention quelques heures plus tard et transport pour ischémie myocardique faisant l'objet d'une angioplastie.

MEDECINE INTERNE

Les médecins internistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 5 déclarations (4 en exercice libéral et 1 en exercice privé du secteur public) : 1 plainte pénale, 2 procédures civiles, 1 plainte ordinale, et 1 saisine d'une CCI.

- ➔ Diagnostic de carcinose péritonéale de point de départ précis inconnu. Décision avec un oncologue d'une chimiothérapie. Réalisation de la première cure. Avis sollicité par la famille auprès de deux autres centres qui confirment le bien-fondé du traitement mais suggèrent des alternatives avec d'autres protocoles dans ce contexte. Efficacité transitoire du traitement initial poursuivi mais décès. (Un oncologue est également mis en cause).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Participation à la prise en charge d'une patiente âgée de 79 ans, hospitalisée dans un contexte de troubles neurologiques (hématome sous-dural chronique), de chutes à répétition. Hématome cérébral sous-dural aigu après la dernière chute, intervention et décès en centre de convalescence. Problèmes relationnels avec la famille qui reproche globalement la prise en charge et la sédation, avec parfois contention du fait de l'agitation, invoquant une « non-assistance à personne en danger et le non-respect de ses accompagnants ».
- ⇒ Décès dans un contexte de myélémie avec blastes, quatre jours après sa découverte en cours d'hospitalisation pour lombalgies et thrombopénie récente avant que la biopsie médullaire prévue ne soit effectuée. Causes du décès imprécises.
- ⇒ Prise en charge d'un patient diabétique et alcoolique tabagique, hypertendu pour gêne pharyngée après l'ingestion d'un comprimé. Consultations ORL successives devant la persistance de la gêne, avec refus d'examen endoscopique avant le diagnostic de cancer six mois plus tard, décès dans l'année. (Un ORL est également mis en cause).
- ⇒ Avis demandé par un gastroentérologue chez un patient de 41 ans hospitalisé pour ascite dans un contexte d'anémie aiguë majeure sans saignement extériorisé. Demande de scanner, patient non revu. Suspicion de carcinose péritonéale, décès deux jours plus tard d'un choc hémorragique. Ponction hémorragique ne montrant pas de cellules malignes.

MEDECINE LEGALE / REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL

Les médecins légistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 2 déclarations (en exercice libéral) : 2 plaintes ordinaires.

- ⇒ Expertise d'évaluation en aggravation en 1996 chez un adolescent victime d'un AVP quatre ans auparavant avec fractures (clavicule, tibia) et hématome extra dural opéré. Aggravation reconnue sur le plan orthopédique. Puis aggravation neurologique et reproche portant sur une sous-évaluation de l'état neuropsychologique au cours de cette expertise.
- ⇒ Contre-expertise judiciaire diligentée par une Cour d'appel pour statuer sur un litige concernant l'évaluation des préjudices en rapport avec un AVP. Reproche une attitude anti déontologique, et démarches parallèles visant à demander la récusation de l'expert qui n'a pas retenu le préjudice professionnel escompté.

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Les médecins physiques et rééducateurs sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical 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.

- ⇒ Consultation unique (et sans documents) pour douleurs persistantes notamment du poignet, six semaines, après une hospitalisation pour polytraumatisme suite à un accident de moto.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Proposition d'une contention souple. Diagnostic ultérieur par le généraliste de fracture vertébrale de T 12 (corset) et de fracture du scaphoïde d'évolution défavorable malgré l'intervention.

- ⇒ Examen chez une patiente venue pour EMG (atteinte radiale après fracture du col huméral, hémiplégie). Craquement perçu lors d'une rotation contrariée. Découverte d'une fracture diaphysaire humérale sur os ostéoporotique.
- ⇒ Manipulation douce pour cervicalgies. Céphalées positionnelles dans les suites rattachées à un « syndrome d'hypotension intracrânienne » sans fuite évidente de LCR. Amélioration modeste après deux Blood patch, terrain migraineux.
- ⇒ Prise en charge en rééducation d'une arthroplastie du genou (antécédent d'interventions pour traumatisme en accident du travail). Résultats non satisfaisants et rapports d'emblée conflictuels. Transfert dans un autre centre à la demande du patient. Ré-intervention pour flossum.

MEDECINE DU TRAVAIL

Les médecins du travail sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **4** déclarations (tous en exercice salarié) : 2 plaintes pénales, 2 plaintes ordinaires.

- ⇒ Convocation comme témoins dans une enquête pénale concernant la survenue de cancers en lien avec une exposition au bitume. Responsabilité de l'employeur retenue pour faute inexcusable. (Deux médecins du travail sont concernés).
- ⇒ Problèmes relationnels lors de la visite de reprise du travail après un arrêt prolongé plus de six mois. Patient venu sans aucun document. Nécessité de convoquer à une date ultérieure pour statuer.
- ⇒ Consultations d'une patiente alléguant de multiples problèmes relationnels dans l'entreprise (harcèlement, plainte à la HALDE). Médecin entendu lors d'une enquête administrative, se voit reprocher d'avoir failli à ses obligations déontologiques.

MEDECINE D'URGENCE

Les **3 288** médecins urgentistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **52** déclarations (39 en exercice libéral et 13 en exercice salarié), soit une sinistralité de 14,4 % en exercice libéral (contre 13,2 % en 2012) : 12 plaintes pénales, 13 procédures civiles, 7 plaintes ordinaires, 10 réclamations et 10 saisines d'une CCI.

Diagnostic (9)

- ⇒ Transport par SAMU pour douleurs abdominales de début brutal avec malaise. Patiente âgée de 63 ans, obèse. Episode de vomissements aux urgences. Bilan et surveillance plusieurs

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

heures avant retour à domicile sous antibiotiques pour infection urinaire. Décès à domicile constaté le lendemain matin.

- Prise en charge d'une patiente agitée (psychose bipolaire) pour douleurs abdominales et présence de sang dans les selles. Relais de deux urgentistes et bilan. Traitement symptomatique. Retrouvée sept heures plus tard en arrêt cardiovasculaire avec la tubulure de la perfusion autour du cou. Décès. Le diagnostic de péritonite serait évoqué *a posteriori*. (Deux médecins urgentistes sont concernés).
- Consultation pour syndrome douloureux abdominal attribué à une infection urinaire par autre urgentiste. Revue quatre jours plus tard pour persistance de douleurs abdominales et fièvre. Epanchement péritonéal. Confiée au chirurgien le jour-même et opérée le lendemain d'une pelvipéritonite (à streptocoque) sur salpingite (stérilet). Rupture de la rate lors de la laparotomie justifiant une splénectomie. Suites marquées par des éventrations récidivantes.
- Consultation d'une patiente âgée de 19 ans, sous contraception orale, pour douleurs inguinales renforcées par la mobilisation. Evocation d'une tendinite des adducteurs. Diagnostic hospitalier d'une embolie pulmonaire deux jours plus tard.
- Consultation en urgence après avis du régulateur et transfert par les pompiers d'une femme âgée de 84 ans pour « douleur de l'épaule » selon l'urgentiste, pour « ankylose de la main » selon la fille. Problèmes relationnels et retard diagnostique de deux mois d'un glioblastome. Décès rapide.
- Consultation pour métrorragies d'une femme âgée de 25 ans. Pas d'examen gynécologique mais demande de consultation en gynécologie et en hématologie (anémie ferriprive). Hospitalisation le lendemain au centre hospitalier, transfusion et diagnostic de tumeur maligne de l'endomètre.
- Consultation pour chute précédée d'une impression de dérobement avec douleurs de hanche. Examen incomplet, (PTH droite, parésie du SPE séquellaire d'une chirurgie discale, surpoids...). Retour à domicile en fauteuil roulant, aggravation six heures plus tard. Fièvre à 40°C et hospitalisation pour troubles de la conscience. Méningo encéphalite avec méningite lymphocytaire. Evolution favorable après un mois de réanimation.
- Consultation pour douleur dorso lombaire irradiant en hémi ceinture (CRP à 76 mg/l, échographie abdominale). Diagnostic d'une pleurésie trois jours plus tard.

Prise en charge (13)

- Epistaxis postérieur sous AVK. Surdosage écarté et méchage. Sortie après surveillance et rendez-vous en ORL. Décès dans un délai inconnu. *A priori* pas d'hémorragie extériorisée. La famille reproche l'absence d'hospitalisation.
- Consultation d'un patient âgé de 66 ans (BPCO) pour infection bronchique résistante à l'Augmentin® et rétention urinaire, puis deux jours plus tard pour fièvre. Hospitalisation le lendemain. Diagnostic trois jours plus tard d'une encéphalite herpétique d'origine communautaire. Nombreuses complications au cours d'un séjour prolongé en réanimation. Retard diagnostique et défaut de surveillance reprochés pendant l'hospitalisation prolongée.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Consultation pour hémiparésie le lendemain d'une prise en charge pour céphalées et vertiges (IRM montrant une leucoacariose et les séquelles d'un AVC capsulaire). Glycémie élevée à 12mmol/l et troubles lipidiques. Pas d'AVC récent au scanner. Retour à domicile sous Aspégic® faute de place. Aggravation neurologique et hospitalisation le lendemain.
- Patient amenée par le SAMU pour douleurs abdominales irradiant dans les épaules, le lendemain d'une coloscopie. Contexte de malaise et d'hypotension. Transfert en réanimation. Intervention quelques heures plus tard confirmant une rupture de la rate. Splénectomie et suites simples.
- Consultation à J 2 d'une cure de hernie pariétale avec plaque après sortie à J 1 malgré des douleurs testiculaires. Bilan en faveur d'un hématome. Patient adressé en urgence au chirurgien par son généraliste à J 6. Douleurs séquellaires.
- Consultation à J 3 d'une cholécystectomie pour douleurs abdominales. Bilan en faveur d'un épanchement intra péritonéal avec souffrance du grêle. Transfert quatre heures après l'arrivée dans un autre établissement, séquelles non précisées.
- Appel en urgence, la nuit, pour une patiente opérée trois jours plus tôt d'une PTH. Bilan pour douleurs thoraciques puis état de choc dans un contexte d'anémie importante (hématome de cuisse et climat septique). Transfusion prudente et surveillance rapprochée. Décès le matin. Surdosage en paracétamol (les prescriptions depuis son entrée se cumulant avec son traitement antalgique antérieur repris à la sortie du bloc comme prescrit).
- Consultation pour douleur de jambe et suspicion de TVP à J 9 d'une chirurgie de hernie discale sans incident. Réalisation d'une gazométrie radiale après échec de l'IDE. Prescription d'Arixtra® et d'un écho doppler (fait deux jours plus tard et négatif). Poursuite du traitement anticoagulant et survenue d'un syndrome des loges de l'avant-bras sur hématome du poignet. Chirurgie de décompression et algodystrophie.
- Consultation pour douleurs de jambe et hématomes à J 10 d'une chirurgie de varices. Doppler normal la veille. Traitement symptomatique. Evolution vers un syndrome des loges nécessitant de nombreuses interventions.
- Dans un contexte de surcharge de travail, patiente examinée après avis d'une infirmière psychiatrique. Sortie et décès d'une possible intoxication médicamenteuse volontaire. Plainte pour non-assistance à personne en péril.
- Consultation pour douleurs abdominales (éthylisme chronique, alcoolémie normale). Constat d'une défense hypogastrique et d'une lame d'ascite. Petits niveaux sur l'ASP. Diagnostic de pré DT, morphine et Tranxène® IV. Surveillance. Troubles de conscience puis chute du brancard et arrêt cardiorespiratoire le lendemain. Transfert en réanimation. Scanner cérébral normal. Hémorragie digestive à la fibroscopie (anémie importante). Décès rapide de cause précise inconnue.
- Consultation d'un patient diabétique pour gonalgies et hématome après traumatisme direct. Douleurs persistantes malgré AINS prescrits depuis deux jours par le généraliste. Epanchement articulaire ponctionné. Nouvelle consultation à deux jours lors du résultat du prélèvement (arthrite à staphylocoque). Se voit reprocher d'être à l'origine de l'infection (deux médecins sont mis en cause dont un par erreur, n'étant pas l'auteur des soins).

Diagnostic et prise en charge de traumatismes et plaies (12)

- ➔ Exploration/réparation d'une plaie par disqueuse du gros orteil. Découverte sept jours plus tard d'une section complète du tendon extenseur. Infection.
- ➔ Exploration/suture d'une plaie palmaire à la racine du V, flexion digitale possible. Ablation des fils par IDE. Pas de nouvelle consultation avant le diagnostic, deux mois plus tard par un orthopédiste, d'une rupture complète du tendon du fléchisseur profond.
- ➔ Absence de diagnostic d'un déchirement de l'ensemble des ligaments du pouce.
- ➔ Accident de la voie publique. Lombalgies. Diagnostic de contusion malgré l'existence d'un tassement possible de L1 sur les radiographies en urgence (arthrodèse ancienne), diagnostic ultérieurement confirmé.
- ➔ Suture de la lèvre au décours d'une chute chez une patiente IMC, difficultés ventilatoires ultérieures et mise en évidence lors de la fibroscopie bronchique d'une compresse. Décès.
- ➔ Accident de la voie publique amené par les pompiers. Diagnostic d'entorse de cheville, compte rendu radiologique disponible le lendemain et montrant une fracture frontale du talus avec net déplacement. Immobilisation par gouttière plâtrée dans l'attente d'un rendez-vous en orthopédie qui n'a toujours pas eu lieu lors d'un contrôle dix jours plus tard. Intervention cinq semaines après le traumatisme, séquelles importantes.
- ➔ Prise en charge d'une adolescente pour traumatisme du coude. Fracture de l'épicondyle médial grade 2. Pas d'immobilisation. Complément de bilan radiologique dix jours plus tard : « fracture de l'épitrôchlée, avis orthopédique nécessaire ». Immobilisation plâtrée pendant trois semaines décidée par l'urgentiste et consultation orthopédique au décours de l'ablation du plâtre. Décision d'ostéosynthèse un mois après le traumatisme.
- ➔ Adressé aux urgences par le généraliste pour fracture du radius, du scaphoïde et entorse de cheville suite à une chute en skateboard. Demande d'avis à un chirurgien. Traitement orthopédique et demande d'arthro scanner du fait de la disjonction scapho lunaire. Rendez-vous obtenu seulement cinq semaines plus tard (après ablation de la résine). Consultation orthopédique et choix d'une rééducation pour diastasis persistant.
- ➔ Patient adressé à l'établissement pour avis orthopédique (fracture du radius). Immobilisation plâtrée par urgentiste de la fracture engrenée de l'extrémité distale du radius, associée à une fracture de la styloïde cubitale. Pas de déplacement au contrôle radiologique huit jours plus tard. Algodystrophie. Avis demandé par généraliste à quatre mois et décision d'intervention pour importante désaxation.
- ➔ Décision d'une immobilisation pour suspicion de décollement épiphysaire chez un enfant de 10 ans au décours d'un traumatisme de la cheville. Réalisation de l'immobilisation par IDE mais oubli de bandes de protection. Plaie à l'ablation.
- ➔ Dermabrasion locale et petit arrachement osseux à la pointe de l'astragale. Plâtre retiré à J 3 du fait des douleurs. Antibiothérapie de cinq jours décidée le lendemain pour placard

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

inflammatoire. Reproche la survenue d'une « infection » et la méconnaissance d'une fracture parcellaire du calcanéum.

- ⇒ Traumatisme du genou sans lésion osseuse. Attelle et marche autorisée avec cannes anglaises. Revue à J 15 par orthopédiste. Phlébite à deux mois. Reproche l'absence de traitement anticoagulant préventif (patiente âgée de 48 ans, antécédent de thrombophlébite deux ans auparavant, surcharge pondérale et traitement par Minidril®).

SMUR – SAMU – régulation (7)

- ⇒ Déplacement avec le SMUR pour douleurs thoraciques (facteurs de risque). Troubles de la repolarisation sur bloc de branche droit. Traitement anxiolytique. Nouvel appel au centre 15 et diagnostic de syndrome coronarien quelques heures plus tard. Angioplastie en urgence.
- ⇒ Diagnostic lors d'un déplacement SAMU d'une hernie inguinale, ultérieurement confirmée, mais décès.
- ⇒ Régulation d'un AVP chez un adolescent, bilan lésionnel sur place peu inquiétant (fracture fémur et poignet). Transport en clinique. Arrêt cardiorespiratoire lors de l'anesthésie pour fracture complexe du fémur avec disjonction sacro iliaque. Coma végétatif.
- ⇒ Régulation pour douleurs abdominales. Irradiation dans un membre inférieur et troubles respiratoires (antécédent de coliques néphrétiques avec montée de sonde). Conseil de consulter aux urgences. Dissection d'un anévrisme aortique opéré le lendemain. Plainte pour non-assistance à personne en péril. (Deux urgentistes sont concernés).
- ⇒ Régulation pour céphalées et malaises itératifs lors du lever à 2 heures du matin avec déficit transitoire d'un bras et troubles de la parole. Conseil de consulter le généraliste le matin. Hospitalisation en fin de matinée et diagnostic d'AVC par dissection carotidienne.
- ⇒ Régulation pour douleurs thoraciques (facteurs de risque, homme âgé de 50 ans, bilan cardiologique récent et normal). Transport prévu par ambulance privée. Aggravation rapide et arrêt cardiorespiratoire réanimé par un pompier ami de la famille, puis par SMUR (choc électrique pour fibrillation ventriculaire) mais décès à domicile.

Déontologie et divers (4)

- ⇒ Transfert par le centre 15 d'une femme âgée de 88 ans pour céphalées et vomissements après une chute, non mentionnée dans le dossier des urgences. Opposition de la famille au retour à domicile et hospitalisation brève en cours séjour gériatrique. Décès un mois plus tard. Il est reproché au médecin des propos tenus et des commentaires sur l'attitude de la famille, qu'il nie formellement.
- ⇒ Plainte à l'initiative de l'épouse d'un patient qui reproche les conditions de sa prise en charge aux urgences.
- ⇒ Consultation d'une femme âgée de 45 ans amenée par les pompiers pour malaise de type vagal. Examen rassurant et conseil de se rendre aux urgences médicales hospitalières (l'établissement étant uniquement chirurgical). Refus. Appel du mari. Bilan hospitalier

négatif mais plainte pour déclenchement de troubles psychologiques entraînant un arrêt de travail de plusieurs années.

- ➔ Chute sur la voie publique (patient âgé de 83 ans). Fracture de la rotule et du radius, contusion thoracique sans fracture. Traitement orthopédique sur les conseils du chirurgien. Reproche le temps d'attente de plusieurs heures, le manque d'hygiène des locaux et l'absence d'hospitalisation (organisée ensuite par le généraliste) et un retour à domicile sans ambulance avec sa femme du même âge.

Mise en cause systématique (7)

- ➔ Consultation aux urgences et transfert en chirurgie pour poussée de sigmoïdite diverticulaire. Colectomie. Présence d'un nodule pulmonaire sur une radiographie postopératoire non prise en considération. Diagnostic de cancer pulmonaire un an plus tard. Décès (de nombreux médecins sont également mis en cause).
- ➔ Consultation aux urgences pour vomissements. Suspicion d'occlusion sur bride avec péritonite. Hospitalisation en chirurgie. Décès à J 4.
- ➔ Douleur de jambe (patiente de 83 ans, thrombocytémie, FA paroxystique). Hospitalisation et HBPM. Chute nocturne à J 4, diagnostic (retardé faute de déplacement immédiat du médecin de garde) d'un hématome sous-dural sous anticoagulants, poursuivis malgré un doppler dans les limites de la normale. Décès.
- ➔ Urgentiste intervenu en renfort pour la réanimation, sans succès, d'un arrêt cardio circulatoire survenu aux urgences (syndrome coronarien).
- ➔ Consultation avant transfert en psychiatrie pour tentative d'autolyse. Plaintes confuses au décours.
- ➔ Patient de 80 ans, nombreux facteurs de risque vasculaire, venu pour diplopie et troubles de la marche transitoires. Avis cardiologique (antiagrégants, sténose de la carotide à l'angio scanner). Aggravation dans la nuit et diagnostic le lendemain par le neurologue d'un syndrome de Wallenberg. Décès quelques jours plus tard. (Un neurologue et un cardiologue sont également mis en cause).
- ➔ Prise en charge d'une patiente de 81 ans pour malaise, chute et traumatisme crânien, confiée au service de cardiologie pour tachycardie atriale, traitée par HBPM. Volumineux hématome cérébral avec effet de masse révélé le lendemain par un coma, hématome d'origine hypertensive et non post traumatique. Décès. La famille reproche le retard à la pratique d'un scanner cérébral, alléguant que, dès la veille, leur parente était désorientée et présentait des céphalées ainsi qu'une impotence fonctionnelle.

NEPHROLOGIE

Les néphrologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **7** déclarations (tous en exercice libéral) : 5 procédures civiles, 1 plainte ordinale et 1 saisine de CCI.

- ⇒ Patiente sous corticothérapie (polyarthrite, lupus, syndrome myéloprolifératif...), sous anticoagulant pour récente embolie pulmonaire. Admise et traitée de façon probabiliste après bilan pour fièvre inexpliquée. Nombreux avis de confrères spécialistes, difficultés d'adaptation -du fait d'une péricardite- du traitement anticoagulant rigoureusement surveillé. Survenue d'un tableau neurologique avec tétraparésie sans hémorragie au scanner, puis difficultés respiratoires et décès d'un arrêt cardio-respiratoire brutal réanimé par confrères. Reproches de la famille portant sur la prise en charge et notamment l'absence de transfert au CHU.
- ⇒ Prise en charge en ultrafiltration par cathéter jugulaire, faute d'une fistule artério veineuse possible. Patient diabétique, hospitalisé à de multiples reprises en USI en centre hospitalier pour insuffisance cardiaque réfractaire à bas débit, dont l'insuffisance rénale s'est décompensée après pose d'un pace maker triple chambre. Capital veineux préoccupant, épisodes infectieux traités par antibiothérapie par l'hôpital et les néphrologues. Survenue d'un choc septique après retrait du cathéter jugulaire au pourtour inflammatoire, mais laissé en place plusieurs mois pour permettre la dialyse. Endocardite et décès. (Quatre néphrologues mis en cause avec le cardiologue).
- ⇒ Prise en charge, quelques jours avant son décès, d'un patient atteint d'un myélome au stade terminal, hospitalisé depuis trois mois et dans le coma. Soins palliatifs dont le bien-fondé est contesté.
- ⇒ Patiente indisciplinée suivie en dialyse. Septicémie en rapport avec un anévrisme mycotique sur la fistule artério veineuse. AVC avec hémiparésie.

NEUROLOGIE

Les neurologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **12** déclarations (dont 11 en exercice libéral et 1 en activité privée du service public) : 3 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 2 réclamations et 6 saisines d'une CCI.

Diagnostic (5)

- ⇒ Diagnostic de SEP porté par référent (hémi syndrome sensitif et hyper signaux de la substance blanche, discrètes anomalies des potentiels somesthésiques, ponction lombaire refusée). Traitement par Endoxan® puis par Avonex® lors du relais du suivi par autre neurologue. Remise en cause du diagnostic quatre ans plus tard en l'absence d'évolution. Infirmité de celui-ci (PL normale). Ménopause précoce et ostéopénie attribuées par la patiente aux traitements. (deux neurologues sont mis en cause).
- ⇒ Maladie de Parkinson diagnostiquée en milieu hospitalier chez une femme âgée de 50 ans et traitée par une association médicamenteuse. Décision de diminution progressive des doses

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

(troubles psycho comportementaux, dystonie faciale) puis arrêt du traitement à l'initiative de la patiente. Aucune récurrence des symptômes de la maladie à un an de l'arrêt du traitement.

- ➔ Consultation unique pour anesthésie labio-mentonnaire suite à extraction de dent de sagesse. Demande d'avis ORL (otite externe). Diagnostic un an plus tard d'un cancer évolué de la parotide. (Un ORL et un stomatologue sont également mis en cause).
- ➔ Consultations et EMG pour bilan d'un déficit C5-C6 constaté au décours d'un arthroscanner de l'épaule. Diagnostic, finalement évoqué à distance d'un syndrome de Parsonage et Turner. (Un rhumatologue est également mis en cause).

Prise en charge (3)

- ➔ Addiction aux jeux, tardivement avouée, sous agonistes dopaminergiques. Echec des tentatives d'arrêt du traitement. Intervention devant l'impasse thérapeutique. Pertes financières majeures et retentissement sur la vie familiale.
- ➔ Suivi, en concertation avec des médecins hospitaliers, d'une maladie de Parkinson pendant plus de dix ans chez un patient ayant révélé les premiers signes à 35 ans. Escalade thérapeutique (dont agonistes dopaminergiques). La notion d'une interdiction ancienne de jeux n'a pas été signalée au confrère pendant le suivi, mais deux ans plus tard. Intervention refusée. Préjudice allégué important.
- ➔ Prise en charge d'une hémorragie cérébrale au décours immédiat d'une rachie anesthésie pour stripping. Lourdes séquelles. (Six anesthésistes et un chirurgien sont également mis en cause).

Geste (1)

- ➔ Implant mammaire dégonflé au décours d'un EMG pour bilan d'une névralgie cervico brachiale. Remplacement de celui-ci.

Divers (3)

- ➔ EMG pour paralysie faciale survenue au décours d'une chirurgie temporo maxillaire. Reproche d'avoir évoqué une paralysie « a frigore ».
- ➔ Patiente suivie pour SEP, imputant son déclenchement à une vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire. Mise en cause systématique.
- ➔ Plainte pour absence de réponse à des courriels d'un médecin étranger demandant des conseils thérapeutiques pour le suivi d'une « maladie rare ».

OPHTALMOLOGIE

Les 4 431 ophtalmologistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 245 déclarations (242 en exercice libéral, 2 en activité privée du secteur public et 1 en salarié), soit une sinistralité de 5,9 % en activité libérale (contre 5,7 % en 2012) : 44 procédures civiles, 13 plaintes ordinaires, 121 réclamations et 67 saisines d'une CCI.

Erreur de prescription de verres ou de lentilles (33)

- ⇒ Erreur de prescription alléguée au vu d'un résultat de correction non satisfaisant après la prescription de verres correcteurs (32) ou de lentilles (1).
 - L'erreur est reconnue (3), le résultat insatisfaisant est lié à des verres progressifs (10) (problème d'adaptation, correction unique de la vision de près ou de loin, prescription renouvelée alors que la mauvaise adaptation avait déjà été constatée deux ans auparavant) ou à une sur ou sous-correction.
 - Parfois, la réclamation est formulée tardivement (5) (six mois à deux ans après la prescription) et une patiente se plaint également d'un examen trop rapide et jugé insuffisant (pourtant complet).

Diagnostic (19)

- **D'UN PROCESSUS EXPANSIF (8)**
- ⇒ Retard diagnostique d'un méningiome compressif du sinus ethmoïdal diagnostiqué un an après une consultation pour impression d'atteinte intermittente du champ visuel avec acuité visuelle normale.
- ⇒ Retard diagnostique d'un méningiome sphénoïdal. Dix-huit mois plus tard, aggravation des anomalies du champ visuel attribuées antérieurement à l'atrophie optique secondaire à un glaucome à pression normale.
- ⇒ Retard diagnostique d'un anévrysme du sinus caverneux. Inconfort visuel et rééducation orthoptique entreprise un an auparavant avec prisme. Résultat transitoirement favorable avant confirmation d'une paralysie du III. Avis neurologique et diagnostic. Embolisation avec succès.
- ⇒ Diagnostic d'un méningiome sphénoïdal fait par confrère devant une atrophie optique, quelques mois après deux consultations à un an d'intervalle pour baisse d'acuité visuelle considérée comme en rapport avec une cataracte. Pas d'indication opératoire.
- ⇒ Retard diagnostique d'un hémangiome intra orbitaire. Diagnostic un an après une consultation unique pour prescription d'une correction optique.
- ⇒ Retard diagnostique d'un volumineux craniopharyngiome chez un enfant de 6 ans, examiné à deux reprises avec évocation d'une amblyopie relative non améliorée. Cécité unilatérale et anomalie controlatérale du champ visuel lors du diagnostic un an plus tard.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⊖ Retard diagnostique d'une tumeur cérébrale diagnostiquée par un confrère quelques mois plus tard après un accrochage en voiture. Reproche un renouvellement inutile de lunettes.
- ⊖ Retard diagnostique d'une tumeur palpébrale maligne. Diagnostic lors de l'exérèse par confrère, dix mois après deux consultations pour blépharite et lésion palpébrale non inquiétante. Chirurgie délabrante.
- **D'UN CORPS ETRANGER (2)**
 - ⊖ Corps étranger méconnu chez un patient victime d'un accident de scooter et examiné en milieu hospitalier. Aucune trace de consultation ultérieure chez l'ophtalmologiste également mis en cause. Perte de la vision.
 - ⊖ Fragment de lentille retiré quinze jours après une consultation pour sensation de corps étranger ayant motivé un traitement symptomatique. Guérison.
- **DE GLAUCOME (2)**
 - ⊖ Examen succinct sans mention de la tension oculaire lors de deux consultations, à six mois d'intervalle, pour baisse d'acuité visuelle chez un patient porteur d'une cataracte traumatique. Diagnostic de glaucome neuf mois plus tard par confrère. Cécité unilatérale.
 - ⊖ Retard diagnostique allégué de neuropathie glaucomateuse chez un patient suivi pour une neuropathie alcoolique tabagique et une hypertension oculaire dûment diagnostiquée et traitée. Contexte de contestation d'un licenciement pour inaptitude au métier de chauffeur poids lourd.
- **AUTRES (7)**
 - ⊖ Retard diagnostique d'une rétinopathie diabétique. Diagnostic porté par confrère dix mois après la dernière consultation de suivi annuel chez un diabétique insulino-dépendant. Aggravation de cette rétinopathie sévère bilatérale justifiant un laser.
 - ⊖ Retard diagnostique d'une kératite amibienne diagnostiquée à l'hôpital après un mois de suivi et de traitement pour une kératite attribuée à un herpès.
 - ⊖ Retard diagnostique d'un décollement de rétine avec déchirure, un mois après deux consultations pour chalazion puis pour baisse d'acuité visuelle attribuée au collyre corticoïde prescrit. Interventions itératives. Acuité visuelle finale à 5/10^{ème}.
 - ⊖ Retard diagnostique d'un kératocône diagnostiqué par confrère sept mois après une consultation pour baisse d'acuité visuelle non explorée, ayant motivé la prescription d'une correction optique mal tolérée et considérée comme inutile.
 - ⊖ Retard diagnostique d'une hypermétropie chez un enfant de 8 ans vu en urgence quelques mois auparavant pour vision floue et dédoublée, à la demande d'un orthoptiste. Examiné sans dilatation et considéré comme myope et astigmatique.
 - ⊖ Indication jugée inutile de dacryo-cysto-rhinostomie suite à l'interprétation *a posteriori* erronée d'un scanner, intervention compliquée d'une sténose des voies lacrymales.
 - ⊖ Retard diagnostique allégué de DMLA diagnostiqué par un confrère deux ans après une consultation de contrôle.

Prise en charge (20)

▪ GLAUCOME (7)

- ➔ Prise en charge pour glaucome aigu en cours d'hospitalisation en chirurgie digestive. Pronostic vital engagé par un choc septique retardant la chirurgie nécessaire. Evolution péjorative avec perte d'un œil. (Deux ophtalmologistes sont concernés).
- ➔ Prise en charge d'une crise de glaucome aigu plus de douze heures après son début nocturne par des douleurs traitées en cours d'hospitalisation par Acupan®. Traitement symptomatique pendant un week-end sans contrôle de la pression oculaire. Décision le lundi de chirurgie effectuée le lendemain. Perte de l'acuité visuelle de l'œil concerné chez ce patient en postopératoire d'une chirurgie cardiaque, aux lourds antécédents (diabète, hypertension, DMLA traitée de l'œil controlatéral, glaucome sévère bilatéral traité) : quasi cécité.
- ➔ Glaucome suivi pendant douze ans tous les six mois. Traçabilité des examens prescrits et observance non précisées. Décompensation du glaucome et mauvais résultat de la chirurgie conseillée de cataracte.
- ➔ Evolution péjorative d'un glaucome sévère lors de son suivi pendant trois ans, malgré le traitement médical et chirurgical.
- ➔ Evolution péjorative d'un glaucome sévère (traitement médical puis chirurgie de cataracte) suivi pendant sept ans chez un patient, malentendant depuis l'enfance, qui reproche « négligence, insuffisance de prise en charge et laxisme ».
- ➔ Consultations en urgence à deux reprises pour sensation de voile, patiente myope suivie régulièrement et ayant été opérée de chirurgie réfractive par laser, (examen clinique normal et PO normale). Diagnostic, quelques semaines plus tard par confrère, d'un glaucome d'évolution rapidement défavorable.

▪ AFFECTION CORNEENNE (5)

- ➔ Diagnostic de kératalgie récidivante chez une patiente traitée par confrères pour sécheresse oculaire. Prescription d'une lentille pansement sans information. Non réexaminée à sa demande trois heures plus tard avec délivrance d'une ordonnance complémentaire. Diagnostic hospitalier d'un abcès cornéen sur kératite herpétique.
- ➔ Suivi avec confrères pour abcès cornéen sur séquelles de kératite. Evocation du diagnostic d'herpès infirmé un an plus tard au CHU. Séquelles visuelles et cicatrices cornéennes après l'échec de deux greffes.
- ➔ Prise en charge d'un vaste ulcère cornéen sous lentille. Trois consultations puis prise en charge hospitalière. Diagnostic d'un abcès fongique, greffe de cornée, perte de l'acuité visuelle.
- ➔ Prise en charge d'un enfant de 15 mois pour chalazion et kérato-conjonctivite. Abcès cornéen trois mois après les soins.
- ➔ Kératite sur acné rosacée oculaire chronique devenue cortico dépendante. Patiente suivie pendant trois ans et informée des risques du traitement cortisonique. Survenue à plus de 60 ans d'une cataracte cortisonique et d'une possible hypertonie oculaire.

▪ RETINE (4)

- ⇒ Diagnostic d'œdème maculaire cystoïde sur un OCT fait en urgence pour baisse d'acuité visuelle et douleurs. Patiente non revue. Résultat non satisfaisant après traitement hospitalier. Se plaint également du comportement du médecin.
- ⇒ Diagnostic de rétinopathie diabétique sévère chez un diabétique ancien faisant envisager un laser. Revu dans l'intervalle quatre mois plus tard en urgence pour une uvéite, puis diagnostic par confrère d'un décollement de rétine et d'un glaucome néovasculaire. Evolution défavorable.
- ⇒ Œdème maculaire par chorioretinite séreuse centrale sévère. Bilan. Echec du laser puis d'une injection du Lucentis®. Nombreuses récurrences et retentissement psychologique et visuel.
- ⇒ Patiente adressée pour laser d'une déchirure rétinienne. Séance non effectuée du fait d'une panne de l'appareil. Intervention pour décollement de rétine cinq jours plus tard.

▪ DIVERS (4)

- ⇒ Prise en charge contestée d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine.
- ⇒ Survenue d'une conjonctivite à adénovirus attribuée par la patiente à une contamination lors d'une consultation.
- ⇒ Allégation d'une baisse d'acuité visuelle au décours du traitement d'une conjonctivite.
- ⇒ Douleurs oculaires rapportées par une patiente à un coup d'ongle porté par le médecin lors de l'examen.

Chirurgie hors réfractive (133)

▪ CHIRURGIE DE CATARACTE (111)

Complication anesthésique (1)

- ⇒ Intervention sous anesthésie générale avec intubation compliquée de plaie trachéale avec perforation œsophagienne découverte en postopératoire ; le chirurgien conteste avoir été à l'initiative de ce mode d'anesthésie, inhabituel, effectué par un anesthésiste avec lequel il travaillait pour la première fois.

Complications chirurgicales per ou postopératoires (85)

Ces complications ont été gérées par un seul ophtalmologiste ou successivement par différents confrères (avis référents sollicités par l'opérateur ou à l'initiative du patient). L'état clinique n'est pas connu avec certitude dans un certain nombre de dossiers.

- Rupture capsulaire peropératoire (26) (un dossier concerne deux médecins)

- *Rupture capsulaire avec chute immédiate du noyau dans le vitré (6)*

- ⇒ Patients adressés immédiatement à un référent : évolution favorable dans trois cas (acuité visuelle entre 5 et 7/10^{ème}, un patient étant gêné par une mydriase), défavorable au moins

dans deux cas (perception lumineuse, ou acuité visuelle très limitée du fait de complications successives avec hypertension, œdème maculaire et cornéen).

- ***Rupture capsulaire et absence d'implantation immédiate (4)***

- Patient adressé à un référent pour pose d'un implant clippé à l'iris (1) : acuité visuelle 5/10^{ème}.
- Ré-intervention mais décollement de rétine dix jours plus tard, perte de l'acuité visuelle.
- Ré-intervention différée et compliquée d'une hypertension et de décollement de rétine, acuité visuelle nulle.
- Pose de lentille aphaque pendant trois jours par confrère hospitalier. Survenue quelques jours plus tard d'un abcès perforant puis d'un décollement de rétine. Acuité visuelle nulle.

- ***Rupture capsulaire avec implantation dans le sulcus (5) :***

Les suites sont marquées par :

- Une hypertension chez un patient opéré d'un glaucome secondairement ;
- La nécessité d'une nouvelle vitrectomie le jour même avec un résultat excellent mais une sécheresse oculaire gênante ;
- Une évolution compliquée d'œdème maculaire (1), d'une inflammation oculaire (1) avec une récupération satisfaisante ;
- Dans 1 cas, il est reproché que la mention d'une vitrectomie ne figure pas sur le dossier, l'avis tardif à un confrère pour un changement d'implant nécessaire.

- ***Rupture capsulaire avec implantation en chambre antérieure (5)***

- Suites inflammatoires, ré-intervention au CHU, acuité visuelle 2/10^{ème}.
- Rupture capsulaire favorisée par l'agitation du patient. Intervention poursuivie avec bons résultats (7/10^{ème} mais fort astigmatisme gênant).
- Rupture capsulaire favorisée par l'agitation nécessitant une anesthésie générale. Décompensation cornéenne et maculaire, retrait de l'implant. Glaucome néovasculaire sur diabète déséquilibré. Acuité visuelle nulle.
- Décentrement de l'implant les jours suivants, ré-intervention difficile pour repositionner un deuxième implant, acuité visuelle à 3/10^{ème} et douleurs.
- Implantation en chambre antérieure ? (chirurgie de la cataracte et d'une membrane épitrétiennne), décompensation cornéenne qualifiée de dystrophie bulleuse du pseudo phaqué, greffe envisagée (acuité inférieure à 1/20^{ème}).

- ***Rupture capsulaire compliquée de luxation de l'implant (5)***

- ⇒ Mouvement de la tête favorisant une rupture capsulaire et une plaie de l'iris peropératoire. Implant posé dans le sac. Luxation de l'implant à J 1. Décollement de rétine un mois plus tard. Acuité visuelle nulle (antécédents de rétinopathie diabétique).
- ⇒ Rupture capsulaire constatée lors de la pose de l'implant, luxation, ré-intervention au CHU. Œdème cornéen. Acuité visuelle à 1/10^{ème}.
- ⇒ Rupture lors d'un changement laborieux d'implant peropératoire, la patte du premier implant s'étant cassée. Hypertonie et œdème de cornée dans les suites. Attente de greffe car 1/10^{ème}.
- ⇒ Rupture capsulaire, vitrectomie à l'éponge, reprise à J 1 pour luxation de l'implant et nouvelle vitrectomie. Gestion sans référent. Acuité visuelle nulle.
- ⇒ luxation de l'implant en fin d'intervention. Patient adressé à un référent. Inflammation ou infection postopératoire puis décollement de rétine. Acuité visuelle nulle.

- **Hémorragie expulsive (1)**

- ⇒ Patiente diabétique et artéritique sous anticoagulant, complication hémorragique et poussée vitrénne responsable d'une hernie massive de l'iris. Evolution péjorative. Acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème}.

- **Complications postopératoires après une chirurgie sans incident (21)**

Dont :

- ⇒ Chirurgie de cataracte chez un patient aux antécédents de nombreuses interventions (notamment pour décollement de rétine). Opéré au stade de perception lumineuse avec rétine à plat, découverte d'une fibrose rétro-lentale. Ré-intervention par rétino-ogiste et mise en évidence d'un décollement de rétine avec rétraction. Perte définitive de l'acuité visuelle. (Deux ophtalmologistes sont mis en cause).
- ⇒ Dans 7 autres cas, l'intervention s'est compliquée à plus ou moins court terme d'un décollement de rétine (dans 3 cas dans le mois suivant l'intervention, six mois plus tard dans un cas, ou ultérieurement). Les évolutions sont volontiers péjoratives avec perte de l'acuité visuelle du fait de récurrences du décollement.
- ⇒ Allégation, après une récupération parfaite, d'un implant mal positionné placé en avant de l'iris et nécessitant une ré-intervention.
- ⇒ Mauvais résultat et reprise par confrère. Constat alors d'un décentrement avec une anse de l'implant en dehors du sac. Nouvelle implantation avec des suites simples.
- ⇒ Constat de décentrement après une chirurgie sans complication. Reprise, hémorragie intra vitrénne nécessitant une chirurgie itérative.
- ⇒ Désinsertion irienne d'un implant progressif. Multiples reprises pour complications diverses. Greffe de cornée envisagée.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Pose d'un implant de chambre antérieure pour cataracte traumatique luxée. Décollement de rétine tardif. Cécité avec glaucome néovasculaire.
- Patient aux antécédents de chorioretinite séreuse centrale controlatérale, monophthalme, (AV préopératoire à 7/10^{ème}. Intervention sans incident mais suivie d'une épithéliopathie épithélienne à distance. Acuité visuelle 2/10^{ème}.

- **Complication sans précision (6)**

Dont :

- Inflammation oculaire (1) : la patiente se plaint toujours d'un œil droit rouge et douloureux avec une acuité visuelle à 7/10^{ème}, l'implant se serait légèrement déplacé du fait d'une rétraction du sac conjonctival.
- Œdème maculaire (1) : évolution favorable mais jugée insatisfaisante.
- Réaction inflammatoire (1) traitée comme une endophtalmie chez une patiente qui n'aurait pas été destinataire de l'ordonnance standard postopératoire. Excellente récupération visuelle.

- **Endophtalmie (19)**

- Le diagnostic a été fait dans la première semaine postopératoire, les symptômes ayant parfois débuté quelques heures après une consultation avec constat d'un œil calme. Le diagnostic fait, la prise en charge a été optimale dans tous les cas. Les conséquences sont une perte de l'acuité visuelle ou une perception lumineuse dans la majorité des cas. Un seul excellent résultat. Les interventions s'étaient déroulées sans incident sauf une rupture capsulaire sans explantation, un délai de disponibilité de l'implant ; on note comme facteur favorisant un diabète mal équilibré (3) et l'absence de mention d'une antibioprophylaxie (1). A deux reprises, une mauvaise gestion téléphonique est reprochée (une fois par un préposé de la clinique, une fois par le Centre 15 reportant la nécessité d'une consultation au lendemain). Autrement, la majorité des patients dûment informés, ont pu obtenir une consultation en urgence (y compris après l'appel de leur chirurgien à minuit).

- **Complications ou mauvais résultat en lien avec un implant (17)**

Parfois, malgré la signature d'un consentement éclairé prévoyant un implant pseudo accommodatif, de nombreux patients se plaignent de ne pas avoir été réellement informés des risques de ce type d'implant.

- Implant multifocal source d'un inconfort visuel avec myopie résiduelle chez une femme aux antécédents de DMLA. Changement de l'implant quatre mois plus tard. Survenue d'une hémorragie intra vitréenne peropératoire puis œdème cornéen. Reproche le choix inadapté de l'implant et l'information sur ce choix.
- Implant multifocal : résultat visuel jugé non satisfaisant, inconfort persistant d'un astigmatisme résiduel anticipé.
- Implant multifocal : inconfort persistant après régression d'un œdème maculaire sous forme d'un syndrome d'Irvine Gass malgré une acuité visuelle satisfaisante.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Implant multifocal : hypermétropie résiduelle (3) obligeant au port de lunettes ou conduisant à une chirurgie réfractive par laser faite par référent.
- Implant multifocal avec myopie résiduelle, échec de la chirurgie réfractive, explantation par confrère, insatisfaction persistante malgré une acuité visuelle à 10/10^{ème}.
- Implant multifocal, inconfort, changement d'implant proposé par confrère.
- Patient déjà opéré (d'un implant contralatéral multifocal), d'un côté avec une opacification de la capsule, choix mûrement réfléchi et d'un implant additionnel ADD ON sur l'œil déjà opéré. Douleurs oculaires nocturnes, constat à J 1 d'un blocage pupillaire avec hypertonie. Echec de l'iridotomie au laser. Iridectomie le jour même, récupération à 5/10^{ème} lentement obtenue mais perte endothéliale. Défaut d'information sur cet implant particulier allégué ; le chirurgien aurait suivi le conseil du technicien du laboratoire sur l'absence de la nécessité d'iridectomie peropératoire.
- Après un choix d'implantation bilatérale d'implants multifocaux, implantation d'un implant monofocal sur un œil pour raison inconnue. Diplopie postopératoire, chirurgie réfractive mais obligation de porter des lunettes. Insatisfaction.
- Intervention bilatérale avec un implant trop puissant, le résultat de la biométrie chez cette myope forte, disponible la veille de l'intervention conseillant un implant neutre d'un côté (et + 12 de l'autre). Explantation sans repose d'implant. Découverte par confrère, lors de la reprise, d'une suture non étanche.
- Implant endommagé lors de sa mise en place. Hypertonie et œdème de cornée dans les suites. Ré-intervention pour partie de l'haptique située dans l'angle irido cornéen, puis greffe de cornée prévue.
- Puissance de l'implant critiquée (3) : myopie (1) majorée en postopératoire, ré-intervention avec résultat insatisfaisant, hypermétropisation à + 2,75 (1), myopie modérée (-3).
- Confusion des dossiers de deux patients et implantation d'un implant de 21 dioptries au lieu de + 12. Chirurgie réfractive, résultat acceptable.
 - **Cas particuliers (2) : Intervention de cataracte à visée essentiellement réfractive**
- Patient de 71 ans, hypermétrope, opéré à 10/10^{ème} de chaque œil sans complication avec un implant réfractif, puis Piggy Back pour hypermétropisation d'un œil, retiré du fait d'un début d'endophtalmie. Evolution favorable. Laser excimer puis découverte d'une atrophie optique (acuité visuelle 4/10^{ème}).
- Patiente de 53 ans opérée bilatéralement d'une hypermétropie forte (6 et 9/10^{ème} sans complication), avec des implants réfractifs. Repositionnement d'un implant décentré. Evolution favorable mais port de lunettes et syndrome dépressif.

Evolution sous la dépendance de l'état antérieur (13)

- ⇒ Patient mécontent du constat d'une membrane épirétinienne (sans indication opératoire) dans les suites d'une chirurgie de cataracte simple (Deux ophtalmologistes sont mis en cause).
- ⇒ Cécité bilatérale due à l'évolution rapide d'une neuropathie glaucomateuse.
- ⇒ Récupération nulle du fait d'un décollement de rétine préopératoire non diagnostiqué. Rétine rétractée, pourtant bilan soigneux en préopératoire du fait d'un tableau inflammatoire avec notamment échographie considérée comme normale. (Deux ophtalmologistes sont mis en cause).
- ⇒ Chirurgie de cataracte sans complication mais suivie d'un scotome central par occlusion artérielle cilio rétinienne après deux injections péri bulbaire. Pas de récupération.
- ⇒ Suites de chirurgie de cataracte marquées par la survenue d'une occlusion de la veine centrale de la rétine (2) dans les suites immédiates ou quelques mois plus tard ou d'une névrite optique ischémique (2) chez un polyvasculaire à J 10 ou neuf mois après, de cause inconnue après une chirurgie sans incident.
- ⇒ Chirurgie sans récupération. Geste rendu difficile par l'étranglement de la chambre antérieure (antécédent d'iridotomie et DMLA). Geste annulé sur l'autre œil.
- ⇒ DMLA diagnostiquée deux ans après une chirurgie avec un excellent résultat.
- ⇒ Implantation secondaire (implant de chambre antérieure pour traumatisme perforant vingt ans auparavant). Suites simples mais occlusion vasculaire les jours suivants chez un patient séjournant à l'étranger.

Insatisfaction du résultat (12)

- ⇒ Malgré un excellent résultat visuel, brûlures oculaires et céphalées.
- ⇒ Insatisfaction, champ visuel compatible avec un glaucome débutant.
- ⇒ Aniséiconie après œdème maculaire agressif.
- ⇒ Réveil brusque entraînant la certitude d'une complication par le patient. Opacification secondaire de la capsule. Résultat jugé insatisfaisant.
- ⇒ Accuse une capsulotomie au laser YAG d'une mauvaise vision.
- ⇒ Baisse d'acuité visuelle après une chirurgie et excellente récupération, possiblement en rapport avec un œdème maculaire cystoïde.
- ⇒ Œdème maculaire diagnostiqué après une capsulotomie YAG, l'OCT ayant été refusé.
- ⇒ Grievs pour des motifs divers (2) et du fait de la nécessité de porter des lunettes (3) avec une demande de chirurgie réfractive complémentaire.

▪ AUTRES CHIRURGIES (22)

Rétine et segment postérieur (13)

- ⇒ Echec ou récurrence d'un décollement de rétine (6) après chirurgie, décollement survenu en tant que complication précoce ou tardive d'une chirurgie oculaire (trois mois après une chirurgie compliquée de cataracte, treize jours après une chirurgie de cataracte sans complication, ou après chirurgie du trou maculaire sans complication) dont un patient vu au stade de rétine rétractée, et conduisant dans la majeure partie des cas à la perte de la fonction visuelle. (Un dossier met en cause deux praticiens).
- ⇒ Endophtalmie (2), à J 4 après une chirurgie de prise en charge de membrane épi maculaire, ou après chirurgie de décollement de rétine.
- ⇒ Chirurgie sans complication mais survenue d'un hématome du cervelet chez un patient sous anticoagulant. Prise en charge confiée le soir de l'intervention à un anesthésiste reprochée. Décès.
- ⇒ Vitrectomie postérieure et ablation de membrane maculaire, après capsulotomie difficile au laser YAG par confrère, dont le résultat est non satisfaisant du fait d'une atrophie maculaire limitant la récupération visuelle. (Deux ophtalmologistes sont mis en cause)
- ⇒ Vitrectomie postérieure et ablation d'une membrane maculaire. Kénacort® retard en fin d'intervention pour œdème maculaire diabétique. Endophtalmie, nombreuses interventions. Cécité unilatérale.
- ⇒ Vitrectomie pour membrane épi maculaire avec trou maculaire. Endophtalmie diagnostiquée avec retard à J 18 suite à un quiproquo téléphonique entre la patiente et le secrétariat. Patiente pourtant dûment informée des risques de la chirurgie.

Glaucome (2)

- ⇒ Chirurgie combinée. Deux reprises de trabéculéctomie. Evolution péjorative.
- ⇒ Sclérectomie sous anesthésie péri bulbaire chez une patiente multi opérée (décollement de rétine, cataracte, strabisme). Suivi mettant en évidence un hématome suspect choroidien. Membrane fibreuse devant un implant en place. Patiente adressée à référent à J 19. Multiples interventions. Acuité visuelle 1/10^{ème}.

Paupières et canal lacrymal (2)

- ⇒ Blépharoplastie esthétique des quatre paupières, résultat non satisfaisant.
- ⇒ Chirurgie de l'appareil lacrymal sans complication mais extériorisation de la sonde et ulcération de cornée. Prise en charge retardée et abcès. Lasik envisagé.

Orbite, chirurgie orbitaire (2)

- ⇒ Greffe dermo grasseuse pour cavité orbitaire rétractée. Revu en postopératoire immédiat. Rendez-vous ultérieur non honoré. Se plaint d'un défaut de suivi et d'une hernie sur suture.
- ⇒ Expandeur intra orbitaire. Résultat esthétique non satisfaisant. Evolution chaotique avec nombreuses interventions ultérieures.

Chirurgie de la cornée (3)

- ⇒ Greffe de cornée avec iris artificiel commandé par praticien en Allemagne malgré une proposition différente du patient. Résultat esthétique non satisfaisant. Iris jaune. Mise en cause du laboratoire secondairement.
- ⇒ Anneau cornéen pour kératocône, après échec de lentille rigide. Tableau postopératoire d'inflammation. Ablation de l'anneau cornéen et confirmation d'un abcès.
- ⇒ Greffe de cornée itérative compliquée d'une endophtalmie chez un patient antérieurement opéré de greffe et de glaucome.

Chirurgie réfractive (22)

A noter plusieurs dossiers dans lesquels il n'y a pas de preuve du consentement éclairé ou dans lesquels le reproche est celui d'un défaut d'information malgré une fiche SFO signée.

▪ MYOPIE (15)

Résultat qualifié d'insatisfaisant (9) du fait :

- ⇒ D'une photophobie et d'une aggravation de la sécheresse oculaire malgré un bon résultat réfractif (2).
- ⇒ D'une sur-correction persistante après régression partielle chez un patient opéré d'une myopie de - 10 dioptries.
- ⇒ D'un retard de cicatrisation et œil controlatéral non opéré de ce fait.
- ⇒ D'une nécessité de reprise de Lasik avec syndrome de l'interface et acuité visuelle limitée à 5/10^{ème}.
- ⇒ D'un problème technique sur le premier œil, chirurgie en deux temps, acuité visuelle limitée et aberrations de haut grade.
- ⇒ De l'obligation de porter des lunettes pour presbytie (1), pour astigmatisme (1) avec sécheresse oculaire.
- ⇒ Résultat qualifié de non satisfaisant plusieurs années après le geste.

Complications (6)

- ⇒ Retard bilatéral de cicatrisation chez un homme de 27 ans avec apparition d'ulcérations cornéennes puis d'une infection favorisée par des lentilles rigides. Résultat final catastrophique avec quasi cécité totale et préjudice professionnel.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Ectasie cornéenne (3) sur un œil opéré deux fois (1), possiblement détectable car topographie préopératoire de mauvaise qualité faite avec lentille (1), en cours de traitement chirurgical (1).
- Retard de cicatrisation cornéenne avec baisse d'acuité visuelle et photophobie ; reprise à J 1 pour plissement du capot, correction inchangée.
- Brûlures oculaires intolérables sur acné rosacée méconnue. Traitement anti dépresseur au long cours.
- **HYPERMETROPIE (4)**
 - Irrégularité de cicatrisation avec sous-corrrection, reprise mais persistance d'un astigmatisme, baisse d'acuité visuelle et halos.
 - « Diplopie » après chirurgie d'une hypermétropie et de presbytie à deux reprises, syndrome dépressif en arrêt de travail ; mécontent du fait de la nécessité de porter des verres de près.
 - Sur-corrrection après Lasik d'une hypermétropie forte.
 - Nécessité du port de verres correcteurs (presbytie).
- **PRESBYTIE (3)**
 - Presbylasik puis quelques années plus tard implant KAMRA™ intra cornéen. Nécessité de son ablation du fait d'une hypermétropisation gênante. Ablation difficile en trois gestes opératoires. Taie cornéenne et acuité visuelle limitée à 1/10^{ème}.
 - Mauvais résultat du fait d'une sécheresse oculaire (1), ou malgré une reprise (1) avec baisse d'acuité visuelle (5/10^{ème}).

Geste technique (9)

- Problème d'organisation : réalisation par erreur d'un laser YAG au lieu d'un OCT lors d'un bilan préopératoire de chirurgie de cataracte. Rupture capsulaire. Chirurgie rapide avec succès par confrère.
- Laser thérapeutique YAG fait du mauvais côté sur un œil non opéré de cataracte.
- Panphotocoagulation rétinienne pour rétinopathie diabétique sévère qui aurait entraîné une atteinte maculaire (contestée) par erreur de tir.
- Laser Argon pour rétinopathie diabétique. Baisse d'acuité visuelle immédiate. Récupération progressive. Une aggravation de la rétinopathie est évoquée par un référent.
- Photothérapie dynamique en postopératoire d'une chirurgie de cataracte sans complication. Brûlure maculaire.
- Laser rétinien pour persistance de zones ischémiques après une occlusion veineuse. Perte de la vision centrale par atteinte maculaire. Indication du geste critiquée. Préjudice professionnel.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Laser YAG pour iridotomie bilatérale préventive (angle étroit). Gêne fonctionnelle.
- ➔ Survenue d'une infection sévère sur lentille nécessitant une greffe de cornée : pose par l'assistante, afin d'étudier la vision binoculaire lors d'essais des lentilles, d'une lentille tombée et conservée sans hygiène dans un boîtier. Port nocturne de cette lentille faute de consignes (patient se plaignant de ne pas avoir été informé des risques et des précautions minimales d'hygiène). Prescription inopportune d'une pommade antibio cortisonée par un médecin généraliste trois jours avant le diagnostic. Ulcère étendu d'origine mycotique laissant des séquelles esthétiques et visuelles importantes malgré un greffon scléral.
- ➔ Complication d'un fond d'œil sans précision.

Chute (3)

- ➔ Chute du tabouret à roulettes (2) avec des conséquences mineures.
- ➔ Chute au décours d'une IVT pour DMLA chez une femme âgée en descendant seule quelques marches après l'injection. Fracture du fémur ostéosynthésée.

Déontologie (3)

- ➔ Plainte pour avoir été filmé en postopératoire immédiat lors de soins effectués par une infirmière sans en avoir été informé (pas plus que le chirurgien présent au bloc).
- ➔ Relationnel difficile lors d'une consultation d'une femme handicapée moteur (nombreux reproches).
- ➔ Plainte pour facturation d'honoraires d'une consultation, pratiquée quelques jours après la précédente, ayant pour objet de contrôler la tension oculaire et d'informer du résultat du champ visuel enfin réalisé par cette patiente porteuse d'un glaucome probable.

Divers (3)

- ➔ Mise en cause systématique. A porté l'indication d'une chirurgie de cataracte compliquée de décollement de rétine.
- ➔ Assignation par erreur, n'étant pas le signataire d'une prescription litigieuse lors de la prise en charge d'un zona.
- ➔ Contestation d'une expertise par un patient mécontent du résultat et de la prise en charge orthoptique dans les suites d'une chirurgie de cataracte au résultat jugé insatisfaisant et ayant mis en cause de nombreux ophtalmologistes et orthoptistes.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Les **1 528** ORL sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **79** déclarations (73 en exercice libéral, 4 en activité privée du secteur public et 2 en exercice salarié), soit une sinistralité de 6,2 % en exercice libéral (contre 7,1 % en 2012) : 1 plainte pénale, 17 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 34 réclamations et 21 saisines d'une CCI.

Retard diagnostique (11)

- ➔ Enfant âgée de 4 ans, vue à quatre reprises pour avis pour des troubles du langage et une otorrhée chronique. Bilan auditif et demande d'avis orthophonique. Mise en évidence cinq mois plus tard par confrère, d'une fente sous-vélaire qui sera opérée. Découverte d'une délétion chromosomique. Pas d'amélioration du langage malgré le succès de l'intervention.
- ➔ Consultations à neuf reprises pour rhinosinusite. Reproche de ne pas avoir diagnostiqué un cholestéatome très évolué lors de la dernière consultation sur un scanner des sinus présenté par la patiente. Diagnostic établi par confrère trois mois plus tard à la suite d'un nouveau scanner.
- ➔ Consultations à plusieurs reprises, chez un patient alcoolique tabagique pour douleurs pharyngées persistantes après l'ingestion d'un comprimé. Examen endoscopique normal. Diagnostic de cancer établi à dix-huit mois par confrère lors d'une endoscopie sous AG initialement refusée. (Un médecin interniste est également en cause).
- ➔ Consultations pendant quatorze mois pour douleurs évoquant une atteinte du nerf dentaire inférieur, puis pour otite séro muqueuse puis pour une augmentation de volume de la parotide conduisant à des biopsies. Cancer de la parotide stade IV. Décès dans les deux mois de cause précise inconnue.
- ➔ Traitement symptomatique d'une lésion cutanée nasale s'avérant maligne sur les biopsies six mois plus tard.
- ➔ Consultation pour dysphonie et dysphagie (antécédent de LLC). Endoscopie nasale et laryngée normale. Diagnostic un an plus tard d'une tumeur maligne du larynx.
- ➔ Demande d'IRM pour adénopathie et tuméfaction parotidienne. Echographie rassurante. IRM non effectuée et diagnostic de cancer du cavum six mois plus tard. Problème relationnel avec la famille qui l'accompagnait.
- ➔ Consultation rassurante pour adénopathie sous mandibulaire. Demande de contrôle à trois mois. Consultation trois mois plus tard d'un confrère et diagnostic d'un lymphome.
- ➔ Diagnostic de maladie de Willebrand huit jours après une amygdalectomie d'indication critiquée chez un enfant de 9 ans, compliquée d'une hémorragie nécessitant une reprise au CHU. Bilan standard de coagulation normal en préopératoire. Les parents reprochent en outre une cautérisation d'une fosse nasale du mauvais côté.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Diagnostic de maladie de Wegener huit jours après une intervention pour pose d'aérateurs trans tympaniques, le compte rendu d'une radiographie pulmonaire demandée en cours d'hospitalisation n'ayant pas été lu. (Un généraliste et deux anesthésistes sont également mis en cause).
- ⇒ Retard diagnostique d'un méningiome du sinus ethmoïdal. (Un ophtalmologiste est également mis en cause).

Prise en charge (8)

- ⇒ Prise en charge d'une otite chronique. Nettoyage et traitement local et général avec trois consultations en trois mois. Découverte d'une perforation tympanique attribuée aux soins par la patiente.
- ⇒ Prise en charge pour fracture du malaire avec enfoncement de la pommette. Traitement orthopédique et attente de la consolidation pour une intervention correctrice sur la cloison nasale, confiée à un confrère. Résultat jugé insatisfaisant.
- ⇒ Consultation postopératoire pour douleurs quelques jours après otoplastie par confrère. Examen normal. Conseil d'une surveillance. Revue pour lâchage de suture et suppuration. Hospitalisation, antibiothérapie et guérison sans séquelle.
- ⇒ Dysphonie. Biopsie montrant un cancer *in situ*. Le patient ne se présente pas à la convocation reçue. Tumeur évoluée deux ans plus tard, laryngectomie totale proposée. Annulation de l'intervention par le patient, le jour même, et non revu malgré des courriers. Trachéotomie finalement acceptée du fait de l'obstruction. Plainte pour « mauvaise prise en charge ». (Deux ORL sont concernés).
- ⇒ Tendinopathie achilléenne puis rupture tendineuse suite à la prescription de quinolones, chez un patient âgé de 80 ans, pour sinusite maxillaire.
- ⇒ Refus réitéré, malgré les demandes de la mère, d'une adénoïdectomie chez un enfant suivi depuis l'âge de 2 ans et opéré d'une tympanoplastie, présentant des infections récidivantes pendant trois ans. Le geste réalisé par un confrère aurait permis la guérison.
- ⇒ Plainte ordinaire pour « actes de torture » lors de la réalisation de soins post turbinoplastie.

Chirurgie naso-sinusienne (13)

- ⇒ Ethmoïdectomie pour sinusite chronique (syndrome de Widal) puis uvulopharyngoplastie compliquée d'une bride vélaire cicatricielle à l'origine de régurgitations nasales. Adressé à un confrère pour intervention aux suites simples, mais récidives de sinusites. Nouvelle ethmoïdectomie n'empêchant pas les récidives.
- ⇒ Ethmoïdectomie pour céphalées invalidantes et auto médication importante (antécédent de rhinoplastie). Aggravation avec syndrome du nez vide et revendications multiples.
- ⇒ Chirurgie naso-sinusienne frontale avec ethmoïdectomie et clou de Lemoine pour sinusite ethmoïdale résistante aux traitements. Céphalées frontales postopératoires à J 15. Echec des traitements. Syndrome d'apnée du sommeil écarté.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Turbinectomie et cautérisation bilatérale à une semaine d'intervalle, au cabinet, pour obstruction nasale chronique. Admission aux urgences quinze jours plus tard pour fièvre. Bilan négatif et évolution favorable sous antibiotiques.
- ➔ Intervention prudente pour mucocèle situé dans l'ethmoïde, (antécédent d'ethmoïdectomie et de sténose du canal naso-frontal). Brèche ostéo-méningée colmatée puis réopérée par neurochirurgien. Suites *a priori* favorables.
- ➔ Méatotomie et réparation d'une communication bucco-sinusienne avec lavage par sonde d'Albertini. Œdème palpébral unilatéral quasi immédiat en fin d'intervention, persistant à quinze jours, entraînant une décompensation d'une diplopie préexistante et des troubles oculo-moteurs mal expliqués par les ophtalmologistes. Brèche orbitaire passée inaperçue selon l'expert, et visible sur le scanner.
- ➔ Méatotomie moyenne sans difficulté pour sinusite maxillaire chronique avec obstruction nasale permanente gênant l'appareillage d'une apnée du sommeil. Apparition de douleurs pharyngées et de l'ATM et d'une sécheresse nasale empêchant l'utilisation de la CPAP. Nombreux bilans négatifs au CHU.
- ➔ Méatotomie pour sinusite maxillaire d'origine dentaire avec greffe aspergillaire. Effraction orbitaire suspectée en peropératoire et confirmée en postopératoire. Diplopie par incarceration du III. Suivi en ophtalmologie.
- ➔ Rhinoplastie pour troubles fonctionnels. Infection secondaire compliquée de fonte cartilagineuse de la cloison nasale avec rétraction. Antibiothérapie. Patiente non revue. Ré-intervention trois mois plus tard par confrère.
- ➔ Rhinoplastie fonctionnelle et esthétique (3) avec un bon résultat fonctionnel mais résultat esthétique (2) non satisfaisant et demande de correction par plasticien ou mauvais résultat fonctionnel (1).
- ➔ Rhinoplastie esthétique. Résultat jugé non satisfaisant par la patiente et demande de reprise par un plasticien.

Autres chirurgies (9)

▪ AMYGDALECTOMIE (3)

- ➔ Complication hémorragique.
- ➔ Compresse (2) expulsée deux jours plus tard (enfant de 2 ans, enfant de 4 ans).

▪ CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE (2)

- ➔ Oro-laryngectomie avec curage pour cancer de l'amygdale. Hémorragie par chute d'escarres à J 25. Consultation aux urgences et renvoi à domicile. Récidive immédiate. Retour aux urgences et hospitalisation. Nouvelle récidive de l'hémorragie. Appel de l'ORL arrivé en quinze minutes. Arrêt cardio-circulatoire non récupéré pendant le transport au bloc opératoire.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Pelviglossectomie pour cancer du plancher buccal. Arrachement par la patiente de sa sonde nasogastrique et mise en place d'une deuxième sonde. Fragment de sonde dans l'estomac retiré à distance par fibroscopie. Allégation de douleurs gastriques chroniques.
- **CHIRURGIE GANGLIONNAIRE (1)**
 - ⇒ Exérèse d'une tuméfaction volumineuse au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, nécrotique à l'échographie et suspecte d'être congénitale en préopératoire (patiente âgée de 19 ans). Histologie en faveur d'un kyste branchial. Intervention sans difficulté mais lésion partielle du nerf spinal diagnostiquée avec retard après la consultation postopératoire du premier mois. Intervention par confrère.
- **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE (3)**
 - ⇒ Ostéotomie mandibulaire bilatérale pour dysmorphose jugée importante avec prognathisme et latérodéviation de la mâchoire. Résultat satisfaisant pour le praticien. Ablation des plaques deux ans plus tard. Problème d'édentation et d'une anesthésie labio mentonnière non démontrée.
 - ⇒ Intervention pour ostéite du maxillaire avec fistule bucco sinusienne après pose d'un implant dentaire. Consultation postopératoire satisfaisante.
 - ⇒ Ablation à ciel ouvert d'une lithiase de la glande salivaire. Paralysie du nerf lingual.
- **CHIRURGIE DE L'OREILLE (14)**
 - Otoplastie (2)**
 - ⇒ Chez deux sœurs mineures pour oreilles décollées. Evolution chez l'une vers une synéchie du lobule après surinfection (proposition de résection puis prévision de lambeau), et plicature de l'hélix bilatérale à rectifier chez l'autre. Perte de confiance et consultation d'un plasticien.
 - Divers (12)**
 - ⇒ Intervention sans difficulté pour perforation tympanique sur otite chronique, mais constat d'une perte auditive de 10 décibels à J 5 et d'une paralysie faciale à J 15 avec anesthésie linguale. Scanner en urgence mais patient non revu. Evolution vers une cophose.
 - ⇒ Tympanoplastie avec greffe à l'âge de 4 ans puis chirurgie de cholestéatome deux ans plus tard. Plainte quinze ans après les faits pour surdité appareillée (perte totale de l'audition du côté opéré et de 30 % du côté opposé). Statut de travailleur handicapé.
 - ⇒ Chirurgie de maladie de Ménière invalidante, prise en charge par confrère pendant une hospitalisation pour importants troubles de l'équilibre en postopératoire avec apparition d'une baisse d'acuité auditive controlatérale. Efficacité modeste du traitement entrepris mais amélioration progressive des vertiges en six mois. (Deux ORL sont concernés).
 - ⇒ Intervention pour cholestéatome (tympanoplastie ancienne). Ecoulement et perte de quelques décibels. Antibiothérapie. Plainte pour infection associée aux soins.
 - ⇒ Intervention pour cholestéatome et perforation tympanique. Perte de 60 décibels. Chirurgie interrompue en raison de l'œdème apparu lors de la dissection. Paralysie faciale complète au réveil et persistante à trois mois.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Exploration de la caisse du tympan pour suspicion d'otospongiose (aggravation récente d'une surdité mixte, scanner normal) compliquée d'une issue de LCR immédiatement reconnue et réparée. Découverte d'une anomalie congénitale dite de Guisher (communication avec les espaces sous-arachnoïdiens) méconnue. Aggravation de l'hypoacousie.
- ⇒ Platinotomie au laser pulsé compliquée de paralysie faciale incomplète non régressive et d'une cophose postopératoire.
- ⇒ Chirurgie pour otospongiose, acouphènes et/vertiges et/ou surdité aggravée (3).
- ⇒ Ossiculoplastie compliquée de labyrinthisation à deux mois à l'origine d'une aggravation de la surdité et de la nécessité d'un appareillage auditif.
- ⇒ Ossiculoplastie pour otite chronique et séquelles de barotraumatisme avec surdité. Suspicion préopératoire de cholestéatome du fait d'une lyse de l'enclume non confirmée en peropératoire. Suites avec acouphènes, vertiges et faible récupération auditive.
- ⇒ Echec de l'intervention pour otospongiose et constat sur un scanner postopératoire d'une déhiscence du canal semi circulaire préalable pouvant expliquer cet échec.
- **PAROTIDECTOMIE (1)**
Pour tumeur maligne compliquée de lésion de la branche externe du spinal.
- **UVULOPHARYNGOPLASTIE (2)**
 - ⇒ Intervention prévue d'amygdalectomie, turbinectomie pour angines à répétition et ronchopathie, (patiente âgée de 32 ans). Décision peropératoire d'uvulectomie pour luette hypertrophique malgré l'opposition exprimée par la patiente en préopératoire. Dans les suites, hospitalisation pour hémorragie sur chute d'escarre et modification de la voix.
 - ⇒ Uvulopharyngoplastie pour apnée du sommeil. Pas de difficulté opératoire. Gêne pharyngée postopératoire. Patiente non revue.
- **THYROÏDE (5)**
 - ⇒ Thyroïdectomie pour goitre multinodulaire compressif. Hématome compressif. Appel tardif pour arrêt cardiaque dans la nuit, décès d'une anoxie cérébrale.
 - ⇒ Thyroïdectomie pour cancer papillaire (surveillance de maladie de Basedow) avec curage interrompu du fait d'une dissection hémorragique. Reprise chirurgicale un mois plus tard sans difficulté. Hématome compressif le lendemain et décès au bloc malgré la désunion des agrafes par l'anesthésiste.
 - ⇒ Intervention pour nodule calcifié et douloureux des parties molles (avec goitre multinodulaire controlatéral). Thyroïdectomie partielle du côté du nodule du fait du constat peropératoire de son caractère induré. Chirurgie sans consentement jugée inutile par la patiente.
 - ⇒ Thyroïdectomie gauche pour adénopathies ne faisant pas leur preuve étiologique. Nodule thyroïdien suspect à droite. Diagnostic de métastases d'un cancer papillaire justifiant la totalisation de la thyroïdectomie puis un nouveau curage ganglionnaire, un an plus tard, du fait de l'apparition d'une nouvelle adénopathie.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Thyroïdectomie totale dix ans après une thyroïdectomie partielle compliquée de paralysie récurrentielle droite. Intervention un peu difficile compliquée de parésie récurrentielle gauche.

Traumatisme et chirurgie dentaire (9)

- ⇒ Lésions dentaires lors d'interventions ou de laryngoscopie (7).
- ⇒ Extraction par erreur de la dent 18 en sus de la 17. Multiples séquelles alléguées.
- ⇒ Extraction des quatre dents de sagesse, fracture de la racine disto vestibulaire de la dent 27.

Divers (5)

- ⇒ Epistaxis lors de la tentative d'intubation pour chirurgie d'un ostéome du palais. Ajournement de l'intervention. Reproche d'être sorti sans consigne précise et d'avoir reçu la facture de l'intervention non réalisée.
- ⇒ Exérèse d'un nodule de la joue (dans le même temps opératoire qu'une chirurgie nasosinusienne avec bon résultat). Diagnostic histologique de névrome. Troubles sensitifs et douleurs dans le territoire du trijumeau.
- ⇒ Brûlure /plaie au niveau de la clavicule par lame de bistouri activée par erreur en fin d'intervention. Résection, suture immédiate.
- ⇒ Plainte pour avoir été « mal reçu et mal pris en charge » lors d'une consultation pour douleurs pharyngées.
- ⇒ Expertise en vue de reconnaissance en maladie professionnelle. Rapport déposé six mois plus tard et non exploitable, l'expert ne pouvant dater la perte auditive et conclure sur un préjudice professionnel (perte auditive progressive chez un agent de terrain de la police de la chasse). Rapport ultérieur par confrère satisfaisant le plaignant. Aggravation alléguée d'un syndrome dépressif.

PEDIATRIE

Les **3 537** pédiatres sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **22** déclarations (20 en exercice libéral, 1 en activité privée et 1 en exercice salarié), soit une sinistralité de **1,2 %** en activité libérale (contre **1,4 %** en 2012) : 1 plainte pénale, 8 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 2 réclamations et 10 saisines d'une CCI.

Diagnostic (6)

- ⇒ Retard diagnostique d'une atrésie des voies biliaires (stade IV lors du diagnostic à six semaines de vie). Consultation à J 12 pour persistance d'un ictère néonatal apparu à J 3, attribué à l'allaitement maternel. Plusieurs autres consultations pour différentes raisons (rein unique, hanche...) avant un bilan biologique. *A posteriori*, le bilan fait à la naissance au CHU,

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

non communiqué et non noté sur le carnet de santé, montrait déjà un ictère à bilirubine conjuguée. Nécessité de greffe hépatique.

- ➔ Retard diagnostique d'une tumeur cérébrale (plexus choroïdes), chez un enfant de dix mois. Vomissements depuis quatre jours ayant motivé trois consultations aux urgences pédiatriques de différents CHU avec confirmation d'une « gastro entérite », puis crise d'épilepsie révélatrice du diagnostic. Exérèse chirurgicale et dérivation. Séquelles neurologiques importantes avec épilepsie grave. Il est reproché l'absence de mesure du périmètre crânien.
- ➔ Retard diagnostique d'une luxation de hanche chez un enfant suivi en maternité puis en consultation jusqu'au 7^{ème} mois. Diagnostic porté à l'âge d'un an après remarques des parents sur la boiterie.
- ➔ Retard diagnostique d'une luxation de hanche chez un enfant examiné à trois mois et à neuf mois. Diagnostic à dix-huit mois.
- ➔ Retard diagnostique d'une luxation de hanche chez un enfant suivi régulièrement depuis l'âge d'un mois. Diagnostic porté par orthopédiste à l'âge de dix-huit mois, deux mois après la dernière consultation.
- ➔ Retard diagnostique d'une néphropathie avec syndrome néphrotique, chez un enfant de cinq ans examiné pour des troubles digestifs (poids stable). Œdèmes trois semaines plus tard et diagnostic par confrère. Corticothérapie efficace.

Prise en charge (3)

- ➔ Prise en charge jugée tardive d'une plagiocéphalie, notée à sept mois. Conseil d'ostéopathie. Demande d'avis à l'âge d'un an. Déformation importante avec torticolis, port d'un casque et confirmation d'un retard psychomoteur.
- ➔ Prise en charge depuis l'âge de huit mois, en concertation avec d'autres spécialistes, pour une craniosténose dite complexe avec brèche méningée persistante malgré de nombreuses tentatives de réparation. Examen à l'âge de trois ans dans un contexte de fièvre, de céphalées et d'otite externe. Suivi attentif à trois reprises pendant cinq jours avec examens biologiques avant l'hospitalisation et le diagnostic de méningite.
- ➔ Vaccination obligatoire à quatre mois suivie de malaise. Diagnostic de malaise vagal en milieu hospitalier et traitement atropinique de courte durée relayé par le pédiatre. Constat ultérieur d'un retard de développement attribué par les parents au traitement et au vaccin.

Néonatalogie (11)

▪ DECES (5)

- ➔ Prise en charge d'un nouveau-né à quinze minutes de vie après forceps traumatique. Transfert par SAMU. Décès de l'enfant. Médecin entendu comme témoin assisté.
- ➔ Prise en charge d'un nouveau-né. Forceps pour bradycardie et échec des efforts expulsifs. Naissance en état de mort apparente. Réanimation immédiate et transfert en réanimation à deux heures de vie. Pronostic réservé d'emblée. Décès à J 13.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Echec de la réanimation d'un enfant né en état de mort apparente, par césarienne en urgence, dans un contexte d'état de choc maternel. (Un cardiologue est également mis en cause car suspicion infirmée de toxémie). Evolution maternelle favorable.
- ➔ Examen normal d'un enfant né par césarienne. Examen le lendemain par confrère. Décision de photothérapie après bilan d'une discrète hypotrophie. Plusieurs malaises dans l'après-midi et la nuit, faisant tardivement appeler le pédiatre. Hypoglycémie récidivante. Transfert et décès à J 11 (maladie métabolique écartée).
- ➔ Examen post-natal d'un enfant présentant une hypotonie axiale et des membres, «à revoir». Sortie de la maternité sans conseils. Diagnostic, à cinq semaines de vie, d'une amyotrophie spinale infantile par un neuro-pédiatre consulté à l'initiative d'un médecin de PMI. Décès à sept semaines.

▪ HANDICAP PSYCHOMOTEUR (3)

- ➔ Prise en charge d'un nouveau-né à la naissance. Contexte de grossesse non suivie avec diabète gestationnel et hypertension. Accouchement à 37 SA avec forceps pour SFA et dystocie des épaules (Apgar 3/7/9). Transfert en néonatalogie (suspicion d'infection materno-fœtale sur rupture prolongée des membranes) puis en réanimation à H 21 pour troubles hémodynamiques. Intervention pour pneumopéritoine mettant en évidence, en plus d'une hernie inguinale, deux perforations gastriques dont l'origine est discutée. Evolution favorable sur le plan digestif mais constat de lésions ischémiques cérébrales évocatrices d'une encéphalopathie anoxique.
- ➔ Prise en charge d'un enfant né par césarienne (douleurs pelviennes et utérus cicatriciel), dans un contexte de suspicion d'infection maternelle. Détresse respiratoire à H 3. Antibiothérapie, intubation, réanimation. Décès à J 6 (hémorragie pulmonaire et possible myocardite).
- ➔ Prise en charge à la naissance d'un enfant né par césarienne. Surveillance en couveuse. Pas d'anomalie signalée avant la survenue de convulsions. Transfert en réanimation. Découverte d'une hypothyroïdie congénitale. Evolution favorable mais retard des acquisitions et tétraparésie spastique imputée à une souffrance néonatale.

▪ AUTRES (3)

- ➔ Prise en charge d'un nouveau-né en état de mort apparente après césarienne en urgence (rupture utérine). Réanimation interrompue en l'absence d'activité cardiaque et annonce du décès. Puis, constat à 45 minutes de vie d'une reprise spontanée de la respiration. Evolution rassurante après transfert en réanimation.
- ➔ Suspicion de fracture de l'humérus, chez un enfant né par césarienne et examiné à trente minutes. Demande de radiographies, tardivement faites, puis transfert par confrère pour luxation du coude. Echec de la réduction et constat d'une fracture supracondylienne lors de l'abord chirurgical. Ostéosynthèse. Evolution vers une pseudarthrose.
- ➔ Retard diagnostique d'une trisomie 21 avec cardiopathie malgré échographies fœtales et dépistage combiné. Le pédiatre, premier à suspecter le diagnostic de trisomie à la naissance, est mis en cause parmi d'autres acteurs.

SMUR/SAMU (1)

- ➔ A effectué le transfert d'un enfant de 7 mois, pris en charge aux urgences pour détresse respiratoire sur bronchiolite. Difficultés d'intubation imprévues avant le transfert (bradycardie, épisode hypoxique). Intubation réussie et hématose satisfaisante à l'arrivée en réanimation. Sortie à J 4 puis crises convulsives récidivantes et confirmation d'un handicap psychomoteur majeur à l'âge de 3 ans.

Divers (1)

- ➔ Délivrance d'un certificat « de complaisance ».

PHLEBOLOGIE ANGIOLOGIE

Les 796 angéiologues phlébologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 15 déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de 2,1 % (identique en 2012) : 3 procédures civiles, 2 plaintes ordinaires, 8 réclamations et 2 saisines d'une CCI.

Diagnostic (1)

- ➔ Douleurs du membre inférieur le lendemain d'une arthroscopie thérapeutique d'épaule. Doppler veineux prescrit à la sortie et normal trois jours plus tard. Evocation d'un claquage musculaire. Ischémie aiguë par thrombose iliaque 48 heures plus tard. Intervention chirurgicale tardive en milieu hospitalier (désobstruction et stent). Persistance de dysesthésies.

Prise en charge (6)

- ➔ Patiente suivie pour troubles veineux avec érythrocytose des pieds sur artériopathie bilatérale bien tolérée. Contrôles par doppler veineux et artériels à plusieurs reprises à quelques mois d'intervalle. Thrombose artérielle poplitée huit jours après une hospitalisation pour bilan et le lendemain d'un doppler. Nouvelle thrombose après chirurgie et amputation.
- ➔ Consultation de suivi (nombreux antécédents de phlébites et embolie pulmonaire, déficit en facteurs de coagulation). Réalisation d'un doppler confirmant des séquelles. Survenue d'une phlébite quelques jours plus tard, imputée à l'examen jugé brutal.
- ➔ Confirmation d'une phlébite au décours d'un match de rugby avec traumatisme du genou, anticoagulants (Arixtra®) pendant 10 jours, doppler au décours. Embolie pulmonaire cinq mois plus tard pouvant nuire à une carrière de sportif professionnel.
- ➔ Suivi d'une artériopathie chez un diabétique insulino-dépendant. Apparition d'un mal perforant plantaire. Aggravation et amputation trans métatarsienne.
- ➔ Consultation pour claudication intermittente (facteurs de risque). Constat de lésions athéromateuses diffuses non sténosantes. Traitement antiagrégant. Survenue d'une ischémie aiguë d'un membre six mois plus tard, secondaire à l'occlusion d'un anévrysme poplité (non mentionné). Anticoagulants puis pontage. Occlusion précoce et amputation.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Contestation de la prise en charge d'œdèmes des membres inférieurs dans un contexte psychiatrique.

Sclérothérapie (4)

- ⇒ Injection accidentelle d'Aetoxisclérol® dans une artériole après constat d'un reflux artériel. Traitement anti-inflammatoire puis anticoagulant. Nécrose localisée.
- ⇒ Injection intra artérielle d'Aetoxisclérol®. Hématome important de cuisse. Nécrose cutanée nécessitant excision et cicatrisation dirigée. Hypoesthésie persistante.
- ⇒ Sclérose de varices par injection d'Aetoxisclérol® mousse, suivie d'une phlébite surale diagnostiquée par confrère.
- ⇒ Sclérothérapies prudentes d'un membre inférieur sur quatre séances. Plainte pour douleurs diffuses des deux membres inférieurs, céphalées...

Divers (4)

- ⇒ Chute d'une patiente parkinsonienne âgée de 77 ans, en descendant du marche-pied au décours d'un examen. Fracture du poignet.
- ⇒ Chute d'une patiente de 27 ans examinée debout sur le tabouret. Malaise vagal. Traumatisme crânien. Pas de séquelles.
- ⇒ Procédure Médiator® : rôle limité à la réalisation d'un examen doppler (normal).
- ⇒ Brûlures suite à un laser épilatoire.

PNEUMOLOGIE

Les pneumologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **20** déclarations (9 en exercice libéral et 11 en exercice salarié) : 7 plaintes pénales, 2 procédures civiles, 2 plaintes ordinaires, 2 réclamations et 7 saisines d'une CCI.

Diagnostic (3)

- ⇒ Patient âgé de 26 ans (tabac et addictions), hospitalisé pour hémoptysie, lésions nodulaires pulmonaires avec adénopathies. Fibroscopie et biopsies négatives. Suspicion de tuberculose et mise sous traitement s'avérant peu efficace. Diagnostic à cinq mois d'un adénocarcinome bronchique multi métastasé. Décès rapide.
- ⇒ Retard diagnostique d'une maladie de Horton chez une patiente se plaignant d'algies faciales lors d'un examen avec fibroscopie bronchique après traitement récent d'un cancer pulmonaire. Cécité unilatérale et paralysie linguale, séjour prolongé en réanimation, décès six ans plus tard.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Appelé au bloc opératoire après la fin d'une intervention (arthroplastie de genou sous AG) pour fibroscopie du fait d'une suspicion d'inhalation à l'induction. Fibroscopie par la sonde d'intubation interrompue du fait d'une désaturation importante. Bronchospasme majeur et emphysème sous cutané, arrêt cardiaque sur table. Plaie trachéale liée à la sonde d'intubation méconnue.

Prise en charge (13)

- ➔ Un médecin hospitalier est mis en cause pénalement par sept familles de patients atteints de pathologies diverses dont deux cancers métastasés et décédés pendant l'hospitalisation, parfois en réanimation après leur transfert ou à distance de l'hospitalisation : contexte conflictuel avec les équipes du secteur où il exerce avec suspension temporaire de ses fonctions par le directeur de l'établissement. (7 dossiers).
- ➔ Patiente malgache hospitalisée pour suspicion de tuberculose. Refus de la médiastinoscopie, bilan (dont biopsie hépatique, endoscopie bronchique avec ponction d'un ganglion médiastinal) infirmant le diagnostic. Survenue d'une arthrite sterno claviculaire. (Deux pneumologues et un gastroentérologue sont mis en cause).
- ➔ Patiente âgée de 88 ans, insuffisante respiratoire et cardiaque, hospitalisée pour décompensation cardio-respiratoire à l'occasion d'une infection. Arrêt cardio-respiratoire et décès. La famille reproche la prise en charge globale notamment le jour du décès où elle a pourtant été prise en charge par le réanimateur de garde du fait d'une aggravation.
- ➔ Prise en charge d'un cancer pulmonaire à petites cellules. Réponse tumorale rapide sous chimiothérapie et radiothérapie permettant d'annoncer une possible rémission au terme du traitement. Rechute à deux mois avec localisations hépatiques. Décès rapide.
- ➔ Admission en urgence pour pneumopathie traitée par le médecin de garde par Augmentin®, arrêté le lendemain du fait d'une allergie connue et remplacé efficacement par du Tavanic®. Ré-hospitalisation pour ictère franc dû à une hépatite possiblement médicamenteuse sur maladie de Caroli. Guérison à six semaines.
- ➔ Patiente admise en soins de suite après intervention pour fracture de hanche. Maladie d'Alzheimer. Déshydratation liée à une diarrhée infectieuse en fin de rééducation imposant son transfert, puis décès quelques jours après son retour à domicile dans des circonstances non précisées.

Geste (1)

- ➔ Prothèse endotrachéale en diabolo sur mesure, pour sténose post-intubation avec trachéomalacie en aval. Echec d'une prothèse six ans auparavant, migration quasi immédiate de la prothèse retirée. Dysphonie et constat d'une lésion d'une corde vocale avec sténose sous-jacente.

Divers (3)

- ➔ Diagnostic d'un syndrome d'apnée du sommeil et appareillage chez une obèse traitée antérieurement par Médiator®. Découverte d'une insuffisance mitrale et mise en cause dans le cadre de cette procédure.

- ➔ Décès suite à une prescription d'antibiotique en milieu hospitalier. (Deux pneumologues sont mis en cause).

PSYCHIATRIE

Les **10 279** psychiatres sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **32** déclarations (25 en exercice libéral, 6 en secteur public et 1 en secteur privé), soit une sinistralité de 0,5 % en exercice libéral (contre 0,4 % en 2012) : 4 plaintes pénales, 9 procédures civiles, 10 plaintes ordinaires, 7 réclamations et 2 saisines d'une CCI.

Prise en charge en consultation (11)

▪ DECES (4)

- ➔ Prise en charge et traitement pendant six mois en relais d'un confrère (contact téléphonique avec celui-ci) d'un état anxio-dépressif (antécédents de tentatives de suicide médicamenteuse). Décès après TS médicamenteuse.
- ➔ Médecin de garde appelé au domicile pour état délirant et agressivité. Hospitalisation refusée par le patient. Prescription d'un neuroleptique oral (traitement psychiatrique en cours). Décès quelques heures plus tard pendant le sommeil (antécédents d'apnée du sommeil). Pas de surdosage médicamenteux à l'analyse toxicologique *post mortem*.
- ➔ Conseil téléphonique pour rechute dépressive chez une adolescente suivie depuis plusieurs années avec de nombreuses hospitalisations. Reprise du traitement antidépresseur arrêté par la patiente depuis un mois. Défenestration dix jours plus tard, le lendemain d'une hospitalisation de 24 heures en centre spécialisé.
- ➔ Consultation pour dépression (puis semble-t-il hospitalisation, refus de soins et fugue). Décès trois semaines plus tard dans des circonstances inconnues.

▪ DIVERS (7)

- ➔ Traitement antidépresseur puis Tegretol® pour troubles de l'humeur. Déclenchement d'un syndrome de Stevens-Johnson d'intensité modérée et d'évolution favorable en dehors d'une sécheresse oculaire.
- ➔ Surdosage en lithium (lithémie demandée par généraliste). Pas de cause déclenchante évidente. Posologie inchangée. Hospitalisation de quelques jours en réanimation.
- ➔ Consultation pour syndrome dépressif chez un patient bipolaire. Prescription de Dépamide® avec demande de bilan biologique fait à un mois et normal. Traitement arrêté par le patient avant cette date. Diagnostic ultérieur d'une anémie alléguée en rapport avec ce traitement.
- ➔ Contestation de traitements « inadaptés » dont le Dépamide®, d'une hospitalisation et d'une mise sous curatelle par une patiente anorexique ayant des troubles de l'humeur.
- ➔ Contestation du suivi psychiatrique pendant deux ans d'un patient présentant des TOC.

- ⇒ Suivi en psychothérapie d'une schizophrénie avec bouffées délirantes (prise de toxiques). Reproche une diminution (contestée) des doses de son traitement (Zyprexa®) à laquelle est attribuée une rechute avec hospitalisation.
- ⇒ Consultation unique deux ans après une mise sous curatelle dans le cadre d'une demande de mainlevée qui sera effective après le certificat du psychiatre. Dépenses inconsidérées les deux années suivantes.

Prise en charge en hospitalisation ou au décours d'une hospitalisation (14)

▪ SUICIDE (3)

- ⇒ Hospitalisation pour réactivation des idées suicidaires (antécédents de tentatives d'autolyse depuis la survenue d'une hémorragie cérébrale compliquant un changement de valve de dérivation). Surveillance rapprochée interrompant une première tentative de pendaison le surlendemain. Récidive et décès neuf jours plus tard.
- ⇒ Hospitalisation d'une psychose bipolaire (nombreuses TS) décompensée par l'annonce d'un licenciement. Vue à J 2 et évaluation d'un risque suicidaire faible. Revue le lendemain par le psychiatre référent. Suicide par pendaison dans la nuit.
- ⇒ Hospitalisation d'une psychose bipolaire difficile à équilibrer, à l'initiative du psychiatre traitant alors en congés annuels. Suicide par pendaison au troisième jour.

▪ DECES DE CAUSES DIVERSES (4)

- ⇒ Plainte de l'épouse pour négligence dans les soins lors d'une hospitalisation en psychiatrie (notamment dénutrition). Etat mélancolique aggravé par éthyliste. Décès à une date et dans des circonstances non précisées.
- ⇒ Hospitalisation pour traitement d'une dépression sous une forme mélancolique. Problèmes relationnels entre l'épouse et l'équipe soignante. Retour à domicile en HAD et diagnostic, quelques jours plus tard, d'une embolie pulmonaire bilatérale sur pneumopathie ayant nécessité une ventilation en réanimation. Décès.
- ⇒ Hospitalisation libre pour rechute dépressive. Nécessité d'une intervention pour kyste pilonidal infecté sous anesthésie locale. Appel du médecin de garde à J 3 pour dyspnée et bilan prévu le lendemain. Fibrillation auriculaire rapide non réductible et choc cardiogénique pris en charge en réanimation (lourds antécédents cardiovasculaires, arrêt récent du traitement anti arythmique par le cardiologue également mis en cause). Décès.
- ⇒ Prescription d'un neuroleptique pour agitation en centre de détention (patient connu du psychiatre pour bouffées délirantes). Demande d'examen clinique à un confrère (considéré comme normal). Décès dix jours plus tard. Abscès cérébral à l'autopsie.

▪ AUTRES (7)

- ⇒ Hospitalisation d'un patient de 80 ans en décompensation mélancolique, retrouvé sous une douche brûlante (brûlures du deuxième degré sur 15 % de la surface corporelle). Réanimation prolongée en centre spécialisé (trachéotomie, gastrostomie, neuropathie). Importantes séquelles et dépendance totale.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Nouvelle hospitalisation pour décompensation de troubles thymiques avec somatisations multiples. Traitement de dix jours de Depakote® auquel la patiente attribue des symptômes divers, arguant une allergie connue (jamais rapportée) à ce médicament.
- ⇒ Prise en charge en HAD au décours d'une hospitalisation pour décompensation maniaque dans un contexte de psychose bipolaire. Constat d'une reprise des troubles et d'une négligence par rapport à ses enfants. Décision d'un signalement. Reproche « un abus de pouvoir ».
- ⇒ Mise sous tutelle et choix du tuteur reprochés lors d'une hospitalisation d'une psychose bipolaire. Amélioration thymique et levée de la sauvegarde de justice. Contexte de conflit entre plusieurs membres de la famille.
- ⇒ Plainte pour refus de visite des parents d'un adolescent hospitalisé en service de psychiatrie.
- ⇒ Plainte de la mère d'un adolescent majeur pour défaut d'information sur la pathologie diagnostiquée lors de l'hospitalisation en service de psychiatrie pour sevrage d'addictions.
- ⇒ Plainte de l'époux d'une patiente hospitalisée un mois en géro-psi psychiatrie pour agitation (démence), et ré-hospitalisée ailleurs le lendemain de sa sortie. Reproche un défaut d'écoute, d'empathie et d'information.

Expertise (2)

- ⇒ Contestation des conclusions d'une contre-expertise, (contrat de prévoyance), entachée d'erreurs procédurales et annulée par la Cour d'Appel.
- ⇒ Contestation d'une expertise demandée par le juge des affaires familiales lors d'un conflit parental sur la garde des enfants, le père accusant l'expert de faux en écriture, d'allégations mensongères et de « parti pris ».

Divers (5)

- ⇒ Patiente alléguant l'absence de prise en charge d'une « gastro-entérite » lors de son hospitalisation en psychiatrie.
- ⇒ Patient imputé à la prise d'un traitement, effets secondaires (1) ou la survenue d'une chute (1).
- ⇒ Demande de communication de dossier à laquelle le psychiatre va répondre à plusieurs reprises. Refus allégué de communication du dossier.
- ⇒ Suivi pour une PMD (nombreuses comorbidités dont BPCO et syndrome coronarien). Complications hémorragiques après l'exérèse d'un lipome sus claviculaire et décès (le chirurgien est mis en cause).

RADIOLOGIE - IMAGERIE MEDICALE

Les **3 131** radiologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **65** déclarations (60 en exercice libéral, 2 en activité privée du secteur public et 1 en activité salariée), soit une sinistralité de 3 % en activité libérale (contre 5, 4 % en 2012) : 10 procédures civiles, 4 plaintes ordinaires, 26 réclamations et 23 saisines d'une CCI. En médecine nucléaire, 2 déclarations ont été adressées en exercice libéral : 1 réclamation, 1 saisine de CCI.

Radiologie (54)

▪ DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE (5)

- ➔ Description d'une image pulmonaire anormale lors d'une radiographie effectuée en postopératoire d'une chirurgie digestive, non prise en compte lors du séjour hospitalier. Confirmation d'un cancer broncho-pulmonaire un an plus tard. Décès (nombreux médecins mis en cause).
- ➔ Biopsie mammaire suite à la découverte de micro calcifications suspectes s'avérant mastosiques. Quadrantectomie chirurgicale, contrôle un an plus tard, autre foyer à distance s'avérant également mastosique. La patiente reproche que ce foyer, présent un an auparavant, n'ait pas été biopsié.
- ➔ Patiente adressée pour histologie de lésions mammaires suspectes à l'IRM. Refus de la cytoponction. Conseil de micro biopsies que le médecin ne pratique pas dans son cabinet. Geste réalisé quinze jours plus tard dans un autre centre confirmant la malignité.
- ➔ Mise en place d'un harpon mammaire sous échographie Pas de lésion tumorale sur la pièce opératoire.
- ➔ Retard diagnostique d'une tumeur cérébrale.

▪ ERREUR D'INTERPRETATION (35)

Radiographies standard (9)

- **Radiographies osseuses (8)**
 - ➔ D'une fracture de prothèse de hanche.
 - ➔ D'une fracture fermée de la symphyse pubienne diagnostiquée deux mois plus tard.
 - ➔ D'une fracture du trochiter, de diagnostic difficile sur les radiographies initiales. Diagnostic six jours plus tard.
 - ➔ D'une fracture engrenée cervico céphalique de la hanche découverte un mois plus tard avec fracture du cadre obturateur non visible sur les clichés initiaux.
 - ➔ D'une luxation rétro lunaire du carpe, lors d'un contrôle sous plâtre d'une fracture du radius.

- D'une fracture complexe du pied multi fragmentaire non déplacée de l'os cunéiforme et de la base d'un métacarpien, après « entorse de cheville ». Diagnostic ultérieur à l'IRM. Intervention deux mois plus tard. Echec et arthrodeèse.
- D'une fracture du tiers moyen de la clavicule diagnostiquée un an après un bilan pour suspicion de rupture de la coiffe des rotateurs, ostéosynthèse.
- Surveillance d'un tassement vertébral localisé successivement à T 12 puis L 1.

- **Radiographie pulmonaire (1)**

- D'une tumeur maligne de la base, déjà visible et diagnostiquée un an plus tard lors du suivi annuel chez un tabagique aux antécédents de pneumopathies.

Echographie (12)

- Echographie dans le cadre d'une FIV sous stimulation. Kystes sans image folliculaire visible. Traitement arrêté après appel du gynécologue. Diagnostic redressé par autre radiologue consulté à l'initiative de la patiente deux jours plus tard. Ponction d'un seul ovocyte, échec. Demande de remboursement des frais.
- Echographie abdominale pour douleurs abdominales fébriles chez un enfant de 4 ans, à la demande du pédiatre. Examen non contributif. En l'absence de conseil du radiologue, demande par les parents d'un rendez-vous chirurgical, refusé par la secrétaire du chirurgien au vu du résultat. Demande d'examen biologique par le pédiatre confirmant le syndrome infectieux. Hospitalisation et intervention pour péritonite appendiculaire quelques heures plus tard. Suites simples.
- Echographies abdominales répétées chez un enfant de 3 ans, dans le cadre de la surveillance d'une angiomatose diffuse du tronc avec héli hypertrophie corporelle. Diagnostic un mois après le dernier examen d'un neuroblastome surrénalien avec métastases osseuses. Intervention et greffe de moelle. Décès du fait de la progression métastatique. (Deux radiologues mis en cause).
- Echographie abdominale pour douleurs de l'hypochondre droit confirmant de nombreux calculs vésiculaires et une vésicule distendue sans dilatation des voies biliaires. Pancréas non visible. Admission le soir pour pancréatite aiguë. Le patient reproche en outre que l'examen brutal ait pu mobiliser des calculs.

IRM (4)

- IRM abdomino-pelvienne préférée au scanner lors du bilan d'une tumeur pelvienne extra utérine augmentant de volume et suspecte aux échographies successives. Scanner normal par autre praticien à la demande du généraliste. Tumeur maligne de l'ovaire invasive diagnostiquée six mois plus tard.
- IRM du rachis cervical normale (sans injection) pour cervicalgie et NCB post AVP. Angio IRM réalisée trois semaines plus tard à la demande du généraliste, qui aurait remarqué des

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

anomalies dont une calcification de la carotide. Dissection de l'artère vertébrale avec hématome. Evolution favorable.

- ⇒ IRM du poignet pour tendinopathie du cubital postérieur. Méconnaissance d'une sub luxation carpienne diagnostiquée six mois plus tard. Intervention avec bon résultat.
- ⇒ IRM de l'épaule décrivant des tendineuses de la coiffe. Intervention seize mois plus tard pour instabilité sans nouvel examen. Capsulite.

Mammographie /échographie mammaire / IRM mammaire (12)

- ⇒ Un mois après un bilan dont l'interprétation prête à confusion et un classement ACR2 rectifié en ACR 5 par confrère.
- ⇒ Cinq mois après une échographie confirmant une cytotéatonecrose postopératoire (un an après une échographie en faveur d'un hématome ancien chez une patiente opérée deux ans plus tôt d'un adénofibrome). Cancer métastasé. (Un généraliste également mis en cause.
- ⇒ Six mois après un bilan normal avant chirurgie de réduction mammaire, découverte fortuite à l'histologie d'une formation de 2 cm conduisant à un curage confirmant l'envahissement ganglionnaire.
- ⇒ Huit mois après un contrôle échographique en faveur d'un kyste banal,
- ⇒ Un an après une échographie en faveur d'un adénofibrome (traitement d'essai de deux mois par progestatifs prescrit par le gynécologue. Patiente non revue. (Le gynécologue est également mis en cause).
- ⇒ Deux ans après un contrôle échographique pour placard fibroglandulaire considéré comme non évolutif.
- ⇒ Deux ans après une IRM pour nodule palpable. Cancer dans la même zone avec envahissement ganglionnaire.
- ⇒ Trois ans après un bilan classé ACR 2 après relecture.
- ⇒ Trois ans après un dépistage avec relecture confirmant des lésions ACR 2. Cancer multi métastasé. (Deux radiologues sont concernés).
- ⇒ Sept ans après un bilan classé ACR2. Chimiothérapie.
- ⇒ Reproche l'absence de détection d'une récurrence d'un an après la prise en charge d'un cancer bifocal. Nouvelle échographie sur l'insistance de la patiente deux jours plus tard confirmant le diagnostic. Reproche le comportement qualifié de « hautain et dédaigneux».

Scanner (5)

- ⇒ Protrusion discale lombaire interprétée comme une hernie discale par le chirurgien et opérée.
- ⇒ Scanner cérébral avec injection jugé normal. Récidive des céphalées un mois plus tard. Rupture d'anévrisme cérébral. Embolisation puis intervention.
- ⇒ Scanner lombaire pour lombalgies rebelles et antécédent de cancer du sein. Lésion ostéocondensante faisant suspecter un angiome. IRM complémentaire réalisée par confrère et confirmant la bénignité. Un mois plus tard, survenue d'une pleurésie dans le contexte de métastases osseuses. Décès rapide.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Scanner abdominal pour douleurs. Antécédent d'ovariectomie. Découverte deux mois plus tard d'un cancer du pancréas métastasé révélé par un ictère. Tumeur déjà visible à la relecture avec métastase hépatique.
- ➔ Scanner abdominal dans un contexte de traumatisme, répété le lendemain et négligeant semble-t-il un pneumopéritoine révélant une perforation du grêle, le diagnostic de hernie inguinale susceptible d'être en voie d'étranglement ayant été privilégié dans un contexte d'épanchement péritonéal. Intervention tardive ne redressant pas le diagnostic. Péritonite stercorale une semaine plus tard sur un traumatisme de la racine du mésentère et décès.

■ COMPLICATIONS DES EXAMENS (8)

- ➔ Choc anaphylactique à l'iode compliqué d'un surdosage en adrénaline (dose multipliée par 10). Syndrome coronarien à coronaires normales. Femme ayant des antécédents d'œdème de Quincke déclenchés lors de la manipulation de préparations pharmaceutiques. Pas de séquelle.
- ➔ Rupture d'un implant prothétique mammaire (3), (IRM /échographie ou mammographie /échographie) non confirmée lors de l'intervention rapprochée ou dépistée deux ans après un examen IRM.
- ➔ Perforation rectale par la canule (douleur à l'insertion par manipulatrice) lors d'un coloscanner. Diagnostic quelques heures plus tard. Evolution favorable sous surveillance en hospitalisation.
- ➔ Hématome de l'épaule après arthroscanner sous anticoagulant (Xarelto®).
- ➔ Brûlures du thorax et des bras suite à une IRM du rachis cervical.
- ➔ Accuse une IRM d'être responsable d'acouphènes immédiats.

■ INTERVENTIONNEL (6)

- ➔ Traitements combinés radiologiques et endoscopiques (après endoprothèse par gastroentérologue) pour drainage d'une fistule biliaire persistante compliquée d'abcès et de fistules dans les suites d'une hépatectomie pour métastase d'un cancer. Choc septique. Décès. (Un gastroentérologue est également mis en cause).
- ➔ Biopsie pulmonaire sous scanner pour suspicion de métastase d'un cancer rénal avec carcinose péritonéale, huit mois après la découverte d'un nodule pulmonaire suspect. Pleurésie et dégradation de l'état général attribuées par la famille au geste, lors du décès survenu un mois plus tard.
- ➔ Biopsie hépatique d'une lésion hypervascularisée métastatique. Hémorragie contenue par embolisation mais décès par nécrose hépatique quatre jours plus tard.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Spondylodiscite lombaire compliquant une annuloplastie par radiofréquence après discographie positive.
- ➔ Sondes JJ posées par voie haute après échec de la voie basse par l'urologue. Contexte de compression ganglionnaire sur lymphome. Radiographie de contrôle. Chimiothérapie et découverte tardive d'une plaie des voies urinaires avec urinome nécessitant une réimplantation avec succès.
- ➔ Thermo coagulation percutanée d'une métastase hépatique la veille d'un long week-end férié. Apprend cinq jours plus tard la nécessité d'une intervention pour une péritonite biliaire par perforation vésiculaire.

Dépistage anténatal (6)

- ➔ Malformation génétique non dépistée (translocation).
- ➔ Absence de diagnostic lors des échographies de suivi de grossesse d'une agénésie (2) de l'avant-bras et d'une main, d'agénésies multiples des doigts et d'un orteil (1).
- ➔ Découverte à vingt jours de vie d'une coarctation aortique, intervention avec plastie du canal artériel compliquée de paraplégie.
- ➔ Non-dépistage d'une hernie diaphragmatique lors de l'échographie morphologique.

Domage corporel (3)

- ➔ Chute au lever du lit d'échographie, (patiente âgée de 57 ans, troubles neurologiques). Plaie suturée.
- ➔ Chute lors d'une radiographie pulmonaire debout sur un marchepied. Fracture du coude, infection et pseudarthrose.
- ➔ Plaie cutanée en descendant de la table après écho doppler veineux pour insuffisance veineuse. Evolution vers un ulcère veineux.

Médecine nucléaire (2)

- ➔ Scintigraphie myocardique d'effort sans incident sous surveillance de deux cardiologues. Injection de radio-isotopes sous la surveillance du médecin nucléaire. Arrêt cardio-respiratoire, réanimation et décès.
- ➔ Chute de la table de radiologie lors de la recherche scintigraphique d'un ganglion sentinelle. Fracture de la clavicule.

RADIOTHERAPIE ET ONCOLOGIE

Les **258** radiothérapeutes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **7** déclarations (en exercice libéral), soit une sinistralité de 5,1 % (contre 5,4 % en 2012) : 2 procédures civiles, 2 réclamations et 3 saisines d'une CCI.

Les oncologues non radiothérapeutes ont adressé **17** déclarations (16 en exercice libéral et 1 en activité salariée) : 6 procédures civiles, 1 plainte ordinaire, 3 réclamations, et 7 saisines d'une CCI.

RADIOTHERAPIE (7)

Complications de la radiothérapie (5)

- ➔ Protocole de radiothérapie pour cancer du poumon, préparé par le médecin mais modifié et réalisé en son absence par son remplaçant. *A posteriori*, la survenue d'une paraparésie dans les mois suivants est en rapport avec une myélite radique due à un surdosage. Décès quinze ans plus tard de l'évolution de la maladie.
- ➔ Radiothérapie postopératoire pour cancer du sein aux doses habituelles selon un protocole jugé conforme. Apparition un an plus tard d'une réaction scléro inflammatoire du sein avec hyperpigmentation évocatrice de radiodermite. Echec de différents traitements dont le caisson hyperbare, les séances ayant été débutées tardivement chez une patiente peu observante de ses rendez-vous de consultations.
- ➔ Radiothérapie pour cancer du sein, poumon radique avec syndrome douloureux thoraco brachial post mastectomie. Syndrome dépressif réactionnel et préjudice professionnel. (Un anatomopathologiste est également mis en cause pour avoir effectué une cytoponction négative cinq mois avant le diagnostic de malignité à la biopsie).
- ➔ Radiothérapie en 2001 pour cancer de la vessie (après alternative refusée de la cystectomie). Troubles urinaires (fuites, pollakiurie) puis diagnostic de complications digestives radiques cinq ans plus tard. Nombreuses interventions pour stomies avec complications. Décès.
- ➔ Radiothérapie pour cancer du rectum avec chimiothérapie préopératoire. Colectomie aux suites difficiles avec interventions itératives pendant quatre ans et des complications vésicales radiques. (Un gastroentérologue et un généraliste sont également mis en cause).

Prise en charge / diagnostic en oncologie (2)

- ➔ Radiothérapie pour cancer du sein avec chimiothérapie par port à cath. Œdème de la face et du cou en début de traitement. Diagnostic un an plus tard d'un syndrome cave supérieur par thrombose du matériel implanté. Décès.
- ➔ Contestation du traitement administré pour cancer du rectum avec métastases. Décès. (Un médecin généraliste est également mis en cause).

ONCOLOGIE (17)

Diagnostic (3)

- ➔ Prise en charge d'un cancer du larynx. Bonne réponse à la chimiothérapie. Radiothérapie complémentaire. Récidive de la dysphonie et des douleurs en fin de traitement attribuées à un œdème post radique malgré un scanner montrant une lésion suspecte. Nécessité d'une trachéotomie en urgence six semaines plus tard du fait de l'évolution tumorale. Evolution favorable à deux ans.
- ➔ Avis après découverte par le chirurgien d'un ACE discrètement augmenté au cours de la prise en charge d'un cancer du sein (chirurgie et chimiothérapie). Augmentation franche lors du contrôle vue par le chirurgien. Diagnostic de métastases osseuses six mois après la consultation de l'oncologue. Suivi ultérieur dans un autre centre. Reproche le retard diagnostique et le défaut d'information sur la signification de cette anomalie.
- ➔ Demande d'avis pour une patiente hospitalisée pour anémie (bilan digestif négatif). AVC en cours d'hospitalisation traité par anticoagulants à doses efficaces du fait d'une phlébite bilatérale. Note l'existence d'une hémicrânie avec scintillements oculaires. Aggravation rapide et diagnostic par confrère d'une transformation hémorragique de l'AVC. Décès.

Prise en charge (7)

- ➔ Hospitalisation en urgence pour ictère. Diagnostic en quelques jours d'un cancer du sein multi métastasé (foie et poumons). Transfert en oncologie et décès dans la nuit d'une détresse respiratoire. La famille reproche l'absence d'information sur la gravité de la maladie. (Deux oncologues, un gastroentérologue mis en cause).
- ➔ Prise en charge pour carcinose péritonéale de point de départ inconnu. Chirurgie lourde aux multiples complications. Efficacité transitoire de la chimiothérapie puis poursuite de la prise en charge dans un autre établissement à la demande de la famille.
- ➔ Prise en charge pour cancer du sein multi métastasé. Rémission temporaire sous chimiothérapie. Décès (ictère, ascite). La famille reproche le manque de compassion, le peu de disponibilité, la négligence dans l'interprétation du dernier bilan hépatique.
- ➔ Patient revu seulement deux ans après une colectomie pour cancer colique avec chimiothérapie. Contrôle recommandé, non pratiqué dans l'intervalle. Adressé rapidement à un gastroentérologue. Diagnostic de récurrence et multiples complications de la reprise chirurgicale.
- ➔ Suivi pendant deux ans pour un carcinome canalaire du sein avec métastase hépatique puis par un autre centre lors de la récurrence hépatique. Au décours d'une biopsie, la surexpression de l'HER 2 diagnostiquée initialement aurait été infirmée. Décès dans l'année.
- ➔ Prise en charge d'un cancer du pancréas métastasé. Survenue d'une phlébite puis d'une embolie pulmonaire suspectée par l'infirmière en HAD. Allers-retours multiples entre HAD et secteur d'hospitalisation. Décès en soins palliatifs. La famille reproche le manque d'humanité et une mauvaise prise en charge.

Complications de la chimiothérapie (7)

- ⇒ Difficulté d'injection par le port à cath dès la première cure avec brûlures immédiates. Douleurs thoraciques et épigastriques traitées symptomatiquement par l'oncologue consulté à la fin de la perfusion. Extravasation avec évolution vers une nécrose des deux seins. Multiples interventions avec mastectomie bilatérale. Reproche le retard à une prise en charge adaptée.
- ⇒ Chimiothérapie par port à cath posé dans un autre établissement. Extravasation gérée par oncologue à la deuxième cure, l'infirmière ayant poursuivi la perfusion malgré le signalement de douleurs. Reproche à l'oncologue son absence pendant la perfusion.
- ⇒ Survenue d'une endocardite en cours de chimiothérapie pour cancer du sein, chez une femme diabétique porteuse d'une bio prothèse mitrale. AVC successifs justifiant deux changements de valve.
- ⇒ Survenue d'une neutropénie fébrile après la deuxième cure de chimiothérapie pour cancer du poumon. Prise en charge en urgence. Evolution défavorable malgré l'apyrexie obtenue avec insuffisance rénale et décompensation du diabète. Décès.
- ⇒ Admission en urgence pour fièvre au décours d'une cure de chimiothérapie pour cancer du sein. Prise en charge par urgentiste puis en chirurgie, faute de place. Consultation et prescriptions de l'oncologue du fait d'une agranulocytose. Décès dans la nuit.
- ⇒ Perfusion de chimiothérapie passée en 24 heures au lieu de 12 heures. Conséquences inconnues.
- ⇒ Pneumothorax après pose par un chirurgien d'un port à cath. Régression lente et mauvaise tolérance de la chimiothérapie sur le plan hématologique et neurologique. Infections respiratoires.

REANIMATION

Les réanimateurs sociétaires du Sou Médical – MACSF n'ont adressé aucune en 2013.

RHUMATOLOGIE

Les 1 435 rhumatologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 31 déclarations (30 en exercice libéral et 1 en exercice salarié), soit une sinistralité de 2,8 % en exercice libéral (contre 3% en 2012) : 3 procédures civiles, 7 plaintes ordinaires, 11 réclamations et 10 saisines d'une CCI.

Diagnostic (1)

- ⇒ Retard diagnostique d'une maladie de Horton chez une patiente suivie pour de nombreuses pathologies dégénératives, (rachis cervical, épaules, sciatique, temporo-maxillaire). Prescription de corticoïdes à doses décroissantes du fait d'une allergie aux AINS.

Hospitalisation trois semaines plus tard pour fièvre. Bilan négatif et arrêt de la corticothérapie. Suspicion de Horton confirmée un mois plus tard mais perte de l'acuité visuelle d'un œil.

Prise en charge (13)

- ➔ Prise en charge d'une capsulite de l'épaule associée à des cervicalgies (radiographies, antalgiques, rééducation). Bilatéralisation et aggravation des douleurs. Patiente perdue de vue. Survenue ultérieure d'une névralgie cervico brachiale. Plainte pour défaut de suivi, d'information et manque d'humanité.
- ➔ Prise en charge de douleurs des épaules. Arthro scanner (pathologique) et infiltration par confrère suivis d'un déficit C5/C6 allégué en lien avec les gestes. En fait, syndrome de Parsonage et Turner. (Un radiologue et un neurologue sont également mis en cause).
- ➔ Prise en charge d'une arthrose avec tendinite de l'épaule. Arthrographie. Echec de l'infiltration et des traitements associés. Trois mois plus tard, arthrite érosive à l'IRM avec composante nécrotique de la tête justifiant, un an plus tard, une prothèse compliquée d'algodystrophie.
- ➔ Consultation pour sciatique une semaine après ostéopathie et consultation aux urgences avec scanner *a posteriori* de piètre qualité. Antalgiques et lombostat. Revu rapidement pour sciatique hyperalgique, prescription de morphine puis vu par un neurochirurgien quatre jours après la consultation rhumatologique. Infiltration et IRM. Chirurgie prévue à dix jours pour hernie discale. Constat alors de troubles sphinctériens allégués, présents selon le patient dès la première consultation rhumatologique.
- ➔ Avis donné aux urgences d'un établissement pour un patient admis la veille pour sciatique hyperalgique. Scanner d'interprétation difficile. Traitement et sortie. Retour le lendemain samedi aux urgences avec examen par un urgentiste matin et soir, sans déficit signalé. Le lundi soir, constat par le rhumatologue d'une paraparésie. Avis chirurgical immédiat et intervention le lendemain pour volumineuse hernie compressive. Séquelles. Un message aurait été laissé le samedi par l'urgentiste sur son répondeur.
- ➔ Prise en charge d'une sciatique (infiltrations) puis chirurgie. Résultat jugé non satisfaisant.
- ➔ Prise en charge d'une sciatique sévère chez une patiente de 82 ans (diabète, surpoids et dépression, arthrose diffuse) récusée en chirurgie. Prescription d'une infiltration réalisée par un tiers. Exacerbation des douleurs.
- ➔ Prise en charge pendant trois mois d'une coxarthrose modérée chez une femme de 52 ans. Traitement symptomatique puis infiltration et mise en place d'une prothèse totale. Découverte d'un cancer broncho pulmonaire dans les trois mois et décès rapide. Il est reproché l'absence d'investigation devant une altération de l'état général. (Un chirurgien mis en cause).
- ➔ Prise en charge pour canal lombaire étroit d'un patient de 77 ans orienté vers un service hospitalier. Plainte pour prise en charge inadaptée et demande d'explications.
- ➔ Prise en charge d'une polyarthrite rhumatoïde traitée notamment par Méthotrexate. Survenue à domicile d'un probable œdème de Quincke sans modification récente des

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

traitements. Mise en cause de tous les prescripteurs et des laboratoires commercialisant les médicaments concernés.

- ➔ Prise en charge de pathologies multiples, dont une arthrose de cheville infiltrée à deux reprises pendant les six ans de suivi avant un avis chirurgical jugé tardif. Arthrodèse tibio tarsienne.
- ➔ Prescription d'un traitement par diphosphonates IV pour ostéoporose confirmée. La patiente attribue au traitement la survenue d'infections dentaires, nécessitant des soins et une extraction dentaire.
- ➔ Consultation unique pour métastases d'un cancer prostatique connu et traité depuis un an (urologue et généraliste), le courrier conseillant une radiothérapie ne leur serait pas parvenu. Evolution défavorable dans les trois mois.

Gestes (11)

▪ INFILTRATION (7)

- ➔ Infiltration d'une épaule douloureuse, rupture de l'infra épineux sur l'IRM faite au décours.
- ➔ Infiltration, distension capsulaire réalisée par un rhumatologue lors d'un arthroscanner pour capsulite. Douleurs le lendemain et suspicion d'arthrite microcristalline. Diagnostic à J 3 d'une infection à streptocoque viridans. Retour à l'état antérieur après traitement antibiotique et lavage de l'articulation.
- ➔ Infiltration d'une épaule douloureuse d'un patient en accident de travail. Douleurs motivant à J 7 l'appel du généraliste. Bilan biologique à J 10. Poursuite du traitement, diagnostic d'une infection à J 14. Arrêt de travail prolongé de six mois car algodystrophie.
- ➔ Infiltration d'une tendinite de l'épaule suivie de douleurs importantes. Infection éliminée.
- ➔ Infiltration du canal carpien, douleur et raideur du pouce. Intervention sur le canal carpien et le fléchisseur rompu du pouce. Allégation d'un lien entre infiltration et rupture.
- ➔ Infiltration d'une tendinite de Quervain, avec un corticoïde (Diprostene[®], triamcinolone bétaméthasone). Amyotrophie locale.
- ➔ Infiltration du genou (troisième) pour viscosupplémentation. Infection à J 4 malgré asepsie conforme. Bonne prise en charge.

▪ GESTE (2)

- ➔ Mésothérapie du genou utilisant notamment du « Quinton[®] » (eau de mer) chez un professionnel de santé ayant apporté ce médicament. « Inflammation » cutanée à J 2 ayant répondu favorablement à une antibiothérapie d'une semaine.
- ➔ Aponévrectomie de l'annulaire à l'aiguille pour maladie de Dupuytren. Rupture du fléchisseur profond. Intervention.

▪ MANIPULATION (2)

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Manipulation pour sciatique tronquée lors d'une deuxième consultation, après IRM et échec d'autres traitements. Amélioration une semaine et récurrence. Chirurgie pour sciatique déficitaire compliquée d'abcès. (Un généraliste est également mis en cause).
- ⇒ Manipulation pour « sciatique », majoration des douleurs.

Expertise (4)

- ⇒ Contre-expertise sur litige d'un taux d'invalidité. Patient mécontent de la demande d'un avis psychiatrique considéré comme infamant et non justifié.
- ⇒ Expertise CPAM contestée dans ses conclusions (reprise professionnelle possible) et retard allégué de diagnostic d'une ostéonécrose de hanche, découverte ultérieurement après un licenciement.
- ⇒ Expertise dans le cadre d'une maladie professionnelle chez une fonctionnaire, plainte retirée après son dépôt.
- ⇒ Contestation des conclusions d'une expertise.

Divers (2)

- ⇒ Plainte pour « mauvaise qualité de l'écoute et des soins ». Déclare ne pas avoir été examinée et évincée du cabinet en précipitant l'entrée de la patiente suivante.
- ⇒ Examen d'une patiente de 85 ans pour sciatique, survenue d'un hématome du mollet imputé à un examen jugé brutal (lors de la recherche d'un signe de Lasègue).

STOMATOLOGIE

Les 553 stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé 67 déclarations (66 en exercice libéral et 1 en secteur privé du service public) soit une sinistralité de 13,9 % en activité libérale (contre 14,5 % en 2012) : 15 procédures civile, 51 réclamations et 1 saisine de CCI.

Chirurgie maxillo-faciale (4)

- ⇒ Chirurgie temporo maxillaire bilatérale pour dysmorphose majeure. Paralyse faciale postopératoire. (Séquelles modérées).
- ⇒ Intervention sous anesthésie générale pour lithiase sous maxillaire droite, avec extraction de la dent 48 ; mais extraction ensuite de la dent 37 sans en avoir informé la patiente. Hypoesthésie labio mentonnière en postopératoire. Persistance d'une racine en site 37.
- ⇒ Intervention pour carcinome épidermoïde de la lèvre, mais oubli de compresse (retirée rapidement après sa découverte). Décès dix mois plus tard, résultant essentiellement de la pathologie initiale.

- ➔ Exérèse d'un kyste mucoïde labial droit étendu nécessitant, à terme, une chirurgie plastique réparatrice. La patiente évoque en postopératoire immédiat une cicatrisation inesthétique avec fuite salivaire.

Litiges pour actes de chirurgie dentaire (37)

▪ MISE EN CAUSE DU DIAGNOSTIC ET/OU DU SUIVI THERAPEUTIQUE ; ERREUR D'EXTRACTION (9)

- ➔ Insuffisance de diagnostic alléguée quant à l'étiologie d'une hypoesthésie labio mentonnière résultant en réalité d'un carcinome parotidien. Décès dix-huit mois plus tard.
- ➔ Contestation de l'indication de dépulpage de la dent 26, le patient n'ayant jamais terminé le soin.
- ➔ Extraction par erreur de la dent 23 et non pas d'un odontome, comme diagnostiqué par erreur sur le cliché panoramique: il s'agissait du germe de 23 en position haute.
- ➔ Extraction de la dent 47 pour algies durables. La persistance ultérieure de la symptomatologie amène à diagnostiquer en fait une nécrose de la dent 46.
- ➔ Extraction de la dent 46 au lieu de la dent 36, suite à une erreur de plume du praticien traitant correspondant, dont la prescription ne demandait qu'une résection apicale.
- ➔ Extraction sous AG de la dent 48 en fonction de la prescription du praticien traitant correspondant, mais sans extraire aussi la dent 46 comme demandé.
- ➔ Extraction de la dent 36 au lieu de la dent 37 comme prescrit par le praticien traitant correspondant.
- ➔ Ablation d'un kyste avec extraction de la dent 46 sous AG. La mère de la patiente mineure allègue que l'information préalable ne portait que sur un curetage apical.
- ➔ Extraction de la dent 37 sous muqueuse en évolution, et non pas de la dent 38 incluse, comme prescrit par le praticien traitant correspondant.

▪ COMPLICATIONS POUR LESIONS SUR DENTS AUTRES QUE CELLES TRAITEES (4)

- ➔ Extraction des dents 18/28 incluses, mais fracture peropératoire lors des manœuvres de dégagement des racines disto vestibulaires des dents 17 et 27, très proches anatomiquement.
- ➔ Extraction des quatre dents de sagesse, mais fracture coronaire de la dent 47 lors des manœuvres de mobilisation de la 48.
- ➔ Extraction des dents de sagesse maxillaires, mais la fraise chirurgicale dérape et abrase les pointes cuspidiennes des dents 15 et 16.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Extraction des quatre dents de sagesse, mais fracture de la racine disto vestibulaire de la dent 27 durant l'intervention.
- **CONSEQUENCES D'ANESTHÉSIE ET SUITES D'EXTRACTIONS (17)**
 - Extraction des dents 47, 46, 17 et 16 chez une patiente traitée en oncologie et qui a été irradiée au niveau facial. La patiente est hospitalisée ensuite pour un AVC.
 - Extractions multiples avant pose d'appareils complets. La patiente allègue une mauvaise cicatrisation entraînant un volume osseux résiduel trop faible qui entraverait ainsi une réhabilitation satisfaisante stable.
 - Exérèse d'un kyste au niveau de la dent 43. Hypoesthésie labio mentonnière postopératoire et persistante.
 - Extraction des quatre dents de sagesse. Une tuméfaction jugale secondaire amène le diagnostic de présence d'éclats métalliques (probables fragments de fraise à os).
 - Exérèse de pâte endodontique intra sinusienne en regard de la dent 13. La patiente évoque une insuffisance d'information quant à la probabilité de survenue d'une hypoesthésie labiale, installée en postopératoire et persistante.
 - Fracture d'une fraise chirurgicale lors des extractions des dents 38 et 48, non signalée à la patiente avant la découverte du fragment laissé en place.
 - Extraction de quatre dents de sagesse ; la patiente se plaint en postopératoire d'hypoesthésies labiale et linguale gauches, d'acouphènes.
 - Extraction des quatre dents de sagesse. Cellulite cervicale dans les suites immédiates nécessitant une hospitalisation en soins intensifs. Huit jours de coma.
 - Extraction de quatre dents de sagesse. Apparition en postopératoire de troubles articulaires avec algies et limitation de l'amplitude d'ouverture buccale.
 - Extraction par alvéolectomie de la dent 46 présentant une fracture radulaire. La patiente développe dans les suites immédiates une hypo esthésie labio mentonnière, persistante.
 - Germectomie des quatre dents de sagesse sous AG. Le patient développe dans les suites immédiates un œdème palpébral gauche qui se révélera être un ulcère de la cornée.
 - Extraction des quatre dents de sagesse. La patiente est hospitalisée en urgence quatre jours plus tard au titre d'une cellulite cervico faciale dont l'étiologie s'avère être une racine fracturée laissée en place de 38.
 - Extraction des quatre dents de sagesse. Un mois plus tard le patient est hospitalisé pour survenue d'une fracture de l'angle goniale gauche. Le tableau clinique postopératoire ne comportait pas de délabrement osseux majeur.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Extraction de la dent 48 enclavée. En dépit d'une antibiothérapie prescrite en postopératoire immédiat, une infection sévère locale nécessitera une hospitalisation pour drainage de collection par voie cervicale et ablation de la glande sous-maxillaire.
 - ➔ Extraction des dents 18, 28, 38. Une fracture de la table interne linguale gauche est rapportée en peropératoire. La patiente présente dans les suites immédiates une hypoesthésie prononcée de l'hémilangue gauche.
 - ➔ Quatre interventions successives pour réduire une fracture de l'angle mandibulaire gauche (suite à extraction de la dent 38 par un autre praticien), situation actuelle avec pseudoarthrose et occlusion dysfonctionnelle.
 - ➔ Hémorragie postopératoire nécessitant une hospitalisation de quatre jours du fait d'une anémie et d'une chute au domicile après malaise (fracture secondaire des os propres du nez).
- **COMPLICATIONS DIVERSES SUITE A DES SOINS DENTAIRES (7)**
- ➔ 3 dossiers de fracture d'un instrument endodontique lors de la pulpectomie d'une dent nécessitant, à chaque fois, le recours à un endodontiste exclusif pour le retrait du bris et la finalisation de l'obturation canalaire.
 - ➔ 2 dossiers de perforation du plancher inter radiculaire molaire lors de soins endodontiques entraînant à terme l'extraction de la dent traitée.
 - ➔ Frénectomie à visée orthodontique. Des complications sont alléguées deux mois plus tard.
 - ➔ Obturation endodontique insuffisante. Apparition d'un foyer apical volumineux.

Litiges prothétiques (11)

- ➔ Extraction des dents résiduelles, puis pose immédiate d'une prothèse complète maxillaire amovible. La patiente en conteste la conformité du fait d'une rétention alléguée insuffisante.
- ➔ Prothèse maxillaire amovible en résine de treize dents avec attachements sur 13 et 23. Le patient allègue un manque de rétention.
- ➔ Prothèse amovible résine provisoire sur une dent, après extraction de la dent 21. La patiente allègue une perte osseuse secondaire et un aspect inesthétique de l'appareil.
- ➔ Prothèses complètes bi maxillaires qui sont alléguées instables et non conformes au plan fonctionnel occlusal.
- ➔ Prothèses amovibles. Stellite maxillaire de sept dents et résine mandibulaire de neuf dents. Réfection maxillaire d'emblée après pose, suite à fracture plaque palatine, puis extraction de la dent 44 (qui avait été conservée en dépit de son état initial compromis). La patiente allègue la persistance de gêne fonctionnelle et d'instabilité.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Scellement d'une couronne céramique qui ne donne pas satisfaction au plan esthétique. Un bris instrumental, non signalé et laissé en place lors du traitement endodontique préalable (obturation insuffisante), est diagnostiqué par le nouveau praticien consulté pour avis.
- ⇒ Bridge maxillaire de cinq éléments, renouvelé rapidement pour déséquilibre occlusal. Puis bridge mandibulaire de cinq éléments. Un an plus tard, épisodes infectieux sévères nécessitant l'extraction des dents piliers postérieurs, au maxillaire et à la mandibule.
- ⇒ Couronne céramique scellée sur la dent 13; mais descellements itératifs immédiats. Fracture radiculaire six mois plus tard obligeant à extraire la dent.
- ⇒ Bridge maxillaire de trois éléments. Bilan pour des douleurs chroniques mettant en exergue un réglage en suroclusion de la réhabilitation, et une endodontie avec perforation radiculaire de la dent pilier postérieur, induisant à terme la perte de cette dent.
- ⇒ Bridge mandibulaire de trois éléments ; fracture radiculaire de la dent pilier postérieur, nécessitant son extraction.
- ⇒ Bridges mandibulaire quatre éléments et maxillaire cinq éléments plus deux stellites en secteur postérieur. Le patient allègue l'inadaptation des appareils et présente des épisodes infectieux sur plusieurs dents piliers.

Litiges en implantologie (8)

- ⇒ Après extraction de la dent 22, greffe autogène puis pose d'un implant. La patiente refuse l'aménagement tissulaire complémentaire proposé pour contester l'aspect inesthétique et les gênes engendrées après réalisation de la CCM implanto portée.
- ⇒ Pose de huit implants maxillaires après comblements sinusiens et greffes osseuses antérieures. Succession d'échecs d'ostéointégration, perte de nombreux implants repositionnés.
- ⇒ Dents 11 et 21 extraites et remplacées par des implants. Le praticien traitant devant réaliser la phase prothétique, ne peut poser les restaurations du fait d'axes implantaires inexploitablement parce qu'estimés trop inclinés.
- ⇒ Pose de deux implants en sites 15 et 14, mais effraction intra sinusienne, amenant des manifestations douloureuses intenses.
- ⇒ Restauration prothétique sur implants maxillaires (mis en place par un correspondant), sans tenir compte de l'effraction intra sinusienne d'un implant (signalé douloureux).
- ⇒ Pose d'un implant au niveau du site de la dent 13, mais projection dans la fosse nasale.
- ⇒ Pose d'implants au niveau des sites dentaires 46, 47, 36 et 34, sans réalisation de la phase prothétique prévue (sur barre d'Ackermann implanto portée), à l'initiative du patient. Celui-ci allègue, deux ans plus tard, que les implants sont inexploitablement pour une réhabilitation conforme.

- ➔ Après pose de trois implants maxillaires et soulevé de sinus préalable, découverte d'une mobilité de la réhabilitation un an plus tard. La dépose d'un implant induit une communication bucco sinusienne qui nécessitera plusieurs ré-interventions pour sa fermeture.

Litiges en orthodontie (4)

- ➔ Traitement orthodontique durant quatre ans chez un adulte. Contestation ensuite de la durée du traitement, et allégation d'abrasions des blocs incisifs du fait d'un réglage occlusal inadapté à terme.
- ➔ Traitement orthodontique sur deux semestres, allégué non nécessaire ensuite, en fonction d'un état initial décrit comme équilibré au plan occlusal.
- ➔ Traitement orthodontique pendant trois semestres, contesté par la famille suite à l'amélioration non significative. Evocation d'une insuffisance de diagnostic imposant la reprise de la phase active pour une durée de deux ans, avec extraction des quatre prémolaires.
- ➔ Traitement orthodontique par gouttières, pendant un an. Troubles de l'élocution et de la déglutition.

Divers (3)

- ➔ Mise en cause d'un sociétaire expert judiciaire qui avait exonéré un praticien assigné, au titre d'une intervention déterminée parfaitement conforme et validée sans aucune relation directe avec le cancer buccal développé ensuite. La patiente continue de contester cette conclusion pourtant probante, jusque devant la Cour de cassation.
- ➔ Deux déclarations pour réclamations formulées par des patients, relatives à des poses d'implants, ont été classées sans suite, les patients ne confirmant pas leurs doléances.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Les **25 467** chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé **1 527** déclarations (contre 1 484 déclarations en 2012), soit une sinistralité de 6 % pour les chirurgiens-dentistes assurés.

On constate une augmentation modérée de 3% du nombre des déclarations sur une année, sachant qu'elle est de plus de 40 % en 3 ans.

Hors implantologie (1147)

▪ LITIGES PROTHETIQUES (664)

Prothèses adjointes (115)

- ➔ Prothèse complète mise en cause (66).

- ⇒ Prothèse partielle résine mise cause (17).
- ⇒ Prothèse partielle stellite mise en cause (32)

Prothèses conjointes (couronne, bridge, inlay, onlay) (483)

- ⇒ 168 déclarations (soit 17,5 % des dossiers de prothèses conjointes) relatives à :
 - des soins endodontiques pré prothétiques non conformes (ou non repris en dépit d'une insuffisance notoire de l'état existant), induisant souvent une lésion apicale évolutive ;
 - une perforation radiculaire lors du forage de tenon.
- ⇒ Restaurations techniquement inadaptées : préparation des piliers, étanchéité, réglage occlusal, embrasures, descellements itératifs (97).
- ⇒ Fracture coronaire, fêlure ou fracture radiculaire sous restauration (68).
- ⇒ Insuffisance de conception : indication non conforme (souvent en fonction de l'état dentaire initial compromis et sous-évalué), non intégration du contexte occlusal ou bio mécanique (portée excessive des inters) (60).
- ⇒ Critique de l'aspect esthétique ; pour bris cosmétique (46).
- ⇒ Complications diverses, hors étiologie apicale et/ou endodontique (essentiellement parodontales) (40)
- ⇒ Fracture structurelle de la pièce prothétique (bridge) (4).

A noter que parmi ces déclarations, 87 concernent des restaurations type bridge complet ou semi complet, ou des réhabilitations impliquant au moins 8 couronnes unitaires durant la séquence de soins, soit 18 % de réhabilitations conséquentes.

Prothèses mixtes (66).

- ⇒ Il s'agit de prothèse(s) conjointe(s) réalisée(s) simultanément avec une réhabilitation adjointe, en général pour faciliter le positionnement de crochets ou l'insertion du stellite. Nous retrouvons les mêmes catégories de doléances décrites ci-dessus (selon la nature des actes mis en cause : adjointe ou conjointe). Avec 38% de complications spécifiques : un taux proportionnellement plus élevé de descellement itératif de couronne support de crochet (6), et des réfections ou inadaptations induites par l'emploi d'attachements ou de barres de connexion (19).

■ COMPLICATIONS DIVERSES SUITE A DES ACTES DE SOIN ET DE CHIRURGIE (373)

Fractures d'instruments endo canaux (114)

- ⇒ Nous devons insister, cette année encore, sur la forte proportion des bris d'instruments rotatifs d'endodontie en Nickel Titane (« fragilité » de l'instrument en dépit de la qualité de

fabrication mais aussi non-respect du protocole d'utilisation préconisé, ouverture camérale et/ou accès canalaire inappropriés).

Faux canaux et perforations radiculaires (44)

- ⇒ Il y a soit reprise des soins et comblement de la perforation lorsque cette possibilité est indiquée et réalisable, avant restauration ; soit extraction.

Dépassements réalisés lors d'obturation canalaire (12)

- ⇒ Complications de type paresthésie, hypoesthésie (9) ; douleur et infection (3).
- ⇒ Les dépassements avec retentissement sinusien sont identifiés à part, en bas de chapitre : il y a donc une totalité de 24 déclarations au titre de dépassements apicaux.

Contestations portant sur la qualité de soins conservateurs (58)

- ⇒ Endodontie insuffisante (obturation canalaire incomplète) (21).
- ⇒ Qualité d'un amalgame ou d'un composite (11).
- ⇒ Douleurs postopératoires, particulièrement intenses et/ou durables (6).
- ⇒ Emploi de spécialité ou de matériau, allégué nocif par le patient au plan de sa santé ou de l'environnement (bisphénol A, amalgame) (3)
- ⇒ Autres suites et/ou séquelles après soins divers (17).

Infections ou complications médicales générales, alléguées consécutives à des soins conservateurs (13)

- ⇒ Suspensions de complications cardiaques type endocardite d'Osler (3).
- ⇒ Cellulites majeures (avec hospitalisations, jusqu'à trois semaines) (3).
- ⇒ Suspicion d'AVC, la patiente restera en état végétatif (1).
- ⇒ Suspicion de toxoplasmose cérébrale (1).
- ⇒ Suspicion de dégénérescence vasculaire ophtalmologique gauche (1).
- ⇒ Lichen plan (1).
- ⇒ Œdème facial d'origine hémorragique (1).
- ⇒ Choc septique à streptocoques (1).
- ⇒ Ostéo nécrose mandibulaire (1).

Actes de parodontologie contestés (4)

- ⇒ Nature des thérapeutiques mises en place (3), absence de diagnostic de pathologie parodontale marquée (1).

Suspensions d'allergie (3)

- Au métal (Nickel, Cobalt) d'un bridge et d'une couronne ; aux composants de la base résine d'une prothèse adjointe semi complète.

Suspension d'atteinte articulaire après réhabilitation globale (soins et prothèses) (1)

52 déclarations relatives :

- à des allégations d'insuffisance de diagnostic (23) dont retard de diagnostic de myxome étendu sur un héli maxillaire, de kyste héli mandibulaire chez patiente de 11 ans, d'ostéomyélite mandibulaire.
- à des allégations d'insuffisance de prise en charge thérapeutique (13)
- des erreurs d'extraction après décision thérapeutique, ou interprétation des demandes prescrites par un autre praticien (16).

Conséquences d'anesthésie et suites d'extractions (34)

Il s'agit pour l'essentiel (50% des déclarations) de sections nerveuses avec paresthésies ou hypoesthésies installées après extractions de dents de sagesse ou molaires mandibulaires.

- Nerf alvéolaire inférieur (8).
- Nerf lingual (7).
- Apex résiduel (6).
- Œdème postopératoire ou cellulite grave, dont cervico faciale le plus souvent (5).
- Hémorragie grave, ayant nécessité une hospitalisation en urgence dont une pendant deux semaines en fonction de l'état de santé dégradé (3).
- Bris persistant de fraise chirurgicale ou de syndesmotome (3).
- Nécrose osseuse chez patiente traitée par biphosphonates (1).
- Trismus (1).

Luxations, fractures coronaires ou radiculaires, descellements prothétiques, coups de fraise, qui impactent une autre dent que la dent soignée, et hors objet du soin principal (essentiellement lors d'avulsions) : (15)

Fracture osseuse de la base de la branche montante mandibulaire droite (1)

- Après extraction de la dent 48 incluse basse, induisant une double section des nerfs lingual et alvéolaire, plus des séquelles articulaires et fonctionnelles persistantes.

Effractions et lésions du sinus maxillaire (22)

- Communication bucco-sinusienne (CBS) lors d'actes de chirurgie buccale, avec ou sans projections d'apex ou de racine dans le sinus (10).
- Dépassements de pâte canalaire ou de gutta après endodontie, avec survenue de différentes complications de type infectieux, sinusite, aspergillose (12).

LITIGES EN ORTHODONTIE (75)

Mises en cause du plan de traitement retenu (42)

- Au titre d'insuffisance d'indications ou de diagnostic (dont absence de chirurgie orthognatique associée) ; d'insuffisance d'amélioration par rapport aux attentes esthétiques notamment ou par rapport aux objectifs proposés (dans 6 dossiers, le praticien aurait dû interrompre le traitement après avertissements formels, en fonction d'hygiène absente ou de démotivation prégnante du patient) ; d'une durée excessive ; d'extraction de dents (réalisée ou non réalisée).

Problèmes parodontaux ou articulaires, allégués imputables au traitement ODF (12)

Résorptions radiculaires (6)

Suspensions de mortification, d'apparition de caries, de déminéralisations ou de lésions coronaires, de mobilisation d'un implant (6)

Récidives (5)

Retard de prise en charge (2)

Erreur de désignation lors de prescription d'extraction (2)

DOMMAGE CORPOREL ET DIVERS (35)

Coupures tissulaires (10)

- Joue (2), langue (1), lèvre (3), plancher buccal (4).

Brûlures tissulaires (3)

- Labiales par produit de mordantage, liquide antiseptique ; jugale par échauffement de tête de contre angle lors de soins sous AG (chirurgie plastique réparatrice nécessaire).

Ingestions diverses (6)

- Tournevis implantaire (1), couronne (1), tenon préfabriqué (1), instrument endodontique (1), clé screw post (1), embout arrache couronne (1).

Recherche de responsabilité consécutive à un décès (2)

- ➔ Dont un consécutif à un cancer du maxillaire, non diagnostiqué avant extraction des molaires maxillaires ; et un autre après une septicémie alléguée en relation avec rescellement d'une CCM chez patient porteur d'une prothèse de hanche.

Accidents corporels (4)

- ➔ Désolidarisation et chute du bras de l'installation radiographique, blessant à la tête le patient sur fauteuil (2) ; chute du bras du scialytique, fracturant les dents 11et 12 (1) ; projection de matériau dans l'œil d'un patient (1).

Déclarations diverses (7)

- ➔ Actes non pris en charge via le panier de soins CMU (2), assertion de soins non conformes au titre d'une discrimination ethnique (1), procédure judiciaire suite à des soins inférés inutiles (1), évocation de blanchiment insuffisant (1), allégation d'insuffisance d'information quant au montant global des honoraires soins plus prothèses (1), mise en cause des conclusions argumentées probantes d'un expert judiciaire (1).

Mise en cause de la responsabilité civile exploitation RCE (1)

Mise en cause de la responsabilité civile employeur REM (1)

Défaut de garantie contractuelle (1)

- ➔ Défaut d'assurance du praticien qui n'était plus garanti pour les actes d'implantologie pratiqués.

IMPLANTOLOGIE, SOULEVE ET COMPLEMENT DE SINUS (234)

On constate une augmentation constante des déclarations dans cette catégorie thérapeutique: de 100 en 2008, à 190 en 2012. Nous observons parmi les litiges recensés, que des réhabilitations implanto portées étendues, soit via bridge complet, soit via technique « all on four », sont mises en cause dans 51 dossiers, soit dans 22% de l'ensemble des déclarations.

▪ CHIRURGIE IMPLANTAIRE : 103 DECLARATIONS

- ➔ Péri implantites, absence ou défaut d'ostéo-intégration (27).
- ➔ Douleurs intenses durables, autres complications (17).
- ➔ Insuffisance d'indication ; erreurs d'axe ou de longueur de travail lors de la pose (29).
- ➔ Mise en charge immédiate contestée (1).
- ➔ CBS, sinusite, implant migré dans sinus (15).
- ➔ En notant dans cette catégorie, que 10 comblements - soulevés de sinus semblent avoir été une étiologie directe possible de l'aggravation constatée.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Lésion nerveuse avec perte de sensibilité ou paresthésie (14).

Liée pour une majorité à une insuffisance de précaution lors du forage ou à une absence de mesures radiographiques préopératoires.

▪ PROTHESES SUR IMPLANTS (72)

- ➔ Restaurations fixes (couronne unitaire ou bridge) présentant une inadaptation sur l'implant ostéo-intégré, contestation de l'aspect esthétique (28).
- ➔ Déclarations pour inadaptation des prothèses amovibles transvissées sur implants ou sur attachements implanto portés (26).
- ➔ Descelllements itératifs, dévissage de vis implantaire, de connexion (10).
- ➔ Fractures structurelles de bridges, bris cosmétiques de couronnes ou bridges (6).
- ➔ Problèmes occlusaux après réhabilitation (2).

▪ MISE EN CAUSE « MIXTE », A LA FOIS SUR LA PHASE CHIRURGICALE ET SUR LA REALISATION PROTHETIQUE (51)

Nous retrouvons les mêmes causes que celles évoquées ci-dessus, se superposant cette fois, par exemple insuffisance d'ostéo-intégration et pose malgré tout d'une restauration prothétique (qui s'avère parfois en plus inadaptée). Pour cette catégorie, la moitié des réhabilitations a été réalisée par un seul praticien, l'autre moitié par deux praticiens : dans ce contexte, nous retrouvons souvent comme critère inducteur des manquements constatés, une insuffisance voire une absence totale de concertation (tant lors de la conception qu'en cas de ré-évaluation clinique), entre le praticien assumant la phase chirurgicale et celui assumant la restauration prothétique.

8 déclarations diverses portant sur le matériel implanté lui-même : 5 fractures d'implant ou de col implantaire notamment, (2 d'entre elles résultant de tentatives de dépose de restaurations scellées sur implant) ; 3 fractures de vis implantaires.

SINISTRES MATERIELS (22)

Détériorations ou dommages provoqués lors d'une intervention, à un bien ou à un objet du patient.

DOSSIERS SANS AUCUNE SUITE ACTUELLEMENT (124)

Réclamation d'un patient (ou d'un tiers) auprès d'un sociétaire qui nous transmet en support de déclaration, la pièce écrite reçue au titre du litige débutant. Mais démarche non confirmée après cette première expression. L'absence de tout document communiqué ensuite en dépit de nos relances, ne permet pas d'établir avec certitude la nature exacte des doléances, notamment pour imprécision quant aux actes contestés, aux circonstances, à la situation clinique à terme : il s'avère actuellement impossible d'analyser et classer ce dossier en l'état.

SAGES-FEMMES

Les **15 901** sages-femmes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **11** déclarations (3 en exercice libéral et 8 en exercice salarié) : 8 plaintes pénales, 2 plaintes ordinaires et 1 réclamation.

Accouchement et post partum immédiat (6)

- ➔ Surveillance maternelle après un accouchement par voie basse avec forceps de Tarnier pour bradycardie à l'expulsion, puis hémorragie distillante (révision utérine puis sous valves par l'obstétricien présent, mèches). Décision tardive d'hystérectomie d'hémostase (atonie utérine et plaie vaginale complexe), transfert et décès. Il est reproché à l'équipe un retard d'évaluation de la gravité de l'hémorragie.
- ➔ Extraction instrumentale traumatique (spatules puis ventouse, puis dystocie des épaules) après un travail jugé de déroulement normal par la sage-femme. Naissance d'un enfant macrosome en état de mort apparente, atteint d'une anasarque. Décès.
- ➔ Survenue aux urgences médicales d'une métrorragie et rupture des membranes à 37 SA (mari en cours d'hospitalisation en urgence). Nécessité de procéder aux démarches administratives pour faire hospitaliser ses enfants présents en pédiatrie, faute d'autre solution, avant une admission en maternité. Césarienne trente minutes après son arrivée en maternité pour HRP, naissance d'un enfant en état de mort apparente et décès. Antécédents d'HRP et de mort fœtale *in utero*.
- ➔ Enfant né par césarienne (terme dépassé), Apgar satisfaisant, confié à sa mère deux heures plus tard pour la tétée. Arrêt cardiorespiratoire et décès.
- ➔ Décès d'un enfant après césarienne, hémorragie sévère.
- ➔ Appel par la sage-femme, de l'obstétricien à domicile pour anomalies du RCF. Naissance en occipito sacré par forceps d'un enfant intubé, ventilé et transféré par SAMU. Etat de mal convulsif, problèmes organisationnels dans cette maternité, fermée depuis, avec une seule sage-femme présente pour la salle de naissance et le *post partum* et confrontée à cinq accouchements en douze heures.

Echographie (2)

- ➔ Echographie du premier trimestre. Dépistage combiné dans les délais puis échographie morphologique signalant un profil « à contrôler » et une hyperéchogénicité des piliers de la mitrale. Contrôle sans anomalie et deuxième contrôle par médecin. Naissance d'un enfant trisomique sans cardiopathie.
- ➔ Echographie du premier trimestre décrivant les quatre membres et trois segments, puis échographie morphologique retrouvant une agénésie d'un membre inférieur avec conservation du pied (ITG refusée). Plainte ordinaire avant la naissance.

Divers (3)

- ➔ Patiente suivie en psychiatrie (schizophrène et bipolaire). Sortie autorisée à J 5 après accouchement par voie basse compliqué d'une hémorragie de la délivrance traitée par embolisation. Patiente revue à plusieurs reprises ensuite avec encadrement par des consultations du psychiatre (hospitalisation proposée refusée). Suicide six jours après la sortie.
- ➔ Reproche la qualité de la prise en charge n'ayant pas permis d'éviter une fausse couche spontanée.
- ➔ Plainte ordinaire pour préjudice moral suite à la prise en charge d'une maturation cervicale, conciliation.

INFIRMIERS

Les **92 474** infirmiers (ères) sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **30** déclarations (29 en exercice libéral et 1 en exercice salarié) : 6 plaintes ordinaires, 1 procédure civile, 18 réclamations et 5 saisines d'une CCI.

Soins à domicile (13)

- ➔ Soins d'hygiène et distribution de médicaments chez un homme de 91 ans, en hébergement d'été temporaire proche de sa famille. Appel du généraliste du fait d'une déshydratation. Hospitalisation refusée par la famille. Trois jours plus tard, appel de l'infirmier en matinée après les soins, décision d'hospitalisation du fait de troubles neurologiques, transport rapide après contact du centre 15. Décès d'un AVC. La famille estime que des soins non diligents ont participé à cette évolution.
- ➔ Soins d'hygiène chez un patient dépendant et dément. Décès. Manque de matériel adapté à sa dépendance, difficultés à appréhender la situation reconnue par l'épouse dans un courrier de remerciements. Plainte initiée par un descendant. (Un généraliste est également concerné).
- ➔ Soins pendant quinze jours après amputation d'orteil (cellulite et nécrose chez un diabétique déséquilibré avec artérite inaccessible à la chirurgie). Conseil, six jours après le retour, de revoir le généraliste. A dix jours, consultation chirurgicale. A quinze jours, conseil d'hospitalisation différée au lendemain par la famille. Gangrène gazeuse et choc septique. Amputation trans tibiale. (Deux IDE sont concernés ainsi qu'un cardiologue).
- ➔ Soins à domicile encadrés par deux visites de généraliste en quinze jours suite à une blessure de la plante du pied en bord de mer chez un diabétique. Le patient n'aurait pas respecté les consignes, (port de chaussures inadaptées, pas de limitation de l'activité, non rappel du généraliste malgré le conseil formulé, absences du domicile à l'heure des soins...). Hospitalisation en urgence pour amputation trans tibiale.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Soins d'une stomie chez une femme de 83 ans. Quelques heures plus tard, échange téléphonique avec son fils prévenu par sa mère d'une fuite sur la poche. Proposition du fils de se déplacer avant l'heure où l'IDE est disponible. Plainte pour non-assistance à personne en danger, rupture du contrat de soins et dépôt d'une main courante.
- ➔ Soins d'hygiène chez un patient hémiparétique, aide au lever avec canne et déambulation sans accompagnement à la salle de bains « comme à l'accoutumée ». Chute et fracture du col fémoral nécessitant une prothèse.
- ➔ Lors de la toilette en position debout chez un parkinsonien de 84 ans, lâchage de la barre d'appui, infirmière à ses côtés. Fracture du bassin et contusion de l'épaule.
- ➔ Soins de nursing chez une patiente de 83 ans (greffe rénale et traitement anticoagulant), constat d'un hématome de l'avant-bras au décours d'un habillage (a tiré sur le bras pour enfiler une robe). Fistulisation à la peau, hémorragie, transfusions et intervention chirurgicale. Reproche un geste brutal.
- ➔ Soins avant intervention d'allongement du fléchisseur du gros orteil suite à des séquelles de sarcome, intervention compliquée de sepsis.
- ➔ Omission d'un passage en soirée en HAD pour distribution d'un antiépileptique. Etat de mal convulsif le lendemain, en fait sans lien avec l'absence de prise médicamenteuse mais avec un nouvel AVC.
- ➔ Ablation trop précoce (10^{ème} jour et non 20^{ème} selon prescription) de points de suture après exérèse d'un nævus. Cicatrice disgracieuse.
- ➔ Ablation de straps par erreur en vue de la réalisation d'un pansement. Consultation auprès du chirurgien nécessaire le jour même pour remise en place après appel du kinésithérapeute par la patiente. Demande le remboursement des frais engagés.

Soins en Ehpad (1)

- ➔ Surdosage en Méthotrexate[®] chez une femme de 94 ans, posologie d'un comprimé par jour pendant six jours au lieu d'un comprimé par semaine délivrée à l'initiative de l'infirmière. Décès quinze jours plus tard.

Gestes (12)

▪ PERFUSIONS DE FER A DOMICILE (3)

- ➔ Perfusion sur lieu de travail (bar) pour satisfaire aux exigences de la patiente. Constat d'un hématome immédiat par l'infirmière. Patiente non repiquée, extravasation confirmée suite à un appel un quart d'heure plus tard. Tatouage indélébile et troubles sensitifs allégués (canal carpien).
- ➔ Perfusion à domicile, arrêt de la perfusion car malaise vagal puis reprise. Irritation locale et œdème en fin de perfusion, extravasation et tatouage cutané.

- ➔ Perfusion à domicile, douleur en fin de perfusion, hématome secondaire douloureux et pigmentation cutanée.
- **INJECTION SOUS CUTANEE D'UNE HBPM (1)**
 - ➔ Injection dans la cuisse. Douleur le lendemain traitée par Hémoclar® et pansement alcoolisé avant conseil de consulter. *Statu quo* décidé par l'urgentiste devant un hématome important. Nécessité ultérieure de la mise à plat d'un abcès, retard de cicatrisation et évolution également défavorable de la pathologie initiale du fait de complications locales. Il est reproché une préparation cutanée non conforme.
- **INJECTION IM DE KENACORT® (1)**
 - ➔ Dans le deltoïde chez une femme de 22 ans. Nécrose graisseuse importante et atrophie sous-cutanée. Chirurgie esthétique en cours.
- **PRELEVEMENT SANGUIN (1)**
 - ➔ Par stagiaire. Echec, hématome sans gravité apparente constaté deux jours plus tard. Evolution vers l'extension et une thrombose veineuse infectée nécessitant un geste chirurgical.
- **PRELEVEMENT SANGUIN (1)**
 - ➔ Hématome.
- **ERREUR DE POSOLOGIE (1)**
 - ➔ Lors d'injections d'Androtardyl® chez un enfant de 6 mois. Accélération de la croissance osseuse et virilisation. Nécessité d'un bilan hospitalier confirmant l'origine iatrogène et le report de l'intervention prévue pour hypospadias et micro pénis.
- **ERREUR DE MANIPULATION (2)**
 - ➔ Du stylo injecteur contenant un stimulateur de l'ovulation (Ovitrelle®) en vue d'une FIV. Echec de celle-ci et confirmation d'un taux sanguin nul du médicament. Stylo injecteur retrouvé rempli. Demande le remboursement des frais engagés (patiente étrangère).
 - ➔ Suite à l'injection d'Ovitrelle®, lors d'une FIV. Reproche d'une perte de chance de grossesse.
- **ERREUR DE PRODUIT INJECTABLE (1) ET MAUVAISE REALISATION D'UNE INJECTION SOUS-CUTANEE PAR STYLO INJECTEUR (1).**

Divers (4)

- ➔ Plainte d'une patiente suite à l'injection d'un médicament IM avec une aiguille plus longue que d'habitude (1^{ère} injection) puis refus de la 2^{ème} injection, l'infirmière ayant sorti une aiguille courte d'un blister de deux aiguilles, déjà ouvert pour un autre patient. Angoisse majeure et certitude irraisonnée d'avoir été possiblement contaminée justifiant plusieurs consultations médicales et une demande d'examens sérologiques.
- ➔ Rupture du contrat de soins à l'initiative de l'infirmière, face à l'agressivité avec coups d'un patient dément.

- ➔ Une employée de maison s'est piquée avec une aiguille tombée sous un canapé au décours d'un soin.
- ➔ Mise en cause par erreur, l'IDE n'a pas participé aux soins.

MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Les **28 377** masseurs kinésithérapeutes sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **63** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **0,23 %** (contre **0,32%** en 2012) : **4** procédures civiles, **2** plaintes ordinaires, **57** réclamations.

Complication ou aggravation lors de séances de kinésithérapie (25)

▪ EN POSTOPERATOIRE (10)

En établissement (1)

- ➔ Premier lever d'un patient opéré deux jours plus tôt d'un canal lombaire étroit, décrit comme normal mais difficile par le kinésithérapeute et décrit comme impossible par le patient. Syndrome de la queue de cheval constaté le lendemain et évacuation d'un hématome. Séquelles parétiques. Reproche de ne pas avoir alerté le chirurgien.

Au cabinet (9)

- ➔ Imputé à une manipulation violente après arthroplastie de l'épaule, d'être responsable du déclenchement de paresthésies des trois derniers doigts. Nombreux examens complémentaires mais mécanisme mal précisé. Il est évoqué une atteinte plexique partielle ou cubitale.
- ➔ Rupture de la suture d'un long fléchisseur du pouce lors d'un exercice. Ré-intervention.
- ➔ Rupture tendineuse au 4^{ème} doigt au décours de la prise en charge de plaie des doigts par une tronçonneuse.
- ➔ Diagnostic de rupture de l'extenseur du pouce un mois après la fin des séances pour fracture du poignet ostéosynthésée, les douleurs ayant fait d'abord décider de retirer le matériel.
- ➔ Fracture d'un métacarpien lors d'une séance de kinésithérapie à domicile, trois semaines après une ostéosynthèse pour fracture de la base de ce métacarpien et un retrait récent du matériel.
- ➔ Fissuration tibiale après mobilisation active et passive du genou sur récente prothèse de genou. Séance ayant déclenché une vive douleur. Plâtre.
- ➔ Antécédent de grave fracture de cheville avec ostéosynthèse. Chute et entorse traitée par attelle. Venu pour ostéopathie d'une tendinite du bras. Le kinésithérapeute aurait « manipulé le membre blessé sans attelle ». Scintigraphie prévue réalisée ensuite et révélant une fracture du pilon tibial.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Récidive d'une luxation d'épaule (troisième épisode) lors de la 9^{ème} séance avec poids. Réduction par orthopédiste.
- ➔ Récidive d'une rupture du tendon d'Achille plâtrée deux mois lors d'un exercice unipodal sur plateau instable.
- **AUTRES (15)**
 - ➔ Séance d'ostéopathie ou manœuvre d'étirement un peu brutale lors de la rééducation du rachis dorso lombaire, avec ou non douleur immédiate, fissuration ou fracture d'une ou de plusieurs côtes (7).
 - ➔ « Manipulation » cervicale accusée d'être responsable d'une parésie puis paralysie C8 chez un médecin s'étant auto prescrit des séances. Cervicarthrose ancienne avec entorse C7/T1 sur l'imagerie postérieure aux soins. Transposition tendineuse et retentissement professionnel.
 - ➔ Ostéopathie (épicondylite et douleurs rachidiennes), craquement de l'épaule et impotence fonctionnelle du membre supérieur. Diagnostic de fissurations tendineuses trois mois plus tard.
 - ➔ Fracture impaction du calcanéum découverte au décours d'une séance avec étirement sural et prise calcanéenne chez une paraplégique.
 - ➔ Déclenchement d'une névralgie cervico-brachiale après onze séances de rééducation du rachis cervical. Hernie discale cervicale à l'IRM attribuée à celles-ci.
 - ➔ Aggravation de douleurs cervicales après séances pour arthrose de localisations multiples, puis reproches globaux sur la prise en charge et refus du kinésithérapeute de poursuivre les soins.
 - ➔ Aggravation des douleurs rachidiennes.
 - ➔ Aggravation des douleurs après la 4^{ème} séance pour périarthrite calcifiante de l'épaule.
 - ➔ Aggravation alléguée des douleurs en cours d'une rééducation pour arthrose de hanche.

Chute et dommage corporel (28)

- **LORS DE REEDUCATION A DOMICILE (1)**
 - ➔ Rééducation de la marche chez une patiente myopathe en surpoids. Fracture des deux tibias en s'effondrant brutalement.
- **LORS DE REEDUCATION AU CABINET (27)**
 - **Balnéothérapie (4)**
 - ➔ Chute en sortant de la douche après une séance de balnéothérapie. Fracture tassement de L1 et hématomes multiples.
 - ➔ Chute en sortant de la piscine, en glissant sur un sol non muni d'antidérapant, hématomes (1), ou sur un sol glissant, fracture du poignet (1).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Au décours d'une séance de balnéothérapie, sans précision sur les circonstances de la chute, fractures costales.

En montant ou descendant de la table d'examen (5)

- Sans aide, le plus souvent, en glissant sur le marchepied : rupture du ligament scapholunaire opéré, algodystrophie (1), fractures costales (1), fracture de localisation non précisée et plâtrée (1), fracture de la tête radiale (1), conséquences non précisées (1).

Chute de la table d'examen (3)

- Pendant un massage à la faveur d'un retournement sollicité ou inopiné, fractures costales étagées (1), « entorse » (1), fracture du poignet ostéosynthésée (1).

Du fait d'un abaissement inopiné de la table d'examen (2)

- A la faveur d'un heurt, fracture de la clavicule (1) ou déchirure musculaire avec impotence temporaire du côté d'une prothèse de hanche récente (1).

Lors d'exercices sur plateau de Freeman (3)

- Chute hors de la présence du kinésithérapeute : entorse du poignet immobilisée (1), fracture de la styloïde radiale et du scaphoïde ostéosynthésée (1), plaie occipitale et lombalgies (1).

Tapis roulant (1)

- Déséquilibre et chute du fait de la mise en marche de l'accélérateur par le patient. Fracture de l'épaule.

Stimulation optocinétique (1)

- Lors d'exercices dans l'obscurité, sur plateforme posturale, pour rééducation de troubles de l'équilibre d'origine neurologique, chute en avant non rattrapée par le kinésithérapeute présent à ses côtés. Traumatisme facial important avec fracture des parois du sinus maxillaire, du plancher de l'orbite et du malaire.

Ballon (1)

- Chute en se relevant. Fracture du fémur ostéosynthésée.

En appui unipodal (2)

- Chute lors d'exercice debout contre la barre au décours d'une prothèse de hanche, en l'absence du kinésithérapeute. Fracture de l'humérus.
- Chute à la faveur d'une perte d'équilibre sans possibilité de l'amortir. Fracture du fémur sous une prothèse de hanche récente.

Divers (5)

- Fracture du pouce coincé dans une sangle.
- Chute en remettant ses chaussures en appui sur le marchepied qui a glissé.
- Chute sans précision sur les circonstances et conséquences.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Traumatisme crânien bénin pendant un soin.
- ⇒ Rupture d'une prothèse mammaire.

Geste technique (9)

- ⇒ Brûlures lors de diverses techniques : pack trop chaud (4), physiothérapie (4) par ionisation, infrarouge ou técarthérapie (sans bilan ni avis médical pour gonalgies, ulcération évoluant vers un abcès tibial) laissant parfois des dyschromies cutanées, dont une fois après surinfection des brûlures.
- ⇒ Dans un cas, brûlure au contact de la plaque posée sur la jambe après radiofréquence pour tendinite achilléenne.

Divers (1)

- ⇒ Refus de prendre en charge un patient en accident de travail, alléguant des remboursements tardifs dans ce cadre.

PEDICURES – PODOLOGUES

Les **6 137** pédicures podologues sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **14** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **0,23 %** (contre **0,26 %** en 2012) : **4** plaintes ordinaires et **10** réclamations.

Prise en charge (7)

- ⇒ Exérèse d'hyperkératoses et coupe d'ongles sans incident. Consultation unique. Plaie alléguée dont l'évolution défavorable a abouti à l'amputation d'une phalange d'un orteil chez ce patient diabétique insulino-dépendant.
- ⇒ Fraisage et soins dans le sillon para-unguéal du gros orteil chez un diabétique insulino-dépendant. Pas de plaie. Infection locale un mois plus tard traitée par le généraliste, puis chirurgie d'un ongle incarné et bilan artériel révélant une artériopathie des membres inférieurs. Revascularisation envisagée.
- ⇒ Plaie cutanée dans le sillon latéral du gros orteil. Apparition secondaire d'un botriomycome.
- ⇒ Plaie cutanée dans un sillon du premier rayon. Intervention un mois plus tard pour ongle incarné, attribué par la patiente à cette blessure.
- ⇒ Blessure d'un orteil lors d'un soin, chez une patiente en cure thermale. Antibiothérapie et soins locaux du fait d'une infection cutanée.
- ⇒ Réclame un dédommagement suite à la contestation de soins pour cor au pied. Conciliation devant le Conseil de l'Ordre.
- ⇒ Mécontentement suite à des soins.

Semelles orthopédiques (4)

- ➔ Contestation de la conformité de semelles orthopédiques du fait d'une gêne fonctionnelle (2), du déclenchement d'une névralgie de Morton (1), d'une compensation jugée excessive (1) avec déclenchement de rachialgies (plainte six mois plus tard, patiente non revue).

Chute et dommage corporel (3)

- ➔ Chute d'une femme autonome âgée de 89 ans au moment de se rechausser, en l'absence du pédicure parti stériliser son matériel. Fracture de l'olécrane ostéosynthésée.
- ➔ Chute en s'installant sur le fauteuil dont l'accoudoir n'était pas verrouillé. Perte de connaissance, hématomes multiples, plaie de l'arcade sourcilière suturée et céphalées.
- ➔ Basculement brutal du dossier de la table d'examen. Fracture d'un doigt.

AUTRES PARAMEDICAUX

- **ORTHOPTISTE (1)** (Réclamation, exercice libéral)
 - ➔ Chute en arrière en se relevant d'un tabouret dont une soudure de l'assise a lâché. Nombreuses ecchymoses, dont un hématome superficiel occipital.
- **PSYCHOLOGUE (1)** (Réclamation, exercice libéral)
 - ➔ Contestation des conclusions d'un test de QI chez un enfant et demande de remboursement.

VETERINAIRES

Les **2 234** vétérinaires sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont adressé **214** déclarations, soit une sinistralité de **9,62 %**.

Bovins (121)

- **OBSTETRIQUE (89)**

Mise bas : (12) et/ou extraction forcée par les voies naturelles (3)

Césariennes (55) dont :

- ➔ Sociétaire appelé pour une torsion de matrice sur une vache. Impossibilité de réduire la torsion. Une césarienne est décidée. Impossibilité de rapprocher l'utérus près de la plaie de laparotomie en raison du poids de la matrice gonflée de liquides fœtaux. Sutures étanches.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Pendant la césarienne, la vache fait une violente ruade en dépit du système d'entrave mis en place. La panse se trouve extériorisée de la cavité abdominale. Mort de la vache après rupture de l'artère utérine.
- ➔ Césarienne sur une vache. Anses intestinales particulièrement distendues et remplies d'air. L'animal présente un volvulus. Réouverture (une portion d'un mètre est détachée du mésentère). Le rapport d'autopsie indique que le volvulus concernait la totalité de l'iléon et du jéjunum.
- ➔ Torsion légère de l'utérus avec un veau en position postérieure. Tentative infructueuse d'extraction à la vèleuse. Césarienne décidée. Alors que l'opération n'est qu'au stade de la préparation, la vache se couche brutalement. Sa respiration s'accélère et présente des mouvements agoniques. Elle décède rapidement. Le sociétaire se précipite pour extraire le veau mais le fœtus extrait est mort. A l'autopsie, hémorragie interne massive ayant pour origine une déchirure de la paroi utérine à l'extrémité de la corne gravide.

Diagnostic de gestation (1)

Prolapsus utérin (7) et renversement de la matrice (4)

Déplacement de la caillette (7) dont :

- ➔ Le sociétaire réalise une pexie de la caillette sur une vache en souffrance depuis trois semaines. Laparotomie du flanc droit. Mobilisation difficile de la caillette. Le sociétaire fait appel à un confrère et se trouve contraint de réaliser une seconde ouverture sur le flanc droit. Intervention d'une durée de 1 heure 30. Décès de la vache. L'autopsie révèle que le point d'ancrage n'a pas tenu.

▪ CHIRURGIE (6)

Chirurgie Stérilisation mâle (1)

Chirurgie orthopédique (2)

Chirurgie générale (3)

Dont :

- ➔ Opération de réduction de hernie ombilicale sur un veau. L'animal a présenté une grave complication anesthésique non fautive. Les mesures appliquées par le sociétaire ont été conformes aux pratiques habituelles sur ce type d'intervention, celles-ci ayant été compromises par une anomalie anatomique de la trachée dont le sociétaire ne peut être tenu pour responsable.

▪ MEDECINE (13)

➤ Défaut de diagnostic (3)

Anesthésie (4) dont :

- Taurillon ayant une corne cassée. Le sociétaire décide de l'écorner sous anesthésie. Il quitte la ferme sans surveiller le réveil. La dose de Xylazine injectée par voie intraveineuse, est trop importante par rapport aux doses recommandées par le DMV (près du triple de la dose recommandée).

➤ Drenchage (4)

Autre (2)

- Vache présentant une baisse de production laitière. Le sociétaire diagnostique une dilatation du caecum peu après la perfusion de corticoïdes. La vache s'écroule, victime d'une fibrillation cardiaque. L'autopsie révélera une hémorragie du colon spiral, une néphrite et une bronchopneumonie subaiguë avec abcès.
- Élevage faisant face à un épisode de BPIE. Le sociétaire diagnostique un emphysème pulmonaire. Mort brutale du taurillon. L'autopsie révèle des lésions pulmonaires très importantes. Pleurésie fibreuse bilatérale ayant entraîné une rupture des lobes pulmonaires et la constitution d'une volumineuse cavité aérienne au niveau du lobe caudal droit.

▪ PHARMACIE VETERINAIRE (1)

- Le sociétaire se trompe de vaccin, rendant sérologiquement positifs à l'IBR quatre veaux à haute valeur génétique. Impossibilité de les faire entrer dans un centre de sélection.

▪ FORMALITES (4)

▪ CONTENTION (7)

▪ GARDE JURIDIQUE (1)

Chats, chiens (84)

▪ CHIRURGIE (28)

Chirurgie générale (11)

Dont :

- Lésion oculaire causée par notre sociétaire lors d'une intervention chirurgicale sur la paupière d'un chien. Ulcère de la cornée. Fils de suture laissé en place.
- Chienne opérée d'une ovario-hystérectomie suite à une métrite. L'animal est réopéré par un autre vétérinaire pour complication infectieuse. Péritonite avec d'importantes adhérences confirmées et importante collection purulente autour du moignon utérin résiduel. Défaut d'étanchéité de la suture chirurgicale.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ⇒ Apparition d'une zone de nécrose épidermique sur une chienne, à un emplacement compatible avec la localisation de la plaque du bistouri électrique lors de l'intervention.

Chirurgie stérilisation femelle (13) dont :

- ⇒ Chienne admise pour stérilisation. Masque placé sur la gueule relié à un appareil permettant de surveiller la respiration. Fuite de la batterie. Détérioration de la carte électronique. Collapsus cardiorespiratoire. Pas d'alerte. Mort de la chienne.

Chirurgie orthopédique (4)

Dont :

- ⇒ Chien présentant un problème de boiterie intermittente du membre postérieur droit. Diagnostic de luxation de la rotule. Rotule gauche opérée au lieu de la droite.

▪ OBSTETRIQUE (5)

Dont :

- ⇒ Césarienne sur chienne Basset Hound. Deux jours plus tard, naissance de deux autres chiots morts nés.

▪ MEDECINE (10)

Défaut de diagnostic (10) dont :

- ⇒ Rédaction d'un certificat pour un chien, à un éleveur. Pas de mention d'absence de souffle cardiaque décelable à ce jour. Certificat erroné.
- ⇒ Chien vu par sociétaire pour vomissements. Hospitalisation. Echographie abdominale préconisée. Présence corps étranger de grande taille subocclusif dans l'estomac. Reproche nouvelle échographie.

▪ PHARMACIE VETERINAIRE (10)

Dont :

- ⇒ Chienne suivie pour démodécie. Echec des traitements. Le sociétaire propose un traitement hors AMM avec le consentement éclairé du propriétaire. Prescription de Cydectine® bovin 1 % alors que le sociétaire administre Cydectine® bovin 10 %.
- ⇒ Chienne présentant un coup de chaleur. Etat comitial et vomissements. Hospitalisation pour gérer les troubles liés à un œdème cérébral ou une CIVD. Symptômes neurologiques attribués à un probable œdème cérébral suite au coup de chaleur. Diarrhée. Les examens sanguins montrent une insuffisance rénale et hépatique, une hyponatrémie et une hyperkaliémie. Mise sous perfusion. Coma et mort de la chienne. Autopsie révélant une CIVD consécutive au coup de chaleur. Le propriétaire reproche un défaut de prise en charge et de surveillance, l'administration d'un dérivé morphinique trop risqué et de ne pas avoir recherché de signes cliniques de CIVD.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

▪ ANESTHESIE (13)

Dont :

- ➔ Chien Yorkshire victime d'un collapsus cardiovasculaire au décours d'un détartrage sous AG. Surdosage du produit anesthésique.
- ➔ Opération de convenue sur une chienne. Responsabilité civile professionnelle engagée pour défaut de vérification du bon fonctionnement de l'appareil d'anesthésie gazeuse. Mort de la chienne. Apnée.

▪ INFECTION NOSOCOMIALE (3)

Dont :

- ➔ Le sociétaire effectue la pose d'une prothèse d'un LCA sur une chienne. Lors du retrait des fils cutanés, zone œdémateuse. Complication infectieuse (pseudomonas).

▪ FORMALITES (7)

Dont :

- ➔ Le sociétaire voit un chiot pour primo vaccination. Pas de demande de certificat avant cession demandée par l'éleveur. L'examen des oreilles se limite à l'observation visuelle simple des conduits auditifs permettant de dépister une éventuelle otite. Chien vendu. Le confrère décèlera une agénésie du conduit auditif interne.

▪ CONTENTION (7)

Dont :

- ➔ Propriétaire mordu par son chien lors de la consultation.
- ➔ Visite d'adoption d'un chiot. Propriétaire profite de la visite pour interroger le sociétaire sur les méthodes d'éducation à appliquer pour corriger le caractère mordeur du chien. Il accompagne ses recommandations d'une démonstration sur le chiot, et en particulier lui montre comment attraper l'animal par la peau du cou pour lui signifier certains interdits. L'animal, stressé, manifeste une dyspnée qui s'aggrave de minute en minute. Œdème pulmonaire inquiétant. Décès. La radio montrera une hypoplasie de la trachée réduisant drastiquement son diamètre.

▪ PLAINTES ORDINALES (1)

- ➔ Sociétaire mordu par un chien lors d'une consultation. Réaction vive du propriétaire suite aux mesures réglementaires face à un chien « mordeur ». Plainte devant le Conseil de l'Ordre. Débouté.

Chevaux (5)

- ANESTHESIE (1)
- MEDECINE (2)

Dont :

⇒ Cheval examiné pour arrêt du transit intestinal. Persistance de coliques. Fouille rectale : impaction du colon. Sédation puis sondage œsophagien (5 litres d'huile de paraffine fluide). Autopsie : absence de paraffine dans les crottines. L'huile a été administrée dans les poumons. Bronchopneumonie sévère.

- PHARMACIE (2)

NAC (4)

- ⇒ Le sociétaire reçoit en consultation une tortue léopard. L'examen des selles met en évidence une infestation massive par des flagelles. Le sociétaire ne parvient pas à extérioriser la tête pour lui faire prendre son médicament. Décision d'anesthésier. La tortue est rendue à son propriétaire mal réveillée. Mort de la tortue. Défaut de surveillance du réveil.
- ⇒ Alpaga : Anesthésie
- ⇒ Perroquet : Contention
- ⇒ Porc : Stérilisation

CLINIQUES

Catherine LAMBLLOT

Directeur juridique des sinistres médicaux – MACSF

Les **228** cliniques privées sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical en 2013 ont adressé **937** déclarations, dont **727** déclarations de sinistres et **210** déclarations conservatoires.

DECLARATIONS DE SINISTRES (727)

Pour bien cerner le périmètre de l'étude, on rappellera la définition du sinistre au sens du droit des assurances.

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* »³.

³ Article L 124-1-1 du Code des assurances

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

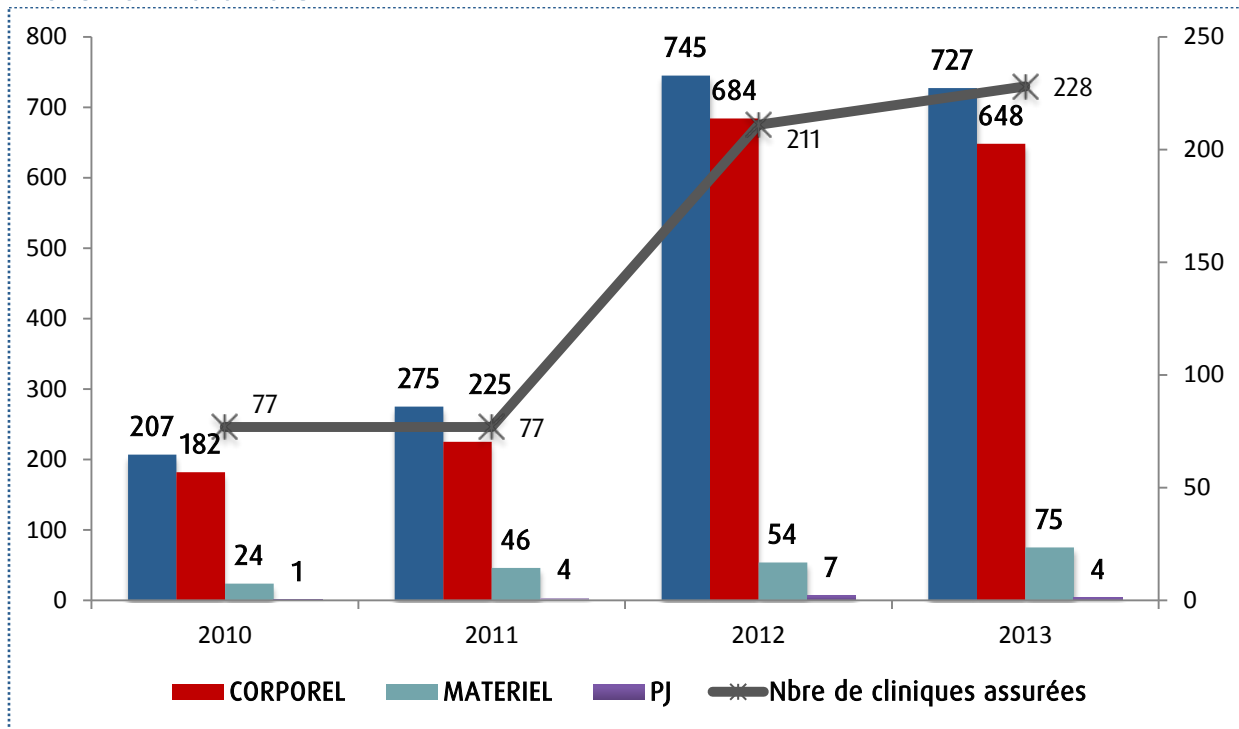
Constitue une **réclamation** « toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'assuré ou à son assureur »⁴.

Répartition des déclarations selon l'objet du sinistre

Sur les 727 sinistres déclarés, on compte :

- 648 accidents corporels ;
- 75 dommages matériels ;
- 4 usages de la garantie Protection Juridique.

EVOLUTION 2010-2013 EVENEMENT



En rapport avec l'évolution du nombre de cliniques assurées à la MACSF, on constate une diminution du nombre de sinistres déclarés depuis 2011. Alors que l'on comptait, en 2011, 3,6 sinistres en moyenne par clinique assurée et 3,5 en 2012, on en compte 3,2 en 2013.

On peut y voir le résultat des actions de prévention menées par la MACSF auprès des établissements de santé qu'elle assure, et notamment des visites de risques générales ou ciblées qu'elle entreprend depuis quelques années.

Ce résultat est notamment significatif pour les sinistres corporels sur les deux dernières années avec 3,2 sinistres déclarés en moyenne par clinique en 2012 et 2,8 en 2013.

Alors que le portefeuille de cliniques assurées à la MACSF s'est enrichi de 17 établissements, le nombre de sinistres a diminué de 36.

⁴ Article L 251-2 du Code des assurances

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

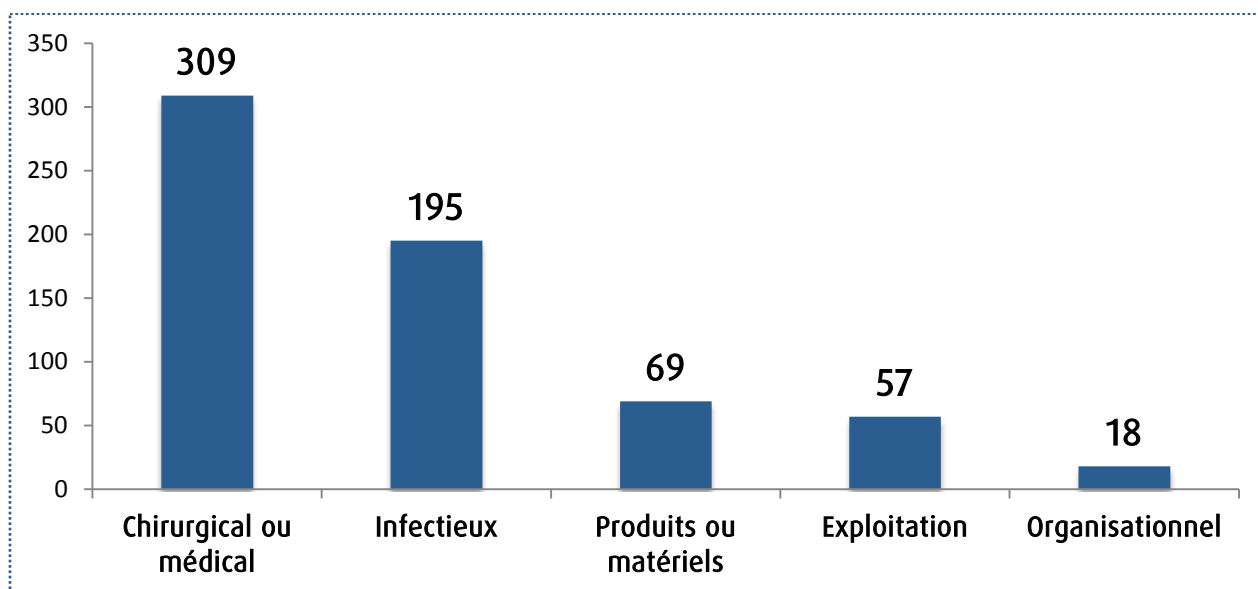
La proportion des sinistres matériels déclarés en 2013 connaît une légère progression avec 1 sinistre déclaré en moyenne pour 3 établissements, contre 1 pour 4 en 2012. Ce taux est néanmoins plus favorable que celui constaté en 2011 de l'ordre de 1 sinistre pour 2 sociétaires.

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 est extrêmement faible.

ACCIDENTS CORPORELS (648)

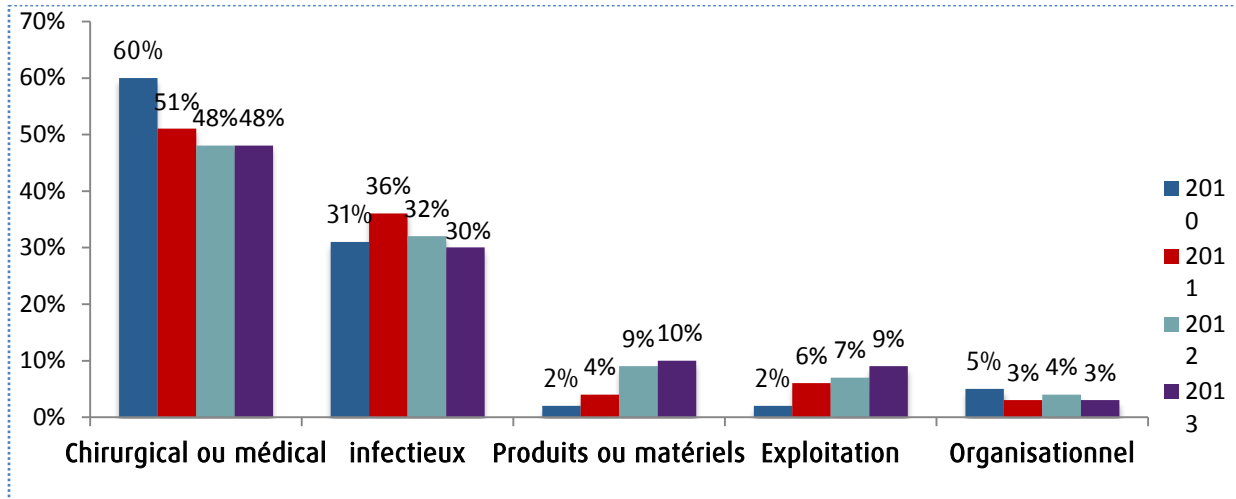
Répartition selon la nature du sinistre

Sur les 648 accidents corporels déclarés en 2012, 48 % sont estimés, à l'ouverture du dossier, comme étant imputables à la pratique chirurgicale ou médicale, 30 % à une infection associée aux soins, 10 % à l'utilisation ou la fourniture d'un produit ou d'un matériel, 9 % à un problème en lien avec l'exploitation des locaux et 3 % à un dysfonctionnement dans l'organisation des services.



Depuis au moins quatre ans, on constate une certaine constance dans la répartition des types de sinistres déclarés.

EVOLUTION 2010-2013



■ ACCIDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (309)

Après une diminution sensible, le nombre de sinistres mettant en cause un acte médical ou chirurgical semble se stabiliser depuis deux ans. Néanmoins, leur volume demeure important puisqu'ils représentent près de la moitié des sinistres déclarés par les sociétés établissements de soins de la MACSF.

De prime abord, on pourrait s'étonner de ces résultats dans la mesure où, rappelons-le, ces statistiques ont trait aux seuls établissements assurés à la MACSF, au sein desquels les praticiens en exercice relèvent, de manière quasi exclusive, d'un régime d'exercice libéral.

Or, les établissements de soins privés ne sont pas garants des fautes commises par les praticiens libéraux, avec lesquels ils ne sont pas liés par un contrat de travail et donc un lien de subordination.

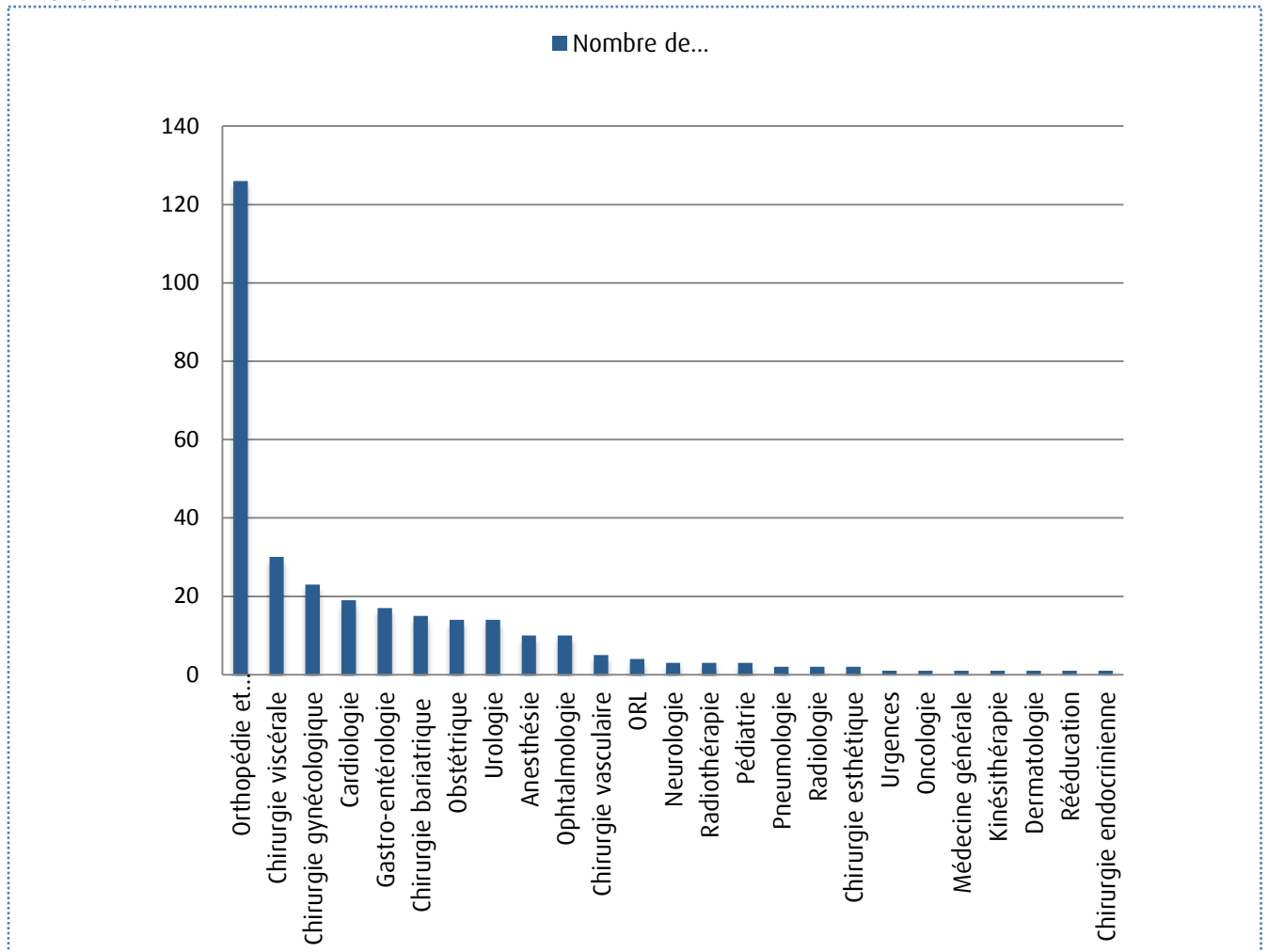
Alors, comment expliquer ce volume de mises en cause des établissements pour des événements *a priori* étrangers à leur périmètre de responsabilité ?

Comme nous le soulignons déjà l'année dernière, l'évolution des organisations médicales explique sans doute ce phénomène. Au sein des établissements de santé interagissent différents acteurs, d'horizons et de statuts différents, dont les rôles et les responsabilités respectives ne sont pas toujours très perceptibles pour le patient qui vient se faire soigner.

Il reçoit, en un seul lieu, une offre globale de soins sans comprendre les subtilités juridiques qui s'en trouvent à la source (conventions de groupements sanitaires, conventions d'exercice avec des cabinets libéraux implantés dans les locaux de l'établissement).

Le patient qui s'estime victime d'un dommage au cours de son séjour va donc naturellement rechercher, en plus de la responsabilité des praticiens qui l'ont pris en charge, celle de l'établissement qui l'a accueilli, avec lequel il a conclu un contrat d'hospitalisation et qu'il considère comme le garant de la sécurité de l'ensemble de sa prise en charge, à charge pour ce dernier d'associer à la procédure les acteurs indépendants dont il s'est adjoint le concours.

REPARTITION PAR DOMAINE DES DECLARATIONS D'ACCIDENTS CHIRURGICAUX OU MEDICAUX



Orthopédie et neurochirurgie (126)

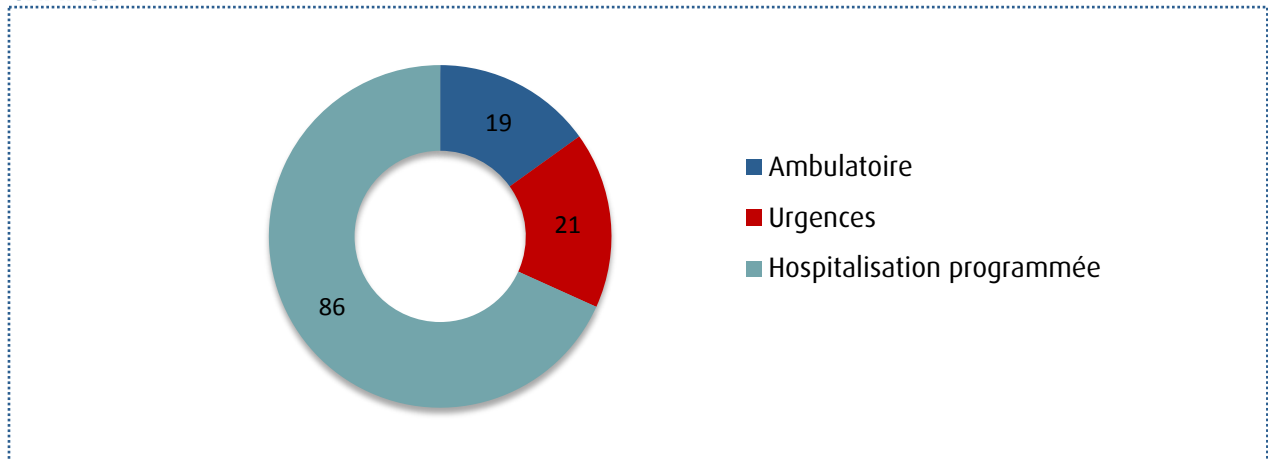
A la différence de l'année dernière, nous avons regroupé l'orthopédie et la neurochirurgie afin de nous intéresser à la nature de l'acte et son risque plus qu'à la spécialité de l'opérateur.

En effet, on s'aperçoit, en pratique, que les périmètres d'activité de ces deux spécialités se recoupent sur un certain nombre d'actes.

Ces deux spécialités affichent, comme chaque année, le plus grand nombre de sinistres chirurgicaux déclarés par nos sociétaires établissements de soins (environ 40 %).

Sur les 126 déclarations, 86 patients étaient pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation, 21 en urgence et 19 en ambulatoire.

ORTHOPÉDIE/ NEUROCHIRURGIE : REPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



On constate que le taux de patients pris en charge en ambulatoire dans ces spécialités augmente, passant de 5 en 2012 à 19 en 2013.

La promotion de l'ambulatoire dans les établissements se répercute nécessairement dans les bilans d'occurrence de sinistralité.

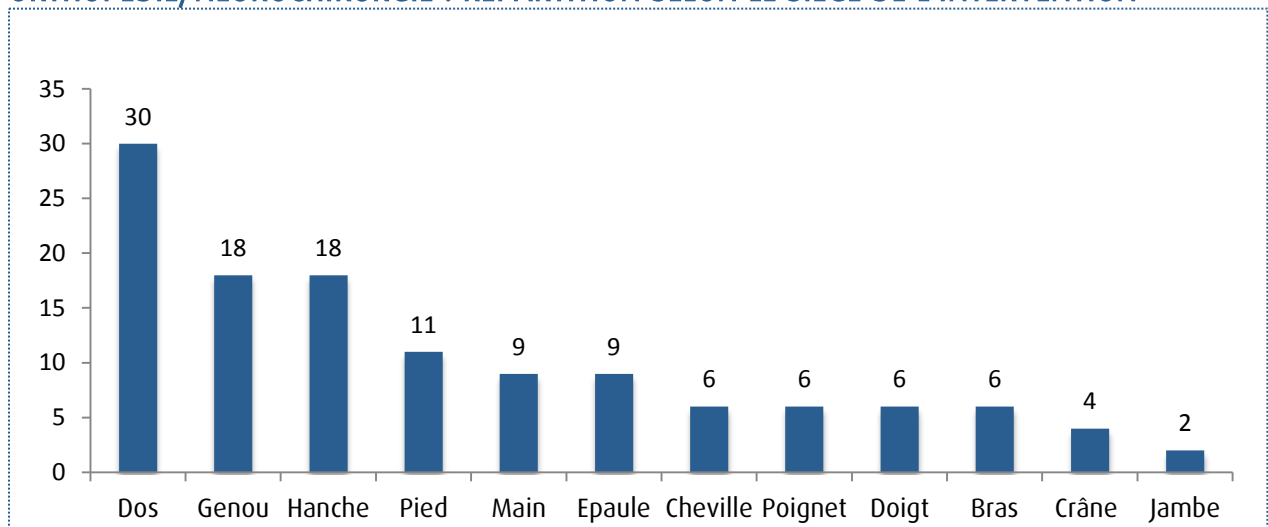
A l'exception d'une ligamentoplastie arthroscopique, la majorité des patients admis en ambulatoire l'était pour une chirurgie de 1^{ère} intention sans introduction de matériel, sur diagnostic le plus souvent d'une pathologie et plus rarement d'un traumatisme accidentel.

On ne relève pas, à l'origine des événements indésirables, de causes spécifiques à l'ambulatoire. Il s'agit d'événements qui auraient pu survenir indifféremment dans un contexte d'hospitalisation (lésions chirurgicales, difficultés de cicatrisation, phénomènes douloureux).

A l'exception de 3 patients, les motifs de consultations aux urgences concernaient des traumatismes, essentiellement des fractures.

Le nombre d'accidents déclarés varie selon le siège de l'intervention

ORTHOPÉDIE/NEUROCHIRURGIE : REPARTITION SELON LE SIÈGE DE L'INTERVENTION



LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Un sinistre n'a pas pu être classé dans cet indicateur, le siège de l'intervention demeurant inconnu à ce stade d'avancement de l'instruction du dossier.

On retrouve, à peu de choses près, le même ordre de classement que l'année dernière.

Le dos est le siège le plus fréquent des complications, suivi à égalité par le genou et la hanche, puis le pied.

La main et l'épaule se trouvent à égalité après le pied, devant la cheville qui apparaissait en 5^{ème} position l'an passé.

On relève un peu plus d'accidents concernant les poignets, les doigts et les bras.

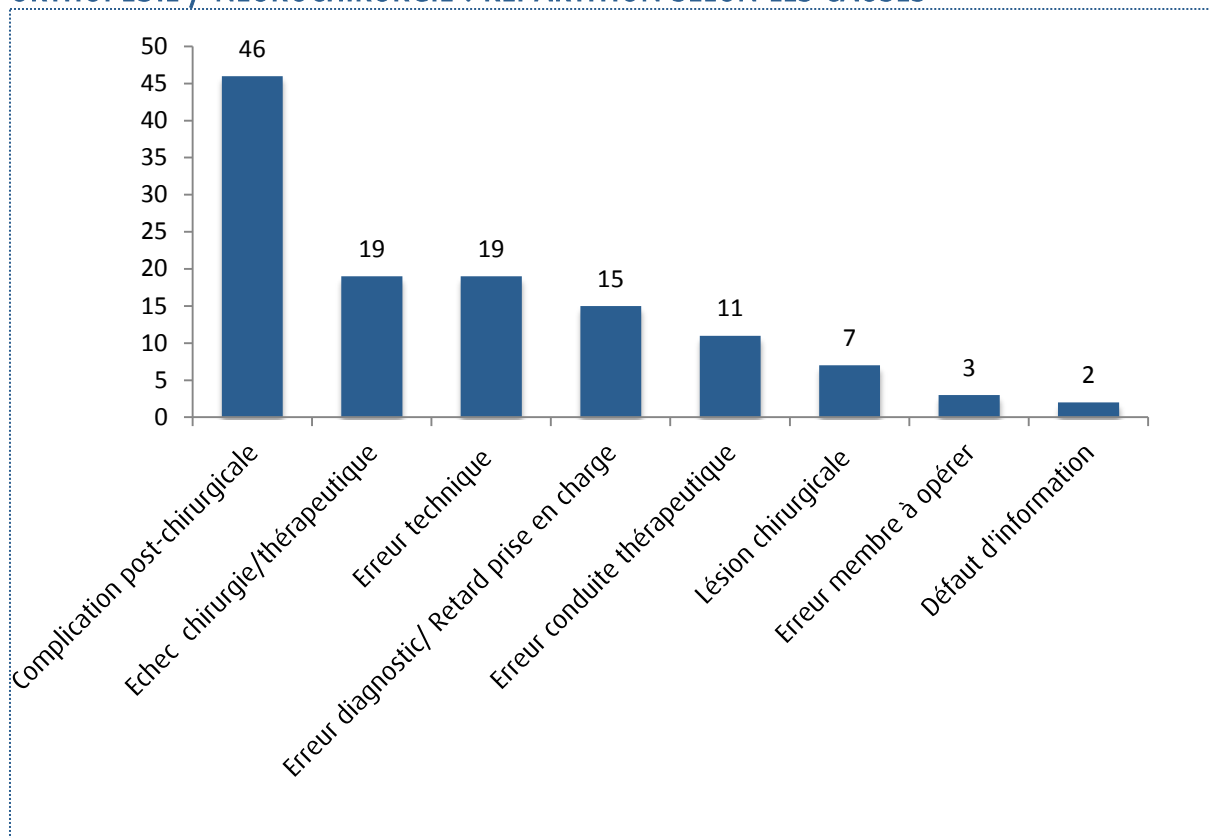
La jambe occupe toujours la dernière position après le crâne.

31 % des patients venaient pour une chirurgie avec implantation de matériel, 21 % se présentaient dans un contexte traumatologique.

On rappellera que le volume des réclamations dans ces spécialités doit être corrélé avec le fait que les indications de chirurgie orthopédique sont de plus en plus nombreuses, sur des patients d'une amplitude d'âge de plus en plus élargie. Le rajeunissement de la patientèle accroît les exigences de résultats et l'inacceptation de toute atteinte supplémentaire, tandis que son vieillissement accroît les risques de complications.

On retrouve, comme chaque année et dans des proportions à peu près similaires, les mêmes causes à l'origine des accidents médicaux ou chirurgicaux déclarés en orthopédie et en neurochirurgie.

ORTHOPEDIE / NEUROCHIRURGIE : REPARTITION SELON LES CAUSES



LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

4 sinistres sont exclus de cet indicateur, la cause de l'événement demeurant indéterminée, faute de pièces suffisantes nécessaires à leur instruction.

- ➔ Parmi les 46 complications post-chirurgicales :
 - 16 patients ont présenté dans les suites de leur intervention, parfois de manière cumulative, une algodystrophie, des douleurs et/ ou des gênes fonctionnelles ;
 - 7 patients ont subi des phénomènes de parésies et/ ou de paralysie ;
 - 6 patients ont été victimes de complications thromboemboliques, de type phlébites, débouchant sur des embolies pulmonaires ;
 - 6 patients ont connu des complications plus rares (un méningocèle, une fibrose, un névrome, une rétention d'urine, un syndrome confusionnel, des troubles neurologiques) ;
 - 4 interventions ont donné lieu à des hématomes ;
 - 4 patients ont été victimes d'un syndrome de la queue de cheval ;
 - 2 patients ont été victimes d'un arrêt cardio-respiratoire sur table ;
 - l'état d'1 patient s'est compliqué d'un accident vasculaire cérébral.

- ➔ Parmi les 19 échecs de la chirurgie ou de la thérapeutique mise en œuvre, on relève des récurrences de pathologies, des syndromes douloureux ou des symptomatologies persistantes, des résultats incomplets ou insatisfaisants ayant motivé des reprises chirurgicales.

- ➔ Les 19 erreurs techniques concernent principalement des erreurs d'appréciation (l'utilisation de vis trop longues, des malpositions de matériels prothétiques, l'allongement inadéquat de membres...) ayant nécessité des reprises chirurgicales sur constat de douleurs et de troubles fonctionnels.

- ➔ Les 15 erreurs ou retards de diagnostic résultent essentiellement de prises en charge aux urgences (9/15) avec des fractures, des ruptures tendineuses ou des lésions nerveuses passées inaperçues et prises en charge tardivement. Les autres concernent des complications postopératoires identifiées avec retard en raison de défaillances dans la surveillance du patient (hématomes, hémorragies...).

- ➔ Les 11 erreurs dans la conduite thérapeutique concernent 5 traumatismes pris en charge aux urgences, 3 chirurgies du dos, 2 chirurgies sans traitement préventif des maladies thromboemboliques, et l'embolisation d'un anévrisme carotidien intracrânien en ambulatoire par un radiologue.

- ➔ Parmi les 7 lésions chirurgicales, on retrouve des gestes maladroits en peropératoire à l'origine de plaies, de ruptures tendineuses ou de brèches.

- ➔ Les 3 erreurs de membres ou d'étage à opérer correspondent à un pied, un dos et une hanche ayant nécessité des reprises le lendemain ou dans le même temps opératoire.

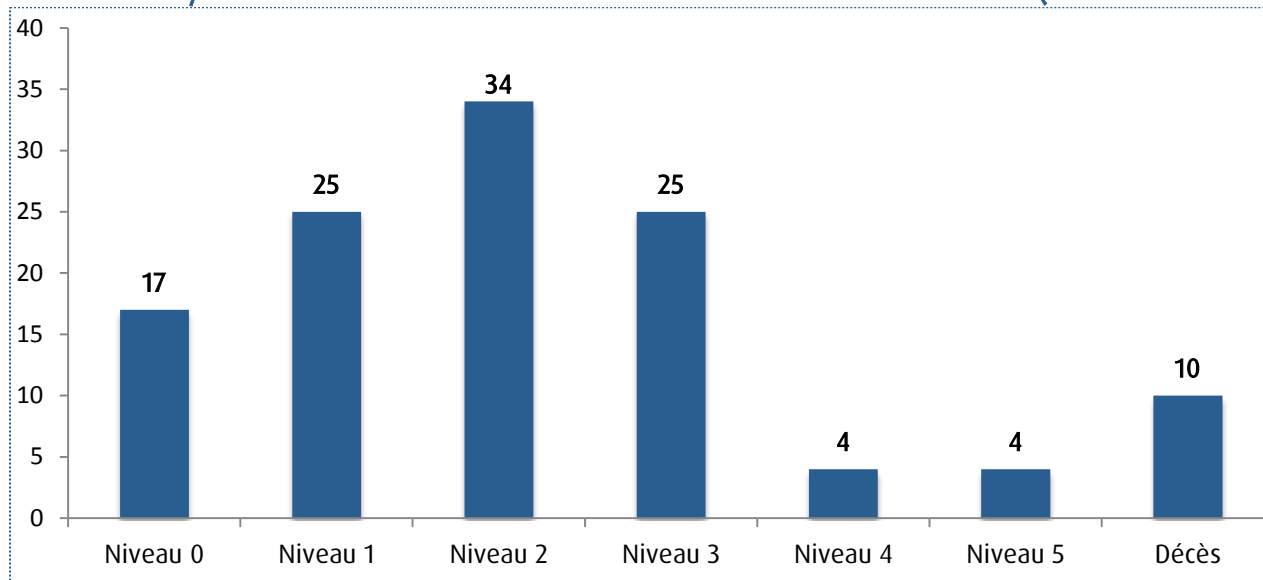
- ➔ Enfin, 2 patients reprochent d'une part, un défaut d'information sur les risques d'une intervention d'un canal carpien compliqué d'une algodystrophie et d'autre part, un défaut

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

d'annonce d'un dommage associé aux soins survenu dans le cadre de la prise en charge d'une plaie tendineuse au service des urgences.

Les conséquences de ces complications fautives ou aléatoires sur la santé du patient se répartissent de la manière suivante sur une échelle de gravité :

ORTHOPEDIE / NEUROCHIRURGIE : REPARTITION SELON LA GRAVITE DES SEQUELLES



119 dossiers sur les 126 sont pris en compte pour cet indicateur. En effet, dans 7 dossiers, l'évaluation des séquelles du patient est impossible, en raison de l'insuffisance de pièces nécessaires à leur instruction.

Le critère retenu est celui du taux d'AIPP (atteinte à l'intégrité physique et psychique) du patient, lequel correspond à une évaluation en degré d'un pourcentage sur une échelle de 0 à 100% :

- Niveau 0 : Guérison
- Niveau 1 : Taux d'AIPP < 5 %
- Niveau 2 : Taux d'AIPP \geq 5% < 10 %
- Niveau 3 : Taux d'AIPP \geq 10 à < 30 %
- Niveau 4 : Taux d'AIPP \geq 30 à < 50 %
- Niveau 5 : Taux d'AIPP \geq 50 % ou ATP (Assistance par tierce personne nécessaire)
- Décès

On relève 10 décès correspondant à :

- 3 arrêts cardiaques (l'un sur table opératoire, les deux autres à J4 et J5 des interventions) ;
- 2 hémorragies cérébrales (l'une massive en cours de geste, l'autre à J4 du retour à domicile) ;
- 1 thrombose pour traitement anticoagulant insuffisant ;

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

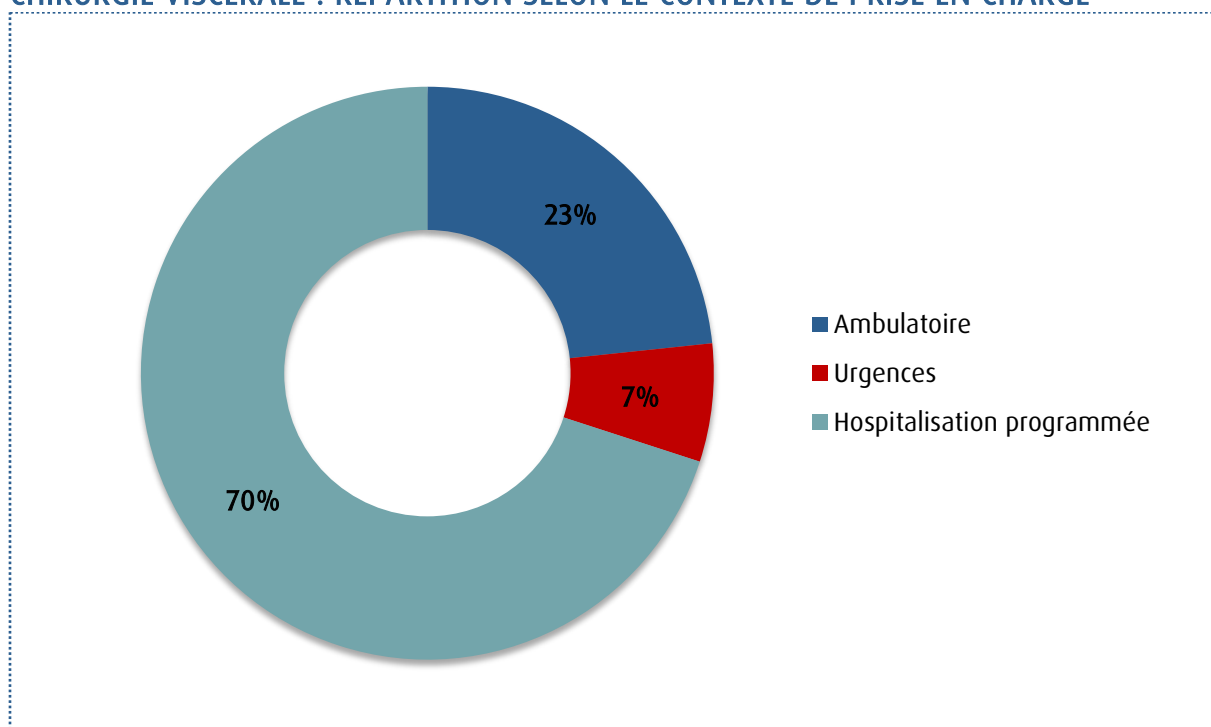
- 4 altérations de l'état général, de causes inconnues.

4 complications post chirurgicales laissent le patient dans un état séquellaire particulièrement grave, suite à la survenue d'hématomes responsables de paraplégies (2 patients), d'un syndrome de la queue de cheval, et d'une neuropathie optique ischémique entraînant l'amputation définitive du champ visuel inférieur de l'œil gauche.

Chirurgie viscérale (30)

Après l'orthopédie et la neurochirurgie intervient, en 2^{ème} position, comme en 2012, la chirurgie viscérale qui représente 10 % des accidents médicaux ou chirurgicaux déclarés par nos sociétaires cliniques (contre 8 % en 2012 et 20 % en 2011). Sont comptabilisées également ici les interventions de chirurgie digestive dans le cadre de pathologies cancéreuses, lesquelles étaient répertoriées précédemment isolément au titre de la chirurgie carcinologique.

CHIRURGIE VISCERALE : REPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



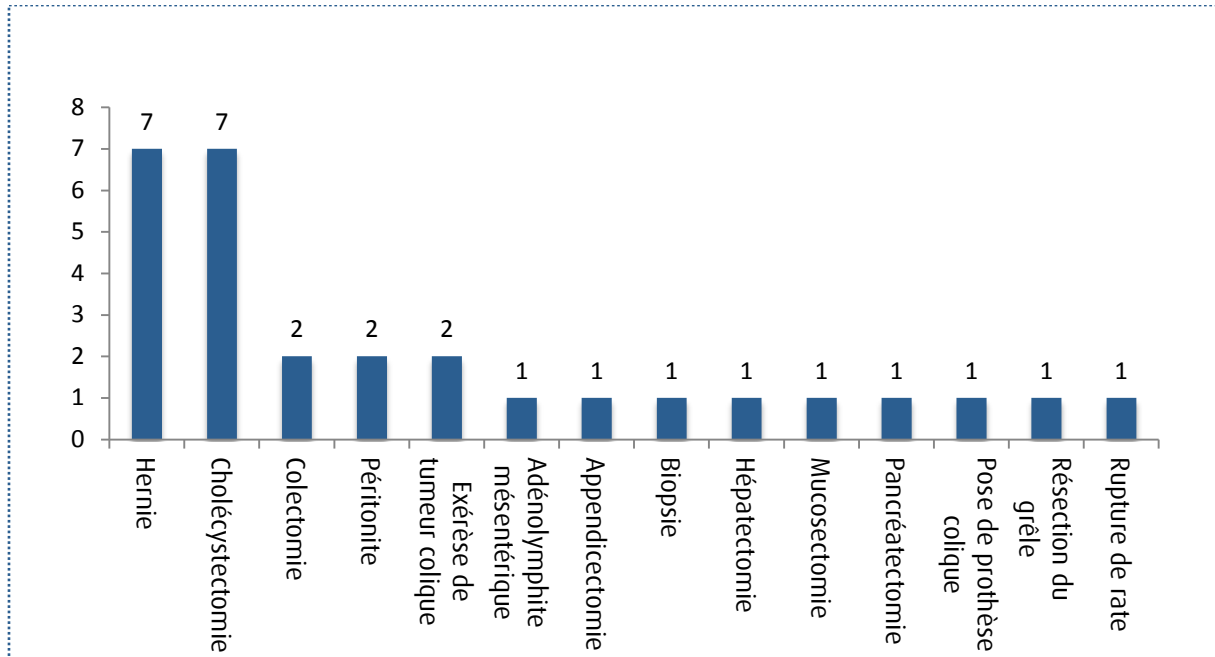
On relève également dans cette spécialité une augmentation des déclarations concernant des soins en ambulatoire qui sont passés d'une seule prise en charge en 2012 à 7 en 2013.

Les 7 interventions dommageables réalisées en ambulatoire sont 4 cures de hernies inguinales, une cholécystectomie, la pose d'une prothèse colique et des biopsies.

Les 2 prises en charges en urgence concernaient une rupture de rate et une péritonite.

Les motifs d'admission étaient très variés.

CHIRURGIE VISCERALE : REPARTITION SELON LE MOTIF D'ADMISSION

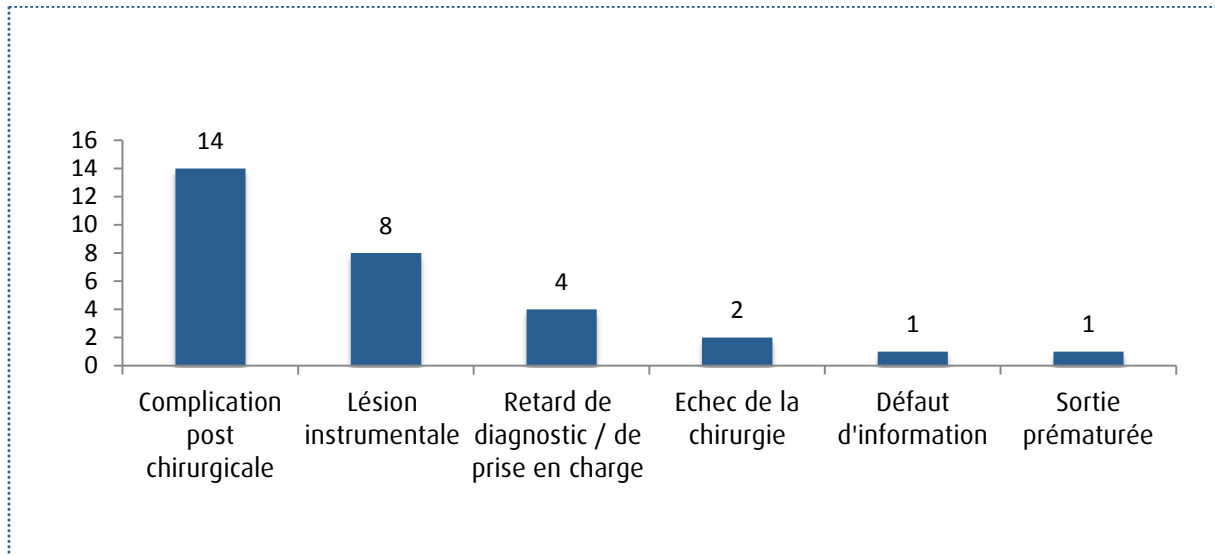


Dans un dossier, le motif d'admission est inconnu faute d'éléments suffisants d'information.

La majorité des patients se présentait pour une cure de hernie ou une cholécystectomie.

Les causes des 30 accidents se répartissent comme suit :

CHIRURGIE VISCERALE : REPARTITION SELON LES CAUSES



➔ Parmi les 14 complications postchirurgicales, on relève :

- 3 hématomes ;
- 2 fistules ;
- 2 péritonites ;
- 1 éventration ;
- 1 hémorragie ;
- 1 ictère ;
- 1 occlusion ;

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

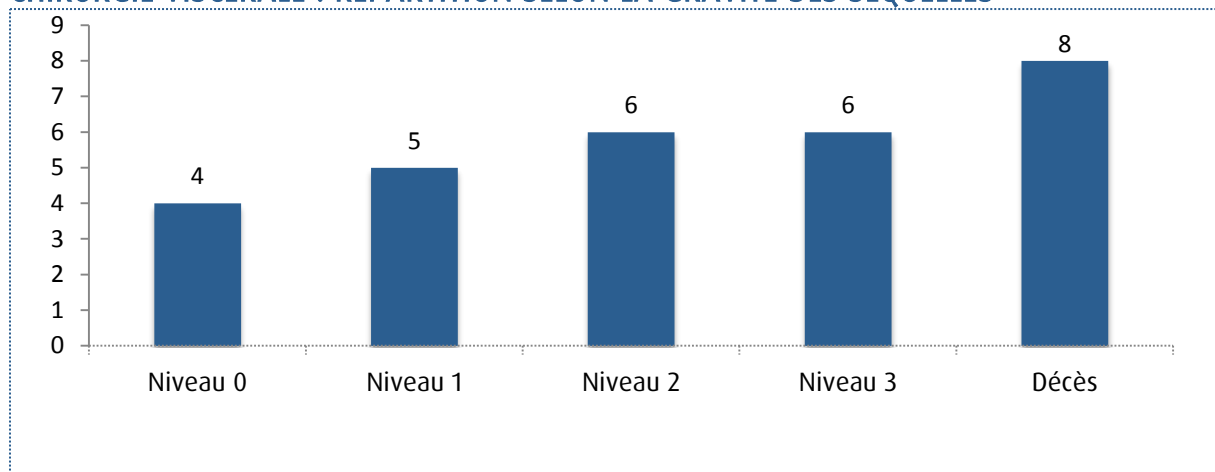
- 1 pancréatite aiguë sévère ;
 - 1 pneumo-hémo-hydro-thorax ;
 - 1 stérilité.
- ⇒ Les 8 lésions instrumentales consistent en 6 perforations et 2 plaies (une plaie biliaire et une plaie vasculaire).
- ⇒ Les 4 diagnostics manqués ou retardés concernent deux péritonites appendiculaires après des accouchements, un cancer du colon et une pathologie tumorale hépatique.
- ⇒ Les 2 échecs de la chirurgie se caractérisent par 2 récurrences de hernies et une récurrence de tumeur maligne du colon.
- ⇒ Le défaut d'information concerne les risques d'une cholécystectomie.
- ⇒ Une famille reproche une sortie prématurée de leur proche décédé, décidée par un autre chirurgien que l'opérateur.

Quelle est la graduation des séquelles subies par les patients ?

Les conséquences de ces complications fautives ou aléatoires sur la santé du patient se répartissent de la manière suivante sur une échelle de gravité :

- Niveau 0 : Guérison
- Niveau 1 : Taux d'AIPP < 5 %
- Niveau 2 : Taux d'AIPP $\geq 5\%$ < 10 %
- Niveau 3 : Taux d'AIPP ≥ 10 à < 30 %
- Niveau 4 : Taux d'AIPP ≥ 30 à < 50 %
- Niveau 5 : Taux d'AIPP ≥ 50 % ou ATP (Assistance par tierce personne nécessaire)
- Décès

CHIRURGIE VISCERALE : REPARTITION SELON LA GRAVITE DES SEQUELLES



LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Faute de transmission d'un dossier médical complet, il n'est pas possible d'évaluer les séquelles d'un patient victime d'une plaie des voies biliaires au cours d'une cholécystectomie.

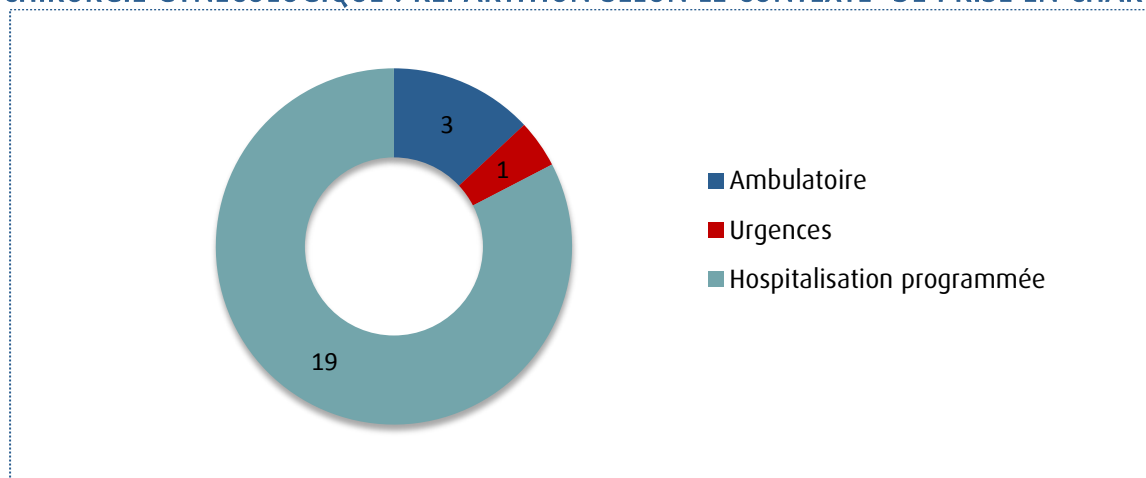
On relève 8 décès :

- 1 décès par plaie vasculaire au décours d'une appendicectomie ;
- 1 décès dans les suites d'une pancréatectomie sur diagnostic de cancer, compliquée d'une pancréatite aiguë, suivie d'un choc septique en réanimation ;
- 1 décès dans les suites d'une cure de hernie hiatale compliquée d'une péritonite sur perforation instrumentale ;
- 2 décès après des cholécystectomies, l'un lié à la survenue d'un hématome sous-capsulaire du foie, d'étiologie mystérieuse, l'autre survenu dans un contexte d'antécédents lourds ;
- 1 décès dans les suites d'une hépatectomie compliquée d'une fistule biliaire puis d'un choc septique ;
- 1 décès dans le cadre d'une péritonite prise en charge tardivement au bloc opératoire après un passage aux urgences ;
- 1 décès de cause et de circonstances inconnues.

Chirurgie gynécologique (23)

Alors qu'elle occupait le 8^{ème} rang en 2012 avec 13 accidents, la chirurgie gynécologique intervient en 3^{ème} position des spécialités ayant motivé une mise en cause d'établissements de soins assurés à la MACSF.

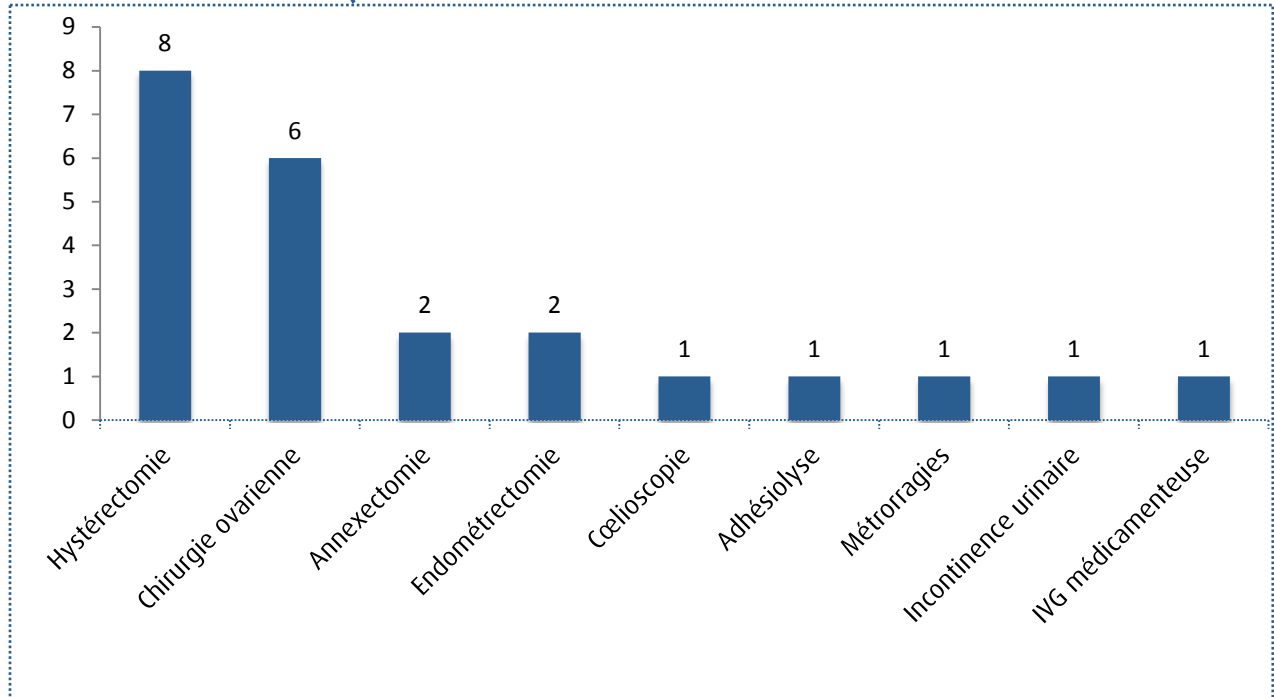
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : REPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



A l'exception de métrorragies prises en charge aux urgences, sans qu'un sarcome endométrial ne soit diagnostiqué, toutes les prises en charge ont eu lieu dans un contexte de programmation.

On relève, parmi elles, 3 prises en charge en ambulatoire pour une IVG médicamenteuse, 1 endométréctomie et 1 kystectomie ovarienne.

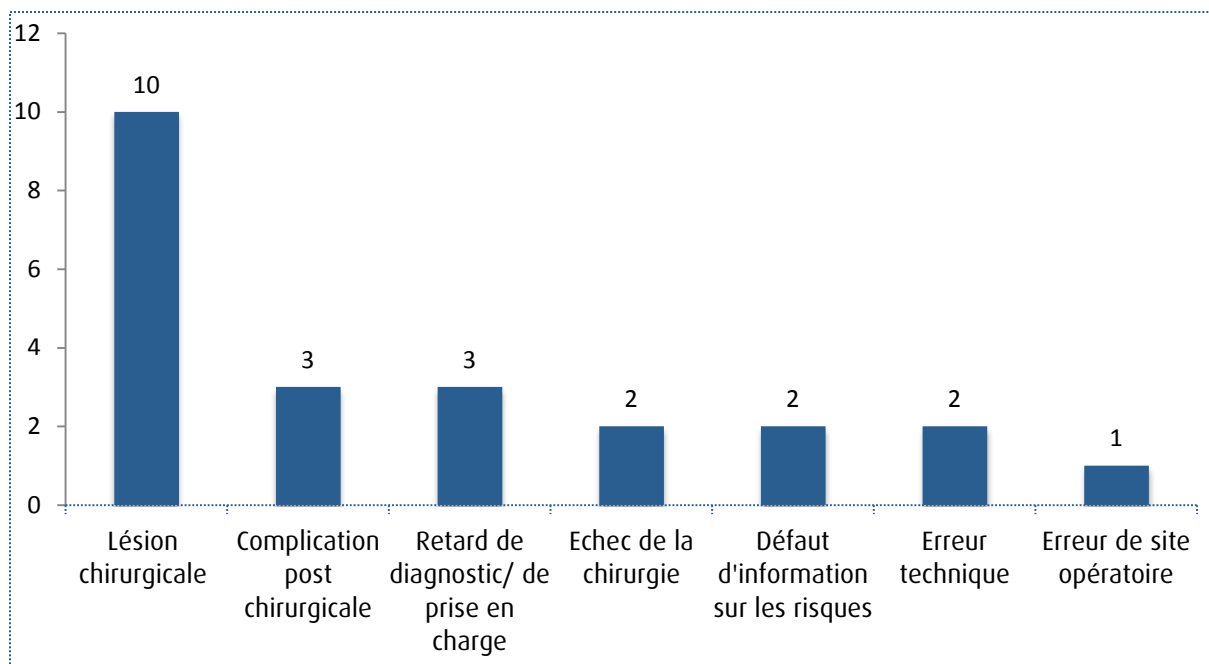
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : REPARTITION SELON LE MOTIF D'ADMISSION



Parmi les motifs d'admission des patientes :

- 8 hystérectomies ;
- 6 patientes se présentaient pour des chirurgies sur l'ovaire (5 kystectomies dont l'une dans le cadre d'une torsion, 1 ovariectomie) ;
- 2 patientes étaient admises pour des annexectomies, 2 autres pour des endométrectomies ;
- 1 patiente venait pour une coelioscopie exploratrice dans le cadre d'un projet d'assistance médicale à la procréation ;
- 1 patiente présentait une adhésiolyse pelvienne ;
- 1 patiente consultait pour des métrorragies, 1 autre pour une incontinence urinaire ;
- 1 patiente était admise pour subir une IVG médicamenteuse.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

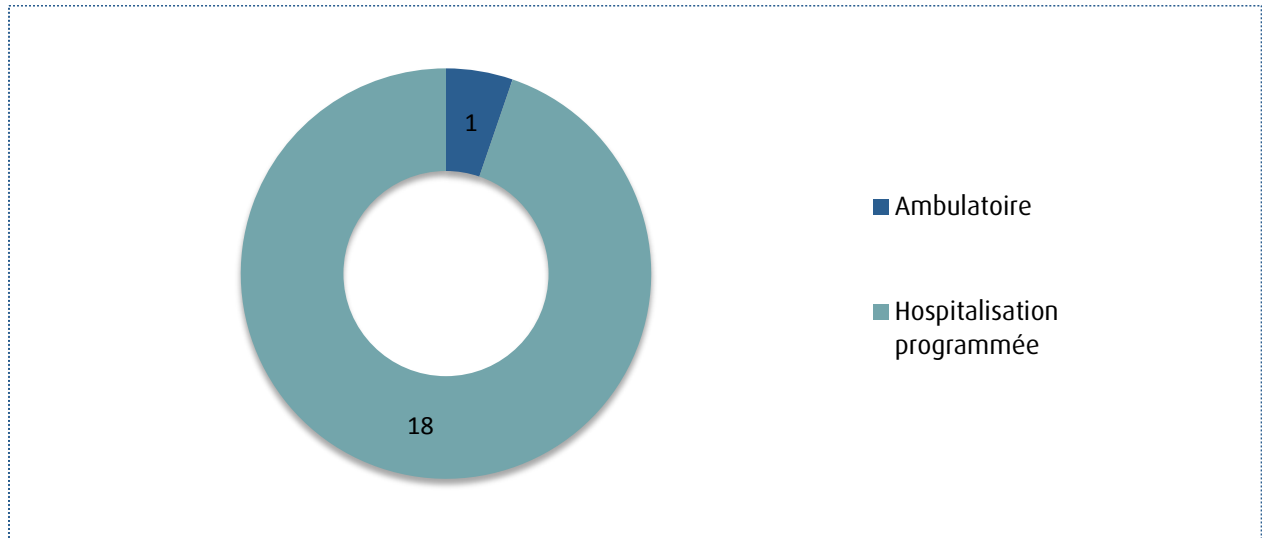


- Les 10 lésions chirurgicales consistent en des perforations (de l'iléon, du grêle, de l'utérus) ou des plaies (des voies urinaires, de l'uretère ou de l'artère iliaque) avec nécessité de reprises chirurgicales dans des contextes parfois péjoratifs de péritonites.
- Parmi les 3 complications postchirurgicales, on recense :
 - 1 sciatique après une endométrectomie génitale ;
 - 1 hémorragie après une hystérectomie ;
 - 1 incontinence anale après une hystérectomie, doublée d'une cure de prolapsus vaginal et rectal.
- Les 3 erreurs de diagnostic concernent des saignements abondants et prolongés non pris en compte à l'origine d'une cécité unilatérale, un cancer de l'endomètre diagnostiqué 24 heures après un retour aux urgences, et une carcinose péritonéale diagnostiquée à tort à l'origine d'une intervention inutile et d'un préjudice moral.
- On relève un décès imputé à un échec de la chirurgie caractérisé par des fibromes récidivants.
- Chez 2 patientes, il subsistera des séquelles de niveau 3 (taux d'AIPP compris entre 10 et 30 %), l'une dans les suites d'une IVG médicamenteuse compliquée de saignements importants, l'autre en raison d'une ménopause précoce dans les suites de l'ablation d'un kyste.
- 7 patientes subiront un préjudice modéré inférieur à 10 % d'atteinte à leur intégrité physique et psychique, 4 un préjudice faible inférieur à 5 %.
- Enfin, 9 patientes sortiront indemnes, guéries, ou avec un état antérieur totalement récupéré.

Cardiologie (19)

La cardiologie se place en 4^{ème} position des spécialités à l'origine des réclamations adressées aux sociétés établissements de soins de la MACSF (6 %).

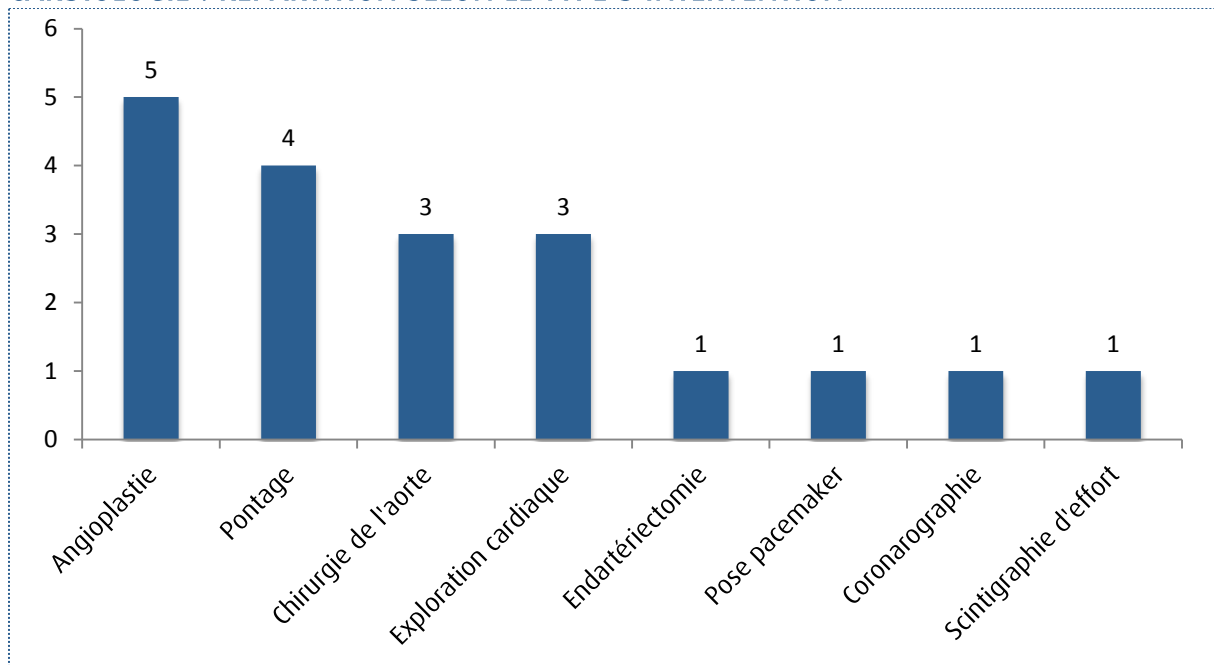
CARDIOLOGIE : REPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



Tous les accidents sont survenus dans le cadre d'une hospitalisation programmée, à l'exception du décès d'une patiente, d'un arrêt cardio-respiratoire, survenu au moment de la récupération, après une scintigraphie cardiaque d'effort réalisée en ambulatoire.

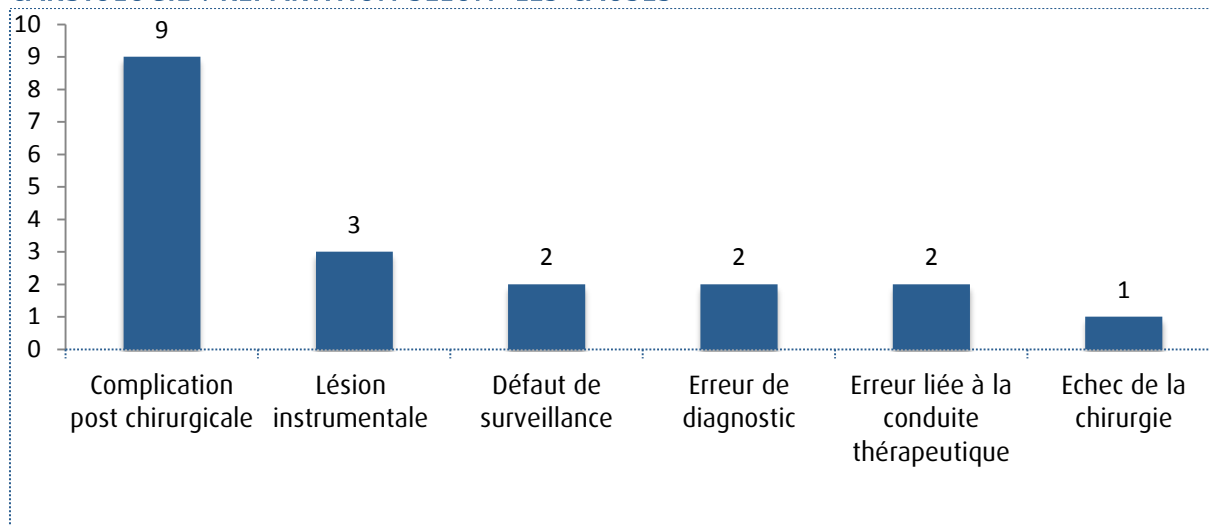
On ne relève aucune prise en charge aux urgences.

CARDIOLOGIE : REPARTITION SELON LE TYPE D'INTERVENTION



Comme chaque année, on constate que ce sont majoritairement des angioplasties qui se trouvent à l'origine des complications, suivis des pontages, des chirurgies de l'aorte, puis des explorations cardiaques.

CARDIOLOGIE : REPARTITION SELON LES CAUSES



- Parmi les 9 complications postchirurgicales, on relève :
 - 2 accidents vasculaires cérébraux ;
 - 1 choc cardiogénique ;
 - 1 paralysie crurale dans les suites d'angioplasties ;
 - 1 arrêt cardio-respiratoire en unité de soins continus ;
 - 1 syndrome coronarien après des chirurgies de l'aorte ;
 - 1 compression du plexus brachial ;
 - 1 hémorragie après des pontages ;
 - 1 thrombose de la carotide après une endartectomie.

- Les 3 lésions instrumentales concernent :
 - 1 perforation vésicale au cours d'une coronarographie, responsable d'un urinome et d'une péritonite puis d'un choc septique ;
 - 1 déchirure de l'IVA au cours d'un pontage coronaire ;
 - 1 pneumothorax né de difficultés dans la mise en place d'un cathéter veineux.

- Parmi les 2 défauts de surveillance, on relève :
 - 1 détresse respiratoire non récupérée par massage cardiaque chez un patient admis pour embolie pulmonaire ;
 - 1 arrêt cardio-respiratoire chez 1 patient admis pour une scintigraphie d'effort.

- Les 2 erreurs de diagnostics de pathologies cardiaques vont toutes deux concourir au décès des patients, l'un après un choc cardiogénique motivant une amputation, l'autre 8 jours après la fin de son hospitalisation.

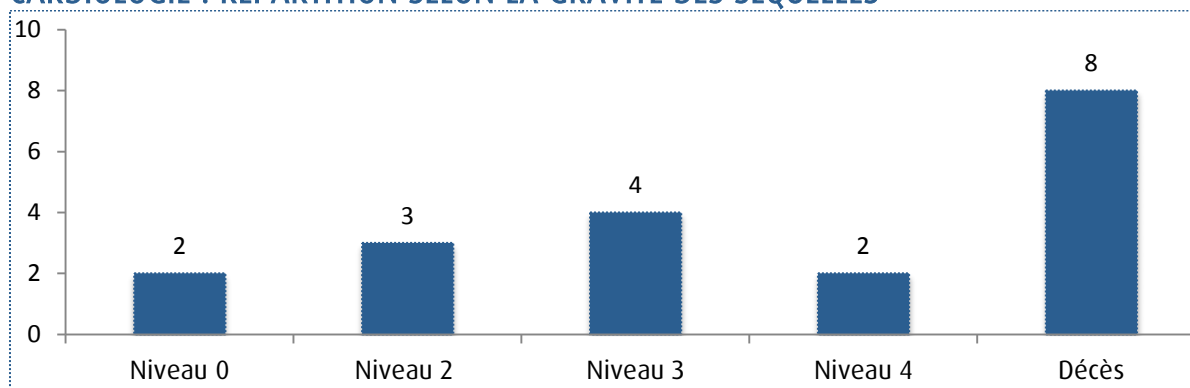
- 2 dossiers mettent en évidence des erreurs dans la conduite thérapeutique qui auront pour effet de conduire, pour un patient, à l'amputation d'un orteil, puis de la jambe, et pour l'autre, à une rhabdomyolyse, puis à une ischémie aiguë nécessitant un pontage.

- L'échec de la chirurgie résulte d'une amputation du membre inférieur droit chez un patient après une reprise d'un pontage réalisée dans un contexte d'ischémie aiguë.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Le bilan des séquelles chez les patients dans cette spécialité est particulièrement lourd, ce qui s'explique aussi en grande partie par l'état de vulnérabilité préexistant de ces patients.

CARDIOLOGIE : REPARTITION SELON LA GRAVITE DES SEQUELLES



Le critère retenu est celui du taux d'AIPP (atteinte à l'intégrité physique et psychique) du patient, lequel correspond à une évaluation en degré d'un pourcentage sur une échelle de 0 à 100% :

- Niveau 0 : Guérison
- Niveau 1 : Taux d'AIPP < 5 %
- Niveau 2 : Taux d'AIPP $\geq 5\%$ < 10 %
- Niveau 3 : Taux d'AIPP ≥ 10 à < 30 %
- Niveau 4 : Taux d'AIPP ≥ 30 à < 50 %
- Niveau 5 : Taux d'AIPP ≥ 50 % ou ATP (Assistance par tierce personne nécessaire)
- Décès

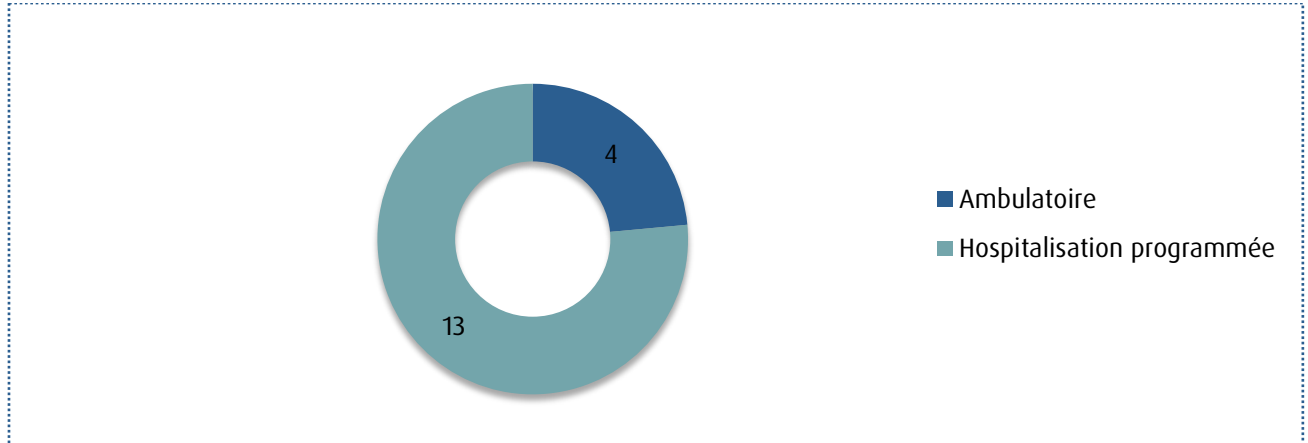
Gastroentérologie (17)

En 5^{ème} position intervient la gastroentérologie qui affiche 17 sinistres contre 9 en 2012, ce qui la plaçait au 9^{ème} rang.

Compte tenu de leur faible volume, ont été intégrés dans cette spécialité les sinistres relevant de la proctologie, ce qui n'était pas le cas dans le rapport de l'année dernière.

Parmi les 17 patients, 4 étaient pris en charge en ambulatoire, 13 dans le cadre d'une hospitalisation. On ne relève aucun geste réalisé dans un contexte d'urgence.

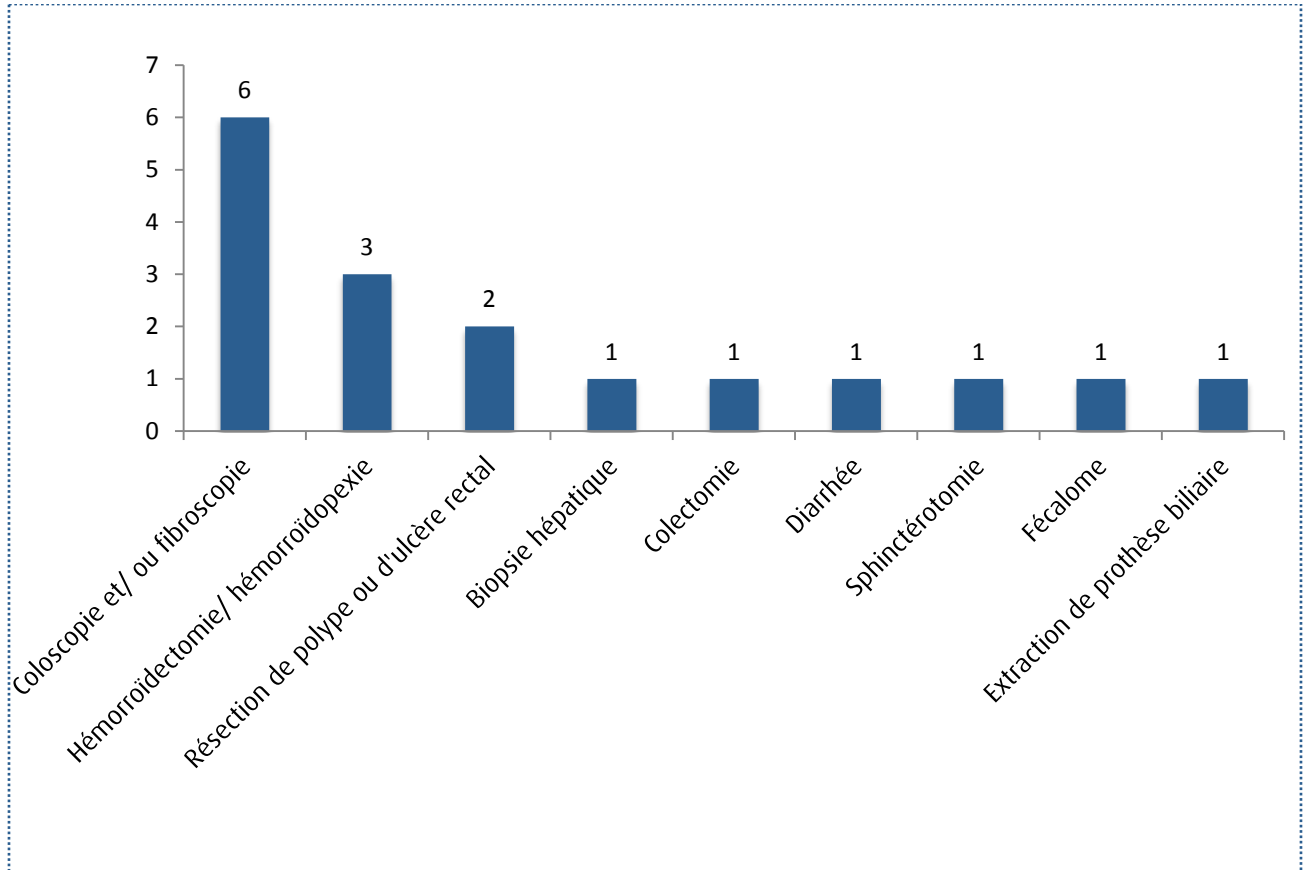
GASTROENTEROLOGIE : REPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



Les 4 gestes réalisés en ambulatoire étaient 3 coloscopies et 1 hémorroïdectomie.

Comment se répartissent les sinistres selon le motif d'admission du patient ?

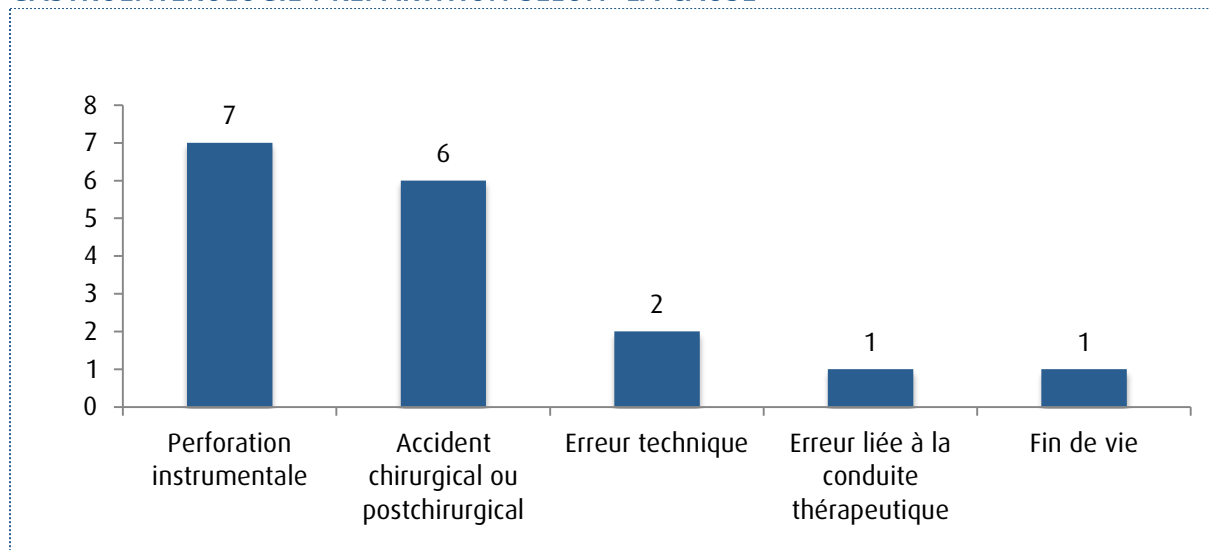
GASTROENTEROLOGIE : REPARTITION SELON LE MOTIF D'ADMISSION



Les patients étaient majoritairement admis pour des explorations invasives à visée thérapeutique, secondairement pour des traitements hémorroïdaires, le reste des motifs d'admission étant très varié.

Quelles causes se trouvent à l'origine des sinistres déclarés dans cette spécialité ?

GASTROENTEROLOGIE : REPARTITION SELON LA CAUSE



➔ 7 sinistres sur 17 concernent des perforations instrumentales du colon (4), du grêle (1), du péritoine (1) et de la rate (1), avec la nécessité de reprises pour sutures dont certaines se compliqueront.

➔ Les 6 complications chirurgicales ou postchirurgicales se caractérisent par :

- des rectorragies (après une hémorroïdectomie) ;
- un choc hémorragique (après une biopsie hépatique) ;
- une péritonite (après une coloscopie) ;
- une rétention chronique d'urine (après la résection d'un ulcère du rectum) ;
- un transfert en service de réanimation (après l'exérèse d'un polype colorectal suivi d'un décès à J 35) ;
- une fistule anastomotique motivant une colostomie (dans les suites d'une colectomie).

Aucun patient ne ressort complètement indemne de ces accidents.

- on relève 6 décès ;
- 6 patients conserveront des séquelles évaluées à hauteur de 10 à 30 % de taux d'incapacité (AIPP), 2 de l'ordre de 5 à 10 % et 3 inférieures à 5 %.

Chirurgie bariatrique (15)

La chirurgie bariatrique totalise 15 déclarations de sinistres en 2013, contre 17 en 2012. Elle occupe le 6^{ème} rang, comme en 2012.

Toutes les interventions ont été réalisées dans un contexte d'hospitalisation programmée.

Tous les patients étaient admis pour une indication ou une reprise de gastroplastie. Dans 9 dossiers, la technique utilisée était une sleeve, dans 4 un anneau et dans 2 un bypass.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

➔ Les 15 accidents se traduisent par :

- 9 complications chirurgicales :
 - 8 fistules ;
 - 1 fuite biliaire.

Parmi les 8 fistules :

- 6 sont survenues dans le cadre de la technique par sleeve ;
- 2 dans le cadre de la technique par bypass ;
- 3 se sont doublées d'un abcès (2 du poumon, 1 justifiant une gastrectomie totale) ;
- 1 s'est localisée sur la ligne d'agrafes sans pouvoir être réparée malgré sept tentatives de reprises ;
- 2 ont rendu nécessaire la mise en place de prothèses œsophagiennes ;
- 1 a donné lieu à une stomie et des douleurs entraînant une anorexie.

Les conséquences de l'une de ces fistules ne peuvent être évaluées en l'état de l'instruction du dossier.

- 5 perforations instrumentales, survenues, pour 2 d'entre elles, dans le cadre de reprises suite à la migration d'anneaux gastriques et, pour 3 d'entre elles, dans le cadre de chirurgies de gastroplasties de première intention (1 pose d'anneau, 2 sleeves).
- 1 phénomène de vomissements et de lombalgies de cause inexpiquée

Comme en 2012, on constate que dans 80 % des cas, le patient est une femme (12 femmes/3 hommes) et est jeune :

- 3 ont moins de 30 ans (respectivement 21, 25 et 29 ans) ;
- 4 ont entre 30 et 40 ans ;
- 5 ont entre 40 et 50 ans ;
- Dans 3 dossiers, l'âge du patient n'est pas connu.

On recense 2 décès.

La gravité des séquelles résiduelles des patients survivants se répartit de la manière suivante :

- 2 patients sont complètement guéris ;
- 1 patient subit un taux d'incapacité < à 5 % ;
- 6 patients ont un handicap < 10 % ;
- 2 compris entre 10 et 30 % ;
- On ignore le degré d'invalidité subsistant pour 2 patients.

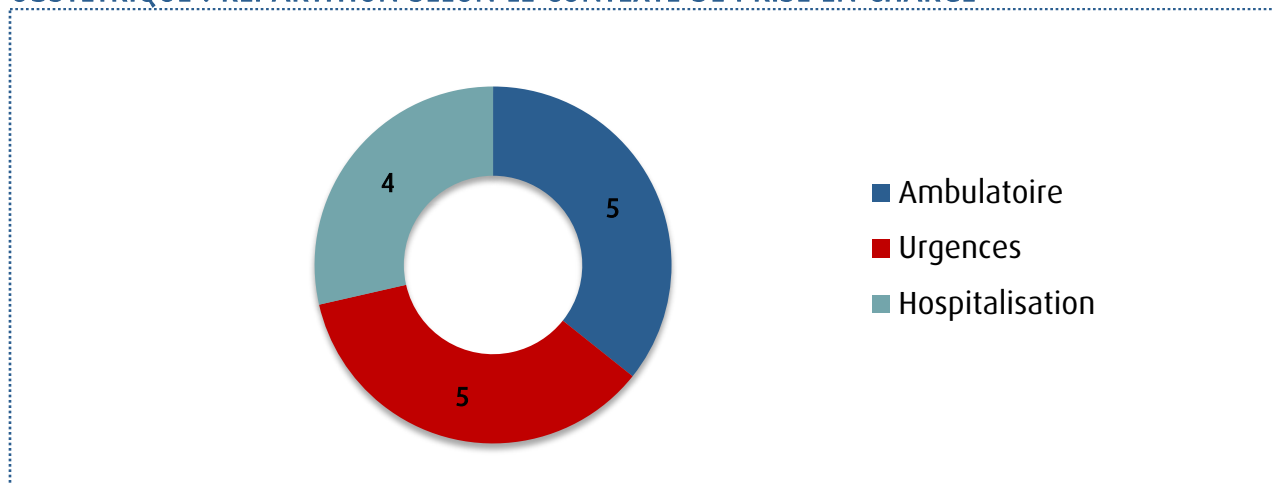
Obstétrique (14)

En 7^{ème} position apparaît l'obstétrique, avec 14 déclarations (5 %). Cette spécialité recule de deux positions par rapport à 2012.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Il n'y a pas véritablement d'explication à ce phénomène, autre que l'aléa des sinistres dans cette spécialité, étant entendu que l'accouchement présente cette spécificité d'être un acte naturel (lorsqu'il a lieu par voie basse).

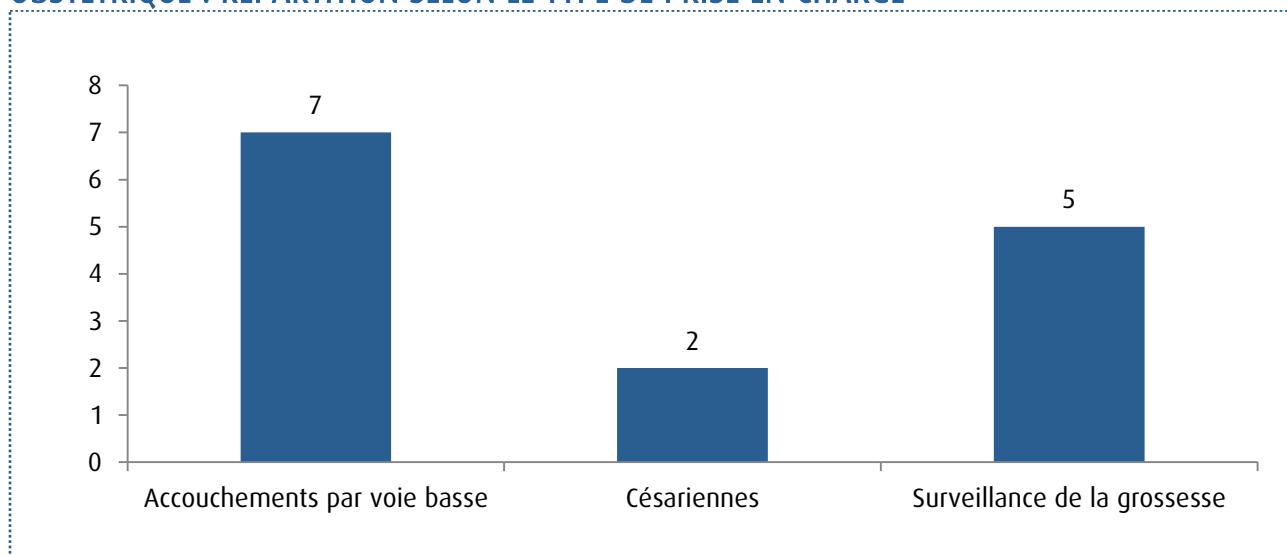
OBSTETRIQUE : REPARTITION SELON LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE



14 sinistres déclarés :

- 5 dans le cadre de consultations de suivis de grossesse en ambulatoire ;
- 4 relatifs à des hospitalisations dans le cadre d'accouchements programmés ;
- 5 correspondants à des prises en charge en urgence dans le cadre d'accouchements spontanés.

OBSTETRIQUE : REPARTITION SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE

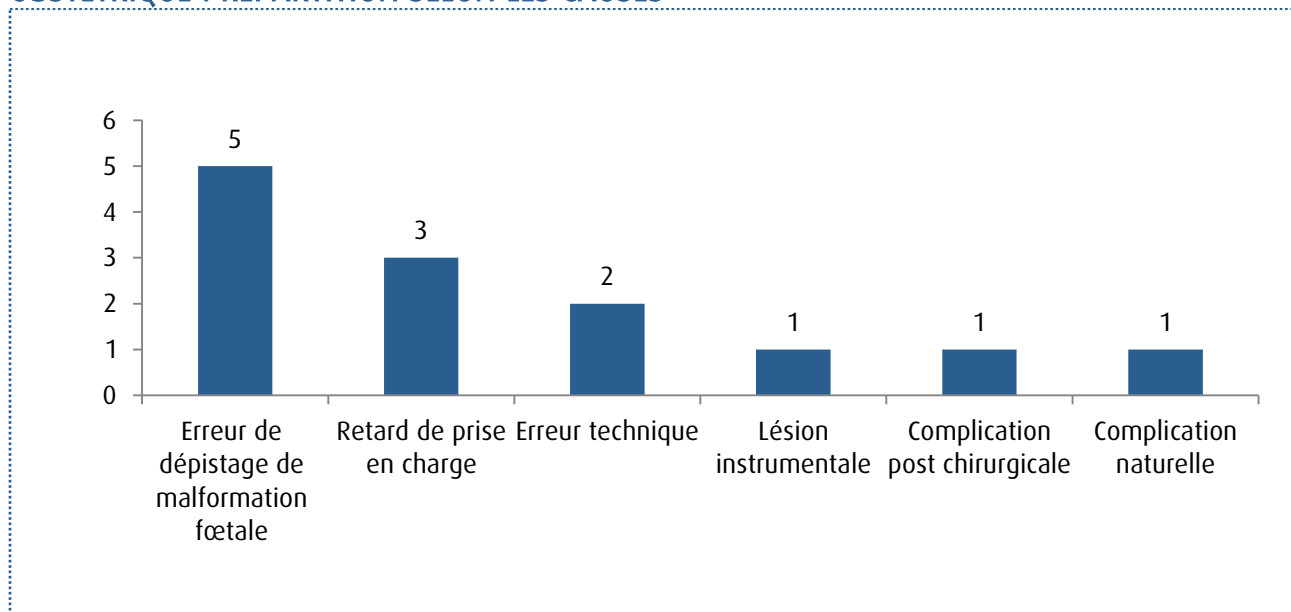


- ➡ Pour 7 patientes, le grief porte sur les conditions et les suites de leur accouchement par voie basse lequel, pour l'une d'entre elles, a dû être déclenché.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ 2 patientes se plaignent des conséquences de césariennes, lesquelles étaient toutes programmées.
- ➔ Dans 5 dossiers, c'est la qualité de la surveillance de la grossesse qui est mise en cause suite à la naissance d'enfants avec un handicap congénital non décelé lors des échographies et des tests de contrôle pratiqués dans le cadre du suivi de grossesse.

OBSTETRIQUE : REPARTITION SELON LES CAUSES

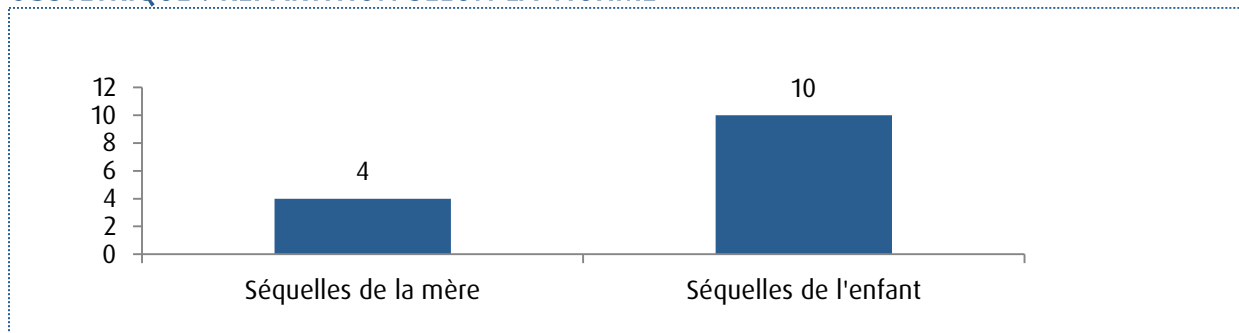


- ➔ Dans un dossier, la cause de l'événement dommageable demeure inconnue, les griefs de la parturiente n'étant pas précisés et aucune pièce médicale n'ayant été transmise.
- ➔ Les 5 erreurs de dépistage de malformations fœtales lors des suivis échographiques des grossesses concernent :
 - 3 trisomies 21 ;
 - 1 fente naso-palpébrale ;
 - 1 agénésie des deux mains et d'un pied.
- ➔ Les 3 retards de prise en charge concernent des bradycardies fœtales en cours d'accouchement, imputables respectivement à 3 manquements :
 - 1 défaut de surveillance du rythme fœtal ;
 - 1 confusion entre les enregistrements des pouls maternel et fœtal ;
 - 1 arrivée tardive de l'obstétricien occupé auprès d'autres parturientes.
- ➔ On relève 2 erreurs techniques lors de l'extraction de l'enfant, réalisée soit par spatule (1), soit par ventouse (1) provoquant, pour l'une, une paralysie du plexus brachial et, pour l'autre, une dystocie des épaules.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ La lésion instrumentale se caractérise par une perforation de l'intestin grêle de la mère lors d'une césarienne selon une incision de Starck.
- ➔ Une parturiente sera victime d'une complication postchirurgicale caractérisée par la survenue d'un choc hypovolémique en salle de soins postinterventionnelle après une césarienne.
- ➔ Enfin, on relève une complication naturelle de l'accouchement avec une thrombose veineuse vulvo-vaginale survenue en *post partum* d'un accouchement par voie basse spontané.

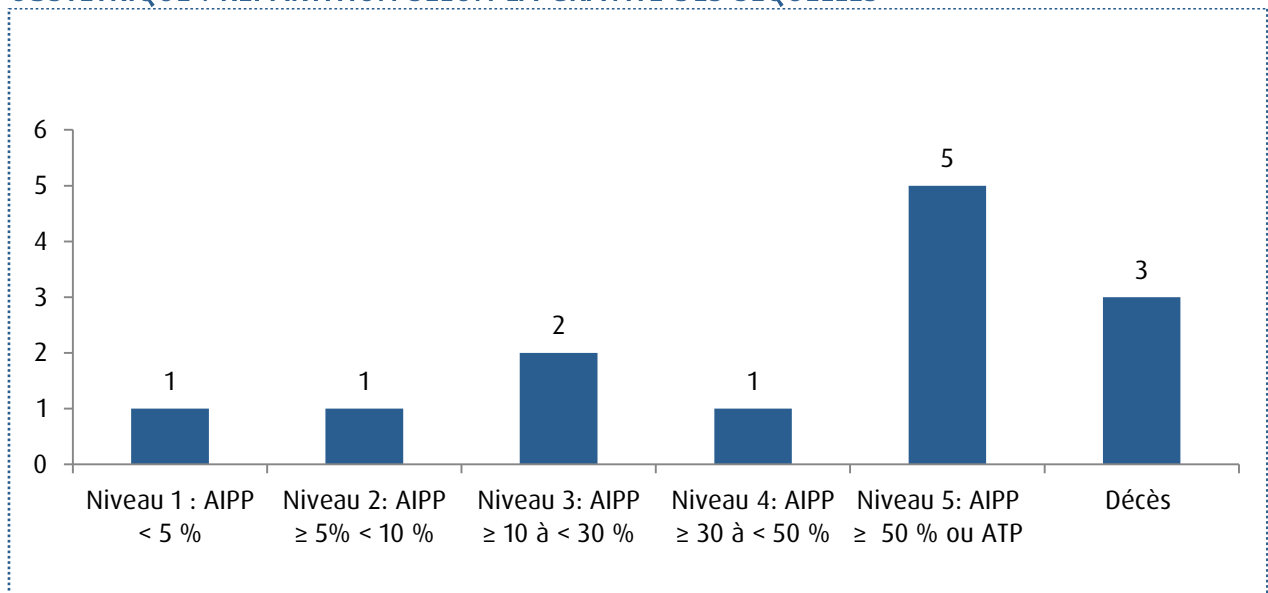
OBSTETRIQUE : REPARTITION SELON LA VICTIME



Dans 4 dossiers, les séquelles touchent la mère tandis que dans 10, c'est l'enfant qui est atteint.

Dans aucun dossier, les séquelles n'atteignent cumulativement la mère et l'enfant.

OBSTETRIQUE : REPARTITION SELON LA GRAVITE DES SEQUELLES



LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- Sur les 14 dossiers, on relève 3 décès (2 nouveau-nés, 1 mère).
- Dans 5 dossiers, l'enfant restera lourdement handicapé avec des séquelles évaluées de niveau 5 (3 trisomies 21, 1 agénésie des deux mains et d'un pied, 1 dystocie des épaules).
- Dans 1 dossier, l'enfant, atteint d'un plexus brachial, aura un taux d'incapacité de l'ordre de 30 à 50 %.

On recense deux dossiers de gravité de niveau 3, comprise entre 10 et 30 % d'incapacité, l'un affectant la mère, victime d'un choc hypovolémique en salle de réveil après une césarienne et nécessitant une hystérectomie, l'autre atteignant l'enfant victime d'une bradycardie en cours d'un accouchement, mal gérée par l'équipe obstétricale.

Enfin, on relève deux dossiers de gravité plus modérée, de niveau 1 et 2, inférieure à 10 %, l'un affectant la mère, dont les suites de couches se sont compliquées d'une thrombose veineuse, l'autre affectant l'enfant, né avec une fente naso-palpébrale non dépistée pendant le suivi de grossesse.

Urologie (14)

A égalité avec l'obstétrique, l'urologie se positionne, comme l'an passé, en 7^{ème} position avec 14 déclarations de sinistres adressées par les sociétés établissements de soins de la MACSF.

Les patients étaient pris en charge dans un contexte d'hospitalisation programmée à l'exception de deux d'entre eux, admis en ambulatoire, l'un pour une cystoscopie, l'autre pour des douleurs testiculaires.

Les motifs d'admission des patients étaient les suivants :

- 4 néphrectomies ;
- 2 biopsies de prostate ;
- 2 cures de cystocèles ;
- 1 phénomène de coliques néphrétiques fébriles ;
- 1 cystoscopie ;
- 1 phénomène de douleurs testiculaires ;
- 1 cystite radique motivant un sondage et un traitement par anticoagulation ;
- 1 résection de prostate ;
- 1 motif inconnu.

Parmi les causes de ces 14 accidents, on relève :

- 4 complications postchirurgicales avec :
 - 1 transfert en réanimation après une cure de cystocèle ;
 - 1 fistule ano-vaginale dans le cadre d'un sondage ;
 - 1 occlusion dans le cadre d'une néphrectomie ;
 - 1 phénomène de troubles sphinctériens et d'éjaculation rétrograde dans les suites d'une biopsie de prostate.
- 4 lésions instrumentales avec :
 - 1 plaie de l'artère rénale lors d'une néphrectomie ;

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- 1 plaie urétérale pelvienne lors d'une cure de cystocèle ;
 - 1 blessure de la rate lors d'une résection de prostate ;
 - des lésions vasculaires du tronc cœliaque lors d'une néphrectomie.
- ⇒ 2 erreurs dans la conduite thérapeutique avec :
- 1 absence de transfert en réanimation suite à un choc septique sur une pyélonéphrite ;
 - 1 hémorragie massive mal gérée apparue dans les deux jours suivants une biopsie de prostate.
- ⇒ 1 défaut d'information sur les risques d'une néphrectomie
- ⇒ 1 erreur de diagnostic d'une torsion testiculaire passée inaperçue lors d'une échographie pelvienne
- ⇒ 2 causes inconnues

La gravité des séquelles des patients se répartit de la manière suivante :

- 4 patients sont décédés ;
- 2 sont complètement guéris ;
- 1 subit un taux d'incapacité < à 5 % ;
- 3 ont un handicap < 10 % ;
- 1 compris entre 30 et 50 % ;
- on ignore le degré d'invalidité résiduel pour 3 patients.

Anesthésie (10)

L'anesthésie occupe le 8^{ème} rang, avec 10 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.

A l'exception d'un patient admis en urgence, tous les patients étaient admis dans le cadre d'une intervention programmée, pour 3 d'entre eux en ambulatoire et 6 d'entre eux en hospitalisation.

Parmi les 10 accidents, on relève :

- 5 accidents d'intubation, dont 4 lésions dentaires et 1 œdème des cordes vocales ;
- 1 erreur dans la conduite thérapeutique avec une programmation d'endoscopie alors qu'une phlébite était probable ;
- 1 lésion nerveuse lors de la pose d'une perfusion ;
- 1 inhalation par syndrome de Mendelson ;
- 1 anesthésie insuffisante lors d'une césarienne, responsable de douleurs intenses ;
- 1 déficit neurologique permanent et distal dans les suites d'une rachianesthésie.

5 patients échapperont à toutes séquelles dans les suites de ces accidents. Les 5 autres subiront des préjudices modérés inférieurs à 10 % de taux d'incapacité.

Ophthalmologie (10)

L'ophtalmologie occupe, à égalité avec l'anesthésie, le 8^{ème} rang avec 10 déclarations de sinistres (contre 6 en 2012).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- ➔ Parmi les 10 prises en charge à l'origine des dommages, 8 ont été réalisées en ambulatoire et 2 dans un contexte d'hospitalisation.
 - 6 patients étaient admis pour une chirurgie de la cataracte ;
 - 2 pour une intervention de chirurgie réfractive ;
 - 1 pour un décollement de rétine ;
 - pour 1 patient, le motif d'admission est inconnu.

On recense :

- 5 complications chirurgicales, dont :
 - 4 consécutives à des chirurgies de la cataracte avec
 - 2 décollements de rétine ;
 - 1 occlusion vasculaire maculaire ;
 - 1 rupture capsulaire.
 - On relève une thrombose de l'artère centrale de la rétine dans les suites d'une chirurgie indéterminée.

- 5 échecs de la chirurgie avec 4 résultats insatisfaisants de :
 - 2 chirurgies de la cataracte ;
 - 2 chirurgies réfractives ;
 - 1 prise en charge infructueuse d'un décollement de rétine, avec trois récives non jugulées qui évolueront vers une atrophie du globe.

Chirurgie vasculaire (5)

On recense 5 déclarations de sinistres imputables à une chirurgie vasculaire, ce qui la place au 9^{ème} rang.

- 4 interventions ont été réalisées dans un contexte d'hospitalisation ;
- 1 a eu lieu en ambulatoire.

A l'exception d'une patiente admise pour une ischémie aiguë, toutes les patientes venaient pour une chirurgie des varices.

2 chirurgies des varices se sont compliquées, pour l'une, d'une phlébite et, pour l'autre, d'un hématome. Les complications des deux autres chirurgies des varices ne sont pas connues, à ce stade d'avancement de l'instruction des dossiers.

L'ischémie aiguë tardera à être prise en charge, ce qui justifiera une amputation de cuisse gauche et de pied droit.

ORL (4)

4 accidents nous ont été déclarés en chirurgie ORL par nos sociétaires établissements en 2013 (contre 8 en 2012).

Tous les patients venaient pour une intervention ou une consultation programmée, dont 2 en ambulatoire et 2 dans un contexte d'hospitalisation.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Parmi les 4 prises en charge, 3 concernaient une chirurgie des oreilles (1 otoplastie, 1 ossiculoplastie, 1 tympanoplastie).

- Parmi les résultats dommageables de ces 3 interventions :
 - 1 insatisfaction quant au résultat esthétique ;
 - 1 phénomène d'acouphènes et de vertiges ;
 - 1 surdité d'un côté avec baisse de l'acuité auditive de l'autre côté.

1 patient se présentait pour des douleurs pharyngées persistantes suite à l'ingestion d'un comprimé. Il refusera de se prêter à un examen endoscopique avec prélèvement bactériologique et reprochera ensuite au médecin un défaut de diagnostic de son cancer.

Neurologie (3)

La neurologie, qui n'affichait qu'un accident en 2012, en présente 3 en 2013.

- 2 patients se présentaient dans un contexte d'hospitalisation programmée, l'un pour une r ducation dans les suites d'un accident vasculaire cérébral, l'autre pour une compression médullaire cérébrale.

La première prise en charge se compliquera d'un nouvel AVC, puis d'un décès brutal, par défaut de prise en charge adaptée.

La seconde entraînera une tétraplégie et une tétraparésie en raison d'une erreur technique lors du geste opératoire.

- Le 3 me dossier a pour cause une erreur de diagnostic chez un patient venu consulter en urgence sur symptômes de vomissements, de vertiges et de nausées, attribués à une gastroentérite. Le patient d c dera 4 jours plus tard d'un accident vasculaire cérébral.

Radiothérapie (3)

- ⇒ 3 dossiers mettent en cause un établissement de soins assuré à la MACSF pour des séances de radiothérapie.

Les radiothérapies étaient indiquées pour les traitements d'un cancer de la vessie, d'un cancer ORL et d'une tumeur maligne du rectum.

- Le premier cas se compliquera de colite et de rectite radique 11 ans plus tard ;
- Les suites du second cas seront marquées par une sténose anastomotique et des fistules pelviennes ;
- Le 3 me cas se caractérisera par une nécrose et une fracture fermée de la mâchoire.

Pédiatrie (3)

- ⇒ On recense 3 dossiers de pédiatrie pour lesquels un établissement de soins assuré à la MACSF est mis en cause.
 - 2 dossiers concernent des prises en charge de nouveau-nés, illustrant deux défauts de diagnostic, d'une part d'une fracture de la clavicule lors de l'accouchement et d'autre part, d'un souffle cardiaque à la naissance ;
 - 1 dossier concerne un défaut de diagnostic d'une péritonite chez une fillette de 11 ans, venue consulter aux urgences pour des douleurs abdominales, diarrhées et vomissements

et dont le retour à domicile sera autorisé avec une simple prescription d'une échographie à réaliser le lendemain.

Aucun de ces 3 enfants ne conservera de séquelles de ces retards de diagnostics.

Pneumologie (2)

- ➔ 2 accidents nous ont été déclarés, mettant en cause une prise en charge en pneumologie (contre 8 en 2012).

Il s'agit de 2 prises en charge aux urgences.

- Un patient se présentait pour une dyspnée aiguë, qui ne sera pas diagnostiquée et dont il décèdera à son retour à domicile ;
- L'autre patient venait pour un choc septique à pneumocoques lequel, du fait d'une erreur dans la conduite thérapeutique, évoluera vers une nécrose et l'amputation de tous les doigts, à l'exception du pouce droit.

Radiologie (2)

- ➔ 2 dossiers mettent en cause des prises en charge dans les services de radiologie des établissements (contre 4 en 2012).
- Une réclamation porte sur un infarctus du myocarde survenu au décours d'une infiltration foraminale sous scanner dont le patient décèdera.
- La seconde porte sur une erreur d'interprétation de clichés radiographiques mettant en évidence un fragment exclu responsable d'une sciatalgie.

Chirurgie esthétique (2)

- ➔ La chirurgie esthétique affiche 2 sinistres déclarés en 2012 au titre des accidents chirurgicaux ou médicaux (contre 6 en 2012).
- Une réclamation porte sur un résultat esthétique cicatriciel jugé insatisfaisant d'une chirurgie de plastie mammaire indiquée sur diagnostic d'une hypotrophie et d'une ptose mammaire du *postpartum*.
- Dans le second dossier, il est reproché un résultat inesthétique de la reconstruction d'un mamelon dans le cadre d'une chirurgie réparatrice après une mastectomie.

Domaines recensant une déclaration de sinistre d'origine médicale ou chirurgicale (7)

- ➔ 7 domaines affichent une déclaration de sinistre unique, sur mise en cause de notre société établissement :
- les urgences, avec une prise en charge contestée d'une fracture de la main gauche chez un enfant de 8 ans ;
- l'oncologie, avec une thrombose de la veine cave d'un patient imputable à un traitement par chimiothérapie ;
- la médecine générale, avec un défaut de soins d'un ongle incarné chez un patient diabétique ;
- la kinésithérapie, pour la fracture du trochanter lors d'une séance de rééducation dans les suites de la pose d'une prothèse totale de hanche ;

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- la dermatologie, pour des douleurs dans le bras d'un patient suite à l'exérèse d'un tophus goutteux du coude ;
- la médecine de rééducation, pour la mobilisation forcée du genou d'un patient lors d'une séance de rééducation ;
- la chirurgie endocrinienne, pour une paralysie récurrentielle dans les suites d'une thyroïdectomie.

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, révélée par l'instruction du dossier.

▪ INFECTIONS NOSOCOMIALES (195)

Parmi les réclamations adressées aux sociétaires établissements de la MACSF en 2013, on recense 195 infections nosocomiales, lesquelles représentent 30 % des accidents corporels.

Ce taux demeure relativement constant depuis au moins quatre ans.

Ces résultats ne signifient pas pour autant que les établissements de soins ne progressent plus dans la lutte contre les infections nosocomiales.

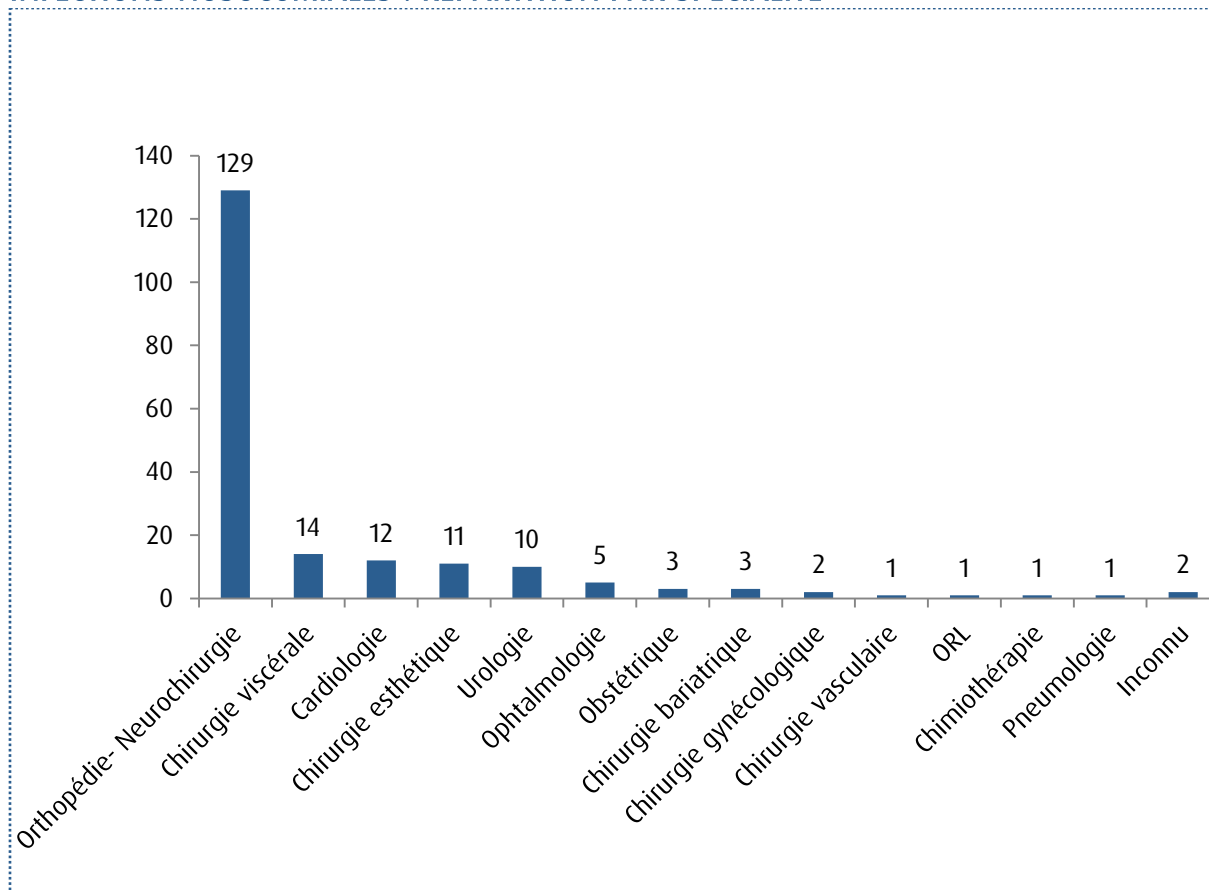
Comme chaque année, nous rappellerons plusieurs points :

D'une part, ne sont recensées ici que les infections déclarées à l'assureur, c'est-à-dire celles dont l'évaluation indemnitaire prévisionnelle excède la franchise contractuelle des établissements, prévue dans leur contrat d'assurance.

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.

D'autre part, 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 à agir, bien sûr, pour éviter leur survenance, mais aussi pour en limiter, voire en éliminer l'impact lorsque leur survenance n'a pu être empêchée.

INFECTIONS NOSOCOMIALES : REPARTITION PAR SPECIALITE



67 % des infections nosocomiales motivant une plainte contre les établissements sont le fait d'interventions de chirurgie orthopédique ou de neurochirurgie.

Le constat d'un taux important d'infections nosocomiales dans ces interventions est récurrent chaque année mais, en 2013, il est encore plus élevé qu'en 2012 (56 %). Ce résultat doit néanmoins être tempéré du fait que sont regroupées cette année la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie.

Avec des volumes bien moindres, apparaissent ensuite la chirurgie viscérale en seconde position, comme chaque année, puis la cardiologie, la chirurgie esthétique et l'urologie.

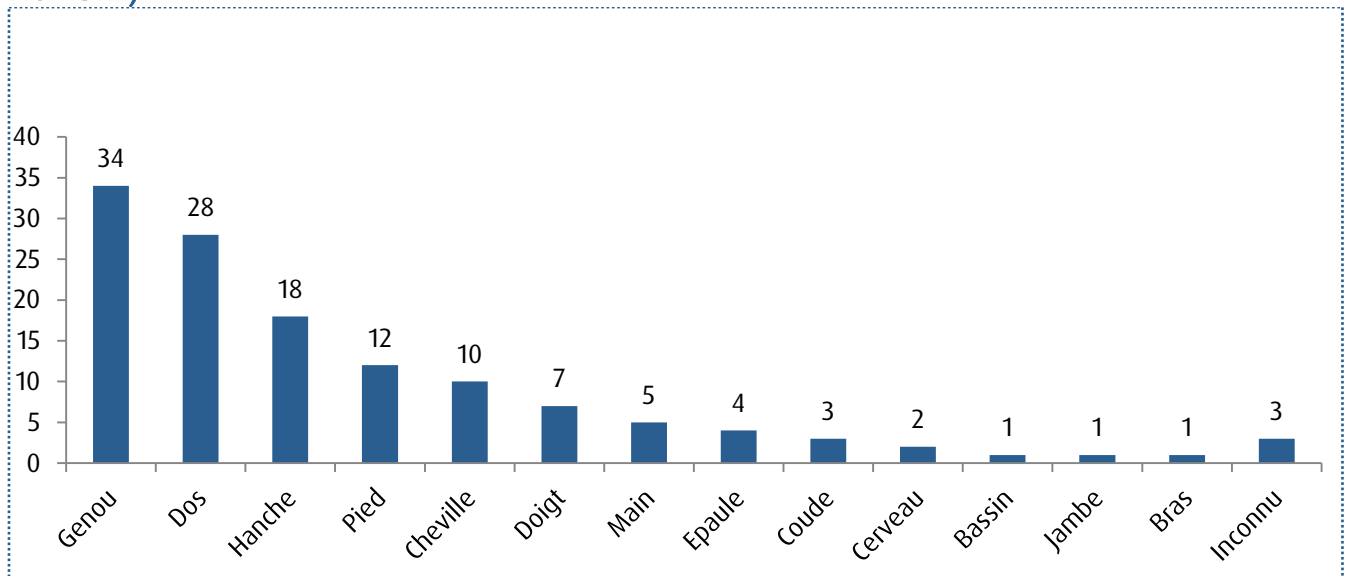
L'ophtalmologie connaît un recul avec 5 infections déclarées, contre 12 en 2012.

De manière beaucoup moins significative, les autres spécialités affichent moins de 5 sinistres infectieux déclarés dans l'année.

Orthopédie-Neurochirurgie (129)

Le nombre d'infections déclarées varie selon le siège de l'intervention.

INFECTIONS EN ORTHOPÉDIE : REPARTITION SELON LE SIEGE DE L'INTERVENTION (EN NOMBRE)

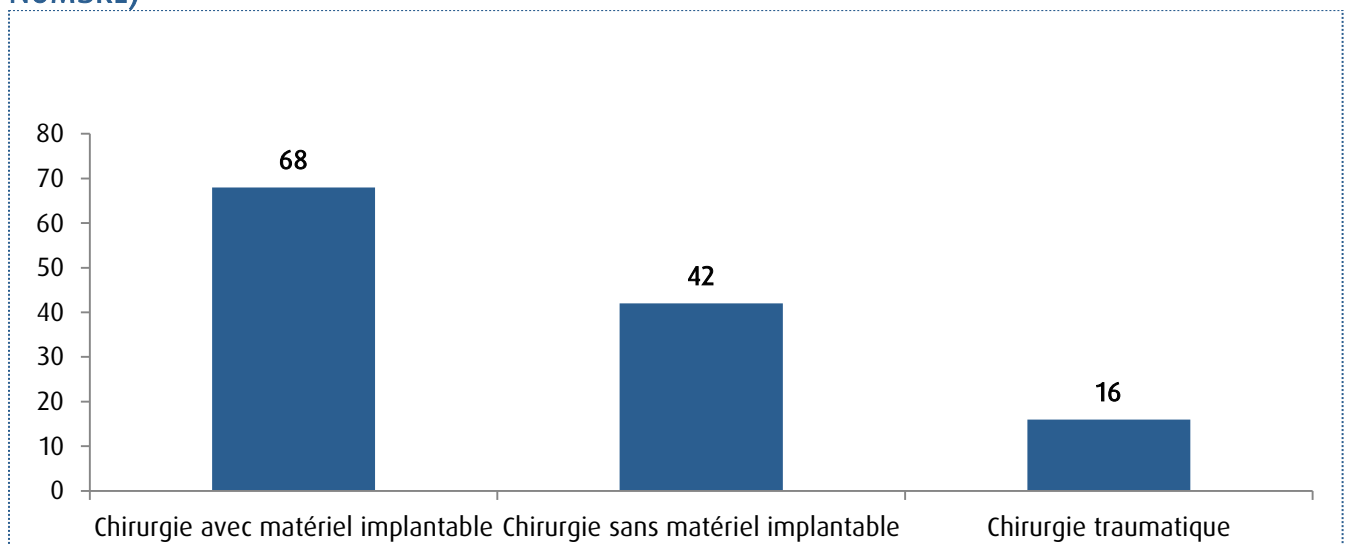


Le genou apparaît, comme chaque année, en tête des localisations infectieuses (26 %), suivi du dos (22 %), de la hanche (14 %), du pied (9 %), de la cheville (8 %), puis plus marginalement du doigt, de la main, de l'épaule, du coude, du cerveau, du bassin, de la jambe puis du bras.

Par rapport à 2012, on constate que les infections au niveau du dos devancent celles au niveau de la hanche (qui étaient en seconde position) et de la cheville (qui étaient au 3^{ème} rang).

Ces résultats sont à rapporter au nombre d'actes réalisés sur ces différents sièges d'intervention chaque année.

INFECTIONS EN ORTHOPÉDIE : REPARTITION SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE (EN NOMBRE)



Dans 3 dossiers, le type d'intervention réalisé n'est pas connu. Ils sont donc exclus de cet indicateur.

On constate, comme en 2012, que la part la plus importante d'infections revient aux chirurgies avec introduction d'un matériel implantable (54 % contre 61 % en 2012).

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Sur les 68 interventions avec matériel implantable, 45 étaient de première intention (66 %), 23 consistaient en des chirurgies de reprise (34 %).

33 % des infections sont survenues dans un contexte de chirurgie sans implantation de matériel.

13% ont été contractées dans le cadre de prises en charge de traumatismes survenus dans le cadre d'accidents du travail, de la voie publique ou domestiques.

On relève 4 décès avec un choc septique dans les 6 jours suivant une arthroplastie de la hanche, 2 chocs septiques suite à la mise en place d'arthrodèses lombaires et 1 infection à staphylocoque après une ostéosynthèse sur une fracture fermée de l'olécrane droit.

Chirurgie viscérale (14)

⇒ La chirurgie viscérale présente 14 réclamations relatives à des complications infectieuses, soit 7 %.

A l'origine, on recense :

- 5 cures de hernies ;
- 4 colectomies ;
- 2 cures d'éventrations avec plaque ;
- 1 hospitalisation en unité de soins intensifs ;
- 1 cure de prolapsus rectal ;
- 1 résection de bride dans le cadre d'un syndrome occlusif.

71 % de ces complications infectieuses sont survenues dans un contexte d'hospitalisation.

Seule une intervention était réalisée en urgence. On relève 3 prises en charge en ambulatoire.

Cardiologie (12)

⇒ Les patients ayant contracté une infection dans cette spécialité se présentaient :

- pour un pontage (6) ;
- une angioplastie (4) ;
- une chirurgie de l'aorte (1) ;
- la pose d'un pacemaker (1).

L'infection a été parfois redoutable avec 4 patients décédés sur les 12 infectés.

Il faut souligner que, dans cette spécialité, l'état antérieur des patients est souvent lourd.

Cependant, on relève un taux de décès moindre qu'en 2012, qui atteignait 6 patients sur 10.

Chirurgie esthétique (11)

⇒ 8 patientes étaient prises en charge en hospitalisation programmée, 3 en ambulatoire.

- 5 patientes ont été infectées dans les suites de poses d'implants mammaires :
 - 2 à des fins esthétiques ;
 - 3 à visée réparatrice suite à des cancers du sein.
- 1 patiente a été infectée à l'occasion du retrait de ses implants mammaires.
- On relève une infection contractée dans les suites d'une chirurgie de réduction mammaire.
- 3 patientes venaient pour des dermolipectomies seules (1) ou accompagnées de lipoaspirations (2) réalisées en ambulatoire.
- Enfin, on recense une infection dans les suites d'une abdominoplastie.

Ces infections seront pratiquement toutes sans conséquences pour les patientes, qui en guériront ou en conserveront des séquelles très modérées (< 5 %).

Urologie (10)

- ⇒ 7 interventions se déroulaient dans un contexte d'hospitalisation, 3 en ambulatoire. On ne relève aucune prise en charge en urgence.

Ces infections sont survenues à l'occasion de :

- 6 interventions sur la prostate (2 biopsies, 2 prostatectomies dont une doublée d'une cystectomie, 1 résection, 1 ablation d'une tumeur bénigne) ;
- 2 plasties de la verge (dont l'une pour un changement de la prothèse) ;
- 1 cystectomie seule ;
- 1 néphrostomie.

Une infection contractée dans le cadre d'une cytoprostatectomie entraînera le décès du patient dans un contexte de possible complication thromboembolique.

Ophthalmologie (5)

- ⇒ 4 chirurgies de la cataracte sont à l'origine des infections contractées dans cette spécialité ;
- ⇒ 1 infection est survenue dans les suites d'une chirurgie réfractive.

A l'exception d'une infection dont les conséquences sont inconnues, les patients conserveront des séquelles importantes évaluées entre 10 et 30 % d'incapacité.

Obstétrique (3)

- ⇒ Parmi les 3 complications infectieuses dans cette spécialité, 1 concerne la mère, et 2 l'enfant. On relève :
 - 1 césarienne compliquée d'un abcès de paroi qui sera rapidement jugulé par un traitement antibiotique ;
 - 1 septicémie à *Escherichia coli* révélée dans les suites d'une amniocentèse, qui entraînera une mort fœtale *in utero* ;
 - 1 nouveau-né décèdera à 23 jours de vie d'une méningite à *Streptocoque B* après un séjour de vingt jours en néonatalogie, suivi d'un retour à domicile.

Chirurgie bariatrique (3)

- 1 patient contractera, dans les suites d'une sleeve, une pneumopathie à *Pseudomonas aeruginosa*, de traitement long et difficile ;
- 1 patient contractera également une pneumopathie sévère après une chirurgie par bypass mais qui guérira médicalement ;
- 1 infection dans les suites d'une sleeve qui nécessitera l'évacuation d'une collection sous-hépatique.

Chirurgie gynécologique (2)

- 1 infection sur port à cath ;
- 1 péritonite dans les suites d'un prélèvement d'ovocytes par ponction vaginale.

Spécialités totalisant une infection déclarée chacune (4)

- En chirurgie vasculaire, on relève une infection dans les suites d'une chirurgie des varices réalisée en ambulatoire.
- En ORL, on recense la survenue d'une infection à Staphylocoque dans les suites de l'exérèse d'un lipome cervical volumineux effectué en ambulatoire.
- C'est au décours d'une séance de chimiothérapie que sera découverte une septicémie à Staphylocoque dans un contexte de fièvre et de tétraparésie.
- En pneumologie, à la suite d'une hospitalisation pour pneumectomie et curage ganglionnaire, l'infection survenue a abouti au décès du patient.

Causes inconnues (2)

- Enfin, 2 infections déclarées en 2013 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 toujours 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 (69)

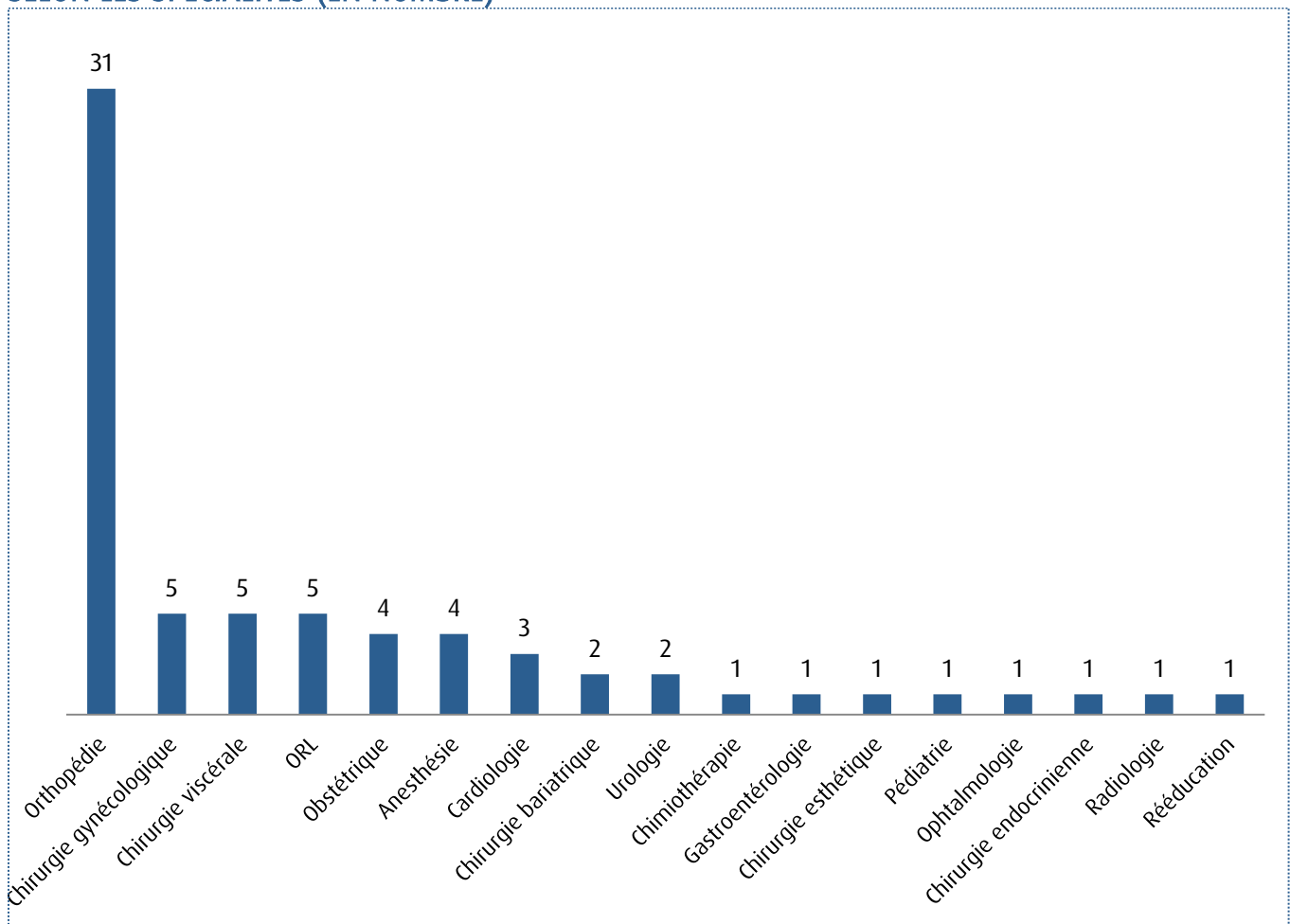
69 sinistres ont été déclarés par nos sociétaires établissements de soins en 2013, en lien avec l'utilisation ou la fourniture d'un produit ou d'un matériel.

On constate une légère augmentation de ce type de sinistres, qui étaient au nombre de 61 en 2012.

Ces sinistres représentent plus de 10 % des sinistres déclarés.

Répartition selon les spécialités concernées

ACCIDENTS LIES A UN PRODUIT OU UN MATERIEL UTILISE OU FOURNI : REPARTITION SELON LES SPECIALITES (EN NOMBRE)



C'est également l'orthopédie qui arrive en tête des spécialités les plus exposées, représentant 45 % des accidents déclarés en lien avec un matériel ou un produit utilisé.

L'emploi fréquent de prothèses dans ce type de chirurgie explique ce phénomène.

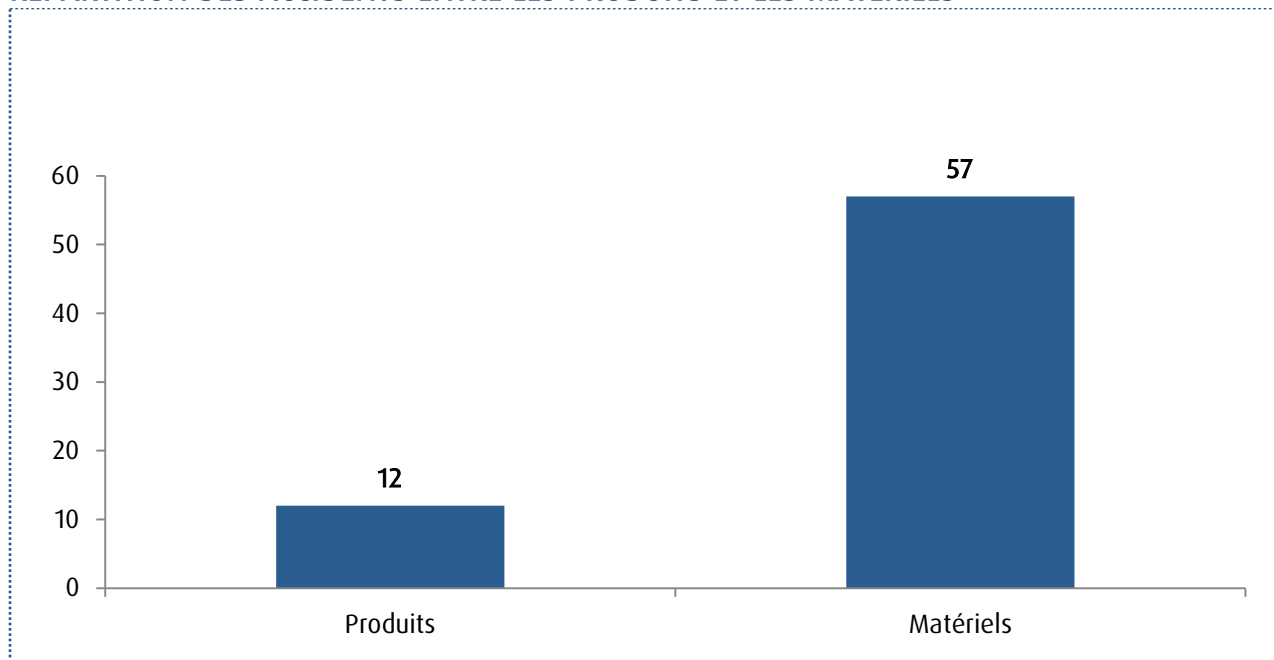
Ensuite, on constate une très grande dilution de ce risque entre les spécialités.

La chirurgie gynécologique, la chirurgie viscérale et l'ORL totalisent respectivement 5 sinistres, l'obstétrique et l'anesthésie 4 sinistres chacune.

On relève 3 sinistres en cardiologie, 2 en chirurgie bariatrique et en urologie.

8 spécialités se partagent les autres sinistres, à raison d'un sinistre déclaré par spécialité.

REPARTITION DES ACCIDENTS ENTRE LES PRODUITS ET LES MATÉRIELS



On compte davantage d'accidents par matériel et moins par produits en 2013 qu'en 2012, année où l'on comptabilisait 37 accidents par matériel et 24 par produits.

17 % des accidents sont imputables à un produit (contre 40 % en 2012) tandis que 83 % mettent en cause un matériel (contre 60 % en 2012).

➔ Parmi les 12 produits à l'origine des sinistres, on relève :

- 3 erreurs médicamenteuses :
 - 1 dilution de la Xylocaïne par du sérum salé hypertonique ;
 - 1 infusion d'un produit de chimiothérapie en 24 heures dosé à 10 ml/par heure au lieu de 2 ml/ par heure ; 1 surdosage en Previscan® doublé d'interférences médicamenteuses.

- 2 chocs anaphylactiques, 1 au curare au décours d'une cholécystectomie, 1 à la Célocurine® au cours d'une endoscopie laryngée ;
- 2 contaminations post-transfusionnelles par le virus de l'Hépatite C ;
- 2 extravasations de produits, l'une de produit de perfusion chez un nouveau-né (sérum glucosé), l'autre de produit de contraste au cours d'un scanner abdomino-pelvien ;
- 1 convulsion par sevrage en Seresta® dans les suites d'une inhalation avec intubation et ventilation ;
- 1 réclamation portant sur la prescription de Médiator® ;
- 1 injection de produits iodés provoquant une insuffisance rénale par nécrose tubulaire.

➔ Parmi les 57 accidents par matériel, on relève :

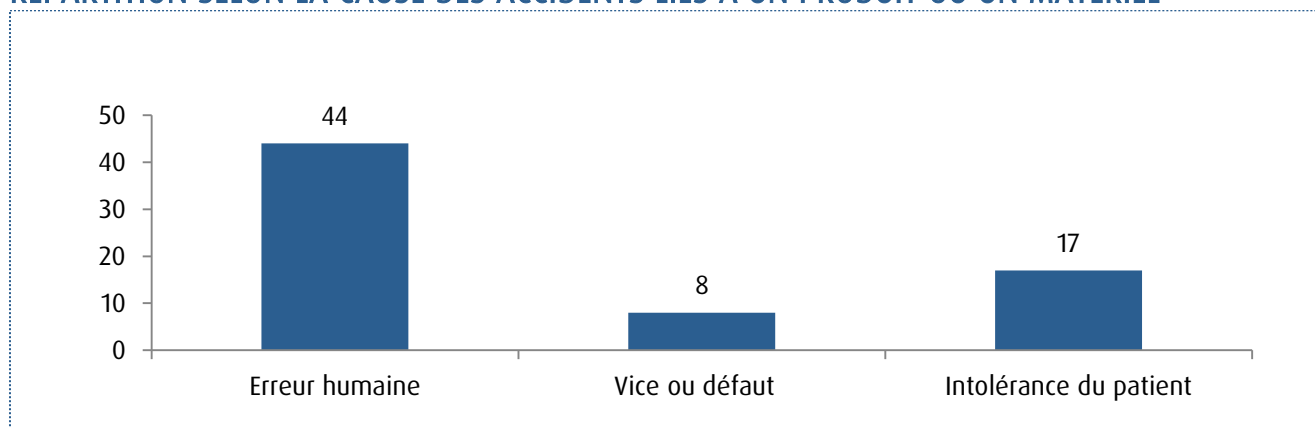
- 22 oublis de corps étrangers (redons, drains, broches, compresses, cathéters, mèches) ;
- 16 prothèses descellées ou douloureuses nécessitant leur retrait (14 implants orthopédiques, 1 prothèse oculaire et 1 prothèse mammaire PIP) ;
- 4 accidents en lien avec des plâtres (1 brûlure thermique lors d'un déplâtre, 1 compression du fibulaire externe lors de la pose d'un plâtre, 1 allergie à la résine, 1 plaie cutanée lors de l'ablation d'un plâtre) ;

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- 3 brûlures par bistouri ;
- 1 blessure à la main par une aiguille souillée laissée sur le brancard ;
- 1 perforation du sinus par un clou de Lemoine lors d'une ethmoïdectomie et une turbinectomie ;
- 1 neurostimulateur défectueux dans le cadre d'une thyroïdectomie ;
- 1 reflux sanguin dans le cathéter dans le cadre du traitement d'une sigmoïdite diverticulaire par une antibiothérapie par voie veineuse ;
- 1 arrêt cardio-respiratoire dans les suites d'une intubation trachéale ;
- 1 arrachement accidentel de la voie veineuse centrale au cours d'une pancréatectomie ;
- 1 dysfonctionnement du matériel de radiologie retardant l'artériographie d'une patiente admise pour un anévrisme cérébral ;
- l'utilisation de spatules lors d'un accouchement ;
- 1 syndrome du canal carpien survenu dans les suites de la pose et du maintien d'une perfusion douloureuse lors d'une hospitalisation en maternité ;
- 1 probable défaut de maintenance de bistouri et de gainage du matériel réutilisable, à l'origine d'une sténose urinaire urétérale ;
- 1 perforation, par le cathéter, de la veine cave, au cours d'une chimiothérapie ;
- 1 anoxie par désadaptation de la sonde d'intubation au cours d'une cure de hernie inguinale.

Répartition selon la cause des accidents liés aux produits ou matériels

REPARTITION SELON LA CAUSE DES ACCIDENTS LIES A UN PRODUIT OU UN MATERIEL



On s'aperçoit, comme l'année dernière, que les accidents qu'on attribue, de prime abord, à un produit ou à un matériel sont en réalité le plus souvent le fait d'erreurs humaines.

Ce constat est encore davantage avéré cette année avec seulement 12 % de produits viciés ou de matériels défectueux (20 % en 2012), contre 64 % de défaillances humaines (60 % en 2012) et 24 % de cas où l'accident a pour cause une réaction du patient par intolérance au produit administré ou au matériel utilisé (20 % en 2012).

On soulignera néanmoins qu'il est rare d'identifier au stade de la déclaration du sinistre un vice ou un défaut d'un matériel ou d'un produit, qui ne sera révélé le plus souvent qu'au terme d'une ou de plusieurs expertises.

Dans cette étude, nous avons pris le parti d'attribuer les ruptures de prothèses à des réactions propres au corps humain, et donc de les classer dans les intolérances du patient sauf, lorsqu'à ce stade de la procédure, nous connaissons déjà plus précisément la cause profonde de la rupture, à

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

savoir, soit une erreur humaine d'ordre technique dans le choix de la prothèse, soit un vice de l'implant.

- ➔ Parmi les 44 erreurs humaines, on relève :
 - 23 négligences, caractérisées par 22 oublis de corps étrangers dans le corps du patient et l'oubli d'une aiguille souillée sur un brancard ;
 - 10 manipulations maladroitesses (brûlures, intubations, plaies cutanées, compressions ...) ;
 - 5 défauts de surveillance de produits de perfusion, de sondes d'intubation, de cathéters veineux ;
 - 3 erreurs médicamenteuses ;
 - 3 erreurs d'appréciation dans le choix du matériel à implanter (vis trop longue ou pièce prothétique trop grande par rapport à la taille du patient).

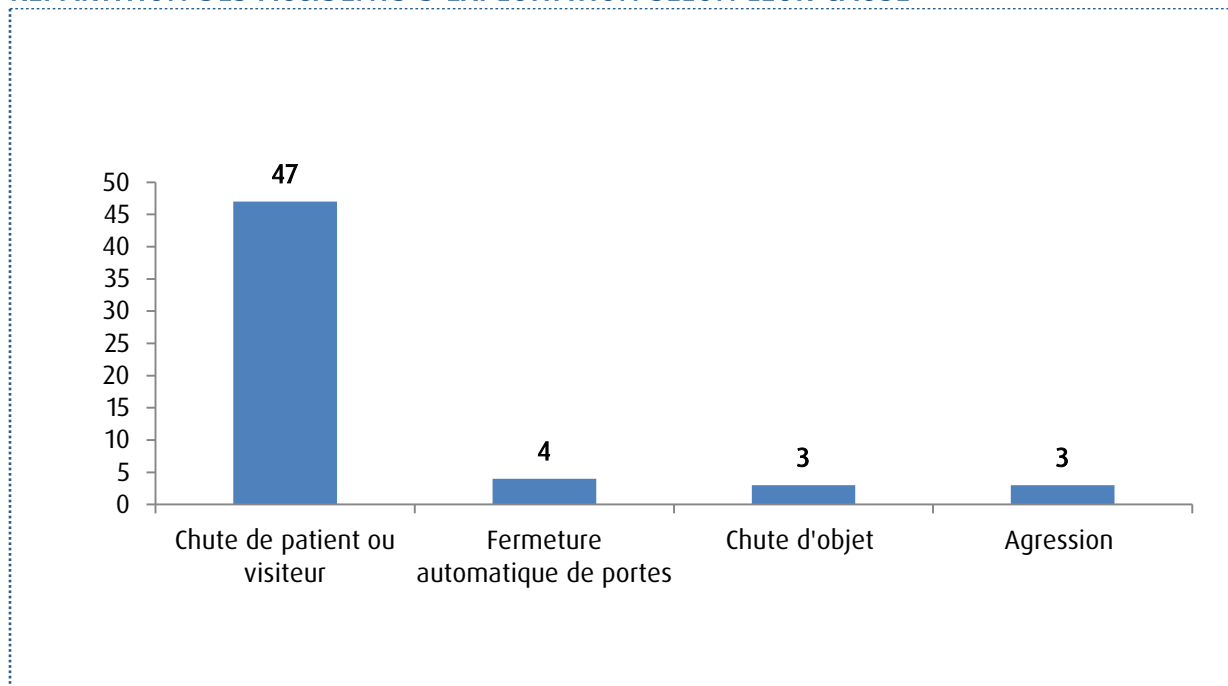
- ➔ Parmi les 8 produits défectueux, on recense :
 - 3 matériels défectueux (1 appareil de radiologie, 1 neurostimulateur, 1 bistouri) ;
 - 2 dossiers de sang contaminé ;
 - 1 dossier de Médiator® ;
 - 1 dossier de prothèses PIP ;
 - 1 prothèse de hanche défectueuse, retirée du marché depuis la date du sinistre.

- ➔ Parmi les 17 dossiers traduisant une réaction d'intolérance du patient au produit ou au matériel utilisé, on relève les phénomènes suivants :
 - 11 descellements de matériels prothétiques ;
 - 2 chocs anaphylactiques (l'un au curare, l'autre à la célocurine®) ;
 - 1 convulsion par sevrage en Seresta® dans les suites d'une inhalation avec intubation et ventilation ;
 - 1 allergie locale à la résine d'un plâtre ;
 - 1 nécrose tubulaire en réaction à l'injection de produits iodés ;
 - 1 reflux sanguin dans le cathéter de diffusion d'une antibiothérapie.

▪ Accidents d'exploitation dans les locaux de l'établissement (57)

On dénombre, en 2013, 57 accidents mettant en cause l'exploitation des locaux de l'établissement, soit un peu plus qu'en 2012 (48). Ils représentent 9 % des sinistres corporels déclarés, ce pourcentage augmentant légèrement depuis trois ans.

REPARTITION DES ACCIDENTS D'EXPLOITATION SELON LEUR CAUSE



La part la plus importante des accidents corporels d'exploitation revient aux chutes, lesquelles représentent 82 % de ce type d'accidents.

On rappellera que 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 pour justifier 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.

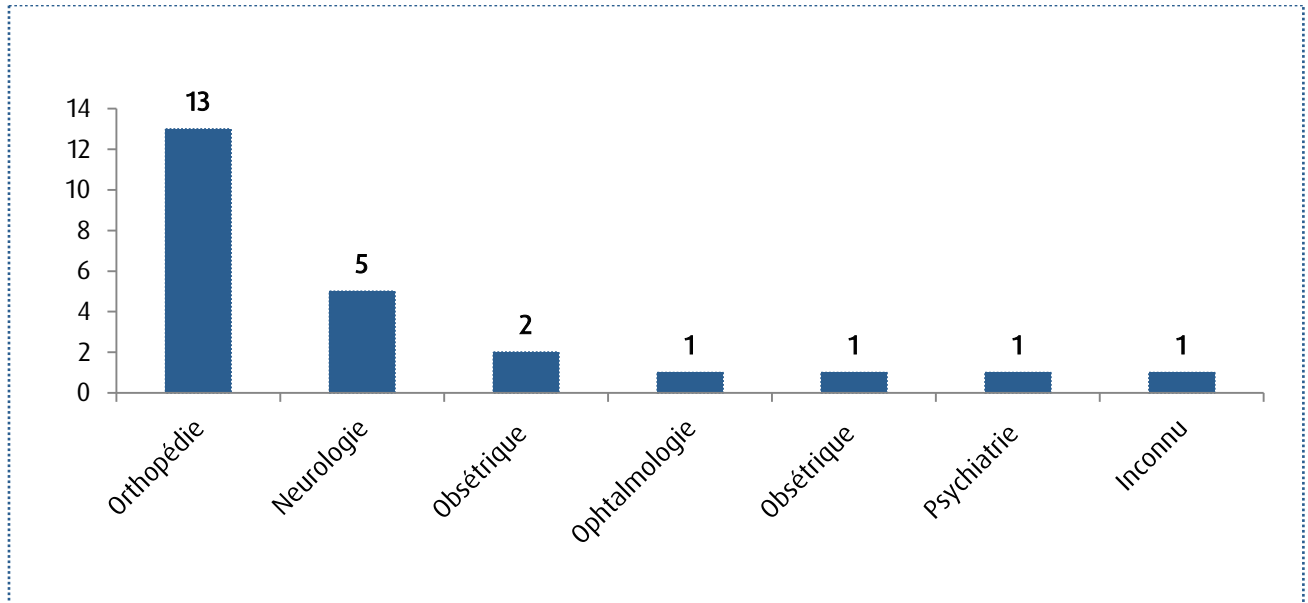
Les lieux des chutes sont très variés au sein des établissements (chambre, douche, parking, couloir, salle d'attente, boutique à l'accueil, hall...).

Sur les 47 chutes, 42 concernent des patients, 5 concernent des tiers visiteurs.

Parmi les 42 chutes de patients, 24 sont de prime abord imputables à une défaillance dans la prise en charge de la personne hospitalisée, dont l'état nécessitait une surveillance particulière, qui n'a pas été optimale.

Là encore, c'est en orthopédie que l'on recense le plus de chutes dites « médicales ».

REPARTITION DES CHUTES "MEDICALES" SELON LA SPECIALITE



Sur les 42 chutes, 18 sont, en revanche, sans rapport avec la prise en charge médicale mais résultent d'un défaut d'entretien des locaux ou des parties extérieures.

- ➡ Les 4 accidents liés à des fermetures automatiques de portes (hall d'entrée, ascenseurs) touchent, pour 3 d'entre eux, des visiteurs. 1 patient en a été victime.

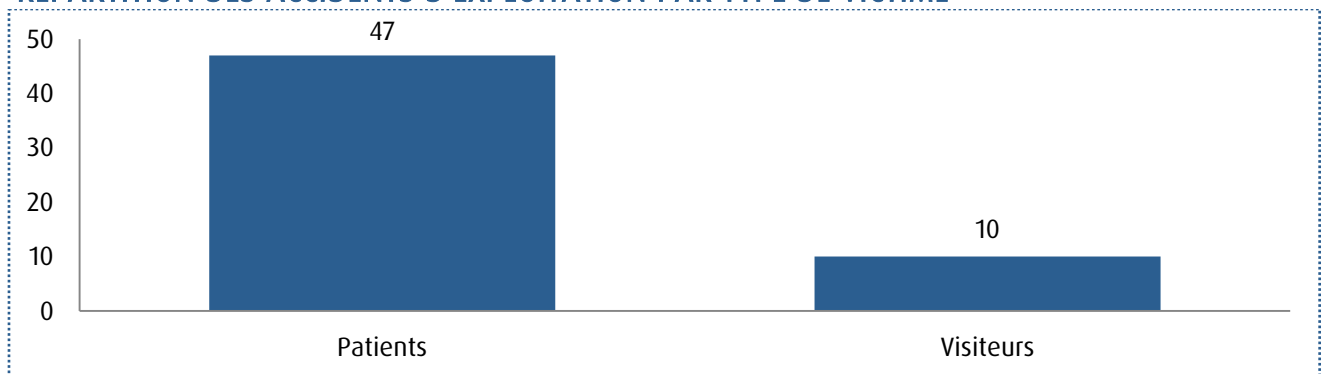
Les 3 chutes d'objets concernent :

- la chute d'un morceau d'enseigne sur l'épaule d'un visiteur ;
- la chute d'une table multimédia sur la tête d'un patient ;
- l'effondrement du lit d'un patient.

Enfin, les 3 agressions déclarées mettent en scène une pluralité d'acteurs.

On relève une agression sexuelle à l'encontre de la fille d'un patient hospitalisé par un préposé de l'établissement, une agression entre deux patients, et enfin, l'agression d'un visiteur par un patient.

REPARTITION DES ACCIDENTS D'EXPLOITATION PAR TYPE DE VICTIME



LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

On constate, comme en 2012, que les accidents d'exploitation déclarés en 2013 ont touché des patients dans plus de 80 % des cas, des visiteurs dans près de 20 % des cas.

On ne relève, en 2013, aucun accident concernant un employé.

▪ Accidents liés à un dysfonctionnement dans l'organisation du service (18)

18 événements indésirables déclarés en 2013, soit 3 %, sont imputables à un dysfonctionnement dans l'organisation des services.

Rappelons qu'il s'agit d'une qualification attribuée par nos équipes de gestion au moment de la déclaration du sinistre, alors qu'à ce stade 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.

On relève néanmoins une diminution significative de ce type d'événement causal entre 2012 et 2013 avec 10 sinistres en moins déclarés par nos sociétaires établissements de soins.

Répartition selon le contexte de prise en charge

- ➔ Parmi les 18 dossiers imputés à une défaillance dans l'organisation des services
 - 13 concernent une prise en charge en hospitalisation ;
 - 2 dans les services d'urgence ;
 - 2 en ambulatoire.

Pour 1 dossier, le contexte de prise en charge est inconnu.

Répartition selon le type de griefs adressés à l'établissement

- ➔ Parmi les 18 griefs imputés à l'organisation des services, on relève :
 - de multiples manquements éthiques dans la prise en charge des suites d'une fausse couche survenue à un stade avancé de la grossesse avec une absence de prise en charge psychologique, une information et une communication tardives (plusieurs mois après la crémation) sur les causes de la fausse couche, sur le sexe de l'enfant et de son certificat de décès ;
 - une asphyxie per-natale non jugulée par défaut d'appel de l'obstétricien devant les anomalies du RCF et absence de pédiatre à la naissance de l'enfant ;
 - une confusion, reproduite par l'ensemble de l'équipe soignante, entre un cathétérisme biliaire et un cathéterisme veineux, ayant conduit à la réalisation d'une anesthésie générale inutile sur un patient, confusion rendue possible par un déficit de traçabilité et de coordination au sein de l'équipe et l'absence de respect de la check-list au bloc opératoire ;
 - un défaut de surveillance d'un patient opéré d'un canal lombaire étroit ayant conduit à une reprise chirurgicale tardive (pour hématome compressif), responsable d'une absence de récupération. Aucun élément de surveillance neurologique n'était noté dans le cahier infirmier concernant ce patient pourtant "à risque" ;
 - une mauvaise gestion des anticoagulants (absence de protocole) responsable d'une phlébite puis d'une embolie pulmonaire chez une patiente initialement admise pour une entorse suite à un accident de ski ;

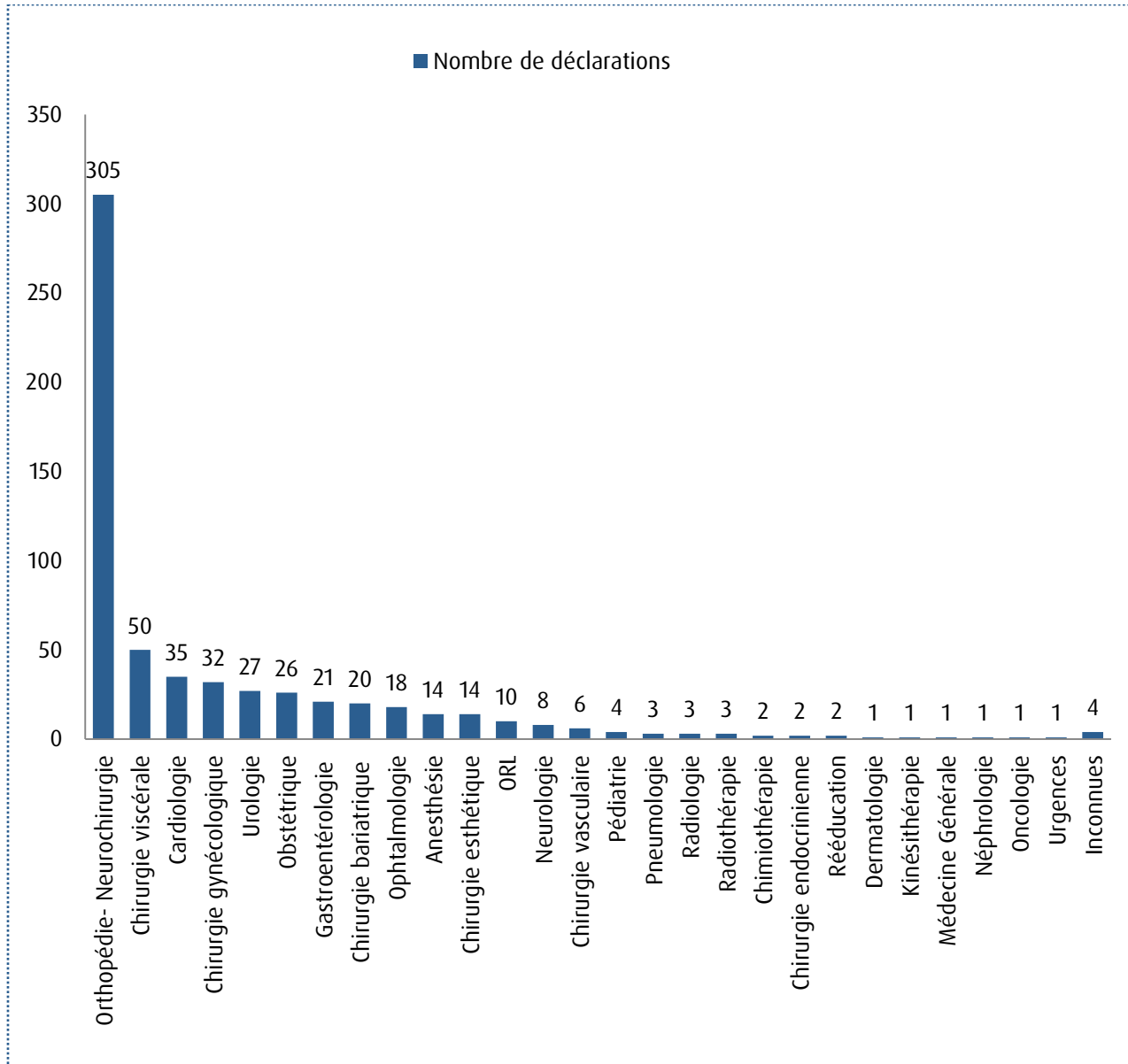
LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

- une anesthésie insuffisante en raison d'une indisponibilité de l'anesthésiste imputable à une erreur de programmation par le secrétariat de la clinique ;
- un dossier dans lequel la famille d'un patient décédé reproche sa maltraitance, caractérisée notamment par des chutes à répétition de son lit, faute de ridelles mises en place. Elle évoque également un manquement éthique de la part du personnel (refus d'un recueil en chambre mortuaire) ;
- la perte d'un dossier médical ;
- une mauvaise gestion de la perte du dentier d'un patient en réanimation, à l'origine de troubles nutritionnels et d'un déséquilibre de son diabète, responsables de l'amputation de l'un de ses membres inférieurs ;
- une défaillance dans la surveillance postopératoire d'une patiente, victime d'un choc septique non récupéré (décès), en raison de dysfonctionnements au sein de l'équipe infirmière (présence d'intérimaires non formés et acceptant notamment des prescriptions téléphoniques) ;
- le cas d'un patient se plaignant d'une désorganisation aux urgences et en service de médecine, responsable de l'absence de réalisation d'examens complémentaires et de prise en charge de sa douleur, à l'origine de l'aggravation de sa pathologie ;
- une carence dans l'organisation du service ayant permis l'agression d'un patient par un autre patient ;
- la survenue d'escarres chez un patient, qu'il impute à l'établissement en raison de l'absence de protocole de prévention des escarres mis en place dans les services ;
- une mise en cause par un patient en raison des difficultés dans l'organisation de son rapatriement de l'étranger où il a été victime d'un accident de la vie, alors que ces difficultés sont strictement imputables à son prestataire d'assurance assistance ;
- une défaillance dans le circuit des examens biologiques avec la perte d'un prélèvement d'anatomopathologie entre le laboratoire et la clinique ne permettant pas au patient de connaître la nature bénigne ou maligne de sa tumeur ;
- famille reprochant au personnel de l'établissement d'avoir laissé leur proche agoniser seule dans sa chambre alors qu'elle appelait un soignant, pratique qu'elle impute à un déficit managérial dans les services ;
- des carences dans la surveillance des patients opérés, responsables du décès d'une patiente retrouvée, au 4^{ème} jour postopératoire d'une cure de prolapsus, allongée sur le sol, dans le coma ;
- des carences dans la surveillance des patients en service de médecine, responsables de la défenestration d'une patiente admise pour rétention urinaire d'origine médicamenteuse (neuroleptiques prescrits pour traiter une psychose bipolaire).

Répartition des déclarations de sinistres corporels médicaux selon les spécialités concernées

Il est ici observé la répartition des 615 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, chutes en lien avec la prise en charge médicale de la personne hospitalisée).

REPARTITION DES SINISTRES MEDICAUX PAR SPECIALITE



On retrouve toujours l'orthopédie et la neurochirurgie nettement en tête des spécialités les plus à risque en terme de fréquence.

Cette spécialité représente 50 % des déclarations de sinistres de nos sociétaires établissements de soins, tous types de sinistres confondus.

L'orthopédie apparaît comme la spécialité la plus génératrice de réclamations, tant pour complications chirurgicales, qu'en matière d'infections nosocomiales, que pour des accidents par matériels, ou encore des dysfonctionnements organisationnels.

Après l'orthopédie suivent, comme en 2012, la chirurgie viscérale puis la cardiologie, spécialités ayant pour particularité de traiter des patients aux pathologies parfois extrêmement lourdes, exposant à une complication chirurgicale ou infectieuse.

On trouve ensuite, par ordre décroissant, la chirurgie gynécologique, l'urologie, l'obstétrique, la gastroentérologie, la chirurgie bariatrique, l'ophtalmologie, l'anesthésie, la chirurgie esthétique puis l'ORL, les autres spécialités totalisant chacune moins de 10 sinistres déclarés dans l'année.

LES SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

On constate que la chirurgie gynécologique et la gastroentérologie ont gagné 4 rangs par rapport à 2012, la chirurgie bariatrique et l'urologie 2 positions.

En revanche, la chirurgie esthétique est en recul.

Mais une observation sur 2 années est insuffisante pour prétendre à une interprétation pertinente.

Dommmages matériels (75)

- ➔ Les établissements de soins sociétaires de la MACSF ont déclaré 75 dommages matériels en 2013, qui se répartissent de la manière suivante :
 - 67 pertes ou endommagements d'objets (lunettes, appareils dentaires ou auditifs, boucles d'oreilles, sacs ...)
 - 5 vols ;
 - 2 dégâts des eaux ;
 - 1 acte de vandalisme sur un véhicule.

Ce nombre est en augmentation constante depuis au moins 4 ans avec 24 sinistres déclarés en 2010, 46 en 2011, 54 en 2012 et 75 en 2013.

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.

Usage de la garantie Protection Juridique (4)

En 2013, 4 établissements ont fait appel à la MACSF au titre de leur contrat de Protection Juridique.

On relève 2 dossiers dans lesquels la faute inexcusable de l'établissement est recherchée en qualité d'employeur, suite à des accidents reconnus comme des accidents de travail du personnel.

Un sociétaire établissement de soins a demandé à bénéficier de l'accompagnement de la MACSF dans le cadre d'une plainte déposée par une patiente pour attouchements sexuels de la part d'un médecin exerçant en son sein en qualité de praticien libéral.

Enfin, la MACSF a été sollicitée pour avis sur les conditions de cessibilité d'une clinique ayant obtenu de l'ARS une autorisation de chirurgie esthétique ne comprenant pas la médecine esthétique.

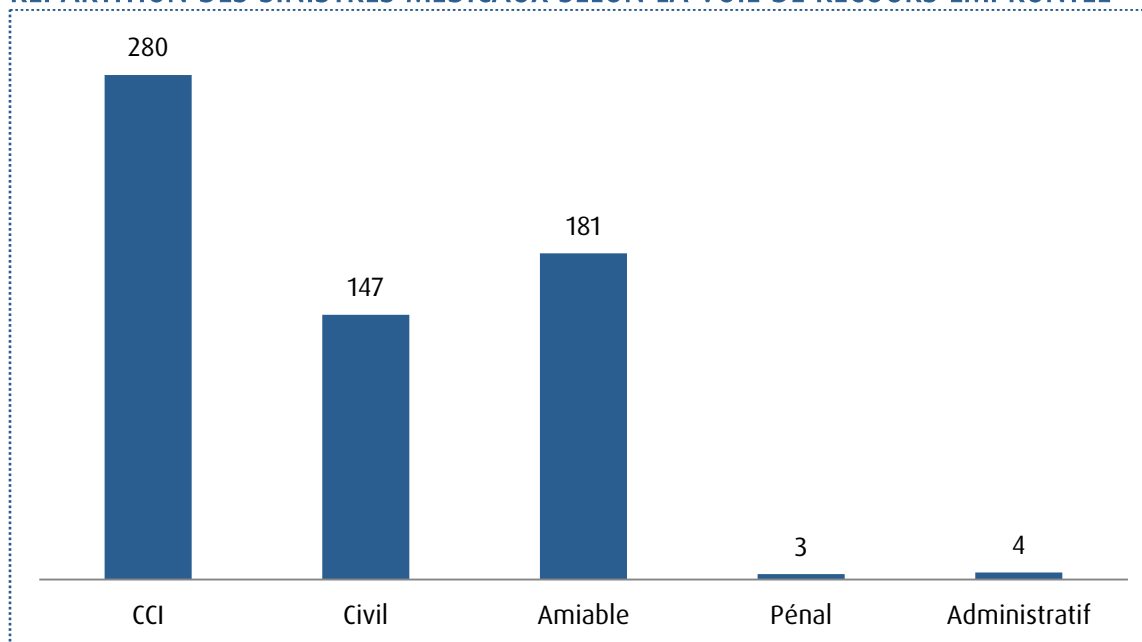
Répartition des sinistres selon la voie de recours empruntée

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 SINISTRES EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

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.

REPARTITION DES SINISTRES MEDICAUX SELON LA VOIE DE RECOURS EMPRUNTEE



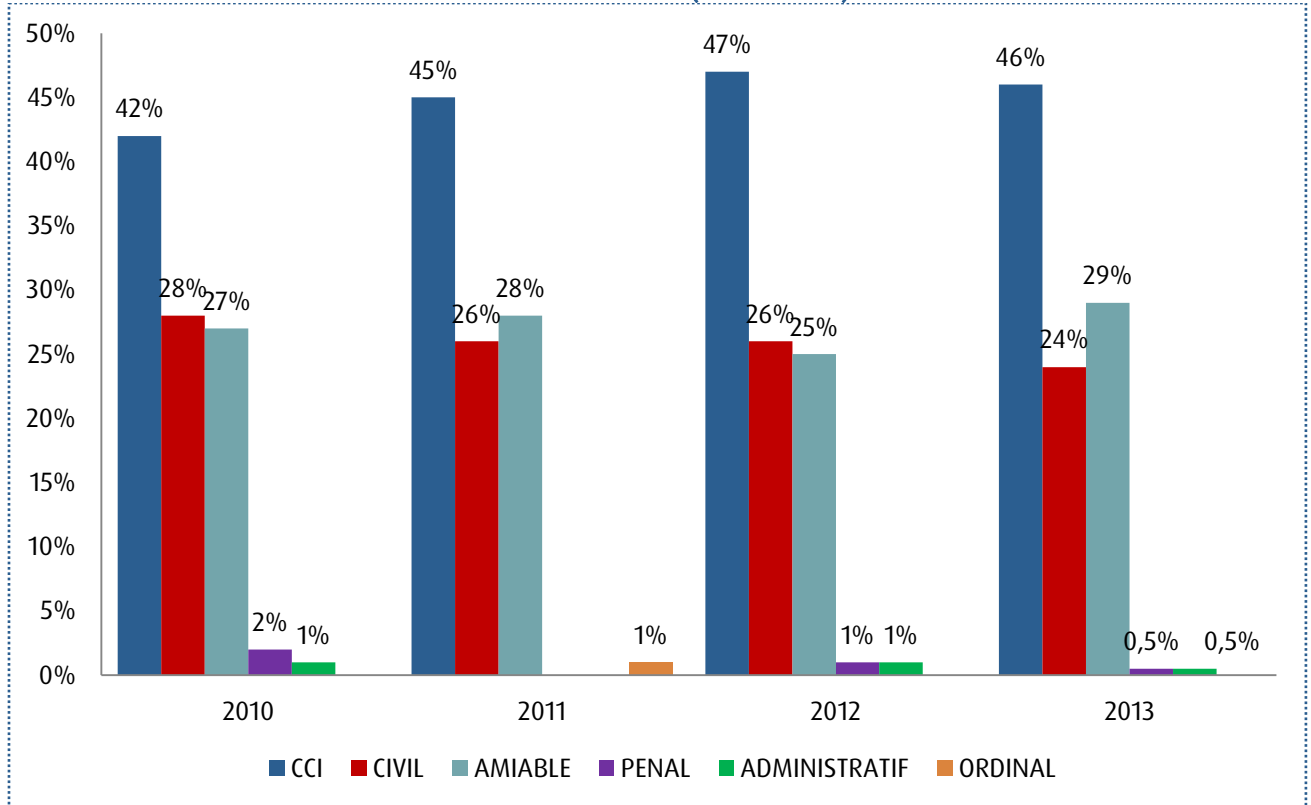
S'agissant des sinistres médicaux, c'est toujours la voie des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux (CCI) qui rencontre le plus vif succès, avec 280 réclamations portées devant elles, contre 147 devant le juge civil.

On relève cette année un volume plus important de réclamations présentées amiablement à l'assureur (hors CCI), le plus souvent à l'initiative d'un assureur de Protection juridique.

Comme chaque année, les plaintes pénales sont relativement marginales puisqu'elles sont au nombre de 3, contre 4 l'année dernière.

Enfin, il subsiste, comme chaque année, quelques réclamations portées par erreur devant le juge administratif (4) et pour lesquelles la désignation d'un avocat demeure nécessaire pour plaider l'incompétence juridictionnelle du juge administratif au profit de celle du juge judiciaire.

EVOLUTION DES VOIES DE RECOURS EMPRUNTEES (2010-2013)



Le succès des CCI se confirme chaque année.

Après avoir connu une courbe de croissance, elles perdent un point cette année, passant de 47 à 46 % de représentation de l'ensemble des voies de recours empruntées.

Ce phénomène n'est pas surprenant.

Il a fallu naturellement plusieurs années pour que le dispositif soit largement connu auprès du grand public, avant d'atteindre un rythme que l'on pourrait qualifier de « croisière ».

La voie civile reste relativement stable, autour de 25 % des réclamations.

Après avoir connu un léger infléchissement en 2012, les « réclamations amiables pures » (hors CCI) regagnent du terrain, représentant près de 30 % des réclamations formulées.

Ce taux traduit la capacité des assureurs à transiger les dossiers de sinistres.

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 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.

DECLARATIONS CONSERVATOIRES (210)

Les établissements de santé ont adressé à la MACSF 210 déclarations conservatoires, dont 160 correspondent à des événements indésirables d'ordre médical et 50 à des accidents en lien avec l'exploitation des locaux.

- ➔ Ces 210 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.

CENTRES DE TRANSFUSIONS SANGUINES

Les CTS antérieurement assurés par le MACSF ont adressé **21** déclarations (contre 19 en 2012).

- ➔ Contaminations transfusionnelles, essentiellement par le HVC (faits remontant aux années 1970/1980).



2

**LES DÉCISIONS
DE JUSTICE ET
AVIS CCI**

DECISIONS DE JUSTICE

Catherine LAMBLOT⁵

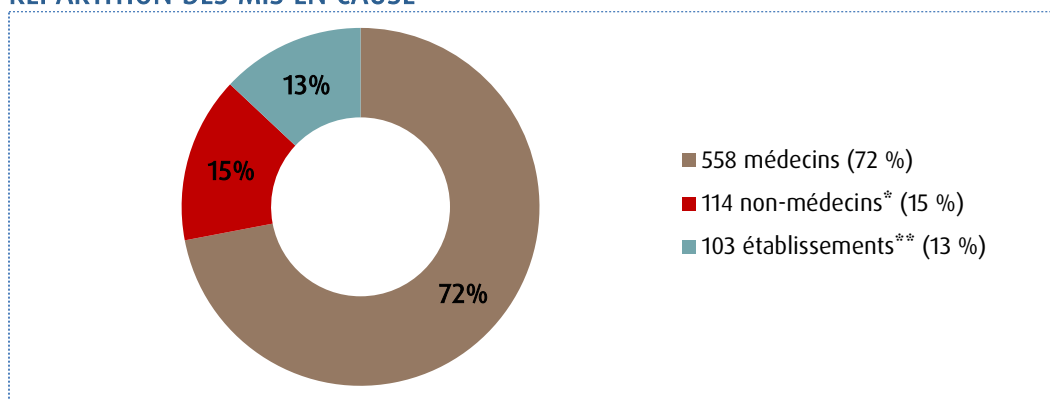
Directeur juridique des sinistres médicaux, MACSF - le Sou Médical

En 2013, la MACSF - le Sou Médical a enregistré 469 décisions de justice (civiles + pénales) mettant en cause 775 professionnels de santé et/ou établissements de soins. Il s'agit uniquement 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.

Ce rapport ne prend en compte que les décisions de justice et avis de CCI⁶ rendus à l'occasion d'affaires mettant en cause des sociétaires de la MACSF - le Sou Médical.

Néanmoins, pour la détermination des taux de mise en cause et de condamnation, tous les praticiens et établissements « parties » à la procédure, sociétaires ou non, sont comptabilisés.

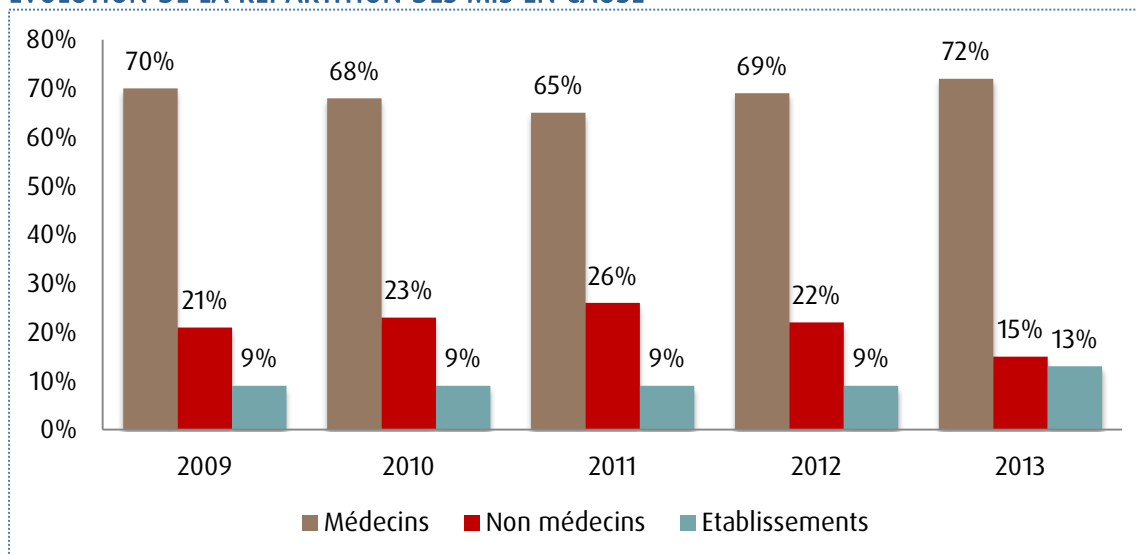
REPARTITION DES MIS EN CAUSE



* infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, laboratoires d'analyses, pharmaciens, sages-femmes...

**97 cliniques + 1 centre de cancérologie + 4 centres de transfusion + 1 association d'urgences

EVOLUTION DE LA REPARTITION DES MIS EN CAUSE



⁵ Avec la précieuse contribution de Samia Selimi, juriste stagiaire

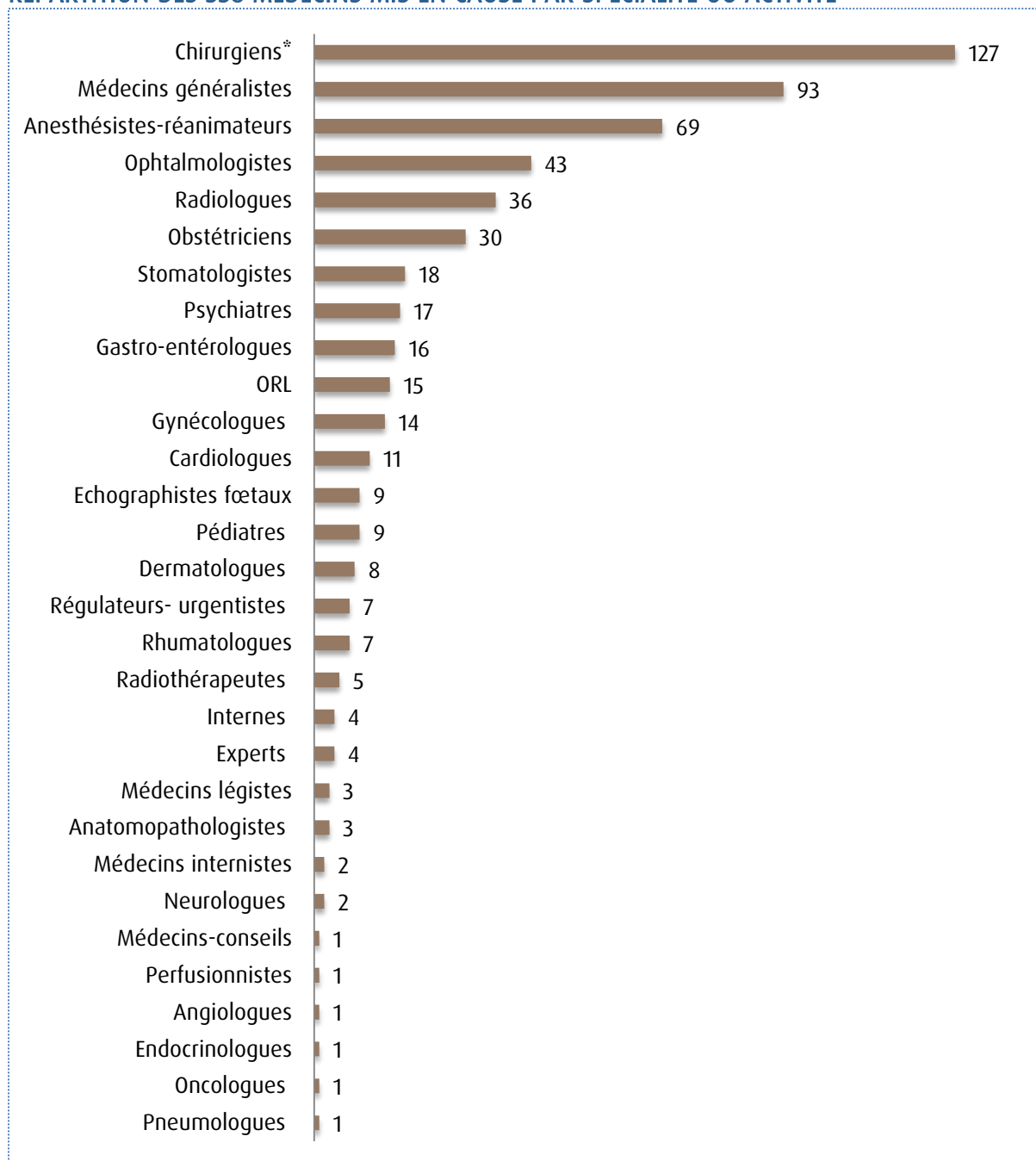
⁶ Commission de conciliation et d'indemnisation (ex-CRCI)

DECISIONS DE JUSTICE

En 2013, on constate une diminution du pourcentage de mises en cause des non médecins, une légère hausse du pourcentage de médecins mis en cause, et une augmentation importante du pourcentage d'établissements mis en cause.

L'augmentation du portefeuille de cliniques explique certainement cette constatation.

REPARTITION DES 558 MEDECINS MIS EN CAUSE PAR SPECIALITE OU ACTIVITE



*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 la MACSF - le Sou Médical. Nous assurons 83 % des ophtalmologistes libéraux, 63 % des médecins généralistes, 53 % des ORL libéraux, 48 % des anesthésistes et 38 % des radiologues. Enfin, s'agissant des obstétriciens, les décisions de justice

DECISIONS DE JUSTICE

concernent des affaires déclarées à une époque où la MACSF - le Sou Médical était largement présent sur ce marché.

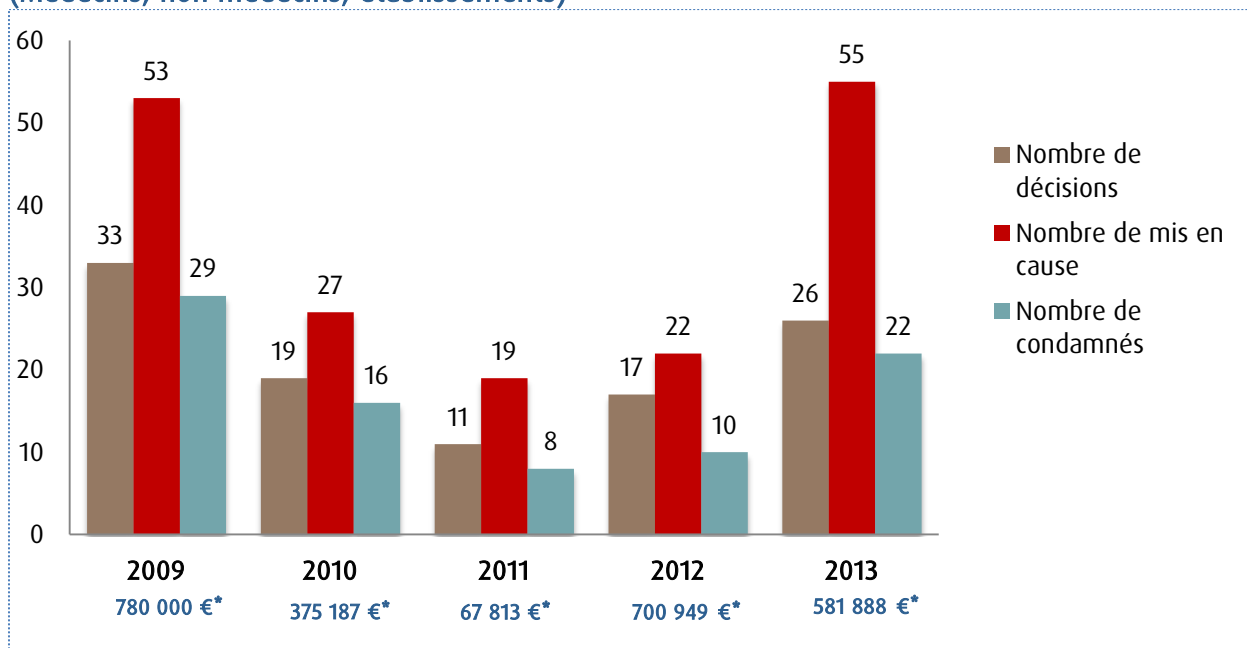
ISSUE DES DECISIONS DE JUSTICE (CIVIL+ PENAL), TOUTES SPECIALITES ET ACTIVITES CONFONDUES (MEDECINS, NON MEDECINS, ETABLISSEMENTS) EN 2013

| | Nombre de décisions de justice | Nombre (%) de décisions défavorables | Nombre de mis en cause | Nombre de condamnés | % de condamnés | Coût (en €) |
|-------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------|-------------|
| Pénal | 26 | 11 (42 %) | 55 | 22 | 40 % | 581 888 |
| Civil | 443 | 256 (58 %) | 720 | 389 | 54% | 36 266 115 |
| Total | 469 | 267 (57 %) | 775 | 411 | 53% | 36 848 003 |

* Le coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer

DECISIONS PENALES

EVOLUTION DU CONTENTIEUX PENAL TOUTES SPECIALITES ET ACTIVITES CONFONDUES (Médecins, non médecins, établissements)



* Le coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer

Si le contentieux pénal reste relativement exceptionnel, il ne diminue pas pour autant ces 2 dernières années.

On compte 11 décisions de condamnation, soit 40% des mis en cause. Ce taux est en baisse comparativement aux années précédentes. Néanmoins, cette baisse doit être relativisée eu égard au faible nombre de décisions rendues.

Le contentieux pénal, dans le domaine de la santé, 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

DECISIONS DE JUSTICE

y ont concouru par omission d'une obligation de faire. Or, la condamnation d'auteurs indirects au pénal suppose en théorie qu'ils aient commis une faute caractérisée d'une particulière gravité⁷.

On soulignera que le coût des affaires pénales atteint 581 888 € d'intérêts civils alloués en 2013, ce qui est relativement faible par rapport à 2012 où ce dernier atteignait 700 949 €. Cela peut être dû au fait que plusieurs décisions pénales concernent des affaires mettant en cause les hôpitaux publics, pour lesquels les intérêts civils sont pris en charge par l'hôpital, sauf faute détachable de la fonction.

EVOLUTION DE LA REPARTITION DES MISES EN CAUSE ET DES CONDAMNATIONS AU PENAL, PAR SPECIALITE OU ACTIVITE

| Spécialité/ activité | Mis en cause | | Condamnés | | Relaxes | |
|---------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 |
| Généraliste | 3 | 12 | | 4 | 3 | 8 |
| Anesthésiste-réanimateur | 4 | 5 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| Urgentiste régulateur | 2 | 4 | | 2 | 2 | 2 |
| Psychiatre | | 4 | | 3 | | 1 |
| Chirurgien | | 4 | | 3 | | 1 |
| Obstétricien | 1 | 3 | 1 | 1 | | 2 |
| Infirmier | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Pédiatre | 2 | 3 | 2 | | | 3 |
| Médecin légiste | | 3 | | | | 3 |
| Radiothérapeute | | 2 | | 1 | | 1 |
| Sage-femme | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Technicien de laboratoire | | 2 | | 2 | | |
| Clinique | 1 | 1 | | | 1 | 1 |
| Interne | 1 | 1 | | | 1 | 1 |
| Endocrinologue | | 1 | | | | 1 |
| Pharmacien | | 1 | | 1 | | |
| Directeur d'hôpital | | 1 | | | | 1 |
| Directeur ARH | | 1 | | | | 1 |
| Directeur DDAS | | 1 | | | | 1 |
| Chirurgien-dentiste | | 1 | | | | 1 |
| TOTAL | 22 | 55 | 10 | 22 | 12 | 33 |

Parmi les peines prononcées, on compte, parfois de manière cumulative :

- 1 peine d'emprisonnement de 18 mois fermes ;
- 9 peines d'emprisonnement avec sursis, allant de 3 mois à 3 ans ;

⁷ Voir « Que reste-t-il de la faute caractérisée au pénal ? » Stéphanie TAMBURINI, RESPONSABILITE n°55, septembre 2014, p 6-10.

DECISIONS DE JUSTICE

- 7 peines d'amende comprises entre 600 et 60 000 € ;
- 1 interdiction totale et définitive d'exercer.

Décisions de condamnation

Elles concernent 4 affaires de médecine générale, 2 prises en charge psychiatriques, 2 dossiers relatifs à la médecine d'urgence-régulation, 1 dossier de radiothérapie, 1 affaire de chirurgie orthopédique et 1 prise en charge par une sage-femme.

MEDECINE GENERALE

Parmi les 4 affaires de médecine générale on compte 3 décès :

- Décès d'une patiente dans les suites de la prescription d'un antibiotique qui avait, lors d'un traitement précédent, déclenché une allergie. Le tribunal retient que le praticien n'a pas accompli les diligences normales et attendues d'un médecin, en ne notant pas dans le dossier médical de sa patiente l'allergie à l'antibiotique, et surtout en prescrivant un antibiotique de la même famille que le précédent, qui était contre-indiqué, et ce sans surveillance médicale au moment de l'administration. Il est condamné pour homicide involontaire à une peine de prison de quinze mois avec sursis.

- Décès d'une patiente dans les suites d'une péritonite aiguë et généralisée. Le médecin généraliste était consulté pour un syndrome diarrhéique avec vomissements. En présence de symptômes persistants pendant plusieurs jours, en l'absence d'amélioration de l'état de la patiente, ce dernier ne prescrit qu'un traitement symptomatique de la gastro-entérite sans envisager d'hospitalisation ou encore de bilan ou d'examen complémentaire. Il est déclaré coupable d'avoir involontairement causé la mort de la patiente en commettant une faute caractérisée l'exposant ainsi à un risque d'une particulière gravité. Il est condamné à un an d'emprisonnement avec sursis. Les intérêts civils sont fixés à 42 400 €.

- Décès d'une patiente dans les suites d'une prescription d'une dose journalière de Gentalline® supérieure à celle préconisée par le Vidal. Une peine d'amende de 600 € est prononcée. Les intérêts civils sont fixés à 3 000 €.

- « Hydrotomie » du ventre et décollement d'une ancienne cicatrice d'appendicectomie, pratiqués par un généraliste sur une patiente qui présente ensuite un hématome pariétal. Le rapport d'expertise précise que cet acte relève bien de la médecine esthétique (et non de la chirurgie esthétique). Toutefois, la technique choisie n'est pas appropriée. Le médecin est condamné en appel à 1 000 € d'amende du chef de blessures involontaires. Les intérêts civils sont fixés à 2 300 €.

SOINS PSYCHIATRIQUES

Les deux affaires relatives à la prise en charge en soins psychiatriques concernent un défaut d'organisation ayant conduit à des décès :

- Décès d'une patiente dans un service psychiatrique des suites d'une association de produits psychotropes ayant entraîné des effets toxiques majeurs. Plusieurs médecins sont intervenus auprès de la patiente et un défaut majeur de communication au sein du service de psychiatrie est relevé, ce qui explique l'association des produits administrés. Le responsable du service est condamné pour homicide involontaire à douze mois d'emprisonnement avec sursis pour avoir commis une faute caractérisée consistant en

DECISIONS DE JUSTICE

une désorganisation du service et des insuffisances dans la surveillance des patients. Les intérêts civils sont fixés à 1 500 € pour chacune des parties civiles.

- Décès d'une patiente dans les suites de prescriptions surabondantes et inadaptées d'antidépresseurs et d'anxiolytiques qui ont favorisé la constitution d'un stock de médicaments chez une patiente fragile. Le psychiatre est condamné du chef de mise en danger de la vie d'autrui à six mois de prison avec sursis et à une peine d'amende de 5 000 €. Les intérêts civils sont fixés à 3 000 €.

MEDECINE D'URGENCE

Deux condamnations en médecine d'urgence ont été prononcées suite à des décès :

- Décès d'une patiente dans les suites d'une dissection aortique. Le médecin généraliste intervenant en qualité de régulateur du centre 15 est condamné à six mois d'emprisonnement avec sursis pour non-assistance à personne en danger pour absence volontaire de diagnostic en s'abstenant d'écouter et de conseiller la patiente, alors qu'il connaissait la situation dangereuse dans laquelle elle se trouvait et pour avoir refusé d'envoyer les secours au domicile de la famille. Les intérêts civils sont fixés à 3 500 €.
- Décès d'un enfant asthmatique connu, arrivé aux urgences pour détresse respiratoire consécutive à l'inhalation d'un morceau de noix de coco. Il est reproché à l'urgentiste de s'être entêté dans le diagnostic d'asthme aigu sévère alors même que le traitement de cette symptomatologie, administré à deux reprises, ne produisait aucun effet sur la détresse respiratoire et qu'un examen complémentaire, notamment une fibroscopie, pouvait permettre d'écarter l'existence d'une obstruction ou, le cas échéant, de procéder à l'extraction des corps étrangers. L'attitude du médecin est considérée comme une faute d'abstention grave qualifiée par le juge pénal de faute caractérisée. Il est condamné à deux ans d'emprisonnement avec sursis et 10 000 € d'amende.

RADIOTHERAPIE

Une affaire de radiothérapie ayant entraîné la mort de plusieurs patients :

- Un radiothérapeute est condamné pour homicide et blessures involontaires par violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité ou de prudence, et non-assistance à personne en péril : d'une part pour ne pas s'être assuré de la sécurité d'une nouvelle méthode de paramétrage du logiciel d'irradiation proposée par le manipulateur d'électroradiologie et, d'autre part, alors qu'il était conscient des complications présentées par les patients, pour ne pas avoir pris les mesures nécessaires d'information qui auraient permis d'en limiter les conséquences. Il est condamné à quatre ans d'emprisonnement dont trente mois avec sursis, 20 000 € d'amende et une interdiction définitive d'exercer. Les directeurs de l'ARH, de l'hôpital ainsi que de la DDASS sont relaxés.

SAGES-FEMMES

Un dossier mettant en cause des sages-femmes :

- Décès d'un nouveau-né lié à un 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 dilation de la patiente était stable depuis deux heures. Cette faute caractérisée a entraîné un retard à la

DECISIONS DE JUSTICE

césarienne, responsable du décès de l'enfant. L'autre sage-femme est relaxée, son manque de réactivité n'ayant pas été qualifié de faute pénale.

CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE

Une affaire mettant en cause un chirurgien orthopédiste :

- Un chirurgien orthopédiste est condamné à deux ans de prison avec sursis et 40 000 € d'amende pour avoir causé, involontairement et directement, des blessures ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à trois mois sur plusieurs patients opérés par nucléotomie. Ne respectant pas les bonnes pratiques de stérilisation, notamment en utilisant des instruments chirurgicaux décontaminés à froid et rincés à l'eau non stérile provenant des lave-mains chirurgicaux du bloc opératoire en méconnaissance du code de déontologie médicale et des règles d'asepsie « élémentaires », il a commis des fautes caractérisées. Les intérêts civils sont fixés à 33 750 €. Dans cette affaire, un autre chirurgien, en sa qualité de directeur de clinique, est condamné à trois ans d'emprisonnement avec sursis et 60 000 € d'amende.

Décisions de relaxe

Les décisions de relaxe concernent, notamment, 5 généralistes, 3 urgentistes régulateurs, 3 anesthésistes, 1 chirurgien, 1 chirurgien-dentiste, 1 endocrinologue, 1 psychiatre, 2 pédiatres, 2 réanimateurs, 1 infirmière, 1 interniste, 2 obstétriciens, 1 sage-femme, 3 médecins légistes.

- Relaxe d'un généraliste du chef d'atteinte involontaire à l'intégrité physique sur un enfant reçu en consultation qui avait bu de l'acide trichloracétique d'un flacon fermé et posé à 1 mètre de haut sur un chariot.
- Relaxe de trois généralistes et un pédiatre du chef de faute caractérisée pour absence de prise en compte de signes alarmants mettant en évidence une coarctation de l'aorte.
- Relaxe du chef d'homicide involontaire d'un généraliste et d'un urgentiste, au motif que les soins prodigués ont été attentifs, consciencieux et conformes aux données de l'art médical et que le décès est imputable à une méningite à méningocoque correctement prise en charge.
- Relaxe d'un urgentiste du chef d'homicide involontaire sur un patient victime d'une intoxication au monoxyde de carbone car les questions posées par le médecin étaient suffisantes pour établir un diagnostic avec sérieux.
- Relaxe d'un urgentiste du chef d'homicide involontaire car il n'existe pas de lien de causalité entre le décès de la patiente par occlusion et l'absence d'intervention du médecin, appelé initialement pour une gastro-entérite.
- Relaxe d'un anesthésiste du chef d'homicide involontaire car le décès du patient d'une défaillance respiratoire ne relève pas de la commission d'une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité, et parce qu'il n'y a pas de lien de causalité entre les carences dans la prise en charge du patient et son décès.

DECISIONS DE JUSTICE

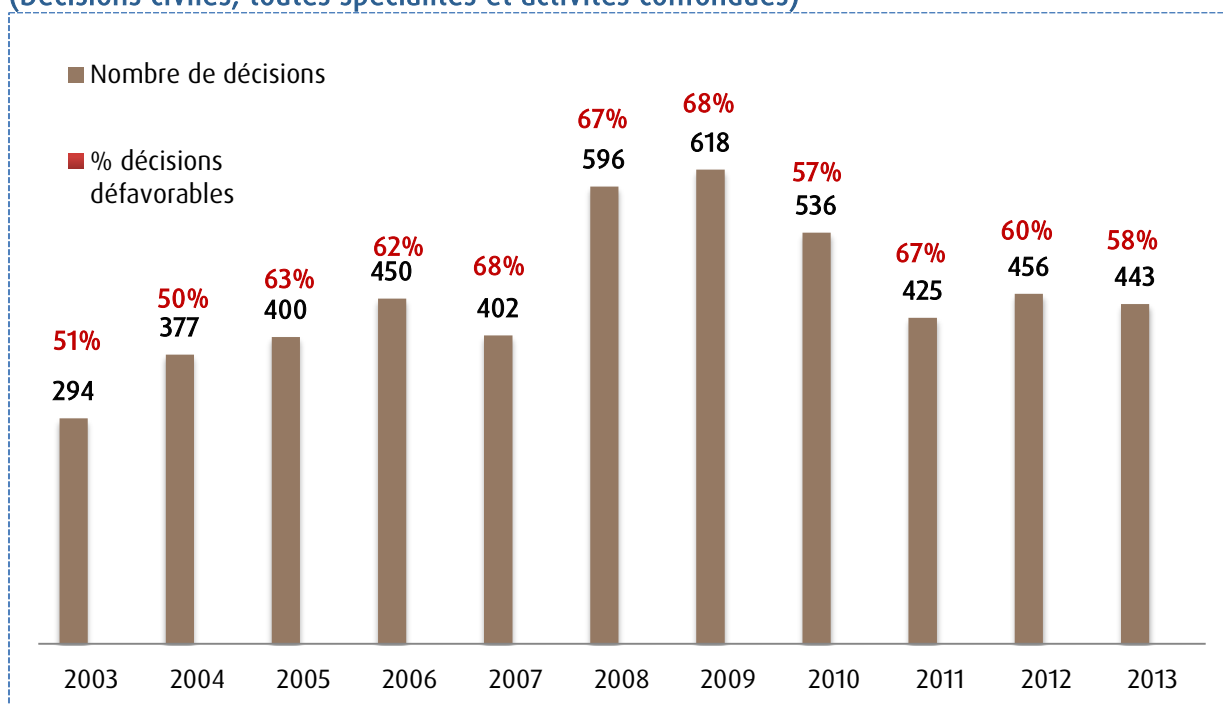
- Relaxe d'un chirurgien, d'un généraliste et d'un anesthésiste du chef d'homicide involontaire car l'association d'anti-inflammatoires n'est pas la cause certaine du décès par acidose lactique.
- Relaxe d'un chirurgien-dentiste du chef de faux en écriture et usage de faux. Un patient à qui il a été proposé une prothèse, règle un acompte de 1 000 € au praticien. Des empreintes sont réalisées. Le patient ne donne pas suite à ces soins et réclame le remboursement de l'acompte en assignant le praticien devant le tribunal.
- Relaxe d'un endocrinologue du chef de tromperie aggravée et mise en danger de la vie d'autrui car le médecin prescripteur ne peut être tenu pour responsable d'une préparation magistrale réalisée avec surdosage par un pharmacien. Ce dernier, en revanche, est condamné à deux ans d'emprisonnement pour homicide et blessures involontaires en raison du décès ou de l'hospitalisation de plusieurs patients.
- Relaxe d'un psychiatre du chef de non-assistance à personne en danger car la défenestration du patient maniaco-dépressif, selon le rapport d'expertise, aurait eu lieu quelles que soient les décisions prises.
- Relaxe d'un pédiatre concernant la prise en charge tardive d'une enfant née prématurément et atteinte d'une rétinopathie. En revanche, la responsabilité de deux médecins réanimateurs a été retenue. Les intérêts civils sont fixés à 835 652 €.
- Relaxe d'une infirmière du chef de faute caractérisée, car elle n'avait pas à sa disposition le dossier des urgences dont la comparaison avec les données d'identité figurant sur le dossier médical des archives lui aurait permis de relever un problème d'homonymie. Un anesthésiste, un urgentiste ainsi qu'un interniste sont relaxés pour les mêmes motifs. En revanche, deux autres infirmières sont condamnées. Il leur est reproché de ne pas avoir vérifié toutes les données sur le malade avant d'avoir pratiqué les transfusions, et d'avoir mal interprété le test immunologique, celui-ci révélant une incompatibilité de groupe. De plus, 2 techniciennes de laboratoire sont condamnées pour homicide involontaire pour ne pas avoir vérifié la date de naissance du patient.
- Relaxe d'un obstétricien de garde dans l'équipe de nuit du chef d'homicide involontaire, au motif que la sage-femme ne l'a pas informé des anomalies du RCF et de la lenteur de la dilatation.
- Relaxe d'une sage-femme et d'un obstétricien du chef de blessures involontaires car l'hystérectomie aurait eu lieu même si la rupture utérine avait été découverte plus tôt.
- Relaxe de trois médecins légistes du chef d'atteinte à l'intégrité du cadavre suite à l'extinction de l'action publique par l'effet de la prescription.

Décisions civiles

En 2013, on compte 443 décisions rendues dont 256, soit 58 %, sont des condamnations.

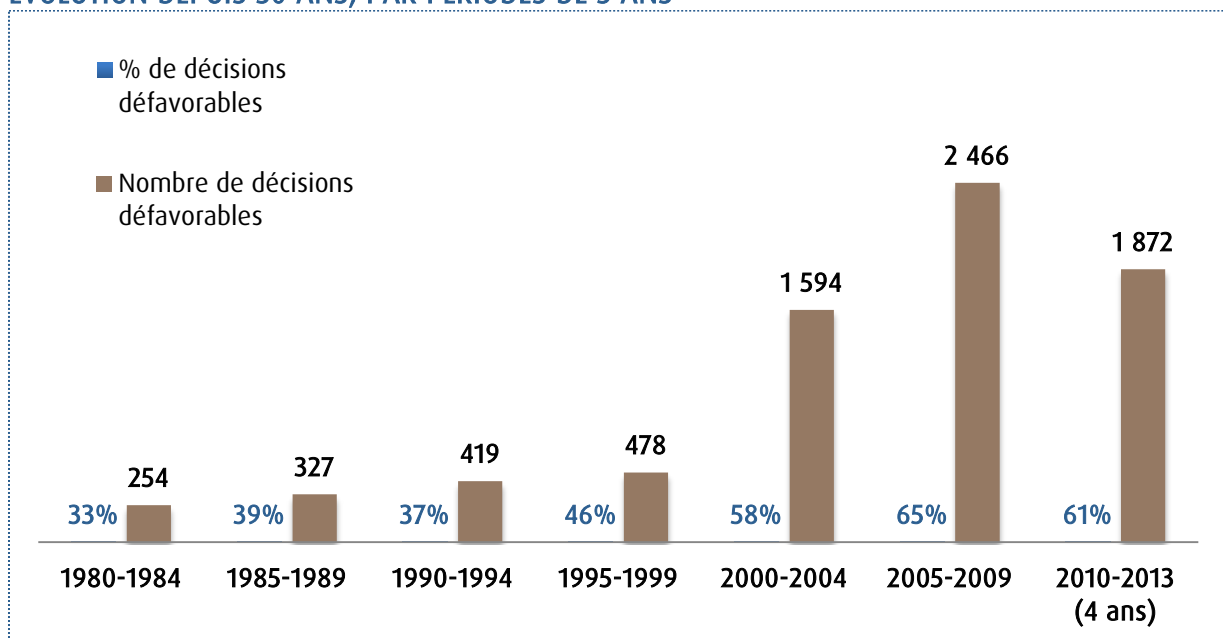
DECISIONS DE JUSTICE

EVOLUTION DES TAUX DE DECISIONS DE CONDAMNATIONS (Décisions civiles, toutes spécialités et activités confondues)



Outre un nombre de décisions quasi identique à l'année 2012 (443 en 2013 contre 456 en 2012), le taux de décisions défavorables diminue légèrement : 58 %.

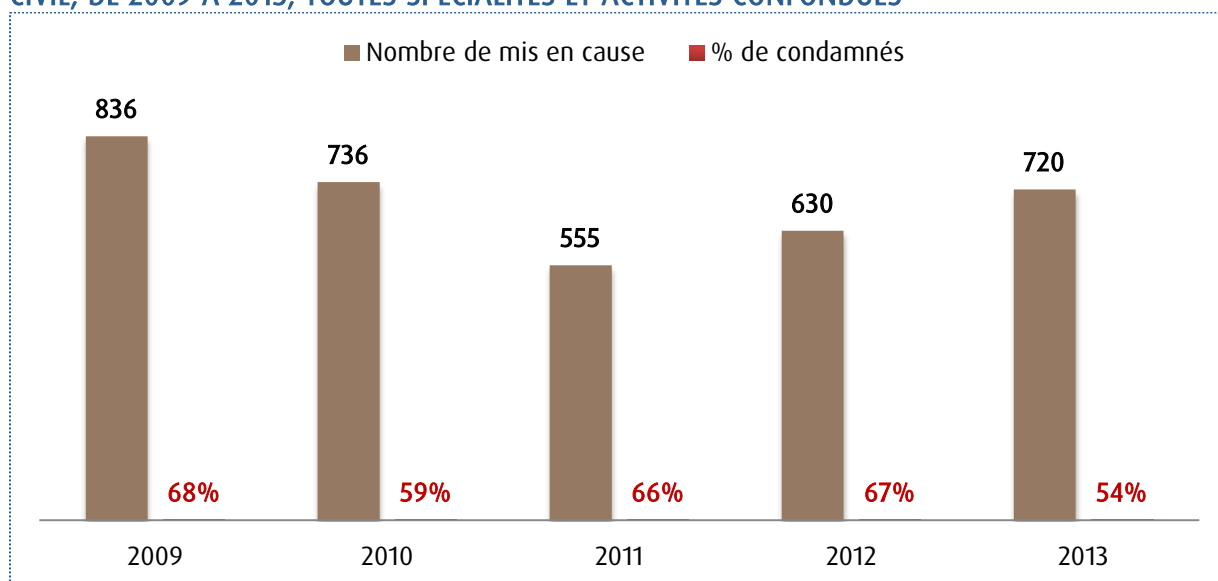
EVOLUTION DEPUIS 30 ANS, PAR PERIODES DE 5 ANS



Une observation sur 30 ans, par périodes de 5 années, met en évidence une augmentation constante des décisions de condamnation.

DECISIONS DE JUSTICE

EVOLUTION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTE MIS EN CAUSE ET CONDAMNES, AU CIVIL, DE 2009 A 2013, TOUTES SPECIALITES ET ACTIVITES CONFONDUES



Avec 389 professionnels condamnés dans le cadre de 256 décisions de justice, on constate une tendance des magistrats à répartir les responsabilités sur les professionnels mis en cause plutôt qu'à reconnaître des responsabilités exclusives.

EVOLUTION DU NOMBRE DE CONDAMNATION CHEZ LES SEULS MEDECINS MIS EN CAUSE AU CIVIL (495), PAR SPECIALITE OU ACTIVITE

| | 2013 | | | 2012 | | |
|----------------------------|------------------------|----------------------|-------------|------------------------|----------------------|-------------|
| | Nombre de mis en cause | Nombre de condamnées | Taux | Nombre de mis en cause | Nombre de condamnées | Taux |
| Régulateurs Urgentistes | 5 | 4 | 80 % | 7 | 6 | 85 % |
| Chirurgiens | 116 | 83 | 71 % | 95 | 76 | 80 % |
| Stomatologues | 18 | 12 | 67 % | 11 | 9 | 82 % |
| Radiothérapeutes | 3 | 2 | 67 % | 1 | 1 | 100 % |
| Médecins généralistes | 61 | 39 | 64 % | 69 | 34 | 49 % |
| Radiologues | 36 | 21 | 58 % | 22 | 11 | 50 % |
| Gastroentérologues | 16 | 9 | 56 % | 14 | 11 | 79 % |
| Obstétriciens | 26 | 14 | 52 % | 29 | 24 | 83 % |
| Neurologues | 2 | 1 | 50 % | 5 | 3 | 60 % |
| Dermatologues | 8 | 4 | 50 % | 9 | 5 | 55 % |
| Perfusionnistes | 1 | 1 | 100 % | 0 | 0 | 0 % |
| Angiologues | 1 | 1 | 100 % | 0 | 0 | 0 % |
| Anesthésistes-réanimateurs | 66 | 31 | 47 % | 50 | 29 | 58 % |
| Ophthalmologistes | 44 | 19 | 43 % | 34 | 24 | 70 % |
| Cardiologues | 14 | 6 | 43 % | 15 | 8 | 53 % |
| ORL | 15 | 6 | 40 % | 17 | 10 | 59 % |
| Gynécologues | 14 | 5 | 36 % | 8 | 5 | 62 % |
| Echographistes-fœtaux | 10 | 4 | 40 % | 7 | 2 | 28 % |
| Rhumatologues | 7 | 2 | 29 % | 9 | 6 | 67 % |
| Internes | 4 | 1 | 25 % | | | |
| Anatomopathologistes | 3 | 3 | 100 % | 5 | 3 | 60 % |
| Experts | 4 | 1 | 25 % | | | |
| Psychiatres | 13 | 1 | 7 % | 6 | 2 | 33 % |
| Pneumologues | 1 | 0 | 0 % | 2 | 1 | 50 % |
| Pédiatres | 7 | 0 | 0 % | 5 | 1 | 20 % |
| Oncologues | 0 | 0 | 0 % | 4 | 2 | 50 % |
| Endocrinologues | 0 | 0 | 0 % | 2 | 1 | 50 % |
| Total | 495 | 270 | 54 % | 434 | 274 | 63 % |

COMMENTAIRE DES SPECIALITES CONDAMNEES DANS AU MOINS 50 % DES CAS

En première position des spécialités les plus condamnées, on trouve les urgentistes- régulateurs (4 condamnés sur 5 mis en cause, soit un taux de condamnation de 80 %). Il leur est reproché des imprudences, des négligences ou des inattentions ayant eu des conséquences graves non récupérables.

Au second rang, sur les 116 chirurgiens mis en cause, 83 ont été condamnés, ce qui représente un taux de condamnation de 71 %, inférieur aux deux années précédentes (80 %). En revanche, il faut noter que le nombre de mis en cause dans cette spécialité est en constante augmentation (76 en 2011, 95 en 2012, et 116 en 2013).

Les stomatologues apparaissent en troisième position. Cette année encore, 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 des lésions du nerf alvéolaire ou du nerf lingual, des fractures mandibulaires, des échecs de réimplantations dentaires ou encore des erreurs de diagnostic.

La médecine générale, en 5^e position, affiche un taux de 63 % de condamnations, bien supérieur à celui de 2012 (49 %) malgré un nombre de médecins généralistes mis en cause décroissant. Il s'agit essentiellement de retards ou d'erreurs de diagnostic, mais aussi de surdosages d'anticoagulants, de négligences ou inattentions ayant eu des conséquences graves. Quelques manquements au devoir d'information et des complications suite à des vaccinations sont aussi sanctionnés.

L'année 2013 place les radiologues en 6^e position, avec 21 condamnés sur 36 mis en cause, soit un taux de condamnation de 58 %, inférieur à celui observé en 2012 (67 %). Dans la majorité des cas, il s'agit d'erreurs ou de retards de diagnostic.

Contrairement à la tendance à l'augmentation du volume des condamnations observée en 2011 et 2012, l'année 2013 révèle, chez les gastroentérologues, une diminution du nombre de condamnations : 9 condamnés en 2013, contre 11 en 2012, ce qui les place au 7^e rang. Toutefois, il convient de noter que le nombre de mis en cause est en augmentation : 16 en 2013 contre 14 en 2012. La grande majorité des décisions concerne des perforations d'organes à l'occasion de coloscopies, de gastroscopies, d'endoscopies ou de fibroscopies, qualifiées tantôt de maladresses fautives, tantôt d'aléas mal pris en charge par la suite. Le nombre de retards ou d'erreurs de diagnostic demeure encore important.

En 8^e position, apparaît l'obstétrique. On observe une diminution du volume des condamnations chez les obstétriciens puisque, sur 26 mis en cause, 14 ont été condamnés (24/30 en 2012). Ils sont le plus souvent condamnés pour retard de diagnostic de souffrance fœtale, pour perte de chance pour l'enfant de survivre ou naître indemne de toute séquelle.

On relève également des gestions défailtantes de situations d'urgence (phlébites cérébrales, accouchements prématurés...).

Au 9^e rang se positionnent les neurologues et les dermatologues. Toutefois le nombre de mises en cause étant très faible, ces pourcentages sont peu significatifs. Il en est de même pour les radiothérapeutes et les angiologues.

DECISIONS DE JUSTICE

Toutes les spécialités ou activités mises en cause en 2013 connaissent un taux de condamnation décroissant, à l'exception des généralistes, mais aussi des anatomopathologistes (3 condamnations sur 3 mis en cause, soit 100 % de condamnés, contre 60 % en 2012), des radiologues (21 condamnations sur 36 mis en cause, soit 58 %, contre 50 % en 2012), des échographistes-fœtaux (4 condamnés sur 10 mis en cause), des internes (1 condamné sur 4 mis en cause, soit un taux de 25 % contre 0 % en 2012) et des experts (1 condamné sur 1 mis en cause).

TAUX DE CONDAMNATION DES SEULS NON-MEDICINS, AU CIVIL, PAR ACTIVITE

| | Nombre de mis en cause | | Nombre de condamnées | | % de condamnées | |
|--------------------------------------|------------------------|------------|----------------------|-----------|-----------------|------------|
| | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 |
| Chirurgiens-dentistes | 82 | 111 | 58 | 79 | 70 % | 71 % |
| Laboratoires d'analyses | 9 | 1 | 0 | 1 | 0 % | 100 % |
| Sages-femmes | 7 | 8 | 3 | 6 | 42 % | 75 % |
| Vétérinaires | 4 | 6 | 3 | 2 | 75 % | 33 % |
| CRTS-EFS | 4 | 5 | 2 | 4 | 50 % | 66 % |
| Kinésithérapeutes | 3 | 1 | 1 | 1 | 33 % | 100 % |
| Orthodontistes | 1 | 1 | 1 | 1 | 100 % | 100 % |
| Fabricants de produits de santé | 1 | 2 | 1 | 2 | 100 % | 100 % |
| Vendeur de produits de santé | 1 | | 0 | | 0 % | |
| Pédicure podologue | 2 | | 0 | | 0% | |
| Pharmaciens | 0 | 1 | 0 | 1 | | 100% |
| Toutes disciplines confondues | 114 | 136 | 69 | 97 | 61% | 71% |

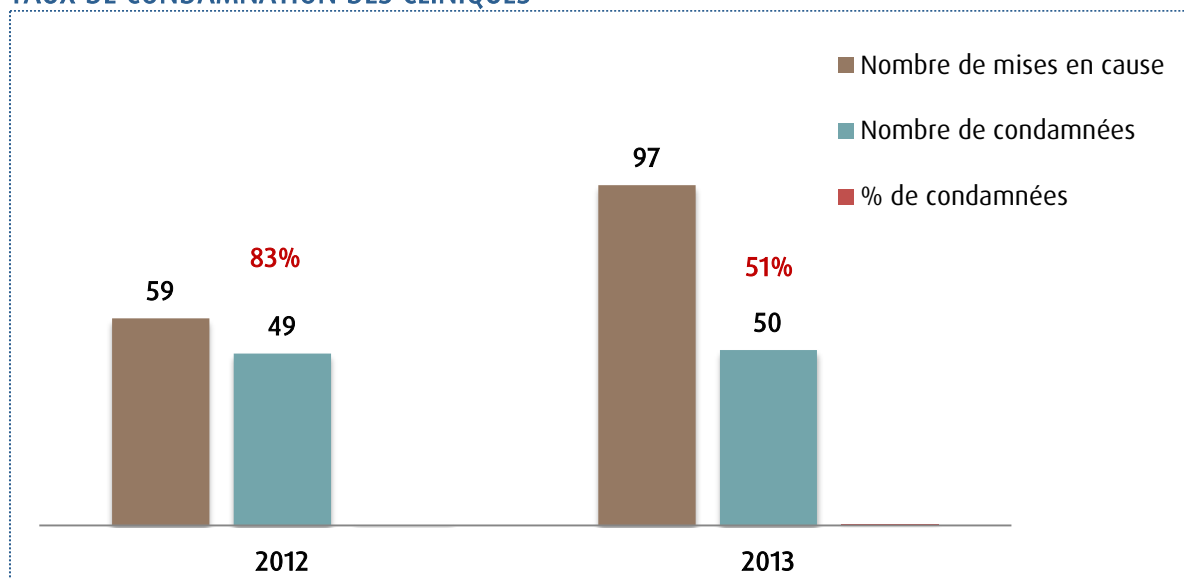
61 % des professionnels de santé non médecins mis en cause au civil en 2013 ont été condamnés contre 54 % des médecins.

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 et de condamnés est en baisse par rapport à 2012.

70 % des chirurgiens-dentistes ont été condamnés en 2013, contre 71 % en 2012, et 67 % en 2011. Les chirurgiens-dentistes ont été condamnés pour des poses de prothèses non conformes aux règles de l'art, des fautes techniques lors de l'extraction de dents, des fautes d'imprudences, 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 d'un nombre insuffisant de médecins présents ou de médecins compétents, ou encore de nombre de lits disponibles dans les services d'urgences et, d'autre part, pour des infections nosocomiales n'atteignant pas le seuil de gravité permettant une prise en charge par l'ONIAM.

Le nombre de cliniques mises en cause a considérablement augmenté par rapport à 2012 (nous sommes passés de 59 à 97), du fait de l'augmentation du portefeuille de cliniques. En revanche, le nombre de cliniques condamnées est quasi-identique à l'année précédente : 50 en 2013 contre 49 en 2012.

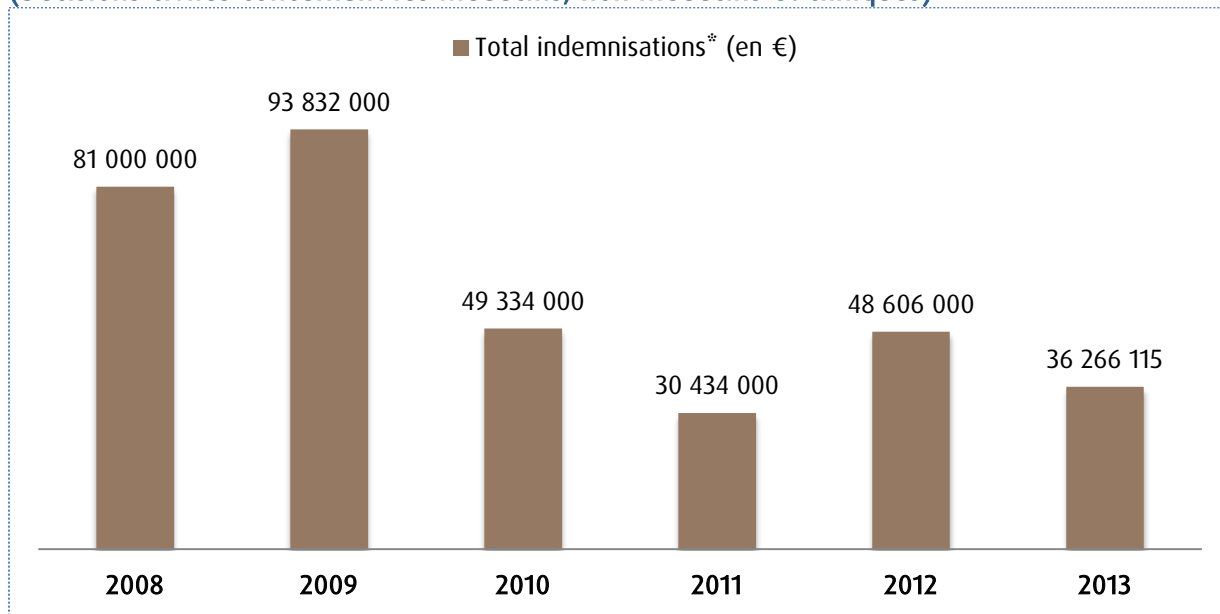
Le coût total des dossiers à charge du fait des établissements de soins s'élève à 2 809 710 € provisions incluses (contre 10 864 853 € en 2012), soit un coût moyen par établissement condamné de 56 192 € (contre 221 732 € en 2012).

Sachant qu'en 2011, le coût total était de 4 800 119 €, il apparaît que les fluctuations d'une année sur l'autre sont importantes.

La part grandissante des mises en cause des cliniques devant les CCI peut expliquer cette baisse importante, en 2013, des indemnisations prononcées au judiciaire.

COUT TOTAL DES INDEMNISATIONS

(Décisions civiles concernant les médecins, non médecins et cliniques)

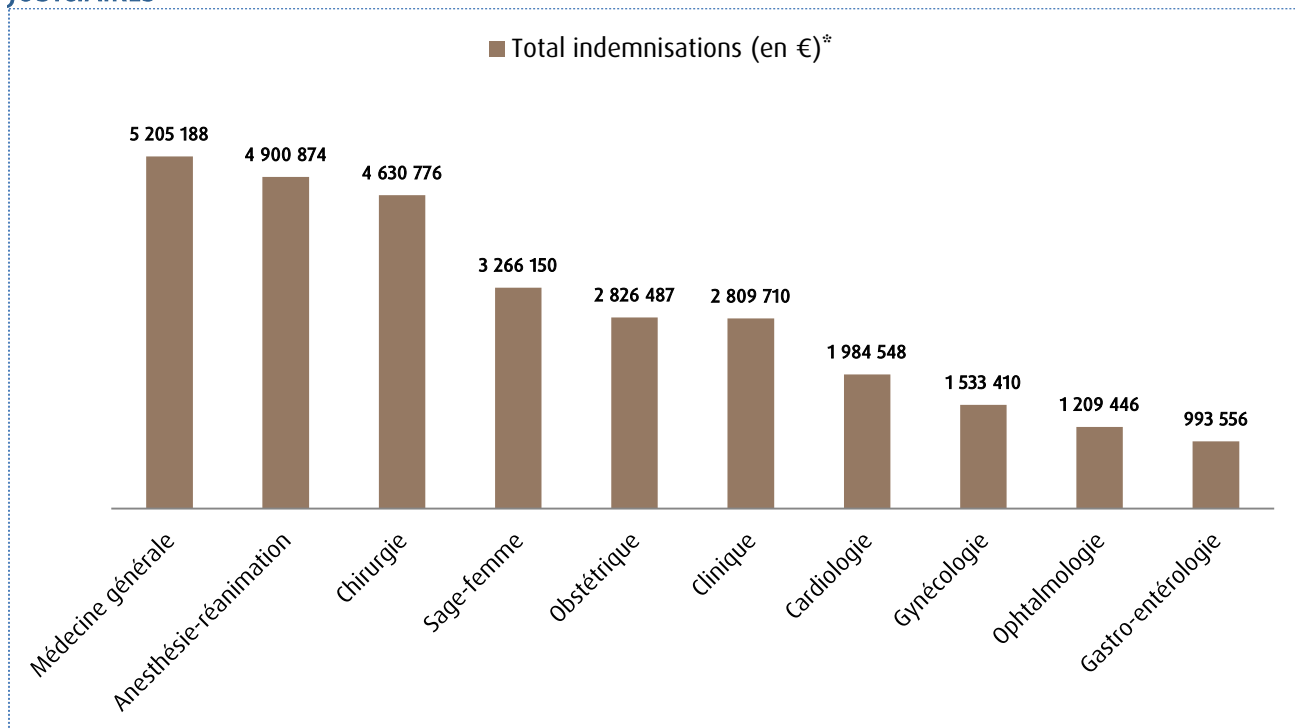


* Le coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer

On constate une sensible diminution des indemnités judiciaires par rapport à l'année dernière.

Ces résultats s'expliquent par la part de plus en plus importante des règlements amiables obtenus dans le cadre des procédures CCI (non comptabilisée ici).

SPECIALITES OU ACTIVITES TOTALISANT LES 10 PLUS FORTS COUTS D'INDEMNISATIONS JUDICIAIRES



*Provisions incluses

La médecine générale a supporté la plus importante charge d'indemnités à verser.

DECISIONS DE JUSTICE

Se positionnent ensuite les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.

Les sages-femmes sont toujours parmi les professions financièrement les plus touchées puisqu'elles arrivent à la 4^{ème} place. La quasi-totalité de la charge est représentée par un sinistre concernant le décès d'une parturiente par éclampsie du fait que la sage-femme a tardé à alerter l'obstétricien. L'enfant est, lui, atteint d'une importante infirmité motrice cérébrale.

On trouve ensuite l'obstétrique. La raison tient à un sinistre particulièrement grave.

Les cliniques arrivent en 6^{ème} position alors qu'elles étaient en tête du « Top Ten » en 2012. Les infections nosocomiales, en dépit de toutes les mesures de lutte, restent encore la principale cause de condamnation.

Rentrée dans le « Top Ten » en 2012, la cardiologie reste en 7^{ème} position. Un sinistre majeur relatif à une perte de chance justifie une forte indemnisation.

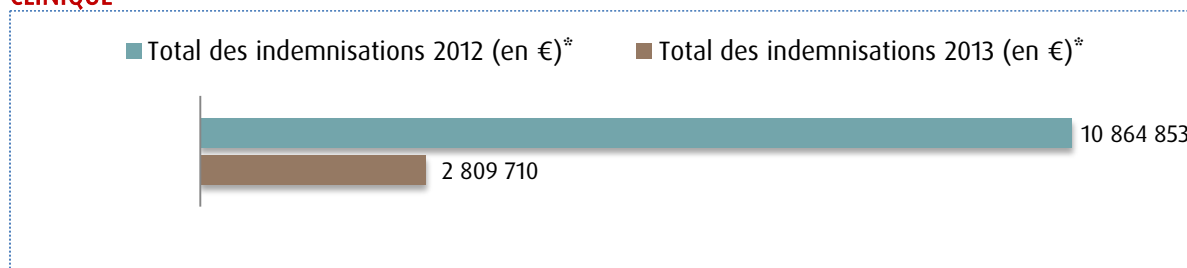
Parmi les entrées dans le classement 2013, figurent les gynécologues qui sont désormais à la 8^{ème} place. Un cas de toxoplasmose, non identifié chez une femme enceinte, explique cette position.

L'ophtalmologie occupe la 9^{ème} place. Le sinistre le plus important concerne un retard de prise en charge d'un patient présentant un adénome hypophysaire non détecté par le patricien. La majorité concerne des sinistres mettant en cause des complications de chirurgies réfractives pratiquées sur des sujets jeunes, ou des endophtalmies mal gérées, aux conséquences particulièrement graves, ou encore des défauts d'information.

La gastro-entérologie est mise en cause essentiellement du fait de perforations d'organes.

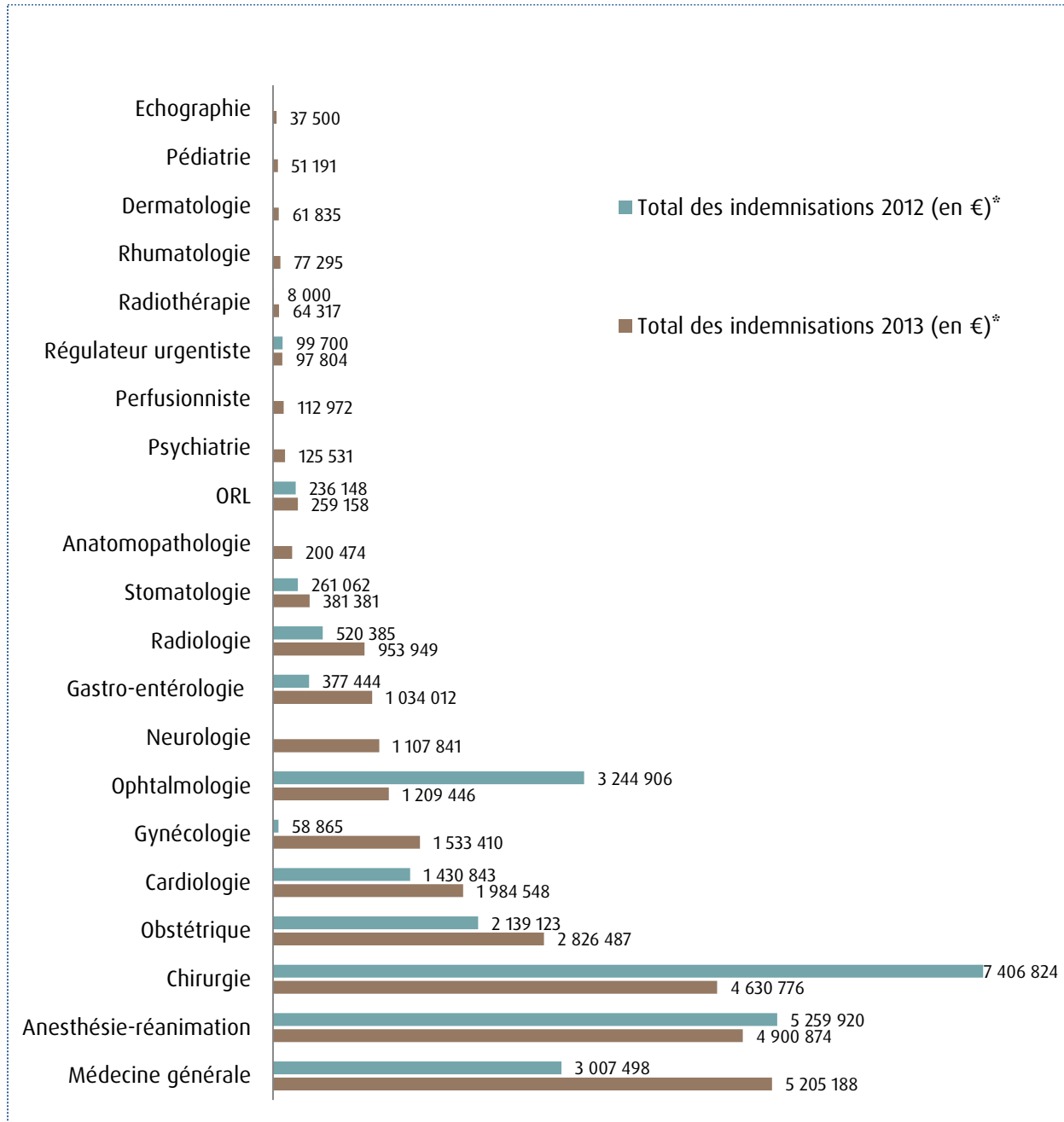
COMPARAISON DU COUT, DEVANT LES JURIDICTIONS CIVILES, PAR PRINCIPALES SPECIALITES OU ACTIVITES : 2012-2013

CLINIQUE



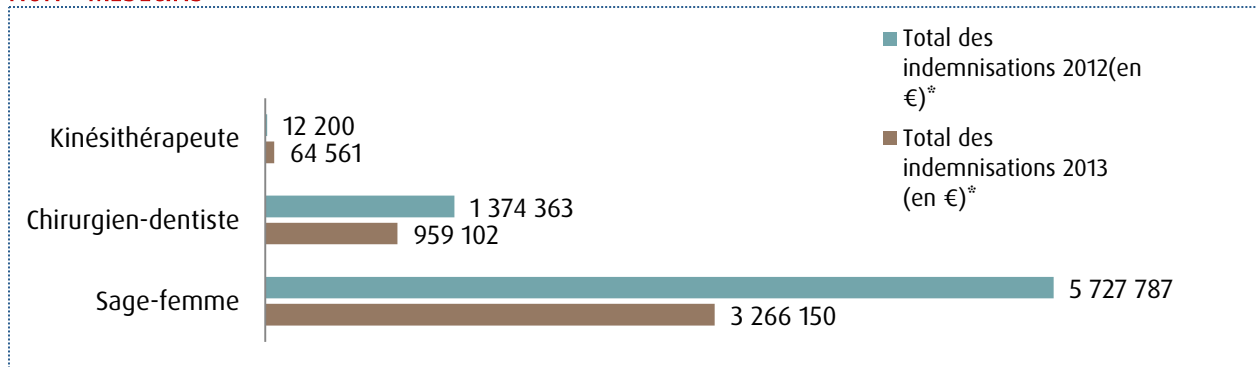
* indemnisation incluant les indemnités réglées, les provisions restant à payer et la créance de la Sécurité Sociale

MEDECINS



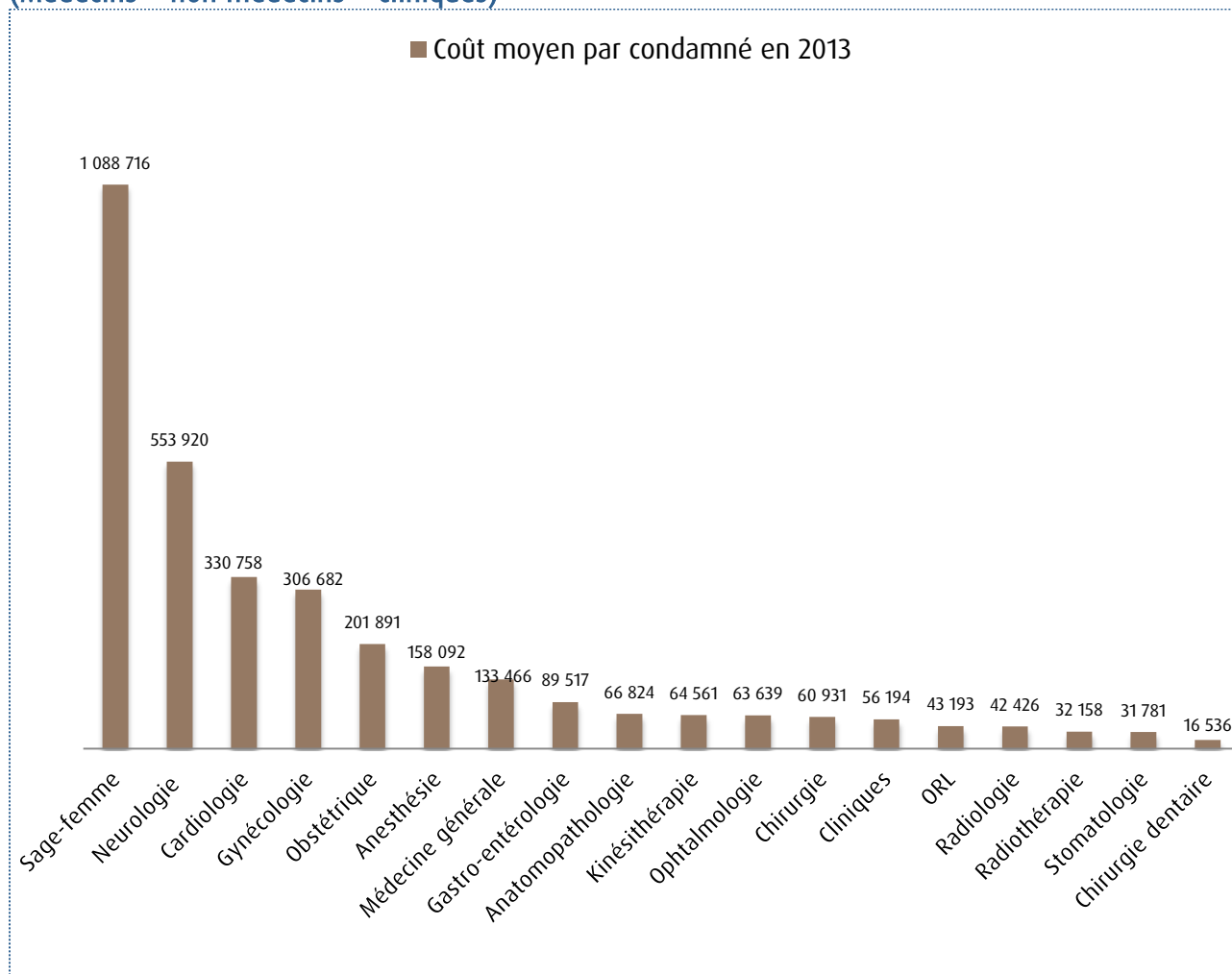
* indemnisation incluant les indemnités réglées, les provisions restant à payer et la créance de la Sécurité Sociale

NON - MEDECINS

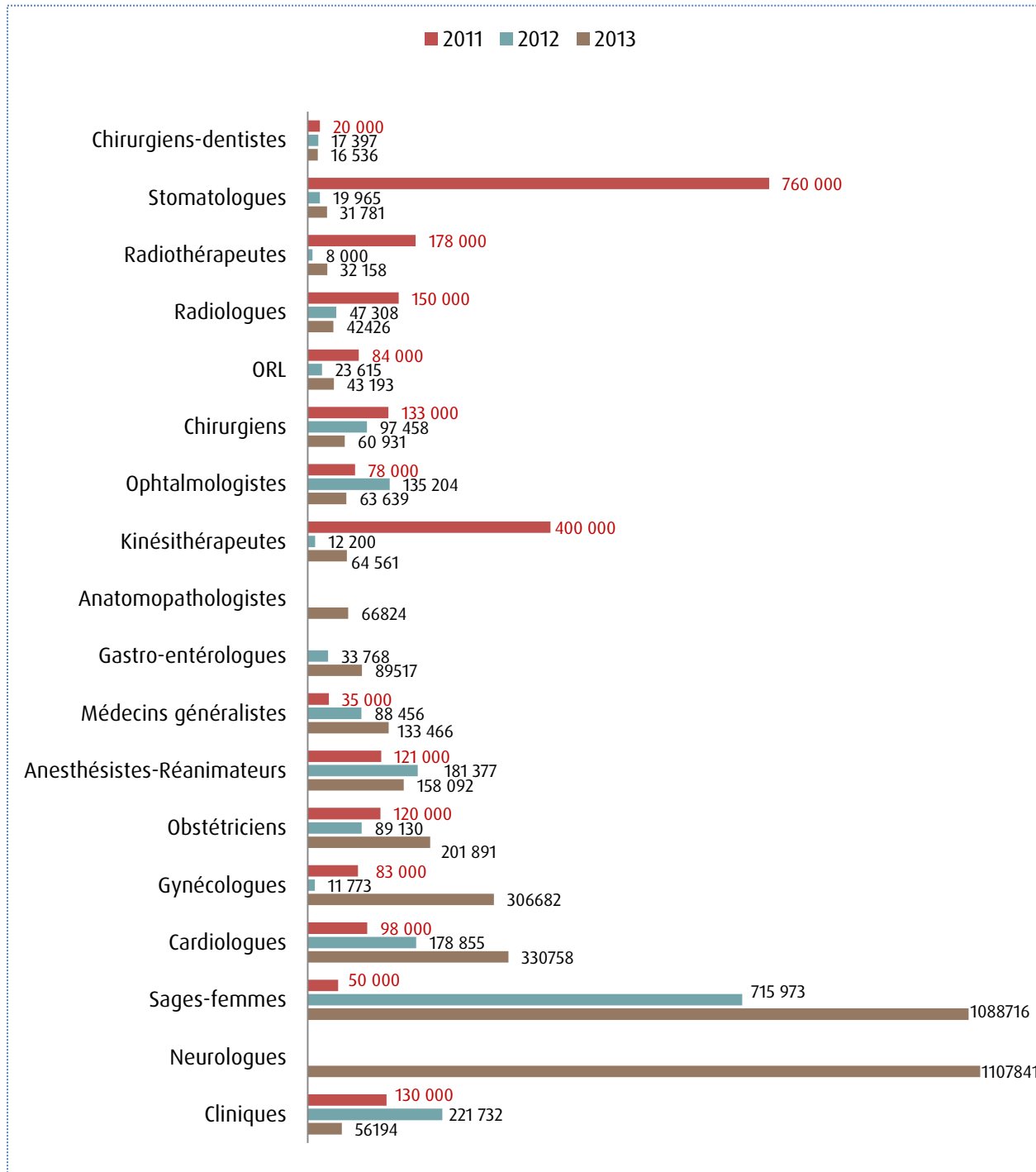


* indemnisation incluant les indemnités réglées, les provisions restant à payer et la créance de la Sécurité Sociale

COUT MOYEN PAR CONDAMNE DEVANT LES JURIDICTIONS CIVILES
(Médecins + non médecins + cliniques)



COMPARAISON DU COUT MOYEN PAR CONDAMNE 2011-2012-2013



Les professionnels de la santé enregistrant un coût de condamnation moyen nettement supérieur à celui de 2012 sont : les neurologues, les sages-femmes, les obstétriciens, les gynécologues, les généralistes, les cardiologues, les anatomopathologistes, les gastro-entérologues, les kinésithérapeutes et les ORL.

Les sages-femmes, les obstétriciens et les gynécologues se voient le plus souvent reprocher des retards de diagnostic ainsi que des retards dans la prise en charge, entraînant des séquelles importantes aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

DECISIONS DE JUSTICE

S'agissant des cardiologues, les mises en place de pacemakers ou autres stimulateurs cardiaques sont à l'origine de nombreux sinistres.

Enfin, chez les gastro-entérologues, des perforations d'organes lors de diverses explorations donnent lieu au contentieux le plus important.

FOCUS SUR LA CHIRURGIE - TAUX ET COUT DES CONDAMNATIONS

| Spécialité | Année | Nombre de mis en cause | Nombre de condamnés | % de condamnés | Indemnisation en € | Coût moyen en € |
|------------------------------|-------------|------------------------|---------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| Chirurgie orthopédique | 2013 | 47 | 33 | 70 % | 2 147 980 | 65 090 |
| | 2012 | 40 | 31 | 78 % | 2 907 626 | 93 794 |
| Chirurgie générale | 2013 | 45 | 32 | 71 % | 1 204 492 | 37 640 |
| | 2012 | 24 | 21 | 88 % | 2 331 431 | 111 020 |
| Neurochirurgie | 2013 | 8 | 7 | 87 % | 548 296 | 78 328 |
| | 2012 | 9 | 9 | 100 % | 1 516 542 | 178 926 |
| Chirurgie esthétique | 2013 | 6 | 3 | 50 % | 149 833 | 49 944 |
| | 2012 | 4 | 4 | 100 % | 138 569 | 34 642 |
| Chirurgie urologique | 2013 | 5 | 4 | 80 % | 87 347 | 21 836 |
| | 2012 | 7 | 6 | 86 % | 133 098 | 22 183 |
| Chirurgie viscérale | 2013 | 4 | 3 | 75 % | 72 619 | 24 206 |
| | 2012 | 3 | 2 | 66 % | 73 376 | 36 688 |
| Chirurgien cardio-thoracique | 2013 | 1 | 1 | 100 % | 51 534 | 51 534 |
| | 2012 | 8 | 3 | 37 % | 306 182 | 102 060 |
| TOTAL | 2013 | 116 | 83 | 71 % | 4 262 101 | 51 350 |
| | 2012 | 95 | 76 | 80 % | 7 406 824 | 97 458 |

La chirurgie orthopédique et la chirurgie générale affichent, comme chaque année, les charges les plus lourdes, représentant à elles deux plus des trois-quarts des indemnités versées au titre des accidents chirurgicaux.

On rappellera que la chirurgie orthopédique est un risque dit « de fréquence » avec en moyenne un sinistre tous les deux ans par chirurgien, portant principalement sur les infections, ou encore des fautes techniques.

La neurochirurgie, qui arrive en troisième position, représente un risque dit « de gravité » en raison du siège particulièrement sensible des interventions (crâne ou rachis), susceptible d'occasionner des séquelles fonctionnelles importantes : son coût moyen est donc le plus élevé. En 2013, 87 % des neurochirurgiens ont été condamnés essentiellement pour des maladroites dans leurs gestes opératoires, des infections contractées lors des interventions chirurgicales, des imprudences dans leurs indications ou encore des complications post-chirurgicales mal gérées.

Cinquante pour cent des chirurgiens esthétiques se sont vus reprocher principalement un manquement à leur devoir d'information sur les risques des interventions pratiquées. S'agissant d'une chirurgie dite « de confort », le consentement éclairé du patient revêt, aux yeux des magistrats, une importance déterminante dans l'appréciation des responsabilités et des préjudices subis.

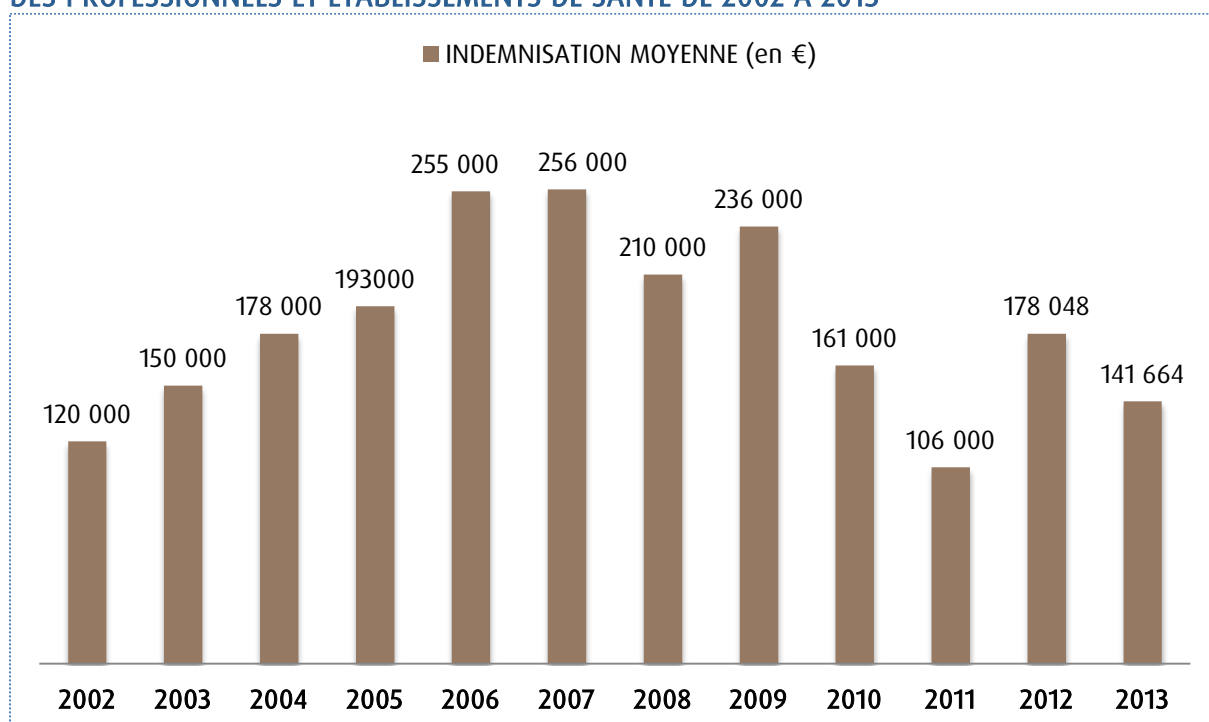
DECISIONS DE JUSTICE

Le nombre de chirurgiens viscéraux condamnés a augmenté par rapport à 2012. En effet, 3 chirurgiens sur 4 sont condamnés : des perforations d'organes du fait d'un manque de diligence ou de prudence leur sont reprochées.

Concernant les chirurgiens urologues, les 4 condamnés se sont vus reprocher des défaillances dans la prise en charge postopératoire, des infections nosocomiales, des défauts d'information sur les risques des interventions envisagées (essentiellement des prostatectomies), des complications de la chirurgie (hémorragie, embolie, AVC...) ou des erreurs de diagnostic à l'origine de pertes de chances.

Un seul chirurgien cardio-thoracique a été mis en cause et condamné au titre de multiples complications infectieuses et du décès du patient.

EVOLUTION DE L'INDEMNISATION MOYENNE PAR DECISION DEFAVORABLE POUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE DE 2002 A 2013

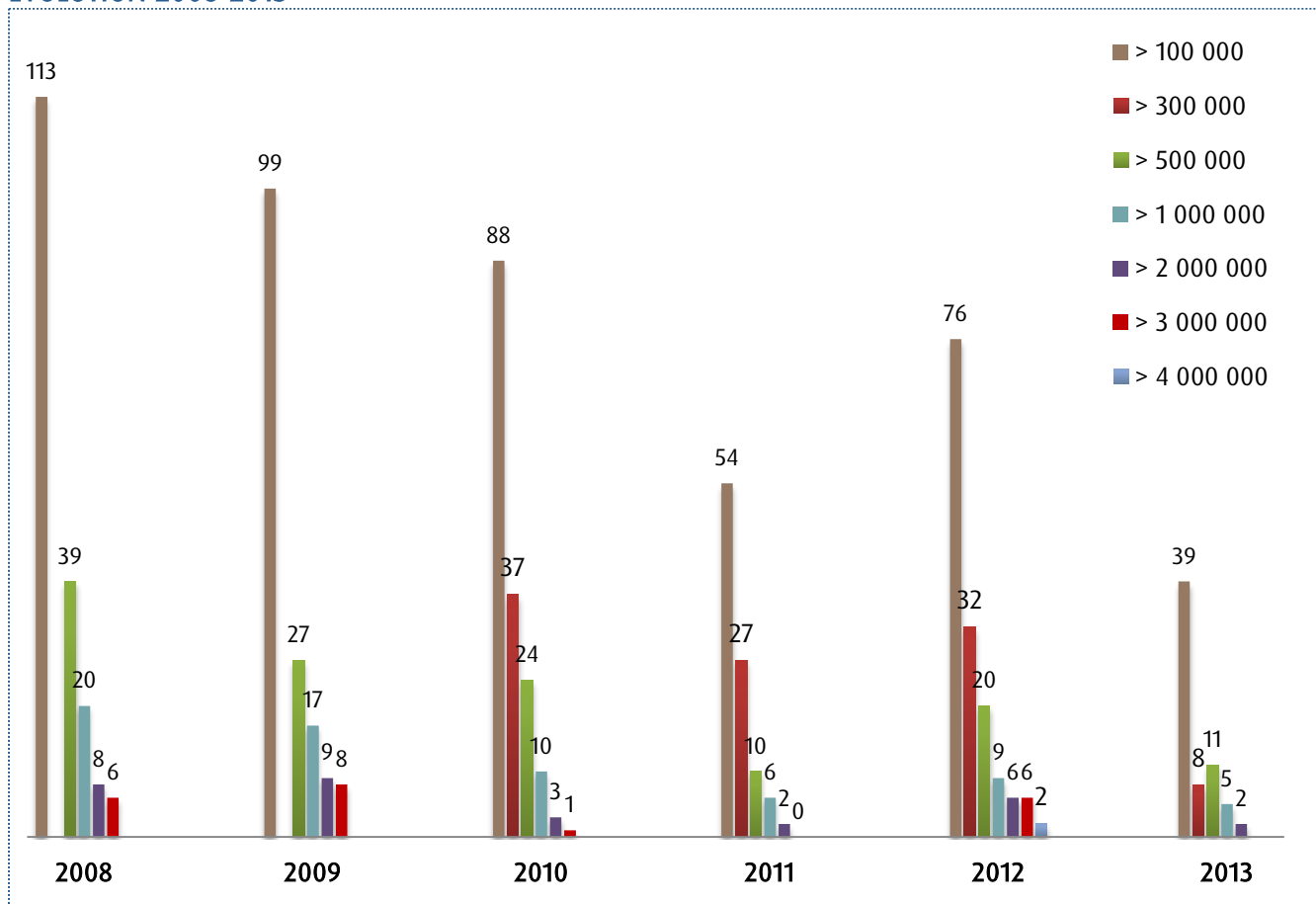


Après une augmentation en 2012 par rapport à 2010 et 2011, l'année 2013 a vu une diminution du coût moyen d'un dossier fautif par rapport à 2012.

FOCUS SUR LES SINISTRES LES PLUS GRAVES - REPARTITION PAR SPECIALITE OU ACTIVITE

| Nombre de sinistres/ indemnisations (en €) | > 100 000 | > 300 000 | > 500 000 | > 1 000 000 | > 2 000 000 |
|---|-----------|--------------|-----------|----------------|----------------|
| Chirurgiens | 12 | 2 | 1 | | |
| Généralistes | 6 | 1 | 4 | | |
| Anesthésistes | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Obstétriciens | 3 | 1 | | 1 | |
| Ophthalmologistes | 1 | | 1 | | |
| Cliniques | | | | | |
| Cardiologues | 1 | 1 | 2 | | |
| CRTS | 2 | | | | |
| Radiologues | 3 | | | | |
| Gastro-entérologues | 2 | 1 | | | |
| Pédiatres | | | 1 | | |
| Chirurgiens-dentistes | 1 | | | | |
| Gynécologues | | | | 1 | |
| Sages-femmes | | | | 1 | 1 |
| Stomatologues | 1 | | | | |
| Psychiatres | 1 | | | | |
| ORL | 1 | | | | |
| Perfusionnistes | 1 | | | | |
| Neurologues | | | | 1 | |

EVOLUTION 2008-2013



On observe une diminution du nombre de dossiers « graves » jugés en 2013 : cependant 2 sont supérieurs à 2 millions €.

Au total, 18 dossiers ont donné lieu à l'allocation de dommages et intérêts supérieurs à 500 000 €.

LES 10 INDEMNISATIONS LES PLUS ELEVEES

| Spécialité | Indemnisations (en €) | Faits |
|---------------|-----------------------|--|
| 1-Réanimateur | 2 754 623 | Le patient a été opéré d'une dissection chronique de l'aorte. Les suites immédiates ont été marquées par plusieurs complications nécessitant deux réintubations trachéales et une ventilation prolongée de plus de 24 heures. Onze jours plus tard, il est victime d'une fausse route à l'origine d'un arrêt cardiorespiratoire par asphyxie aiguë. Le patient reste atteint de séquelles neurologiques sévères. Les quatre réanimateurs intervenus sont condamnés in solidum du fait d'un défaut d'organisation des soins en l'absence de protocole explicite sur la réalimentation et de l'absence de standardisation de la prescription de la réalimentation. |
| | | Patiente décédée à la suite d'une crise d'éclampsie après avoir |

| | | |
|----------------|-----------|---|
| 2-Sage-femme | 2 256 684 | donné naissance à une enfant qui reste infirme moteur cérébral en raison d'une anoxo-ischémie périnatale. La clinique (du fait de la sage-femme salariée) et l'obstétricien sont condamnés in solidum : la sage-femme n'ayant ni contrôlé la tension artérielle de la mère, ni procédé à une analyse d'urines, et l'obstétricien n'ayant pas pris les mesures nécessaires au regard de l'évolution de l'état de la patiente. Les parts de responsabilité sont fixées à hauteur de 25% pour la clinique du fait de la sage-femme et de 75% pour l'obstétricien. |
| 3-Obstétricien | 1 771 197 | Enfant infirme moteur-cérébral suite à une souffrance aiguë non détectée lors d'un accouchement en 1989. L'établissement et l'obstétricien avaient été déclarés responsables in solidum dans un jugement de 1993. Divers jugements postérieurs les avaient condamnés au versement de provisions. Le jugement de 2013 fixe les condamnations définitives, prenant notamment en compte le recours de la CPAM. |
| 4- Gynécologue | 1 468 601 | Enfant victime d'une toxoplasmose congénitale détectée seulement un an après sa naissance, en 1986. Il conserve de graves séquelles neurologiques. En 1997, le gynécologue avait été reconnu définitivement responsable d'une perte de chance de 70 % du fait de ce non diagnostic. En 2013, les indemnités définitives sont fixées, tenant compte notamment du recours de la CPAM. |
| 5-Anesthésiste | 1 308 124 | Lors d'une plastie du ligament croisé du genou, un bloc du nerf fémoral a été installé en vue d'une analgésie postopératoire. Le produit anesthésique est passé, de manière accidentelle, en quantité massive dans la circulation générale, causant un arrêt cardio-circulatoire à l'origine de lourdes séquelles encéphaliques. La responsabilité de l'anesthésiste a été retenue du fait que la technique employée n'était pas conforme aux règles de l'art. |
| 6-Sage-femme | 1 009 466 | Naissance d'une enfant infirme moteur cérébral suite à une souffrance fœtale due à une sévère anoxie. Aujourd'hui, la jeune fille âgée de 20 ans souffre d'une grave encéphalopathie grabataire non évolutive. Les fautes de la sage-femme (avoir débranché le monitoring et ne pas avoir appelé le médecin malgré l'évolution du travail), de l'obstétricien (ne pas avoir procédé à une analyse personnelle du tracé du monitoring et ne pas s'être assuré que la prise en charge par l'équipe pédiatrique serait adaptée aux conditions de la naissance de cette enfant née avec un cordon ombilical serré et qui a dû être réanimée dès son expulsion) et de la clinique du fait de son personnel salarié (suivi de l'enfant : mesure de la glycémie...) sont à l'origine d'une perte de chance de 70 %. Les responsabilités sont réparties à hauteur de 30 % pour la sage-femme, 10 % pour l'obstétricien et 60 % pour la clinique. |

| | | |
|----------------|-----------|--|
| 7-Neurologue | 1 008 932 | Une patiente de 27 ans présente une paraplégie définitive dans les suites d'une compression médullaire aiguë survenue deux mois après son accouchement. Une perte de chance de 25 % d'échapper à ce dommage avait été retenue en 2008, du fait des fautes du radiologue dans la pertinence des clichés initiaux, du neurologue pour retard de diagnostic et de la clinique du fait du suivi insuffisant par le personnel salarié. La condamnation a été prononcée in solidum sans partage des responsabilités. La décision de 2013 se prononce sur l'intégralité des préjudices à consolidation. |
| 8-Généraliste | 918 757 | Non diagnostic, par deux généralistes, d'une hémorragie méningée chez un patient de 38 ans entraînant une perte de chance de 70 % d'échapper aux séquelles de la rupture d'anévrisme consécutive : condamnation in solidum avec partage égal des responsabilités entre eux. |
| 9-Cardiologie | 905 667 | Patiente atteinte d'une hémiparésie gauche suite à un accident vasculaire cérébral, dû à l'arrêt d'un antiagrégant, sans concertation préalable avec le médecin prescripteur, en vue d'une intervention pour remplacement d'un stimulateur cardiaque. |
| 10-Généraliste | 879 057 | Enfant née atteinte de trisomie 21 : faute du généraliste pour défaut de prescription d'une amniocentèse pendant la grossesse. Décision de la Cour d'appel statuant sur la condamnation au règlement de la créance de la CPAM sur la base d'un taux de perte de chance de 70 %. |

L'année 2013 montre une recrudescence de sinistres mettant en cause des médecins généralistes : 2 médecins généralistes font l'objet de décisions entrant dans les 10 indemnisations les plus élevées.

Les sinistres obstétricaux, quant à eux, sont toujours aussi nombreux : 3 des indemnisations les plus élevées concernent des sages-femmes, des gynécologues et des obstétriciens.

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.

Les anesthésistes-réanimateurs totalisent 2 sinistres graves.

Les 2 derniers sinistres entrant dans le TOP 10 concernent, d'une part une erreur d'arrêt des anticoagulants par un cardiologue, d'autre part, un défaut de prescription, par un généraliste, d'une amniocentèse pour diagnostic de trisomie 21.

DECISIONS DE JUSTICE

RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|
| Nombre de dossiers concernés | 110 | 197 | 210 | 162 | 124 | 144 | 132 |
| % des dossiers jugés | 47 % | 34 % | 31 % | 29 % | 29 % | 30 % | 29 % |
| Montant attribué (en K€) | 7 379 | 14 118 | 13 879 | 7 098 | 7 722 | 13 607 | 12 555 |
| % total des indemnisations | 29,5 % | 22 % | 15 % | 14 % | 25 % | 26 % | 28 % |

Dans 29 % des affaires jugées, les organismes sociaux ont été, en tout ou partie, indemnisés de leur créance en 2013. Ce pourcentage varie très peu depuis 2010.

Une somme globale de 12 555 000 € leur a été attribuée, ce qui correspond à 28 % du montant total des indemnisations allouées.

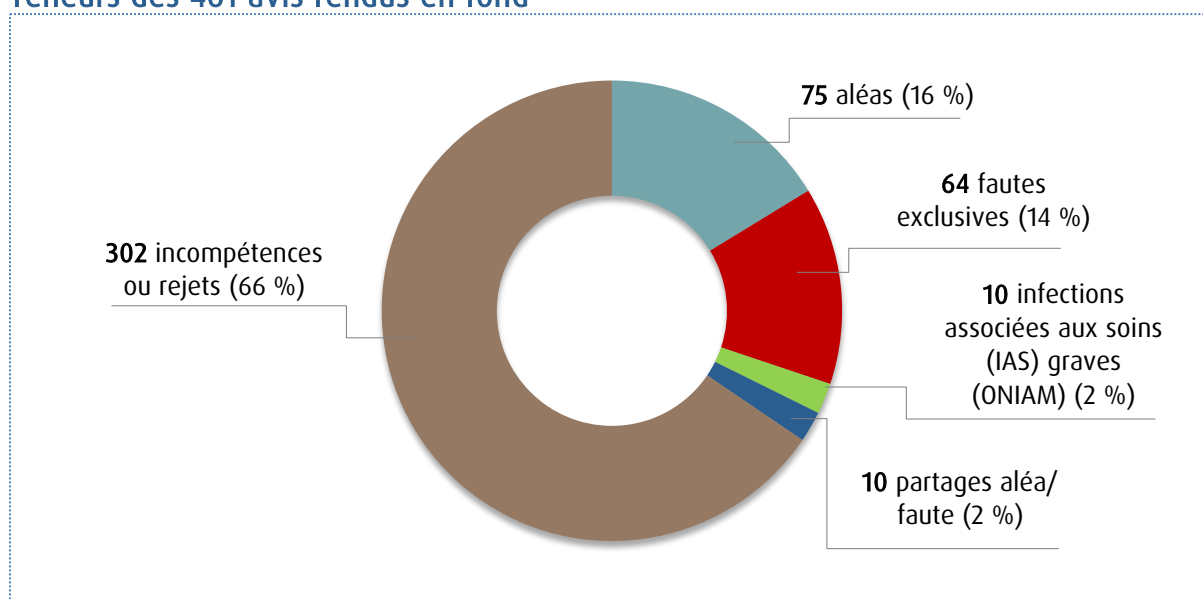
Si, dans les suites immédiates de la loi du 21 décembre 2006, on a pu constater une diminution sensible de la part revenant aux organismes sociaux du fait du « droit de préférence » accordé aux victimes en cas de partage de responsabilité ou de perte de chance, on observe une remontée en 2011, confirmée en 2012 et en 2013.

AVIS CCI 2013

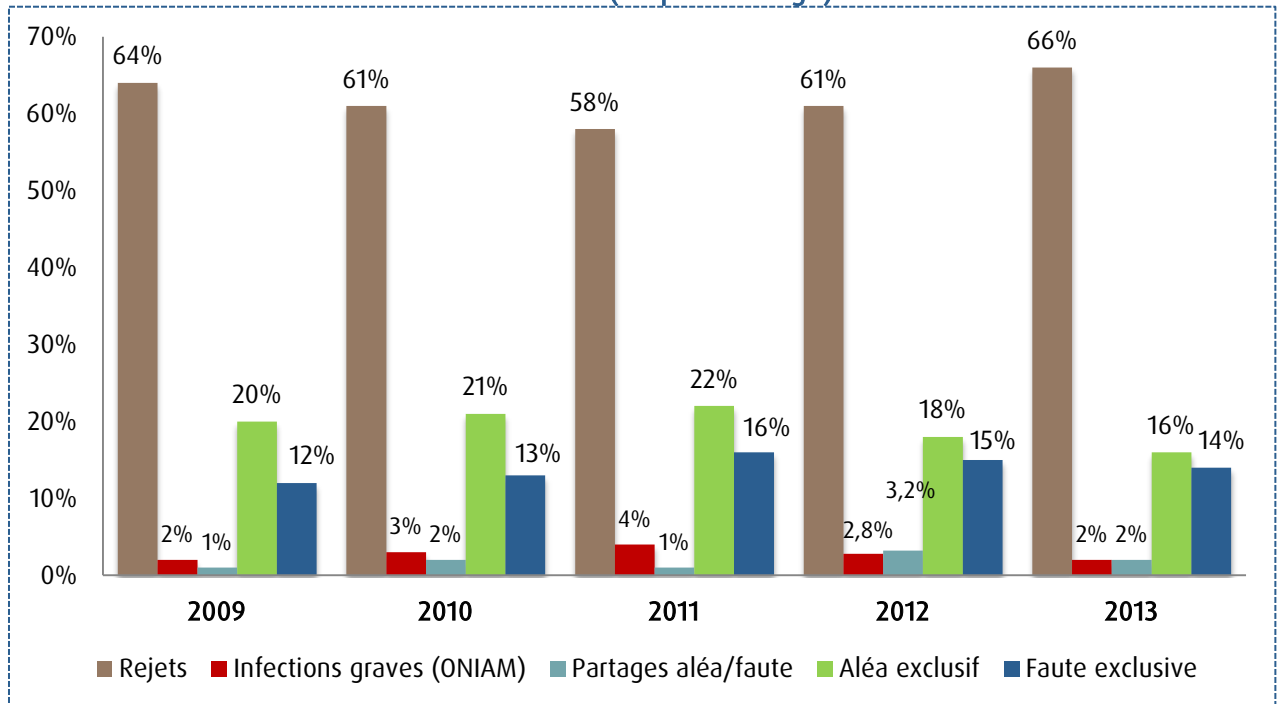
720 avis ont été rendus par les CCI en 2013 dans les affaires mettant en cause des sociétaires de la MACSF – le Sou Médical. **461** avis ont été prononcés au fond (c'est-à-dire à l'exclusion des dossiers déclarés irrecevables sans expertise ou prononçant un sursis à statuer).

TENEUR DES AVIS

Teneurs des 461 avis rendus en fond



EVOLUTION DE LA TENEUR DES AVIS 2009-2013 (en pourcentage)



Le taux d'avis de rejet ou d'incompétence après expertise est toujours majoritaire, représentant même 2/3 des avis rendus au fond en 2013.

Le pourcentage des avis retenant des infections nosocomiales graves prises en charge par l'ONIAM reste toujours faible : 2 % en 2013.

Il en va de même des avis concluant à un partage entre un aléa et une faute, qui oscillent entre 1 et 3 % depuis au moins 5 ans : 2 % en 2013.

On constate une légère diminution du pourcentage d'avis se prononçant en faveur d'un aléa exclusif : seulement 16 % en 2013.

Les avis concluant à une faute exclusive sont aussi en légère baisse par rapport à 2011 et 2012 : 14 % en 2013.

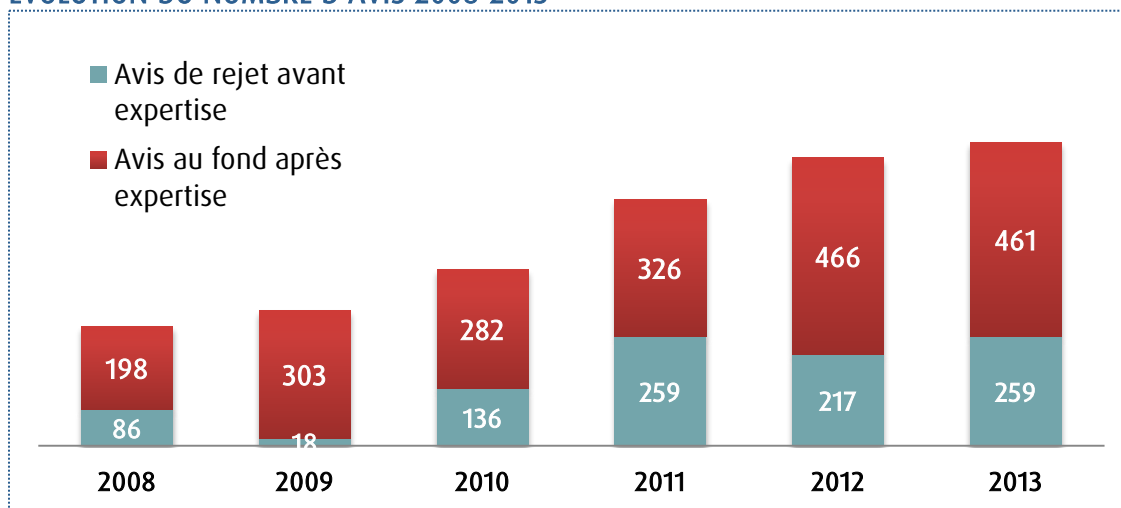
Le pourcentage d'aléas exclusifs demeure cependant légèrement supérieur au pourcentage de fautes exclusives : 16 % contre 14 %.

En excluant les avis de rejet la répartition est la suivante :

- Aléa : 47 %
- Faute : 41 %
- Partage aléa/faute : 6 %
- Infections nosocomiales graves : 6 %

DECISIONS DE JUSTICE

EVOLUTION DU NOMBRE D'AVIS 2008-2013



Le nombre d'avis rendus ne cesse d'augmenter chaque année.

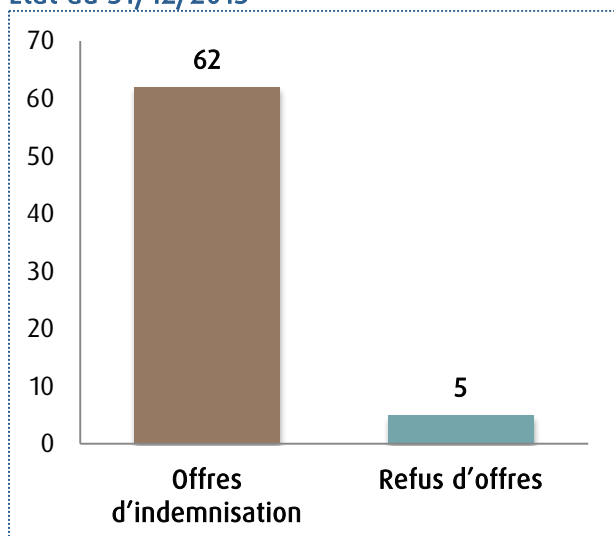
La proportion des avis de rejet avant expertise est importante. Elle est même en augmentation par rapport à 2012. Ils représentent 36 % des avis rendus contre 31 % en 2012, ce qui tend à confirmer l'interprétation que nous avançons dans nos précédents rapports, d'une moindre hésitation des CCI à rejeter les dossiers avant expertise du fait de l'expérience acquise, notamment sur l'appréciation de la condition nécessaire d'un lien de causalité entre le dommage et la faute ou l'aléa pour ouvrir droit à indemnisation. Dans beaucoup de dossiers présentés, le dommage invoqué résulte en fait de l'évolution naturelle de la pathologie initiale : il n'y a pas eu d'accident médical.

Nous observons 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.

La simplicité 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 croissant.

LES PRISES DE POSITION DE LA MACSF - LE SOU MEDICAL EN 2013

Etat au 31/12/2013



DECISIONS DE JUSTICE

Parmi les 62 offres d'indemnisation, 43 correspondent à des avis rendus en 2013, 16 à des avis rendus en 2012, 2 à des avis rendus en 2011 et 1 à un avis rendu en 2009.

Sur ces 62 offres :

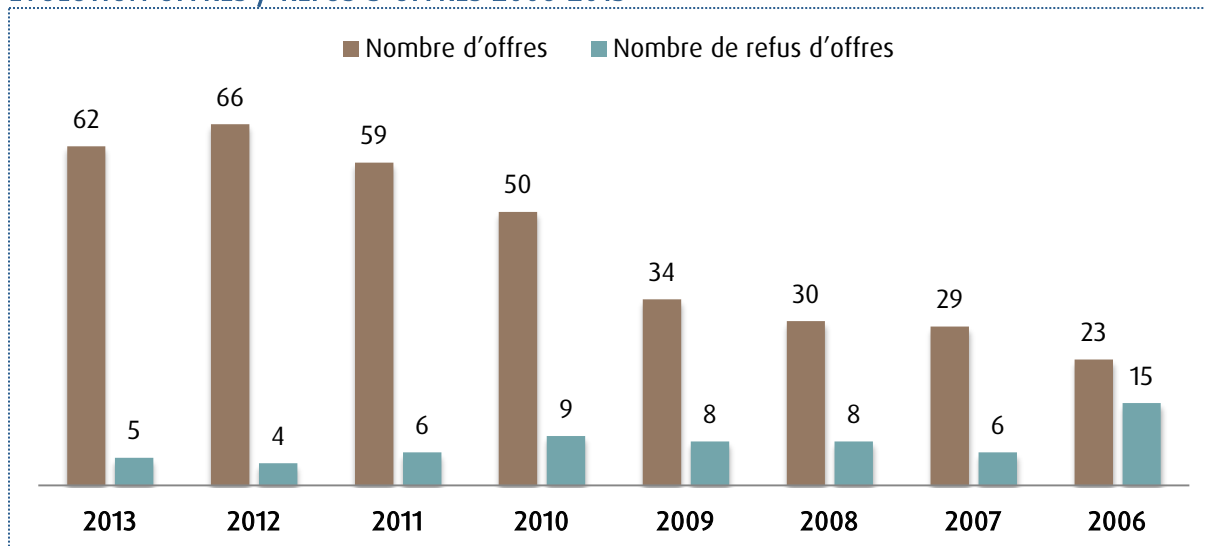
- 40 ont été acceptées et ont fait l'objet d'un règlement complet et définitif pour un total de 2 494 340 €, hors frais de gestion, soit une indemnisation moyenne par dossier de 62 358 € ;
- 22 n'ont pas donné lieu à règlement transactionnel, même partiel : 3 ont été portées devant le juge judiciaire et les 19 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 les offres formulées en fin d'année 2013.

EVOLUTION DES OFFRES

| | 2013 | 2012 |
|--|-----------|-----------|
| Nombre d'offres acceptées par le demandeur | 40 | 47 |
| Coût total des offres acceptées (en €) | 2 494 340 | 2 294 020 |
| Coût moyen des offres acceptées (en €) | 62 358 | 48 809 |

A ce jour, pour 2013, on note une augmentation du coût des offres, globalement et en coût moyen, par rapport à 2012 et aussi à 2011 (pour rappel : coût total de 932 534 € et coût moyen de 54 855 € en 2011).

EVOLUTION OFFRES / REFUS D'OFFRES 2006-2013*

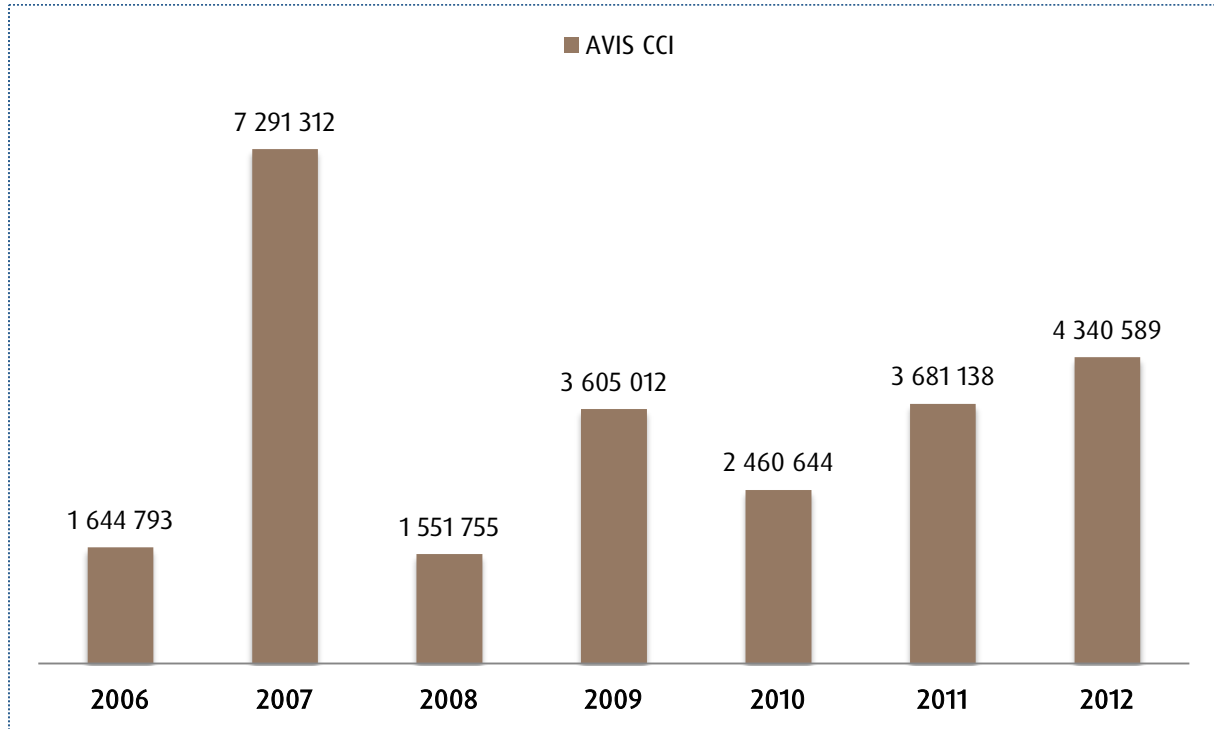


*Indépendamment de l'année du prononcé de l'avis

Le nombre d'offres d'indemnisation formulées par la MACSF - le Sou Médical, après avoir augmenté d'année en année, a légèrement diminué en 2013.

Nous avons opposé seulement 5 refus d'offres en 2013. Un seul de ces 5 dossiers a, pour l'heure, fait l'objet d'une procédure judiciaire. Les autres refus datent respectivement de juin, août et septembre 2013. Il faut encore attendre pour savoir s'ils seront contestés.

EVOLUTION DES REGLEMENTS APRES AVIS CCI 2006-2013*



* Indépendamment de l'année de règlement du fait d'une mise à jour chaque année

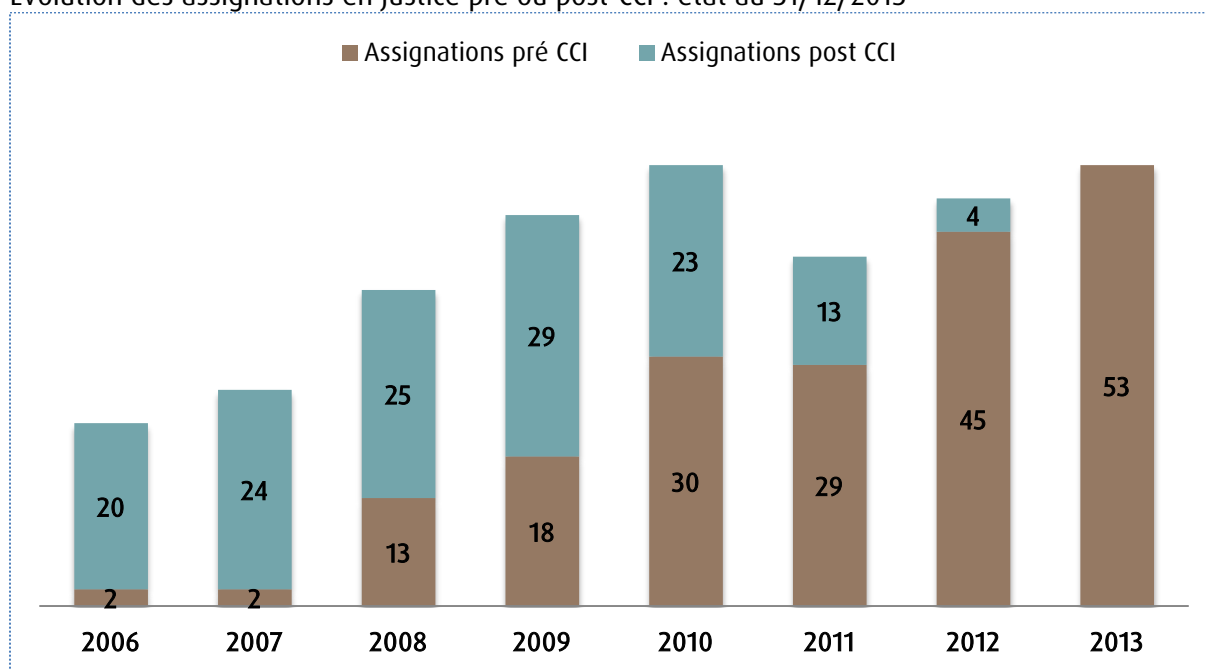
Est comptabilisé ici l'état des règlements, hors frais de gestion, au 31/12/2013 par année d'avis. Ces montants évoluent d'une année sur l'autre, dans la mesure où des règlements peuvent intervenir l'année suivant celle où l'avis a été rendu, compte tenu, notamment, du délai légal de quatre mois pour 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, un certain nombre d'avis rendus en 2013 n'ont pas encore fait l'objet d'un règlement au 31/12/2013. C'est la raison pour laquelle les avis de 2013 ont été occultés dans ce tableau, à défaut d'être suffisamment significatifs au 31/12/2013. Il faut attendre plusieurs années pour avoir un état suffisamment consolidé des chiffres et se livrer à une 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 des sinistres s'effectue rarement en un seul paiement. Le règlement définitif est souvent précédé de l'allocation de provisions.

EVOLUTION DE LA PLACE DU JUDICIAIRE DANS LES PROCEDURES CCI

Evolution des assignations en justice pré ou post-CCI : état au 31/12/2013



Depuis 2006, on constate une augmentation significative 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 pour le 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 et peut conduire à des prises de position différentes qu'il peut être parfois utile aux demandeurs d'exploiter.

Ces saisines parallèles doivent être relativisées, car elles représentent peu de dossiers par rapport à l'ensemble des réclamations portées devant le juge ou les CCI.

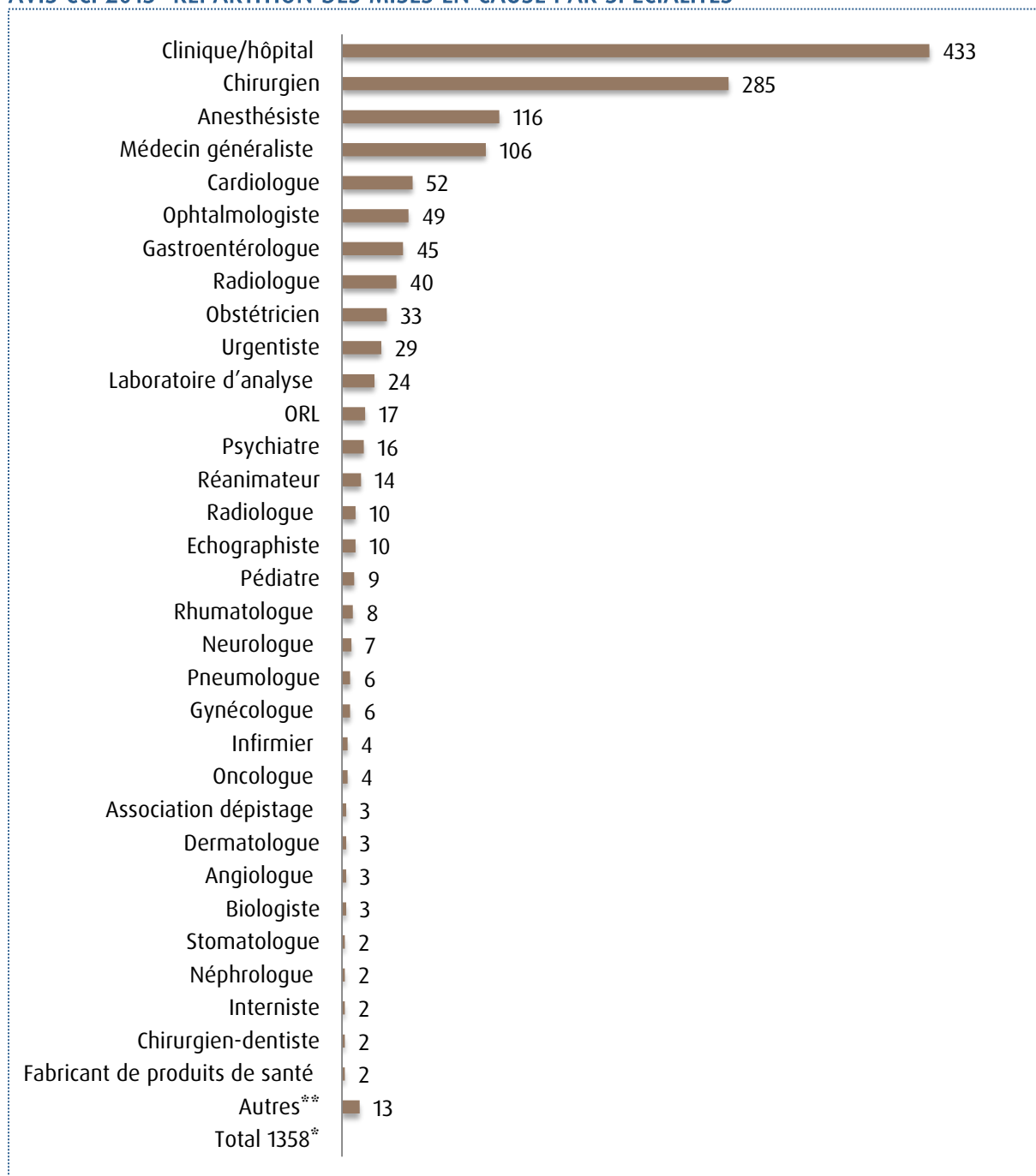
La diminution, voire l'inexistence du nombre d'assignations post CCI en 2013, témoigne de la satisfaction des plaignants quant aux avis rendus. Si les demandeurs sont *a priori* parfois méfiants à l'égard des CCI, ils leur témoignent en revanche leur confiance *a posteriori*.

DECISIONS DE JUSTICE

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 ont rendu leur avis.

Ce constat est inversé concernant les avis rendus en 2010, 2011 et 2012 où le nombre d'avis précédant les décisions de justice devient minoritaire. 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 constituer une explication.

AVIS CCI 2013- REPARTITION DES MISES EN CAUSE PAR SPECIALITES



* Dans un même avis, il peut y avoir plusieurs mis en cause.

** Les 13 autres mis en cause correspondent à des spécialités pour lesquelles on ne recense qu'un seul mis en cause.

DECISIONS DE JUSTICE

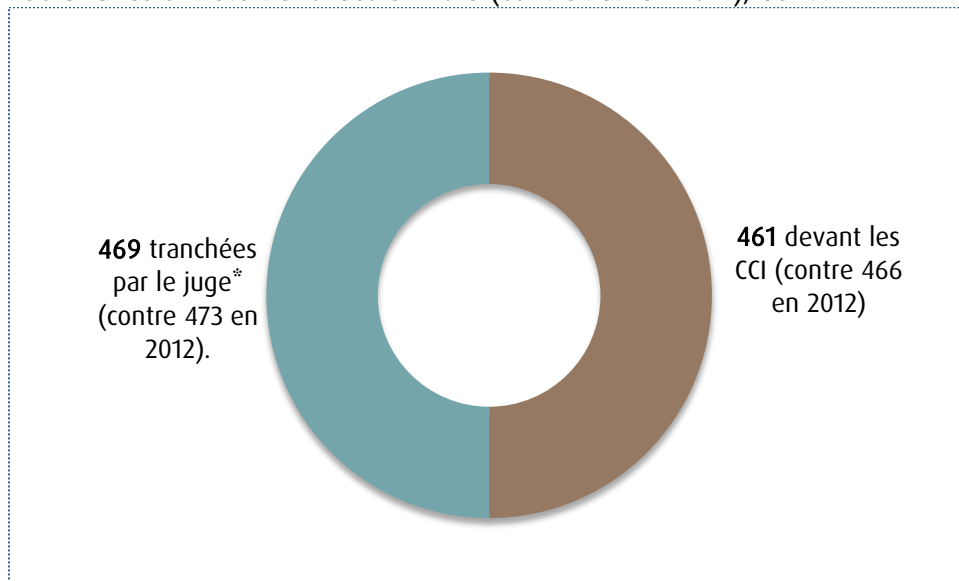
Les spécialités les plus mises en cause devant les CCI sont, comme devant le juge, les établissements de soins, les chirurgiens, les anesthésistes et les médecins généralistes.

Les chiffres de 2013 sont très nettement supérieurs à ceux de 2012 en raison, en particulier, de l'augmentation du nombre de cliniques et de praticiens exerçant en clinique dans le portefeuille du Sou Médical - MACSF.

En outre, de nouvelles spécialités se trouvent désormais mises en cause devant les CCI : les angiologues, les biologistes, ou encore les laboratoires d'analyses médicales.

REPARTITION DES PROCEDURES 2013 JUDICIAIRES ET CCI

930 affaires ont été tranchées en 2013 (contre 939 en 2012), dont :

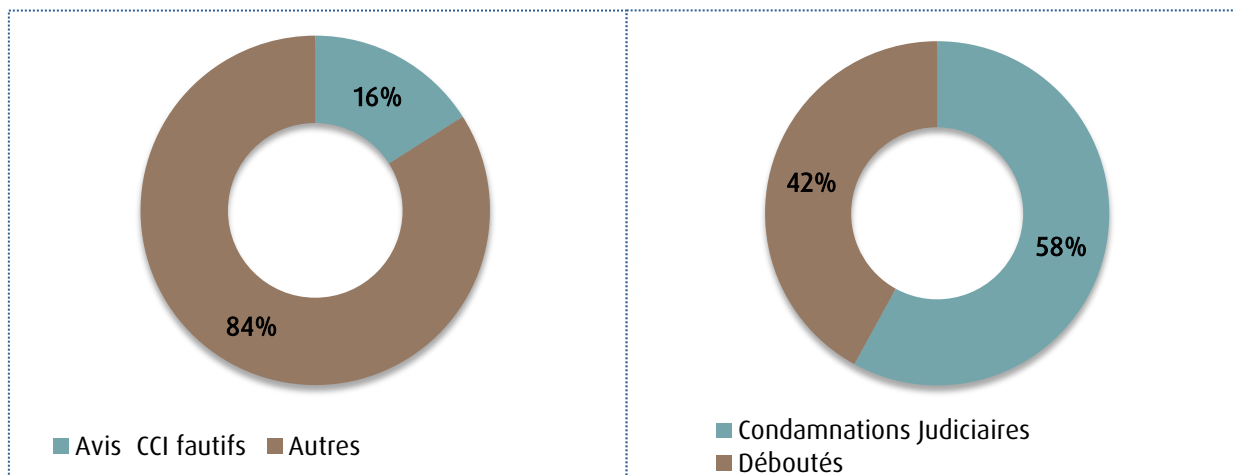


* Pour les deux degrés de juridiction : première instance et appel

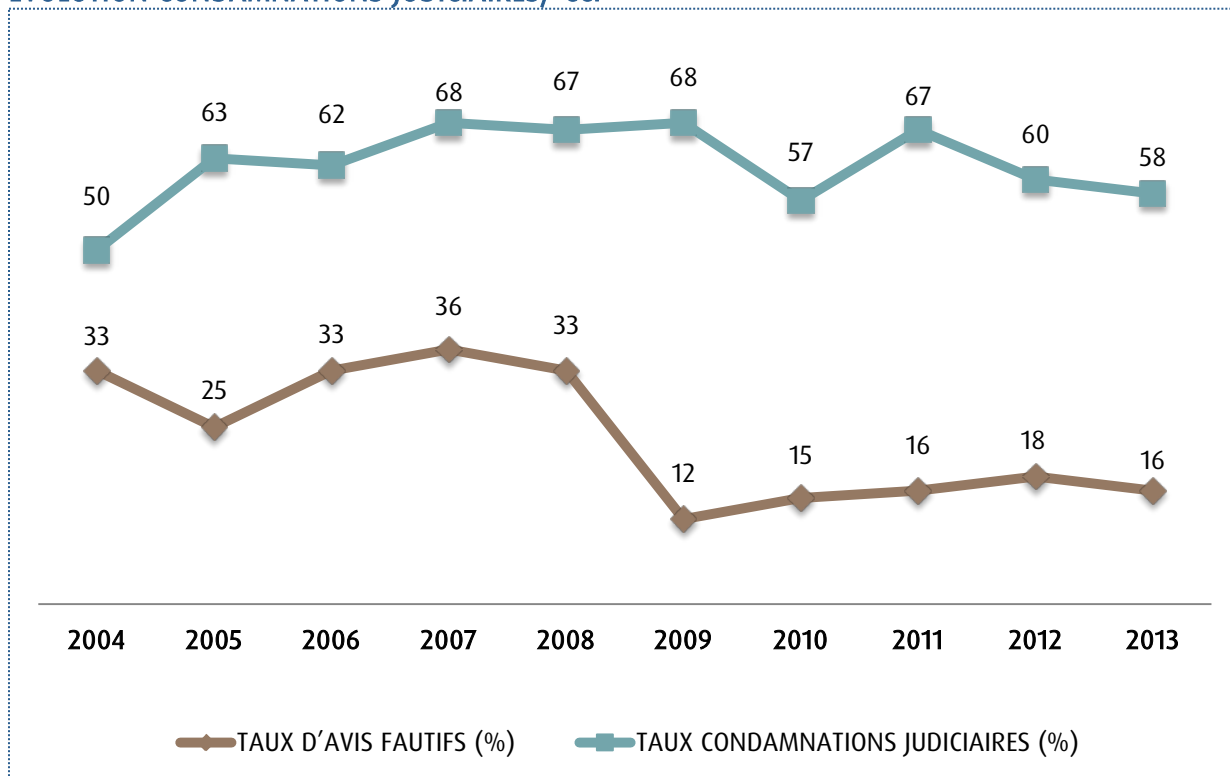
On constate d'année en année que l'écart se resserre entre les deux voies d'indemnisation : le nombre est quasiment équivalent.

Le succès croissant des CCI au détriment des procédures judiciaires se confirme en 2013.

COMPARAISON CONDAMNATIONS JUDICIAIRES/CCI 2013



EVOLUTION CONDAMNATIONS JUDICIAIRES/ CCI



La tendance des CCI à moins retenir de fautes vis-à-vis des professionnels de santé que les magistrats se confirme encore cette année.

On continuera à observer 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, exclusion faite 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'analyse 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 : nous rappellerons que le propre des sinistres fautifs est d'être présenté 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.

DECISIONS DE JUSTICE

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 leur démarche sur les sites Internet des CCI et de l'ONIAM, où elles ont la possibilité de compléter 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.



3

LA PROTECTION JURIDIQUE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

RAPPORT D'ACTIVITE DE LA PROTECTION JURIDIQUE SUR L'EXERCICE 2013

Nicolas LOUBRY

Responsable du Département Protection Juridique, MACSF - Le Sou Médical

En 2013, **384 175** sociétaires de la MACSF - Le Sou Médical ont été couverts par le contrat d'assurance de protection juridique (+ 8% par rapport à 2012).

Le nombre de sinistres déclarés au cours de cette année est en progression de + 4,8% :

9 462 dossiers ouverts, contre 9 026 en 2012. Les demandes de renseignements écrites ont progressé de manière encore plus significative (+ 9,3%) : **2 300** demandes contre 2 103 en 2012.

Si l'activité téléphonique a diminué (53 969 appels traités, contre 55 443 en 2012), le nombre de courriers ou de fax est resté stable avec toutefois une évolution du nombre de courriels reçus aujourd'hui majoritaires (58% du nombre de pièces reçues en 2013 l'ont été par mail).

L'accélération des envois par mail, 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'ACTUALITE DE LA PROTECTION JURIDIQUE

Dans un contexte de judiciarisation et d'accroissement du coût de la justice, l'intérêt de l'assurance de protection juridique s'impose car elle offre une solution globale, amiable ou judiciaire, pour la prise en charge de litiges professionnels et privés, avec une recherche accrue de solutions alternatives à l'engorgement des tribunaux. 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 essentielle, surtout si elle intervient en amont. Elle doit permettre de maîtriser la sinistralité et donc de prévenir le litige. Nos informations juridiques en rapport avec l'activité professionnelle de nos sociétaires peuvent aussi être délivrées au travers de réponses écrites indépendamment de l'ouverture d'un sinistre.

Les professionnels de santé exercent de plus en plus en association, (SCM, SCP SEL). Leur société est une personne morale qui peut être nominativement et 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 modalités de mise en place de l'action de groupe pourront avoir un impact sur l'évolution de nos garanties que nous préciserons notamment sur notre site www.macsf.fr.

LES RECOMMANDATIONS ET ENGAGEMENTS DU SOU MEDICAL 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, lorsqu'aucun accord n'est possible, les frais de justice et les honoraires d'avocat ou d'expertise sont alors pris en charge par la MACSF - Le Sou Médical, conformément aux dispositions du contrat.

Notre équipe de juristes publie régulièrement des articles sur le site www.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 groupe, le contrat de travail, le droit à l'image et les réseaux sociaux ou encore l'accessibilité des cabinets aux personnes handicapées, ont pu être réalisées par certains juristes de notre département.

L'ACTIVITE EN 2013

En 2013, l'évolution du nombre des sinistres est toujours aussi importante : 9 462 dossiers ouverts contre 9 026 en 2012, 8 544 en 2011 et 7 942 en 2010.

Si le droit immobilier et le droit de la consommation ont représenté le plus grand nombre d'ouvertures de dossiers, les litiges professionnels en déontologie et dans le cadre de l'exercice en groupe, ont augmenté significativement cette année. L'activité de renseignements a impacté la déontologie, mais surtout le droit hospitalier. Les déclarations relevant du droit immobilier ont augmenté de près de 7% alors que les litiges en rapport avec le droit de la consommation et la vie privée ont légèrement diminué.

La répartition des dossiers ouverts en 2013 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 LIBERAUX, AVEC DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIVES, DEONTOLOGIE, FISCALITE

Elles représentent **2 005** déclarations (1 742 en 2012).

Avec une évolution de sa sinistralité de + 15%, ce pôle a relevé une augmentation importante des plaintes à l'Ordre à l'encontre des professionnels de santé, toutes professions confondues. Les plaintes émanant de patients concernent la rédaction de certificats, la contestation des soins prodigués et les comportements immoraux ou de nature à déconsidérer la profession. Les plaintes entre confrères naissent des litiges issus de l'exercice en groupe tels le détournement de clientèle ou encore le non-respect de clauses statutaires. L'information juridique et déontologique donnée en dehors de tout litige couvre diverses problématiques : rédaction des certificats, réquisition, rupture du contrat de soins, accès au dossier médical, cotisations ordinaires, signalements de maltraitance...

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

L'exercice en groupe et les difficultés liées au retrait de sociétés ou aux cessions de parts sociales a donné lieu à de nombreux contentieux portant également sur la valeur juridique des clauses de non concurrence, notamment insérées dans les contrats de collaboration libérale.

En 2013, les relations entre médecins et cliniques ont donné lieu à moins de contentieux, lesquels portent toujours sur le montant des redevances ou la rupture du contrat d'exercice à l'initiative des établissements.

La fiscalité des professions de santé reste très marquée par deux contentieux majeurs. Le premier relatif aux opérations d'investissements Outre-Mer où l'administration fiscale remet systématiquement en cause le bénéfice de la défiscalisation. Le second lié à l'application de l'exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues par les praticiens hospitaliers au titre des heures supplémentaires. Les nombreuses procédures engagées devant les tribunaux administratifs ont donné lieu jusqu'en 2012 à des décisions de refus de faire bénéficier de l'exonération d'impôt sur le revenu les praticiens hospitaliers. Toutefois, la jurisprudence a changé sa position en 2013 : des jugements de première instance et des arrêts de cour d'appel ont reconnu le bénéfice de l'exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues des praticiens hospitaliers pour leurs heures supplémentaires.

On a pu également constater une augmentation de nos demandes de conseils en matière fiscale, notamment sur la TVA ou encore la cotisation foncière des entreprises.

- Poursuites disciplinaires devant les Ordres (1018 en 2013, contre 900 en 2012, et 899 en 2011)

Le nombre de dossiers concernant des plaintes ordinaires a sensiblement augmenté entre 2012 et 2013. Les plaintes portant sur la rédaction de certificats (233) ou des comportements douteux de professionnels de santé (167) ont augmenté de manière significative. Les autres litiges ont porté sur un grand nombre de domaines : contestation d'actes (151), confraternité (145) détournement de clientèle (66), refus de soins (52), publicité (50), titres (26), dossier médical (19), cabinet secondaire (17), installation (14), exercice irrégulier (14), témoignages et signalements (13), inscription au tableau (12), qualification (10), permanence des soins (10), non-assistance (7), compérage (6), cotisation ordinaire (6).

- Litiges entre confrères (613 en 2013, contre 375 en 2012 et 374 en 2011)

L'exercice en groupe connaît toujours autant de litiges, notamment en matière de rupture. 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 ou en matière de retrait de SCM sont en augmentation.

Les dossiers ouverts en 2013 concernent la structure juridique du groupe ou le contrat du sociétaire et visent la rupture (285). Les litiges concernent également les SCM (81), les contrats d'exercice en commun et de collaboration (70), les SCP (21), les SCI (19) et les SEL (8). Les contrats avec les maisons de retraite (13), les contrats de remplacement (4) et le contrat de cession de clientèle (1) ont donné lieu à beaucoup moins de litiges. Les conflits ont souvent porté sur les clauses financières de ces contrats, notamment en matière de partage des frais (58) mais également sur l'application de clauses de non concurrence (40), la durée du préavis (9) ou encore les modalités de retrait (4).

- Litiges fiscaux (239 en 2013, contre 228 en 2012 et 221 en 2011)

En 2013, l'essentiel des dossiers a porté sur des opérations de défiscalisation (88), sur les contrôles de la déclaration d'ensemble des revenus (49). Les autres litiges ont concerné l'impôt

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

sur les sociétés (33), des litiges comptables (27), la déclaration de BNC (23), les impôts locaux (7), la TVA (7), l'ISF (3) et les revenus fonciers (2).

- Litiges avec des cliniques (85 en 2013, contre 69 en 2012 et 89 en 2011)

Les litiges portent sur la rupture (54), la redevance (19), la cession de la clinique (6), la clause d'exclusivité (3), le préavis (2) ou encore la cessibilité du contrat (1).

- Procédures pénales (29)

Ces plaintes pénales ont donné lieu à l'ouverture de dossiers ayant trait à des problèmes de diffamation (12), de falsification et de vol d'ordonnances (7), de signalement (4), de secret professionnel (3), d'exercice illégal (2) et à la rédaction de certificats (1).

Procédures administratives (21 en 2013, contre 17 en 2012 et 10 en 2011)

Ces dossiers concernent diverses mises en cause à l'initiative de l'administration ou ont porté sur des réquisitions.

DROIT DE LA SECURITE SOCIALE, DROIT HOSPITALIER, DROIT DU TRAVAIL

Ce domaine se compose de 3 catégories de litiges, dont la nature professionnelle est très marquée. Le nombre des sinistres est de 1 772 (1 773 en 2012).

Sécurité sociale (547 en 2013, contre 530 en 2012 et 447 en 2011)

En 2013, les contentieux avec les Urssaf sont restés constants. Certains de nos sociétaires ont éprouvé des difficultés à obtenir leur affiliation ou encore à obtenir le transfert de leur compte d'un département à l'autre. Par voie de conséquence, les cotisations sociales n'ont pas été appelées et pour certains de nos sociétaires, ne pouvant régler la cotisation maladie, ils ne sont pas couverts au titre de ce risque par l'assurance maladie. Nous intervenons alors à l'amiable, en contactant les services de l'Urssaf pour tenter d'obtenir la régularisation rapide de leur situation. Le Défenseur des droits a été également saisi de ces difficultés avec des problèmes informatiques qui perdurent. Autre dysfonctionnement avec cet organisme : des médecins exerçant en secteur II se voient appeler des cotisations identiques à celles des praticiens exerçant en secteur I (dont une partie des cotisations est prise en charge par l'assurance maladie). Les régularisations réclamées peuvent atteindre plusieurs milliers d'euros. Nos sociétaires doivent donc vérifier leurs appels de cotisations afin de pouvoir les contester en temps utile. Certains sociétaires souhaitent également se désaffilier des régimes obligatoires de Sécurité sociale (CARMF, Urssaf, RSI) au motif que la jurisprudence européenne en matière de libéralisation du secteur de l'assurance le leur permettrait. Il faut toutefois rappeler que les directives européennes relatives à l'assurance ne sont pas applicables au régime légal de la Sécurité sociale française. Les médecins ont donc l'obligation de s'affilier et de cotiser à ces régimes.

En 2013, les contrôles d'activité des professionnels de santé sont restés constants et ont pu aboutir à la saisine de la section des assurances sociales du Conseil Régional de l'Ordre, à la répétition d'indus ou encore à la mise en œuvre de la procédure de pénalités financières. La loi de financement de Sécurité sociale pour 2012 a transféré le contentieux des pénalités financières aux Tribunaux des Affaires de Sécurité sociale. Un transfert de compétence qui va permettre aux professionnels de santé de contester plus facilement les pénalités financières prononcées par les organismes de Sécurité sociale. En effet, le recours devant le TASS est suspensif (auparavant, la

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

saisine du tribunal administratif n'avait pas d'effet suspensif, c'est-à-dire que les professionnels de santé étaient obligés de régler la pénalité financière avant de la contester) et les délais de jugement seront raccourcis.

Parmi les faits principalement reprochés par les caisses, on retiendra les actes fictifs, la mauvaise application des majorations de nuit et d'urgence, le volume d'actes journaliers trop important ou encore le calcul des indemnités kilométriques.

Certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie commencent à sanctionner les praticiens qui ne télétransmettent pas (refus de payer les actes en tiers payant aux médecins qui ont adressé une feuille de soins papier à la CPAM).

Enfin, comme les années précédentes nous avons été saisis de demandes de renseignements au sujet de la législation sur les retraites avec également des contentieux portant toujours sur la régularisation des cotisations arriérées (mauvaise assiette de calcul, absence de versement de cotisations par l'employeur...).

Les déclarations concernent les domaines suivants :

- Relations Caisses-praticiens (285 en 2013, contre 287 en 2012 et 233 en 2011)

Les dossiers portent sur les récupérations d'indus (99), les contrôles d'activité (64), des poursuites pour abus et fraude (61), sur l'interprétation et l'application de la NGAP (29), l'application des conventions (22), la contestation de pénalités financières (6), la mise sous entente préalable (4).

- Prévoyance sociale des praticiens (61 en 2013, contre 51 en 2012 et 51 en 2011)

Les domaines concernés sont les suivants : maladie (31), accident du travail et maladie professionnelle (16), incapacité temporaire (4), prestations familiales (4), maternité (3), invalidité décès (3).

- Litiges avec l'URSSAF (92 en 2013, contre 95 en 2012 et 74 en 2011)

Ils portent sur les cotisations (72), l'affiliation (14) et les contrôles (6).

- Retraite des praticiens salariés (19 en 2013, contre 27 en 2012 et 42 en 2011)

On retrouve des difficultés dans les domaines suivants : retraite des salariés du secteur public (9), liquidation de pension (6), régularisation, rachat et validation de cotisations (4).

- Retraite des praticiens libéraux (90 en 2013, contre 70 en 2012 et 47 en 2011)

Les litiges portent sur le montant des cotisations (53), la liquidation des pensions (37)

Droit hospitalier (516 en 2013, contre 513 en 2012 et 479 en 2011)

L'année 2013 a été marquée par de nombreuses demandes en rapport avec des litiges relationnels : harcèlement moral, diffamation, litiges avec syndicats...

Les questions d'organisation de service sont toujours d'actualité : changements d'affectation, passages de jour à nuit, suppression d'astreintes, choix d'astreintes ou de gardes, décompte d'heures supplémentaires, assignation en cas de grève, utilisation du compte épargne temps.

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

A titre d'exemple, le Tribunal Administratif de Poitiers, dans une décision du 5 juin 2013, a annulé la décision d'un centre hospitalier imposant à un praticien la prise des congés issus du compte épargne temps en une seule fois, et ce sans justification probante, rappelant que la réglementation applicable donne la possibilité au praticien hospitalier de choisir d'exercer progressivement les droits acquis au titre de son CET sous réserve des nécessités du service.

On peut également évoquer un arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 6 mars 2013 ayant jugé que le temps de travail additionnel accompli par un praticien hospitalier, avec l'accord de son établissement d'emploi, ouvrait à celui-ci un droit à indemnisation, et ce même en l'absence d'un contrat d'engagement conclu avec le centre hospitalier.

En 2013, nous avons eu de nombreuses interrogations sur des questions relatives aux congés maladie (congés longue maladie et longue durée), sur les droits en cas d'accidents de service, sur la réintégration à la suite de congés maladie ou encore sur des aménagements de poste.

Un jugement du Tribunal administratif de Saint Denis rendu le 18 avril 2013 a rappelé que lorsque les fonctionnaires de la fonction publique territoriale se trouvent dans l'incapacité permanente de continuer leurs fonctions en raison d'infirmités résultant de blessures ou de maladies contractées ou aggravées en service, ils peuvent être radiés des cadres par anticipation et ont ainsi droit au versement d'une rente viagère d'invalidité cumulable avec la pension rémunérant les services. La juridiction administrative a également précisé que ces dispositions déterminaient forfaitairement la réparation à laquelle les fonctionnaires, victimes d'un accident de service ou atteints d'une maladie professionnelle, pouvaient prétendre au titre des conséquences patrimoniales de l'atteinte à l'intégrité physique dans le cadre de l'obligation qui incombe aux collectivités publiques de garantir leurs agents contre les risques qu'ils peuvent courir dans l'exercice de leurs fonctions.

Toutefois, reprenant quasiment mot pour mot la motivation du Conseil d'Etat dans son arrêt « Moya-Caville » (Conseil d'Etat, Assemblée, 4 juillet 2003, n° 211106, publié au recueil Lebon), les juges soulignent que ces dispositions ne font cependant obstacle ni à ce que le fonctionnaire qui a enduré, du fait de l'accident ou de la maladie, des souffrances physiques ou morales et des préjudices esthétiques ou d'agrément, obtienne de la collectivité qui l'emploie, même en l'absence de faute de celle-ci, une indemnité complémentaire réparant ces chefs de préjudice, distincts de l'atteinte à l'intégrité physique, ni à ce qu'une action de droit commun pouvant aboutir à la réparation intégrale de l'ensemble du dommage soit engagée contre la collectivité, dans le cas notamment où l'accident ou la maladie serait imputable à une faute de nature à engager la responsabilité de celle-ci.

Autre décision intéressante rendue le 28 juin 2013 par le Tribunal administratif de Châlons en Champagne : dans cette décision, les magistrats ont rappelé à juste titre que lorsqu'un fonctionnaire a été reconnu inapte à la reprise des fonctions qu'il occupait, à l'expiration de ses droits à congé maladie, et alors que le comité médical ne s'est pas prononcé sur sa capacité à occuper un autre emploi par voie de réaffectation, de détachement ou de reclassement, l'autorité hiérarchique dont il relève ne peut le placer en disponibilité d'office, sans l'avoir préalablement invité à présenter une demande de reclassement ; la mise en disponibilité d'office peut ensuite être prononcée, soit en l'absence de demande de l'agent, soit si sa demande ne peut être satisfaite. Toute disponibilité d'office prononcée avant que l'agent n'ait été invité à présenter une demande de reclassement encourt l'annulation. Une précision supplémentaire a été apportée par un arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 17 mai 2013 (Madame B. req.n° 355 524) : l'agent public déclaré physiquement inapte de manière définitive à occuper son emploi n'a pas à indiquer, dans

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

sa demande de reclassement, la nature des emplois sur lesquels il souhaite être affecté : le fait de « subordonner le reclassement à la présentation d'une demande par l'intéressé, a pour objet d'interdire à l'employeur d'imposer un reclassement qui ne correspondrait pas à la demande formulée par l'intéressé, mais ne le dispense pas de l'obligation de chercher à reclasser celui-ci, et n'impose nullement que la demande qu'il présente ait à préciser la nature des emplois sur lesquels il sollicite son reclassement ».

Nos sociétaires nous ont également saisis de litiges relatifs à leur suspension à titre conservatoire par leur direction et d'exclusions d'IFSI.

Nous avons également traité de nombreuses demandes relatives aux rappels de rémunération : prime de précarité, indemnités de congés payés, temps de travail additionnel.

Enfin, nous avons été interrogés sur les statuts des praticiens contractuels et les médecins coordonnateurs.

- Rappel de rémunération (257 en 2013, contre 165 en 2012 et 134 en 2011)

- Carrière hospitalière (106 en 2013, contre 176 en 2012 et 177 en 2011)

On retrouve des litiges sur : droits statutaires (56), suspension (15), non titularisation (9), notation (9), avancement (8), reprise d'ancienneté (6), mutation (2), requalification du statut (1).

- Difficultés en cours de contrat (25 en 2013, contre 42 en 2012 et 52 en 2011)

Les causes de ces litiges sont les suivantes : rupture de contrat (22), modification du contrat (3).

- Harcèlement (37 en 2013, contre 37 en 2012 et 41 en 2011)

- Diffamation ou violences (46 en 2013, contre 38 en 2012 et 28 en 2011)

- Sanctions disciplinaires (24 en 2013, contre 30 en 2012 et 36 en 2011)

- Maladies professionnelles et accidents du travail (21 en 2013, contre 25 en 2012 et 11 en 2011)

Droit du travail (709 en 2013, contre 730 en 2012 et 672 en 2011)

Au cours de l'année 2013, et comme les années précédentes, nous avons régulièrement été sollicités par nos sociétaires sur les modalités de mise en œuvre de la rupture conventionnelle. Il est à noter des demandes précises concernant ces ruptures conventionnelles alors qu'un contentieux existe avec notamment une jurisprudence de la Cour de cassation relative à la conclusion d'une rupture conventionnelle dans un contexte de harcèlement moral (Cour de cassation, chambre sociale, 30 janvier 2013).

Nos sociétaires nous ont également sollicités dans le cadre de contentieux relatifs à la durée du travail, à l'application du temps partiel et à la modification des plannings. Un certain nombre de questions a porté sur l'exécution des gardes et la mise en place de régimes d'astreintes.

Nos sociétaires nous ont également consultés à l'occasion de licenciements pour inaptitude, et plus particulièrement concernant l'obligation de recherche de reclassement de l'employeur. Dans

un arrêt du 24 septembre 2013, la Cour d'appel d'Angers a souligné que l'obligation de reclassement des salariés physiquement inaptes mise à la charge de l'employeur s'analyse en une obligation de moyens renforcée, dont le périmètre s'étend à l'ensemble des sociétés du même secteur d'activité avec lesquelles l'entreprise entretient des liens ou compose un groupe, dont la localisation et l'organisation permettent la permutation de tout ou partie du personnel, et il appartient à l'employeur, débiteur de cette obligation, de démontrer par des éléments objectifs qu'il y a satisfait et que le reclassement du salarié par le biais de l'une des mesures prévues par la loi s'est avéré impossible. La Cour d'Angers a également rappelé que ni la formulation de l'avis d'inaptitude par le médecin du travail, ni la position adoptée par le salarié, ni la petite taille de l'entreprise, ni la faiblesse de l'effectif n'étaient de nature à dispenser l'employeur de rechercher activement le reclassement du salarié déclaré inapte au moyen de l'une des mesures prévues par la loi. Dans cette affaire, la salariée avait obtenu de sa direction, avant d'être déclarée inapte par la médecine du travail, un accord de principe pour suivre une formation consistant en un master gestion des soins, sous réserve de la prise en charge du financement par le FONGECIF.

Pour la Cour d'appel d'Angers, si l'évolution de l'état de santé de la salariée nécessitait de reconsidérer la mise en place d'une telle formation, elle n'en écartait cependant pas la possibilité dans son principe, alors de plus que sa situation de travailleur handicapé, telle qu'elle résulte de sa mise en invalidité en 2^{ème} catégorie, et des dispositions combinées des articles L. 5213-1, L. 5213-3 et L. 5213-4 du code du travail, lui permettait de bénéficier d'un financement pour une formation professionnelle. En effet, l'invalidité, qui est fixée par le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie, est une notion distincte de celle d'inaptitude, comme évaluant la capacité de travail restante du salarié. La Cour d'appel d'Angers a ainsi jugé que le fait que le médecin du travail ne se soit pas prononcé sur la possibilité d'une formation dans ce contexte ne dispensait aucunement l'employeur de l'envisager, et il appartenait à cet employeur de questionner à nouveau le médecin du travail, ainsi que la salariée, sur ce point. La Cour d'Angers a également souligné que la société (employeur) appartenant à un groupe, constitué de sociétés exploitant également des établissements médicaux, et avec lesquelles les permutations de personnel étaient possibles, il lui incombait alors de procéder à la recherche de reclassement dans les sociétés dudit groupe. Faute d'en justifier, l'employeur a été condamné à des dommages et intérêts pour licenciement sans cause réelle et sérieuse.

Autre contentieux intéressant, celui relatif à la contestation du taux d'incapacité en cas de reconnaissance de maladie ou d'accident du travail. Dans une affaire jugée le 19 décembre 2013 par le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité de Châlons en Champagne, notre sociétaire, aide-soignante, atteinte d'une tendinopathie de l'épaule et du bras droit l'empêchant de transporter des charges lourdes, avait été déclarée inapte à son poste de travail et licenciée pour inaptitude par son employeur après un arrêt maladie de onze mois. Quelques mois après son licenciement, notre sociétaire obtenait le bénéfice d'une reconnaissance professionnelle de sa pathologie. Nous sommes alors intervenus auprès de son employeur pour que celui-ci régularise la procédure et les conditions de son licenciement pour maladie professionnelle. L'employeur a ainsi régularisé sur le plan financier les conséquences de la reconnaissance d'une maladie professionnelle concernant l'indemnité de licenciement et l'indemnité de préavis. Seule la lettre de licenciement n'a pas été rectifiée. Nous avons alors assisté notre sociétaire qui a obtenu, d'une part devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, une révision du taux d'incapacité permanente partielle qui lui avait été octroyé par la CPAM (alors même que la CPAM, dans un premier temps, faisait valoir que le délai de prise en charge était dépassé et que la lettre de licenciement ne faisait pas état du licenciement consécutif à une maladie professionnelle). Par ailleurs, la reconnaissance même postérieure au licenciement pour inaptitude, du caractère professionnel de la pathologie à

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

l'origine de l'inaptitude a permis d'obtenir de l'employeur des indemnités de licenciement plus élevées.

On notera également, au cours de l'année 2013, des actions à l'encontre de nos sociétaires visant à faire reconnaître une faute inexcusable de leur part dans des situations d'accident ou de harcèlement, y compris à la suite d'une rupture de période d'essai.

Nous avons également été interrogés par nos sociétaires quant au contenu et à l'interprétation de nombreuses conventions collectives et plus particulièrement en 2013 sur la convention collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif, en raison d'une recommandation patronale du 2 décembre 2012 la modifiant profondément.

La loi de sécurisation de l'emploi publiée au Journal Officiel du 16 juin 2013 a été source de nombreuses questions, voire d'inquiétudes, notamment en ce qui concerne les actions en rappel de salaires ou de primes : cette loi modifie en effet la prescription qui passe de 5 ans à 3 ans en matière de rappel de rémunération.

Enfin, nous sommes toujours sollicités à l'occasion de la contestation de sanctions disciplinaires et de licenciements prononcés pour motif personnel ou économique.

- Sociétaires employeurs (256 en 2013, contre 278 en 2012 et 285 en 2011)

Les litiges rencontrés concernent de nombreux aspects du contrat de travail : licenciement pour faute (124), heures supplémentaires (62), interprétation du contrat (10), harcèlement (10), licenciement économique (19), sanctions disciplinaires (7), rupture de la période d'essai (3), démission (10), CDD (4), durée du travail (7).

Sociétaires salariés (453 en 2013, contre 452 en 2012 et 387 en 2011)

Les litiges portent sur le licenciement pour faute (132), les heures supplémentaires (35), l'interprétation du contrat (73), le harcèlement (53), les sanctions disciplinaires (38), le licenciement économique (28), la rupture de la période d'essai (7), la durée du travail (19), la maladie ou l'accident (11), l'application de la convention collective (14), la démission (12), la contestation des avis du médecin du travail (10), le CDD (7), le transfert du contrat de travail (10), le départ à la retraite (2), la reprise d'ancienneté (2).

DROIT IMMOBILIER

Les principales catégories de litiges ont connu en 2013 une augmentation du nombre des déclarations (2 448 contre 2 291 en 2012).

Plus de 70 % de ces déclarations portent sur le local exclusivement utilisé à un usage d'habitation principale, ou sur la résidence secondaire de nos sociétaires, la plus grosse partie des litiges ayant trait au droit de la construction. Suivent les conflits opposant propriétaires et locataires, puis ceux relatifs au voisinage et à la copropriété.

En 2013, nous n'avons eu qu'une faible proportion de déclarations relatives au droit de l'urbanisme mais il est à redouter que ce nombre soit plus élevé si les professionnels de santé se voient opposés des refus de dérogations à l'exécution de travaux rendus indispensables par la loi du 11 février 2005, loi pour l'égalité des droits, des chances, et la participation à la citoyenneté

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

des personnes handicapées. Les établissements recevant du public devront être désormais accessibles aux personnes handicapées.

Un article décrivant les conditions prévues par la loi et les cas dans lesquels il est possible de demander une dérogation est paru sur notre site www.macsf.fr.

- Construction et travaux (892 en 2013, contre 782 en 2012)

Les litiges relatifs au droit de la construction demeurent l'activité principale du pôle droit immobilier. Les conflits portent essentiellement sur des malfaçons, des retards de livraison ainsi que sur des abandons de chantier.

Avant de s'engager vis-à-vis d'une entreprise ou d'un architecte, nous recommandons à nos sociétaires de prendre connaissance de l'article paru sur notre site internet : « Prendre son temps avant de commencer des travaux » et surtout d'exiger de la part de l'entreprise ou de l'architecte une attestation d'assurance, toujours en cours de validité, et portant bien sur la nature des travaux entrepris.

Lorsque ces travaux sont achevés, il est utile de se faire assister par tout professionnel de son choix lors de la réception : une réception qui fait partir les différentes garanties de construction, c'est-à-dire de parfait achèvement (garanties biennale et décennale).

L'ensemble des litiges de la rubrique se répartit de la façon suivante : malfaçons (686), abandon de chantier (62), retard de livraison (43), litiges sur montant de facture (25), non réalisation du projet (19), discussion sur l'application de la garantie biennale ou décennale (17), responsabilité de l'architecte (24), application de l'assurance dommage ouvrage (7), litige avec promoteur (2), livraison d'un bien non conforme (7).

- Relations locataire/propriétaire (662 en 2013, contre 601 en 2012)

Second domaine du pôle immobilier, les contentieux portent essentiellement sur des retards ou des défauts de paiement de la part de locataires, mais également sur des litiges ayant trait aux réparations.

Lorsque votre locataire cesse de régler ses loyers, il convient de lui faire délivrer un commandement par voie d'huissier, commandement lui impartissant de régulariser sa situation dans un délai de deux mois. Si ce commandement demeure infructueux et que vous vous trouvez contraint de saisir le tribunal, ce sera à ce stade que notre mutuelle pourra vous accorder son aide en prenant en charge vos frais et honoraires d'avocat à concurrence des plafonds prévus par notre contrat.

Pour les autres litiges, il peut être fait également appel à la commission de conciliation qui existe dans chaque département. Il s'agit d'un organisme paritaire composé à égalité de représentants de bailleurs et de locataires, et qui doit être saisi par une simple lettre recommandée avec accusé de réception. Cette commission peut ainsi intervenir pour des litiges relatifs à des augmentations de loyers, des états des lieux, des réparations à la charge du bailleur ou du locataire mais également pour des recouvrements de dépôts de garantie.

Les principaux domaines dans lesquels nos sociétaires ont rencontré des difficultés sont les suivants : expulsion (113), réparations locatives (94), réclamations diverses du locataire à l'égard du sociétaire propriétaire (56), litiges avec administrateur de biens (61), troubles de jouissance (32), litiges portant sur le congé (51), résiliation d'un bail (23), retards de paiement (58), charges

locatives (32), contestation par nos sociétaires locataires du loyer réclamé (34), qualification et nature du bail (24), réparations incombant au bailleur (38), litiges sur nouveau loyer lors d'un renouvellement de bail (9), cautionnement (18), cession ou sous-location (15), colocation (2), location saisonnière (2).

- Litiges de voisinage (362 en 2013, contre 333 en 2012 et 414 en 2011)

La majorité des conflits porte sur des nuisances sonores mais également sur la hauteur des plantations, ou encore sur des dommages engendrés par des travaux effectués soit par le voisin de notre sociétaire, soit par notre sociétaire lui-même. En matière de nuisances sonores, la saisine du tribunal ne peut être utilement envisagée que si des preuves sont apportées (constat d'huissier, attestations, éventuel rapport d'expertise...), ce qui n'est pas toujours évident.

Concernant la taille des plantations, cette dernière est régie par les dispositions de l'article 671 du code civil, mais cet article ne trouve application que s'il n'existe pas déjà un règlement municipal.

Toute action pour faire respecter les distances et hauteurs légales doit être directement dirigée contre le propriétaire du fonds où sont plantés les arbres litigieux et non contre son locataire ou tout occupant de bonne foi.

La Cour de cassation, dans un arrêt rendu le 27 mars 2013, a précisé que l'action visant à obtenir l'arrachage des arbres dépassant la hauteur se prescrit par un délai trentenaire à compter du moment où la taille maximale autorisée a été dépassée.

Les litiges portent sur des nuisances, notamment de bruit (72) et de dégât des eaux (13), mais également de vue (8) ou encore d'odeurs (7).

Les contestations de travaux réalisés par un voisin (85), sur des questions de bornage, de mitoyenneté, de clôture et d'empiètement (49), sur des plantations (36), sur des servitudes et notamment des servitudes de passage (31) ont alimenté un grand nombre de nos dossiers. A signaler également des contestations de travaux effectués par nos sociétaires (38), des comportements irrespectueux en matière de voisinage (17), des litiges sur l'écoulement des eaux (6).

- Litiges de copropriété (225 en 2013, contre 224 en 2012 et 257 en 2011)

Les conflits opposant nos sociétaires à leur syndic restent très importants : il leur est souvent reproché des négligences, un défaut d'intervention mais aussi de ne pas fournir les explications souhaitées.

Des litiges portant sur des augmentations de charges et sur des travaux entrepris soit par nos sociétaires, soit par le syndicat des copropriétaires dont ils dépendent, sont intervenus tout au long de cette année. Le syndicat des copropriétaires peut décider, par exemple, en assemblée générale d'augmenter certaines charges, comme les charges d'ascenseur ou d'escalier, et de les faire supporter par le praticien qui aura transformé son local d'habitation en local professionnel.

En prévision des dispositions relatives aux travaux rendus nécessaires pour l'accessibilité des locaux aux personnes handicapées, il est conseillé à nos sociétaires de les faire inscrire à l'ordre du jour de leur prochaine assemblée générale de copropriété.

Les déclarations sont alimentées par les difficultés suivantes : litiges avec le syndic (89), troubles de jouissance des parties privatives (15), travaux faits par la copropriété (32), travaux fait par un

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

copropriétaire (4), travaux faits par l'un de nos sociétaires (11), ouverture et fermeture des portes dans la journée (11), litiges sur travaux votés (13), non-respect du règlement de copropriété (10), augmentation des charges (18), dysfonctionnement d'un service collectif de la copropriété (4), assignation en paiement de charges (15), nomination du syndic ou de l'administrateur provisoire (2), plaque professionnelle (1).

- Ventes immobilières (202 en 2013, contre 190 en 2012 et 177 en 2011).

L'essentiel des litiges a porté sur l'apparition de vices cachés avec des actions introduites par nos sociétaires ou à l'initiative de leur acquéreur. Le vice caché, comme son nom l'indique, n'est pas un vice apparent. Il peut exister un vice caché que même le vendeur ignorait. Toutefois, l'acquéreur doit apporter la preuve qu'il n'a pas eu connaissance de l'existence de ce vice au moment de la vente et il dispose d'un délai de deux ans à compter de la découverte de ce dernier pour engager son action, soit en nullité de la vente, soit en diminution du prix.

Autre source de conflits : ceux portant sur le refus de signer un acte authentique de la part de l'acquéreur ou du vendeur. Il convient de rappeler que si la clause suspensive est bien réalisée, l'acquéreur ou le vendeur ne peut refuser de réitérer la vente.

Figurent dans cette rubrique les cas suivants : vices cachés découverts après la vente (95), refus de signer l'acte authentique (34), revendication portant sur les clauses de l'acte (27), mise en cause de la responsabilité d'un notaire (10), litiges avec une agence immobilière (16), litiges portant sur la superficie du local (7), restitution d'indemnités d'immobilisation (3), diagnostic erroné (2), saisie immobilière (1), litiges sur une proposition d'achat (7).

- Urbanisme (105 en 2013, contre 99 en 2012 et 107 en 2011).

La majeure partie des litiges a porté sur des contestations de permis de construire exercées soit par nos sociétaires à l'encontre d'un permis de construire délivré à leurs voisins, soit par des voisins pour le permis délivré à nos sociétaires.

Les difficultés liées à l'urbanisme font souvent l'objet de procédures lourdes. Elles portent sur les domaines suivants : permis de construire (51), contestation d'arrêtés (22), servitude d'utilité publique (7), déclaration de travaux (4), expropriation (2), travaux non effectués (9), transformation de locaux sans autorisation (6), droit de préemption de la commune (4).

DROIT DE LA CONSOMMATION-VIE PRIVÉE

Avec 3237 déclarations, dont 133 en droit de la famille, ce pôle d'activité est resté stable par rapport à l'année 2012 (3220).

Parmi les informations traitées par ce pôle, on retiendra notamment :

L'extension du contrat protection juridique au droit de la famille

Pour améliorer l'accès au droit, le ministère de la Justice a souhaité collaborer avec les assureurs de protection juridique afin de trouver ensemble des solutions pour alléger le budget de l'aide juridictionnelle. L'aide juridictionnelle permet à tout individu, lorsque ses ressources sont insuffisantes, de faire valoir ses droits devant la justice. Financé par l'Etat, le budget de l'aide juridictionnelle en France atteint 313 millions d'euros en 2009. Aujourd'hui, un foyer français sur cinq dispose d'un contrat d'assurance de protection juridique, lui permettant de faciliter le règlement de ses litiges. Dans les discussions avec la Chancellerie, les assureurs ont proposé

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

notamment d'enrichir les domaines juridiques des garanties de protection juridique. Pour répondre à cet objectif de développer l'accès au droit et contribuer à alléger le budget de l'aide juridictionnelle, la MACSF a étendu au 1^{er} janvier 2013 les domaines juridiques couverts aux litiges du droit de la famille comme les successions, legs et donations en ligne directe, le droit de la filiation (ex : adoption, recherche de paternité) et les incapacités (tutelle, curatelle).

La mise en place du système de pré-plainte en ligne

Lorsqu'on a été victime d'une infraction, déposer plainte n'est pas toujours simple. Aussi, dans le cadre de la loi de la modernisation de l'action publique, le gouvernement a souhaité simplifier cette démarche en permettant de déposer plainte sur Internet. Aussi, après quatre ans d'expérimentation dans certains départements, depuis le 4 mars 2013, il est possible, dans certains cas, de faire une pré-plainte en ligne sur Internet. Il s'agit d'un dispositif qui permet d'effectuer une pré-déclaration en ligne pour atteinte aux biens contre un auteur inconnu, et de prendre rendez-vous à l'unité de gendarmerie ou au service de police de son choix pour signer sa plainte. Ce système ne s'applique qu'aux atteintes aux biens (ex : vol, escroquerie, abus de confiance, dégradations) et il faut que l'auteur soit inconnu. Il suffit alors de se rendre sur le site Internet www.pre-plainte-en-ligne.gouv.fr.

Plusieurs informations sont à communiquer (l'identité de la victime, les circonstances de fait, le lieu de l'infraction, la date de l'infraction, le préjudice subi). La victime sélectionne le service de police ou l'unité de gendarmerie dans lequel elle souhaite se rendre pour signer sa plainte. Une fois la pré-plainte validée et envoyée au commissariat de police ou à l'unité de gendarmerie que la victime a désigné, elle est contactée par mail ou par téléphone afin de fixer la date et l'heure du rendez-vous pour éditer, compléter le cas échéant et signer le procès-verbal qui matérialisera le dépôt effectif de la plainte. Ce dispositif simple devrait permettre de faciliter les dépôts de plainte et entraîner non seulement un gain de temps pour la victime mais également une réduction du délai d'enregistrement de la plainte dans les commissariats ou les unités de gendarmerie.

Le placement en redressement judiciaire de la société de vente de vins sur Internet 1855

Le 7 octobre 2013, la société de vente de vins sur Internet Héraclès (sites 1855.com et ChâteauOnline) a été placée en procédure de redressement judiciaire. Une plainte pour pratique commerciale trompeuse avait déjà été déposée en mars 2013 par l'association de consommateurs UFC-Que Choisir devant le Tribunal de grande instance de Paris suite à de nombreuses réclamations de clients. La société propose à ses clients d'acheter à l'avance de grands crus en bénéficiant d'un prix très attractif. Or, plusieurs années après, certains clients n'ont pas vu leur commande honorée, les vins n'étant jamais livrés. Plusieurs clients ont engagé individuellement des actions en justice afin d'être remboursés et ont fait condamner la société à leur payer des dommages et intérêts. Devant l'ampleur de ce phénomène, la société a finalement été placée en redressement judiciaire par le Tribunal de commerce de Paris. Les clients ont alors comme seul recours de déclarer leur créance auprès du mandataire judiciaire. Malheureusement, les chances de récupérer leur argent sont minces dans un tel cas.

- Litiges avec des fournisseurs et prestataires de service (1035 en 2013, contre 1033 en 2012 et 982 en 2011).

On trouve dans cette rubrique les litiges suivants : achat de biens mobiliers (331), en matière de matériel professionnel : location longue durée (102), achat (45) et crédit-bail (37).

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

On retiendra également des litiges avec des prestataires informatiques (33), des opérateurs Internet (43).

D'autres dossiers ont également été ouverts dans des domaines relevant davantage de la vie privée : litiges avec voyagistes (103), avec un déménageur (20), avec des organismes de formation (3), des organismes d'enseignement (20), une société de nettoyage (6), une société de télésurveillance (9), un chauffagiste (3), avec des sociétés proposant des secrétariats téléphoniques (16), un cuisiniste (2), un plombier (4), un teinturier (3) et un hôtelier (2).

La téléphonie mobile a donné lieu à 38 ouvertures de dossiers, et les affaires liées aux escroqueries des sociétés d'annuaires professionnels ont généré 215 dossiers.

- Poursuites pénales (513 en 2013, contre 539 en 2012 et 532 en 2011)

Il s'agit tout d'abord des affaires concernant nos sociétaires poursuivis pénalement : coups et blessures (25), escroquerie, vol, faux et usage de faux (21), agressions sexuelles (17), infractions routières (18), diffamation (16), vandalisme (1), recel (4), autres (26).

Les affaires dans lesquelles nos sociétaires ont été victimes ont diminué en 2013 (385 contre 428 en 2012 et 425 en 2011). Il s'agit essentiellement : de coups et blessures (144), diffamation (85), de vol (45), escroquerie (41), faux et usage de faux (35), agressions sexuelles (15), dénonciation calomnieuse (5), vandalisme (14), infractions routières (1).

- Litiges concernant les véhicules à moteur (342 en 2013, contre 464 en 2012 et 368 en 2011)

On trouve dans cette rubrique les litiges nés à l'occasion de l'achat d'un véhicule (142), de l'intervention d'un garagiste (141), d'une location (27), d'une vente (30), d'un leasing (2).

- Litiges avec des sociétés d'assurances (337 en 2013, contre 328 en 2012 et 304 en 2011).

Ils portent sur les sujets suivants : refus de garantie (169), contestation d'indemnisation (97), défaut d'information (32), augmentation de cotisation (27), fausse déclaration (12).

- Litiges avec des établissements bancaires (153 en 2013, contre 189 en 2012 et 159 en 2011)

Ils portent sur : crédits immobiliers professionnels (77), crédits à la consommation (30), fonctionnement du compte de dépôt (22), cautionnement (3), moyens de paiement (21).

- Litiges avec des services publics (67 en 2013, contre 115 en 2012 et 110 en 2011)

Entrent dans cette catégorie notamment les litiges concernant : téléphonie (20), électricité (18), eau (4), enseignement (5), gaz (8), transports (4), courriers (4), annuaires (4).

- Mise en cause d'une responsabilité médicale ou hospitalière (99 en 2013, contre 114 en 2012 et 113 en 2011)

La répartition de ces dossiers est la suivante : mise en cause d'un médecin (26), d'une clinique ou d'un hôpital (48), d'un chirurgien-dentiste (20), assistance d'un sociétaire auprès d'une CCI (5).

- Accidents (131 en 2013, contre 149 en 2012 et 108 en 2011)

Dans ce domaine, la sinistralité a été plus élevée en matière d'accidents corporels (87) par rapport aux accidents matériels (44). Le plus souvent, ces dossiers mettent en cause un assureur.

- Responsabilités professionnelles diverses (54 en 2013, contre 62 en 2012 et 70 en 2011)

Divers professionnels ont été mis en cause : avocats (17), experts comptables (18), notaires (6), autres professionnels (13).

- Propriété littéraire et artistique (32 en 2013, contre 16 en 2012 et 14 en 2011)

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 2013, 341 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 dommages suite à un accident ayant atteint les locaux du sociétaire, en lui permettant de faire valoir certains préjudices spécifiques.

- Litiges portant sur le droit de la famille

En 2013, notre contrat de protection juridique s'est enrichi de nouvelles garanties portant sur les litiges en droit de la famille : succession, legs, donation, filiation, incapacité. Nous avons ouvert 133 dossiers portant principalement sur des questions de succession.

14_741 - Octobre 2014



MACSF
Le Sou Médical

Notre engagement, c'est vous.