

RAPPORT D'ACTIVITÉ

LE RISQUE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ EN 2011

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE



Notre engagement, c'est vous.



Qui vous défend
et vous protège
en cas de plainte ?

Responsabilité civile professionnelle - Protection juridique :

- Référent sur le risque médical depuis 110 ans.
- Un contrat adapté à votre exercice.
- Accompagnement juridique et moral par une équipe de spécialistes (praticiens et juristes) qui vous protège en cas de plainte.

OBLIGATOIRE
POUR LE LIBÉRAL,
INDISPENSABLE
POUR LE
SALARIÉ

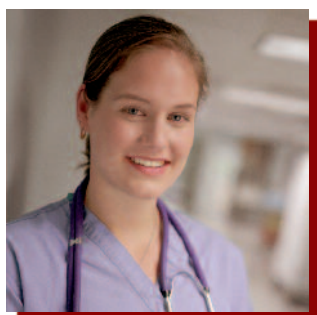
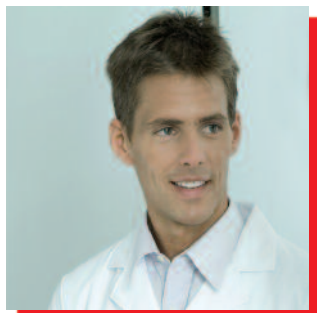
Notre engagement, c'est vous.



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

3233* ou macsf.fr

SOMMAIRE



ÉDITORIAL

Le panorama du risque médical en 2011 Marcel KAHN	4
Responsabilité médicale : soyons vigilants ! Nicolas GOMBAULT	5

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Rapport du Conseil médical MACSF sur l'exercice 2011 Dr Catherine LETOUZEY	6
Anatomopathologie	7
Anesthésie	7
Biologie médicale	11
Cardiologie	12
Chirurgie	15
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	25
Dermatologie	26
Endocrinologie	28
Gynécologie et Obstétrique	29
Hépatogastro-entérologie	31
Médecine générale	35
Médecine interne	43
Médecine légale/Réparation juridique du dommage corporel	43
Médecine physique et de réadaptation	43
Médecine du travail	43
Médecine d'urgence	44
Néphrologie	45
Neurologie	45
Ophthalmologie	46
Oto-rhino-laryngologie	52
Pédiatrie	54
Phlébologie - Angiologie	55
Pneumologie	56
Psychiatrie	57
Radiologie - Imagerie médicale	58
Radiothérapie et Oncologie	61
Réanimation	62
Rhumatologie	62
Stomatologie	64
Chirurgiens-dentistes	65
Sages-femmes	66
Infirmiers	67
Masseurs-kinésithérapeutes	67
Pédicures - Podologues	69
Autres	70
Vétérinaires	70
Cliniques	73
Centres de transfusions sanguines	77

DÉCISIONS DE JUSTICE

Rapport sur les décisions de justice et avis CCI rendus en 2011 Béatrice COURGEON	78
--	----

PROTECTION JURIDIQUE

Rapport d'activité protection juridique sur l'exercice 2011 Nicolas LOUBRY	89
---	----

Directeur de la publication :
Dr Pierre-Yves GALLARD

Directeur de la rédaction :
Nicolas GOMBAULT

Secrétaire de rédaction :
Stéphanie TAMBURINI

Imprimé par la MACSF
10 cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 3233

RAPPORT D'ACTIVITÉ

LE RISQUE DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ EN 2011
RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
ET PROTECTION JURIDIQUE

ÉDITORIAL

Le panorama
du risque médical
en 2011

Marcel KAHN
Directeur Général
du groupe MACSF

Premier assureur des professionnels de la santé, le groupe MACSF assure depuis 75 ans via la MACSF, et 110 ans pour sa branche Responsabilité civile professionnelle et Protection juridique, les professionnels du monde de la santé. Comme chaque année, le groupe MACSF vous propose à travers ce rapport d'activité une vision unifiée et globale du risque médical en France.

Au cœur de notre pacte social, les professions de la santé ont vu leur rôle et les attentes à leur égard profondément changer. L'évolution de la relation avec le patient, de plus en plus consommateur de soin, la désertification médicale de certaines régions, qui rend délicat l'exercice médical généraliste, la montée d'une forme de violence dans les établissements de soin, sont autant d'évolutions sociétales marquantes qui renforcent ce sentiment concernant des professions de plus en plus exigeantes, voire éprouvantes.

C'est pourquoi la MACSF n'a de cesse d'affirmer son engagement aux côtés des professionnels de la santé. Grâce à son expertise en matière de Responsabilité civile professionnelle, la MACSF

vous protège, vous assiste et vous défend en cas de mise en cause.

Les litiges rencontrés par nos sociétaires en 2011 qui ont fait l'objet d'une assistance et d'un accompagnement de notre part sont décrits dans ce rapport. Ce sont autant de cas très concrets qui soulignent le rôle central d'un assureur mutualiste auprès des professionnels de la santé.

Nous sommes ainsi présents à vos côtés en cas de mise en cause, mais également en amont. Car nous estimons que notre rôle doit aller au-delà de la réponse assurantielle à vos besoins. C'est pourquoi nous accordons une grande importance à la prévention, afin de vous accompagner dans la recherche d'une pratique la plus sûre possible.

Nous diffusons quatre fois par an « *Responsabilité* », une revue de formation qui traite de problématiques liées à la responsabilité médicale, la vie professionnelle et l'éthique. Des médecins et juristes y développent des propositions au service du progrès de la connaissance et des idées. Partager et échanger sont également les raisons

d'être de l'association la Prévention médicale. Nos colloques, nos revues et ouvrages permettent là encore de débattre et de libérer la parole, avec pour objectif de prévenir l'erreur médicale.

Cette année, le rapport d'activité du risque des professionnels de santé présente sur 96 pages près de 40 spécialités. Cette connaissance de vos métiers est le socle de notre expérience et de notre savoir-faire que nous mettons à votre service. Nous connaissons chacune des activités que vous exercez et nous mettons en place des solutions assurantielles qui répondent à vos besoins de professionnels.

Outre la responsabilité civile professionnelle, nous évoquons également la protection juridique, pour laquelle nous étendrons nos garanties en matière de vie privée en 2013. Les successions et donations, ainsi que le droit de la filiation et la mise sous protection des personnes en incapacité seront désormais couverts afin de répondre à une demande croissante de votre part d'accompagnement sous toutes ses formes.

Responsabilité médicale : soyons vigilants !



Nicolas GOMBAULT
Directeur du Risque Médical
et de la Protection Juridique MACSF

Deux décisions de justice récentes méritent notre attention.

- La première concerne une infirmière exerçant à l'hôpital, en service de diabétologie, qui prend en charge une patiente de 71 ans présentant un état de santé préoccupant lié à un diabète, à des plaies aux pieds, le tout compliqué par une insuffisance rénale et une insuffisance cardiaque graves. Ces plaies impliquent des changements de pansements qui sont douloureux et nécessitent donc une injection préalable de morphine, passée au fil du temps de 3 mg à 7 mg, pour atténuer la douleur. L'infirmière prépare la morphine et l'injecte, puis se rend auprès d'un autre patient afin de réaliser des pansements, le temps que le produit fasse effet. Elle sera prévenue par ses collègues du décès de la patiente.

Dès le lendemain, tout s'enchaîne très vite. L'infirmière est convoquée par la cadre supérieure et apprend à cette occasion avoir commis une erreur dans la préparation de la morphine : ce ne sont pas 7 mg qui ont été injectés, mais 70 mg ; les ampoules contiennent 5 ml, à la concentration de 10 mg par ml, alors que l'infirmière était persuadée que la concentration était de 1 mg/ml. Le même jour, elle apprend qu'elle est suspendue avec conservation de son traitement et qu'une procédure disciplinaire va être intentée à son encontre.

Une plainte pénale est déposée.

L'autopsie montre que le décès est bien en rapport avec le surdosage en morphine. L'infirmière est renvoyée devant le tribunal correctionnel qui la déclare coupable d'homicide involontaire et la condamne à une peine d'un an d'emprisonnement avec sursis en décembre 2011. Sur l'action civile, elle est condamnée à une indemnisation de 28 216 €.

Sur appel à l'initiative du procureur de la République, de l'infirmière ainsi que des parties civiles, la cour d'appel, constatant que l'injection de morphine a été dix fois supérieure à la dose prescrite, confirme la condamnation pénale du fait de cette faute grossière d'interprétation de la prescription médicale. S'agissant de la condamnation à des dommages et intérêts, la cour qualifie la faute de l'infirmière de détachable de son service et confirme la condamnation, en la majorant quelque peu (29 016 €).

Cette douloureuse affaire rappelle, en dépit du caractère exceptionnel de ce type de condamnation, que le risque pour une infirmière d'être poursuivie et condamnée au pénal et/ou pour faute détachable de la fonction se matérialise chaque année, et que l'intérêt de bénéficier d'une garantie personnelle d'assurance de responsabilité est évident, même à l'hôpital.

- 10 934 635 € ! C'est la somme à laquelle un chirurgien orthopédique a été condamné par un arrêt rendu par la cour d'appel de Lyon le 16 mai 2012, dans la deuxième affaire.

Il s'agissait d'un enfant de huit mois ayant subi une ponction de la hanche gauche, suivie de la pose de plâtre pelvi-pédieux. Cette intervention a été suivie par la pose d'un cathéter sous-clavier gauche, en vue de permettre une antibiothérapie. L'enfant a rapidement présenté une détresse respiratoire, rattachée à un hémopneumothorax, puis un état de choc. Une hémophilie B majeure a été diagnostiquée. Les complications survenues (épilepsie, hématome sous-dural hémisphérique bilatéral justifiant la réalisation d'une dérivation externe) entraîneront une anoxie cérébrale, à l'origine de séquelles d'une extrême gravité.

Le chirurgien orthopédiste jugé responsable de ces séquelles sera, entre autres, condamné au titre de la tierce personne future à une somme de 6 854 743 €.

Où s'arrêtera l'inflation des montants indemnitaires alloués par les magistrats ? Depuis la loi du 28 décembre 2011, un fonds de garantie doit intervenir pour prendre en charge les sommes auxquelles pourraient être condamnés les praticiens, dans la mesure où elles dépasseraient les montants de garantie prévus à leur contrat d'assurance, désormais fixés à 8 millions d'euros. Mais cette affaire n'est malheureusement pas concernée par cette loi du fait de son introduction avant le 1^{er} janvier 2012, et rappelle cruellement que la problématique des trous de garantie pour les affaires antérieures à la réforme n'est pas réglée.

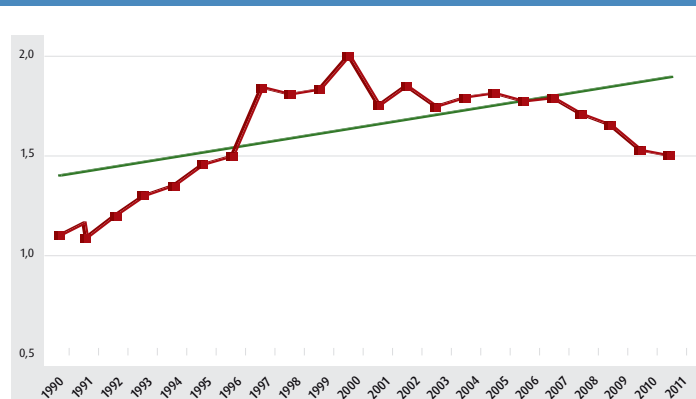
Rapport du Conseil médical

Depuis plusieurs années, chaque numéro trimestriel de *Responsabilité* comporte un supplément qui présente, dans de nombreuses spécialités, les décisions rendues par les juridictions civiles et pénales, et par les CCI* dans les affaires de responsabilité civile professionnelle gérées par la MACSF. Ainsi, les suppléments des quatre numéros de l'année 2012 détaillent les décisions rendues en 2010.

Ils sont en ligne sur le site Internet de la MACSF : macsf.fr. N'hésitez pas à les consulter !

Dr Catherine LETOUZEY
Médecin conseil MACSF

SINISTRALITÉ DES MÉDECINS TOUS EXERCICES ET SPÉCIALITÉS CONFONDUS • 1990 à 2011 (a)



(a) Déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires.

En 2011, MACSF a couvert en responsabilité civile professionnelle **386 302** sociétaires. Ceux-ci ont adressé **3 678** déclarations, dont **135** concernant des dommages matériels. La sinistralité correspondante est de 0,95 déclarations pour 100 sociétaires (0,93% en 2010).

Pour les **128 636** médecins sociétaires de la MACSF (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié), **1 945** déclarations ont trait à des dommages corporels.

La sinistralité est de 1,51 pour 100 sociétaires médecins (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié) (1,53% en 2010).

Pour les 77 954 sociétaires libéraux exclusifs et ayant une activité en secteur privé hospitalier, 1 847 déclarations ont trait à des dommages corporels. La sinistralité en activité libérale est de 2,37% (2,28% en 2010).

Ces 1 945 déclarations d'accidents corporels concernant des médecins ont fait l'objet, de la part des malades ou de leur entourage, de **78** plaintes pénales, **182** plaintes ordinales, **401** assignations en référé (civil ou administratif), **706** réclamations (orales, écrites ou par mandataire) et de **578** saisines d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

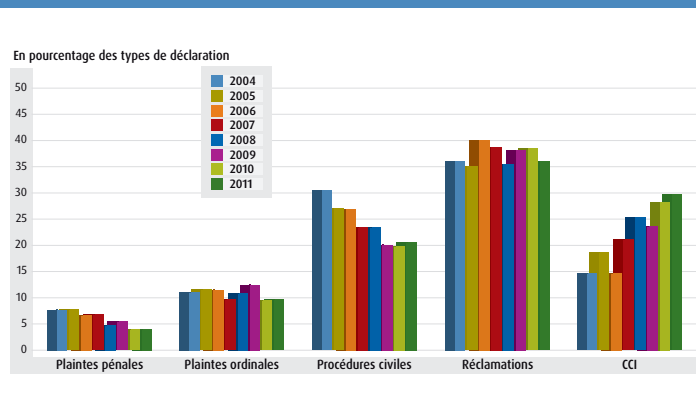
Ces chiffres ne prennent en compte que la déclaration initiale : par exemple une réclamation, qui peut se transformer ultérieurement en une assignation en référé, une demande de conciliation en CCI, voire en une plainte pénale et/ou ordinaire.

Les **25 732** chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF et du contrat groupe CNSD ont adressé **1 309** déclarations en 2011, soit une sinistralité de 5,1% (4,24% en 2010).

Les déclarations concernant les cliniques (77 cliniques, 300 déclarations) font l'objet d'une rubrique distincte.

* Commission de conciliation et d'indemnisation (ex-CRCI)

DÉCLARATION DES DOMMAGES CORPORELS AUPRÈS DES MÉDECINS • 2011





Les anatomopathologistes sociétaires de la MACSF ont adressé 12 déclarations (en exercice libéral) : 1 plainte ordinale, 2 procédures civiles, 4 réclamations et 5 saisines d'une CCI.

- Histologie de biopsie mammaire retenant formellement un cancer canalaire infiltrant. Chirurgie avec exérèse d'un ganglion sentinelle. Relecture des lames en faveur d'une adénose sclérosante floride avec foyers d'hyperplasie lobulaire atypique. Réponse initiale non vérifiée par l'étude immuno histo chimique. La patiente reproche les séquelles de l'exérèse du ganglion sentinelle.
- Extemporane d'un nodule mammaire classé ACR4 à la mammographie et ACR5 à l'IRM, concluant à un carcinome. Curage axillaire en l'absence de détection du ganglion sentinelle. En fait bénignité (nodule purement inflammatoire et remanié). Pas de lymphoedème, mais douleurs du membre supérieur.
- Pièce opératoire d'une annexectomie/hystérectomie chez une femme de 43 ans en faveur d'un cancer séreux de l'ovaire de faible malignité, avec une lésion évoquant une métastase péritonéale. Décision d'une chimiothérapie. Trois mois plus tard, relecture des lames en faveur d'un cysto adénofibrome avec des lésions endométriosiques.
- Histologie d'un naevus de l'épaule considéré comme bénin, d'exérèse complète chez un homme de 36 ans. Diagnostic seize mois plus tard, lors de l'apparition d'une adénopathie axillaire, d'un mélanome malin de type IV avec un ganglion envahi. Curage et chimiothérapie. A la relecture, mélanome superficiel de type IV, épaisseur de 1,1 mm, exérèse un peu limite. Le dermatologue (également sociétaire et mis en cause), ayant un doute sur l'aspect clinique, avait demandé un rendez-vous de surveillance à un an.
- Diagnostic de carcinome neuro endocrine cutané de la région cervicale, chez un patient de 61 ans aux antécédents de trois cancers basocellulaires. Exérèse complémentaire car marge non satisfaisante compte tenu du diagnostic. Radiothérapie complémentaire décidée et débutée, mais relecture demandée par un oncologue infirmant le diagnostic.
- Extemporane lors d'une thyroïdectomie en faveur d'un nodule dystrophique bénin, confirmé par l'analyse de la pièce opératoire chez une femme de 46 ans. Huit ans plus tard, métastases cérébrales révélant un carcinome thyroïdien vésiculaire, L'anatomopathologiste, référent, a respecté les référentiels en matière d'interprétation, n'a pas modifié son interprétation à la deuxième relecture huit ans plus tard. Histoire complexe de cancer rare.
- Analyse histologique d'un nodule thyroïdien sur un goitre multinodulaire chez une femme de 32 ans (extemporane bénigne) en faveur d'un micro cancer papillaire. Décision de surveillance. Un endocrinologue, consulté quelques mois plus tard, demande une relecture par un référent qui évoque la possibilité d'un ganglion métastatique et confirme que le nodule est le siège d'un carcinome thyroïdien papillaire. Thyroïdectomie et curage ganglionnaire (difficultés techniques, plusieurs

interventions, complications). La patiente reproche le délai nécessaire de transmission des lames et donc d'obtention d'un résultat définitif (vingt mois) modifiant la stratégie.

- Biopsie d'une tumeur rénale concluant à un cancer papillaire de bas grade chez une femme de 56 ans. Avis confirmatifs de référents. Néphrectomie aux suites simples. Histologie bénigne à la relecture (adénome métanéphrique).
- Biopsie effectuée lors d'une intervention de genou. Aucun renseignement clinique donné à l'anatomopathologiste. Conclusion en faveur d'une téno synovite nodulaire à confronter avec les éléments cliniques et évolutifs. Devant la récurrence, trois ans plus tard, la relecture des lames diagnostique un sarcome de grade 2 (patient non suivi pendant cet intervalle).
- Biopsie cutanée de la jambe chez un homme de 71 ans, atteint d'un myélome, porteur d'une prothèse de genou du même côté. Diagnostic d'angiosarcome et demande de relecture par un référent confirmant la malignité. Exérèse étendue et greffe. Histologie bénigne au final. Patient pris en charge dans des milieux référents de cancérologie. L'expert reconnaît l'extrême difficulté du diagnostic.
- Rechute locale d'une tumeur labiale bénigne chez un patient de 61 ans. Demande d'avis du fait de difficulté d'interprétation. Information du patient, seulement un an plus tard, du diagnostic de schwannome malin.
- Frottis cervical révélant des atypies de nature indéterminée. Découverte onze mois plus tard d'un cancer du col avec envahissement ganglionnaire, nécessitant un lourd traitement chirurgical, une chimiothérapie et une irradiation. La patiente reproche de ne pas avoir été destinataire du compte rendu qui a été adressé et reçu par le gynécologue, qui avait noté dans son dossier de prévoir une colposcopie.



ANESTHESIE

Les 4 798 sociétaires anesthésistes réanimateurs de la MACSF ont adressé 198 déclarations (192 en exercice libéral et 6 en exercice salarié), soit une sinistralité de 19% en exercice libéral (contre 18,2% en 2010) : 8 plaintes pénales, 4 plaintes ordinales, 29 procédures civiles, 78 réclamations et 79 saisines d'une CCI.

■ Bris dentaire (62)

Chez des patients de tous âges, de 20 à plus de 80 ans, sur une fragilité dentaire dûment notée (15). Bris de dents natives ou de matériel prothétique (21), la difficulté d'intubation étant imprévisible (2), imprévue (4), prévue (3 au moins).

Un patient est mécontent, après avoir perdu 30 kg en réanimation, de la nécessité de refaire des prothèses mobiles devenues inadaptées.

Dans quelques cas, les bris sont survenus après masque laryngé, morsure de la canule au réveil à l'extubation, sous anesthésie générale sans matériel en bouche lors d'une cardioversion, lors d'une sismothérapie sous AG.

■ Anesthésie générale (22)

Intubation (4)

- Luxation d'une corde vocale avec dysphonie persistant après l'intervention, chez une femme de 34 ans opérée d'une rhinoseptoplastie.
- Dysphonie après AG et masque laryngé aux suites simples, rapportée sans preuve à un hématome du larynx.
- Echec de l'intubation (prévue difficile) à l'induction chez un homme de 55 ans, lors d'une chirurgie urologique. Trachéotomie, déplacement de la sonde après transfert en réanimation. Décès cinq mois plus tard en rapport avec l'évolution métastatique du cancer.
- Paralyse musculaire des dilateurs du larynx due à une intubation traumatique pour dysphonie après thyroïdectomie totale.

Complication peropératoire (4)

- Arrêt cardiorespiratoire lors d'une coloscopie sous la surveillance d'un IADE, chez un homme de 71 ans, anémique, aux lourds antécédents cardiovasculaires. Décès rapide.
- Inhalation bronchique peropératoire après crush induction chez une patiente de 47 ans, opérée d'une suspicion d'hématome infecté après by pass (en fait, nécrose du grêle dans une hernie ombilicale étranglée). Défaillance multiviscérale et SDRA en réanimation. AVC d'évolution finalement favorable.
- Inhalation lors de l'intubation d'une femme de 35 ans. Myotomie prévue pour un méga œsophage idiopathique avec sténose œsophagienne. Anoxie cérébrale transitoire prise en charge immédiatement. Persistance de séquelles neuropsychologiques.
- Hémorragie peropératoire lors d'une chirurgie du rachis, sous hypotension contrôlée demandée par le chirurgien et possible défaut d'installation. Transfusion au Cell Saver, hémoglobine à 11 g à l'hémocue en SSPI. Ischémie digestive le lendemain. Décès plus de trois mois après le geste.

SSPI (5)

- Hypoxie après injection d'une dose minime de morphine chez une patiente de 55 ans, aux lourds antécédents cardiovasculaires après ovariectomie. Nécessité de réintuber et de ventiler. Inhalation suspectée le lendemain. Arrêt cardiorespiratoire par obstruction de la sonde d'intubation, de récupération rapide. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Arrêt cardiorespiratoire en SSPI, d'origine inconnue, chez une femme de 67 ans après montée de sonde JJ pour hydronéphrose. Décès un mois plus tard. Il est reproché l'absence de nouvelle consultation préanesthésique (la précédente datait d'un mois auparavant).
- Retard de réveil après une chirurgie de la coiffe sous arthroscopie chez un homme de 53 ans, sous AG et anesthésie locorégionale sans incident, en position de beach chair. Etat végétatif chronique.
- Chute d'une patiente de 73 ans lors d'un réveil brutal en SSPI. Traumatisme de l'épaule controlatérale à celle opérée.

Divers (9)

- Fibroscopie gastrique sous sédation en décubitus latéral gauche. Paralyse du sciatique poplitée externe. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- AG et ALR par bloc fémoral sous neurostimulation pour ostéotomie chez un patient de 20 ans. Déficit transitoire du membre supérieur en C6. Etirement peropératoire probable.
- Ulcération cornéenne puis diplopie, sans lien démontré avec l'anesthésie, chez une femme de 66 ans, hypertendue, opérée d'une chirurgie orthopédique.
- Mémorisation de l'acte opératoire chez une femme de 42 ans, curarisée au cours d'une ligamentoplastie arthroscopique. Syndrome de stress post traumatique.
- Anesthésie péri-bulbaire et sédation envisagées par un premier anesthésiste, réalisées par un deuxième pour une chirurgie de cataracte chez une obèse hypertendue. ALR insuffisante, transformée en AG. Hypotension à l'arrivée en SSPI, découverte à H + 1 d'un AVC massif par occlusion de la carotide interne. Réanimation de longue durée. Décès un mois plus tard. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- AG et analgésie péridurale à la Naropéine pour colectomie chez une patiente de 64 ans. Convulsions avec troubles du rythme ventriculaire en SSPI. Décès.
- Prise en charge pré, per et postopératoire d'une patiente aux lourds antécédents, opérée en semi urgence d'un abcès pariétal, et décédée d'un trouble du rythme ventriculaire dans un contexte d'infection en soins intensifs.
- AG d'un patient insuffisant respiratoire. Décompensation respiratoire dans la nuit suivant l'intervention, après un séjour en SSPI sans incident, puis choc septique avec SDRA. Prescription de sédatifs postopératoires par des confrères.

■ Anesthésie locorégionale (27)

Péridurale et rachianesthésie (11)

- Accouchement (3)

- Non prise en compte de l'efficacité insuffisante d'une rachianesthésie pour césarienne programmée. Pas de nouvelle ponction, ni de conversion en AG. Douleurs peropératoires.
- Péridurale sans difficulté lors d'un accouchement par voie basse. Spatules. Déficit crural de topographie tronculaire. Origine obstétricale ou posturale ?
- Péridurale difficile, latéralisée à droite, complétée par rachianesthésie pour une césarienne en semi urgence. Sédation complémentaire insuffisante, puis AG. Douleurs et engourdissement du pied droit.

- Rachianesthésie (6)

- Rachianesthésie chez un diabétique de 75 ans pour sténose itérative urétrale. Méningite à streptocoque le lendemain. Evolution favorable.
- Rachianesthésie et sédation pour ostéosynthèse de cheville sous garrot chez une femme de 41 ans. EMG en faveur d'une atteinte multi radiculaire ou plexique. Imputabilité ?
- Rachianesthésie sans difficulté (itérative à huit jours d'intervalle) pour une intervention gynécologique. Sciatique postopératoire invalidante. Lien de causalité ?

- Rachianesthésie complétée d'AG pour une PTH. Paralyse sciatique, *a priori* d'origine chirurgicale.
- Rachianesthésie avec difficulté pour une hystéroscopie chez une patiente de plus de 80 ans. Atteinte neurologique postopératoire précoce d'un membre inférieur, avec image d'une cavité hématique du cône médullaire. Ponction réalisée au niveau lombaire bas.
- Rachianesthésie pour embolisation de fibromes utérins chez une femme de 51 ans. Douleurs importantes dans les suites, attribuées à l'anesthésie (en fait, migration de billes d'embolisation dans les artères fessières).

- Péridurale analgésique (2)

- Péridurale thoracique analgésique avec AG pour lobectomie. Paraplégie flasque en postopératoire. Diagnostic d'hématome péri-dural par l'anesthésiste. Laminectomie en urgence.
- Péridurale analgésique et AG chez une femme de 61 ans, aux lourds antécédents cardiovasculaires, pour cholécystectomie par laparotomie. Paraplégie à H + 18, en lien avec une ischémie médullaire. Migration d'un embolo ?

Bloc (13)

- Bloc axillaire pour kyste synovial. Paralyse ulnaire de révélation très tardive.
- Bloc pour chirurgie de l'épaule. Douleurs neuropathiques.
- Bloc pour chirurgie du canal carpien. Algodystrophie. Mise en cause systématique.
- Bloc tronculaire (médiann et cubital) sans incident pour chirurgie du canal carpien arthrotomique chez un homme de 58 ans. Diagnostic de neurapraxie post injection intra neurale.
- Cathéter inter scalénique lors d'une réparation de la coiffe des rotateurs. Neuropathie cubitale au coude. Diagnostic tardif d'une compression.
- Bloc sciatique poplité, après repérage sous échographie, pour aponévrosite plantaire après un long délai de réflexion chez un patient de 47 ans. Chirurgie sous garrot à la cuisse mal supportée, avec sédation complémentaire. Douleurs neuropathiques.
- Bloc périphérique crural et sciatique poplité externe après repérage sans neurostimulation chez un patient de 55 ans, pour chirurgie ambulatoire de la cheville, sous garrot de cuisse. Neuropathie sensitive dans le territoire du nerf sciatique.
- Bloc sciatique et crural posé la veille d'une ligamentoplastie de cheville et retiré le lendemain de l'intervention, chez un patient de 23 ans aux antécédents d'algodystrophie. Parésie sciatique bitronculaire.
- Bloc ilio facial analgésique réalisé en SSPI, sans neurostimulation ni écho guidage, après arthroplastie de hanche chez un patient de 30 ans. Pas de complication rapportée. Neuropathie crurale incomplète.
- Bloc fémoral analgésique sous neurostimulation et repérage, avec cathéter pendant 48 heures postopératoires, chez une patiente de 26 ans, opérée d'une chirurgie de genou sous AG. Paralyse dans le territoire du nerf fémoral, en voie de récupération.
- Bloc sciatique et rachianesthésie sur prothèse totale du genou. Atteinte du sciatique poplité externe.
- Bloc crural sous neurostimulation posé en SSPI, après AG, chez une femme de 55 ans pour prothèse de genou. Cathéter péri nerveux pendant 24 ou 48 heures. Complications neurologiques dans le territoire du nerf crural à J + 3.

- Bloc continu par cathéter inter scalénique pour syndrome douloureux, après chirurgie du défilé et échec de la neurostimulation transcutanée. Efficacité, mais section accidentelle du cathéter lors de son retrait. Echec de l'intervention pour tenter de le localiser. Séquelles *a priori* sans lien de causalité.

Autres complications de l'anesthésie loco-régionale et de l'analgésie (3)

- Découverte, le lendemain d'une intervention de colectomie chez une femme de 83 ans, d'une poussée de glaucome alors qu'elle était sous analgésie par voie veineuse périphérique sous anticholinergique pendant quatre jours. Premières plaintes le lendemain de l'arrêt du traitement. Evolution vers la cécité d'un glaucome subaigu méconnu sur angle étroit.
- Anesthésie péri-bulbaire pour chirurgie de cataracte compliquée d'une diplopie d'origine iatrogène.
- Infiltration caronculaire sous-ténonienne pour chirurgie de cataracte. Diplopie par parésie musculaire.

■ Consultation préanesthésique (10)

- Méconnaissance d'un compte rendu de radiographie thoracique demandée en consultation préanesthésique. Retard diagnostique de huit mois d'un cancer du poumon.
- Non prise en compte du résultat d'un ECBU positif, prescrit par un chirurgien avant une lourde intervention cardiaque. Suites difficiles multifactorielles, dont infectieuses. Décès.
- Consultation préanesthésique avant une coloscopie sous sédation par un confrère, compliquée d'un syndrome de Mendelson chez une femme de 80 ans. Le sociétaire a participé également à la prise en charge de la complication en réanimation. Décès. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Consultation préanesthésique en vue d'une chirurgie de hernie en voie d'engouement. Poussée récente d'insuffisance cardiaque, recommandation d'une anesthésie locale. Nouvelle décompensation postopératoire précoce et décès en réanimation. Un sociétaire cardiologue est également mis en cause.
- Consultation préanesthésique avant intervention programmée pour fracture du col (de diagnostic tardif) chez un patient de 83 ans, sous anticoagulants. Reconstitution du traitement, puis adaptation des anticoagulants pour phlébite confirmée par des confrères. Décès avant la chirurgie.
- Consultation préanesthésique avant prostatectomie radicale robot-assistée, chez un homme de 64 ans. Longue durée, rhabdomyolyse avec insuffisance rénale anurique. Paraplégie.
- Consultation préanesthésique avant pose de sonde JJ chez un patient de 59 ans, splénectomisé. Six ans plus tard, décès d'une septicémie à pneumocoque. Il est reproché l'absence de vaccination. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Consultation en semi urgence, la veille de l'intervention pour évacuation d'un hématome post ostéotomie tibiale chez un homme de 44 ans. Problème de prise en charge antalgique. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Relais préopératoire du Plavix® par Kardégic® avant résection endoscopique de tumeur vésicale sous AG sans incident, chez un patient de 82 ans, hypertendu et sous Hydrea® pour maladie de Vaquez. AVC hémorragique à J 1/J 2. Décès.
- Consultation préanesthésique en vue de péridurale pour accouchement. Décès de l'enfant à vingt jours de vie, d'un « accident vasculaire cérébral ». Reproche ?

■ Iatrogénie médicamenteuse (4)

- Antibioprophylaxie par Céfuroxime pour ablation d'une lithiase urinaire en urgence sous AG chez une femme de 64 ans. Anaphylaxie (tachycardie et syndrome œdémateux marqué) et surveillance adaptée. Suites simples.
- Antibioprophylaxie par quinolones chez une diabétique de 72 ans (sous corticothérapie pour sarcoïdose), avant chirurgie de cataracte (deuxième œil à quelques jours d'intervalle). Tendinite achilléenne bilatérale.
- Thrombopénie à l'héparine tardivement diagnostiquée chez un homme de 77 ans (résultat d'analyse montrant une thrombopénie non vue, postérieurement à la prise en charge de l'anesthésiste). Embolie pulmonaire et décès.
- Surdité unilatérale à J 1, puis bilatérale après hystérectomie sous AG chez une patiente de 67 ans. Lien causal ?

■ Complications postopératoires (51)

Complications non chirurgicales (12)

- Participation à la prise en charge postopératoire d'une femme de 70 ans, opérée de PTH, aux lourds antécédents cardiovasculaires et valve mitrale mécanique. Complications, dont décompensation cardiaque. Décès à J 8 après transfert en réanimation.
- AG pour montée de sonde JJ et participation aux soins d'une femme de 82 ans, décédée de complications (AVC à J 6, infection).
- Prise en charge d'une poussée hypertensive chez un homme de 81 ans, après laryngectomie. Tableau de défaillance cardiaque précédant le décès. Embolie pulmonaire évoquée, malgré la prophylaxie.
- Rachianesthésie sans incident pour hystérectomie par voie vaginale chez une femme de 48 ans. Prescription de sortie à J 3 (arrêt du Lovenox[®], bas de contention). Embolie pulmonaire deux semaines plus tard (pas d'antécédent thromboembolique).
- Absence de prophylaxie anticoagulante en postopératoire, à la demande du chirurgien, chez un homme de 40 ans opéré d'une hernie discale. Embolie pulmonaire bilatérale à J 10. Découverte ultérieure d'une thrombophilie. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Prise en charge d'un AVC ischémique constitué à J 6 chez une femme de 74 ans, aux antécédents de diabète, artérite, ASA 3. Rôle de l'arrêt du Kardégic[®] en préopératoire, non repris ?
- Complications à distance, en service de soins de suite, chez un homme de 80 ans après reprise pour nouvelle luxation de PTH. Prise en charge à l'occasion d'une fièvre. Septicémie sur cathéter veineux (patient porteur de prothèse valvulaire aortique). Décès. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Syndrome d'Ogilvie constitué progressivement dans les suites d'une prothèse de genou chez une femme de 75 ans, vue successivement par différents médecins. Pas de décision opératoire prise par le chirurgien. Inhalation bronchique et transfert en réanimation. Colo exsufflation mais choc septique et décès un mois plus tard. Un sociétaire chirurgien et trois autres sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Anesthésie topique pour chirurgie de cataracte en ambulatoire chez une femme de 83 ans, ASA 3. Sortie autorisée

par l'anesthésiste. Décompensation secondaire d'une insuffisance respiratoire.

- AG pour PTH difficile chez une obèse de 69 ans. Transfert pour prise en charge d'une insuffisance rénale avec rhabdomyolyse. Décès. Des sociétaires cardiologues et un sociétaire réanimateur sont également mis en cause.

Complications de l'accouchement (3)

- Rachianesthésie pour césarienne (placenta praevia) compliquée d'hémorragie périopératoire chez une femme de 36 ans. Ré-intervention, possible embolie amniotique. Décès.
- Participation à la réanimation d'une femme de 28 ans en arrêt cardiaque, une heure après un accouchement par voie basse (souffrance fœtale, siège, forceps sans difficulté, brèche vaginale suturée). Décès à J 6. Une sociétaire sage-femme et un sociétaire obstétricien sont également mis en cause.
- Prise en charge, après péridurale, d'une hémorragie après accouchement par voie basse d'une femme de 29 ans (spatules, plaies vaginales). Transfusions et tentative d'hémostase chirurgicale. CIVD majeure. Evolution finalement favorable en réanimation, après embolisation.

Complications chirurgicales (36)

L'anesthésiste est intervenu à titres divers, souvent ponctuellement, parfois seulement pour la visite préanesthésique, l'anesthésie de l'intervention ou de la ré-intervention, ou la prise en charge postopératoire, seul ou avec des confrères.

Dont :

- Hémorragie postopératoire immédiate après résection transvésicale de prostate chez un patient de 70 ans, sous anticoagulants pour bioprothèse aortique. Récidive du saignement après reprise. Décès à J 4 avant transfert en réanimation. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Choc hémorragique le lendemain d'une cholécystectomie (valvulopathie opérée sous anticoagulants) chez une femme de 73 ans. Plaie artérielle pariétale, ischémie mésentérique et décès.
- Choc hémorragique à J 9, dans les suites d'une chirurgie bariatrique. Le sociétaire a participé en urgence à la réanimation. Décès au bloc avant l'intervention (hématome intra abdominal).
- Choc septique à J 3 sur perforation d'une colectomie pour cancer avec prothèse colique chez une patiente de 48 ans. Décès. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Choc septique sur péritonite (plaie du grêle) avec SDRA chez une patiente de 73 ans, opérée de colectomie cœlio assistée pour sigmoïdite. Prise en charge avant transfert en réanimation. Evolution favorable après un séjour émaillé de multiples complications et ré-interventions.
- Syndrome fébrile persistant après chirurgie pour appendicite supprimée chez une adolescente. Transfert à la demande des parents à J 4. Ré-intervention (lâchage du moignon et abcès de paroi). Pas de drainage, antibiothérapie tardive.
- Conseil téléphonique pour un problème d'anticoagulants, à J 1 d'une colectomie par coelochirurgie pour cancer chez une femme de 59 ans. Choc septique à J 2 (perforation colique en amont de l'anastomose). Décès. Retard diagnostic ? Surveillance infirmière ?

- Reprise opératoire, à J 11, d'une colectomie en coelochirurgie pour cancer, chez une femme de 56 ans. Fièvre à J 4 avec hémoculture positive. Perforation diastatique colique avec ulcérations jéjunales. Choc septique postopératoire. Transfert en réanimation. Evolution lentement favorable, mais découverte de métastases multiples. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Nécrose pariétale (2) après cure d'événtration ou lipoplastie.
- Conseil téléphonique après un épisode de désaturation en USI, en postopératoire d'une sigmoïdectomie en semi urgence chez un homme de 57 ans. Transfert le lendemain avant aggravation et choc septique (fistule postopératoire). Décès.
- Inhalation lors de la reprise opératoire pour fistule du grêle après dégastropastie et by pass, immédiatement prise en charge. Nombreuses interventions pour abcès pariétaux récidivants. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Infection (3) d'une fracture ouverte fémorale, d'une chirurgie de hernie discale, d'une PTH (antibioprophylaxie conforme).
- Sepsis chez un sportif de 39 ans (transposition de TTA, arrachement tibial après chute, nécrose cutanée). Antibiothérapie inadaptée, qui aurait favorisé la poursuite de l'infection.
- Anesthésie d'une chirurgie valvulaire sous échographie transœsophagienne, compliquée de nécrose, chez une femme de 76 ans. Décès.
- Anesthésie pour chirurgie valvulaire compliquée de médiastinite à staphylocoques chez un homme de 58 ans. Décès.
- AG et suivi postopératoire d'une femme de 56 ans pour syndrome du défilé, compliqués de parésie diaphragmatique et d'hémothorax récidivant, obligeant à la ré-intervention. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Pontage aorto bifémoral compliqué de septicémie, endocardite, remplacement valvulaire chez un homme de 65 ans. Décès. Neuf sociétaires cardiologues, un sociétaire réanimateur et trois sociétaires anesthésistes sont également mis en cause.
- Complications d'une lobectomie chez un homme de 58 ans. Décès de complications infectieuses.
- Cellulite sur hématome compliquant une thyroïdectomie avec parésie récurrentielle.
- Infection après mastectomie et reconstruction. Difficultés de ponction veineuse. Antibioprophylaxie conforme.
- Suites algiques d'une chirurgie pour traumatisme grave de genou chez un homme de 44 ans.
- Prise en charge de l'AG et du J 1 sans problème, après chirurgie rachidienne chez une femme de 76 ans. Hémorragie méningée et du tronc à J 2. Décès.
- Prise en charge, dans l'attente du gastro-entérologue, d'une suspicion de perforation post coloscopie ayant révélé une colite ulcéreuse chez une femme de 63 ans. Décision de traitement médical. Appel tardif du chirurgien. Pneumopéritoine.
- Complications purement oculaires (2) d'une blépharoplastie esthétique et d'une cataracte.

■ Activité de réanimation (8)

- Prise en charge d'une salmonellose chez une femme de 50 ans. Evolution favorable mais récidive fébrile en service de médecine, révélant une septicémie (sur cathéter) avec discite cervicale. Retrait tardif du cathéter, retard de transmission du résultat des hémocultures.
- Prise en charge d'un grave traumatisme thoraco abdominal chez un adolescent. Décès.
- Prise en charge en USI d'un patient de 89 ans, opéré de néphrectomie. Détresse cardiaque et respiratoire. Décès. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.

- Prise en charge postopératoire d'un choc septique après ré-intervention pour péritonite, chez un patient de 84 ans. Décès.
- Prise en charge en USC de complications, notamment septiques, d'une colectomie chez une patiente de 69 ans. Transfert en réanimation. Décès quelques mois plus tard.
- Prise en charge d'un sepsis avec SDRA après by pass chez un homme de 49 ans. Très long séjour en réanimation.
- Prise en charge d'une hémorragie de la délivrance transférée de maternité. Décès.

■ Gestes techniques (8)

Cathéters (6)

- Mise en place d'un cathéter veineux central pour un monitoring invasif lors d'une chirurgie aortique, chez une patiente de 51 ans. Hémopéricarde, révélé par une tamponnade, par plaie de la veine cave supérieure. Evolution favorable après réparation.
- Choc septique sur cathéter central sous-clavier chez une patiente de 74 ans, opérée d'un cancer hépatique. Décès à J 8. Deux sociétaires anesthésistes sont mis en cause.
- Découverte d'un fragment de cathéter au niveau de l'artère radiale au décours d'une intervention gynécologique dont le sociétaire a réalisé l'anesthésie.
- Thrombose veineuse superficielle sur cathéter périphérique.
- Dysesthésies du membre supérieur en rapport avec une ponction traumatique.

Autres (2)

- Neurostimulation médullaire cervicale efficace pour syndrome douloureux régional complexe, chez un patient de 42 ans. Repose d'électrodes migrées à deux reprises, puis extériorisation du matériel, suivie d'infection.
- Injection intradurale pour lombalgies. Arthrite de hanche un mois plus tard sur salmonellose. Pas de lien causal.

■ Déontologie (1)

- Comportement qualifié de désagréable et brutal (induction de l'AG et sortie de SSPI) par une femme qui aurait présenté un AVC à distance de l'intervention.

■ Divers (5)

- Mise en cause par erreur (2).
- Mise en cause systématique (3).



Les biologistes sociétaires de la MACSF ont adressé 2 déclarations : 1 procédure civile, 1 réclamation.

- Ponction traumatique lors d'un prélèvement chez une patiente de 59 ans. Hématome puis déficit de l'extension de

certaines doigts. Intervention quatre mois plus tard, révélant une tumeur dilacérant le nerf radial.

- Annonce d'une séropositivité HIV sans attendre le contrôle, qui s'avère négatif.



Les 3 494 sociétaires cardiologues de la MACSF ont adressé 80 déclarations (77 en exercice libéral et 3 en exercice salarié), soit une sinistralité de 3,5% en exercice libéral (contre 1,9% en 2010) : 2 plaintes pénales, 22 procédures civiles, 1 plainte ordinaire, 15 réclamations et 40 saisines d'une CCI.

■ Conduite diagnostique (9)

En consultation (6)

- Echographie trans-thoracique chez un enfant de 2 ans, en préopératoire d'une chirurgie cardiaque (sténose pulmonaire et canal artériel). En postopératoire immédiat, décompensation d'une coarctation de l'aorte non significative. Paralysie postopératoire.
- Prescription d'un scanner pour douleurs thoraco-abdominales chez un homme de 64 ans, après une échographie normale. Diagnostic par le radiologue, puis par le chirurgien, d'une dissection aortique qui n'aurait pas été confirmée lors de l'intervention.
- Patient de 60 ans, coronarien (stents), présentant une cirrhose avec décompensation oedémato ascitique. Diagnostic de péricardite chronique constrictive finalement porté par des confrères, après un suivi de trois ans par de nombreux praticiens. Péricardectomie.
- Patiente dont le fils est décédé d'une mort subite quelques mois auparavant, à l'occasion d'une activité sportive. Diagnostic de syndrome de Brugada fait par un confrère et appareillé, après une syncope. La patiente reproche ce diagnostic tardif et l'absence de l'enquête familiale, alors qu'elle était explorée et suivie pour une maladie coronarienne (spasmes chez une tabagique).
- Patiente de 42 ans, vue en urgence à la demande d'un généraliste du fait d'un malaise avec tachycardie. Elle venait de se faire retirer le plâtre posé pour fracture du pied (alors que le traitement anticoagulant préventif avait été arrêté huit jours avant). Prescription de bêta bloquant. Consultation de la patiente aux urgences le même jour et transfert en

réanimation. Décès d'une embolie pulmonaire. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.

- Méconnaissance d'un phéochromocytome, en l'absence initiale d'hypertension, chez un homme de 40 ans, vu à deux reprises à trois ans d'intervalle pour palpitations, dans un contexte de cancer du testicule en chimiothérapie, la tumeur surrénalienne étant prise pour une métastase. Prescription d'un anti-arythmique. Choc septique sur ischémie digestive et décès dans un contexte d'hypertension maligne. Un sociétaire radiologue et un sociétaire généraliste sont également mis en cause.

Lors d'une hospitalisation (3)

- Compte rendu de sortie signalant un résultat normal de l'électrophorèse des protéines, prescrite devant un syndrome inflammatoire (contexte d'AC/FA et d'épanchement pleural). Retard diagnostique de 18 mois d'un myélome chez une femme de 60 ans.
- Prise en charge d'une AC/FA découverte lors d'une hospitalisation d'un homme de 70 ans pour intoxication médicamenteuse volontaire. Instauration d'un traitement anticoagulant. Chute, hématome sous dural aigu avec début d'engagement.
- Consultation pour douleur thoracique, à la demande de l'anesthésiste, chez une femme hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré (radiographie pulmonaire et doppler normaux). Réalisation d'un ECG. Embolie pulmonaire avec arrêt cardiaque récupéré aux urgences, après malaise à domicile quinze jours plus tard. Mort fœtale. Un sociétaire urgentiste et une sociétaire sage-femme sont également mis en cause.

■ Prise en charge (57)

Consultation (15)

- Patiente hypertendue de 36 ans, vue pour nouveau bilan, adressée en néphrologie du fait d'une hématurie, consultation à laquelle elle n'ira pas. Elle reproche l'absence de bilan coronarien du fait de la survenue, quelques mois plus tard, d'un syndrome coronarien aigu dont elle reproche également la prise en charge aux urgences (coronarographie normale).
- Patient de 46 ans, peu compliant, pris en charge pour hypertension artérielle résistante, ne venant pas chercher ses résultats d'examen complémentaires et ne transmettant pas les bilans faits lors d'hospitalisations antérieures montrant une hypokaliémie. Prescription d'Aldactone® remplacé par un thiazidique par le généraliste. Hypokaliémie profonde aboutissant à la découverte tardive d'un adénome de Conn.
- Patiente de 79 ans, suivie pour hypertension (équilibrée) en fibrillation sous antivitamines K et antiagrégant, ayant une thrombocytonémie essentielle. Arrêt du traitement sur les conseils d'un urgentiste après fracture du poignet. Reprise du traitement lors de la consultation de surveillance. Le lendemain, accident vasculaire ischémique massif.
- Prise en charge en ville, puis lors d'une hospitalisation, d'une patiente de 45 ans présentant une cardiopathie dilatée connue de longue date. Flutter en insuffisance cardiaque, ablation par radiofréquence proposée mais aggravation et hospitalisation précipitée. Pose d'un défibrillateur. Evolution favorable.

- Patient se plaignant abusivement de multiples effets secondaires de traitements pris pour une coronaropathie, et non revu depuis 18 mois.
- Patiente de 76 ans, suivie pour hypertension et troubles de la conduction, reproche la nécessité de la pose en urgence d'un pacemaker, puis un quadruple pontage compliqué de sepsis.
- Patient de 60 ans reprochant l'arrêt des bêta bloquants (troubles sexuels) et la survenue de troubles récidivants du rythme ventriculaire, détectés par son défibrillateur quelques mois plus tard.
- Avis donnés lors de l'hospitalisation d'une femme de 44 ans pour bilan d'une anémie. Dyspnée (évocation d'une inhalation au décours d'une fibroscopie). Décès d'une embolie pulmonaire certaine quelques jours après le retour à domicile. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause, ainsi qu'un sociétaire gastro-entérologue et un sociétaire pneumologue.
- La famille d'un patient de 50 ans reproche globalement la prise en charge pendant plusieurs années d'une myocardopathie dilatée avec extrasystolie ventriculaire, et notamment l'autorisation de reprise de travail, l'état étant stabilisé. Décès subit de cause inconnue. Traitement par Médiator® sans lien avec la pathologie.
- Prise en charge d'une femme de 81 ans pour hypertension. Echographie cardiaque normale à cette époque. La famille reproche l'absence de contrôle échographique et le constat, cinq ans plus tard, d'un important anévrisme de l'aorte ascendante. Evocation dans un courrier du cardiologue de la nécessité de discuter avec la famille d'une intervention, compte tenu de l'âge. Décès de cause indéterminée quelques mois plus tard. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Patient de 74 ans vu pour précordialgies (cardiopathie hypertrophique chez un hypertendu, sans signe électrique ou clinique de coronaropathie). Décès dix mois plus tard, après un pontage pour lésions tri tronculaires au décours d'un infarctus, le doppler montrant en outre une sténose carotidienne bilatérale. La famille reproche l'absence de bilan plus poussé (notamment une épreuve d'effort).
- La famille d'un patient de 78 ans, décédé de multiples complications postopératoires, dont une probable infection associée aux soins, reproche l'indication (justifiée) d'un remplacement valvulaire aortique symptomatique avec mono pontage coronaire. Elle conteste la réalisation du bilan ayant conduit à cette chirurgie, l'anesthésiste ayant « seulement » demandé un avis cardiologique préopératoire d'une chirurgie prostatique, chez cet homme ayant déjà fait l'objet d'une angioplastie iliaque et rénale.
- Décès de cause indéterminée d'une femme de 88 ans, qui avait consulté peu de temps avant pour un bilan préopératoire de cataracte demandé par le généraliste (antécédent de phlébite), avec la notion de D-dimères élevés. HTAP modérée à l'échographie et demande de bilan pneumologique.
- Patient de 54 ans connu, vu à quatre reprises pour hypertension, la dernière fois avant une chirurgie orthopédique. Découverte d'un souffle carotidien asymptomatique. Conseil d'un traitement antiagrégant en postopératoire, qui ne sera pas prescrit par le généraliste. Accident vasculaire cérébral un an plus tard. Il est reproché l'absence de doppler devant ce souffle d'apparition récente.

Prise en charge postopératoire (12)

- Surveillance en postopératoire d'un remplacement valvulaire chez une femme de 54 ans. Hématome et infection superficielle de la cicatrice. Traitement antibiotique après prélèvement local. Endocardite trois mois plus tard, nécessitant une reprise.

- Pontage aorto bifémoral aux complications multiples. Trois sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Suivi d'un patient de 64 ans dans les suites d'une chirurgie de dissection aortique compliquée de tamponnade, d'infection respiratoire nécessitant deux ré-intubations, ayant fait un arrêt respiratoire prolongé lors d'une fausse route à la reprise de l'alimentation. Encéphalopathie anoxique. Cinq sociétaires cardiologues et un sociétaire généraliste sont mis en cause.
- Au décours d'une reprise de prothèse de hanche chez un homme de 80 ans, syndrome coronarien aigu diagnostiqué par le cardiologue, qui décide d'un transfert en réanimation. Infection du site opératoire dans un contexte septicémique. Décès.
- Multiples complications au décours d'une chirurgie bariatrique chez un patient de 44 ans. Prise en charge en réanimation. Un sociétaire réanimateur est également mis en cause.
- Décompensation cardiaque au décours d'une chirurgie en semi urgence pour hernie en voie d'engouement chez un patient polyopathologique de 79 ans. Prise en charge en USI pour nouvelle décompensation cardiaque. Décès. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.

Prise en charge en hospitalisation (17)

- Succession de complications chez un homme de 69 ans après la pose d'un pacemaker. Epanchement péricardique devenant symptomatique. Drainage percutané sous échographie. Echec et ponction du ventricule droit. Récidive de la tamponnade, et collapsus récupéré. Transfert en urgence en chirurgie vasculaire (plaie du ventricule lors du drainage). Long séjour en réanimation et séquelles d'une neuromyopathie de réanimation. Trois sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Patient de 64 ans, adressé pour bilan après épreuve d'effort positive. Coronarographie et angioplastie par stent de la coronaire droite. Survenue d'une hémorragie cérébrale par rupture d'anévrisme, obligeant à l'arrêt des anticoagulants/antiagrégants. Syndrome coronarien aigu postopératoire traité médicalement. Quatre sociétaires cardiologues sont mis en cause, le rôle de l'un d'entre eux s'étant borné à la signature du compte rendu de sortie.
- Participation à la prise en charge d'un patient de 60 ans, ré-hospitalisé pour septicémie à staphylocoques après angioplastie coronaire par voie fémorale. Ischémie du membre controlatéral (mécanisme ?). Transfert après artériographie. Choc septique et amputation.
- Avis en pré et postopératoire pour une femme de 69 ans, opérée d'une arthroplastie de hanche difficile, compliquée d'hypovolémie et de rhabdomyolyse. Transfert en réanimation. Deux sociétaires cardiologues et un sociétaire anesthésiste sont également mis en cause.
- Consultation à deux reprises d'un patient de 58 ans, hospitalisé pour épanchement pleural et important syndrome inflammatoire. Découverte d'une cardiopathie ischémique sur séquelle d'infarctus méconnu. Traitement médical et coronarographie différée du fait de l'importance du syndrome inflammatoire. Décès quinze jours plus tard (cause ?). La famille reproche la prise en charge hospitalière et la décision de sortie.
- Décompensation cardiaque et respiratoire sur BPCO d'un patient de 78 ans, au décours d'une angioplastie iliaque. Nécessité d'une intubation, hémorragie digestive sur ulcère de stress. Décès de complications multiples. Il est reproché le retard à la transfusion et au transfert dans un service mieux équipé.

- Décès d'une femme de 76 ans, des conséquences d'une endocardite sur valvulopathie mitrale, diagnostiquée deux jours après la survenue d'un accident vasculaire cérébral alors que l'échographie trans-thoracique était normale quatre jours auparavant. Résultat des hémocultures non transmis au cardiologue. Un sociétaire chirurgien et un sociétaire pneumologue sont également mis en cause.
- Décès d'une femme de 80 ans en hospitalisation, au décours d'un trouble du rythme enregistré pendant plus d'une heure sans qu'un médecin ne soit alerté.
- Décès des conséquences d'un accident vasculaire du tronc cérébral d'un patient de 63 ans, hypertendu et diabétique, hospitalisé pour souffrance myocardique sans infarctus.
- Réalisation d'une échographie trans-thoracique le lendemain de l'apparition d'une fièvre chez un patient porteur d'une bioprothèse aortique. Sepsis probablement à point de départ d'un cathéter veineux, posé dans les suites d'une arthroplastie de genou. Diagnostic quinze jours plus tard de végétations lors d'une échographie trans-oesophagienne demandée par le réanimateur. Décès. Il est reproché l'infection et le retard diagnostique.
- Décès en USIC d'une décompensation respiratoire en post-opératoire d'une chirurgie rachidienne pour canal étroit chez un patient de 72 ans, ayant une BPCO, SDRA.

Gestion des anticoagulants (6)

- Pose d'un pacemaker sur fibrillation auriculaire sans incident, chez une femme de 73 ans, ayant nécessité l'arrêt des antivitamines K. Reprise à H 24 sans relais par héparine. Survenue à J 3 d'un accident vasculaire cérébral par occlusion de l'artère cérébrale moyenne (INR à 1,98), laissant de graves séquelles. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Conseil de l'arrêt des anticoagulants dans un contexte de chute liée à un surdosage et d'abcès dentaire à opérer, chez un hypertendu de 67 ans en arythmie complète par fibrillation auriculaire. Remplacement, au moins temporaire, par des antiagrégants. Hémiparésie un mois plus tard. Echec de la thrombolyse.
- Conseil téléphonique de reprise d'un traitement anticoagulant en postopératoire d'une arthroplastie de hanche chez une patiente de 81 ans, du fait de la mobilité réduite (antivitamines K pour phlébite en préopératoire). Surdosage lors de la prise en charge par d'autres praticiens. Paralyse crurale par hématome tardivement drainé. Séquelles.
- Relais des anticoagulants en postopératoire d'une cholécystectomie, chez une femme de 83 ans ayant une myocardiopathie dilatée en ACFA. Ordonnance de sortie faite par le remplaçant, sans reconduction du traitement (décision prise dans un contexte de cancer pulmonaire avec métastases ?). Accident vasculaire cérébral ischémique.
- Femme de 72 ans, aux antécédents de remplacement aortique par valve, hospitalisée pour suspicion (non confirmée) de syndrome coronarien. Contexte de cholécystite aiguë lithiasique. Aggravation vers l'angiocholite, accident vasculaire et décès. Il est reproché l'absence de coronarographie, et la famille s'interroge sur la raison de l'arrêt du traitement anticoagulant pendant l'hospitalisation.

Itrogénie médicamenteuse (7)

- Plaintes en rapport avec la prescription de Médiator® (6). Le cardiologue a pu ignorer, conseiller la prescription,

renouveler le traitement ou simplement suivre en consultation des patients souvent à risque (diabète...) pour différents motifs, dont une valvulopathie minime qui peut préexister au traitement. Dans un cas de mort subite chez une femme de 53 ans après avis cardiologique et holter tensionnel pour hypertension bien contrôlée, le traitement prescrit par le généraliste (et méconnu du cardiologue) est sans lien avec le décès, l'échographie ne montrant d'ailleurs que des remaniements sans conséquence. Dans un cas, un cardiologue a évoqué le possible lien avec l'Isoméride® pris dix ans auparavant, devant une valvulopathie avec hypertension artérielle pulmonaire.

- Hépatopathie d'origine multifactorielle, à l'origine du décès d'un homme de 62 ans, sous traitement par Cordarone® (posologie et indication justifiées). Il est reproché un défaut de surveillance biologique et l'absence d'arrêt du traitement devant une cytolyse (puis une décompensation oedémato ascitique) rattachée à une autre cause.

■ Geste technique (13)

- Coronarographie en semi urgence chez un homme de 69 ans pour angor instable avec modification électrique. Voie radiale impossible, échec de montée du guide par la voie fémorale droite, mais succès à gauche. Angioplastie et stents. Suites marquées par un hématome fémoral avec déglobulisation puis occlusion des stents, attribuées après test à une résistance au Plavix®. Décès. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause.
- Angioplastie avec stent sans incident chez une femme de 80 ans, hospitalisée pour syndrome infectieux, au cours duquel est survenu un syndrome coronarien aigu dans un contexte de diabète insulino-dépendant et de lourds antécédents cardiovasculaires. Quelques heures plus tard, arrêt cardio-respiratoire non récupéré. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Ablation par radiofréquence avec l'assistance d'un confrère, chez un patient de 36 ans. Sonde d'échographie trans-oesophagienne posée sans difficulté. Il est reproché la survenue d'une fistule oeso-médiastinale, révélée par une médiastinite avec choc septique et son retard diagnostique (sortie à J 3, revu à J 5 avec ulcère oesophagien à la fibroscopie et absence d'air au scanner, puis diagnostic à J 9). Un autre sociétaire cardiologue, un sociétaire radiologue et un sociétaire gastro-entérologue sont également mis en cause.
- Ablation d'une fibrillation auriculaire. Accident vasculaire ischémique cérébelleux au décours.
- Pacemaker posé par un confrère, chez un homme de 62 ans. Infection dont il est reproché la prise en charge (attitude attentiste devant une infection locale débutante et antibiothérapie sans prélèvement, ablation ultérieure du pacemaker confirmant l'infection de la sonde, suites simples) et la prévention insuffisante (pas de douche préopératoire).
- Fermeture percutanée d'une CIA chez un patient de 48 ans. Migration asymptomatique du matériel dans la bifurcation aortique, décelée au contrôle trois mois plus tard. Echec de la tentative d'extraction par voie fémorale par un confrère.
- Fermeture percutanée d'une CIA chez un homme de 65 ans, compliquée de tamponnade (plaie de l'oreillette et de l'artère pulmonaire). Prise en charge chirurgicale

immédiate pour hémostase puis fermeture de la CIA sous CEC. Anoxie cérébrale et décès quelques jours plus tard.

- Réalisation d'une échographie de stress sur prescription d'un confrère chez un patient de 59 ans (angioplastie avec stent, échographie de contrôle un an avant). Survenue d'un syndrome coronarien aigu avec salve de tachycardie ventriculaire. Arrêt cardiaque récupéré en salle de réveil. Le patient bénéficie ensuite d'une angioplastie avec mise en place de stents, mais graves séquelles neurologiques cognitives.

- Echographie cardiaque trans-œsophagienne à la demande d'un confrère, chez un homme de 85 ans hospitalisé pour maladie rythmique mal supportée. Echec d'introduction de la sonde après plusieurs essais. Perforation œsophagienne. Décès trois semaines après la chirurgie. Il est reproché le retard diagnostique de la complication.

- Echographie cardiaque trans-œsophagienne en peropératoire d'une réparation percutanée des valves mitrales MitraClip®, chez une femme de 76 ans en insuffisance cardiaque sur importante insuffisance mitrale. Insuffisance rénale chronique sévère, médiastinite par fistule œsophagienne dont il est reproché la tardiveté du diagnostic. Décès. Deux sociétaires cardiologues sont mis en cause, ainsi qu'un sociétaire chirurgien et un sociétaire anesthésiste.

■ Dommage corporel (1)

- Fracture du col du fémur lors d'une consultation.



Les **2 406** chirurgiens sociétaires de la MACSF ont adressé **279** déclarations (**224** en exercice libéral, **37** en activité privée du secteur public et **18** en exercice salarié), soit une sinistralité de **44%** en exercice libéral exclusif et de **8,6%** pour l'exercice en secteur privé hospitalier : **16** plaintes pénales, **7** plaintes ordinaires, **53** procédures civiles, **59** réclamations et **144** saisines d'une CCI.

CHIRURGIE GÉNÉRALE ET VISCÉRALE (65)

■ Retard diagnostique (1)

- Adolescent pris en charge pour un traumatisme abdomino-pelvien compliqué d'un infarctus mésentérique par désinsertion de l'artère mésentérique supérieure. Décès.

■ Prise en charge (2)

- Participation à la prise en charge d'un syndrome d'Ogilvie au décours d'une prothèse totale de genou chez une

patiente de 75 ans. Inhalation avant la colo exsufflation, choc septique et décès. Il est reproché l'absence d'intervention, alors que la situation abdominale s'est améliorée, sans preuve d'une complication de type perforation colique. Des sociétaires anesthésistes sont également mis en cause.

- Conseil téléphonique à un confrère pour suspicion d'occlusion du grêle chez un enfant. Choc septique avant transfert.

■ Chirurgie gastrique (11)

Chirurgie bariatrique (5)

- Sleeve gastrectomie après retrait d'un anneau chez une femme de 32 ans. Péritonite révélée par un choc septique (retard diagnostique ?) et décès.

- Sleeve gastrectomie sous coelioscopie chez une femme de 47 ans. Diagnostic à J 7 d'un abcès sous-phrénique, du fait d'une fistule anastomotique œsogastrique. Endoprothèse œsogastrique. Infection nosocomiale sur cathéter central.

- Tentative d'anneau de gastroplastie chez une femme de 31 ans. Plaie de l'estomac qui sera suturée. Décès brutal 48 heures plus tard (embolie pulmonaire ?).

- Sleeve gastrectomie chez une femme de 51 ans. Fragment résiduel de la sonde gastrique laissée en place lors de l'agrafage, piégé et retiré par fibroscopie. Abcès sous-phrénique et fistule postopératoire. Evolution favorable après ré-intervention.

- Sleeve gastrectomie sous coelioscopie chez une patiente de 53 ans. Abcès 48 heures plus tard, révélant une fistule sous-cardiale. Endoprothèse.

Autres chirurgies (6)

- Gastrectomie et œsophagectomie partielles. Oubli de compresse découvert lors d'un scanner de contrôle, plusieurs mois plus tard.

- Gastrectomie partielle pour cancer antro pylorique après renutrition chez un patient semi grabataire de 77 ans. Décès six semaines après l'intervention, en soins de suite.

- Gastrectomie au stade de limite chez un patient de 73 ans. Chimiothérapie refusée, récurrence et évolution fatale.

- Ablation par cœlioscopie d'un diverticule épiphrénique du bas œsophage chez un patient de 62 ans. Pneumothorax et fistule œsogastrique à l'origine de drainage et prothèse. Infection pulmonaire et insuffisance rénale aboutissant au décès.

- Gastrectomie des deux tiers pour cancer ulcéré, compliquée de saignements postopératoires et d'infarctus du myocarde, malgré l'interruption courte du Kardegic® chez un patient tritonculaire de 87 ans.

- Œsophagectomie par coelioscopie après radiothérapie préopératoire chez un patient de 53 ans. Fistule digestive traitée par endoprothèse. Retard de transfert en réanimation au CHU reproché par la famille. Choc septique sur infection pulmonaire, et décès.

■ Chirurgie colique (9)

- Section rectosigmoïdienne chez un homme de 48 ans aux antécédents cardiovasculaires chargés, après relais du Plavix® par du Lovenox®. Hémopéritoine repris par confrère. Hémostase locale suivie d'une ischémie de la zone anastomotique. Longue hospitalisation et neuropathie de réanimation.

- Colectomie totale pour cancer et curage ganglionnaire extensif lombo aortique chez un homme de 58 ans. Troubles sexuels.

- Colectomie cœlioscopique pour diverticulose chez une patiente de 42 ans. Anastomose mécanique, sténose

anastomotique dilatée en endoscopie puis nouvelle sténose colique et anastomose par autre équipe (abcès pelvien). Douleurs pudendales.

- Sigmoidectomie coelioscopique pour poussées diverticulaires, chez une femme de 57 ans. Diagnostic rapide d'une plaie de l'uretère, réimplantation semble-t-elle couronnée de succès.
- Colectomie coelioscopique pour cancer du rectum chez un homme de 52 ans. Double plaie du grêle et vasculaire (pontage aortofémoral) lors de la réalisation du pneumopéritoine. Péritonite puis thrombose de la prothèse vasculaire. Décès (état cardiovasculaire précaire).
- Colectomie et proctectomie coelioscopique pour cancer d'un homme de 54 ans. Occlusion du grêle sur bride puis hydronéphrose par sténose urétérale (chirurgicale ? cancer avec métastases ganglionnaires et loco régionales). Refus de poursuite de la chimiothérapie et de la ré-intervention.
- Chirurgie d'un cancer du rectum sous coelioscopie d'une patiente de 84 ans. Reprise à J 3 pour fistule du grêle en urgence, du fait d'une aggravation brutale. Décès dans un tableau de choc septique. Il est reproché la disponibilité lors du suivi.
- Colectomie coelioscopique pour cancer d'un homme de 59 ans. Fistule anastomotique traitée par colostomie. abcès tardif fistuleux chronique mis à plat.
- Sigmoidectomie sous coelioscopie pour poussées récurrentes de diverticulite abcédée, chez un homme de 41 ans. Plaie de l'uretère dépistée en peropératoire. Réparation directe mais sténose ultérieure.

■ Appendicectomie (1)

- Sous coelioscopie, compliquée de péritonite par pancolite (perforée ?) diagnostiquée après la sortie dans un autre centre et justifiant une laparotomie, suivie de fistule.

■ Chirurgie de l'intestin grêle (3)

- Occlusion du grêle chez un patient de 17 ans (maladie de Crohn). Péritonite postopératoire, peut-être favorisée par le traitement de sa maladie. Retard diagnostique et de prise en charge invoqué.
- Occlusion du grêle et volumineux kyste ovarien chez une femme de 44 ans. Perforation instrumentale intestinale, révélée par une péritonite postopératoire et un choc septique. Décès.
- Occlusions du grêle (itératives) chez un patient de 33 ans lourdement handicapé. Mise en aspiration puis chirurgie dans un tableau de sepsis. Suites défavorables et décès. Plainte ordinaire à l'encontre de l'ensemble du corps médical pour faute grave et non assistance à personne en danger.

■ Chirurgie proctologique (4)

- Sphinctérectomie et anoplastie pour fissure anale. Elimination par voie rectale de corps étranger de type textilome cinq ans plus tard.
- Hémostectomie et résection d'une fissure avec sphinctérectomie pour des hémorroïdes rebelles avec fissure anale chez un patient de 34 ans. Sténose anale, dilatations sous anesthésie.
- abcès de l'anus évoluant de longue date (sur maladie de Crohn méconnue) chez un patient de 55 ans. Mise à plat en

un temps, en raison d'exigences particulières du patient qui quitte prématurément l'hôpital. Incontinence ano rectale.

- Incision et traction élastique pour une fistule anale chez un patient de 48 ans. Récidive par chute prématurée de l'élastique, justifiant une ré-intervention.

■ Chirurgie de paroi (9)

Éventration (3)

- Eventration médiane menaçante (plaque) chez une femme de 53 ans (by pass) compliquée d'une suppuration traitée à minima. Suppuration persistante.
- Une femme de 71 ans reproche la survenue d'une éventration après cholécystectomie coelioscopique. Traitement avec succès par raphie.
- Eventration sur orifice de trocart de coelioscopie chez une obèse de 43 ans, traitée par raphie et abdominoplastie. Douleurs névralgiques invalidantes.

Chirurgie de hernie inguinale (5)

- Compliquée d'une orchite épidiidymite ou d'une ischémie testiculaire.
- Névralgies nécessitant une ablation de la plaque avec neurolyse par un autre opérateur, puis une ré-intervention du fait de la récurrence de la hernie.
- Douleurs inguino scrotales chroniques sur un terrain psychique particulier. Arrêt de travail prolongé.
- Cure de hernie récurrente de la ligne blanche opérée par voie coelioscopique (plaque) chez un homme de 56 ans. Péritonite par perforation du grêle nécessitant une iléostomie transitoire. Il est reproché le retard diagnostique.
- Kyste suppuré de l'ouraque avec petite hernie ombilicale chez un homme de 25 ans. Suppuration prolongée due à un granulome sur fil non résorbable, guéri par une mise à plat jugée trop tardive.

Lipectomie abdominale (1)

- Compliquée de nécrose, nécessitant une reprise chirurgicale.

■ Cholécystectomie (4)

- Cholécystectomie coelioscopique. Conversion et cholécotomie. Pancréatite œdémateuse avec sténoses duodénale et oesophagienne traitées par stomies. Prothèse endo oesophagienne temporaire. Dilatation. Suites finalement favorables, après longue évolution.
- Cholécystectomie coelioscopique puis laparotomie chez un patient de 64 ans. Volumineuse ecchymose du flanc droit et des lombes, puis poussée fébrile. Décès à J 9 (cause exacte ?).
- Cholécystectomie coelioscopique. Perforation colique révélée après la sortie, nécessitant une colostomie transitoire.
- Cholécystectomie coelioscopique avec cholangiographie. Plaie horizontale du cholédoque compliquée d'une sténose de la voie biliaire principale, nécessitant une reprise au décours de laquelle survient un syndrome hémorragique sans cause retrouvée. Nouvelle intervention puis resténose cholédocienne nécessitant une prothèse biliaire.

■ Chirurgie gynécologique (6)

- Hystérectomie compliquée d'un textilome découvert plus de dix ans après.
- Conisation du col pour condylomes chez une patiente de 25 ans. Accouchement prématuré lors d'une grossesse ultérieure. Les reproches portent sur l'information et la technique.
- Cœlioscopie thérapeutique pour adhésiolyse chez une patiente de 34 ans ayant subi un bilan de stérilité. Plaie des vaisseaux iliaques. Hémorragie massive, embolie gazeuse surajoutée possible. Décès.
- Hystérectomie subtotale et mise en place de bandelettes TOT pour incontinence urinaire chez une femme de 44 ans. Douleurs, infections urinaires.
- Hystérectomie totale vaginale et chirurgie d'un prolapsus ancien aggravé chez une femme de 69 ans. Dyspareunie et « mutilation » prétendument non acceptée.
- Défaut de transmission par le gynécologue du résultat pathologique de marqueurs tumoraux lors d'une chirurgie pour tumeur de l'ovaire avec conservation ovarienne. Sept ans plus tard, nécessité d'une hystérectomie élargie avec omentectomie suivie de chimiothérapie chez une patiente de 39 ans.

■ Chirurgie mammaire (1)

- Mastectomie sous-cutanée avec curage chez une patiente de 61 ans, à la demande du deuxième opérateur ayant pratiqué une reconstruction immédiate du sein. Perte de la pièce d'histologie jetée à la poubelle.

■ Thyroïdectomie (2)

- Compliquée d'une paralysie bilatérale récurrentielle et d'un hématome sous anticoagulant compressif surinfecté de la loge thyroïdienne avec lâchage de suture, chez une femme de 63 ans. Trachéotomie transitoire. Persistance d'une paralysie récurrentielle unilatérale.
- Chirurgie des parathyroïdes par cervicotomie (trois parathyroïdes saines, la dernière non vue) chez un homme de 70 ans. Réalisation d'une lobectomie. Paralysie récurrentielle bilatérale nécessitant une trachéotomie temporaire. Evolution favorable.

■ Divers (8)

- Chirurgie de la surrenale pour un syndrome de Conn par cœlioscopie compliquée de pneumopathie.
- Récidive d'un kyste pilonidal opéré en dehors d'une poussée inflammatoire, avec ré-intervention deux mois plus tard.
- Ablation d'un ongle du gros orteil du fait d'une incarnation infectée. Il est allégué une erreur de technique du fait de la persistance d'une infection en postopératoire.
- Plainte pénale (5) pour des faits anciens, sans autre précision ni dossier médical.

■ Chambre implantable (4)

- Prise en charge d'une thrombose de la veine cave supérieure après pose d'un port a cath chez une patiente de 37 ans. Caillot récent menaçant. Décision d'abstention chirurgicale et d'un traitement anticoagulant. Il est reproché la prise en charge thérapeutique de la complication.
- Pose difficile d'un port a cath, dont la mauvaise position n'a pas été détectée sur le contrôle au bloc ou en oncologie.

Mort subite de l'enfant par tamponnade. Deux sociétaires chirurgiens sont mis en cause.

- Pose et ablation, dix ans auparavant, d'un port a cath. Découverte d'un guide métallique à cheval entre la veine cave inférieure et l'artère pulmonaire. Annuloplastie et plastie tricuspidienne.

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE (26)

■ Chirurgie de l'aorte (7)

- Thoracotomie pour suspicion de dissection de l'aorte ascendante, non confirmée lors de l'intervention. Pas de complication. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Pontage aorto bi fémoral chez un homme de 51 ans ayant de nombreux antécédents cardiovasculaires, compliqué d'un saignement postopératoire diffus révélé en SSPI (surdosage anticoagulant ?). Reprise chirurgicale, ischémie digestive avec angor mésentérique séquellaire.
- Endoprothèse aortique pour anévrisme et angioplastie iliaque bilatérale avec endartériectomie fémorale bilatérale chez un patient de 64 ans. Ischémie rénale et mésentérique postopératoire, nécessitant une ablation de l'endoprothèse, colectomie et iléostomie. Ischémie d'un membre inférieur avec amputation.
- Pontage aorto bi iliaque chez un patient de 56 ans (ayant un syndrome myéloprolifératif) compliqué de micro embolies, puis d'une thrombose à distance fémorale profonde d'un côté, d'un anévrisme fémoro poplité controlatéral, le patient ne donnant pas suite à la proposition de ré-intervention.
- Prothèse aorto bi fémorale chez un homme de 44 ans, compliquée deux ans plus tard d'épisodes de thromboses itératives de la prothèse. Etiologie mal précisée. Hémiplegie sur thrombophilie suspectée en attente de bilan.
- Chirurgie de l'aorte conventionnelle (Bentall) pour anévrisme de l'aorte ascendante et bicuspidie aortique chez un homme de 51 ans. Hémorragie postopératoire immédiate, arrêt cardiorespiratoire, anoxie cérébrale et décès à J 15.
- Pontage aorto bi fémoral compliqué d'une septicémie à staphylocoque sur cathéter central chez un homme de 73 ans. Le chirurgien a géré le remplacement valvulaire, nécessaire du fait d'une endocardite avec sepsis multi focal. Décès. Un sociétaire radiologue, un sociétaire anesthésiste et un sociétaire cardiologue sont également mis en cause (9 praticiens au total).

■ Chirurgie valvulaire (8)

- Remplacement valvulaire aortique et de l'aorte ascendante avec réimplantation des coronaires chez un patient de 44 ans. Infarctus du myocarde postopératoire immédiat. Neuromyopathie de réanimation.
- Remplacement valvulaire aortique par bioprothèse compliqué d'un SDRA à J 3, réfractaire à une réanimation lourde, chez une patiente de 74 ans.
- Reprise chirurgicale d'une homogreffe aortique (sur maladie de Marfan) pour une fuite aortique avec dilatation ventriculaire gauche. Remplacement par prothèse mécanique et mono pontage. Insuffisance aortique paraprotétique nécessitant une reprise quelques années plus tard.
- Endocardite mitrale (sur valve mécanique) avec migrations cérébrale et pulmonaire après des soins dentaires chez une patiente de 59 ans. Surdité brusque à J 3. Etiologie ?
- Chirurgie des valves conventionnelles par bioprothèse pour rétrécissement aortique serré chez un patient de 80 ans.

Névrалgie phrénique gauche postopératoire diagnostiquée à distance de l'intervention. Thrombopénie à l'héparine, persistance d'une dyspnée au moindre effort.

- Chirurgie percutanée valvulaire par Mitraclip chez un patient de 76 ans. Hématome pariétal œsophagien évoluant vers une fistule et médiastinite. Décès après œsophagectomie. Un sociétaire anesthésiste et un sociétaire cardiologue sont également mis en cause.

- Chirurgie des valves mitrales conventionnelles (plastie). Dissection aortique sous orifice de canulation opérée immédiatement durant la CEC. Kératite sévère bilatérale en attente de greffe de cornée en réanimation, dans un contexte d'infection bronchique. Un sociétaire cardiologue et un sociétaire ophtalmologiste sont également mis en cause.

- Chirurgie conventionnelle sur rétrécissement aortique chez un patient de 64 ans. Hémorragie avec reprise chirurgicale à J 7, puis défaillance multiviscérale et décès.

■ Chirurgie vasculaire périphérique (6)

- Désobstruction d'un anévrisme poplité thrombosé, compliqué d'une thrombose veineuse profonde fémoro poplitée chez un patient de 75 ans. Quelques années plus tard, nécessité d'un pontage compliqué d'un hématome et d'un sepsis, aboutissant à une amputation de cuisse.

- Dilatation iliaque avec stent sous contrôle coelioscopique puis pontage aorto bi fémoral bilatéral chez un patient de 59 ans, aux lourds antécédents vasculaires, ayant subi quelques mois auparavant une angioplastie coronaire avec stent. Il est reproché une amputation d'orteil du fait d'une ostéoarthrite suppurée, associée à des escarres fessières.

- Angioplastie fémorale superficielle compliquée d'un hématome au point de ponction chez un patient de 54 ans. Transfusion et reprise opératoire. Accident vasculaire cérébral d'origine ischémique, persistance d'un syndrome cérébelleux.

- Pontage ilio fémoral et thrombolyse in situ pour une ischémie aiguë d'un membre inférieur chez un patient de 66 ans, ayant déjà subi un pontage coronaire. Infection au niveau du scarpa conduisant à une mise à plat, puis nouveau pontage trans obturateur suivi d'ischémie et d'amputation de jambe.

- Angioplastie fémoro poplitée superficielle par abord fémoral, compliquée d'un hématome au point de ponction. Faux anévrisme opéré. Il est reproché l'information et la gestion de la complication malgré l'absence de séquelles importantes.

- Endartériectomie fémorale droite et angioplastie poplitée chez un patient de 62 ans, compliquée d'une gangrène de Fournier. Décès.

■ Chirurgie des varices (3)

- Stripping pour récurrence de varices des membres inférieurs, compliqué de névralgies.

- Procédure endovasculaire veineuse et phlébectomie compliquées de lymphœdème chez un patient obèse de 46 ans.

- Crossectomie - stripping, associée à des phlébectomies chez un patient de 43 ans. Douleurs persistantes sur le trajet de l'éveinage, qui seraient responsables de la perte de l'emploi.

■ Chirurgie carotidienne (1)

- Endartériectomie et patch de la bifurcation carotidienne pour sténose à 80% après accident vasculaire cérébral transitoire chez un patient de 80 ans ayant des stents coronaires et sous-claviers. Hématome cervical compressif évacué en urgence à J 2. Troubles de la déglutition rendant nécessaire une gastrostomie d'alimentation.

■ Chirurgie pulmonaire (1)

- Thoracoscopie pour exploration et biopsie chez un maçon de 51 ans, avec l'arrière-pensée d'une pathologie néoplasique ou d'une asbestose. Pas de difficulté opératoire. Névrалgie intercostale rebelle au traitement antalgique classique. Invalidité professionnelle.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE (126)

■ Diagnostic (4)

- Autorisation de sortie d'un patient de 68 ans. Chute et fracture costale. Décès le lendemain d'une contusion pulmonaire avec fracas.

- Consultation de contrôle après l'urgentiste, méconnaissant également une fracture fémorale chez un adolescent traité pour entorse du genou. Diagnostic trois mois plus tard.

- Méconnaissance d'une fracture de Monteggia chez un enfant. Retard diagnostique de quelques mois.

- Méconnaissance d'une disjonction scapho lunaire chez une patiente de 40 ans, immobilisée pour fracture de la styloïde.

■ Prise en charge (12)

Prise en charge de traitement anticoagulant (3)

- Lors d'une arthroplastie du genou chez un homme de 68 ans en ACFA réduite, interruption des AVK sans relais conforme. Syndrome cérébelleux à J 2, pneumopathie d'inhalation, longue hospitalisation en réanimation.

- Arthroplastie de hanche chez une femme de 30 ans pour luxation congénitale. Sortie sous HBPM préventive pour six semaines. Accident vasculaire cérébral d'étiologie incertaine huit jours après l'arrêt du traitement. Maladie de système sous-jacente probable.

- Arthroplastie de hanche chez une patiente de 82 ans, obèse, aux antécédents de phlébite. Hématome par surdosage des anticoagulants en rééducation, prescrits par le cardiologue. Parésie crurale.

Autre (5)

- Prise en charge d'un syndrome infectieux dans les suites d'une ostéosynthèse pour fracture fermée du col huméral chez une patiente de 72 ans. Sortie retardée mais finalement acceptée. Retour une semaine plus tard (complications respiratoires ? Ulcère perforé ?). Décès.

- Suites opératoires d'une arthroplastie de genou chez une femme de 84 ans. Insuffisance rénale, hyperthermie,

insuffisance cardiaque. Décès à la 48^{ème} heure. Participation faible ou inexistante du chirurgien.

- Décès de cause inconnue en centre de rééducation, dix jours après une arthroplastie de hanche, d'une femme de 79 ans, sous anticoagulants, après une chirurgie sans problème. Chirurgien non concerné.
- Défaillance cardiaque au décours d'une arthroplastie de hanche chez un homme de 70 ans, hypertendu, obèse, sous traitement anticoagulants. Pneumothorax iatrogène après pose de cathéter, décès. Rôle essentiel de l'anesthésiste.
- Rétention aiguë d'urine chez une femme de 56 ans, opérée d'un hallux valgus. Il est reproché à l'ensemble de l'équipe médicale le retard diagnostique du globe vésical, et plus spécifiquement au chirurgien son comportement lors de l'examen.

Chute (1)

- Chute du lit dans les suites immédiates d'une intervention. Fracture du péroné. Il est reproché le retard diagnostique et l'absence de barrières.

Infection nosocomiale (2)

- Abscess après résection de la première côte pour un syndrome du défilé thoraco brachial par un autre chirurgien. Évolution vers une ostéoarthrite.
- Prise en charge à J 40 d'une infection ostéoarticulaire après luxation récidivante de la rotule traitée par un autre chirurgien chez un patient de 45 ans. Prescription d'antibiotiques sans prélèvement. Aggravation de l'infection nécessitant deux lavages arthroscopiques. Séquelles modérées.

Organisation (1)

- Non transmission au dermatologue du résultat anatomo-pathologique de l'exérèse de lésion cutanée, révélant un mélanome chez un patient de 69 ans, non venu à la consultation de contrôle et n'ayant pas revu son dermatologue. Résultat classé en attente dans le dossier.

■ Chirurgie du membre supérieur (31)

Chirurgie de l'épaule (5)

- Chirurgie de l'épaule pour arthrose acromio claviculaire post traumatique chez un homme de 38 ans, travailleur manuel. Résection arthroplastie sans interposition de matériel, ligamentoplastie coracoclaviculaire. Résultat initialement favorable, mais réapparition d'une impotence fonctionnelle. Prise en charge par autre chirurgien : reprise par acromioplastie à ciel ouvert. Echec. Impossibilité de reprise du travail.
- Ré-intervention à ciel ouvert pour résultat insuffisant d'une acromioplastie sous arthroscopie pratiquée sept mois auparavant par un confrère chez un homme de 26 ans. Infection, arrêt de travail de dix mois.
- Arthroplastie d'épaule chez une femme de 59 ans aux antécédents de fracture fermée de l'humérus, d'intervention à ciel ouvert pour une rupture de coiffe, puis d'une plastie du grand dorsal, compliquée d'un déficit radial et cubital. Intervention reportée du fait de la survenue de convulsions lors du bloc intra scalénique, d'évolution tout à fait favorable. Origine de la complication ?
- Butée coracoïdienne vissée avec capsuloplastie antérieure sous anesthésie générale avec cathéter intra scalénique chez un homme de 18 ans, sportif, pour épaule instable (plusieurs épisodes de sub luxations). Paralysie du biceps à l'ablation du bandage, par atteinte du nerf musculo cutané. Greffe (origine de la complication ?).

- Arthrolyse arthroscopique pour capsulite sévère chez un homme de 53 ans. Fracture péropératoire de l'apophyse coronoïde. Algodystrophie et syndrome douloureux régional complexe.

Chirurgie du coude (3)

- Mobilisation du coude à deux reprises, sous anesthésie locale ou générale, chez un adolescent de 14 ans victime d'un accident de sport. Découverte, trois mois plus tard, d'un possible chondroblastome bénin. Ostéotomie de résection confirmant l'existence d'un ostéome ostéoïde. Plusieurs interventions de reprises avec hésitations anatomopathologiques. Enraidissement du coude.
- Tendinoplastie arthrotomique pour épicondylite rebelle avec neurolyse du radial. Échec.
- Ostéosynthèse pour fracture de l'olécrâne chez une femme de 75 ans, sous anesthésie locorégionale. « Propos désobligeants du chirurgien et manque d'humanité », insatisfaction du résultat.

Chirurgie du canal carpien (5)

- Chirurgie sous arthroscopie chez une femme de 57 ans. ITT prolongée avec mise en invalidité. Algodystrophie récusée, pathomimie vraisemblable.
- Chirurgie après bilan complet chez une fonctionnaire de 36 ans. Allégation d'un mauvais résultat chirurgical et demande refusée de déclaration de maladie professionnelle. Arrêt de travail prolongé pendant au moins deux ans.
- Chirurgie à ciel ouvert, sans difficulté, pour canal carpien résistant à de nombreuses infiltrations, après recueil d'un consentement éclairé, chez un homme de 80 ans. Déficit dans le territoire médian.
- Chirurgie à ciel ouvert, en urgence, pour syndrome du canal carpien hyperalgique prouvé par électromyogramme chez une femme de 50 ans. Bon résultat immédiat (disparition des paresthésies) mais douleurs invalidantes sans algodystrophie, nécessitant une prise en charge en centre anti douleur.
- Chirurgie conventionnelle du canal carpien avec acromioplastie. Déficit sensitivomoteur du médian, dont il est reproché la prise en charge tardive.

Chirurgie de la main (11)

- Prise en charge secondaire d'un patient de 37 ans, victime d'un accident du travail, traité plus de deux mois auparavant par un confrère pour fracture articulaire d'une base métacarpienne. Arthrodèse, suites simples. Les reproches s'adressent essentiellement ou exclusivement au premier chirurgien.
- Au lieu de l'extraction d'un corps étranger fiché dans l'éminence thénar, la patiente subit une chirurgie à ciel ouvert du canal carpien.
- Mauvais résultat de la prise en charge par attelle d'une fracture de P1 de l'index chez un patient de 17 ans. Cal vicieux noté à un mois.
- Barrage d'une plaie de l'annulaire compliquée d'une algodystrophie chez une patiente de 59 ans.
- Prise en charge retardée d'une entorse du pouce immobilisée par un urgentiste chez une femme de 48 ans. Poursuite de l'immobilisation, puis intervention de stabilisation. Persistance des douleurs et ré-intervention. Invalidité.
- Section tendineuse et plaie du doigt explorée chez un patient de 26 ans. Raideur avec handicap gênant la reprise d'un travail manuel.
- Récidive d'un kyste synovial du pouce de la main dominante chez un patient de 61 ans.

- Chirurgie d'un doigt à ressaut après infiltration compliquée d'une algodystrophie chez une patiente de 48 ans.
- Ostéosynthèse d'une fracture fermée du 3^{ème} métacarpien chez un patient de 20 ans. Cal vicieux en rotation.
- Echec de l'intervention pour pseudarthrose du scaphoïde chez un homme de 45 ans. Reprise, contexte d'invalidité en accident de travail.
- Infection tardivement diagnostiquée après réparation d'une rupture tendineuse digitale.

Autres chirurgies (7)

- Fracture du poignet (4)

- Déplacement secondaire (plâtre sans réduction) chez une femme de 62 ans. Cal vicieux et gêne à la supination. Traitement chirurgical envisagé.
- Ostéotomie radiale et libération du nerf carpien et ulnaire (après plâtre et algodystrophie). Infection, mauvais résultat.
- Ostéosynthèse pour fracture déplacée du poignet chez une femme de 61 ans. Déplacement secondaire, reprise chirurgicale.
- Fracture du radius chez une femme de 47 ans. Algodystrophie.

- Fractures autres (3)

- Chirurgies itératives pour une fracture diaphysaire humérale déplacée après une chute d'un toit d'un patient de 48 ans. Ostéosynthèse, déplacement secondaire semblant être la conséquence de l'indiscipline du patient qui ôtait son bandage et refusait la surveillance. Nouvelle ostéosynthèse. Ostéonécrose justifiant la mise en place d'une prothèse compliquée de sepsis.
- Fracture grave fermée de l'humérus menaçant le radial chez un homme de 29 ans. Ostéosynthèse après réduction. Parésie radiale régressive. Ablation de matériel avec l'aide d'un chirurgien référent, mais récurrence de la parésie, peu régressive.
- Prise en charge orthopédique d'une fracture du tiers supérieur du radius non compliquée, chez un homme de 45 ans. Pseudarthrose serrée, libération chirurgicale. Parésie radiale postopératoire.

■ Chirurgie du membre inférieur (79)

Arthroplastie de hanche (30)

- Allongement (1)

- Allongement du membre opéré d'1,5 cm chez un patient de 72 ans.

- Infection associée aux soins (13)

Dont :

- Parfois révélée par un descellement septique.
- Parfois favorisée par un terrain à risque (diabète, obésité) avec un diagnostic difficile du fait des prélèvements négatifs avant le changement prothétique.
- Parfois dépistée très tardivement après l'intervention, faisant douter du lien de causalité avec celle-ci, notamment sur des terrains favorables (cirrhose).

- Souvent à l'origine de multiples ré-interventions.
- Dans la majorité des cas, au vu des expertises ou de l'analyse du dossier, la responsabilité du chirurgien n'est pas engagée.
- Dans un cas, il est certain que l'infection du site opératoire est secondaire notamment à une prostatite dans un contexte de cirrhose avec septicémie.

- Résultat insatisfaisant (11)

Dont :

- Douleurs persistantes multi explorées, sans cause retrouvée, chez un patient de 40 ans. Retentissement professionnel.
- Changement prothétique (cotyle un peu vertical) du fait de la persistance des douleurs, compliqué de luxations itératives et de nouveau changement pour malposition chez un patient de 61 ans.
- Fissuration sur la radio postopératoire immédiate. Prescription écrite d'un appui interdit pendant un mois, non respecté. Il est reproché la gestion postopératoire des complications et l'information sur le type de prothèse utilisée (en ciment).
- Bris de la pièce fémorale (prothèse de hanche sans ciment) après une chute.
- Fémorotomie pour descellement chez un patient de 75 ans.
- Fracture du volet à l'occasion d'une agitation en SSPI. Reprise chirurgicale immédiate. Implant définitif non cimenté et fixation du volet par cerclage. Il est reproché l'insuffisance des explications. Le patient exige un compte rendu des faits plus détaillé.
- Luxation puis reprise avec changement prothétique du fait d'une instabilité de la prothèse trop petite, chez un patient de 44 ans pesant 100 kg. Mauvais résultat de reprise et retentissement professionnel.
- Arthroplastie sans ciment avec cupule céramique. Défaut d'insertion de la cupule avec déplacement de l'insert un peu basculé et verticalisé.

- Paralysie du SPE (4)

Dont :

- Après une arthroplastie de hanche très difficile chez une patiente de 60 ans, obèse, aux antécédents d'interventions pour fracture du col du fémur, paralysie du SPE, puis luxation tibio astragaliennne avec dislocation des os du pied. Position vicieuse du pied en varus équin, menant à une amputation distale (compliquée d'une infection). Séquelles très importantes.
- Paralysie du SPE et du SPI chez une patiente de 61 ans. Reprise chirurgicale à J 8. Passage d'un fil dans le sciatique. Rééducation prolongée et régression très partielle.

- Technique (1)

- Chirurgie difficile chez un patient de 51 ans, pesant 147 kg. Défaut de pose invoqué après une malposition de la cupule cotyloïdienne. Reprise.

Autre chirurgie de hanche (1)

- Epiphysiolyse de hanche chez un enfant de 13 ans. Ostéosynthèse d'un coté et fixation préventive par vis de l'autre. Évolution défavorable, coxite.

Genou (26)

- Chirurgie de kyste poplité (1)

- Avec ablation d'un matériel d'ostéosynthèse chez un homme de 54 ans. Hématome puis arthrite septique. Séquelles et incidence professionnelle.

- Ménisectomie avec ou sans ligamentoplastie (8)

- Infections après ligamentoplasties ou ménisectomies (5), dont une compliquée d'hémarthrose ponctionnée, arthroscopie diagnostique avec infiltration articulaire concomitante : le diagnostic et la prise en charge de ces infections sont conformes, malgré parfois un discret retard à la ré-intervention, sans impact sur les séquelles. Dans un cas, enquête dépitant un dysfonctionnement du bloc de stérilisation.
- Evolution arthrosique chez un maçon de 55 ans avec handicap professionnel.
- Evolution arthrosique chez un patient de 37 ans qui a subi une ménisectomie sans ligamentoplastie pour un accident du travail, avec rupture du ligament croisé remontant à neuf mois.
- Ligamentoplastie itérative chez un sportif professionnel de 29 ans (reprise d'une ligamentoplastie trois ans plus tôt). Excellent résultat primaire mais fracture de rotule à distance en rééducation sportive. Ostéosynthèse. Mise en cause systématique parmi d'autres acteurs. Résultats non satisfaisants.

- Prothèse de genou (12)

Dont :

- Infection s'étant déclarée un an après la première visite postopératoire chez un patient non revu (suites strictement normales) de 74 ans. Prise en charge par un confrère pour déposer et repose de la prothèse.
- Infection d'évolution favorable après prothèse unicompartimentale chez une patiente de 78 ans corticothérapée.
- Infection avec des séquelles modérées chez un patient de 66 ans.
- Infection d'évolution favorable chez un patient de 53 ans.
- Infection chez un patient de 69 ans, obèse (multiples pathologies). Polynévrite diabétique, vraisemblable infection par voie hématogène, associée à une arthrite septique du coude sur mal perforant plantaire.
- Mauvais résultat chez une patiente de 63 ans, dont l'arthroplastie totale faisait suite à une arthroplastie mono compartimentale. Elle impute les douleurs résiduelles à des vis trop longues.
- Après mauvais résultat d'une prothèse unicompartimentale chez un patient de 61 ans, échec de la prothèse totale. Reprise par autre opérateur.
- Mise en place d'une prothèse respectant le ligament croisé postérieur avec un très bon résultat chez un patient de 62 ans. Dix-huit mois plus tard, syndrome douloureux faisant évoquer une rupture du ligament croisé postérieur. Intervention par un autre opérateur. Il est reproché le défaut d'information et une erreur technique.
- Mise en place pour une arthrose compartimentale d'une prothèse fémorale surdimensionnée chez une femme de 75 ans, nécessitant une ré-intervention pour changement prothétique par un autre opérateur. Résultat médiocre un an après. Il est reproché le retard diagnostique d'un an de ce défaut technique.
- Complication d'un bloc crural associé à l'anesthésie générale. Parésie du quadriceps de récupération incomplète, associée à une algodystrophie.

- Ostéotomie et transposition tubérositaire (5)

- Ostéotomie fémoro tibiale chez une patiente obèse et diabétique de 57 ans, suivie pour une pathologie maligne évolutive. Infection à staphylocoque. Prothèse totale après guérison infectée (germe identique ?), dépose et repose de la prothèse. Mauvais résultat.
- Transposition tubérositaire chez une patiente de 50 ans, après une entorse du genou, et syndrome fémoro patellaire, sous garrot pneumatique sans problème. Importante amyotrophie du quadriceps déjà présente en tant que séquelle de l'entorse, non évolutive sur le plan neurologique, alors que l'ostéotomie est bien consolidée (étiologie ? rachianesthésie chez cette diabétique ? garrot ?)
- Transposition tubérositaire chez un patient de 40 ans. Chute d'une échelle un mois plus tard avec fracture tubérositaire. Reprise chirurgicale suivie d'une infection.
- Ostéotomie fémorale pour gonarthrose chez une patiente de 57 ans. Pseudarthrose reprise par un autre chirurgien hospitalier. Récidive et algodystrophie. Hospitalisation pendant près d'un an, invalidité.
- Infection.

Cheville (5)

- Arthrodèse périphérique chez une femme de 55 ans pour des troubles statiques de la cheville avec varus équin fixé douloureux. Désunion, infection associée aux soins, reprise. Evolution longue mais favorable.
- Ligamentoplastie chez un homme de 28 ans pour entorse grave. Infection d'abord superficielle suivie par un orthopédiste, puis prise en charge par un autre chirurgien pour infection profonde justifiant l'excision d'un trajet fistuleux. Prise en charge contestée.
- Ligamentoplastie pour entorse récidivante chez un homme de 35 ans. Douleurs persistantes.
- Ligamentoplastie pour instabilité sur entorse multirécidivante chez une femme de 42 ans. Apparition tardive d'une atteinte sensitive tronculaire du nerf sural, trois à quatre mois après l'intervention (étiologie ?).
- Prise en charge secondaire d'une fracture de luxation de la cheville, plusieurs jours après sa réduction dans un autre centre. Excoriation cutanée et surcharge pondérale, ostéosynthèse compliquée d'une infection. Ablation du matériel, évolution favorable.

Pied (12)

- Hallux valgus (5)

Dont :

- Intervention chez un homme de 56 ans sur pied creux. Ré-intervention pour rupture du redon. Aggravation fonctionnelle nécessitant une reprise avec mauvais résultat.
- Arthrodèse métacarpophalangienne (douleurs après chirurgie de l'hallux valgus dix ans auparavant). Non consolidation.
- Chez une femme de 56 ans, intervention compliquée d'une infection. Douleurs et gêne fonctionnelle.
- Opération de Scarf sans interposition de matériel chez une femme de 55 ans. Déplacement, reprise et pseudarthrose. Reprise et échec.

- Tendon d'Achille (3)

- Plastie du tendon chez un homme de 50 ans pour une rupture tendineuse sur maladie de Haglund. Infection, gêne fonctionnelle et douleurs.
- Chirurgie pour tendinite nodulaire chez une femme de 43 ans. Infection.
- Tendinoplastie achilléenne chez un sportif (course à pied)

de 45 ans (synovectomie, résection d'un angle du calcanéum). Reprise pour mauvais résultat, compliquée d'un hématome surinfecté avec plaie nécrotique. Arrêt de travail prolongé pendant deux ans. Rupture achilléenne.

- Arthroscopie thérapeutique (1)

- Chez une danseuse professionnelle de 25 ans pour conflit postérieur bilatéral, après information. Lésion du nerf tibial postérieur. Changement professionnel (la patiente avait été traitée sans succès pour un syndrome de la queue de l'astragale).

- Ostéosynthèse (1)

- Pour une fracture bilatérale du calcanéum, chez un homme de 36 ans. Infection, évolution favorable.

- Arthrodèse (2)

- Arthrodèse partielle chez une femme de 28 ans pour une luxation/fracture de l'articulation de Lisfranc négligée depuis un mois. Mauvais résultat, reprise chirurgicale à deux ans avec persistance de douleurs.
- Dystrophie unguéale du gros orteil d'allure vasculaire chez une tabagique de 50 ans, opérée à deux reprises. Ostéite P2 d'origine infectieuse (rôle d'une infiltration ?). Mauvais résultat et nécessité d'une chirurgie pour Morton du 2^{ème} et 3^{ème} rayon.

Autres chirurgies du membre inférieur (5)

- Divers (2)

- Prise en charge d'un patient présentant une fracture ouverte ancienne infectée. Brûlure cutanée lors de l'extraction du clou, justifiant une excision cutanée.
- Exérèse d'un schwannome siégeant dans le tronc du nerf fémoral commun au prix d'une paralysie du SPE chez un patient de 46 ans. Récupération progressive mais retentissement professionnel.

- Fracture (3)

- Fracture fermée et modérément déplacée du tibia chez un patient de 32 ans, travailleur manuel. Ostéosynthèse avec enclouage verrouillé. Paralysie du SPE postopératoire précoce, sans syndrome de loge. Récupération partielle. Incidence professionnelle.
- Ablation du matériel d'ostéosynthèse posé vingt-cinq ans auparavant, à l'âge de 14 ans, pour un fracas du bassin et du fémur. Douleurs et coxarthrose débutante, parésie du moyen fessier non régressive.
- Ostéotomie fémorale pour fracture fémorale avec cal vicieux. Évolution favorable mais ostéite tardive.

NEUROCHIRURGIE ET CHIRURGIE DU RACHIS (28)

■ Rachis (24)

Complication (5)

- Patient de 71 ans, opéré cinq ans auparavant d'un spondylolisthésis L3-L4. Sténose canalaire L4-L5 sous-jacente à l'arthrodèse avec cruralgie invalidante. Lamino arthrectomie,

syndrome de la queue de cheval postopératoire sans hématome (étiologie ?) puis septicémie sur infection d'un cathéter et embolie pulmonaire.

- Arthrodèse rachidienne L5-S1 chez un patient de 37 ans, travailleur manuel, pour une lombosciatalgie aiguë sur anté-lithésis. Découverte peropératoire d'un lipome lombosacré. Hémorragie importante, mise en place d'une cage inter somatique. Fistule de LCR traitée par blood patch puis reprise opératoire. Il est reproché l'absence d'IRM préopératoire et de clichés dynamiques. Persistance de troubles sphinctériens.
- Patiente de 55 ans (polypathologie et obésité), opérée deux ans auparavant d'une cyphoscoliose dégénérative avec arthrodèse T12-S1. Apparition d'un déficit moteur d'un membre inférieur justifiant une ré-intervention pour sténose majeure du canal lombaire sur cyphose jonctionnelle T11-T12 (avec une vis d'arthrodèse débordant en intracanalair). Décompression, ablation du matériel d'ostéosynthèse, arthrodèse T6-S1. Reprise le jour même pour volumineux hématome compressif. Persistance d'une paraplégie incomplète avec troubles vésico sphinctériens.
- Chirurgie discovertébrale sans interposition de matériel pour lombosciatique avec claudication médullaire chez un patient de 60 ans, compliquée d'un syndrome de la queue de cheval. Reprise mais persistance de séquelles majeures. Mise en cause systématique.
- Arthrodèse rachidienne lombaire avec ostéosynthèse par cage pour spondylolisthésis avec instabilité vertébrale chez un homme de 47 ans. Rupture de matériel implanté, déplacement constaté un an plus tard.

Infection nosocomiale (7)

Nécessitant l'ablation du matériel et des soins prolongés (3 cas), sans interposition de matériel. Infection traitée par ré-intervention et antibiothérapie (1). Dans un cas, il s'agit d'une spondylodiscite à propioni bacterium.

Exemples :

- Arthrodèse. A J 10, fièvre à 40°C. Écoulement se tarissant avec une antibiothérapie. Consultations de suivi avec bilans biologiques (CRP et VS élevées mais infections urinaires). Diagnostic tardif, un an après l'intervention, d'une infection persistante lors de la désarthrodèse (dans un autre centre).
- Infection considérée d'abord comme superficielle, chez une femme de 28 ans. Puis intervention de mise à plat avec antibiothérapie prolongée. Poursuite de l'infection nécessitant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, environ deux mois après l'intervention initiale.
- Spondylodiscite après chirurgie de hernie discale, traitée par une antibiothérapie à large spectre, sans preuve bactériologique.

Mauvais résultat (9)

Dont :

- Arthrodèse L5-S1 pour sciatique traînante chez un patient de 32 ans. Suites anormalement douloureuses et constat d'une vis mal positionnée d'un côté, et d'un déplacement de la cage inter somatique. Reprise chirurgicale par autre opérateur.
- Résultats insuffisants d'une discectomie sans interposition de matériel (3) : dans un cas, pas de reprise professionnelle chez un maçon de 55 ans ; dans un autre cas, reprise par un autre chirurgien ; dans un dernier cas, alors que le patient

était opéré d'une cruralgie déficitaire, existence d'une récidive précoce nécessitant une ré-intervention sans succès et une arthrodesse à distance par un autre praticien, avec persistance de douleurs et déficit crural chez un patient de 49 ans.

- Intervention sur sténose canalaire puis hernie discale. Echec thérapeutique, persistance de douleurs et de signes neurologiques déficitaires.
- Patient opéré d'une sténose du canal lombaire puis d'une hernie discale. Echec thérapeutique.
- Ostéosynthèse + greffe pour spondylolisthésis chez un patient de 58 ans. Persistance de douleurs permanentes et préjudice professionnel.
- Mise en place de prothèse discale cervicale et décompression à deux étages (C3-C4-C5) pour cervicalgie avec irradiation chez une patiente de 56 ans. Echec, arthrodesse par confrère, nouvel échec. Amélioration incomplète par thermocoagulation ultérieure du nerf d'Arnold.

- Prise en charge (3)

- Mise en cause systématique par un patient de 41 ans, du fait de la survenue d'une embolie pulmonaire à distance de l'opération de hernie discale lombaire. Un sociétaire anesthesiste est également mis en cause.
- Préconisation d'une infiltration intra durale chez un patient de 48 ans, ayant déjà subi une chirurgie lombaire. Réalisation par un autre praticien et infection. Arthrite septique de hanche quarante jours plus tard. Pas de lien entre les gestes.
- Prescription d'une sacroradiculographie pour mauvais résultat d'une arthrodesse lombaire par un confrère. Méningite à staphylocoque (de diagnostic retardé). L'intervention précédente avait également été compliquée d'une infection de la plaie (avec méningite ?) également à staphylocoque. Décès.

Chirurgie de tumeur cérébrale (2)

- Méningiome de l'angle ponto cérébelleux chez un patient de 65 ans, hypertendu. Dissection assez hémorragique mais intervention semble-t-il sans problème. Quatre jours plus tard, hématome du foyer opératoire et intra ventriculaire. Séquelles neurologiques importantes.
- Méningiome en plaque sur une dysplasie fibreuse très infiltrante d'un héli crâne. Exérèse partielle. Diagnostic final d'ostéome réactionnel à une méningiomatose. Il est reproché une erreur diagnostique et les complications infectieuses tardives, dont on ignore les modalités de prise en charge par un confrère.

Divers (2)

- Patient de 53 ans, vu en consultation pour lombalgies aiguës sur spondylolisthésis. Traitement corticoïde prescrit par le généraliste. Indication opératoire réfutée. Diagnostic de septicémie trois jours plus tard. Endocardite sur valvulopathie connue, décès.
- Famille d'une patiente atteinte d'un cancer métastatique avec compression médullaire cervicale, mécontente de la prise en charge. Problème relationnel.

CHIRURGIE UROLOGIQUE (34)

■ Conduite diagnostique (4)

- Cystoscopie (normale) dans un contexte d'infection urinaire, après cure d'incontinence urinaire avec interposition de matériel par un confrère. Il est reproché le retard diagnostique de six mois d'une fistule vésico vaginale justifiant

l'ablation de la bandelette (compliquée d'une nouvelle fistule, traitée par une troisième équipe).

- Confirmation du diagnostic erroné d'orchite épидидymite posé par urgentiste chez un patient de 32 ans, ayant consulté pour des douleurs testiculaires l'ayant réveillé à 6 h 00 du matin. Echographie en milieu d'après-midi. Nécrose du testicule due à une torsion du cordon spermatique.
- Cystoscopie confirmant une fistule vésico vaginale chez une patiente de 40 ans, opérée d'une hystérectomie totale par un confrère. Mise en cause systématique.
- Classement de frottis urinaires pathologiques, sans que le praticien ne soit informé du résultat qui montrait des atypies de haut grade. Tumeur maligne vésicale diagnostiquée trois ans plus tard. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.

■ Conduite thérapeutique (11)

Lithiase (6)

- Lithiase urinaire avec rupture du fornix, responsable d'un urinome chez une patiente de 69 ans, dénutrie, hospitalisée dans un contexte de pyélonéphrite. Pose de sonde JJ, drainage, traitement d'une hypothyroïdie sévère, d'une confusion mentale révélatrice d'accidents vasculaires cérébraux sur une hypertension artérielle méconnue. Fistulisation et abcès du psoas avec choc septique. Décès avant la néphrectomie projetée.
- Lithiase urinaire persistante après montée de sonde JJ chez une femme de 27 ans. Découverte d'une duplicité urétérale incomplète. Montée de deuxième sonde compliquée de sepsis. Evolution favorable.
- Colique néphrétique traitée par anti inflammatoires chez une femme de 59 ans. Survenue d'un pic fébrile en cours d'hospitalisation. Antibiothérapie probabiliste dans l'attente des résultats. Choc septique, échec de la néphrostomie percutanée et de la montée de JJ, drainage urinaire par laparotomie. Il est reproché un retard à une prise en charge adaptée.
- Lithiase rénale et urinaire bilatérale récidivante, secondaire à une fibrose post radiothérapie d'un cancer utérin. Traitement par plusieurs procédés (urétéroscopie, lithotritie extra corporelle, JJ...). Destruction rénale unilatérale, que la patiente attribue à l'ablation de la sonde JJ qu'elle ne supportait plus.
- Lithiase urinaire unilatérale obstructive chez un patient de 52 ans, opéré à de multiples reprises pour un syndrome de la jonction pyélo urétérale. Sonde JJ posée après lithotripsie et mal supportée. Néphrolitotomie percutanée convertie en laparotomie. Persistance de douleurs et d'un syndrome dépressif majeur, avec perte d'emploi.
- Lithiase urinaire pyélo urétérale volumineuse chez un patient de 45 ans. Ablation par urétéroscopie après lithotritie. Perforation instrumentale prise en charge par équipe référente, réalisant une anastomose urétérale aux suites compliquées.

Divers (3)

- Deuxième épisode de rétention aiguë d'urines en quatre ans sur adénome prostatique, chez un patient de 71 ans, porteur d'une dérivation par cathéter sus pubien. Conseil de reconsulter son urologue habituel et d'accepter la chirurgie, jusque-là refusée. Il est reproché l'absence de changement du cathéter « mal fixé », ce qui est contesté.
- Douleurs attribuées à un moignon spermatique restant après castration bilatérale appareillée, suite à une chirurgie de varicocèle. Chirurgie après mûre réflexion. Absence d'amélioration.

- Endoscopie vésicale pour pollakiurie chez une patiente de 80 ans. Syndrome septique le soir même et spondylodiscite lombaire. Imputabilité ?

Cancer (2)

- Changement de sonde JJ chez une patiente de 82 ans, aux antécédents de tumeur rénale maligne et d'insuffisance rénale chronique. Dégradation quinze jours plus tard, révélant une infection à E-coli multi résistante. Hospitalisation en réanimation et décès.
- Décision d'une chimiothérapie lors d'une réunion RCP chez un patient de 27 ans, opéré d'une orchidectomie pour séminome. Résultat adressé au médecin traitant. Patient non prévenu et revu un an plus tard avec métastases ganglionnaires.

■ Complications chirurgicales (15)

Chirurgie vésico prostatique (10)

- Biopsie (1)

- Biopsie prostatique sans problème pour une hématurie avec élévation des PSA, en ambulatoire. Patient revenu le soir même aux urgences, avec diagnostic d'une double perforation du grêle.

- Résection du col (1)

- Résection trans urétrale du col pour dysurie sévère bien explorée, innocentant la prostate chez un homme de 42 ans. Après amélioration pendant plusieurs mois, récurrence et constatation d'une sclérose et d'une saillie prostatique. Reprise différée du fait d'une thrombopénie liée à un traitement antiviral pour hépatite C, découverte à l'occasion de la chirurgie.

- Chirurgie prostatique (5)

- Adénomectomie par voie haute chez un homme de 51 ans. Sclérose du col avec rétention urinaire justifiant un cathéter sus pubien. Puis cystographie pratiquée dans un autre centre, compliquée d'orchite épидидymite avec fonte testiculaire justifiant une castration. Traitement ultérieur de la sclérose du col par urologue, mais persistance de troubles sexuels (éjaculation rétrograde).
- Prostatectomie avec curage ganglionnaire par laparotomie chez un homme de 53 ans, compliquée d'une fistule rectale immédiatement reconnue et traitée par un chirurgien digestif. Evolution favorable, malgré quelques difficultés postopératoires. Persistance d'une incontinence urinaire incomplète et de troubles sexuels.
- Prostatectomie coelioscopique et curage bilatéral chez un patient de 57 ans, après signature d'un consentement et avis RCP. Collection abdominale drainée par ponction, sténose de l'anastomose uréthro vésicale et incontinence. Il est reproché un défaut d'information.
- Prostatectomie radicale sans difficulté, décidée par le patient de 55 ans après plusieurs avis. Sténose urinaire uréthro et incontinence urinaire d'effort, aboutissant à la pose d'un sphincter artificiel par un confrère. Il est reproché une erreur technique.

- Prostatectomie radicale compliquée d'une péritonite par fistule uréthro urinaire chez un homme de 69 ans. Perforation sigmoïdienne lors de la réimplantation uréthro urinaire, puis sténose de l'anastomose (après radiothérapie).

- Chirurgie vésicale (3)

- Cystoprostatectomie par laparotomie avec dérivation urinaire (Bricker) après consentement très éclairé chez un patient de 58 ans, pour carcinome urothélial infiltrant avec envahissement. Curage difficile, sepsis après tentative d'ablation de la sonde réno-uréthro urinaire, néphrostomie percutanée, puis lâchage de l'anastomose digestive. Ré-intervention à l'hôpital. Décès.
- Cystoprostatectomie par laparotomie et Bricker pour carcinome urothélial chez un patient de 64 ans, compliquée d'occlusion du grêle par incarceration d'anses dans la loge de cystectomie sur lâchage de péritonisation. Choc septique et complications neurologiques.
- Exérèse endoscopique d'un carcinome papillaire urothélial chez une femme de 41 ans, puis découverte d'une tumeur papillaire du bassin (néphrectomie par laparotomie sans curage). Douleurs neuropathiques (atteinte du nerf fémoro cutané). Décision de surveillance. Métastases multiples un an après l'intervention.

Chirurgie de prolapsus (4)

- Pose de bandelette TVT pour incontinence urinaire chez une patiente de 46 ans se plaignant de névralgie génito crurale rebelle.
- Cure de rectocèle et hystérectomie subtotale par voie vaginale pour adénomyose utérine chez une patiente de 47 ans. Ré-hospitalisation cinq jours après la sortie pour douleurs. Antibiothérapie probabiliste après bilan. Evolution apparemment favorable, mais ré-hospitalisation dans un autre établissement pour perforation d'un diverticule sigmoïdien fistulisé sur la tranche de section vaginale, complication en fait intercurrente.
- Cure d'un prolapsus génital chez une femme de 63 ans par voie mixte avec promontofixation, annexectomie et myorrhaphie postérieure. Occlusion du grêle postopératoire sur un champ oublié, justifiant une ré-intervention.
- Mise en place de bandelette TOT et promontofixation par un autre opérateur pour incontinence urinaire et prolapsus génital chez une patiente de 59 ans. Rétention urinaire et anorectale ne cédant pas à la section de la bandelette. Nécessité de la poursuite des autosondages urinaires.

Divers (1)

- Uréthoplastie pour hypospadias postérieur chez un enfant de 2 ans. Sténose uréthro urinaire, dilatations puis nouvelle uréthoplastie par un confrère.

■ Complication anesthésique (4)

- Difficulté d'intubation imprévue chez un patient de 54 ans lors d'une cystectomie. Trachéotomie atypique. Transfert, arrêt cardiorespiratoire récupéré. Graves séquelles neurologiques. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Troubles du rythme ventriculaire à l'origine d'un arrêt cardiaque et du décès d'un enfant de 2 ans, opéré d'une prostatectomie.

- Analgésie péridurale en postopératoire après prostatectomie radicale par voie haute sous anesthésie générale chez un patient de 57 ans. Déficit complet d'un membre inférieur en postopératoire avec séquelles. Neurotoxicité de la Naropéine® évoquée.
- Complication d'une voie centrale (pleurésie) posée lors d'une chirurgie vésico prostatique chez un patient de 80 ans.



Les **169** chirurgiens plasticiens sociétaires de la MACSF ont adressé **34** déclarations (**31** libéraux et **3** en activité privée du secteur public) : **9** procédures civiles, **23** réclamations et **2** saisines d'une CCI.

■ Chirurgie mammaire (13)

Prothèses PIP (5)

- Bon résultat esthétique pour hypotrophie mammaire chez une femme de 36 ans, avec rupture redoutée suite à l'alerte et changement demandé.
- Résultat esthétique non satisfaisant, notamment du fait d'un amaigrissement, d'une prothèse pour ptôse mammaire majeure moins de deux mois après un troisième accouchement. Pas de détérioration, ni de rupture.
- Rupture de matériel implanté avec fuite de silicone décelée à une consultation avec échographie chez une femme de 34 ans. Ablation des prothèses.
- Rupture de matériel implanté chez une femme de 33 ans, découverte du fait d'une adénopathie confirmée par l'IRM (granulome inflammatoire).
- Résultat esthétique non satisfaisant du fait d'un problème de coques. Reprise des prothèses datant de quinze ans.

Infection (2)

- Infection bien prise en charge après mammoplastie de réduction. Rançon cicatricielle.
- Infection après mammoplastie chez une femme de 56 ans. Ablation des prothèses.

Résultat inesthétique (4)

- Survenue d'un hématome. Evacuation laissant persister une asymétrie résiduelle chez une femme de 26 ans.
- Micro perforation de la prothèse en silicone à l'origine d'une coque prothétique, chez une patiente de 43 ans déjà opérée de plastie abdominale. Il est reproché le défaut d'information et une cicatrice vicieuse dans des zones de lipoaspiration.
- Saillie de l'implant après pose d'implant siliconé par voie axillaire en position rétro pectorale chez une femme de 31 ans. Changement de prothèse par voie sous mammaire proposé.

- Hernie musculaire et saillie de la prothèse après plastie mammaire par voie axillaire en rétro pectoral chez une femme de 38 ans. Tentative de réparation avec plaque résorbable. Récidive.

Posture (2)

- Déficit neurologique transitoire des deux membres supérieurs chez une femme de 42 ans, installée les bras en croix. Régression totale et rapide d'un côté, persistance de douleurs neuropathiques de l'autre, avec gêne fonctionnelle. Complication posturale ? (EMG et IRM normaux). Installation conforme sans abduction forcée, les membres supérieurs reposant sur des gels de silicone.
- Paralysie radiale chez une patiente de 43 ans atteinte d'une sclérose en plaques. Régression progressive et totale.

■ Abdominoplastie (4)

- Collection paramédiane abdominale chez une femme de 45 ans après abdominoplastie pour obésité morbide et abdomen pendulum. Suivi de qualité et bonne évolution de la cicatrisation dirigée avec séances de caisson hyperbare.
- Occlusion du grêle sur perforation iléale (mécanisme ?) chez une patiente de 46 ans ayant subi une dermolipéctomie (et liposuccion des hanches). Suture digestive et guérison après suppuration pariétale.
- Résultat esthétique non satisfaisant et petite nécrose cutanée suite à une plastie abdominale a minima avec liposuccion chez une femme de 28 ans.
- Désunion cicatricielle après dermolipéctomie chez une patiente de 34 ans, obèse. Infection (tabagisme). Elle se plaint également des résultats inesthétiques de la pose des prothèses mammaires.

■ Lipo-aspiration abdominale (1)

- Péritonite par perforation du grêle après lipoaspiration chez une femme de 40 ans. Douleur abdominale dès le retour du bloc. Sortie mais appel téléphonique le lendemain. Propos rassurant, rendez-vous à cinq jours.

■ Rhinoplastie (4)

- Résultat esthétique insatisfaisant (2).
- Problème de cicatrisation chez un homme de 37 ans anxio-dépressif. Rhinoplastie après un an de réflexion. Reprise par un autre chirurgien. Insatisfaction persistante.
- Rhinoplastie esthétique. Convulsions en fin d'intervention avec arrêt cardiorespiratoire rapidement résolutif chez un patient de 29 ans. Surdosage des anesthésiques locaux (dont mèches de xylocaïne). Fracture fermée des côtes après massage cardiaque et troubles psychosomatiques mineurs.

■ Blépharoplastie (1)

- Insatisfaction du résultat chez une femme de 55 ans ayant subi une blépharoplastie des quatre paupières. Extériorisation d'un fil. Reprise par un confrère.

■ Lifting (5)

- Lifting médio facial chez un patient de 35 ans selon la technique de Bezin. Ectropion. Plusieurs interventions par différents opérateurs avant succès final.
- Résultat esthétique non satisfaisant chez une patiente de 52 ans.
- Nécrose cutanée, secondairement infectée, après lifting cervicofacial en temporo jugulo cervical avec lipoaspiration sous-mentale chez une patiente de 52 ans, tabagique. Excision et cicatrisation dirigée. Séquelle esthétique indiscutable.
- Petit hématome cervical et insatisfaction chez une femme de 61 ans. Reprise envisagée mais refusée.
- Insatisfaction de la remise en tension des régions malaires chez un patient de 66 ans aux antécédents de blépharoplastie dix ans auparavant (de résultat contesté), et d'injections de corticoïdes locaux pour œdème bilatéral des régions malaires avec atrophie sous cutanée.

■ Autres gestes techniques (3)

- Résultat esthétique non satisfaisant d'une dermolipéctomie des membres, lifting des bras, lipoaspiration abdominale/hanches chez un patient de 29 ans après une cure d'amaigrissement pour obésité.
- Infection après pose de prothèses glutéales chez une patiente de 59 ans. Ablation des prothèses trois mois plus tard.
- Résultat esthétique non satisfaisant chez une patiente de 45 ans, aux antécédents de lipoaspiration, de chirurgie mammaire, d'injections de produit de comblement au niveau du visage (en procès avec son chirurgien), venue pour lipoaspiration des cuisses, bras et abdomen pour relâchement cutané après amaigrissement important. Aspect en tôle ondulée et reproche au chirurgien d'avoir été désagréable et en retard !

■ Divers (2)

- Chirurgie d'un carcinome basocellulaire de l'aile du nez traité par cryothérapie (un sociétaire dermatologue est également mis en cause) sans biopsie, avec retard diagnostique chez une femme de 48 ans. Douleurs neurologiques de type causalgique après greffe cutanée.
- Homme de 57 ans souffrant de malformation congénitale avec un thorax en entonnoir déjà opéré. Long délai de réflexion. Résultat non satisfaisant d'un implant en silastic. Ré-intervention par un confrère.

■ Organisation (1)

- Pièce opératoire non adressée à l'anatomopathologiste (tumeur maligne du sein chez une patiente de 62 ans, cancer intra canalaire à la biopsie). Mammectomie par premier opérateur puis reconstruction mammaire immédiate avec prothèse rétro pectorale. Récidive ganglionnaire à deux ans, curage et chimiothérapie. Un sociétaire chirurgien viscéral et un sociétaire radiothérapeute sont également mis en cause.

DERMATOLOGIE

Les 2 308 sociétaires dermatologues de la MACSF ont adressé 67 déclarations (dont 66 en exercice libéral et 1 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de 3,2% (contre 3,6 % en 2010) : 7 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 48 réclamations et 6 saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (4)

- Diagnostic de gale porté après deux mois de suivi et trois consultations chez un enfant de 4 ans présentant des lésions cutanées évocatrices d'un eczéma atopique sur terrain prédisposé.
- Diagnostic histologique erroné de bénignité d'un naevus biopsié chez un patient de 37 ans. Evocation clinique de son caractère suspect et demande de suivi à un an. Patient non revu. Mélanome superficiel de type IV avec Breslow à 1,1 mm à la relecture des lames, dix-huit mois plus tard, alors qu'un ganglion est envahi. Un sociétaire anatomopathologiste est également mis en cause.
- Diagnostic d'hyperplasie mélanocytaire atypique intra épithéliale sur un naevus prélevé dans la région dorsale, chez une patiente de 62 ans en surveillance régulière (maladie de Bowen). Un autre naevus est laissé en place. Modification à un an. Exérèse complète d'un mélanome de type SSM de niveau III avec indice de Breslow à 2,5 mm. Ganglion sentinelle négatif.
- Retard diagnostique de quelques mois d'un cancer pulmonaire révélé par un hippocratisme digital non repéré lors de la prise en charge d'un eczéma des mains chez une femme de 52 ans.

■ Conduite thérapeutique (12)

- Prise en charge de lésions palmaires de dysidrose chez un plombier de 36 ans par un traitement local, puis des ionophorèses mal supportées du fait de l'hypersudation. Puis traitement d'un eczéma aigu confirmé à la biopsie. Il est reproché globalement la prise en charge et la non déclaration en maladie professionnelle, alors qu'il est en fait sans emploi depuis plusieurs années. Deux sociétaires dermatologues sont mis en cause.
- Pratique d'une biopsie exérèse de deux naevi chez une patiente de 30 ans, à la demande d'un confrère dermatologue. Naevus considéré comme bénin par l'anatomopathologiste.

Mélanome malin fulminant multimétastasé entraînant le décès sept mois plus tard. Reproche ?

- Prise en charge, chez une diabétique artéritique de 59 ans, d'une mycose interdigitale puis d'une « brûlure » suite à une automédication intempestive sur le pied, évoluant vers une nécrose infectée et aboutissant à l'amputation transméatarsienne malgré un pontage ilio poplité. Patiente indisciplinée. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.
- Prise en charge en cours d'hospitalisation d'un pied diabétique avec un ulcère surinfecté sur un terrain d'artériopathie chez un patient de 66 ans. Amputation à mi-cuisse. Il est reproché au médecin référent de ne pas s'être entouré d'une concertation médicale pluridisciplinaire. Un sociétaire endocrinologue est également mis en cause.
- Prescription de Daivobet® en gel après avoir porté le diagnostic de psoriasis en goutte. A la lecture de la notice du médicament, le patient constate que ce traitement est contre-indiqué dans cette affection.
- La famille d'une jeune femme de 21 ans, décédée d'une autolyse, reproche la prescription d'isotrétinoïne pour acné alors qu'elle aurait présenté des antécédents psychiatriques.
- Douze ans après la prescription d'isotrétinoïne pendant cinq mois, un patient de 30 ans se plaint de multiples effets secondaires et du déclenchement d'un état dépressif, avec deux tentatives d'autolyse.
- La famille d'une patiente de 20 ans, décédée d'une embolie pulmonaire dans des circonstances inconnues, reproche la prescription d'une contraception orale par Diane 35® dans un contexte d'acné.
- Prise en charge d'une dermatose du visage et des membres (peau noire) chez une femme de 44 ans, coiffeuse, insatisfaite du résultat. Séquelles esthétiques.
- Une patiente attribue une alopécie, en fait de nature androgénique, aux différents traitements de son acné rosacée.
- Mise en cause de nombreux praticiens par la famille d'une patiente de 36 ans, après une autolyse, qui attribue à la réalisation d'un laser à visée esthétique de la face la survenue de douleurs invalidantes endobuccales et dentaires. La prise en charge par un chirurgien dentiste pour des douleurs de l'hémi-mâchoire a débuté deux ans après le laser.

■ Acte esthétique/thérapeutique (45)

Laser épilatoire (15)

Quelle que soit la technique, les accidents survenus sont des brûlures et des cicatrices inesthétiques, parfois des douleurs en cours de séance. Certains patients contestent l'information reçue.

A l'origine de certains de ces accidents de brûlure ont été évoqués des tirs trop concentrés, l'utilisation d'un matériel prêté par une société de maintenance, l'utilisation d'un laser revenant de l'atelier avec un paramétrage de la pièce à main en fait différent, l'utilisation du laser pour la première fois, ou encore, pendant une séance d'épilation pubienne sous anesthésie locale par xylocaïne adrénalinée, du fait de l'échec de l'Emla® lors de la séance précédente. Dans un autre cas, la brûlure est survenue alors que l'intensité, lors de la 4^{ème} séance, avait été augmentée à 20 joules pour le traitement d'une pilosité abdominale.

Laser (8)

- Pour acné (1)

- Acné mixte modérée, chez une femme refusant la contraception, avec précautions d'usage et après information. Hyper pigmentation séquellaire.

- Laser pour couperose (4)

- Laser KTP. Au bout d'une séance, œdème et décollement cutané.
- Cicatrice.
- Laser vasculaire. Après une première séance sans problème et à même puissance, constat dès le début de la 2^{ème} séance d'un surdosage. Pièce à main de dépannage.
- Laser KTP. 2^{ème} séance arrêtée pour sensation de brûlure immédiate. Cicatrice disgracieuse.

- Radiofréquence et lumière pulsée (1)

- Pour couperose. Après le paramétrage de l'appareil lors de la première séance, le dermatologue laisse place à l'assistante qui constate une réaction anormale et diminue la puissance de la lumière pulsée.

- Télangiectasies (1)

- Laser vasculaire pour télangiectasies de la face interne des genoux, non améliorées par des scléroses chez une femme de 42 ans. Brûlure du 2^{ème} degré profond, bien que l'intensité ait été réglée selon la norme.

- Héliodermie (1)

- Lésions actiniques de la tempe et du front traitées par azote liquide et lampe flash, dont l'intensité a été diminuée en cours de séance du fait « d'une peau grise » chez une femme de 62 ans. Brûlure du 2^{ème} degré superficielle.

Injection pour comblement de rides (8)

- Acide hyaluronique (6)

- Surcorrection avec asymétrie, qui persisterait six ans plus tard. Il est reproché l'absence d'information et de devis.
- Surinfection locale chez un patient de 53 ans, après des injections dans le sillon naso génien sous anesthésie endobuccale tronculaire à la xylocaïne, également responsable d'une ulcération buccale.
- Mauvais résultat d'un comblement associé à un peeling, chez une patiente de 39 ans.
- Repulpage des lèvres et traitement des ridules de la lèvre supérieure chez une patiente de 57 ans. Mécontentement du résultat et de la réaction locale initiale, pourtant normale. Nodules dans la lèvre, œdème et hématome.
- Légère asymétrie des lèvres, persistante à un an chez une femme de 44 ans. Retouche, réaction locale importante avec paresthésies de l'hémi-lèvre.
- Réaction inflammatoire, étiquetée sans preuve « staphylococcie » par le médecin généraliste.

- Toxine botulique (1)

- Mécontentement.

- Injection de radieuse (1)

- Léger surdosage sous orbitaire et « migration » du produit, chez une femme de 69 ans.

Peeling (4)

- Avec réaction locale importante (2).
- Peeling chimique d'une cicatrice du menton, suivi de rougeurs et de douleurs persistantes chez une patiente de 27 ans.
- Injures de la part d'un patient de 18 ans, mécontent des résultats d'un test de dermabrasion sur des cicatrices profondes du visage et exigeant le remboursement des frais.

Actes esthétiques divers (6)

- Une patiente de 35 ans est mécontente du laser dépilatoire, du KTP pour sa couperose et d'injections de botox dans une ride inter sourcilière persistante.
- Laser fractionné pour ridule du visage et du cou chez une patiente de 57 ans. Brûlure superficielle. La patiente déclare ne pas avoir été informée.
- Patient de 29 ans ayant des cicatrices d'acné, des antécédents de dermabrasion, d'injections d'acide polylactique suivies de pigmentation. Relissage laser pour des cicatrices d'acné ne donnant pas un résultat satisfaisant, avec une réaction locale inflammatoire. Comblement par New feel® par un autre médecin.
- Séance de lampe flash pour une dermatose mixte du visage ancienne, résistante aux traitements topiques. Amélioration de la rosacée et de la couperose, mais persistance d'une dermatite séborrhéique. La patiente exige le remboursement des séances. Information signée.
- Cryothérapie et crème dépigmentante pour un traitement de mélasma du visage, évoluant depuis plusieurs années chez une patiente de 35 ans. Insatisfaction.
- Patiente mécontente d'une repulpation des lèvres par une injection de Juvéderm® avec réaction locale et hyperpigmentation.

Puvathérapie (2)

- Mauvais réglage de l'appareil lors d'une première séance chez une patiente de 39 ans. Brûlure du premier degré.
- Brûlure chez un patient de 53 ans. Appareil défectueux ?

Cryothérapie pour verrue (1)

- Verrue péri unguéale de l'index résistant au traitement usuel chez un patient de 18 ans. Electrocoagulation et curetage sous anesthésie locale. Absence de repousse de l'ongle et bourrelet péri unguéal antérieur. Demande de prothèse unguéale.

Chirurgie (1)

- Chirurgie sous anesthésie locale d'un ongle incarné, chez un patient de 29 ans. Avulsion et phénolisation. Retard de cicatrisation avec nécrose locale nécessitant une excision chirurgicale.

■ Iatrogénie médicamenteuse (1)

- Prescription de Médiator® chez une obèse (BMI supérieur à 32) avec hypertriglycéridémie.

■ Organisation (1)

- Patient d'âge non précisé, se présentant sans rendez-vous pour une dermatose prurigineuse sur les conseils d'un médecin généraliste vu six jours plus tôt. Refus de consultation devant l'absence d'urgence et rendez-vous ultérieur proposé. Le patient a porté plainte le jour même au Conseil de l'Ordre pour refus de soins.

■ Chute (2)

- Chute d'un tabouret à roulettes en s'asseyant. Fracture du sacrum chez une patiente de 80 ans.

- Malaise vagal d'une patiente de 26 ans après exérèse d'une lésion cutanée sous anesthésie locale. Fracture luxation C4-C5 du rachis cervical traitée par arthrodèse avec greffe. Évolution favorable.

■ Divers (2)

Dont :

- Praticien mis en cause du fait de l'inclusion contestée d'un patient dans un protocole thérapeutique de phase 3. Méconnaissance d'une contre indication. Polyalgies durables.



Les sociétaires endocrinologues de la MACSF ont adressé 20 déclarations (19 en exercice libéral et 1 en activité privée du secteur public) : 5 plaintes pénales, 6 procédures civiles, 6 réclamations et 3 saisines d'une CCI.

■ Iatrogénie (17)

- Prescription à visée amaigrissante de produits illicites (5) dont la thyroxine. Conséquences inconnues dans deux cas, mineures et temporaires dans deux autres cas, hyperthyroïdie dans un cas.
- Prescription alléguée ou réelle de Mediator® (12) ou renouvellement de l'ordonnance pour des durées variables (maximum deux ans) chez des patient(e)s en surpoids ou obèses, diabétiques ou souffrant de troubles lipidiques (au moins 7), dont au moins 5 cas de valvulopathies, dont l'imputabilité est à préciser.

■ Prise en charge (3)

- Avis ponctuel pour équilibrage d'un diabète chez un insuffisant rénal en postopératoire. Décompensation ultérieure et décès (infection postopératoire).
- Avis pour diabète déséquilibré chez une patiente de 66 ans. Ulcère de jambe infecté et artériopathie. Évolution vers la gangrène et amputation. Un sociétaire dermatologue est également mis en cause.
- Conseil de la réalisation d'une chirurgie pour obésité résistante à la gastroplastie. Sténose œsophagienne après réalisation d'un by pass.



Les **1 148** obstétriciens et les **2 008** gynécologues médicaux ou obstétriciens n'assurant que le suivi de grossesse, sociétaires de la MACSF ont adressé **77** déclarations (**63** en exercice libéral, **6** en activité privée du secteur public et **8** salariés) : **2** plaintes pénales, **10** plaintes ordinaires, **27** procédures civiles, **24** réclamations et **14** saisines d'une CCI.

■ Obstétrique (12)

Suivi de grossesse (7)

- Prescription d'un dépistage sérique anténatal, mais réalisé trop tardivement par manque de coordination avec la patiente en raison des congés d'été. Notion de risque de trisomie 21 accru. Décision finale d'une amniocentèse (normale). Légitime anxiété pendant une période d'incertitude.
- Risque de trisomie sur marqueur sérique élevé chez une femme de 38 ans. Réalisation d'une amniocentèse à 18 SA avec difficulté : trois ponctions, hémorragie, fausse couche spontanée (caryotype normal).
- Accouchement prématuré à 26 SA. Césarienne en urgence, décès de l'enfant en réanimation néonatale. Il est reproché une surveillance insuffisamment rapprochée après la découverte, à 22 SA, d'un col raccourci avec contractions (antécédents de deux accouchements prématurés) et de ne pas s'être assuré que le repos strict pouvait être effectif pour cette mère de deux enfants.
- Suivi de grossesse gémellaire. Menace d'accouchement prématuré à 26 SA. Transfert de la patiente en maternité de niveau 3. Césarienne en urgence, décès d'un jumeau à 21 jours et infirmité motrice cérébrale chez l'autre jumeau. La patiente reproche de ne pas avoir été hospitalisée et mise au repos plus précocement, alors qu'elle était venue consulter à plusieurs reprises les semaines précédentes, et qu'elle ne pouvait observer le repos strict conseillé.
- Hospitalisation en urgence, huit jours après une consultation pour hématome rétro placentaire à 34 SA. Mort fœtale in utero. La patiente prétend que lors de la consultation précédente, elle avait déjà des céphalées et des œdèmes, ce que nie le praticien.
- Hématome rétro placentaire imposant une césarienne avec mort fœtale in utero à 33 SA. Il est reproché la non prise en compte d'une thrombocythémie essentielle préexistante.
- Non détection alléguée d'une toxémie gravidique et prescription d'une antibiothérapie pour infection urinaire jugée abusivement non adaptée. Conséquences inconnues pour la mère et pour l'enfant.

Accouchement (4)

- Déclenchement à terme dépassé (J + 4) par gel de prostaglandines. Relais par confrère. Survenue d'une bradycardie contemporaine de douleurs abdominales intenses, imposant une césarienne en urgence. Découverte d'une rupture utérine (pas de facteur de risque, troisième grossesse) et décès de l'enfant.
- Extraction en urgence par forceps de Tarnier lors d'un deuxième épisode de bradycardie en salle de travail, chez une primigeste de 40 ans. Impossibilité de réaliser une césarienne, l'équipe du bloc étant d'astreinte opérationnelle la nuit à domicile, dans cette maternité de niveau 1. Traumatisme crânien chez l'enfant (plaie et fractures crânienne et orbitaire). Il est invoqué une faute détachable du service.
- Responsabilité d'une équipe obstétricale hospitalière lors d'un accouchement par voie basse avec réanimation tardive et décès de l'enfant.
- Césarienne en semi urgence pour anomalies du RCF chez une femme diabétique. Possible inhalation de liquide amniotique. Transfert de l'enfant en réanimation avec évolution favorable.

Curetage (1)

- Curetage d'une grossesse arrêtée à 11 SA. Perforation du fond utérin avec issue du grêle.

■ Diagnostic anténatal (13)

Il est essentiellement reproché le non dépistage de malformations, les praticiens ayant pratiqué une ou plusieurs des échographies de la grossesse.

- Diagnostic post natal, chez un enfant ayant de graves troubles neurologiques, d'une infection anténatale à CMV dont il est reproché l'absence de dépistage. Le sociétaire avait assuré le suivi de grossesse et les échographies.
- Naissance d'un enfant ayant un syndrome polymalformatif (nature exacte ignorée). Lors d'une échographie à 10 SA, le gynécologue avait évoqué, en présence d'un saignement minime, un hygroma cervical et avait adressé la patiente à un référent.
- Trisomie 21 chez l'enfant d'une patiente bien informée, ayant une sérologie qui ne la situait pas dans un groupe à risque.
- Non diagnostic d'une gémellité monochoriale bi amniotique, prise pour une gémellité bi choriale (à noter le signe du lambda). Syndrome transfuseur-transfusé, à l'origine d'une mort fœtale in utero avant 20 SA.
- Retard des acquisitions repéré après l'âge de 2 ans, chez un enfant né par césarienne pour diminution des mouvements et des bruits du cœur fœtaux à 37 SA, avec un petit poids de 1 kg 770 (Apgar à 10). Sa mère avait déjà donné naissance à un enfant de petit poids à terme. Il est reproché l'absence de prise en considération d'un retard de croissance intra utérin.
- Constatation d'un retard de croissance intra utérin. Attention attirée par de discrètes anomalies de la biométrie fœtale. Surveillance renforcée, avis référent puis CPDPM (IRM fœtale). Agénésie partielle du corps calleux entraînant une IMG à 35 SA.
- Spina bifida et paraplégie avec hydrocéphalie, constatées au 18^{ème} jour de vie chez un enfant qui se présentait par le siège. Caractère isolé atypique de la malformation, pas de signe indirect évocateur. Dosage de l'alpha-fœtoprotéine non réalisé.
- Spina lipome découvert à la naissance.

- Diagnostic de spina bifida porté par un autre praticien, alerté à 19 SA par un taux d'alpha-foetoprotéine élevé. La première échographie avait été notée comme difficile par son confrère. IMG.
- Contrôle sollicité par l'obstétricien qui suit la grossesse, du fait d'une image digestive qu'il considère anormale malgré une échographie morphologique jugée normale à 24 SA. Atrésie duodénale suspectée et canal atrioventriculaire. Amniocentèse confirmant la trisomie 21. Refus de l'IMG du fait d'une annonce jugée trop tardive.
- Agénésie partielle d'un membre supérieur.
- Syndrome de Poland découvert à la naissance.
- Non dépistage d'une malformation d'un membre, de la face, et du thorax.

■ Diagnostic (19)

Cancer (14)

- Endomètre (3)

- Retard diagnostique de six mois d'un cancer de l'endomètre, chez une femme de 69 ans vue une fois. Frottis et échographie, traitement d'épreuve d'une atrophie vaginale.
- Retard diagnostique d'un cancer de l'endomètre, un an après un examen clinique et une échographie pelvienne considérés comme normaux chez une femme de 73 ans, et succédant à des métrorragies ayant débuté quatre mois plus tôt.
- Retard diagnostique d'un cancer de la vulve chez une femme obèse de 43 ans. Cicatrisation traînante pendant six mois, après l'exérèse d'un abcès de la grande lèvre.

- Ovaire (3)

- A l'occasion d'une pleurésie, diagnostic d'une tumeur maligne de l'ovaire chez une femme régulièrement suivie en gynécologie depuis plus de dix ans (58 ans au moment des faits).
- Découverte par un confrère d'un cancer bilatéral des ovaires avec carcinose péritonéale, deux mois après des consultations gynécologiques et gastro-entérologiques chez une femme de 40 ans. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Cancer du col utérin découvert lors de l'accouchement par l'équipe hospitalière chez une patiente de 38 ans. Décès vingt mois plus tard. Il est reproché l'absence de diagnostic pendant le suivi de sa grossesse.

- Sein (8)

- Découverte d'un cancer du sein avec métastases ganglionnaires chez une patiente de 40 ans. Le gynécologue se voit reprocher de ne pas avoir remis en cause la normalité du précédent bilan, effectué quatorze mois plus tôt, qui aurait déjà montré des images suspectes.
- Retard diagnostique d'environ six mois d'un cancer du sein, chez une femme examinée quatre mois après une grossesse pathologique s'étant soldée par une IMG. Palpation d'un nodule ou d'une collection (lactation). Echographie normale, patiente non revue.
- Retard diagnostique d'environ six mois d'un cancer canalaire infiltrant chez une femme de 53 ans, ayant consulté pour des douleurs du sein avec un érythème en regard, et dont le bilan complet était normal, à l'exception de micro calcifications à contrôler.

- Cancer du sein inflammatoire diagnostiqué trois mois après une consultation pour examen systématique considéré comme normal, chez une femme de 40 ans. Pas de bilan demandé.
- Retard diagnostique d'un cancer du sein infiltrant découvert quatre ans après une consultation annuelle de suivi, chez une patiente de 42 ans dont la mammographie récente était normale.
- Retard diagnostique d'un an d'un cancer multi focal chez une femme de 24 ans. Le dépistage d'un nodule du sein par le gynécologue avait motivé un bilan d'imagerie et une échographie, pratiqués par un deuxième sociétaire et objectivant un nodule jugé bénin, avec néanmoins un conseil de surveillance. Patiente non revue avant le bilan qu'elle a elle-même demandé un an plus tard.
- Retard diagnostique d'un mois (sic) chez une patiente de 23 ans, décédée des conséquences d'un cancer dépisté à l'occasion d'une tumeur palpable, qui a fait l'objet d'un bilan complet auprès d'un référent avec IRM, l'imagerie mammo échographique n'emportant pas la conviction.
- Retard diagnostique de quatre mois d'un cancer, chez une patiente de 50 ans venue pour contrôle (antécédent familial). Image ACR3, surveillance organisée.

Autres (5)

- Huit jours après une consultation pour métrorragies sur DIU à J 15 du cycle, diagnostic d'une GEU rompue. Propos anticonfraternels du confrère ayant fait le diagnostic.
- Rupture de GEU, quelques jours après une échographie demandée en urgence après examen clinique pour douleurs pelviennes d'apparition brutale chez une femme de 34 ans. L'échographie avait évoqué un kyste ovarien. Salpingectomie, évolution favorable. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Retard diagnostique de 48 heures d'une GEU après une échographie pelvienne réalisée par le praticien, montrant un sac utérin visible ayant fait évoquer une possible fausse couche en cours, du fait de l'existence de douleurs avec métrorragies sur une grossesse connue.
- Echographie pelvienne concluant à l'arrêt d'une grossesse de 6 SA. Prescription de Cytotec®. Contrôle échographique les jours suivants, affirmant la vitalité du fœtus. IVG médicamenteuse du fait du risque malformatif lié à la prise du médicament.
- Endométriose diagnostiquée cinq ans après une échographie pelvienne, demandée pour des douleurs pelviennes dans un contexte de stérilité chez une patiente de 38 ans.

■ Conduite thérapeutique (9)

- Interruption d'une procédure de fécondation in vitro du fait de la confirmation, en cours de procédure, d'une hépatite virale active chez le procréateur. Il est reproché d'avoir violé les obligations de sécurité et de prudence imposées par la loi et le règlement avec mise en danger de la vie d'autrui.
- Prise en charge critiquée d'abcès récidivants des seins ayant nécessité plusieurs drainages et prélèvements bactériologiques, avant l'isolement tardif d'un pseudomonas chez une femme diabétique, opérée d'une tumeur maligne d'un sein deux ans auparavant. Evolution alors favorable sous antibiothérapie adaptée.

- Rupture brutale du tendon d'Achille chez une femme de 35 ans traitée par quinolones pour une infection urinaire fébrile. Information contestée.
- Prescription d'une contraception orale de 3^{ème} génération chez une femme de 24 ans. Accident vasculaire cérébral quatre mois plus tard, amenant à la découverte d'une thrombophilie méconnue.
- Prescription d'une contraception orale, à débiter après le prochain cycle, chez une patiente de 25 ans, dysménorrhéique. Dépistage trois mois plus tard d'une grossesse de 19 SA. IMG à l'étranger.
- Prescription d'un traitement anti androgénique, considéré comme responsable d'une symptomatologie notamment oculaire (sécheresse, kératite), *a priori* sans lien de causalité.
- Absence de prise en charge de métrorragies, considérées comme responsables d'une anémie chronique découverte par le généraliste à l'occasion d'une fatigabilité anormale (conséquences professionnelles dans un contexte anxiodépressif ancien).
- Décision d'avis chirurgical du fait d'un prolapsus génital. Intervention compliquée. Il est reproché de ne pas avoir prescrit de kinésithérapie postopératoire.
- Décision d'intervention pour un utérus totalement cloisonné chez une femme de 29 ans en cours de bilan de fertilité. Défaut d'information concernant l'intervention pratiquée et ses risques.

■ Geste technique (17)

Mise en place de DIU (13)

- Migration (12) après une pose, le plus souvent sans difficulté, parfois sur un utérus rétroversé, s'accompagnant tout au plus d'une douleur banale. Consultation de contrôle normale lorsque réalisée, constat précoce ou tardif d'une migration de diagnostic parfois difficile, du fait d'exams complémentaires pris en défaut. Dans deux cas, la mise en place de DIU a succédé à un accouchement survenu deux à trois mois plus tôt. Si une seule perforation a été constatée le soir de la pose, deux ont été diagnostiqués à J 3, deux à J 7, une à 45 jours, et dans les autres dossiers de plusieurs mois à un an.
- Trois mois après un changement de DIU, diagnostic de la présence de deux stérilets intra utérin.

Divers (4)

- Hystérocopie thérapeutique de fibromyome utérin hémorragique et sous muqueux, dont l'exérèse incomplète a nécessité une ré-intervention par un autre opérateur.
- Myomectomie par bistournage d'un polype accouché par le col, réalisée au cabinet chez une femme de 61 ans. Hospitalisation pour hémorragie nécessitant une embolisation à J 2 et des transfusions.
- Persistance de douleurs gynécologiques après un frottis jugé brutal.
- Traumatisme psychologique après un toucher vaginal chez une patiente vierge, après recueil de son consentement.

■ Chirurgie gynécologique par des gynécologues obstétriciens (7)

- Coelioscopie et adhésiolyse d'une endométriose génitale chez une femme de 41 ans, compliquée d'une perforation instrumentale du rectum favorisée par l'électrocoagulation des nodules endométriosiques. Interventions itératives avec colostomie transitoire. Persistance de troubles digestifs, urinaires et sexuels.

- Après une adhésiolyse délicate d'une endométriose pelvienne, diagnostic après la sortie d'une fistule sigmoïdo pelvienne. Prise en charge hospitalière critiquée. Ré-interventions itératives et compliquées.
- Conversion en laparotomie d'une coelioscopie pour tumeur ovarienne. Occlusion prise en charge par une autre équipe. Expectative puis intervention pour nécrose d'une anse étranglée. Résection intestinale avec double stomie. Abscès intra péritonéal drainé. Nombreuses interventions avant guérison finale.
- Occlusion du grêle sur bride lors d'une grossesse chez une femme de 43 ans, prise en charge par de nombreux praticiens, dont des gynécologues qui ont fait le diagnostic. Arrêt cardiaque maternel postopératoire inexpliqué, entraînant le décès *in utero* de l'enfant (césarienne). Séquelles maternelles digestives et neuropsychologiques. Deux sociétaires gynécologues sont mis en cause.
- Conversion en laparotomie d'une coelioscopie pour GEU avec salpingectomie sans complication. Problème relationnel avec tout le personnel soignant. Violation du secret médical et manquement éthique invoqué.
- Oubli d'un tampon vaginal après une coelioscopie thérapeutique pour hémostase d'un corps jaune hémorragique. Gêne temporaire d'une semaine.



HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Les 1 654 gastro-entérologues de la MACSF ont adressé 87 déclarations (84 en exercice libéral, 2 en activité privée du secteur public et 1 hospitalier), soit une sinistralité de 7,5% en exercice libéral (contre 6,9% en 2010) : 2 plaintes pénales, 3 plaintes ordinaires, 15 procédures civiles, 32 réclamations et 35 saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (7)

- Diagnostic de cancer du larynx, trois mois après une intervention de Nissen chez une patiente de 67 ans ayant une dysphonie attribuée à un reflux gastro œsophagien. Indication chirurgicale contestée.
- Retard au diagnostic d'une occlusion du grêle chez une femme enceinte de six mois, se plaignant de vomissements et douleurs abdominales (diagnostic de colopathie). Souffrance fœtale aiguë au décours de la chirurgie, césarienne. Séjour prolongé en réanimation pour l'enfant.
- Diagnostic histologique, semble-t-il erroné, de carcinose péritonéale lors d'une appendicectomie chez une femme de 60 ans, traitée dix ans auparavant pour un cancer de l'utérus. Bilan complet et décision RCP d'une ré-intervention après un long délai de réflexion. Pas de lésion tumorale sur les pièces opératoires. Syndrome occlusif dans les suites.
- Retard diagnostique d'un mois d'une maladie de Crohn, révélée par un syndrome occlusif chez une femme de

24 ans, chez laquelle le diagnostic de colopathie fonctionnelle avait été porté après une coloscopie faite par un confrère (deux granulomes sur des biopsies coliques, mauvaise préparation).

- Retard diagnostique d'une tumeur maligne de l'ovaire avec une carcinose péritonéale chez une femme de 40 ans, découverte trois mois après une consultation en deuxième avis pour constipation opiniâtre et douleurs abdominales persistantes depuis six mois, malgré le traitement symptomatique. Diagnostic de colopathie fonctionnelle. Un sociétaire gynécologue est également mis en cause.
- Hospitalisation d'une patiente de 44 ans pour anémie (fibroscopie gastrique normale). Dyspnée s'aggravant en cours d'hospitalisation et faisant évoquer une inhalation. Décès d'une embolie pulmonaire massive quelques jours après le retour à domicile. Un sociétaire pneumologue et deux sociétaires cardiologues sont également mis en cause.
- Douleurs thoraciques au décours d'une ablation par radiofréquence pour troubles du rythme chez un patient de 36 ans (fibroscopie digestive retrouvant un large ulcère œsophagien, scanner thoracique normal, sortie). Diagnostic cinq jours plus tard, dans un contexte fébrile, d'une médiastinite sur fistule œsophagienne. Décès. Un sociétaire cardiologue et un sociétaire radiologue sont également mis en cause.

■ Prise en charge (17)

En cabinet (5)

- Adolescente vue à quatre reprises, entre 14 et 17 ans, pour une constipation opiniâtre avec fécalome, maladie de Hirschsprung éliminée. Traitement symptomatique puis adressée au CHU. Diagnostic de megasigmoïde. Intervention compliquée de fistule rectovaginale, colectomie totale pour atonie colique et iléostomie définitive. Il est reproché un retard à un avis chirurgical.
- Coloscopie avec polypectomie chez une patiente de 88 ans ayant subi une hémicolectomie pour cancer. Arrêt du Kardegic® (troubles du rythme), repris à J 11, et survenue d'un accident vasculaire massif six jours plus tard. Patiente grabataire.
- Prise en charge avec oncologue d'un cancer épidermoïde de l'anus chez une patiente de 70 ans. Aplasie médullaire pendant la chimiothérapie, conduisant au décès trois mois plus tard. Malgré les explications et les nombreux entretiens, l'époux reproche la qualité des soins et le manque d'humanité. Un sociétaire oncologue est également mis en cause.
- Suivi par coloscopies d'une patiente de 28 ans ayant un syndrome de Peutz Jeghers. Hémicolectomie et laparotomies itératives pour tumeurs du grêle. Il est reproché les éventrations récidivantes.
- Patiente opérée d'un cancer colique à 44 ans, adressée à une consultation hospitalière d'oncogénétique. Patiente avertie qu'elle serait contactée en cas de positivité des tests. Résultat confirmant la positivité du RER phénotypique et de la mutation génétique non reçu par la patiente, qui aurait changé d'adresse. Gastro-entérologue prévenu quatre ans plus tard que la patiente a été prise en charge entre temps pour un cancer de l'endomètre et du sein. Il est reproché au gastro-entérologue de ne pas l'avoir informée du résultat du test.

En hospitalisation (12)

- Après un séjour en réanimation pour salmonellose et mise en place d'une voie veineuse centrale fémorale chez une femme de 50 ans, séjour en médecine où la voie veineuse est retirée du fait de la réapparition d'un syndrome infectieux. Patiente sortie sans que le résultat positif d'hémocultures à SARM ne soit transmis. Hospitalisation cinq jours plus tard pour spondylodiscite cervicale. Il est reproché le maintien trop prolongé de la voie centrale et la prise en charge retardée de l'infection du cathéter. Un sociétaire réanimateur et un autre sociétaire gastro-entérologue sont mis en cause.
- Hospitalisation d'un patient de 64 ans pour poussée évolutive d'une rectocolite hémorragique, résistant au traitement immunosuppresseur. Corticothérapie par voie veineuse centrale. Apparition d'un syndrome septique révélant une endocardite, diagnostiquée lors de la survenue d'un accident vasculaire cérébral le jour du résultat des hémocultures positives à staphylocoque (patient sans antécédent valvulaire). Séjour en réanimation. Evolution favorable, colectomie finalement réalisée.
- Prise en charge d'un patient de 82 ans pour séquelles de radiothérapie pour cancer prostatique, rétention avec hématurie, douleurs abdominales. Décision d'un lavement évacuateur et prescription de PEG avant un scanner le lendemain, confirmant le diagnostic d'iléus réflexe sur rétention urinaire et caillottage vésical. Transfert en réanimation. Décès d'un possible choc septique dans les suites du décaillottage. La famille reproche le retard au traitement et la prise en charge insuffisante de la douleur.
- Coloscopie d'exsufflation pour syndrome d'Olgivie chez un homme de 64 ans, obèse, hospitalisé pour fracture du col, en attente d'une chirurgie différée depuis plusieurs jours. Arrêt cardiaque en fin d'examen. Confirmation d'une embolie pulmonaire massive. Décès.
- Prise en charge d'une patiente de 66 ans pour pancréatite lithiasique. Absence initiale de critères de gravité. Aggravation non signalée pendant la journée et décès dans la nuit. La famille reproche un défaut de surveillance et l'absence de transfert en réanimation.
- Prise en charge d'un homme de 60 ans pour pancréatite. Pose d'une sonde d'alimentation entérale siliconée. Repositionnement nocturne de la sonde par l'infirmière, sans prévenir le médecin. Nouveau contrôle le lendemain avec « conseil » (oral ?) du radiologue de retirer la sonde de quelques centimètres. Détresse respiratoire brutale par inhalation à la reprise de l'alimentation. Réanimation, évolution favorable.
- Prise en charge d'un patient de 80 ans dans un contexte de syndrome infectieux avec symptômes digestifs. Syndrome coronarien aigu et décès au décours de l'angioplastie. Un sociétaire cardiologue est également mis en cause.
- Prise en charge d'un patient psychotique de 60 ans aux antécédents d'occlusions récidivantes du grêle sur brides. Coloscopie d'exsufflation pour suspicion, non confirmée, de volvulus colique. Aspiration digestive compliquée d'une inhalation à J 3 et chirurgie jugée tardive à J 5. Ischémie étendue du grêle. Décès.

- Prise en charge d'un patient de 54 ans pour syndrome infectieux avant la survenue d'une cellulite, amenant à découvrir une fistule duodéno pancréatique sur prothèse aortique. Suites défavorables de l'intervention et décès. Retard de transfert en réanimation ? Plainte quinze ans après les faits.

- CPRE et sphinctérotomie chez une patiente de 75 ans pour ictère cholestasique secondaire à une tumeur d'allure suspecte, histologiquement bénigne, du duodénum et du cholédoque. Conseil d'un contrôle à six mois avec option chirurgicale évoquée. La patiente consulte à nouveau trois ans plus tard : tumeur maligne inextirpable avec évolution métastatique et décès.

- Intervention comme interniste pour la prescription d'un traitement anticoagulant chez un patient de 48 ans, insuffisant rénal présentant une phlébite. Ré-hospitalisation pour hématome du psoas avec choc hémorragique et embolie pulmonaire. Evolution favorable, mais paralysie crurale et éventration.

■ Geste technique (56)

Bris dentaire (9)

Il s'agit de détérioration de prothèses, bris d'incisives, pertes de dent à la suite de fibroscopie gastrique, associée ou non à une coloscopie sous neuroleptanalgie.

CPRE (5)

- Cathétérisme rétrograde après une cholécystectomie chez une femme de 74 ans, pour suspicion de lithiase du cholédoque ou de plaie biliaire. Echec en raison de la situation de la papille dans un diverticule. Nouvelle tentative décidée et confiée à un autre opérateur. Avant l'examen, syndrome péritonéal et septique. Transfert en réanimation. A l'intervention, plaie biliaire et perforation duodénale. Décès. Il est reproché un retard au scanner et au transfert. Deux sociétaires gastro-entérologues sont mis en cause.

- Décision de sphinctérotomie pour lithiase de la voie biliaire avant chirurgie pour cholécystite chez une femme de 62 ans. Tentative de cathétérisme se soldant par un échec. Cholécystectomie endoscopique le lendemain, sans opacification de la voie biliaire, constatant une pancréatite. Hospitalisation prolongée huit mois avec plusieurs interventions. Eventration séquellaire.

- CPRE pour migration lithiasique chez un homme de 66 ans. Perforation duodénale. Laparotomie à J 4 et décès. Réclamation pour retard au diagnostic de la complication.

- CPRE chez une femme de 78 ans ayant un antécédent de cholécystectomie, hospitalisée pour angiocholite. Large sphinctérotomie pour calcul enclavé. Diagnostic le lendemain d'une perforation. Transfert au CHU et décès.

Coloscopie (35)

- Perforation (22)

L'indication est celle d'une coloscopie de contrôle (7), de dépistage (1 hémocult positif), en raison d'une symptomatologie digestive, d'anémie ou de rectorragies (11, dont une RCH connue), d'antécédents familiaux de cancers associés à des troubles digestifs (3).

Le diagnostic de la complication a été porté au cours de l'examen (6), le jour même en postopératoire (7) ou le lendemain sans retard (5). Il est parfois reproché le retard diagnostique de la complication (4).

Si, dans la majorité des cas, les suites opératoires sont simples après une chirurgie permettant un rétablissement immédiat de la continuité ou une simple suture, certains patients se plaignent de l'inconfort transitoire de la colostomie, d'une éventration après laparotomie, de la nécessité de ré-interventions pour hématome sous-péritonéal (patient sous anticoagulants), abcès du douglas un mois après la chirurgie initiale.

Citons à titre d'exemples :

- Coloscopie pour troubles digestifs chez un homme de 48 ans. Mucosectomie d'un polype du transverse avec pose de clip. Complication septique postopératoire immédiatement reconnue et traitée, peut être due à la suture colique. Défaillance multiviscérale en réanimation. Séquelles d'une neuromyopathie de réanimation.

- Coloscopie suite à un hémocult positif chez un homme de 67 ans. Diverticulose sigmoïdienne, polype réséqué par biopsie. A J 3, consultation aux urgences pour douleurs abdominales. Sortie autorisée après avis chirurgical et scanner montrant un petit épanchement péritonéal. Appel nocturne à l'urgentiste conseillant d'attendre. Hospitalisation par le 15 et chirurgie dans la nuit, dans un autre centre. Choc septique et réanimation pendant dix jours. Evolution finalement favorable.

- Coloscopie chez un homme de 67 ans pour antécédent familial néoplasique. Perforation reconnue et opérée le jour même. Perforation d'un diverticule. Complications septiques postopératoires. Arrêt cardiaque, reprise, mais décès.

- Coloscopie chez une femme de 64 ans aux antécédents chirurgicaux. Perforation de la charnière immédiatement diagnostiquée. Décision de surveillance après avis chirurgical. Intervention le lendemain après midi. Suites un peu difficiles, mais retour à domicile malgré la récurrence de la fièvre. Ré-hospitalisation et ré-intervention quinze jours plus tard pour abcès du douglas. Il est reproché l'intervention différée et la prise en charge tardive de la complication postopératoire.

- Complication hémorragique (1)

- Polypectomie hémorragique malgré la mise en place d'une endoloop® chez une patiente de 65 ans, sous Kardégic® remplacé par Cébutid® avant la coloscopie. Sigmoidectomie le jour même, puis rétablissement de la continuité. Complications chirurgicales multiples. Invalidité.

- Infection associée aux soins (2)

- Spondylodiscite dorsale à staphylocoque doré, six semaines après une coloscopie pour rectocolite hémorragique chez un patient de 69 ans, sous corticoïdes et immunosuppresseur, qui considère que le geste est à l'origine du sepsis.

- Mise en cause par l'assureur de l'établissement du fait d'une hépatite C chez une femme de 51 ans. Contamination compatible avec une coloscopie en 1990.

- Rupture de rate (3)

- Coloscopie de contrôle facile chez un homme de 63 ans, sous antivitamines K et Kardégic® pour une valvulopathie. Diagnostic de rupture splénique dans la nuit après l'examen. Surveillance et transfusion. Chirurgie à un mois, permettant une conservation de la rate et l'évacuation d'un hématome sous capsulaire.

- Coloscopie de dépistage chez une patiente de 55 ans aux antécédents de pose d'anneau gastrique. Splénectomie en urgence dans la nuit après l'examen pour décapsulation du pôle inférieur de la rate.

- Coloscopie sans difficulté chez une femme de 62 ans. Douleurs abdominales le soir. Retour à la clinique à J 3. Hématome sous-capsulaire de la rate diagnostiqué le lendemain. Evolution simple sous surveillance.

- Complications anesthésiques (4)

- Paralysie du sciatique poplité externe (2) chez des patients sans antécédents, après fibroscopie en décubitus latéral gauche et coloscopie en décubitus dorsal. Dans un cas, cuisses écartées reposant sur des coussins ; dans l'autre, avec présence d'un boudin de protection le long de la table.
- Inhalation en fin de fibroscopie pour hémorragie digestive avec déglobulisation chez un homme de 80 ans. Détresse respiratoire. Récidive d'hémorragie en réanimation et décès.
- Sciatique paralysante et chirurgie de hernie discale, dix jours après une coloscopie à laquelle la patiente de 66 ans attribue l'origine de ses troubles (arthrose rachidienne).

- Autre (1)

- Coloscopie difficile chez une patiente de 64 ans ayant une cardiopathie ischémique. Au réveil, embolies des membres inférieurs sur une aorte athéromateuse, nécessitant une désobstruction en urgence. Amputation partielle d'un pied.

- Devoir de conseil (2)

- Une femme de 49 ans ayant subi l'ablation d'un polype du caecum en dysplasie de haut grade reproche le conseil d'un contrôle coloscopique tardif, à cinq ans, après deux coloscopies de surveillance jugées normales malgré une mauvaise préparation. Découverte par le successeur d'un cancer invasif du colon avec métastases ganglionnaires. Chimiothérapie et radiothérapie.
- Coloscopie complète, dans de bonnes conditions, chez une femme de 62 ans pour des rectorragies. Antécédents de cancer familial paternel. Découverte cinq ans plus tard, lors du contrôle, d'un cancer du colon avec envahissement ganglionnaire en l'absence de tout symptôme digestif.

Echo endoscopie (1)

- Perforation duodénale chez une patiente de 63 ans après écho endoscopie du fait d'une suspicion de tumeur pancréatique au scanner. Perforation diagnostiquée quelques heures après un retour aux urgences, où un bilan (ASP) a été jugé normal. Il est reproché l'absence de toute information sur les risques. Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.

Fibroscopie gastrique (3)

- Polypectomie duodénale endoscopique avec mucosectomie chez une patiente de 59 ans. Perforation suspectée sur ASP après l'examen, simple surveillance. Scanner le lendemain, confirmant la perforation avec péritonite. Réanimation et évolution favorable après ré-intervention pour drainage d'une collection péri rénale. Il est reproché la prise en charge de la complication.

- Douleur au pli du coude et paresthésies persistantes après la mise en place d'une perfusion chez une femme de 24 ans.
- Arrêt cardiaque en fin d'examen, surveillé par une IADE, chez une patiente de 75 ans en insuffisance cardiaque secondaire à une cardiopathie ischémique, hypertendue, ayant une cirrhose hépatique sur hépatite C chronique. Réanimation et décès un mois plus tard.

Gastrostomie (1)

- Gastrostomie compliquée d'infection de l'orifice de la stomie chez une femme de 78 ans. Ablation de la sonde dans un contexte de décompensation cardiaque. Evolution défavorable. Décès. La famille reproche la qualité des soins et la survenue d'escarres.

Prothèse biliaire (1)

- Migration, à deux reprises, d'une prothèse posée pour une plaie du cholédoque au décours d'une cholécystectomie chez une femme de 47 ans.

Prothèse œsophagienne (1)

- A l'occasion d'efforts de vomissements, migration d'une prothèse œsophagienne pour sténose anastomotique sur cancer du cardia, chez un homme de 56 ans. Découverte alors d'un ulcère creusant sous jacent, non vu sur les radiographies antérieures. Dégradation de l'état général, syndrome infectieux et décès. La famille reproche la prise en charge.

■ Proctologie (6)

- Cure de prolapsus et hémorroïdectomie chez une femme de 55 ans, compliquée d'hémorragie postopératoire. Ré-intervention. Troubles de la continence anale.
- Hémorroïdectomie. Brûlure périnéale lors de la coagulation, liée à l'emploi d'un désinfectant en solution alcoolique et non aqueuse.
- Hémorroïdectomie. Incontinence anale deux mois plus tard. Lésions sphinctériennes à l'échographie, possiblement obstétricales.
- Hémorroïdectomie avec sphinctérotomie compliquée de sténose, nécessitant une anoplastie. Séquelles.
- Incision d'une thrombose hémorroïdaire considérée comme responsable d'une septicémie à streptocoque survenue quinze jours plus tard avec endocardite, dont l'origine est peu claire (soins dentaires ?)
- Incision d'une thrombose hémorroïdaire chez un patient de 60 ans, coïncidant avec la survenue de frissons le soir du geste et d'un gonflement articulaire révélant une infection d'une prothèse de genou en place. Lien de causalité ?

■ Dommage corporel (1)

- Doigts du patient pris dans une porte claquée par le médecin à la suite d'une consultation houleuse. Plaie avec fracture de deux doigts, nécessitant un geste chirurgical.



Les **44 822** médecins généralistes sociétaires de la MACSF ont adressé **387** déclarations (374 en exercice libéral, 13 en exercice salarié) soit une sinistralité de **1%** en exercice libéral (contre 0,96% en 2010) : **16** plaintes pénales, **81** plaintes ordinaires, **74** procédures civiles, **129** réclamations et **87** saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (115)

Pathologie maligne (37)

- Digestif (14)

- Retard diagnostique évoqué (8), malgré un bilan décidé rapidement lors de la survenue de symptômes d'alerte ou d'une altération de l'état général, et révélant un cancer métastasé colique (dans 5 cas), pancréatique (dans 2 cas) ou biliaire (dans un cas).
- Cancer du rectum découvert quatre ans après le traitement symptomatique d'hémorroïdes chez un homme de 56 ans.
- Patiente de 48 ans, aux antécédents de cancer familial, suivie pour anémie ferriprive et troubles du transit. Diagnostic d'un cancer colique lors d'une occlusion. Décès dans un tableau métastatique. Trois sociétaires généralistes sont mis en cause.
- Cancer du colon de découverte tardive, lors d'une occlusion, chez une femme de 63 ans. Coloscopie quelques années auparavant pour anémie ferriprive sous Aspégic®.
- Tumeur kystique du pancréas, de découverte fortuite lors d'une échographie abdominale rénale.

- Pulmonaire (5)

- Décès de patients du fait de l'échec du traitement ou de la découverte du cancer au stade métastatique (5).

- Sein (4)

- Décès d'un cancer du sein métastasé méconnu, trois semaines après deux consultations rapprochées.
- Retard diagnostique de quelques mois d'un cancer du sein chez une patiente de 56 ans, venue pour renouvellement d'ordonnance et ayant signalé une lésion mammaire. Pas d'examen.
- Cancer d'emblée métastatique chez une patiente suivie régulièrement.
- Diagnostic erroné de bénignité sur mammographie. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.

- Divers (3)

- Découverte d'une leucémie aiguë myéloblastique avec quelques semaines de retard chez un homme de 69 ans. Échec thérapeutique, décès.

- Myélome découvert chez un homme de 52 ans, trois ans après des explorations pour douleurs basi thoraciques considérées comme fonctionnelles.
- Découverte, quelques mois après une consultation pour gonalgies, de métastases d'un cancer rénal.

- Prostate (4)

- Cancer d'emblée métastatique chez un homme de 67 ans. Adénome prostatique connu depuis trois ans. Décès. Il est reproché l'absence de marqueurs.
- Retard diagnostique allégué (prostatite, adénome). Suivi conjoint avec un urologue.
- Prescription tardive d'une échographie chez un homme de 60 ans, devant des PSA élevés à deux reprises. Demande tardive d'avis à l'urologue pour des troubles urinaires et sexuels coexistants.
- Absence de bilan face au résultat pathologique de PSA demandés à titre systématique chez un homme de 51 ans. Diagnostic trente mois plus tard, par l'urologue consulté pour hydrocèle. Envahissement local sans métastases.

- Gynécologique (3)

- Retard diagnostique de quelques mois d'une récurrence tumorale d'un cancer de l'endomètre (sciatique et lymphœdème).
- Retard diagnostique d'un cancer de l'endomètre chez une femme de 56 ans. Métastases.
- Retard diagnostique d'une carcinose péritonéale sur cancer ovarien chez une femme de 65 ans.

- Sarcomes (2)

- Liposarcome de cuisse adressé en chirurgie pour drainage d'un hématome. Décès.
- Survenue d'une paraplégie chez un patient de 33 ans, vu à plusieurs reprises en un mois avant décision d'hospitalisation. Tumeur maligne (sarcome ?). Décès.

- ORL (1)

- Cancer du cavum découvert lors du bilan d'une otite faite par un ORL chez un patient de 21 ans.

- Cancer vésical (1)

- Cancer vésical chez une patiente de 48 ans se plaignant, depuis plusieurs mois, de pollakiurie. Antécédents d'infection urinaire.

Traumatisme (13)

- Rupture tendineuse (4) : plaie digitale explorée aux urgences suturée par le généraliste, rupture de plusieurs tendons extenseurs après plaie de l'avant-bras chez une psychotique (retard de deux mois), rupture du tendon quadriceps, sans doute brutale, après une deuxième chute chez un patient de 61 ans.
- Hématome du mollet aggravé par la prescription d'anticoagulants pour suspicion de phlébite. Drainage.
- Retards diagnostiques, faute de radiographies (8) : d'une fracture engrenée du fémur (retard de quinze jours), d'une fracture du scaphoïde (3), du calcanéum (retard de trois semaines), d'un cunéiforme (scanner deux jours plus tard) et d'une fracture de jambe chez un paraplégique (diagnostic au stade du cal vicieux).

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

Pathologie neurologique (14)

- Rupture d'anévrisme cérébral chez une femme de 40 ans, hypertendue, céphalalgique, ayant consulté à quatre reprises deux médecins (radiographies du rachis) avant une perte de connaissance. Décès.
- Embolisation d'une rupture d'anévrisme, quinze jours après les premiers symptômes, chez une femme de 48 ans. Séquelles très importantes.
- Diagnostic aux urgences, chez un homme de 28 ans, après plusieurs consultations rapprochées en ville pour céphalées, paresthésies, dysarthrie transitoire, d'un AVC hémorragique sur malformation vasculaire, finalement embolisée et traitée chirurgicalement du fait de l'aggravation.
- Evocation d'une virose chez un homme de 58 ans (amaurose, céphalées). Hémiplégie fibrinolysée dix heures après, mais aggravation. Craniectomie, décès.
- Survenue d'une hémiplégie chez une femme de 25 ans. Diagnostic de myxome de l'oreillette. Antécédents de nombreux malaises et symptômes atypiques l'ayant même conduite en psychiatrie, et ayant motivé un « bilan » en centre hospitalier à la suite d'un déficit distal et d'une désorientation transitoire. Deux sociétaires généralistes sont mis en cause.
- Diagnostic d'arthrose (déficit moteur d'un membre), puis accident vasculaire complété sur métastases d'un cancer du poumon méconnu.
- Accident ischémique cérébelleux. Hospitalisation deux jours après une consultation.
- Hématome sous-dural de la fosse postérieure et hydrocéphalie à la faveur du déséquilibre d'un traitement anticoagulant chez un homme de 54 ans. Diagnostic de sinusite. Persistance des céphalées malgré l'arrêt de l'antivitamine K. Plusieurs consultations aux urgences avant une perte de connaissance menant au diagnostic. Dérivation du LCR.
- Obstruction d'une valve de dérivation du LCR chez un adolescent (hydrocéphalie néonatale). Engagement le lendemain, décès.
- Traitement symptomatique de vertiges chez une hypertendue. Retard diagnostique d'un accident vasculaire protubérantiel.
- Méningiomatose cérébrale. Diagnostic de troubles psychosomatiques par un neurologue, quatre ans avant le diagnostic posé par un spécialiste en centre antidouleur.
- Retard diagnostique d'un neurinome du V. Dernière consultation six mois avant le diagnostic.
- Retard diagnostique d'un méningiome cérébral. Scanner prescrit, mais non réalisé.

Infection (10)

- Paludisme diagnostiqué deux jours après l'hospitalisation, chez un patient de 57 ans sous trithérapie, vu pour fièvre. Prophylaxie prescrite avant le départ en Afrique. Décès.
- Péricardite chez un patient de 24 ans, vu une fois pour altération de l'état général et myalgies. Bilan demandé. Hospitalisation quelques jours plus tard. Péricardite à streptocoque, décès.
- Diagnostic de grippe, trois jours avant une hospitalisation en urgence d'une femme de 46 ans pour choc septique. Légionellose pulmonaire, complications d'un cathéter artériel et amputation de jambe.
- Diagnostic de syphilis secondaire chez un patient de 31 ans (troubles de la vision).

- Diagnostic d'une maladie de Lyme. Sérologie négative, puis positive six mois plus tard avec une autre technique.
- Diagnostic de syndrome grippal chez un patient de 48 ans, insuffisant aortique, puis demande de biologie par un autre médecin. Survenue rapide d'un AVC révélant une endocardite avec abcès cérébraux. Deux sociétaires généralistes sont mis en cause.
- Décès quelques heures après une visite en urgence chez une femme de 24 ans. Vraisemblable méningite à méningocoque (apparition de signes cutanés).
- Retard diagnostique d'une encéphalite herpétique chez un enfant de 7 ans, vu par plusieurs médecins successifs en trois jours (pédiatre, deux consultations aux urgences). Séquelles très importantes.
- Diagnostic d'une otite aiguë, le lendemain d'une consultation pour fièvre, chez un enfant de 2 ans.

Pathologie cardiovasculaire (9)

Dont :

- Coarctation de l'aorte non diagnostiquée par de multiples prédécesseurs, chez un enfant d'un an, vu pour insuffisance cardiaque. Décès.
- Retard diagnostique d'une thrombose récidivante d'une prothèse aortique chez un patient de 44 ans (succès de la chirurgie), puis absence de bilan de thrombophilie avant thrombose veineuse cérébrale. Hémiplégie.
- Retard diagnostique d'un phéochromocytome malin chez un patient de 40 ans. Décès. Un sociétaire cardiologue et un sociétaire radiologue sont également mis en cause.
- Douleur thoracique semi récente chez un patient de 62 ans. Orientation vers un cardiologue. Décès quelques heures plus tard, avant le rendez vous pris.
- Refus d'hospitalisation proposée pour douleur thoracique au repos, chez un patient de 42 ans. Arrêt cardiaque une heure plus tard, décès.
- Mort subite d'un patient de 65 ans, le lendemain d'une consultation pour douleurs des membres avec paresthésies. Plusieurs consultations antérieures et bilan aux urgences (dissection aortique).
- Deux consultations à quelques heures d'intervalle pour douleur atypique brachiale chez un sportif. Diagnostic d'infarctus cinq jours plus tard.
- Retard diagnostique d'une ischémie aiguë d'un membre chez un homme de 80 ans.

Rhumatologie (9)

- Retard diagnostique d'une arthrose de hanche chez une danseuse. Deux IRM à un an d'intervalle.
- Retard diagnostique d'une ostéonécrose de hanche chez un patient de 41 ans. Tableau intriqué avec la récurrence d'une hernie lombaire.
- Retard diagnostique d'une luxation de hanche chez un enfant de 6 mois (vu par quatre pédiatres depuis sa naissance).
- Retard diagnostique d'un syndrome d'Arnold Chiari, révélé quelques années plus tard après consultations et radiographies pour cervicalgies chez une femme de 35 ans.
- Retard diagnostique d'un canal cervical étroit symptomatique. Patient adressée au neurologue pour névralgie cervico-brachiale avec décharges électriques. Tétraparésie post-opératoire.

- Retard diagnostique de neuf mois d'une tumeur médullaire dorsale. Tableau atypique sur neuropathie diabétique, suivie par un neurologue. Deux sociétaires généralistes sont mis en cause.
- Retard diagnostique d'un méningiome lombaire chez une patiente de 55 ans. Il est reproché la demande d'IRM deux mois après le début de la sciatique.
- Retard diagnostique d'une arthrite septique du genou. Patient adressé au chirurgien pour hygroma.

Urgence abdominale (9)

- Retard diagnostique d'une appendicite (3) : chez un patient de 36 ans (qui avait évoqué le diagnostic, hospitalisé le lendemain, péritonite), chez un enfant de six ans (hospitalisé le lendemain, péritonite) et chez une patiente de 19 ans, vue à deux reprises avec un tableau de gastro-entérite et décédée à domicile (péritonite appendiculaire).
- Retard diagnostique d'une perforation diverticulaire sur sigmoïdite (4) : chez un patient de 67 ans (vu une fois pour des douleurs abdominales isolées et hospitalisé deux jours plus tard), chez des patients de 43 ans et 49 ans (vus une fois et hospitalisés cinq jours plus tard), chez une femme âgée (il est essentiellement reproché de ne pas avoir accédé à la demande d'une consultation en urgence).
- Retard diagnostique d'un abcès pelvien fistulisé. Perforation lors d'une coloscopie traitée par suture simple, puis colite à clostridium. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Retard diagnostique d'une perforation caecale chez un patient de 63 ans, hospitalisé le lendemain pour choc septique. Décès.

Urologie (4)

- Diagnostic de colopathie fonctionnelle chez un patient de 38 ans (rein en fer à cheval), dont la lithiase urinaire est découverte trois jours plus tard. Hématurie.
- Torsion du cordon spermatique (3) chez deux adolescents et un homme de 37 ans.

Ophtalmologie (3)

- Diagnostic d'une kératite herpétique (2) : quelques jours après la prescription de collyres antibiotiques et corticoïdes par le généraliste chez une femme de 60 ans, et après prescription de collyres cortisonés chez un homme de 27 ans (cécité par kératite amibienne).
- Retard diagnostique de glaucome chez un patient vu pour un certificat de sport. Un sociétaire ophtalmologiste est également mis en cause.

Divers (7)

- Avis rassurant pour un kyste sacré chez un enfant de 9 mois. En fait, dysraphie spinale fermée. Infection avec paraparésie et troubles sphinctériens.
- Fièvre évoquant une diverticulite. Découverte lors d'une hospitalisation d'une embolie pulmonaire bilatérale (sur un cancer rénal).
- Arrêt cardiaque et décès de cause inconnue après consultation d'un homme de 30 ans pour douleur épigastrique.
- Hospitalisation à l'initiative de la famille, le lendemain d'une consultation pour gastro-entérite. Réanimation pour motif inconnu.
- Décès à domicile d'un patient de 44 ans, traité pour une bronchite.
- Diagnostic de syndrome dépressif chez une femme de 55 ans, symptômes finalement rattachés à une dysautonomie neurovégétative. Gastrostomie pour gastroparésie.

- Kyste arachnoïdien temporal découvert lors d'une radiographie du crâne chez un homme de 23 ans (dérivation), qui attribue ses difficultés socioprofessionnelles à un retard diagnostique.

■ Prise en charge (82)

Syndrome infectieux (22)

- Pleuropneumopathies, syndrome viral (9)

- Patient de 50 ans, splénectomisé quarante ans auparavant, décédé dans un tableau de septicémie à pneumocoque, 48 heures après une consultation en pleine pandémie grippale.
- Décès de patients de cause inconnue (2) : l'un après une prise en charge pendant quinze jours pour une pansinusite fébrile par plusieurs médecins différents ; l'autre pour un tableau grippal trois jours auparavant.
- Décès d'un patient d'une défaillance cardiaque après refus d'hospitalisation la veille pour infection broncho pulmonaire.
- Décompensation en cours d'hospitalisation et décès d'un homme de 77 ans ayant une broncho pneumopathie avec suspicion de tumeur sous-jacente.
- Retard diagnostique d'une pneumopathie devant un syndrome grippal.
- Survenue d'un accident vasculaire ischémique par possible trouble du rythme au cours d'une pneumopathie dûment diagnostiquée.
- Diagnostic de gastro-entérite chez une femme de 25 ans puis bilan par un confrère. Aggravation vers une défaillance multiviscérale en rapport avec une infection à EBV. Décès.
- Douleurs du genou après traumatisme minime, dans un climat fébrile et de troubles digestifs. Poursuite des AINS pris en automédication, traitement symptomatique et demande de bilan biologique à la fin du week end. Fasciite nécrosante, longue réanimation. Surdité par ototoxicité des aminosides.

- Infection cutanée (7)

Il s'agit de retard de drainage d'abcès, d'ulcération de jambe ayant évolué vers des érysipèles, des difficultés de cicatrisation et la nécessité d'une greffe, une nécrose, un abcès (dont une morsure de chien).

- Cellulite (2)

- Suspicion d'angine, puis de parotidite, traitée par anti inflammatoires et corticoïdes chez un patient de 67 ans. Révélation d'une cellulite de la face avec gangrène gazeuse.
- Eruption du visage chez un homme de 50 ans. Constat d'un diabète décompensé. Anti inflammatoires et antibiothérapie. Rappel du patient quatre jours plus tard pour aggravation. Conseil de se rendre aux urgences. Cellulite maxillofaciale diagnostiquée le lendemain. Intervention, choc à l'induction. Réanimation et décès.

- Autre (1)

- Un patient de 34 ans se plaint de la prise en charge d'une urétrite qui aurait évolué vers une prostatite chronique.

- Infection chez l'enfant (3)

- Décès d'un enfant de 5 ans, vu dans un tableau de gastro-entérite (sans déshydratation), d'une infection à rotavirus.
- Décès d'un enfant de 3 ans, vu pour une fièvre isolée persistante à deux reprises, dans un état de choc septique sur leucémie en aplasie médullaire méconnue.

- Décès d'un enfant de 3 ans après consultation chez le pédiatre, chez le généraliste et aux urgences pédiatriques pour fièvre et angine traînante. Evocation d'un abcès rétro pharyngé.

Prise en charge après intervention chirurgicale (10)

- Infection du site opératoire (6)

- Intervention à plusieurs reprises en postopératoire pour kinésithérapie et pansements après fracture de jambe ostéosynthésée chez un diabétique de 55 ans. Infection nosocomiale. Amputation trans tibiale.
- Infection après chirurgie pour rupture traumatique du sus-épineux. Il est reproché essentiellement au chirurgien le diagnostic tardif de l'infection du site opératoire.
- Infection après cure de hernie discale chez une femme obèse et tabagique de 47 ans. Cicatrice propre à trois semaines de l'intervention, puis demande de bilan et IRM environ cinq semaines après l'intervention. Spondylodiscite à staphylocoque méti R. Invalidité.
- Infection dans les suites d'une hernie discale. Patient de 70 ans, adressé à deux reprises à l'hôpital et à la clinique par le généraliste, avec retour immédiat à domicile. Diagnostic de spondylodiscite un mois après la chirurgie. Antibiothérapie une semaine, puis bi thérapie orale rapidement mal tolérée. Ré-hospitalisation quinze jours plus tard pour endocardite. Insuffisance rénale séquellaire.
- Résection trans urétrale de prostate chez un diabétique de 79 ans. Décès des conséquences d'une infection nosocomiale dont il est reproché la prise en charge.
- Cure de hernie pariétale avec plaque chez un patient de 58 ans. Suppuration prolongée pendant de nombreux mois. Reprise chirurgicale tardive.

- Autres complications (4)

- Après sleeve gastrectomie, plusieurs consultations pour symptomatologie digestive et hypokaliémie chez une femme de 64 ans. Demande de radiographies, décès rapide (embolie pulmonaire ?).
- Cholécystectomie pour cholécystite chez une femme de 60 ans, sortie à J 9, vue par le médecin généraliste puis ré-hospitalisée après un bilan biologique. Révélation d'une plaie du cholédoque responsable d'une péritonite. Choc septique et décès.
- Angiocholite sur empiérement du cholédoque chez un patient de 81 ans. Décès à J 3, en cours d'hospitalisation d'une péritonite biliaire par désunion de l'anastomose.
- Thoracotomie pour tumeur bronchique compliquée de pleurésie. Sortie contre avis médical. Ré-hospitalisation difficilement acceptée.

Prise en charge gériatrique (10)

En cours d'hospitalisation (1), de séjour en EHPAD (8) ou à domicile avec aide (1).

Il est invoqué des soins non adaptés, un retard à l'hospitalisation, une mauvaise prise en charge globale traduisant souvent un problème relationnel avec la famille et conduisant, dans un cas, à un changement d'établissement.

A titre d'exemple :

- Décès suite à défenestration d'un patient dément de 75 ans, en cours d'hospitalisation.
- Décès à domicile d'une patiente dans un contexte infectieux (BPCO, Alzheimer), quelques heures après le début de la prise en charge.
- Décès de trois patients en EHPAD : il est reproché essentiellement une perte d'autonomie avec escarres, la mauvaise prise en charge d'une insuffisance cardiaque, mais aussi un surdosage médicamenteux à l'origine d'un AVC, la récurrence d'un épisode infectieux sur BPCO attribué à une vaccination contre la grippe.
- Problèmes relationnels avec la famille d'un patient hospitalisé en EHPAD, puis découverte d'une fracture déplacée de l'humérus sans notion de chute. Allégation d'une mauvaise qualité des soins.

Plusieurs patients séjournant en EHPAD souffraient d'une démence de type Alzheimer.

Prise en charge psychiatrique (9)

- Reproches divers par des patients délirants (5).
- Mauvaise prise en charge d'une dépression chronique (2), avec suivi en parallèle par un psychiatre. Autolyse et décès dans un cas.
- Retard à l'hospitalisation d'une anorexique de 15 ans.
- Décès d'un enfant de 10 ans vu en consultation pour « dépression » (jeu du foulard ?).

Urgences cardiovasculaires et neurologiques (8)

- Réanimation sur la voie publique, à la demande du Centre 15, d'un patient de 34 ans décédé d'un infarctus du myocarde.
- Refus d'hospitalisation au décours d'une consultation pour OAP chez un patient de 63 ans. Arrêt cardiorespiratoire, réanimé dans la rue. Il est reproché au médecin l'absence d'appel au Samu.
- Consultation pour dyspnée chez un patient de 61 ans. Recommandation d'une consultation cardiologique (cardiologue absent). Bilan biologique (troponine, ionogramme) non communiqué en urgence. Décès à domicile douze heures après.
- Consultation à domicile pour renouvellement d'un traitement chez un patient ayant de nombreux facteurs de risques. Décès le lendemain d'un infarctus du myocarde.
- Un patient de 53 ans, HIV, reproche la survenue d'un syndrome coronarien aigu un an après un avis cardiologique demandé par le généraliste, et son retard diagnostique.
- Dyspnée au décours d'une hospitalisation de dix jours chez une femme de 44 ans. Bilan conduisant au diagnostic d'embolie pulmonaire bilatérale. Il est reproché le retard diagnostique (appel téléphonique quelques jours auparavant).
- Décès d'un AVC d'une patiente vue une fois pour des troubles du comportement (demande d'IRM et traitement anti agrégant plaquettaire annulé par le médecin traitant).
- Demande de scanner avec obtention d'un rendez-vous 48 heures après la survenue d'une dysarthrie et d'un trouble sensitivo moteur transitoire du membre supérieur chez un patient de 44 ans (facteurs de risque). Hospitalisation

quelques heures plus tard sur les conseils d'un ami, confirmant un infarctus cérébral.

Problème rhumatologique (7)

- Prise en charge insuffisante reprochée (5), avec parfois des problèmes de reconnaissance en maladie professionnelle ou en invalidité, de pathologie de la coiffe des rotateurs (2 cas), de lombalgies (1 cas) ou de syndrome de canal carpien (2 cas).
- Survenue brutale d'un syndrome de la queue de cheval lors d'une sciatique suivie également par un rhumatologue.
- Patient de 44 ans en vacances, appelle son médecin traitant après avoir consulté sur place. Evocation d'un syndrome de la queue de cheval. Ordonnance d'IRM faxée. Prise en charge tardive en neurochirurgie à l'initiative d'un ami, également consulté. Séquelles importantes (troubles sphinctériens avec paraparésie).

Prise en charge hospitalière (4)

- Reproches globaux dans la prise en charge d'une fracture (traitement antalgique, retard au transfert...).
- Décès d'un enfant de 4 ans en oncologie, du fait d'une malposition de la chambre implantable.
- Séquelles neurologiques à la suite d'une fausse route à la reprise de l'alimentation, avec arrêt cardiorespiratoire, chez un patient opéré d'une dissection de l'aorte compliquée d'une tamponnade.
- Autorisation de sortie après un bilan hospitalier, contestée chez un patient pris en charge pour un état confusionnel régressif.

Suivi de grossesse (2)

- Consultation systématique de suivi de grossesse chez une femme de 33 ans. Révélation d'un HELLP syndrome les jours suivants. Hospitalisation, césarienne tardive. Survie de l'enfant mais décès de la mère.
- Demande téléphonique d'avis cardiologique devant une hypertension artérielle gravidique chez une femme enceinte, ne supportant pas le traitement antérieurement prescrit. Mort fœtale in utero 24 heures plus tard.

Divers (10)

- Prise en charge d'une surdité associée à une angine, chez une patiente de 32 ans. Hospitalisation cinq jours plus tard.
- Survenue d'une cophose quelques jours après une consultation pour vertiges, chez une patiente de 63 ans sans antécédent.
- Survenue d'une névrite optite rétrobulbaire chez un patient atteint d'une maladie de Horton, après interruption d'un traitement corticoïde pendant quinze jours, repris 48 heures auparavant à la demande du médecin généraliste.
- Consultation pour asthme en crise d'un homme de 58 ans. Renouvellement d'ordonnance, le traitement n'étant plus pris depuis deux ou trois jours. Décès dans les 24 heures après cette consultation.
- Insuffisance rénale chronique connue chez une femme de 64 ans. Dialyse envisagée mais repoussée. Refus initial d'hospitalisation devant l'altération de l'état général. Complication infectieuse et décès.
- Hospitalisation jugée trop tardive d'une décompensation d'une cirrhose o d mato ascitique.
- Absence d'orientation (2) vers un spécialiste en chirurgie maxillofaciale ou un chirurgien (rhinoseptoplastie).

- La famille d'une femme décédée d'une détresse respiratoire sur inhalation reproche globalement la prise en charge avant et au cours de l'hospitalisation pour un état sub occlusif sur fécalome.
- Révélation d'une tumeur maligne du sein chez une patiente de 71 ans, explorée par biopsie trois ans auparavant pour une lésion suspecte, dont il était recommandé la surveillance.

■ Geste technique (21)

Manipulation (6)

- A l'origine du déclenchement d'une douleur persistante de cheville.
- A l'origine du déclenchement d'une sciatique après seconde manipulation pour lombalgies.
- A l'origine d'une exacerbation des douleurs rachidiennes chez une femme de 38 ans, qui aurait été admise en urgence pour subir une arthrodeuse cervicale.
- A l'origine de l'apparition d'une hernie discale chez une femme de 70 ans.
- A l'origine du déclenchement d'une névralgie cervicobrachiale chez une patiente de 52 ans ayant subi de nombreuses interventions rachidiennes.
- Fracture de côte après manipulation rachidienne chez une femme de 34 ans.

Vaccination (5)

- Vaccination anti hépatite B chez une femme de 30 ans. Apparition d'une arthrite après la première injection, révélatrice d'une polyarthrite rhumatoïde.
- Abcès local.
- Douleur du bras invalidante et persistante chez une femme de 38 ans, anxiodépressive.
- Réaction « allergique » prolongée après un Pentavac® chez un enfant ayant un déficit en G6PD.
- Injection sans conséquence d'un vaccin p rim  en stock.

Mésothérapie - Acupuncture (4)

- Abcès local après acupuncture. Drainage chirurgical.
- Aiguille retrouvée radiologiquement deux ans après une acupuncture de l'épaule.
- Infection traînante au décours de mésothérapie (motif inconnu).
- Mésothérapie pour tendinite calcifiante chez une femme de 58 ans. Abcès costo claviculaire et médiastinite dans un contexte septicémique. Evolution favorable.

Infiltration (2)

- Infection à staphylocoque après infiltration du genou pour arthrose avec de l'acide hyaluronique. Retard diagnostique de la complication.
- Infiltration du genou chez un patient diabétique de 77 ans, ayant de nombreuses pathologies. Antibiothérapie à l'aveugle quinze jours plus tard, trois jours avant une hospitalisation pour une décompensation hépato rénale nécessitant une dialyse. Complication lors de cette hospitalisation prolongée. Décès.

Divers (4)

- Extraction d'un bouchon de cérumen. Perforation du tympan.
- Migration d'un DIU, non retrouvé, avec survenue de grossesse non désirée (2) chez une femme de 40 ans et de 26 ans (IVG).
- Ablation d'un kyste. Complication.

■ Médecine esthétique (7)

- Injections d'acide hyaluronique (2). Infection et brûlures dues au spray de refroidissement.
- Laser dépilatoire (2). Brûlure.
- Détatouage de cicatrices. Séquelles inesthétiques de la lèvre.
- Mésothérapie esthétique de l'abdomen. Nodules aux points d'injection.
- Peeling au TCA. Résultat inesthétique.

■ Iatrogénie médicamenteuse (95)

Médiator® (50)

Les déclarations font suite à une demande de dossier, que le médecin généraliste ait prescrit ou renouvelé le traitement, sans parfois aucune preuve d'une prescription.

De nombreux patients avaient des facteurs de risques justifiant la prescription.

La durée du traitement a varié de un mois à dix ans, continue ou intermittente. Le plus souvent, découverte échographique d'insuffisances aortiques minimales. Cinq patients ont été opérés d'une valvulopathie aortique et/ou mitrale.

Dans de nombreux cas, l'imputabilité de la pathologie peut être exclue d'emblée (ACFA, cardiopathie ischémique, syndrome coronarien).

Autres iatrogénies médicamenteuses (45)

- Erreur de « plume » (3)

- Posologie quotidienne, et non hebdomadaire, de méthotrexate chez une femme de 81 ans (pancytopénie).
- Prescription de Kayexalate® au lieu de Kaleorid® chez une patiente hypokaliémique de 71 ans. Refus catégorique d'hospitalisation. Diarrhée importante cachée. Décès.
- Prescription de Nivaquine 300® au lieu de 100 mg. Traitement interrompu après dix jours du fait de nausées, suite à une recherche faite par le patient sur Internet. Problème ophtalmologique, en fait sans lien avec la prescription.

- Erreur de patient (1)

- Ordonnance prise par la patiente sur le bureau du médecin, au nom d'une autre patiente. Syndrome sub occlusif. Hospitalisation. Ordonnance identique faite à la sortie de l'hospitalisation. Erreur repérée alors par la pharmacie.

- Défaut d'information (1)

- Défaut d'information allégué sur les modalités d'absorption d'Alendronate, responsable d'une dysphagie importante lors de la deuxième prise chez une femme de 64 ans.

- Prescription contre-indiquée (3)

- Bêta bloquant pour tachycardie sur terrain asthmatique chez une femme vue à trois reprises et non explorée du fait de son refus. Pas de preuve de la prise médicamenteuse. Décès d'un état de mal asthmatique, cinq jours après la consultation.
- Prescription de Cytotec® pour douleurs épigastriques sur une grossesse connue de cinq semaines. Fausse couche spontanée quelques jours plus tard.

- Polydexa® chez une femme de 46 ans, adressée à l'ORL pour échec de l'extraction d'un bouchon de cérumen. Perforation découverte, surdité de transmission non récupérée après tympanoplastie.

- Association médicamenteuse contre-indiquée (1)

- Rifadine® (pour infection après chirurgie de hanche) remplacée par Fucidine® du fait d'une intolérance chez un homme de 45 ans. Rhabdomyolyse sévère sous Tahor® (insuffisance rénale aiguë, dialyse, tétraparésie). Suites favorables mais autolyse un mois plus tard.

- Posologie inadéquate (7)

- Kénacort® retard intramusculaire 80 mg pendant dix jours pour sciatique après réaction allergique à un anti inflammatoire, chez un patient de 71 ans. Diagnostic ultérieur d'une insuffisance surrénalienne.
- Vertiges sous Tramadol® chez une femme de 81 ans.
- Somnolence après morphine (pansement enfant). Quelques heures d'observation à l'hôpital.
- Méthadone + benzodiazépine chez une femme de 26 ans en centre de convalescence après une intervention chirurgicale. Décès.
- Antidiabétique oral prescrit chez un patient de 100 kg avec une glycémie limite. Survenue d'une hypoglycémie au volant. Accident de la voie publique.
- Survenue d'un hématome intracérébral, favorisé par le surdosage du traitement anticoagulant (contrôles irréguliers). Réanimation prolongée. Accident survenu en centre de convalescence, lors d'un relais anticoagulant après chirurgie.
- Survenue d'un hématome intracérébral dans un contexte de surdosage lors d'un relais anticoagulant (pris en charge par anesthésiste) en vue d'une chirurgie oculaire chez un patient de 84 ans, vu la veille à domicile en urgence par un généraliste de garde pour pansement compressif d'une plaie de la main. Décès.

- Effets secondaires des anti-inflammatoires/corticoïdes (6)

- Hémorragie digestive basse sur diverticulose sigmoïdienne et transfusion chez un homme de 74 ans sous Plavix®.
- Perforation d'un ulcère bulbaire à cinq jours de traitement (AINS). Péritonite. Retard à l'hospitalisation.
- Syndrome de Lyell au Piroxicam® prescrit pour psoriasis chez une femme de 36 ans, quinze jours après la fin du traitement. Séquelles ophtalmologiques.
- Toxicité pemphigoïde linguale sous anti inflammatoires chez une femme de 53 ans. Lien non démontré.
- Effets secondaires à des corticoïdes (2) ayant fait attribuer le déclenchement d'un diabète à une simple infiltration et la survenue d'un AVC hémorragique chez une femme de 82 ans, hypertendue.

- Antibiothérapie (3)

- Quinolones prescrits pour bronchite et pneumonie (3) chez des patients de 63 à 80 ans. Rupture du tendon d'Achille (et une fracture de la malléole à l'occasion d'une chute).

- Iatrogénie du médicament invoquée (10)

- Contraception œstroprogestative chez une migraineuse. AVC au décours d'une IVG.
- Contraception œstroprogestative chez une femme de 43 ans, sans autre facteur de risque, ayant arrêté le traitement quinze jours après le début du fait de céphalées. AVC quatre jours plus tard.

- Embolie pulmonaire massive à domicile d'une femme de 25 ans, sous Varnoline®. Décès. Cause de l'embolie pulmonaire ?
- Agoniste dopaminergique prescrit en centre hospitalier et renouvelé chez un homme de 37 ans. Décompensation psychique avec addiction au jeu et libido libérée.
- Syndrome parkinsonien sous Sibelium® à la 3^{ème} semaine, chez une femme de 46 ans.
- Interféron pour Hépatite C chez un homme de 37 ans. Hypertension artérielle en rapport avec une micro angiopathie thrombotique imputée au traitement.
- Cordarone®. Survenue d'une pneumopathie interstitielle chez une femme diabétique de 88 ans. Diagnostic déjà évoqué sur un bilan, non transmis, plusieurs années auparavant.
- Insuffisance hépato cellulaire imputée à la Cordarone® chez un patient de 62 ans aux multiples pathologies. Décès.
- Pelade attribuée par une patiente de 50 ans à un surdosage transitoire en Lévothyrox®.
- Nombreux troubles subjectifs attribués par le patient à la prescription d'un antidépresseur.

- Effets secondaires graves (4)

- Syndrome de Lyell sous Zyloric® chez une femme de 48 ans, insuffisante rénale et hyper uricémique.
- Renouvellement d'une ordonnance d'un psychiatre de deux antidépresseurs chez une femme de 30 ans. Hépatite fulminante cinq mois plus tard, nécessitant une transplantation.
- Hépatite fulminante à l'Athymil® nécessitant une greffe chez un patient en cours de traitement pour une leucémie myéloïde chronique.
- Colite à clostridium sous antibiotiques et corticoïdes chez une femme de 25 ans, traitée pour sinusite.

- Effets secondaires allergiques (6)

- Choc anaphylactique et décès d'un homme de 50 ans, quelques minutes après l'absorption d'une gélule d'Augmentin® (pas d'antécédent connu).
- Choc anaphylactique à la première prise d'Augmentin® chez un homme de 56 ans. Décès.
- Décès quelques heures après une injection de Rocéphine® chez une femme de 65 ans ayant une cardiopathie ischémique.
- Réaction cutanée généralisée chez une femme de 83 ans, déclarée allergique à la pénicilline.
- Réaction cutanée à un anti mycotique chez une femme de 34 ans.
- Réaction anxieuse après une injection intra musculaire de Pimpéran® chez une femme enceinte se déclarant allergique à ce médicament.

■ Organisation (7)

- Bilan révélant un taux élevé de PSA non reçu par le généraliste. Patient non revu. Diagnostic de cancer deux ans plus tard.
- Résultats non communiqués de cellules atypiques de haut grade lors d'une hospitalisation pour hématurie chez un patient sous anticoagulants. Révélation d'une tumeur de vessie trois ans plus tard. Décès en cours de chimiothérapie. Un sociétaire urologue est également mis en cause.
- Absence de retransmission complète du traitement et interruption de l'opothérapie substitutive thyroïdienne. Hypothyroïdie sévère trois mois plus tard.
- Méconnaissance d'anomalies de la numération sanguine sur bilan prescrit par un remplaçant chez une femme de 70 ans. Décès deux mois plus tard d'une leucémie myéloblastique.

- Résultats anatomopathologiques révélant un schwannome malin non transmis après chirurgie itérative d'une tumeur labiale. Récidive onze mois plus tard.
- Thyroïdite de Hashimoto diagnostiquée quatre ans après un bilan thyroïdien montrant une élévation de la TSH, non reconstruite depuis.
- Ré-hospitalisation retardée du fait d'exams non ou mal transmis après la sortie au prescripteur hospitalier (contrôle de scanner), chez un patient exploré pour pathologie digestive.

■ Conseils téléphoniques - Non déplacement (11)

- Proposition d'une consultation dans la journée pour sciatique après un voyage en voiture chez un patient de 64 ans. Notion d'un appel ultérieur au Samu, confirmant la consultation avec le sociétaire. Arrêt cardiocirculatoire le jour même (choc septique d'origine dentaire ?). Décès.
- Conseil téléphonique concernant l'épouse d'un patient, examiné pour douleurs abdominales et diarrhée. Traitement symptomatique pour des symptômes analogues. En fait, intoxication à l'oxyde de carbone. Décès du mari le lendemain. Un sociétaire régulateur est également mis en cause.
- Refus de contact téléphonique avec la mère d'un enfant de trois ans, vu le matin pour une laryngite. Hospitalisation quelques heures plus tard pour détresse respiratoire majeure. Décès.
- Consultation par téléphone, à J 15 d'une fracture, d'un patient de 50 ans sous anticoagulants pendant une dizaine de jours. Embolie pulmonaire trois jours après et décès.
- Conseil d'aérosols chez un patient en cours de chimiothérapie pour cancer bronchopulmonaire. Le médecin ne pouvant se déplacer, rappel au Samu quelques heures plus tard, puis transfert en ambulance simple après rappel au Centre 15. Décès à l'hôpital.
- Appel auprès d'un patient de 66 ans, à 30 mètres du cabinet, retrouvé dans le coma. Réanimation finalement sur place par les pompiers, puis le Samu, pour troubles du rythme.
- Refus de prise en charge, en raison d'une autre urgence, d'une fillette fébrile de 3 ans. Orientation vers l'hôpital.
- Généraliste en visite. Orientation vers le Samu d'une patiente sous traitement médicamenteux, apparemment dans le coma. Décès. Ingestion de produit toxique suspectée.
- Malaise après la consultation à domicile, au cours de laquelle avait été décidée une hospitalisation. Médecin parti sans attendre l'ambulance.
- Conseil d'emmener aux urgences un enfant de 5 jours pour vomissements en cours d'allaitement. La mère reproche un refus d'examen de l'enfant.
- Examen d'un patient victime d'un malaise, sur la demande d'un voisin. Examen jugé normal. Pas d'attente de l'arrivée du Samu, appelé dans l'intervalle. Plainte pour non assistance à personne en danger, le bilan étant en faveur d'une crise d'épilepsie sur un gliome méconnu.

■ Chute (10)

- Chute de la table d'examen (4) : à l'occasion de vertiges ou à la descente. Fractures du col (chez des patients de 78 ans, prothèse totale de hanche) ou plaie de la main et de trois doigts.
- Interventions chirurgicales chez un homme de 55 ans, blessé par une têtère mal fixée.
- Chutes lors d'un malaise vagal (3) survenu après ou en cours d'injection, en position assise ou en se relevant de la table. Fracture du nez et traumatisme facial, dont un dégât dentaire important.

- Chute d'un tabouret à roulettes se dérobant. Fracture du radius et d'un doigt chez une femme de 73 ans.
- Chute dans le cabinet, sur une marche dans la salle d'attente. Aggravation d'un état antérieur (genou, rachis).

■ Certificat et expertise (16)

Contestation d'expertise (assurance, Sécurité Sociale) (6)

Dont :

- Date de consolidation.
- Refus de prise en charge d'une aggravation en accident de travail.
- Absence de reconnaissance en accident de travail de la symptomatologie.
- Allégation d'une aggravation des cervicalgies lors de l'examen d'un accidenté du travail.

Certificat d'aptitude professionnelle (3)

- Crise d'épilepsie pendant des activités artistiques (dissimulation des antécédents réels).
- Certificat avec réserve, considéré comme « inexact », le patient ayant dû subir une chirurgie discale pendant ses activités artistiques.
- Certificat, sous réserve d'examen complémentaire, par le médecin traitant. Contestation du contenu, le complément n'ayant pas été rédigé en présence et après examen du proposant.

Autre (7)

- Contestation d'une mise en congé longue durée pour raison psychiatrique et de son renouvellement, après avis du Comité Départemental de la DDASS.
- Contestation d'un contrôle d'un arrêt de travail décidant l'aptitude à la reprise.
- Certificat « d'aptitude » avant une ascension de l'Himalaya pour un patient de 62 ans. Néphrectomie un mois auparavant pour un cancer du rein. Gelures pendant l'ascension, amputations distales des quatre extrémités. Recherche de responsabilité par l'organisateur de l'expédition, considérant que les antécédents auraient dû faire renoncer à celle-ci.
- Certificat d'aptitude au pilotage. Perforation du tympan, deux jours après une manœuvre de Valsalva effectuée lors de l'examen, chez une femme de 44 ans.
- Contestation d'un placement d'office (validé par deux psychiatres).
- Certificat tendancieux et immixtion dans des affaires de famille.
- Plainte abusive d'un patient, examiné sur réquisition judiciaire après une altercation avec la police, refusant la prise de sang et alléguant que son état nécessitait une prise en charge hospitalière, qu'il a fini par obtenir pour douleurs thoraciques.

■ Divers, éthique, relationnel (20)

- Ordonnance de somnifères au nom de personnes de la même famille, pour éviter un renouvellement mensuel. Deux sociétaires généralistes sont mis en cause.
- Non établissement d'un bon de transport en ambulance pour la réalisation d'un examen doppler.
- Examen jugé agressif. Connotation trop sexuelle des messages de prévention chez des élèves de 3^{ème}.
- Patient reprochant d'avoir été inquiétée à tort, la masse pelvienne découverte à l'échographie s'avérant bénigne après l'intervention.
- Suivi d'une insuffisance rénale chronique avec hypertension, chez une patiente qui reproche l'absence d'alerte sur l'évolution et la gravité de sa maladie, l'ayant conduite à une dialyse.
- Prescription inutile d'une IRM demandée chez un patient de 80 ans, dans le cadre d'une démence. Examen refusé par le radiologue.
- Vaccination non obligatoire d'enfants amenés par leurs grands-parents (3). La mère, en cours de divorce, se disait opposée à cette vaccination décidée sans son consentement.
- Conseil erroné de l'absence de nécessité d'une vaccination (fièvre jaune) avant un départ professionnel à l'étranger, retardé de ce fait.
- Erreur de prescription d'une vaccination non obligatoire.
- Violation du secret professionnel lors d'un entretien téléphonique avec un policier, dans le cadre d'une enquête contre l'agresseur d'une patiente.
- Conflit avec la famille d'un patient, décédé à domicile selon son souhait (mise en place de soins palliatifs pour cancer digestif).
- La famille d'une patiente, décédée d'un sarcome utérin, reproche à tous les médecins la prise en charge et le manque d'information sur la gravité de son état.
- Contestation du montant des honoraires.
- Reproche de ne pas avoir cessé immédiatement la consultation en cours pour examiner un traumatisme oculaire. Patient repartie cinq minutes après son arrivée pour aller au CHU (plaie cornéenne).
- Difficultés relationnelles et changement de médecin traitant. Trop longue attente au cabinet du médecin.
- Dénonciation par un médecin de son contrat de médecin traitant du fait de l'indocilité et des refus successifs de traitements.
- Refus de continuer la prise en charge d'une patiente de 89 ans, du fait des problèmes relationnels avec un membre de sa famille.

■ Échographie fœtale (1)

- Dépistage anténatal échographique à 12, puis 22 SA. RCIU et conditions d'examen difficiles. Demande de contrôle confirmant le diagnostic. Morphologie jugée normale. Malformation congénitale grave des quatre membres, dépistée à 32 SA. IMG.

■ Mise en cause systématique (2)

MÉDECINE INTERNE



Les médecins internistes de la MACSF ont adressé **7** déclarations (4 en exercice libéral, 1 en exercice privé du secteur public et 2 salariés) : 2 plaintes ordinaires, 3 procédures civiles, 2 saisines d'une CCI.

- Avis ponctuel, à la demande du généraliste, pour une patiente de 45 ans, fébrile, ayant présenté une surinfection d'une plaie de la main d'évolution favorable. Antibiothérapie probabiliste pour suspicion d'infection rénale et complément de bilan. Diagnostic ultérieur d'une endocardite avec abcès épidual, révélé par un syndrome de la queue de cheval. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Retard diagnostique d'environ deux ans d'une arthrite septique d'évolution torpide sur prothèse de hanche, chez un patient de 75 ans, malgré l'exhaustivité des examens renouvelés lors de la prise en charge conjointe avec, notamment, le chirurgien.
- Prise en charge en hospitalisation d'une femme de 36 ans, adressée par le généraliste après deux jours d'antibiothérapie. Ponction lombaire différée jusqu'à une aggravation neurologique. Méningite listérienne. Graves séquelles.
- Prise en charge contestée d'une infection (coordination, antibiothérapie, évaluation de la gravité) après chirurgie d'hallux valgus ayant évolué vers une fasciite nécrosante. Amputation de jambe chez une femme de 51 ans. Deux sociétaires internistes sont mis en cause.
- Doléances multiples sans substratum organique (mise en cause de quatre praticiens).
- Contestation de la prise en charge hospitalière (recherche de maladie systémique, délire de persécution).

MÉDECINE LÉGALE/ RÉPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL



Les médecins légistes sociétaires de la MACSF ont adressé **2** déclarations (1 en exercice libéral et 1 en exercice salarié) : 1 plainte ordinaire, 1 procédure civile.

- Contestation des conclusions d'une expertise après arrêt de travail de trois ans, apparemment justifié par des troubles psychiatriques.
- Autopsies sur réquisition du Procureur suite à décès suspects. Conclusions contestées, d'un acte criminel.

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION



Les médecins physiques et rééducateurs sociétaires de la MACSF ont adressé **4** déclarations (3 en exercice libéral, 1 en exercice salarié) : 2 procédures civiles, 2 réclamations.

- Retard diagnostique d'environ deux mois d'une infection articulaire après arthroscopie du genou, compliquée d'hémarthrose et ponctionnée à deux reprises, puis infiltrée avec un produit corticoïde, chez un patient de 54 ans.
- Infiltration d'un hygroma du coude résistant aux anti-inflammatoires. Constat, un mois plus tard, d'une abcédation à staphylocoques multi sensibles.
- Rééducation après prothèse tricompartimentale du genou chez un homme de 45 ans. Échec d'une ré-intervention précoce pour douleurs et raideur en cours de rééducation, puis nouvelle chirurgie à distance pour descellement. Il est reproché la qualité de la rééducation.
- Expertise d'une patiente suite à un accident de la voie publique. Transaction puis aggravation constatée par un autre expert judiciaire, dix ans plus tard. Refus de la compagnie d'assurance de prendre en compte cette nouvelle évaluation. Procédure à l'encontre du premier expert, pour conclusions erronées.

MÉDECINE DU TRAVAIL



Les médecins du travail sociétaires de la MACSF ont adressé **5** déclarations (tous en exercice salarié) : 1 plainte pénale, 3 plaintes ordinaires, 1 procédure civile.

- Collectif de victimes de l'amiante. Risque méconnu par le médecin dans l'entreprise.
- Contestation d'une aptitude professionnelle, décidée après arrêt de travail prolongé.
- Déclaration d'inaptitude temporaire contestée par un patient présentant des troubles psychiques, qui a finalement été déclaré apte après avis d'un psychiatre.
- Conflit, puis conciliation dans des circonstances ignorées, avec un salarié.
- Conflit avec un employeur pour erreur administrative d'une décision de reprise du travail.

MÉDECINE D'URGENCE



Les 3 077 urgentistes de la MACSF ont adressé 42 déclarations (29 en exercice libéral et 13 en exercice salarié), soit une sinistralité de 10,5%* en exercice libéral (contre 11,2% en 2010) : 12 plaintes pénales, 7 plaintes ordinaires, 5 procédures civiles, 8 réclamations et 10 saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (11)

- Retard diagnostique d'une entorse cervicale postopératoire (otoplastie) chez un enfant de 9 ans. Rendez vous avec l'ORL programmé une semaine plus tard. Contestation du conseil donné (et écrit dans le dossier) de reconsulter en cas de persistance des troubles pour réaliser un scanner cervical.
- Diagnostic de gastro-entérite chez un enfant de 7 mois, fébrile depuis trois jours. Quatre visites aux urgences en deux jours (médecins différents). Pas d'hospitalisation. Décès d'une septicémie à streptocoques avec péritonite.
- Retard diagnostique d'une rupture d'anévrisme cérébral chez un homme de 40 ans, surveillé quelques heures, avec amélioration des céphalées en casque et vomissements sous traitement antalgique. Revu dans un autre service d'urgence, puis par deux généralistes et un ostéopathe, avant une aggravation neurologique. Anévrisme de la communicante antérieure avec hématome frontal. Décès.
- Retard diagnostique d'une rupture d'anévrisme sylvien chez une femme de 35 ans. Diagnostic initial de lombalgies aiguës lors d'une séance de gymnastique puis, trois jours plus tard, scanner du fait de cervicalgies intenses. Embolisation. Évolution favorable. Deux sociétaires urgentistes sont mis en cause.
- Diagnostic par l'interne d'une gastro-entérite chez un homme de 27 ans. Sortie avec l'accord du senior. Spasmodie évoquée le lendemain par le SMUR à l'occasion de la récurrence d'un malaise. Décès une heure plus tard (rupture d'anévrisme ?).
- Consultation pour douleur thoracique (maladie de système chez une femme de 53 ans). ECG considéré comme normal. Diagnostic le lendemain d'un infarctus myocardique.
- Diagnostic, le lendemain d'une consultation pour céphalées, d'une NORB révélée par une baisse brutale de l'acuité visuelle dans un contexte de méningite lymphocytaire de cause indéterminée, chez une femme de 29 ans.
- Avis donné chez un patient présentant des difficultés

respiratoires, en postopératoire d'une chirurgie carcinologique ORL. Arrêt cardiaque quelques heures plus tard par hématome compressif. Décès.

- Douleurs abdominales explorées chez une femme de 48 ans (biologie, échographie). Hospitalisation dix jours plus tard. Salpingite mise en évidence lors de la coelioscopie diagnostique.
- Suspicion de GEU non confirmée à l'examen échographique. Patientte reconvoquée et diagnostic alors confirmé. Il est reproché le retard diagnostique et un manque d'humanisme.

■ Traumatisme : diagnostic et prise en charge (11)

- Méconnaissance d'une fracture articulaire avec lésion tendineuse partielle lors de la suture d'une plaie du pouce. Arthrite puis arthrodèse.
- Suture d'une plaie en regard de l'IPP d'un doigt. Méconnaissance d'une plaie articulaire avec débris telluriques, révélée lors de l'intervention pour arthrite.
- Méconnaissance de fractures digitales (écrasement de la main). Absence de radiographie, puis radiographie incomplète.
- Méconnaissance d'une plaie nerveuse lors de la suture d'une plaie digitale.
- Corps étranger méconnu lors de la suture d'une plaie de la main. Infection, ténolyse.
- Retard diagnostique d'une rupture de la coiffe des rotateurs lors d'une chute (immobilisation simple). IRM demandée trois mois plus tard par le généraliste. Réparation arthroscopique (rétraction tendineuse). Évolution défavorable et perte d'emploi (coiffeuse).
- Immobilisation d'une fracture fermée du radius peu déplacée. Refus de la patientte de 78 ans de voir l'orthopédiste, vu finalement cinq jours plus tard. Mauvais résultat d'une ostéosynthèse (disjonction radio cubitale, fracture styloïde).
- Déplacement secondaire d'une fracture du poignet immobilisée par urgentiste, et vue par un orthopédiste à une semaine avec radiographies satisfaisantes.
- Fracture comminutive du radius plâtrée chez une patientte de 61 ans. Inclinaison du plâtre modifiée à J 10 par l'orthopédiste consulté (entorse scapho lunaire). La patientte attribue les séquelles à la prise en charge.
- Suture d'une plaie du coude survenue dans les égouts chez un homme de 38 ans. Antibiothérapie. Syndrome infectieux très sévère deux jours plus tard. Intervention.
- Prise en charge d'un traumatisme du pied par écrasement. Fracture métatarsienne avec dermabrasion. Évolution vers la nécrose cutanée, justifiant l'ablation du plâtre. Greffe.

■ Prise en charge (9)

- Surveillance pendant une nuit, dans l'attente d'un scanner prévu, d'une patientte de 77 ans ayant présenté, la veille, un traumatisme crânien, sous anticoagulants (INR à 5). Coma et hémiparésie au matin. Hématome sous-dural avec engagement et décès.

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

- Décision de transfert au centre hospitalier d'un patient de 91 ans, atteint de pneumopathie, par le véhicule de son fils. Retour à domicile, où il décède.
- Patient de 38 ans, amené aux urgences par les pompiers pour malaise vagal. Retour à domicile suivi d'un décès brutal.
- Décès d'une patiente de 56 ans d'un choc septique, à J 1 d'une urétérolithotomie (lithiase, infections urinaires à répétition). Prise en charge avec le réanimateur dans l'attente d'un transfert.
- Douleurs abdominales chez un patient de 73 ans, porteur d'un anévrisme de l'aorte, hospitalisé pour surveillance. Fissuration diagnostiquée quelques heures plus tard. Intervention en urgence, décès.
- Admission aux urgences par les pompiers d'un homme de 53 ans après malaise sur la voie publique. Il est reproché le retard à la prise en charge et à l'IRM (trois heures), confirmant un AVC ischémique. Fibrinolyse hors délai. Aphasie séquellaire.
- Allégation d'un refus de soins pour brûlures et envoi dans un autre établissement. Aucune trace de la consultation.
- Prise en charge pour lombalgie aiguë d'une patiente de 53 ans (cardiopathie, polyarthrite), hospitalisée quatre jours plus tard pour surdosage en digoxine dans un contexte d'insuffisance rénale fonctionnelle.
- Déclenchement de crises d'épilepsie (avec dégâts dentaires) chez un épileptique connu. Abaissement du seuil épileptogène dû à la prescription de quinolones pour une pneumopathie.

■ Régulation médicale/Samu (8)

- Arrêt cardiorespiratoire non récupéré, moins d'une heure après une intervention à domicile (motif inconnu) sans hospitalisation.
- Evocation d'une alcoolisation du fait de propos incohérents lors d'un appel téléphonique d'une femme de 42 ans. Pas d'envoi de secours. Retard diagnostique d'un AVC.
- Evocation d'une alcoolisation du fait de troubles de la vigilance rapportés par un ami chez un homme de 21 ans. Envoi du SMUR une heure après rappel. Décès à domicile (intoxication méthadone/alcool).
- Confirmation du diagnostic de spasmophilie évoqué par le mari, lors d'un appel à 4 h 00 du matin évoquant un « point de côté » thoracique. Décès de la patiente quatre heures plus tard (infarctus).
- Réponses mal adaptées et considérées comme « choquantes » par les parents inquiets d'un enfant de 4 mois, pleurant depuis plusieurs heures. Consultation rassurante aux urgences à l'initiative des parents.
- Conseil, en milieu de nuit, d'appeler le médecin de garde pour une suspicion de gastro-entérite chez un couple en période épidémique. Décès du mari à domicile le lendemain. Intoxication oxycarbonée.
- Conseil d'appeler le médecin de garde pour des troubles digestifs chez une myopathe. Décès avant l'arrivée de celui-ci (choc septique ?).
- Mise en cause du chef de pôle du Samu pour retard au transfert en neurochirurgie (hydrocéphalie par blocage de valve). Décès.

■ Divers (3)

- Enquête suite à des manquements éthiques répétés.
- Patiente consultant pour hémorragie vaginale abondante après conisation du col (prévenue du risque). Pas d'examen. Patiente adressée à un autre centre, faute de chirurgien gynécologue sur place.

- Prescription d'anticoagulants pour phlébite chez un patient insuffisant rénal, hospitalisé, victime de nombreuses complications dues à un surdosage ultérieur. Erreur administrative sur l'identité du prescripteur.



Les néphrologues sociétaires de la MACSF ont adressé 3 déclarations (tous en exercice libéral) : 1 réclamation et 2 saisines d'une CCI.

- Prise en charge d'une insuffisance rénale aiguë lors du traitement d'une tuberculose pulmonaire chez un patient de 53 ans, HIV positif, hyperuricémique. Syndrome de Lyell, attente de greffe rénale et séquelles ophtalmologiques. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Surveillance annuelle préconisée devant une protéinurie isolée sur polykystose rénale après bilan complet, chez une femme de 35 ans, non revue. Survenue d'une tumeur rénale maligne.
- Soins palliatifs jugés insuffisants dans un contexte de pathologie maligne métastasée.



Les neurologues sociétaires de la MACSF ont adressé 14 déclarations (dont 13 en exercice libéral et 1 en activité privée du secteur public) : 1 plainte ordinale, 6 procédures civiles, 4 réclamations et 3 saisines d'une CCI.

■ Conduite diagnostique (7)

- Retard diagnostique de quatre mois d'un méningiome de T8, chez une femme de 58 ans se plaignant de troubles neurologiques des membres inférieurs dans un contexte de radiculalgie ancienne, avec une symptomatologie riche. EMG et IRM lombaire initialement non contributifs.

- Retard diagnostique d'une sténose lombaire serrée en L3-L4 sur hernie discale chez un patient de 61 ans, suivi pour une polyneuropathie sensitivomotrice, exploré dès la modification du tableau neurologique. Suites favorables de la chirurgie.
- Retard diagnostique d'une atteinte iatrogène du nerf spinal après curage ganglionnaire et exérèse d'une adénopathie cervicale. Patiente vue tardivement, avec une symptomatologie atypique et essentiellement douloureuse. Il est reproché l'échec d'une greffe nerveuse tardive. Un autre sociétaire neurologue et un sociétaire rhumatologue sont également mis en cause.
- Retard diagnostique d'environ cinq mois d'un méningiome pariéto-rolandique chez un patient de 50 ans. Symptomatologie ayant débuté par des troubles moteurs des membres inférieurs sur spondylolisthésis connu, dans un contexte anxiodépressif. Demande d'IRM, non effectué lors de l'apparition de troubles intermittents d'un membre supérieur.
- Retard diagnostique d'une atteinte sciatique du poplité externe et interne, révélée par un déficit de la flexion/extension de la cheville chez un adolescent atteint d'une tétraparésie spastique postanoxique.
- Retard diagnostique d'un an d'une sclérose latérale amyotrophique chez une patiente de 77 ans ayant consulté pour une dysphagie, des troubles de la parole et de l'élocution rapportés à des lacunes visibles à l'IRM, et n'ayant pas consulté quand la symptomatologie s'est enrichie.

■ Prise en charge (7)

Iatrogénie médicamenteuse (3)

- Traitement par agoniste dopaminergique pour maladie de Parkinson chez un sujet de 64 ans. Constat d'une addiction aux jeux de hasard majorée par le traitement. Patient et médecin traitant avertis de la nécessité d'arrêter le traitement en cas d'aggravation. Pertes financières importantes. Il est reproché l'indication et la poursuite du traitement.
- Prescription d'agoniste dopaminergique chez un parkinsonien de 70 ans. Révélation tardive par l'entourage de troubles comportementaux avec hypersexualité faisant arrêter le traitement. Il est reproché le défaut d'information sur les effets secondaires.
- Traitement par Sabril® chez un épileptique de 30 ans. Symptomatologie ophtalmique à type de rétrécissement concentrique du champ visuel, dépistée après l'alerte donnée par le laboratoire chez ce patient, irrégulièrement suivi.

Conduite thérapeutique (4)

- Suivi régulier pour une myasthénie chez une femme de 72 ans ayant décompensé une diplopie à l'occasion d'une corticothérapie prescrite par le généraliste. Mise en cause systématique. Lien de causalité avec le traitement ?
- Echec thérapeutique, dont le patient de 78 ans avait été prévenu, d'une chirurgie de décompression du coude pour syndrome cubital évolué.
- Prise en charge d'une patiente de 45 ans pour un traumatisme du rachis cervical après accident de la voie publique. Retard à la réalisation d'examens (normaux) n'ayant pas permis de retenir un lien de causalité.

- Interprétation d'un électromyogramme en postopératoire d'une chirurgie du canal carpien. Examen jugé (à juste titre) normal. Evocation ultérieure par le chirurgien d'une pathologie cubitale. Disparition des troubles après intervention, mais licenciement du patient artisan.



OPHTALMOLOGIE

Les **4 430** ophtalmologistes sociétaires de la **MACSF** ont adressé **259** déclarations (**250** en exercice libéral et **9** en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de **6,2%** (contre **5,6%** en 2010) : **24** plaintes ordinaires, **40** procédures civiles, **126** réclamations et **69** saisines d'une CCI.

■ Erreur de prescription de verres ou lentilles (21)

Si quelques dossiers témoignent d'une erreur manifeste de prescription, la plupart des réclamations provient de patients insatisfaits de la correction proposée, s'estimant sous ou sur-correctés, ne s'adaptant pas à leurs verres progressifs. Dans certains cas, la prescription est jugée *a posteriori* inutile (par exemple cataracte ou rétinopathie avec œdème maculaire).

■ Diagnostic (26)

Décollement de rétine (2)

- Diagnostic d'un décollement de rétine le lendemain d'un examen complet pour myodésopsies chez un myope fort, ayant déjà bénéficié d'un barrage laser.
- Diagnostic de décollement de rétine soulevant la macula, dix jours après une consultation pour myodésopsies chez une femme de 56 ans. Réalisation d'un fond d'œil sans dilatation. Évolution ?

Glaucome (5)

- Diagnostic de glaucome agonique par un confrère chez une patiente de 49 ans, myope forte ayant bénéficié d'un laser argon deux ans auparavant et présentant une baisse récente d'acuité visuelle avec atrophie optique. La patiente a tardé à consulter au CHU. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.

- Diagnostic d'un glaucome par fermeture de l'angle chez une femme traitée pour migraine ophtalmique un an après la dernière consultation, où la tension oculaire était normale. Diagnostic lors d'une consultation hospitalière en urgence, à son initiative. Il est reproché l'absence de rendez-vous rapproché, malgré plusieurs appels téléphoniques.
- Retard diagnostique de glaucome chronique à angle ouvert chez un patient de 62 ans. Il reproche de ne pas avoir été tenu informé de l'anomalie débutante de son champ visuel, lors de l'examen pratiqué sept mois avant le constat d'une aggravation avec hypertonie franche. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Diagnostic et intervention en urgence pour glaucome par un confrère, chez une patiente de 84 ans adressée pour chirurgie de cataracte.

Tumeurs (4)

- Diagnostic d'un gliome cérébral, trois mois après une unique consultation d'un homme de 39 ans pour diplopie. Le bilan orthoptique était en faveur d'une parésie congénitale du grand oblique.
- Diagnostic de gliome, quelques mois après avoir suggéré la réalisation d'une imagerie chez un enfant de 4 ans, examiné à la demande du pédiatre et vu à plusieurs reprises l'année précédant le diagnostic. Cécité. Un sociétaire pédiatre est également mis en cause.
- Diagnostic de rétinoblastome porté chez un enfant de 14 mois par un confrère, un mois après un bilan complet (sous cycloplégique, fond d'œil dilaté). Examen initial à trois mois à la demande du père présentant une amblyopie strabique.
- Diagnostic de mélanome de la conjonctive chez une femme de 61 ans, porté neuf mois après la découverte d'une lésion pigmentée. Il est reproché l'absence d'avis spécialisé plus précoce.

Hypertension intracrânienne (1)

- Méconnaissance d'une aggravation (?) d'une hypertension intracrânienne avec atrophie optique connue chez une femme de 22 ans, myope, vue une fois sans rendez-vous pour fatigue lors du travail sur écran.

Herpès (2)

- Herpès cornéen diagnostiqué un mois après le diagnostic de conjonctivite allergique (prescription de collyres cortisonés). Il est également reproché la prolongation du traitement antiviral par un confrère et l'évolution vers un abcès cornéen.
- Diagnostic d'une rétinite nécrosante d'origine herpétique chez une femme de 56 ans, monoptalme sans antécédent d'herpès, hospitalisée une semaine après le diagnostic de thrombose veineuse périphérique.

Ulcération cornéenne (1)

- Ulcération cornéenne diagnostiquée quelques jours après une consultation en urgence pour douleur oculaire, chez une femme de 34 ans. Kératalgie récidivante probable.

Zona (2)

- Diagnostic de rétinite nécrosante due au virus varicelle/ zona chez une patiente de 42 ans immunocompétente, lors de l'hospitalisation demandée dix jours après une consultation en urgence avec le diagnostic d'uvéite antérieure hypertensive.

- Zona diagnostiqué par un médecin généraliste, après deux consultations rapprochées pour douleur oculaire et gonflement palpébral, sans éruption.

Corps étranger oculaire (4)

- Corps étranger oculaire diagnostiqué après plusieurs mois de suivi, et dont l'ablation a soulagé la patiente qui reproche un bilan complet inutile de son lymphome et l'anxiété engendrée.
- Corps étranger intraoculaire méconnu, diagnostiqué au stade de la sidérose chez une femme de 41 ans. Décollement de rétine récidivant et perte de l'acuité visuelle. Trois sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.

Divers (5)

- DMLA diagnostiquée par un confrère, deux ans après la dernière consultation pour baisse d'acuité visuelle chez une femme de 72 ans qui n'a pas fait pratiquer les examens prescrits (angiographie et OCT).
- Interprétation incorrecte d'un bilan d'imagerie conduisant un ORL à une intervention insuffisante d'une fracture du plancher orbitaire, chez un patient examiné par l'ophtalmologiste en préopératoire pour une diplopie.
- Retard diagnostique d'une anomalie du champ visuel (rétrécissement concentrique) chez un épileptique de 31 ans sous vigabatrin, diagnostiquée par un confrère quatre ans après la dernière consultation et deux ans après la mise en garde de l'AFFSAPS. Un sociétaire neurologue est également mis en cause.
- Patiente suivie pour kératite ponctuelle, reprochant de façon infondée le retard diagnostique de thrombose oculaire (et la suspicion non confirmée de maladie de Behcet en hospitalisation), alors que les examens ont été prescrits immédiatement et l'hospitalisation (différée par la patiente) obtenue grâce à l'insistance du médecin.
- Non diagnostique d'une cornea guttata.

■ Prise en charge (23)

- Avis téléphonique avant examen d'un patient en réanimation. Diagnostic d'abcès cornéen bilatéral évolué dans un contexte infectieux après chirurgie cardiaque. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Examen pour suspicion d'embolie graisseuse au décours d'un arrêt cardiocirculatoire lors d'une ostéotomie pour polytraumatisme chez un homme de 44 ans. Décès. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Prise en charge en urgence d'une femme de 71 ans, moins d'une heure après la survenue d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine. Transfert en cardiologie pour fibrinolyse (de technique critiquée) compliquée d'hématome intracérébral et de dépendance.
- Suivi au long cours d'une femme de 79 ans pour glaucome chronique opéré. Uvéite hypertensive. Il est reproché l'échec de la prise en charge.
- Absence de tentative d'hémodilution devant une occlusion de la veine centrale de la rétine.
- Suivi d'une rétinopathie diabétique chez un homme de 54 ans. Photocoagulation laser. Retard à l'intervention lié au patient. Perte de la vision de l'œil.

- Rétinopathie diabétique sur diabète sévère insulinodépendant depuis vingt ans, ayant motivé une panphotocoagulation rétinienne. Patient non suivi pendant un an, puis nouvelles séances de laser. Chirurgie n'empêchant pas l'évolution vers la cécité, dans un tableau de glaucome néovascularisé et de décollement de rétine.
- Prise en charge de lésions dégénératives par laser puis cryoapplication chez un myope fort de 39 ans avant laser excimer. Décollement de rétine quinze mois plus tard récidivant, énucléation. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Échec de la prise en charge (malgré les IVT) d'une DMLA.
- Consultation en urgence pour ulcère de cornée avec hypopion chez une patiente de 70 ans. Hospitalisation immédiate. Il est reproché la persistance du glaucome. La patiente n'a pas effectué le champ visuel prescrit six ans auparavant.
- Attention devant un kératocône dont l'évolution a nécessité une chirurgie par Cross-linking chez un homme de 21 ans.
- Il est reproché l'établissement, chez un homme de 52 ans, d'un certificat d'inaptitude au métier de chauffeur routier du fait d'une neuropathie optique confirmée, alors que l'acuité s'est améliorée quelques mois plus tard, après le licenciement. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Consultation en urgence pour décollement postérieur du vitré avec pseudo trou maculaire. Le patient se plaint d'avoir été « mal reçu » et de l'évolution défavorable de son état visuel.
- Un patient de 40 ans, myope, reproche d'avoir dû insister pour avoir un fond d'œil, dont la réalisation aurait été négligente (en deux minutes et unilatérale), alors que le dernier fond d'œil remontait à quatre ans.
- Amblyopie à bascule après pénalisation pour strabisme chez un enfant de 3 ans hypermétrope. Il est demandé le remboursement des lunettes prescrites.
- Prise en charge d'un enfant d'un an pour suspicion de strabisme. Courrier au pédiatre et demande de skiascopie non honorée par les parents. Chirurgie de strabisme à l'âge de 5 ans.
- Décollement de rétine chez un homme de 57 ans, adressé à un rétinologue que l'ophtalmologiste sait être absent. Intervention deux jours plus tard. Il est reproché un défaut d'information et un suivi ultérieur insuffisant.
- Constat de l'aggravation d'une rétinopathie diabétique avec glaucome chez un patient de 71 ans. Le remplaçant s'occupe de la prise de rendez-vous pour avis chirurgical. Le rendez-vous ne sera jamais pris malgré plusieurs relances du patient au secrétariat, et l'ophtalmologiste alerté seulement six mois plus tard.
- Réclamation formulée sept ans après les faits, reprochant l'attente de trois heures à une consultation en urgence hospitalière pour occlusion de l'artère centrale de la rétine. Hospitalisation immédiate en cardiologie mais récupération visuelle limitée.
- Demande de rendez-vous en urgence pour décollement de rétine diagnostiqué par l'ophtalmologiste traitant, fixé par le secrétariat à cinq jours. Aggravation entre temps et échec de l'intervention en urgence.
- Patient vue trois mois auparavant pour pinguécula. Envoi d'ordonnance pour « œil collé ». Pas d'amélioration. Quinze jours plus tard, elle est adressée à un confrère, lui même surchargé. Diagnostic, cinq jours après l'appel, d'un décollement de rétine.

■ Geste technique (12)

IVT (6)

- Injection de Kénacort® (2)

- Injection de Kenacort® après échec de la photocoagulation chez un patient de 60 ans ayant une rétinopathie diabétique exsudative bilatérale avec oedème maculaire. Suspicion d'endophtalmie à J 3. Prise en charge par un confrère. Perte de l'acuité visuelle.
- Injection de Kénacort® pour DMLA chez une femme de 83 ans. Réaction inflammatoire, récupération initiale puis ré-aggravation, d'ailleurs bilatérale, liée à l'état antérieur.

- Injection pour DMLA de Lucentis® (4)

- Au cabinet, chez un homme de 72 ans. Endophtalmie à staphylocoque doré.
- Au bloc, chez un homme 67 ans. Endophtalmie à J 3 vue par un confrère, hospitalisation le lendemain. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Chez une femme de 79 ans. Endophtalmie à J 2, prise en charge immédiate, germe inconnu, perte de l'acuité visuelle.

Divers (6)

- Ulcération cornéenne après la pose d'un verre à trois miroirs (2).
- Erreur de tir laser lors d'une photocoagulation rétinienne pour rétinopathie diabétique.
- Ptosis complet après injection de toxine botulique pour hémispasme facial.
- Aggravation visuelle après laser thérapeutique.
- Kératite (adénovirus) au décours d'un examen et prescription de lentilles chez une adolescente. La mère signale avoir remarqué que la patiente qui la précédait avait elle aussi une kératite.

■ Chirurgie réfractive (37)

Chirurgie du cristallin clair (7)

- Implant artisan en chambre antérieure pour myopie très forte chez une patiente de 41 ans. Consentement et information de la nécessité d'une surveillance, assurée temporairement par l'opérateur. Sept ans plus tard, chirurgie de cataracte avec explantation des implants précédents. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Implant en 2003 pour presbytie. Perte cellulaire endothéliale, explantation et reprise chirurgicale prévue.
- Implant multifocal chez une femme de 52 ans avec antécédent de strabisme, hypermétrope et presbyte. En post-opératoire, hypermétropie résiduelle et inconfort conduisant à un Lasik. Baisse d'acuité visuelle corrigée. Il est reproché un défaut d'information.
- Implantation précédée d'une intervention par Lasik, six ans auparavant, pour myopie forte chez une femme de 50 ans. Chirurgie complétée par Lasik, diplopie et insatisfaction.
- Implant réfractif chez une patiente de 65 ans, hypermétrope et presbyte. Douleur brutale en fin d'intervention. Remise en place de l'implant à deux reprises. Bonne acuité visuelle, mais inconfort majeur avec image dédoublée. Il est reproché

un défaut d'information malgré la signature de la fiche SFO et le choix de l'implant réfractif (ré-intervention prévue pour des implants monofocaux).

- Chirurgie du cristallin clair chez une femme de 57 ans, revue le lendemain avec une tension oculaire normale, une pupille dilatée (fond d'œil normal, Diamox®). Diagnostic ultérieur de syndrome d'Urrets-Zavalía. Il est reproché la prise en charge des douleurs en postopératoire immédiat, l'absence d'examen ophtalmologique avant la sortie de l'ambulatoire, un diagnostic retardé de la complication.

A noter qu'il n'existe aucune preuve du consentement dans au moins deux dossiers.

Lasik (29)

- Complication du geste réfractif (8)

- Erreur de programmation d'un Lasik chez une femme de 26 ans. Myopisation majeure en postopératoire (multipliée par deux).
- Presbylasik et Lasik chez une femme de 56 ans. Œdème cornéen toxique du fait d'un mauvais rinçage du matériel chirurgical, stérilisé à froid. Baisse de l'acuité visuelle.
- Kératocône bilatéral découvert sept ans après un Lasik, effectué à l'âge de 24 ans, pour myopie forte (- 10) et modérée (- 4) avec astigmatisme, après signature d'un consentement éclairé. Kératocône plus marqué du côté de la plus forte myopie. Détection impossible sur topographie. Perte de l'emploi, travailleur handicapé.
- Ectasie cornéenne bilatérale, trois ans après un Lasik effectué chez une femme de 27 ans pour myopie, avec un bon résultat. Topographie cornéenne préopératoire considérée comme normale.
- Abcès cornéen après Laser excimer chez une patiente de 28 ans.
- Glaucome cortisonique après Lasik bilatéral chez une femme de 30 ans, du fait de la prescription renouvelée de collyres cortisonés pour un œdème cornéen pendant huit mois pour un syndrome de l'interface. Découverte par un confrère d'une excavation papillaire bilatérale puis d'une hypertension oculaire menaçante. Il est reproché l'absence de surveillance du fond d'œil et de la pression oculaire. Neuropathie glaucomateuse bilatérale sévère avec perte de l'emploi et malvoyance.
- Glaucome cortisonique chez un patient de 22 ans, à la suite de la prescription de collyres cortisonés pendant un an, dont le renouvellement n'a pas été noté dans le dossier.
- Laser excimer pour myopie chez un patient de 39 ans, après traitement de déchirure rétinienne par laser, puis d'un décollement de rétine sur myopie forte. Le patient attribue le décollement de rétine, un an plus tard, à la chirurgie réfractive. Enucléation.

Dans deux cas au moins, il n'existe aucune preuve du consentement.

- Pour myopie +/- presbytie (15)

Dont :

- PKR pour myopie chez une femme de 29 ans. Difficulté de cicatrisation avec œdème cornéen persistant, baisse d'acuité visuelle, fonte collagénique post cicatricielle.
- Lasik pour myopie chez un homme de 38 ans, qui insiste pour une retouche (discrète hypermétropie d'un œil). Myopisation et perte de la meilleure acuité visuelle corrigée.
- Lasik pour myopie minime chez une femme de 27 ans. Reprise du capot à gauche le lendemain. Insatisfaction et invasion épithéliale. Suivi régulier et avis référent en faveur

d'une abstention. Eblouissement et syndrome sec persistant.

- Laser excimer chez un homme, opéré à l'âge de 27 ans par un premier opérateur. Retouche deux ans plus tard par le sociétaire sur un œil amblyope par PKR Toplink. Hase, récupération progressive de l'acuité visuelle préopératoire. Ré-intervention quatre ans plus tard et réclamation dix ans après l'intervention initiale. Fiche SFO signée.
- Lasik bilatéral chez un homme de 49 ans avec des retouches multiples bilatérales. Délai de réflexion de 24 heures et fiche SFO signée, mais le patient reproche le défaut d'information et la répétition des interventions (5 à 6 de chaque côté) sans avis référent. Baisse de la meilleure acuité visuelle, avec un syndrome de l'interface. Cicatrices cornéennes, licenciement.
- Lasik avec retouche chez un homme de 40 ans. Sécheresse, éblouissement nocturne, vision fluctuante.
- Lasik pour myopie, astigmatisme et amblyopie relative de l'œil droit chez une femme de 38 ans. Myopie résiduelle nécessitant une correction, puis nouveau Lasik avec résultat décevant, quatre ans plus tard.
- Lasik pour myopie (début de presbytie) chez une femme de 49 ans. Retouche car ne supporte pas l'effet de bascule. Insatisfaction.
- Lasik pour myopie et presbytie chez une femme de 53 ans. Légère hypermétropisation et flou visuel. Retouche par un confrère, avec myopisation et syndrome dépressif.
- Myopie modérée chez un homme de 23 ans. Agitation peropératoire, problème avec décentrement du capot, procédure interrompue. Diminution de l'acuité visuelle. Le patient reproche un manque d'explications (fiche SFO signée). Trois sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Blocage de la découpe, repositionnement du capot et arrêt de la procédure chez une femme de 40 ans. Lentille flexible pour corriger un astigmatisme irrégulier.
- Myopie, astigmatisme et presbytie chez une femme de 62 ans. Reprise car plis du capot. Persistance de la myopie d'un côté, hypermétropie de l'autre sans perte de la meilleure acuité visuelle.

- Pour hypermétropie +/- presbytie (6)

- Lasik pour hypermétropie chez une femme de 26 ans. Syndrome de l'interface d'un côté, bonne récupération visuelle, mais syndrome sec et inconfort.
- Lasik pour forte hypermétropie chez un homme de 37 ans. Myopisation, flou visuel et dédoublement de l'image, mauvaise vision nocturne. Pas de reprise du fait de l'épaisseur cornéenne. Il est reproché un défaut d'information malgré la signature d'une fiche SFO.
- Lasik pour hypermétropie forte chez un homme de 51 ans. Baisse d'acuité visuelle, kératite ponctuée superficielle et aberration. Fiche SFO non retrouvée, mais consentement confirmé par le patient.
- Lasik pour presbytie chez un homme de 41 ans. Myopisation avec amélioration de la vision de près. Il est reproché un défaut d'information.
- Presbylasik au laser femto seconde pour hypermétropie et presbytie chez une femme de 56 ans. Myopisation et persistance d'une presbytie.
- Lasik intra net dans le cadre d'un traitement personnalisé pour hypermétropie importante chez un homme de 25 ans. Myopisation et baisse de la meilleure acuité visuelle corrigée.

Divers (1)

- Problème de secrétariat sur codification des actes. Remboursement non effectué par la mutuelle.

■ Chirurgie de la cataracte (94)

Endophtalmie (32)

Chez des patients de 50 à 88 ans, survenant volontiers dans les premiers jours postopératoires et aboutissant à la perte totale de l'acuité visuelle ou à l'énucléation, surtout en cas de germe virulent (streptocoque, enterobacter, pneumocoque), dont un cas chez un patient de 32 ans opéré de décollement de rétine, puis de chirurgie de cataracte.

Dans certains cas, les patients ont néanmoins récupéré une acuité visuelle correcte (par exemple deux cas à 5/10^{ème} et 8/10^{ème} après une infection à staphylocoque epidermidis). A signaler que dans deux cas, une injection de Kénacort[®] retard a eu lieu en fin d'intervention.

Dans deux cas, le diagnostic n'a pas été tranché entre inflammation et endophtalmie.

Dans un cas, l'endophtalmie s'est compliquée d'une ophtalmie sympathique controlatérale chez un homme de 73 ans, devenu aveugle.

Quatre patients reprochent la prise en charge (traitement initial par collyre et antibiotiques oraux), un retard présent ou invoqué (3) : une patiente, malgré les consignes reçues, n'a pas osé déranger son ophtalmologiste un dimanche, contestation de la recommandation téléphonique d'hospitalisation immédiate...

Complication peropératoire (26)

- Rupture capsulaire (4)

Avec ou sans chute du noyau dans le vitré, avec décision de ne pas implanter immédiatement. Ailleurs, implantation dans le sulcus ou en chambre antérieure.

Ces interventions se sont compliquées de décollement de rétine, de luxation, de décentration de l'implant.

La prise en charge des suites a parfois été confiée à un rétinologue.

La majorité de ces complications est susceptible d'être qualifiée d'aléa, sous réserve notamment d'un consentement éclairé, d'une bonne indication et de la gestion adaptée de la complication.

Dans la majorité des cas, l'acuité visuelle est perdue, avec dans un cas une énucléation.

La décompensation cornéenne, favorisée par une implantation en chambre antérieure ou la répétition des interventions, conduit dans certains cas à la greffe.

Une anesthésie insuffisante a été accusée de favoriser la complication, dans un cas.

- Hémorragie (5)

Avec perte de l'acuité visuelle, dont :

- Patient sous anticoagulants, opéré sous topique.
- Hémorragie choroïdienne par projection de la canule, suivie de décollement de rétine.
- Reprise pour décentration de l'implant. Survenue d'un hématome orbitaire majeur lié à une hémopathie méconnue.

- Difficultés techniques concernant le matériel (3)

- Ré-intervention pour implant replié en arrière de l'optique. Le patient attribue la dégradation de son état général à l'échec, tout relatif, de la chirurgie.
- Implant cassé et changé en cours d'intervention. Décompensation

cornéenne sur cornéa guttata méconnue. Greffe de cornée à distance. Récupération à 6/10^{ème}.

- Brûlure cornéo limbique, cataracte dense sur angle étroit suite à l'échauffement de la pointe du phacoémulsificateur. Bonne récupération finale.

- Divers (14)

Dont :

- Luxation de l'implant, repositionné à deux reprises puis changé. Mauvais résultat chez un homme de 59 ans.
- Après une intervention bilatérale en deux temps, d'un côté implantation dans le sulcus avec récupération correcte, et de l'autre rupture capsulaire sans implantation, quinze jours plus tard. Implant clipsé refusé.
- Décentration de l'implant bien toléré d'un côté chez un homme de 73 ans. Implantation en chambre antérieure lors de la chirurgie controlatérale et du coté du décentration. Patient non informé de cette chirurgie bilatérale en un temps. Erreur de côté alléguée. Décompensation cornéenne bilatérale et greffe.

Complication postopératoire (12)

- Chirurgie sans incident, mais implant progressif compliqué d'un coté d'une déchirure rétinienne et de l'autre d'un œdème maculaire, chez un homme de 57 ans. Bonne récupération visuelle finale.

- Chirurgie sans incident chez un homme de 77 ans. Œdème cornéen. Avis deux mois plus tard, considéré comme tardif, devant un décollement descemetique étendu. Injection de bulle d'air, récupération à 6/10^{ème}. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.

- Survenue d'une névrite optique un mois après une récupération de 10/10^{ème}, malgré des suites difficiles avec hypertonie oculaire et œdème cornéen transitoire chez un homme de 81 ans. Perte de l'acuité visuelle.

- Cataracte compliquée d'OVCR.

- Chirurgie compliquée d'hypertonie et de réaction inflammatoire transitoire chez un homme de 51 ans, myope fort. Bonne récupération visuelle, mais évolution de la maladie hypertensive ancienne et éviscération cinq ans plus tard.

- Suivi postopératoire d'une chirurgie de cataracte chez un myope fort ayant un glaucome chronique bien équilibré avant l'intervention. Baisse d'acuité visuelle (collyre cortisoné ?). Il est reproché l'absence de chirurgie combinée glaucome + cataracte, comme pratiquée ultérieurement pour l'autre œil.

- Décollement de rétine un mois après une chirurgie sans incident (1/10^{ème}). Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause, dont un pour prise en charge du décollement de rétine.

- Bascule de l'implant en avant de l'iris constatée à J 1. Persistance d'une hypertonie à J 3. Le patient aurait refusé l'hospitalisation, effective 48 heures plus tard. Il conteste avoir été informé des risques. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.

- Suivi postopératoire d'une dystrophie épithéliale sévère chez un homme de 26 ans, opéré de membrane épitréniennne et de cataracte sans incident. Découverte tardive d'une hypertonie oculaire, faute de prise de tension oculaire.

Implant (8)

- Myopisation postopératoire, alors que le patient était hypermétrope, et absence de chirurgie combinée du glaucome

chronique stable. Fiche SFO non récupérée.

- Myopisation postopératoire (9/10^{ème}). Consentement à l'intervention sans fiche d'information.
- Majoration d'une hypermétropie postopératoire (2,50 au lieu de 0,50). Le patient est choqué par une proposition de chirurgie réfractive.
- Hypermétropie résiduelle d'une dioptrie chez un patient hypermétrope de 49 ans, aux antécédents de membrane épirétinienne opérée.
- Choix d'un implant multifocal d'un côté, monofocal de l'autre. Ré-intervention mais inconfort persistant.
- Confusion avec l'implant d'un autre patient. Ré-intervention par confrère.
- Myopisation par absence de vérification de la puissance de l'implant fourni.
- Erreur sur la puissance de l'implant posé lors d'une ré-intervention pour luxation.

Insuffisance de résultat (8)

Dont :

- Bon résultat visuel, mais récurrence de l'hypertonie et altération du champ visuel, deux mois après l'intervention.
- Bon résultat, mais limité (5) du fait d'une DMLA malgré l'information, dix ans plus tard lors de l'apparition de la DMLA d'un autre œil (dans trois cas) ou du fait de l'état antérieur polyvasculaire (dans deux cas).
- Inconfort visuel avec blépharospasme.

Divers (5)

- Bon résultat sur l'acuité visuelle, mais névralgies faciales.
- Il est reproché une absence d'hospitalisation du fait de céphalées et de vomissements à J 1 après une intervention en chirurgie ambulatoire.
- Résultats visuels excellents mais « allergie au corps étranger ». Bien que la fiche SFO ait été signée, le patient reproche d'avoir été opéré sans son accord.
- Douleurs oculaires diffuses.
- Chirurgie compliquée d'un accident vasculaire cérébral (anesthésie générale du fait d'une anesthésie locale insuffisante). Hypotension et hypoxie peropératoire. Diagnostic ultérieur de sténose préocclusive carotidienne. Deux sociétaires anesthésistes réanimateurs sont également mis en cause.

Complication de l'anesthésie (3)

- Choc à la Célocurine® récupéré lors d'une anesthésie générale « qui s'imposait » chez un homme de 49 ans.
- Parésie de l'oblique externe après anesthésie sous ténionienne.
- Hémorragie massive du vitré à J 1, compatible avec une perforation secondaire à la péribulbaire.

■ Autres chirurgies (41)

Chirurgie DR (5)

- Echec de la chirurgie chez un homme de 50 ans. Récurrence avec évolution vers une phtyose.
- Echec de la chirurgie de sauvetage en urgence chez un patient de 73 ans, opéré avec succès de décollement de rétine dix ans auparavant. Récurrences.
- Chirurgie en urgence (perception lumineuse) chez une myope forte de 55 ans aux antécédents de décollement de rétine. Hypertonie huit jours plus tard. Récupération visuelle limitée.
- Prise en charge par laser, puis chirurgie, d'un décollement de rétine récidivant avec perte de l'acuité visuelle chez un

patient de 60 ans, opéré de cataracte dix ans auparavant.

- Chirurgie pour décollement sur forte myopie chez une femme de 68 ans. Bonne récupération visuelle, mais douleurs périorbitaires secondaires, d'après la patiente et son ostéopathe, à une fracture orbitaire non documentée.

Chirurgie esthétique (8)

- Récurrence de ptosis, deux mois après une intervention dans le cadre d'un syndrome de Claude Bernard Horner chez une femme de 54 ans, qui n'a pas donné suite à la proposition de reprise.
- Rétraction cicatricielle d'une paupière (ptosis bilatéral) récidivante après la reprise chez une femme de 60 ans. Aspect inesthétique et inoclusion palpébrale nocturne.
- Blépharoplastie pour ptosis compliquée de kératite puis d'ulcération cornéenne à J 8, nécessitant une tarsorrhaphie.
- Résultat d'une chirurgie d'ectropion avec blépharite jugée inesthétique par une patiente de 71 ans souhaitant une reprise, refusée par le chirurgien.
- Blépharoplastie inférieure bilatérale (3) avec résultat inesthétique et insuffisant sur le larmoiement (2), sur le trichiasis qui récidive (1), du fait d'un reliquat de fils....
- Plaque de bistouri électrique posée à l'avant bras. Brûlure.

Chirurgie du glaucome (7)

- Sclérectomie sans incident chez un homme de 46 ans aux antécédents de glaucome opéré. Hémorragie à J 3.
- Sclérectomie. Cicatrice non étanche, endophtalmie, éviscération, chez une femme de 72 ans.
- Trabéculéctomie chez un homme de 71 ans. Hypertonie difficile à équilibrer après chirurgie de cataracte et vitrectomie. Acuité à 2 et 1/20^{ème} après cinq interventions. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Trabéculéctomie, puis bulle de filtration chez un homme de 72 ans. Échec.
- Iridotomie laser permettant la normalisation de la tension. Dernière consultation il y a quatorze ans.
- Cycloaffaiblissement bilatéral puis laser transcléral chez un homme de 30 ans atteint de glaucome rebelle sur malformation congénitale du globe. Cécité. Il est reproché le nombre et la réalisation bilatérale des impacts.

Chirurgie orbitaire (4)

- Reprise chirurgicale d'une éviscération, effectuée sept ans plus tôt après traumatisme oculaire. Méningite et vascularite à pneumocoque postopératoire. Lourdes séquelles neurologiques. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Eviscération avec mise en place d'un implant, compliquée d'une infection à staphylocoque doré. Cécité sur lourds antécédents.
- Vitrectomie pour hémorragie vitréenne, puis énucléation pour suspicion de tumeur maligne infirmée. Reprise pour désunion des sutures un mois plus tard. Résultat esthétique non satisfaisant.

Anneau cornéen (1)

- Anneau cornéen chez un patient mineur pour kératocône. Le père reproche un défaut d'information et la ré-intervention du fait de l'extrusion d'un segment.

Clou méatique (1)

Greffe (2)

- Reprise de greffe cornéenne pour rejet trois mois plus tard.

- Ulcération traitée par lentille pansement, sans information d'après la patiente. Abscess du greffon.

Ptérygion (2)

- Blessure oculaire peropératoire. Suture cornéenne.
- Il est reproché une intervention conventionnelle plutôt qu'un laser.

Vitrectomie (11)

- Geste sans alternative chez un patient bien informé de 52 ans, présentant une rétinopathie proliférante bilatérale avec une hémorragie intravitréenne. Tableau inflammatoire sévère ou endophtalmie. Deux sociétaires ophtalmologistes sont mis en cause.
- Ablation chirurgicale de néovaisseaux choroïdiens compliquée d'endophtalmie.
- Pelage de membrane épirétinienne (2) compliqué d'endophtalmie.
- Vitrectomie pour hémorragie intravitréenne (1) et membrane épirétinienne (2) compliquée de décollement de rétine un à deux mois plus tard (avec récupération de l'acuité préopératoire dans un cas).
- Mauvais résultat en rapport avec l'état maculaire.
- Survenue d'une OACR.
- Survenue d'un scotome malgré l'amélioration de l'acuité chez un patient de 33 ans.

■ Dommage corporel (2)

- Chute du tabouret d'un homme de 68 ans. Contusions sans gravité.
- Chute d'un homme de 58 ans suite à une collision avec une secrétaire en pénétrant dans la salle d'examen. Fracture du poignet traitée par plâtre.

■ Divers (3)

Mises en cause par erreur (3).



Les **1 476** ORL sociétaires de la MACSF ont adressé **81** déclarations (77 en exercice libéral, 4 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de **7,5%** en exercice libéral (contre 6,6 % en 2010) : 1 plainte pénale, 4 plaintes ordinaires, 14 procédures civiles, 44 réclamations et 18 saisines d'une CCI.

■ Retard diagnostique (10)

- Diagnostic jugé tardif de cholestéatome (3) chez une fillette de 7 ans, suivie pour otites récidivantes et pose d'aérateurs trans tympaniques, (deux sociétaires ORL sont mis en cause), et un an après la pose d'aérateurs trans tympanique chez un enfant de 6 ans.
- Cholestéatome diagnostiqué tardivement, d'après un patient de 50 ans suivi pour une otite chronique ayant fait l'objet de la pose d'aérateurs trans tympaniques.
- Méconnaissance d'un corps étranger œsophagien (pièce de monnaie), découvert deux mois après une adénoïdectomie pour rhinopharyngites à répétition chez un enfant de 2 ans, jugée inutile.
- Retard diagnostique de cancer de trois mois, faute de biopsie, chez un homme de 69 ans, le nodule de la corde vocale apparaissant bénin à la laryngoscopie.
- Diagnostic d'un cylindrome parotidien, deux ans après des consultations pour otalgies et hypoacousie attribuées à un syndrome temporo mandibulaire chez une femme de 54 ans.
- Retard diagnostique de cinq à six mois de la rechute d'une tumeur sinusienne papillomateuse avec nécessité d'une chirurgie importante.
- Découverte d'une tumeur maligne sous-mandibulaire chez une femme de 39 ans, quinze mois après une cytoponction rassurante. Décès rapide.
- Otalgie rattachée à un syndrome temporo mandibulaire chez un homme de 22 ans. Echec de l'infiltration. Découverte d'une tumeur maligne du nasopharynx six mois plus tard. Un sociétaire rhumatologue est également mis en cause.

■ Prise en charge (4)

- Retard diagnostique d'un cholestéatome, en fait infirmé chez un homme de 31 ans, suivi de longue date pour otite chronique et acouphènes. Il est aussi reproché l'échec d'une greffe tympanique.
- Consultation en réanimation pour phlyctènes du nez dues à une sonde de ventilation nasale non invasive lors d'un coma, et évoluant vers une nécrose cutanée nasale.
- Un patient accuse l'incision d'un abcès endonarinnaire sur folliculite d'être responsable d'une anosmie.
- Après avis référent, traitement antibiotique d'une otorrhée persistante depuis deux mois chez un patient opéré d'un cholestéatome controlatéral. Révélation, à l'occasion d'une crise convulsive, d'un empyème avec mastoïdite et thrombophlébite cérébrale, deux mois après le début de la prise en charge.

■ Chirurgie naso-sinusienne (19)

Échec de rhinoseptoplastie (9)

Pratiquée du fait, au minimum, d'une obstruction nasale chronique (5) ou de sinusite chronique de type greffe aspergillaire (4), la rhinoseptoplastie n'a pas eu le résultat escompté sur le plan fonctionnel, en l'absence de complication majeure.

Dont :

- Infection postopératoire transitoire et syndrome du nez vide.

- Un patient de 27 ans reproche un défaut d'information (du fait de l'association avec la turbinectomie) et une chirurgie inappropriée.
- Une femme de 26 ans se plaint de la persistance de la déviation de la cloison nasale.
- A la suite d'une intervention pour une sinusite aspergillaire, un homme de 46 ans se plaint d'une obstruction nasale résiduelle due à une déviation de la cloison nasale, dont il regrette l'absence de sanction chirurgicale.
- Malgré un bon résultat primaire, une patiente reproche, sept ans plus tard, une section trop importante d'un cornet avec méatotomie trop large et exérèse de la paroi inter sinus nasale trop importante, responsables d'une rhinite atrophique.
- Anosmie et névralgies faciales.
- Douleurs temporo mandibulaires avec subluxation de l'articulation.
- Septoplastie avec ethmoïdectomie et turbinectomie, permettant l'évacuation de collections purulentes sphénoïdales. Le patient se plaint d'une perte d'odorat, de céphalées et de nez vide (délai de consentement à l'intervention très court).

Complications (10)

- Septoplastie avec méatotomie inférieure compliquée d'une hémorragie postopératoire non transfusée. Patiente perdue de vue en postopératoire immédiat. Plainte à distance pour perforation septale.
- Une intervention est suivie de synéchie, nécessitant des ré-interventions avec persistance des troubles chez une femme de 35 ans.
- Après l'exérèse d'un énorme polype dans le cadre d'une intervention pour sinusite chronique, la survenue d'un ostéome à la partie antérieure de l'ethmoïde est alléguée en rapport avec l'intervention.
- Survenue d'une sinusite postopératoire lors d'une rhinoseptoplastie associée à une chirurgie du ronflement, compliquée d'un épistaxis transfusé, puis d'une endocardite chez un homme de 48 ans.
- Lors d'une rhinoseptoplastie avec turbinoplastie moyenne et inférieure chez un homme de 30 ans, constat postopératoire d'un hématome intra orbitaire et d'une effraction de l'orbite. Perte de l'acuité visuelle.
- Complications dans le cadre d'interventions à visée esthétique, notamment du fait d'un antécédent de traumatisme des os propres du nez (5) : déplacement du greffon avec correction d'une déviation non satisfaisante, persistance de la déformation inesthétique chez un homme de 38 ans, mauvais résultat esthétique et perforation nasale (greffe ultérieure et problème d'information), mauvais résultat esthétique et fonctionnel du fait d'une pointe nasale effondrée et d'une infection des fils de suture chez une femme de 28 ans, déformation nasale post traumatique avec résultat insatisfaisant de la chirurgie par autogreffe de cartilage.

■ Chirurgie de l'oreille (13)

Otospongiose (5)

- Ré-intervention pour otospongiose avec surdité compliquée de labyrinthisation et cophose chez une femme de 46 ans. Trois sociétaires ORL sont mis en cause : l'opérateur et deux ORL chargés du suivi de la complication, du fait du mauvais résultat et de l'aggravation de la surdité.

- Otospongiose sans incident chez une femme de 55 ans. Amélioration temporaire de la surdité, mais régression sur les fréquences aiguës.
- Après un long suivi, chirurgie d'une otospongiose avec échec opératoire chez un homme de 37 ans, bien informé.

Tympanoplastie (4)

- Ré-intervention pour luxation d'un piston posé antérieurement chez une femme de 39 ans. Paralysie faciale complète apparue une dizaine de jours après l'intervention, *a priori* virale. Hémispasme facial séquellaire.
- Découverte peropératoire d'une procidence du facial entraînant sa dénudation. Paralysie faciale sévère chez une femme de 48 ans.
- Fuite, labyrinthisation et cophose chez une femme de 74 ans nécessitant une ré-intervention.
- Tympanoplastie avec greffe et nettoyage de l'antre mastoïdien pour perforation tympanique avec écoulement, compliquée d'un syndrome infectieux (mastoidite) chez une femme de 44 ans. Aggravation de la surdité.

Divers (4)

- Neurinome de l'acoustique (stade 1) chez une femme de 67 ans par voie translabyrinthique avec monitoring du facial. Paralysie faciale complète sévère, incomplètement régressive.
- Drainage transtympanique (indication ?) chez une femme de 58 ans. Aggravation de la perte auditive.
- Otoplastie chez un enfant de 12 ans, compliquée de chondrite. Evolution défavorable avec chondronécrose.
- Patiente de 19 ans mécontente d'une intervention esthétique sur les lobules de l'oreille.

■ Autres interventions (17)

Curage ganglionnaire (4)

- Curage pour pathologie maligne confirmée (3), compliqué de paralysie du spinal, notamment (avec échec de la greffe) chez un homme de 20 ans en récurrence de maladie de Hodgkin. Dans un cas, la tumeur a rendu nécessaire le sacrifice d'une partie de la branche du spinal.
- Chez un homme de 56 ans, ablation d'un ganglion inflammatoire sous anesthésie locale compliquée d'une paralysie du spinal, révélée par un névrome trois mois après l'intervention. Patient non revu. Echec de la greffe.

Exérèse d'un lipome de la nuque (1)

- Impotence fonctionnelle de l'épaule due à une section complète du spinal accessoire, avec constitution d'un névrome. Séquelles.

Exérèse de tumeur (4)

- D'une tuméfaction douloureuse du pavillon de l'oreille, compliquée de difficultés de cicatrisation et d'un résultat inesthétique nécessitant une reprise chirurgicale.
- Récidive d'une tumeur d'une glande salivaire nécessitant une nouvelle exérèse, suivie de fistule.
- Exérèse en deux temps d'une tumeur du plancher buccal. Récidive de douleurs à deux mois. Nouvelle série de biopsies, la dernière faisant diagnostiquer une récurrence. Chirurgie mutilante à six mois de la première intervention. Il est reproché l'envoi tardif à un référent.
- Ablation d'une lésion cutanée sur la lèvre inférieure au lieu de l'exérèse de la lésion (basocellulaire) de la lèvre supérieure.

Tumeur de la parotide (1)

- Evocation d'une possible métastase d'un mélanome de la face. Paralyse faciale complète traumatique avec échec de l'anastomose.

Chirurgie de la thyroïde (3)

- Thyroïdectomie totale pour goitre (1) ou pour nodule (1), compliquée de paralysie récurrentielle.
- Thyroïdectomie totale avec curage pour cancer papillaire vésiculaire thyroïdien et adénopathie métastatique. Paralyse du nerf phrénique unilatéral (mécanisme ?) chez une femme de 60 ans.

Dacryorhinocystostomie (1)

- Echec chez un patient de 69 ans.

Accident en rapport avec le matériel (3)

- Brûlure de la lèvre supérieure liée à un faux contact entre l'écarteur et la pince bipolaire mal isolée, dont la gaine était usée.
- Brûlures multiples de l'avant-bras lors d'une cautérisation des cornets par contact répété du câble de la lumière froide du laryngoscope, utilisé du fait de difficultés d'intubation imprévues.
- Brûlures de la lèvre lors d'un pelage laser d'une corde vocale sous laryngoscopie en suspension. Perforation accidentelle de la sonde de ventilation par ricochet d'un faisceau laser sur la surface métallique du laryngoscope.

■ Traumatisme dentaire (12)

- A l'occasion de laryngoscopies (5).
- Du fait de l'échec d'une intubation trachéale par l'anesthésiste, réussie sans problème avec un guide par l'ORL.
- A l'occasion d'une amygdalectomie (5).
- Lors d'une adénoïdectomie, erreur sur la dent à extraire.

■ Divers (5)

- Méatotomie moyenne bilatérale sans problème avant greffe osseuse préimplantaire, compliquée de sinusite par effraction du greffon. Fistule et nécessité de reprise chirurgicale.
- Arrêt cardiovasculaire le lendemain d'une chirurgie (embolie pulmonaire ?) chez une femme de 53 ans. Décès.
- Blessure de la joue d'un enfant à l'occasion d'une agitation lors d'une consultation.
- Lymphadénite et phlébite du bras en lien avec un oubli de morceau de cathéter après une intervention ORL.
- Mauvaise information sur la nécessité de solliciter l'accord préalable de la mutuelle pour prise en charge d'une otoplastie chez un enfant.

■ Dommage corporel (1)

- Chute en accédant au cabinet, à l'occasion d'une consultation pour bilan de troubles de l'équilibre chez une femme de 81 ans. Fracture d'une épaule.

PÉDIATRIE



Les **3 466** pédiatres sociétaires de la MACSF ont adressé **22** déclarations (**19** en exercice libéral et **3** en exercice salarié), soit une sinistralité de **1%** en exercice libéral (contre **1,2 %** en 2010) : **2** plaintes pénales, **3** plaintes ordinaires, **11** procédures civiles, **4** réclamations et **2** saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (5)

En consultation (4)

- Diagnostic de rhinite chez un enfant de 3 ans, fébrile. Angine due à une infection à virus EBV au bilan, fait trois jours plus tard aux urgences. Revu le lendemain par le généraliste, puis transféré par le Samu pour détresse respiratoire. Décès dans un tableau de possible abcès rétro-pharyngé.
- Diagnostic de bronchite chez un enfant de 7 mois. Toux persistante à un mois, malgré la kinésithérapie. Détresse respiratoire dix jours plus tard, liée à une insuffisance cardiaque, HTAP sur sténose d'une veine pulmonaire méconnue. Décès.
- Diagnostic à l'âge de 9 mois d'une luxation de hanche. Echographie interprétée à tort comme normale, après constat d'un ressaut à la naissance.
- Enfant de 3 ans, adressée en ophtalmologie pour suspicion de malvoyance, non confirmée. Demande d'avis à un pédopsychiatre. Retard à la réalisation d'une IRM découvrant une tumeur cérébrale. Cécité. Un sociétaire ophtalmologiste est également mis en cause.

Lors d'une consultation (1)

- Retard diagnostique d'une méningo-encéphalite chez un enfant de 7 ans, vu quelques jours après le généraliste pour fièvre et vomissements, puis confié à l'initiative des parents aux urgences hospitalières à deux reprises (bilan normal), avant que des signes neurologiques conduisent au diagnostic d'herpès. Importantes séquelles (tétraparésie et épilepsie). Un sociétaire généraliste est également mis en cause.

■ Prise en charge (14)

En cabinet (3)

- Récidive d'une tumeur de la cuisse, cinq ans après l'exérèse d'un angiomyolipome chez un enfant d'un an, non revu. Le

résultat définitif - disponible quelques mois plus tard - concluant à un fibrosarcome n'avait été communiqué ni aux parents, ni au pédiatre.

- Vaccination d'un enfant de 5 ans (méningocoque et anti-hépatite B), alors que cette dernière vaccination avait été refusée par les parents.
- Vaccination par erreur d'un enfant contre l'hépatite B malgré l'opposition des parents du fait d'un antécédent de sclérose en plaques dans la famille.

En hospitalisation (1)

- Hospitalisation pour surveillance d'un enfant de 3 ans après un malaise pseudo épileptique. Revu dix jours plus tard en consultation. Conseil d'examen complémentaires, dont IRM et échographie cardiaque. Décès de l'enfant (de cause indéterminée) à la suite d'un nouveau malaise, après tentatives de réanimation par le Samu.

En maternité (9)

- Séquelles de l'enfant (3)

- Prise en charge à la naissance d'un enfant après césarienne non programmée. Examen normal. Il est reproché l'absence de bilan du fait d'antécédents d'herpès génital maternel, connus de l'obstétricien, sans récurrence récente et n'ayant pas fait l'objet de mesures préventives maternelles. Méningo encéphalite à quinze jours. Importantes séquelles.
- Prise en charge d'un nouveau-né après césarienne en urgence pour souffrance fœtale. Apgar normal, examen à plusieurs reprises sans noter d'anomalies autres qu'un épisode de « trémulations », non récidivant. Diagnostic, à plusieurs mois de vie, d'une encéphalopathie sévère.
- Mise en cause systématique du fait de l'apparition progressive d'une infirmité motrice cérébrale d'origine inconnue, après la naissance par voie basse d'un enfant normal, examiné du fait d'une fièvre maternelle.

- Décès de l'enfant (6)

- Prise en charge d'un nouveau-né (Apgar 6/9) après césarienne programmée pour utérus cicatriciel découvrant un hématome rétroplacentaire. Poursuite de la surveillance en néonatalogie. Amélioration rapide (pH, lactates...) avant désaturation brutale et bradycardie à H+14. Décès.
- Prise en charge par le pédiatre d'astreinte d'un nouveau-né en état de mort apparente, intubé, ventilé, et transféré en réanimation. Infirmité motrice cérébrale anoxique par hématome rétroplacentaire. Décès à 8 mois.
- Mise en cause, avec l'équipe obstétricale, pour prise en charge d'un nouveau-né dans un contexte de souffrance fœtale et d'extraction en urgence par forceps. Evolution initiale satisfaisante, puis transfert pour convulsions à six heures de vie. Décès à un mois.
- Mise en cause, avec l'équipe obstétricale, pour un enfant né en état de mort apparente après extraction en urgence par forceps pour anomalies du RCF (accouchement déclenché post terme). Récupération lente des paramètres hémodynamiques et respiratoires. Décision de transfert à H+10 (hypotonie axiale et acidose). Décès de l'enfant dans un état de mal convulsif et de lésions étendues cérébrales, confirmées par l'IRM. Trois sociétaires pédiatres sont mis en cause.

Divers (1)

- Mise en cause après prise en charge d'un nouveau-né en excellent état après césarienne programmée, mais compliquée d'une embolie pulmonaire maternelle.

■ Déontologie (3)

- Examen d'un enfant de 2 mois pour suspicion d'infection urinaire fébrile (antécédents de colonisation par E-Coli à la naissance). Recueil des urines par sondage vécu de façon traumatisante, en raison de plusieurs essais. Bandelette et bactériologie négatives. Refus des parents (en vacances) de l'hospitalisation. Signalement au Procureur, jugé abusif par les parents.
- Examen post natal. Suspicion de maltraitances et signalement collégial au Procureur, suivi d'un placement de l'enfant. Plainte pour dénonciation calomnieuse.
- Mise en cause pour un certificat tendancieux évoquant des violences paternelles sur deux enfants d'un couple en cours de séparation.



Les **587** angéologues phlébologues sociétaires de la MACSF ont adressé **9** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **1,7%** (contre **3,3%** en 2010) : **6** réclamations et **3** saisines d'une CCI.

■ Prise en charge (3)

- Échodoppler confirmant une occlusion artérielle poplitée chez un homme de 58 ans (artérite connue). Traitement anticoagulant dans l'attente d'un rendez-vous de chirurgie vasculaire, obtenu cinq jours plus tard. Ischémie aiguë nécessitant une désobstruction. Evolution défavorable vers l'amputation au tiers moyen de jambe. Il est reproché le délai de prise en charge en chirurgie vasculaire.
- Participation au suivi d'un patient et à l'indication opératoire d'un pontage aorto bifémoral, dont les suites n'ont pas été satisfaisantes. Un sociétaire radiologue et un sociétaire chirurgien vasculaire sont également mis en cause.
- Orientation vers la chirurgie de varices d'une patiente dont le motif de la réclamation est inconnu.

■ Geste technique (5)

- Laser pulsé pour le traitement de télangiectasies des membres inférieurs. Brûlures.
- Sclérothérapie saphène (2) compliquée d'extravasation du produit, dont un cas avec nécrose locale.
- Sclérothérapie des membres inférieurs chez une femme de 31 ans, compliquée d'un abcès évacué chirurgicalement.
- Infiltration d'une névralgie pudendale. Aggravation.

■ Divers (1)

- Réalisation de deux séances de drainage lymphatique pour œdèmes des membres inférieurs secondaires à un érysipèle,

non récent et non compliqué. Pas de relation possible entre les soins, justifiés et prudents, et les péripéties rapportées, sans preuve et à distance, par la patiente qui présente une infection ostéoarticulaire (nouvel épisode d'érysipèle de jambe).



Les 1 401 pneumologues sociétaires de la MACSF ont adressé 27 déclarations (25 en exercice libéral et 2 en exercice salarié) soit une sinistralité de 3,3% en exercice libéral (contre 1,6 % en 2010) : 2 plaintes pénales, 5 plaintes ordinaires, 5 procédures civiles, 4 réclamations et 11 saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (4)

- Retard diagnostique de quelques mois d'un adénocarcinome bronchique chez un patient fumeur de 36 ans, amélioré initialement par le traitement. Le bilan réalisé en hospitalisation était en faveur d'une possible tuberculose. Décès un an après le diagnostic et le traitement par radiothérapie et chimiothérapie.
- Retard diagnostique d'une pneumoconiose chez une patiente de 32 ans, bien explorée deux ans auparavant pour ce motif, avec une hésitation sur une sarcoïdose. Surveillance recommandée, patiente non revue. Reconnaissance en maladie professionnelle finalement acceptée chez cette prothésiste dentaire.
- Retard diagnostique d'un sarcome chez une patiente de 25 ans, vue pour toux persistante, douleurs thoraciques et séquelles d'un épanchement pleural. Explorations plus complètes neuf mois plus tard, lors de l'aggravation de l'état respiratoire. Décès en cours de chimiothérapie.
- Avis donné devant des troubles respiratoires contemporains d'un épanchement pleural chez un patient de 77 ans, lors d'une hospitalisation pour traitement de fractures (clavicule, humérus) ostéosynthésées. Embolie pulmonaire éliminée, survenue d'une tétraplégie révélatrice d'une luxation cervicale méconnue. Séquelles.

■ Prise en charge (19)

En consultation (10)

- Prise en charge reprochée d'un patient de 58 ans, aux antécédents de radiothérapie pour cancer des cordes

vocales, BPCO post tabagique. Réalisation d'une endoscopie bronchique (et gastrique) sans incident, gestes auxquels est rattachée (sans preuve) une radionécrose du cartilage thyroïdien, avec une cellulite faciale apparue plus d'un mois après. Deux sociétaires pneumologues sont mis en cause.

- Prise en charge d'un syndrome de Pancoast-Tobias d'évolution rapidement défavorable. Décès. Deux sociétaires pneumologues sont mis en cause.
- Diagnostic sur des biopsies d'un cancer bronchopulmonaire chez un patient de 83 ans. Pas de cellules cancéreuses sur la pièce de la lobectomie (erreur d'interprétation ?).
- Prise en charge contestée d'une pathologie professionnelle liée à l'amiante, dans un contexte psychiatrique.
- Prise en charge pour explorations d'une image thoracique chez une patiente de 62 ans. Décision en RCP de thoracotomie exploratrice (histologie bénigne de la lobectomie). Suites compliquées d'une fistule bronchopleurale et pneumopathie infectieuse. Décès.
- Suspicion de tuberculose chez un patient déjà exploré du fait d'un comptage familial, ayant des images au scanner. Décision d'attendre les résultats de cultures, finalement positives après lavage à l'initiative du pneumologue, avant d'entreprendre un traitement (ce qui est reproché).
- Prise en charge multidisciplinaire d'un patient de 56 ans dans le cadre d'une maladie de système avec insuffisance respiratoire (sous Hydrea et Interferon). Neuropathie faisant discuter du rôle de l'interferon, puis prise en charge par d'autres praticiens pour artériopathie (amputations distales).
- Rupture du tendon d'Achille chez un patient de 39 ans, traité par quinolones.

En hospitalisation (9)

- Prise en charge d'une patiente pour pneumopathie à pneumocoques. Décès lors d'une ré-hospitalisation quelques jours plus tard pour embolie pulmonaire confirmée.
- Prise en charge d'une surinfection bronchique sur BPCO et asthme grave chez un patient de 55 ans, coronarien. Décès le lendemain. Il est suspecté par la famille une allergie à l'antibiotique injecté la veille.
- Prise en charge du bilan d'un patient et diagnostic de métastases d'un cancer rénal. Retard diagnostique invoqué, lié à une interprétation erronée d'un scanner par d'autres praticiens précédents.
- Prise en charge d'une patiente de 55 ans pour pleuropneumopathie bipolaire. Pas de germe isolé. Décision d'une fibroscopie faite par un confrère, et compliquée d'un saignement avec détresse respiratoire nécessitant un séjour en réanimation. Évolution favorable.
- Avis donné au service des urgences pour un patient de 58 ans, présentant une pleuropneumopathie. Conseil de réalisation d'une ponction pleurale et fibroscopie prévue. Décès rapide, de cause non précisée, en cours d'hospitalisation, dans un tableau de détresse respiratoire brutale.
- Prise en charge pour suspicion d'embolie pulmonaire d'une patiente de 55 ans, au cours d'une chimiothérapie de cancer bronchopulmonaire évolué. Décès à deux jours.
- Avis pré et postopératoire chez un patient de 73 ans (antécédent de BPCO) opéré d'un canal lombaire étroit. Confirmation d'un SDRA en soins intensifs. Décès le jour de l'avis avant le transfert. Des sociétaires radiologues sont également mis en cause.

- Participation ponctuelle à la prise en charge d'une patiente de 79 ans lors d'une nouvelle surinfection sur fibrose pulmonaire. Embolie pulmonaire nécessitant un filtre cave et décompensation d'une cardiopathie évoluée. Décès.
- Décès de cause inconnue d'une femme de 87 ans, hospitalisée pour surinfection bronchopulmonaire (contexte de type BPCO et importantes séquelles de tuberculose, cardiopathie hypertensive). Séjour compliqué d'une diarrhée (clostridium) et de difficultés relationnelles avec une parente, qui reproche la prise en charge uniquement au pneumologue (suivi par de nombreux spécialistes).

■ Geste (2)

- Bris dentaires lors d'une fibroscopie sous sédation par morsure du cale-dent.
- Ponction pleurale avec lavage à la Bétadine® diluée chez un patient de 56 ans pour pleurésie purulente, suivie de l'apparition rapide et progressive d'une paraplégie (ischémie du cône terminal, mécanisme ?).

■ Divers (2)

- Chute lors d'un malaise vagal au décours d'injections désensibilisantes.
- Participation, en tant que médecin de garde, au traitement d'un patient de 58 ans hospitalisé pour une fièvre (hémoculture positive à staphylocoques), deux mois après une ostéosynthèse digitale pour fracture. Antibiothérapie orale, hospitalisation dix jours plus tard pour spondylodiscite et endocardite (remplacement valvulaire).



Les **8 341** psychiatres sociétaires de la MACSF ont adressé **45** déclarations (**28** en exercice libéral, **16** en public et **1** hospitalier avec secteur privé), soit une sinistralité de **0,7%** en exercice libéral (contre **0,3%** en 2010) : **8** plaintes pénales, **8** plaintes ordinaires, **17** procédures civiles, **6** réclamations et **6** saisines d'une CCI.

■ Conduite diagnostique (3)

- Retard diagnostique d'un méningiome frontal chez une patiente de 45 ans, vue en consultation pendant un mois pour un syndrome dépressif dans un contexte professionnel et conjugal favorisant, puis suivie en centre de psychothérapie pendant quelques mois avant la demande d'examen complémentaire.
- Retard diagnostique d'un méga œsophage responsable

de troubles digestifs et d'une perte de poids chez une patiente de 44 ans anxiodépressive, déjà bien explorée en gastro-entérologie. Nouveau bilan demandé quelques années plus tard par le psychiatre, du fait de la persistance de la symptomatologie. Amélioration par dilatation œsophagienne.

- Retard diagnostique de quinze jours d'une fracture du rachis après chute au domicile, chez une patiente de 78 ans hospitalisée pour une décompensation d'une psychose.

■ Prise en charge au cours ou décours d'une hospitalisation en psychiatrie (19)

Prise en charge en hospitalisation (9)

- Plainte du mari d'une patiente, hospitalisée 24 heures dans un contexte de conjugopathie. Invocation de maltraitance.
- Adolescente dont la famille reproche la prise en charge d'une dépression majeure lors d'une hospitalisation après intoxication médicamenteuse. Nouvelle hospitalisation dans un autre établissement quelques mois plus tard. Evolution non précisée.
- Prise en charge (sédation et contention) d'une agitation majeure et décision d'hospitalisation sous contrainte d'une femme de 52 ans présentant des troubles du comportement avec automutilation.
- Départ d'une jeune femme de 22 ans de l'hôpital de jour, sans attendre l'ambulance. Accident de la voie publique avec graves séquelles.
- Acte agressif à l'arme blanche envers une autre patiente en cours d'hospitalisation en placement d'office.
- Plainte d'une patiente délirante n'ayant pas supporté une sortie d'essai avec levée d'une HDT.
- Consultation d'un patient hospitalisé dans un autre service, faute de place en psychiatrie. Découverte en cours d'hospitalisation d'une embolie pulmonaire bilatérale favorisée par des troubles de l'hémostase (antécédents d'embolie pulmonaire). Il est reproché l'absence de prescription d'un traitement anticoagulant.
- Participation à la prise en charge d'un patient de 40 ans sous neuroleptiques pour une décompensation de sa schizophrénie, décédé des conséquences d'une ischémie intestinale.
- Décès d'une patiente psychotique de 33 ans d'une inhalation du contenu gastrique, qui pourrait avoir été favorisée par un effet sédatif trop important du traitement prescrit.

Autolyse (10)

- Par déféstration lors d'une sortie thérapeutique d'un psychotique de 26 ans, malgré la présence de sa famille.
- Par déféstration d'un patient de 23 ans. Fractures multiples. Un défaut de surveillance est invoqué. Deux sociétaires psychiatres sont mis en cause.
- Par pendaison dans sa chambre d'une patiente de 34 ans, délirante. Défaut de surveillance invoqué. Décès.
- Par pendaison d'un patient de 64 ans, alors qu'il était demandé une surveillance spécifique du fait de la crainte de pulsions suicidaires.
- Par déféstration lors d'une permission d'un patient de 73 ans en hospitalisation libre. Séquelles lourdes.
- Patient de 33 ans, suivi depuis un an pour des troubles bipolaires. Impossibilité de le prendre en charge à la demande du centre hospitalier, faute de place. Retour à domicile, sortie et décès d'une intoxication médicamenteuse.

- Décès au décours de plusieurs hospitalisations, notamment pour intoxication médicamenteuse, d'un patient de 35 ans ayant des troubles phobiques importants. Deux sociétaires psychiatres sont mis en cause.
- Décès d'un patient de 43 ans suivi depuis plusieurs années pour un syndrome dépressif, avant l'hospitalisation en placement libre prévue 48 heures plus tard, faute de place.

■ Prise en charge en consultation (7)

- Plaintes reflétant la pathologie psychiatrique (3) : conversion hystérique, insatisfaction d'une prise en charge pendant de nombreuses années, etc.
- Patient de 33 ans reprochant l'inefficacité d'une cure psychanalytique comportementale et des traitements associés, qu'il juge responsables d'une aggravation, d'hospitalisations et d'une mise en invalidité envisagée. Trois sociétaires psychiatres sont mis en cause.
- Contestation du diagnostic de schizophrénie paranoïde et du lourd traitement institué, suite à un nouvel avis.

■ Iatrogénie médicamenteuse (6)

- Hospitalisation pour probable intoxication au lithium favorisée par un traitement intercurrent et une insuffisance rénale chez un patient de 44 ans. Lourdes séquelles neurologiques. Il est notamment reproché une information insuffisante.
- Prescription de Risperidone chez un patient de 25 ans, associée à une thérapie cognitivo comportementale, à des neuroleptiques et antidépresseurs. Priapisme pris en charge au stade de la destruction des corps caverneux. Impuissance définitive. Il est reproché le défaut d'information de cette complication, apparue après le début du traitement.
- Sous Abilify®, apparition d'un syndrome extra pyramidal régressif, et allégation d'une aggravation des troubles bipolaires.
- Prescription de lithium avec lithémies régulières pour une psychose bipolaire, pendant plusieurs années sans surdosage. Arrêt du traitement par le patient suite à la constatation d'une lithémie élevée et interruption des consultations. Cinq ans plus tard, un bilan hospitalier révèle une insuffisance rénale, qui aurait déjà été présente lors de la prise du lithium, pourtant bien toléré.
- Dyskinésies cervicobrachiales et faciales sous traitement neuroleptique chez un patient de 26 ans, psychotique.
- Un patient de 49 ans imputé à ses traitements successifs, dont un médicament thymorégulateur et antipsychotique uniquement disponible en milieu hospitalier, la survenue de troubles cardiologiques non décrits avec ces molécules.

■ Expertise ou certificat (10)

- Contestation de conclusions rendues lors d'expertises administratives pour la reprise d'une activité professionnelle (3) : mise à la retraite d'office ou maintien d'un congé médical de longue durée pour hypomanie.
- Contestation des conclusions d'une expertise psychiatrique visant à évaluer les séquelles d'un accident de travail.

- Expertise d'enfant (2) ordonnée par le juge dans des procédures de divorce conflictuel. Il est reproché un manque de professionnalisme et d'objectivité.
- Transmission au juge des affaires familiales d'un certificat médical descriptif dans le cadre d'un problème de garde d'enfant. Violation du secret professionnel.
- Contestation d'une expertise à la demande de la CPAM, réfutant le lien de causalité entre des troubles dépressifs et un accident de trajet chez un patient de 49 ans.
- Certificat tendancieux privant temporairement un père de son droit de visite.
- Contestation de conclusions en vue de la reconnaissance du statut de majeur protégé.



RADIOLOGIE - IMAGERIE MÉDICALE

Les 3 021 radiologues sociétaires de la MACSF ont adressé 71 déclarations (69 en exercice libéral et 2 en activité salariée), soit une sinistralité de 3,5% (contre 3,9 en 2010) : 1 plainte pénale, 5 plaintes ordinaires, 20 procédures civiles, 32 réclamations et 13 saisines d'une CCI. En médecine nucléaire, 2 déclarations ont été adressées en exercice libéral : 1 réclamation, 1 saisine de CCI.

■ Erreur d'interprétation (27)

Radiographie standard (9)

- Radiographie osseuse (8)

- Méconnaissance de fragments de céramique issus de la fracture d'une prothèse de hanche douloureuse. Diagnostic un an plus tard sur le scanner. Un sociétaire rhumatologue est également mis en cause.
- Méconnaissance d'une fracture du calcanéum sur des radiographies de chevilles chez une femme de 71 ans. Diagnostic deux mois plus tard.
- Méconnaissance d'un arrachement périosté de la métacarpo phalangienne du pouce et d'une rupture ligamentaire après traumatisme de la main.
- Méconnaissance d'une fracture de clavicule après traumatisme de l'épaule. Diagnostic rectifié le surlendemain.
- Interprétation « laissée aux bons soins du chirurgien » d'un contrôle de fracture du poignet sous plâtre. Angulation importante. Le chirurgien remplaçant n'aurait pas vu les radiographies lors de sa consultation.

- Méconnaissance d'une fracture du scaphoïde, diagnostiquée trois mois plus tard au stade de la pseudarthrose.
- Diagnostic de fractures de métatarsiens au stade de l'algodystrophie, deux mois après un bilan radiologique négatif chez une femme de 49 ans.
- Méconnaissance d'une fracture tibiale distale sur des radiographies de cheville. Diagnostic trois semaines plus tard.

- Radiographie de thorax (1)

- Méconnaissance d'un cancer bronchopulmonaire sur une radiographie interprétée dans le cadre de douleurs thoraciques en urgence, chez un homme de 56 ans. Diagnostic trois mois plus tard.

Échographie (9)

- Échographie abdominale chez un enfant de 7 ans (3^{ème} échographie) évoquant une adénolymphite mésentérique. Enfant opéré dans un autre centre d'une péritonite appendiculaire sévère.
- Diagnostic de GEU quatre jours après une échographie pelvienne pour douleurs intenses chez une femme de 34 ans, au 15^{ème} jour du cycle menstruel.
- Evocation de la présence d'un hématome de paroi lors d'une échographie abdominale et pariétale chez un patient de 31 ans. Diagnostic ultérieur d'un sarcome.
- Description sur deux échographies successives d'un kyste ovarien de volume croissant, non retrouvé à la coelioscopie.
- Description de lithiases urinaires (dans un contexte de calculs récidivants) avec hydronéphrose évoquant un syndrome de la jonction. Normalité de l'endoscopie deux mois plus tard.
- Echographie trans fontanelle et radiographie du crâne au 4^{ème} jour de vie chez un enfant en raison de vomissements, puis échographie abdominale et TOGD. Retard diagnostique d'une malformation digestive révélée par une occlusion avec nécrose intestinale à l'âge d'un mois. Deux sociétaires radiologues sont mis en cause.
- Diagnostic erroné de rupture de prothèse mammaire avec fuite prothétique diffuse, infirmée lors de l'intervention.
- Après une échographie normale pour hématurie chez un homme de 53 ans, le compte rendu indique la nécessité de compléter les explorations (+ lettre médecin généraliste). Tumeur vésicale découverte cinq plus tard, à la faveur d'un changement de médecin traitant.

Scanner (7)

- Scanner pelvien pour kyste de l'ovaire évoqué sur échographie. Méconnaissance d'un cancer de l'ovaire avec atteinte ganglionnaire, diagnostiqué quinze mois plus tard.
- A l'occasion d'un uroscanner, découverte d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Mauvaise retranscription du diamètre de celui-ci. Indication chirurgicale programmée, puis annulée après réinterprétation de l'examen.
- Cinq jours après un premier scanner, diagnostic d'une fistule œsophagienne compliquant une ablation de troubles du rythme cardiaque par radiofréquence avec sonde œsophagienne. Un sociétaire cardiologue est également mis en cause.
- Interprétation incorrecte d'un scanner lombaire (aucune évolution par rapport au scanner précédent) d'un patient de 55 ans, finalement opéré d'une arthrolyse du rachis.
- Diagnostic de ganglions métastasés d'un cancer testiculaire connu chez un homme de 40 ans. Diagnostic quelques semaines plus tard d'un phéochromocytome malin. Un sociétaire cardiologue et un sociétaire médecin généraliste sont également mis en cause.

- Scanner considéré comme normal (céphalées en casque). Infarctus cérébral sur thrombophlébite d'étiologie inconnue, diagnostiqué deux jours plus tard à l'occasion d'une aggravation neurologique.
- Mise en cause systématique par la famille d'une patiente de 64 ans, décédée des suites d'une chirurgie pour occlusion sur brides.

IRM (1)

- Diagnostic de métastases vertébrales multiples d'un cancer du sein connu. En fait, vertèbres angiomeuses ou dystrophiques confirmées deux mois plus tard.

Angio scanner (1)

- Angio scanner de contrôle après pontage ilio fémoral, au résultat considéré comme satisfaisant. Ultérieurement, thrombose partielle du pontage. Un sociétaire angiologue et un sociétaire chirurgien vasculaire sont également mis en cause.

■ Complication (15)

Infiltration/ponction (5)

- Infiltration épidurale chez un homme de 54 ans, avec les précautions habituelles. Hospitalisation dix jours plus tard pour lombosciatique fébrile avec céphalées. Staphylocoque méti S sans abcédation ni atteinte vertébrale.
- Injection foraminale de corticoïdes (sans opacification préalable) pour une sciatique rebelle récidivante chez un patient sans antécédent chirurgical rachidien. Complication neurologique partiellement régressive. IRM en faveur d'une ischémie médullaire du cône terminal en regard de T12. Etiologie ?
- Recrudescence de douleurs de l'épaule après ponction et infiltration d'une calcification.
- Recrudescence des douleurs avec paresthésies après ponction et infiltration d'une calcification du poignet.
- Riche symptomatologie après ponction sans incident d'un nodule thyroïdien.

Biopsies (3)

- Pneumothorax localisé après biopsie du sein. Evolution favorable.
- Abcès rétro aréolaire chez une femme de 38 ans après une biopsie du sein.
- Syndrome inflammatoire au lieu de ponction transpariétale d'une opacité pulmonaire (confirmant le cancer). En fait, nécrose tumorale osseuse et non complication infectieuse.

Coroscaner (1)

- Extravasation d'iode. Brûlure après application de pansement alcoolisé.

Embolisation (1)

- Embolisation d'une varicocèle récidivante chez un homme de 28 ans, compliquée d'une migration de coils vers la valve tricuspide. Echec de récupération endovasculaire. Prescription d'anticoagulants.

IRM (4)

- Brûlure de la paroi abdominale lors d'une IRM lombaire.
- Brûlure de l'avant-bras lors d'une IRM du genou.

- Phlébite du membre supérieur après une IRM avec injection de gadolinium.
- Douleurs oculaires sévères dans les suites d'une IRM du genou, réalisée après confirmation de la présence d'éclats métalliques anciens dans une orbite. Chirurgie oculaire quatre mois après les faits.

Médecine nucléaire (1)

- Phlébite quinze jours après une scintigraphie osseuse, dans le cadre de séquelles d'un traumatisme de la main, que le patient attribue à l'injection de produit TechneScan®.

■ Mammographie (15)

Interprétation (11)

Il s'agit dans la plupart des dossiers de mammographies de dépistage lors de contrôles réguliers et parfois du fait de l'apparition d'une symptomatologie (4 cas) : nodule chez une femme de 24 ans, placard douloureux chez une femme de 48 ans, placard inflammatoire chez une femme de 49 ans, tuméfaction sous-cutanée mobile chez une femme de 42 ans ayant un adénofibrome connu.

Le diagnostic de cancer (avec ou sans métastase ganglionnaire) a été porté dans un délai de deux mois à deux ans, en général de six mois à un an. A noter que dans un cas, l'interprétation a été réalisée par deux lecteurs différents.

Dans plusieurs dossiers, il a été conseillé par le radiologue une surveillance rapprochée ou la pratique d'examen complémentaires (IRM) du fait de la difficulté de classification de micro calcifications, d'un doute sur un kyste inflammatoire. Mais le délai conseillé pour la répétition des examens n'a pas été observé pour des motifs divers : patiente non venue chercher le résultat définitif, patiente n'ayant pas revu son médecin généraliste ou son gynécologue... Dans un cas, par exemple, le compte rendu définitif ayant été retardé dans l'attente des clichés des mammographies antérieures, le conseil d'un contrôle IRM (ou à défaut d'une mammographie rapprochée) n'a pas été pris en compte, la patiente n'étant pas revenue chercher ses examens, rassurée par les propos tenus par le radiologue.

Dans un cas, alors que le radiologue avait conseillé un examen systématique dans des délais habituels, les examens ont été répétés six mois plus tard du fait de l'insistance de la patiente en raison d'une tuméfaction sous-cutanée mobile persistante, aboutissant au diagnostic de cancer.

Dans un cas, une patiente suivie pour des contrôles radiologiques réguliers après cancer du sein se plaint du diagnostic tardif d'un cancer controlatéral.

Chez une femme de 24 ans, après une échographie pour nodule apparemment bénin, le contrôle fait seulement un an plus tard a montré un cancer multifocal de mauvais pronostic.

Complication (3)

- Rupture de prothèse mammaire un mois après l'examen.
- Déformation bilatérale des seins, sans rupture, sur prothèses mammaires implantées six ans auparavant. Coïncidence ?
- Déclenchement de douleurs mammaires, apparemment sans substratum organique, chez une femme de 61 ans.

Divers (1)

- Il est reproché un possible retard au diagnostic de cancer et la brutalité de son annonce.

■ Diagnostic anténatal (5)

- Méconnaissance d'une anomalie morphologique partielle de la main isolée lors de l'échographie à 22 SA.
- Réalisation des échographies durant la grossesse, puis à la naissance, chez un enfant né avec un hypospade scrotal ou un pseudo hermaphrodisme féminin. Diagnostic de la présence d'un utérus lors d'une échographie avec un matériel plus performant, après la déclaration d'un garçon à l'état civil.
- Grave malformation congénitale (rachis avec moelle attachée de base, pieds bots, luxation de hanche) chez un enfant né paraplégique. Réalisation de l'échographie à 24 SA et à 33 SA (en siège).
- Méconnaissance d'un syndrome de Prader Willi lors de la première échographie.
- Suivi échographique d'un enfant IMC après une souffrance périnatale (mise en cause systématique).

■ Chute (5)

En médecine nucléaire (1)

- Fracture du col chez un homme de 87 ans, en montant sur la table pour la réalisation d'une scintigraphie osseuse. Suites compliquées et décès.

En radiologie (4)

- Fracture de côtes lors de radiographies du genou (2) chez une femme de 90 ans (diagnostic retardé de quinze jours) et chez une femme de 73 ans.
- Fracture per trochantérienne de hanche ostéosynthésée après chute de la table d'examen chez une femme de 73 ans.
- Fracture de côte lors d'une tentative d'IRM en décubitus ventral chez un insuffisant respiratoire ayant une cyphoscoliose majeure.

■ Divers (6)

- Choc *a priori* cardiogénique sur épisodes de tachycardie ventriculaire chez un patient ayant une coronaropathie connue, au décours d'un scanner abdominal avec injection.
- Réalisation, à plusieurs reprises, de dopplers veineux du membre pour une phlébite et sa surveillance chez un paraplégique ayant chuté. Méconnaissance, faute de radiographie, d'une fracture du tibia déplacée vue au stade d'un cal vicieux. Trois sociétaires radiologues et un sociétaire médecin généraliste sont également mis en cause.
- Participation à la prise en charge radiologique des complications d'une lithotritie urinaire (calcul sur urine infectée). Patient décédé des conséquences d'un choc septique. Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.
- Reproches après réalisation d'un scanner (embolie pulmonaire).

RADIOTHÉRAPIE ET ONCOLOGIE



Les **263** radiothérapeutes sociétaires de la MACSF ont adressé **16** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **12%** (contre **13,6%** en 2010) : **6** procédures civiles, **3** réclamations et **7** saisines d'une CCI). Les oncologues ont adressé **9** déclarations (**8** en exercice libéral et **1** en activité salariée) : **1** plainte ordinale, **5** procédures civiles, **2** réclamations, et **1** saisine d'une CCI.

RADIOTHÉRAPIE (16)

■ Complications (7)

- Ostéonécrose (épaule ?) quatre ans après radiothérapie de cancer du sein chez une femme se plaignant, lors de celle-ci, d'une périarthrite.
- Rectite et cystite radiques après radiothérapie conforme pour cancer prostatique chez un homme de 56 ans.
- Rectite radique après radiothérapie pour rechute supposée de cancer prostatique chez un homme de 52 ans, aggravant l'incontinence urinaire et l'impuissance constatées après la prostatectomie.
- Incontinence urinaire après radiothérapie non compliquée et hormonothérapie pour cancer prostatique, apparue en fait après vaporisation laser et résection prostatique d'un obstacle responsable de troubles mictionnels.
- Radiothérapie pour cancer du canal anal associée à une chimiothérapie chez une patiente de 51 ans (par deux équipes, avec interruption du fait de la patiente). Critique des modalités de réalisation du traitement, en partie à l'origine d'effets secondaires immédiats et tardifs (cystite, rectite et entérite) dont la patiente reproche la prise en charge.
- Radiodermite après radiothérapie pour cancer du canal anal.
- Douleurs chroniques intenses et gêne à la mastication après radiothérapie et chirurgie mutilante d'un cancer gingival chez une femme de 75 ans.

■ Oncologie (9)

- Chimiothérapie première, jugée inutile après biopsie en faveur d'un cancer canalaire infiltrant chez une femme de 52 ans. Le diagnostic a été infirmé lors de l'analyse de la pièce de mastectomie.
- Participation à la surveillance d'un cancer du sein en rémission à cinq ans, avant une flambée métastatique axillaire et thoracique dont il est reproché le diagnostic tardif. Décès.

- Participation à la prise en charge d'une masse obturatrice métastatique après traitement d'une tumeur vésicale chez un homme de 60 ans (radiothérapie et chimiothérapie décidées en RCP). Echec sur le lymphœdème et décès de métastases cérébrales.
- Survenue d'un décollement de rétine récidivant, un an après le début du traitement de Novaldex® chez une femme de 55 ans.
- Occlusion du grêle, un mois après une hystérectomie suivie de radiothérapie et chimiothérapie sur corps étranger (champ) oublié et visible sur le scanner postopératoire demandé par l'oncologue. Colostomie et colectomie lors du second look. Prise en charge carcinologique reprochée au chirurgien. Deux sociétaires oncologues sont mis en cause.
- Aplasie médullaire sous chimiothérapie supervisée par oncologue, chez une femme de 70 ans, pour cancer de l'anus métastasé après avis RCP. Décès. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Infection à staphylocoque chez un patient de 57 ans, radiothérapé et en cours de chimiothérapie pour cancer de la langue. Evolution difficile de la septicémie, associée à une colite à clostridium, vers le choc septique. Décès en réanimation. Plusieurs médecins successifs sont concernés par un retard de prise en charge, lié à un ensemble de dysfonctionnements.
- Extravasation du produit de chimiothérapie pour cancer du sein lors de la première séance chez une femme de 70 ans. Aiguille mal positionnée dans la chambre implantable. Brûlure évoluant vers la nécrose. Chirurgie plastique. Décès un an après les faits.

ONCOLOGIE/HÉMATOLOGIE (9)

■ Diagnostic (1)

- Retard diagnostique de quelques mois d'une récurrence tumorale ganglionnaire métastatique d'un cancer de l'endomètre, chez une femme de 62 ans, malgré de nombreuses explorations et un suivi par des spécialistes pour une sciatique avec lymphœdème d'un membre. Un sociétaire médecin généraliste est également mis en cause.

■ Prise en charge (8)

- Prise en charge d'une leucémie myéloïde chez une femme de 28 ans, en cours de chimiothérapie compliquée d'infection contemporaine d'une aplasie, dont il est reproché notamment la prise en charge dans une chambre non adaptée. Décès.
- Participation à la prise en charge et à la surveillance d'une femme opérée pour un cancer du sein, dont l'histologie opératoire a été égarée. Pas de traitement complémentaire, récurrence. Des sociétaires chirurgiens sont également mis en cause.
- Prise en charge, jugée non adaptée, de la surveillance d'un cancer du sein.
- Prise en charge ponctuelle d'un syndrome fébrile chez un patient de 68 ans, présentant une pathologie métastatique en cours de chimiothérapie, ayant déjà fait un épisode infectieux. Il est invoqué un retard de traitement antibiotique probabiliste. Décès de cause multifactorielle.
- Extravasation de produits d'une chimiothérapie (deuxième séance) chez une femme de 52 ans. Nécrose locale. Il est reproché l'absence du médecin lors de la perfusion et le retard (en heures) du chirurgien plasticien.
- Extravasation après décision de chimiothérapie adjuvante pour cancer du sein chez une femme de 56 ans (six cures)

par voie périphérique. Complications locales. Il est reproché l'absence d'information sur la possibilité d'une chambre implantable.

- Extravasation après migration secondaire intra pleurale d'un cathéter de chambre implantable, en vue de chimiothérapie pour cancer du sein chez une femme de 41 ans. Il est reproché le retard diagnostique radiologique de la malposition. L'oncologue est concerné par la prise en charge de la complication. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Erreur d'administration d'une chimiothérapie par l'infirmière (5 FU en quelques heures, 4^{ème} cure pour cancer œsophagien) malgré une prescription conforme, chez un patient de 62 ans. Décès quelques semaines plus tard, dans un contexte d'aplasie, considéré par la famille comme en lien avec cette erreur.



Sont envisagés dans ce chapitre les dossiers concernant des médecins ni cardiologues, ni anesthésistes exerçant dans un service de réanimation. Ils ont déclaré **12** dossiers (11 en exercice libéral et 1 en exercice salarié) : 2 procédures civiles, 1 réclamation et 9 saisines d'une CCI.

La mise en cause est souvent motivée par le décès du patient, souvent dans un contexte infectieux.

- Prise en charge aux urgences d'un arrêt cardiaque chez un enfant de 10 mois. Décès (occlusion du grêle).
- Prise en charge d'une détresse respiratoire en postopératoire d'une ostéosynthèse chez un patient de 71 ans. Décès ultérieur.
- Prise en charge d'une insuffisance rénale avec rhabdomyolyse au décours d'une PTH difficile chez une obèse. Décès.
- Prise en charge d'une détresse respiratoire fébrile chez un homme de 44 ans sur pneumopathie nosocomiale après by pass. Décès.
- Prise en charge d'un SDRA après chirurgie valvulaire. Décès. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.
- Pontage aorto bifémoral compliqué de septicémie, endocardite, remplacement valvulaire, multiples complications chez un homme de 65 ans. Décès. Mise en cause par la famille de neuf praticiens, dont trois sociétaires réanimateurs.
- Participation à la prise en charge d'une pancréatite chez

une femme de 65 ans (perforation duodénale lors CPRE). Décès après six semaines de réanimation.

- Pneumopathie nosocomiale sous ventilation après pneumonectomie chez un patient de 65 ans, aux lourds antécédents. Décès.
- Prise en charge d'un patient réanimé après arrêt cardiopulmonaire sur la voie publique, présentant une détresse respiratoire et un coma. Diagnostic quelques jours plus tard d'une hémorragie méningée (rupture d'anévrisme ?). Décès.
- Septicémie avec choc et SDRA (hématome infecté de la loge de cholécystectomie récente), chez une femme de 57 ans. Évolution favorable.



Les **1 424** rhumatologues sociétaires de la MACSF ont adressé **37** déclarations (tous en exercice libéral) soit une sinistralité de **5,1%** : 5 plaintes ordinaires, 11 procédures civiles, 16 réclamations et 5 saisines d'une CCI.

■ Diagnostic (5)

- Retard diagnostique d'une thrombose artérielle fémoro iliaque par embolie chez une patiente de 43 ans, tabagique sous œstrogéniques, vue à plusieurs reprises pour une lombosciatique récidivante à bascule homo latérale. Conseil téléphonique d'une hospitalisation devant l'absence d'amélioration, initialement refusée. Amputation.
- Retard diagnostique d'une arthrite septique de hanche à staphylocoque méti S spontanée, chez un patient de 49 ans hospitalisé pour une cruralgie hyperalgique depuis trois jours. Scanner cinq jours plus tard. Guérison par drainage et antibiothérapie.
- Retard diagnostique d'un syndrome de la queue de cheval chez une patiente de 49 ans, suivie pour un canal lombaire étroit avec discopathies, dont il avait été prévu l'hospitalisation pour une sciatique non déficitaire. Les signes déficitaires seraient en fait apparus après la consultation.
- Retard diagnostique d'une atteinte du spinal après curage ganglionnaire chez une patiente de 60 ans, vue tardivement après la chirurgie. Greffe. Des sociétaires radiologues sont également mis en cause.

*médecins exerçant en réanimation, hors cardiologues et anesthésistes.

- Retard diagnostique d'une infection inter phalangienne proximale à mycobactérie, chez une patiente de 73 ans sans atteinte dysimmunitaire. Tableau atypique, ténosynovite et arthrite intra phalangienne.

■ Infiltration (16)

Articulations périphériques (11)

- Infiltration de genou à l'acide hyaluronique, deux mois après arthroscopie compliquée d'infection à enterococcus faecalis. Tableau atypique. Retard diagnostique d'environ deux mois, faute d'examen du liquide articulaire.
- Infiltration de genou avec un corticoïde, compliquée d'une arthrite septique et d'une spondylodiscite lombaire à staphylocoque diagnostiquée une semaine après le geste (précédé d'une visco supplémentation par un confrère, trois semaines auparavant, puis d'une ponction articulaire stérile pour épanchement douloureux).
- Infiltration de genou à l'acide hyaluronique. Arthrite septique, rapidement prise en charge.
- Infiltrations itératives pour visco supplémentation des genoux. Arthrite septique six mois après la dernière injection, *a priori* sans lien de causalité.
- Infiltration d'un hygroma du genou résistant aux anti inflammatoires. Infection à staphylocoque un mois plus tard. Hospitalisation à la demande du médecin traitant.
- Infiltration de genou chez un homme de 52 ans. Hospitalisation dix jours plus tard pour septicémie à staphylocoque avec endocardite mitrale, nécessitant une chirurgie cardiaque.
- Infiltration épicondyléenne. Ulcération infectée tardive par rapport à l'infiltration. Signes neurologiques. Lien de causalité ?
- Infiltration d'un canal carpien chez une femme enceinte de quadruplés, qui attribue à l'infiltration la présence de staphylocoque dans le prélèvement vaginal. Décès des enfants nés prématurément.
- Infiltrations de la métacarpo phalangienne et du poignet avec mésothérapie pour suspicion de rhumatisme psoriasique. Rupture de l'extenseur du pouce. Lien de causalité ?
- Infiltration d'un doigt à ressaut. Rupture de la poulie, échec des interventions de plastie.
- Infiltration pour synovite de Quervain compliquée d'une lésion cutanée atrophique.

Rachis (5)

- Infiltration épidurale pour lombalgie chez un patient de 49 ans. Syndrome post PL dans les suites. Il est reproché un défaut d'information.
- Infiltration inter apophysaire postérieure à l'hydrocortancyl à domicile chez une patiente de 50 ans. Hématome précoce, puis abcès en regard drainé chirurgicalement.
- Infiltration (type ?) pour lombalgies chez un patient de 31 ans. Abcès para vertébral à staphylocoque symptomatique, trois semaines après l'infiltration. Pas d'atteinte discale ni épidurale. Infection endogène ?
- Infiltration lombaire sous écran compliquée d'une septicémie à staphylocoque doré méti sensible sans discite, mais choc septique (réanimation, dialyse) chez une femme de 57 ans. Evolution favorable.
- Infiltration par le hiatus sacro coccygien. Oubli d'une aiguille (?) repérée par la patiente et enlevée par le pharmacien.

■ Prise en charge (14)

- Au cours du traitement de douleurs cervicobrachiales évoquant une névralgie, prescription d'un bilan complet (réalisé avec retard), puis évocation d'une pathologie de la coiffe confiée au chirurgien. Il est reproché le retard d'un mois à la pratique d'une échographie.
- A réception de radiographies normales, l'ordonnance adressée pour la pratique d'une IRM n'aurait pas été reçue par la patiente, qui refuse de se déplacer.
- Au cours du traitement de sciatique L5 (infiltration) chez une femme de 50 ans, apparition d'un déficit moteur, non signalé lors de la demande de rendez-vous en urgence. Consultation deux jours plus tard. Confirmation d'un fragment herniaire exclu. Pas de sanction chirurgicale.
- Infiltration épidurale pour une lombosciatique. Echec et orientation chirurgicale. Pas de complication.
- Infiltrations épidurales pour un nouvel épisode de sciatique chez un patient de 36 ans. Syndrome déficitaire, trois semaines après la dernière infiltration. Intervention en urgence.
- Participation à la surveillance postopératoire d'une arthroplastie de hanche pour ostéonécrose. Reprise prothétique pour mauvais résultat, révélant un trait de refend sur la céramique cotyloïdienne. Reprise tardive, quelques années plus tard, pour débris de céramique méconnus. Un sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Retard diagnostique d'une fibromyalgie qui aurait été évoquée « par un professeur », et pratique répétée de trois infiltrations des coudes et des épaules (en un mois) chez une patiente de 44 ans, dépressive.
- Au cours du bilan d'un lupus chez une patiente de 27 ans, apparition d'une protéinurie sans réaction du rhumatologue (?), révélant un syndrome néphrotique et une insuffisance rénale. Retard à la prise en charge ?
- Prescription d'un anti inflammatoire (Nexen®) sous surveillance en pharmacovigilance renforcée. Troubles de la vigilance et angoisse rattachés à la prise médicamenteuse.
- Examen brutal ou manipulation sur un terrain anxiodépressif, dans le cadre de la prise en charge de douleurs chroniques rachidiennes. Riche symptomatologie peu organique.
- Biothérapie après échec du Méthotrexate chez un patient de 57 ans pour rhumatisme psoriasique. Syndrome de Guillain Barré après la seconde injection. Evolution favorable. Il est reproché la prise en charge de la complication (surveillance initiale conseillée au généraliste par téléphone).
- Traitement antalgique par morphinique d'un tassement vertébral hyperalgique (métastase probable en cours d'exploration) chez un patient de 71 ans. Rétention urinaire et syndrome confusionnel. Découverte d'une insuffisance rénale sur hypercalcémie et insuffisance respiratoire aiguë. Hospitalisation en réanimation. Le praticien n'a pas jugé utile de diminuer la posologie lors d'une demande de conseil téléphonique, avant l'hospitalisation.
- Corticothérapie de dix jours pour enthésopathie de hanche avec une sciatique, chez un patient de 41 ans. Symptomatologie ophtalmologique avec une chorioretinite séreuse. Lien de causalité ?
- Infiltration péronéo tibiale (zone gâchette) pour sciatique tronquée, puis manipulation lombaire suivie de tractions douces. Hernie discale lombaire devenant déficitaire dans les suites. Intervention. Le patient accuse la manipulation, faite sans son accord, d'être responsable de l'aggravation.

■ Expertise (1)

- Contestation des conclusions d'une expertise à la demande de l'employeur pour qualifier un arrêt de travail en maladie professionnelle. A effectué des consultations pour cette patiente, quelques années auparavant.

■ Dommage corporel (1)

- Chute d'une patiente de 88 ans en descendant de la table. Traumatisme crânien suturé et fracture de hanche ostéosynthésée.



Les **735** stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux sociétaires de la MACSF ont adressé **35** déclarations (34 en exercice libéral et 1 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de **6,9%** (contre 7,6% en 2010) : 7 procédures civiles, 27 réclamations et 1 saisine d'une CCI.

■ Chirurgie maxillo-faciale (4)

- Ostéotomie d'avancée mandibulaire suite à une dysmorphose de type rétromandibulie. Douleurs mandibulaires et troubles d'ATM persistant et s'aggravant, en dépit d'un suivi partagé avec l'orthodontiste.
- Échec esthétique, malgré la reprise, d'une ostéotomie mandibulaire.
- Ostéotomie de recul mandibulaire (rétrognathisme) compliquée de douleurs et de gêne fonctionnelle.
- Allégation d'un retard de prise en charge de nécroses dentaires (arthropathie temporomandibulaire, prognathisme).

■ Acte de chirurgie dentaire (31)

Litiges prothétiques (10)

- Fracture d'une prothèse en résine et résultat non probant de séances de laser pour parodontopathie.
- Litige suite à la mise en place d'une couronne céramométallique.

- Soins endodontiques non-conformes, malgré une tentative de reprise.
- Contestation de la validité d'extraction de onze dents et de la conformité d'un bridge.
- Contestation de la conformité d'un bridge en remplacement d'un bridge vétuste.
- Fracture de la partie cosmétique de couronnes (avec, de plus, hypoesthésie labiale après extraction dentaire).
- Contestation de la conformité d'une prothèse complète maxillaire associée à une prothèse amovible mandibulaire de type stellite (2) et un stellite (1) avec infection sur les racines d'un bridge.
- Contestation du résultat esthétique d'une prothèse complète maxillaire.

Complications diverses suite à des soins dentaires (11)

- Hémorragie postopératoire après extraction dentaire. Révision alvéolaire et compression.
- Extraction de dents de sagesse compliquée de trismus et épisodes infectieux. Dix jours plus tard, collection sous-mandibulaire drainée en urgence avec trachéotomie.
- Extraction de dents de sagesse. Lésion de nerf lingual (4).
- Extraction de dents de sagesse. Hypoesthésie labiomentonnière. Pas d'information.
- Extraction par erreur des quatre premières prémolaires.
- Erreur d'extraction.
- Dépassement de pâte lors de l'endodontie, malgré les précautions pré et peropératoires.
- Survenue d'acouphènes et de troubles divers après germectomie sous AG.

Litiges en orthodontie (2)

- Stratégie inadaptée (classe II sévère avec interposition linguale), modifiée au coup par coup, puis reprise avec succès par un confrère.
- Contestation, sept ans après le début des soins, d'un traitement orthodontique avec demande de remboursement des honoraires.

Implantologie (8)

- Pose d'implants pour une réhabilitation complète implantoportée, puis prothèse par un confrère. Mauvais résultats. Dépose à plusieurs reprises des implants (fistules multiples, ostéoporose avec fractures périphériques et tabagisme).
- Malposition de deux implants occasionnant des pertes osseuses conséquentes.
- Effraction manifeste d'un implant dans le trou mentonnier.
- Mauvais positionnement d'un implant. Résorption du greffon. Nécessité de reprendre l'ensemble du traitement.
- Ostéointégration partielle de deux implants. Repose et nouvelles complications liées à une malposition d'un implant.
- Manquements dans la réalisation d'un bridge implantoporté (embrasures insuffisantes, occlusion non fonctionnelle) sur implants bien posés.
- Travail prothétique dit « irréalizable » par un confrère après pose d'implants trop rapprochés.
- Implants bien ostéointégrés, mais litige prothétique.



Par le Dr Philippe POMMAREDE
Chirurgien-dentiste conseil, MACSF

Les **25 732** chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé **1 309** déclarations en 2011, soit une sinistralité de **5,1 %** (contre 4,24 % en 2010). On constate une augmentation de 20,4% du nombre de déclarations de 2010 à 2011.

■ Hors implantologie (1 108)

Litige prothétique (621)

- Prothèses amovibles totales ou partielles (123).
- Réalisation de prothèses scellées (439) : couronnes, bridges, inlays, onlays
 - soit prothétiquement inadaptées, inesthétiques ou fracturés, de fractures coronaires ou radiculaires, de problèmes divers comme des erreurs de conception ;
 - soit devant être déposées en raison de soins sous-jacents endodontiques défectueux, d'infections ou de perforations radiculaires des dents piliers (45% des dossiers).
- Prothèses mixtes (59) : scellées + amovibles avec crochets, barres ou attachements.

Complications diverses suite à des soins dentaires et chirurgicaux (370)

- Qualité des soins (42) : obturations amalgames ou composites, obturations canalaires incomplètes, douleurs, caries non détectées ...
- Infection consécutive à des soins (14) : abcès, cellulite, kyste récidivant. Cette année, il a été déclaré 3 cas de suspicion de complications cardiaques et d'endocardite d'Osler d'origine dentaire, une déclaration de suspicion d'abcès cérébral, 1 choc septique à streptocoques, la perte de vision d'un œil.
- Acte de parodontologie ou absence de diagnostic de maladie parodontale, de traitement ou survenue d'un dysfonctionnement de l'ATM (8).
- Suspicion d'allergie (2) : au titane d'un implant, et au métal (Nickel) d'un bridge.
- Conséquences d'anesthésie et suites d'extractions (54). Il s'agit pour l'essentiel : de sections nerveuses avec paresthésies ou hypoesthésies du nerf alvéolaire inférieur (17) et du nerf lingual (15) consécutives à des extractions de dents de sagesse ou molaires mandibulaires, de luxations de la mandibule, de trismus et craquements articulaires

secondaires, d'apex résiduels, d'œdèmes postopératoires, de cellulites, de réactions diverses : lipothymies, crise de tétanie, céphalées, nécrose tissulaire après anesthésie locale, accident vasculaire.

- Erreur d'extraction ou de diagnostic (46), dont 1 reproche de retard de diagnostic d'un carcinome épidermoïde.
- Fracture dentaire coronaire ou radiculaire de dents voisines de la dent soignée (18).
- Fracture osseuse mandibulaire lors d'un acte chirurgical d'extraction de dent de sagesse mandibulaire (1).
- Effraction et lésion du sinus maxillaire (31) avec : création de communication bucco sinusienne (CBS) lors d'actes de chirurgie buccale et projections d'apex ou de racines dans le sinus (15), dépassement de pâte canalair ou de gutta (16), avec survenue de différentes complications de type infectieux, sinusite, aspergillose.
- Dépassement réalisé lors d'obturations canalaires (19) entraînant des complications de type : paresthésies ou hypoesthésies du nerf alvéolaire, douleurs et infections.
- Fracture d'instruments (88, contre 77 en 2010, 75 en 2009), dont 76 instruments canalaires et 2 fractures d'aiguilles pour anesthésie. Il faut noter, cette année encore, la trop forte proportion des fractures d'instruments rotatifs d'endodontie en Nickel Titane dues à leur fragilité et à un non respect du protocole d'utilisation de ces instruments.
- Faux canaux ou perforations radiculaires de dents qui n'ont pas fait ensuite l'objet de prothèses fixées (47, contre 36 en 2010).

Domage corporel et divers (51)

- Accidents corporels divers (2).
- Brûlure de la lèvre ou jugale par liquide de mordançage (4).
- Chute (2).
- Coupure des muqueuses, de la joue, de la langue, de la lèvre et du plancher buccal (10).
- Ingestion (9) : inlay core, couronne, fraise dentaire, instrument endodontique ou foret, fil de contention.
- Inhalation (5) de couronne ou inlay-core, lime, d'un tournevis implantaire.
- Recherche de responsabilité consécutive à des décès (2) : hémorragie suite à des extractions multiples chez un patient atteint d'un myélome, décès d'une patiente par suicide survenu trois ans après des soins (trois autres praticiens traitants, médecins, sont également assignés par les ayants droit).
- Déclarations diverses (13) dont des plaintes de patients devant le Conseil de l'Ordre, une plainte au pénal suite à des soins et prothèses, une mise en cause de la responsabilité d'un expert judiciaire.
- Défaut de garantie contractuelle (2) : défaut d'assurance ou praticiens non assurés pour les actes d'implantologie pratiqués.
- Mise en cause de la responsabilité civile exploitation en raison de chutes (2).

Litige en orthodontie (66)

Rappel : 72 en 2008, 77 en 2009, 64 en 2010.

- Mise en cause du plan de traitement retenu, de la qualité du traitement réalisé avec des résultats esthétiques ou fonctionnels non conformes aux attentes, récurrence de malpositions, non réalisation de chirurgie orthognathique, apparition de troubles articulaires ou de dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM), échec de mise en place de canines incluses, retard de prise en charge (41).

- Résorption radiculaire (14).
- Suspicion de mortification, apparition de caries, déminéralisation ou lésion coronaire (5).
- Problèmes parodontaux imputés au traitement ODF (4).
- Erreur de prescription d'extraction (2).

■ Implantologie et comblement de sinus (201)

On note une augmentation importante des déclarations : 77 en 2007, 100 en 2008, 124 en 2009, 136 en 2010, en corrélation avec une augmentation de la pratique de ces actes, mais pas uniquement, en ce qui concerne la chirurgie implantaire.

- Problème exclusivement lié à la chirurgie implantaire (88, contre 38 en 2008, 59 en 2009, 60 en 2010) : péri implantite, absence ou défaut d'ostéointégration, douleurs, infection, mise en charge immédiate, communications bucco sinusiennes (CBS) (22), sinusite, échec de greffe osseuse ou de soulevé de sinus, lésion nerveuse (11) avec perte de sensibilité ou paresthésies (ces dernières liées pour l'essentiel à une absence de précaution ou de mesures radiologiques préopératoires).
- Prothèse sur implant (51, contre 45 en 2010) : inadaptation, esthétique, fracture de bridge, de la partie céramique de couronne ou bridge, descellement, problème occlusal non résolu, fracture de la vis implantaire ou de connexion, problème avec les prothèses amovibles sur implants.
- Mise en cause à la fois de la phase chirurgicale et de la réalisation prothétique (58).
- Déclarations diverses (4), dont 3 portent sur le matériel implanté lui-même ou des fractures de vis.



Les **14 857** sages-femmes sociétaires de la MACSF ont adressé **7** déclarations (3 en exercice libéral et 4 en exercice salarié) : 1 procédure civile, 5 plaintes pénales et 1 réclamation.

■ Surveillance (1)

- Visite à domicile pour monitoring chez une patiente de 29 ans, quelques jours après une hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, colique néphrétique puis

explorations pour douleurs thoraciques. Persistance de douleurs à la sortie deux jours auparavant et consultation aux urgences la veille. Appel de la sage-femme à la maternité car persistance de douleurs et de contractions. RCF réactif, transfert en urgence le surlendemain pour embolie pulmonaire massive fibrinolyse. Mort fœtale *in utero*.

■ Accouchement (3)

Complication concernant l'enfant (2)

- Le lendemain d'un accouchement par voie basse, diagnostic d'une fracture fermée de la diaphyse fémorale chez l'enfant. Impression de ressaut notée par la sage-femme lors de l'examen systématique des hanches, quelques heures après l'accouchement (« craquement » selon la mère).
- Enquête pénale suite au décès d'un enfant au décours d'un déclenchement d'accouchement par voie basse, avec présence de l'obstétricien.

Complication maternelle (1)

- Accouchement par obstétricien avec dystocie des épaules. Examen sous valve et départ de l'obstétricien. Surveillance maternelle (tension, remplissage) par la sage-femme, puis rappel de l'obstétricien pour réapparition des saignements. Transfert et hystérectomie d'hémostase pour rupture utérine.

■ Échographie (1)

- Au terme d'une grossesse normale, naissance d'un enfant avec des malformations sévères des quatre membres et de la face. Décès du nouveau-né dans les suites immédiates (intubation impossible, important rétrognathisme mandibulaire, malformation de la filière bucco pharyngée). Il est reproché l'absence de dépistage lors des échographies réalisées (morphologique et au terme de 32 SA).

■ Surveillance du post partum (2)

- Chez une primigeste, allaitement maternel compliqué de crevasses récidivantes puis de lymphangite. Après conseils et traitement symptomatique, apparition d'une fièvre et persistance de douleurs. Antibiothérapie inefficace par amoxicilline. Il est reproché la tardiveté de la demande d'avis médical et le retard diagnostique d'abcès du sein, opéré après un mois d'allaitement.
- Sage-femme cosignataire avec des médecins, en tant que cadre de maternité, d'un signalement au Procureur pour suspicion de maltraitance sur une enfant d'une dizaine de jours, née à la suite d'un accouchement compliqué. Placement immédiat de l'enfant, rapidement levé par le magistrat. Plainte des parents pour dénonciation calomnieuse.

INFIRMIERS



Les 76 923 infirmiers(ères) sociétaires de la MACSF ont adressé 25 déclarations (21 en exercice libéral et 4 en exercice salarié) : 5 plaintes pénales, 4 plaintes ordinaires, 14 réclamations et 2 saisines d'une CCI.

■ IADE (1)

- Arrêt cardiaque brutal en asystolie chez une patiente de 47 ans, ASA 1, après trois heures d'intervention sans problème pour un lifting facial. Réanimation infructueuse malgré l'appel immédiat aux renforts. Etiologie ?

■ IDE (24)

Soins en milieu hospitalier (3)

- Décès d'une patiente de 32 ans dans la nuit suivant une hystérectomie, alors qu'elle était régulièrement surveillée à la demande de l'anesthésiste, après une hypotension au retour du bloc. Etiologie ?
- Décès d'un patient dans un contexte de décompensation respiratoire lors d'une pneumopathie. Enquête diligentée par le Procureur de la République, le patient étant détenu en maison d'arrêt.
- Injection de morphine avant un pansement chez un patient en phase terminale. Surdosage (dix fois la dose) et décès.

Soins à domicile (11)

- Autodialyse à domicile. Arrêt cardiorespiratoire lors de la séance.
- Pansements après chirurgie discale chez une patiente de 38 ans, selon les règles d'asepsie. Ablation des fils puis infection du site opératoire avec désunion cicatricielle. Ré-intervention avec ablation du matériel. Deux sociétaires infirmiers sont mis en cause.
- Pansements après chirurgie mammaire. Ablation d'un nœud de fil de surjet. Complications.
- Perfusions pour nutrition parentérale à domicile dans une chambre implantable chez une patiente de 61 ans, traitée pour un cancer ORL. Endocardite mitrale liée à une infection du dispositif. Remplacement valvulaire en urgence.
- Pansements pour ulcères variqueux infectés chez une diabétique artérielle de 96 ans, vivant dans un contexte d'hygiène déplorable. Plainte de la famille après amputation attribuée à la qualité des soins.
- Pansements après ostéosynthèse pour fracture bi malléolaire chez une femme de 27 ans, prise en charge en fait après le début d'un sepsis et après la ré-intervention, aux suites marquées par des difficultés de cicatrisation.
- Consultations à domicile d'une patiente pour suivi glycémique et de la tension artérielle. La famille reproche l'absence de

constatation d'une déviation de la bouche (contestée), inaugurant la survenue d'un accident vasculaire cérébral de diagnostic retardé. Deux sociétaires infirmiers sont mis en cause.

- Injection d'anticoagulants chez un patient de 23 ans, phobique des piqûres, pour suspicion de phlébite après traumatisme. Echodoppler prévu dans les 48 heures. Malaise vagal, spontanément et rapidement régressif après l'injection. Décès le lendemain, après survenue d'un malaise brutal et sévère. Embolie pulmonaire confirmée à l'autopsie.
- Intervention d'une infirmière, spectatrice, lors d'une compétition amateur. Brûlures de l'abdomen chez une fillette, suite à l'application d'une bouillotte de fortune qui s'est renversée.

Geste/iatrogénie (7)

- Injections désensibilisantes, après première injection initiée par un allergologue, pour rhino conjonctivite allergique chez une femme de 33 ans. Pas de respect des paliers d'augmentation de concentration d'allergènes (clarté de la prescription ?). Surdosage avec œdème du bras, obstruction nasale persistante avec gêne respiratoire, céphalées.
- Injections de gonadotrophines dans le cadre d'un protocole de fécondation in vitro à demi-doses, jugées responsables de l'échec de cette troisième tentative.
- Injection intramusculaire de corticoïdes retard dans la fesse. Lipoatrophie.
- Injection intramusculaire qui aurait déclenché une sciatique.
- Injection intramusculaire d'antibiotiques. Petit hématome profond au site d'injection, douleurs de la fesse et troubles de la marche.
- Lavages sinusiers (gentalline et corticoïdes) sur drains d'Albertini posés par ORL. Otagie vive lors d'un lavage, qui est stoppé. Poursuite des gestes, indolores les jours suivants. Apparition d'un syndrome vertigineux avec séquelles.
- Mauvaise manipulation de la préparation d'un produit coûteux, obligeant à son remplacement.

Domage corporel (3)

- Chute lors d'un transfert du fauteuil au lit d'un patient de 90 ans, grabataire. Fracture du col du fémur.
- Chute d'une patiente de 75 ans, hémiplegique, à l'occasion d'une toilette debout devant le lavabo, en présence de l'infirmière. Fracture du col du fémur, prothèse de hanche.
- Chute d'un patient de 84 ans, souffrant d'impotence fonctionnelle et de démence, en attrapant son déambulateur à la sortie de la douche. Fracture de cheville plâtrée.



Les 24 937 masseurs kinésithérapeutes sociétaires de la MACSF ont adressé 62 déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de 0,26% (contre 0,37% en 2010) : 2 plaintes pénales, 3 plaintes ordinaires, 1 procédure civile, 54 réclamations et 2 saisines d'une CCI.

■ Complication et aggravation lors de séances de kinésithérapie (23)

Soins chez des patients immobilisés au long cours (3)

- Fracture fémorale lors d'un étirement quadricipital chez un adolescent myopathe.
- Fracture du col fémoral lors d'un étirement chez un homme de 58 ans, paraplégique, révélée par « un craquement ».
- Entorse de cheville lors d'une mobilisation de l'articulation chez un paraplégique spastique de 52 ans.

En postopératoire (4)

- En cours de rééducation (troisième semaine) après réimplantation digitale et retrait d'une broche, fracture de l'arthrodèse révélée par un « craquement » lors d'une mobilisation habituelle chez un homme de 45 ans.
- Rupture de broche justifiant son ablation lors d'une rééducation après ostéosynthèse de fracture de l'olécrane.
- Rééducation en extension considérée comme inappropriée, dans les suites d'une chirurgie de hernie discale deux mois auparavant chez une patiente de 58 ans. Récidive de la sciatique.
- Drainages lymphatiques et exercices statiques de « contractés-relâchés avec contre pression manuelle » sur une prothèse de genou chez une femme de 67 ans. Descellement aseptique. Ré-interventions (causalité ?).

Après « manipulation » ou mobilisation jugée intempestive (11)

- Hématome scapulaire et thoracique attribué aux « massages » pour tendinopathie des épaules chez un patient de 70 ans sous anticoagulants (lien causal ? hypocoagulabilité ?)
- Fracture de côte lors d'une mobilisation rachidienne (trop appuyée ?) chez une patiente de 30 ans ayant une possible maladie d'Ehlers-Danlos.
- Fracture sternale lors d'une rééducation respiratoire chez une femme de 77 ans, ostéoporotique.
- Arrachement osseux d'un versant rotulien avec épanchement intra articulaire lors d'exercices d'étirement des quadriceps (16^{ème} séance) chez une femme de 37 ans, venue pour rééducation « des membres et du rachis » (antécédents de fractures multiples).
- Déclenchement de douleurs sternocostales persistantes lors de rééducation d'une adolescente pour scoliose. Manipulation avec craquement décrite par la mère et niée par le sociétaire.
- Paralysie (amyotrophie) du grand dentelé constatée suite à des douleurs dorsales nocturnes succédant à une « manipulation avec craquement » en cours de rééducation pour dorsalgies (accouchement récent) chez une patiente de 30 ans (syndrome de Parsonage ?).
- Aggravation des lombalgies (et hospitalisation) après séance en urgence pour lumbago, à l'occasion d'une « manipulation » (contestée) chez une femme de 56 ans aux antécédents de fibromyalgie.

- Vertiges attribués à une « élongation cervicale » en cours de rééducation rachidienne chez un homme de 51 ans, sans cause organique objective.
- En cours de rééducation pour syndrome du défilé thoraco-brachial chez un homme de 56 ans, mobilisation de dé-coaptation pour douleur rachidienne qualifiée de « manipulation », du fait du claquement entendu. Aggravation des rachialgies, cruralgies, coccygodynies... sans cause organique décelée lors de multiples consultations spécialisées.
- Polyalgies chez une patiente de 24 ans dans le cadre d'une fibromyalgie. Elle impute à une « manipulation » du poignet (lors de la 13^{ème} séance) une « luxation » (vive douleur lors d'une mobilisation, en fait passive). Nombreux examens, algodystrophie semble-t-il retenue.
- Polyalgies chez une patiente de 50 ans. « Manipulation » (en fait étirements des ischio jambiers sur plateau incliné et mouvements de flexion antérieure du tronc guidés par appui dorsolombaire discret par la main du kinésithérapeute) déclenchant une lombosciatique. Constat d'une migration herniaire sur rachis arthrosique.

Divers (5)

- Rééducation classique du rachis cervical (antécédent d'accident de la voie publique). Le patient de 77 ans lui impute la survenue d'une diplopie intermittente après la 3^{ème} séance.
- Vertiges et acouphènes d'allure psychosomatique au décours d'une rééducation du rachis (accident de la voie publique un an auparavant).
- Vertiges, céphalées et possibles troubles de la marche après des soins classiques pour une névralgie cervico-brachiale. Hospitalisation et récession des troubles.
- Un patient attribue aux séances de drainage lymphatique avec pressothérapie (obésité, troubles veineux) la survenue d'un érysipèle, diagnostiqué deux mois plus tard (lien causal ?).
- Constat, en fin de séance de rééducation périnéale, de l'utilisation de la sonde vaginale d'une autre patiente. Anxiété dans l'attente des résultats de bilan de MST.

■ Geste technique (11)

Il s'agit de brûlures cutanées, parfois du 2^{ème} degré superficiel, à l'occasion d'actes de physiothérapie ou d'électrothérapie, ayant justifié dans certains cas le recours à des pansements et à un avis dermatologique, chez des patients de 15 à 75 ans, dont :

- Brûlure thermique de la jambe lors d'une électrothérapie.
- Brûlure du dos.
- Brûlure de la cheville du fait d'une électrode défailante.
- Brûlure du dos lors d'une application de para fangothérapie.
- Brûlure du mollet lors d'une application de para fangothérapie.
- Brûlure du dos causée par un coussin chauffant.
- Brûlure du rachis en raison d'une bouillotte trop chaude.
- Brûlure du dos du fait d'une lampe à infra rouges.
- Érythème diffus après séance de lampe à ultraviolets.
- Patiente venue pour rééducation du rachis, « oubliée » par le kinésithérapeute. Prolongement de la séance au-delà du temps programmé d'électrothérapie avec ventouses aspirantes. Phlyctènes.

■ Dommage corporel et chute (27)

Lors de soins à domicile (2)

- Verticalisation, avec barres d'appui, d'une patiente de 79 ans (paraparétique) en perte d'autonomie depuis une hospitalisation récente. Soutien relâché d'une main par le kinésithérapeute pour réajuster un vêtement, lâchage des genoux. Fractures des fémurs et du tibia. Hospitalisation prolongée et dépendance.
- En maison de retraite non médicalisée, chute inexplicquée d'une patiente de 92 ans en se dirigeant vers l'escalier. Fracture du poignet dominant, traitée orthopédiquement. Perte d'autonomie.

Dans les locaux du cabinet (7)

- Chute lors de la montée des marches, en portant son enfant dans les bras, d'une femme de 41 ans (visite motivée par la rééducation respiratoire de l'enfant), un jour très pluvieux. Entorse du genou avec épanchement.
- Fracture du poignet (circonstances ?) en cours de rééducation avec balnéothérapie.
- Fracture luxation de l'épaule gauche à la sortie de balnéothérapie pour pathologie de l'épaule droite chez une femme de 64 ans. Sol glissant, kinésithérapeute absent.
- Chute d'une chaise avec plaie de l'arcade sourcilière chez une patiente de 67 ans, hémiparétique.
- En se relevant d'un siège pour ramasser ses lunettes, chute avec fracture du col fémoral d'une femme autonome de 82 ans, sous anticoagulants. Ostéosynthèse.
- En se déshabillant, chute d'un tabouret non défectueux. Fracture fémorale.
- En regagnant la salle d'attente sans être accompagnée, chute d'une patiente de 19 ans « qui ne se sentait pas bien » en fin de séance. Bris dentaire.

Dans la salle de soins ou en cours de soins au cabinet (6)

- Chute d'un tabouret lors d'une rééducation des épaules chez une femme de 75 ans. Bris dentaire.
- Chute d'un adolescent en cours de séance de rééducation pour scoliose. Kinésithérapeute absent (téléphone). Bris dentaire.
- Après une descente aidée de la table, chute d'une femme de 71 ans (en l'absence du kinésithérapeute) en se rendant au vestiaire. Fracture du poignet, chirurgie.
- En se rendant dans une autre salle de soins pour poursuivre la séance commencée sur une plateforme, chute d'un homme de 67 ans, favorisée par un syndrome cérébelleux. Fracture tassement vertébral et d'une branche ischio pubienne.
- Lors de flexions/extensions après décerclage suite à une rupture du tendon rotulien, chute d'un homme de 57 ans, favorisée par des troubles de l'équilibre (connus). Rupture d'un tendon extenseur digital.
- En effectuant des exercices face à un espalier lors de rééducation d'une prothèse de hanche, chute d'une femme de 74 ans alors que le kinésithérapeute entrainé dans la pièce. Fracture du poignet.

Exercice sur tapis roulant (2)

- Sans installation préalable et hors de la présence du kinésithérapeute (3^{ème} séance), chute avec fracture luxation de l'épaule chez une patiente de 61 ans. Arthroplastie.

- Déséquilibre brutal et chute en arrière d'une femme de 73 ans en rééducation de prothèse de hanche et ayant des troubles de l'équilibre connus. Fracture du poignet.

Chute de la table d'examen (8)

- Dorsalgies et traumatisme crânien léger chez une femme de 82 ans.
- Séquelles non précisées chez une patiente de 67 ans.
- Contusion occipitale chez une patiente de 78 ans.
- Fracture du sternum et contusions chez une femme de 79 ans.
- Descente de la table à l'initiative d'une patiente de 77 ans, à l'origine d'une chute. Hospitalisation le lendemain pour hématome sous dural sous anticoagulants. Décès.
- Chute de la table après l'installation. Tassement vertébral chez une patiente de 80 ans.
- Bris dentaire chez une patiente de 51 ans, tombée en descendant de la table.
- Fracture du poignet ostéosynthésée chez une femme de 64 ans ayant chuté à la descente de la table.

Autre dommage corporel (2)

- Plaie et fracture de trois doigts, favorisées par un dossier de chaise mal verrouillé.
- En sortant de la piscine, glissade d'un homme de 74 ans en rééducation des membres inférieurs sur une marche immergée. Hématome de la cuisse évacué chirurgicalement.

■ Divers (1)

- Mise en cause systématique, sans reproche exprimé, par un patient opéré d'une chirurgie rachidienne suivie de déficit neurologique.



Les 5 546 pédicures podologues sociétaires de la MACSF ont adressé 13 déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de 0,23% (contre 0,20% en 2010) : 1 plainte ordinale et 12 réclamations.

■ Prise en charge (8)

Infection chez des patients diabétiques (4)

- Soins pour cor pulpaire chez un diabétique de 77 ans. Hospitalisation deux mois plus tard pour une ostéite de trois rayons sur mal perforant plantaire, nécessitant une amputation trans métatarsienne, puis de jambe.
- Soins à plusieurs reprises pendant deux ans pour plaie plantaire de la première tête métatarsienne non infectée sur

durillon, du fait de récurrences. Renseignements évasifs sur le suivi médical en cours (pas de diabète). Hospitalisation pour décompensation d'un diabète méconnu avec neuropathie et artériopathie des membres inférieurs, et prise en charge d'un mal perforant plantaire. Le patient demande le remboursement des soins et reproche « le manque de professionnalisme ».

- Trois mois après la fin des soins, lésion nécrotique du gros orteil chez un patient de 81 ans, diabétique, ayant une artériopathie connue des membres inférieurs, porteur d'un stent coronarien et insuffisant rénal sévère. Amputation à hauteur de la cuisse.

- Peu de temps après les soins, inflammation d'une « plaie » d'un orteil justifiant une antibiothérapie et des pansements à domicile, puis un nouvel avis chirurgical chez un patient de 77 ans, diabétique, ayant subi des pontages des membres. Nouvelles angioplasties et amputation de l'orteil.

Complications de soins pour ongles incarnés (4)

- Survenue d'un botryomycome, deux mois après la régularisation d'un ongle chez une femme de 30 ans.
- Survenue d'un érysipèle chez une femme de 86 ans, traitée à domicile (intertrigo).
- Survenue d'une inflammation de l'hallux après soins de durillons, sans incident, chez une vendeuse. Antibiothérapie le lendemain et soins locaux, puis chirurgie d'un ongle incarné.
- Blessure cutanée pendant un soin chez une patiente de 73 ans sous antiagrégants, supposée être la porte d'entrée d'un érysipèle.

■ Semelles orthopédiques (2)

- Erreur de côté de la correction chez un patient de 32 ans présentant une inégalité de 2 cm des membres inférieurs. Rachialgies motivant plusieurs consultations, avant que l'erreur ne soit repérée par un ostéopathe. Le podologue confirme mais s'étonne de l'absence d'usure des semelles, dont le port est intermittent.
- Erreur de côté de la compensation pour inégalité de longueur des membres inférieurs de 13 mm chez un adolescent sportif de 15 ans. Diagnostic fait par l'ostéopathe, consulté neuf mois plus tard.

■ Chute (3)

- Chute d'une femme de 78 ans, de sa hauteur, en déambulant vers la sortie du cabinet. Hydarthrose sur prothèse de genou.
- Chute d'une patiente de 76 ans en décidant de s'installer sur le fauteuil sans aide, pendant que le pédicure prépare son matériel (première visite). Rupture d'un sus épineux.
- Chute à domicile d'une patiente de 95 ans, en allant du lit au fauteuil (heurte avec une chaise) pendant que le pédicure s'installe. Fracture de côtes.

AUTRES



■ Orthoptiste (2)

- Réalisation, à la demande de l'ophtalmologiste, d'un bilan avec test de Lancaster pour diplopie. Audition en tant que sachant lors d'une expertise judiciaire pour retard diagnostique d'une tumeur cérébrale.
- Rééducation et bilan d'un patient de 61 ans, souffrant de strabisme avec anisométrie puis inconfort après chirurgie de cataracte. Insatisfaction sur l'ensemble des soins.

■ Audioprothésiste (1)

- Patient insatisfait des nouvelles prothèses auditives qu'il avait réclamées, du fait de leurs avancées technologiques.

■ Aide-soignant (1)

- Citation à comparaître devant le tribunal correctionnel pour « violences volontaires infligées à une patiente en état de vulnérabilité due à une déficience psychique ».

VÉTÉRIAIRES



Par Jean-François KLEIN
Juriste, MACSF

Les **2 256** vétérinaires sociétaires de la MACSF ont adressé **178** déclarations, soit une sinistralité de **7,9%** en exercice libéral (contre 9 % en 2010).

■ Bovins (104)

Extraction forcée par les voies naturelles (10)

- Mort d'un veau suite à une extraction forcée (6). Il est souvent reproché la non réalisation d'une césarienne. Dans un cas, la vache avait expulsé un gros caillot de sang et présentait des efforts expulsifs. Présence d'une déchirure au niveau du col avec érosion de la muqueuse. Injection de deux anti-hémorragiques et antispasmodiques. Choc anaphylactique.
- Sous-évaluation de l'ouverture du col lors de l'extraction forcée d'une vache.
- Défaut de réalisation d'un examen vaginal, permettant de constater la présence d'un deuxième veau. Mort de la vache.
- Manœuvres obstétricales vulnérantes et décision d'euthanasie insuffisamment réfléchie.
- Mort d'une vache suite à une chute dans un cornadis défectueux au cours d'une mise bas.

Césarienne (41)

- Défaut de sutures utérines (28).
- Défaut d'hémostase des vaisseaux sanguins.
- Perforation du duodénum (2).
- Perforation vaginale lors de la césarienne (2). Dans un dossier, le veau était positionné dans la corne droite de l'utérus.
- Section des anses intestinales (2).
- Mammites colibacillaires après césarienne (2).
- Non détection d'une plaie en avant du col et s'étendant ventro latéralement sur une vingtaine de centimètres. Mort de la vache.
- Septicémie suite à une césarienne (2).
- Césarienne anormalement longue (deux heures). Veau culard. Ouverture pratiquée insuffisamment longue.

Torsion utérine (3)

- Torsion de matrice complète, bloquant la sortie du veau (3). Défaut de diagnostic d'une importante déchirure de la paroi utérine en zone post cervicale après réduction de la torsion.

Prolapsus utérin ou vaginal (4)

- Prolapsus vaginal et coliques de faux travail.
- Echec de réduction du prolapsus (2), dont un en raison d'une hémorragie interne.
- Déchirure non détectée sur une vache lors du renversement de la matrice.

Dilatation et déplacement de la caillette (7)

Dont :

- Diagnostic d'un déplacement de caillette sur une vache. Déchirure longitudinale entraînant une péritonite.
- Présence d'un ulcère perforant (2).
- Déplacement de la caillette. Ordonnance rédigée, mais le délai d'attente lait n'est pas mentionné.

Anesthésie contention (5)

- Mort d'un taureau suite à une anesthésie.
- Mort d'un taureau suite à un défaut de contention.
- Surdosage anesthésique lors d'une opération d'omphalotomie sur un veau.
- Parage des pieds sur un taureau. Arrêt respiratoire pendant la phase d'induction de l'anesthésie. Surdosage (10 ml contre posologie 5 ml).

- Défaut ou erreur de contention d'une vache : le vétérinaire a sanglé un trayon sans s'en apercevoir. Arrachement lors du relèvement de la patte.

Défaut ou retard de diagnostic (3)

- Retard d'intervention sur une vache ayant extériorisé sa matrice. Le vétérinaire de garde s'était endormi.
- Mort d'un veau suite au non déplacement du vétérinaire de garde. Absence de réseau téléphonique sur le portable.
- Taureau suspecté de souffrir d'une arthrite profonde. Examen approfondi du membre postérieur gauche. Dépistage d'une anomalie fonctionnelle et diagnostic de déchirure ligamentaire. L'éleveur reproche le retard de diagnostic et la perte de la viande.

Pharmacie vétérinaire (9)

- Cheptel mixte. L'éleveur souhaite vermifuger ses vaches laitières, ce qu'omet de préciser l'ASV au vétérinaire. Prescription de la molécule Ivermectine. Production laitière écartée.
- Contamination intempestive d'un cheptel avec la seringue automatique ayant contenu du vaccin IBR.
- Mort d'une génisse sauvage par fléchage hypodermique (3^{ème} tentative).
- Vache présentant une météorisation aiguë du rumen. La mort a été provoquée par l'état de choc induit par ce trouble digestif, lequel s'est trouvé exacerbé par les effets de l'injection d'œsophagine.
- Délivrance de Cobactan® LC (au lieu de Cobactan® DC) par ASV pour une vache présentant une mammites.
- Vache présentant des symptômes d'acétonémie nerveuse, associée à une hypoglycémie marquée. Le vétérinaire choisit d'injecter tous les médicaments par voie intraveineuse, les uns après les autres (huit traitements différents, dont quatre solutés).
- Vache présentant une anorexie anormale depuis son vêlage. Diagnostic de métrite aiguë. Administration d'un antibiotique « longue action » par voie sous-cutanée, à la base de l'oreille. A la moitié de l'injection, l'animal s'effondre suite à un choc anaphylactique. Administration de corticoïdes par voie intraveineuse. Effet indésirable déclaré au centre national de pharmacovigilance. Cas d'hypersensibilité aux céphalosporines.
- Mort d'une vache suite à un abcès en relation avec des injections veineuses, suite à une fièvre de lait.
- Mort d'une vache présentant une entérite aiguë pendant la perfusion. Choc anaphylactique.

Mise en cause globale pour retard de diagnostic d'une pathologie infectieuse de troupeau (1)

- Survenue de quatre métrites simultanées sur quatre vaches ayant vêlé à la même époque, faisant penser qu'un germe particulièrement pathogène a dû infecter les vaches.

Drenchage (2)

- Administration forcée d'un liquide de réhydratation à une vache laitière (2).

Chirurgie (4)

- Mort d'un bovin suite à une castration.
- Mort de méningite d'un jeune bovin qui avait subi, deux mois plus tôt, une amputation des cornes.

- Proposition d'une exérèse du cordon ombilical d'un veau « formé ». Apnée, puis décès.
- Veau présentant une infection du pied gauche. Amputation nécessaire. Dépression respiratoire au cours de l'intervention.

Médecine (14)

- Vache présentant une acidose aiguë compliquée d'une métrite. Administration d'un soluté par perfusion. Mort en présentant des mouvements respiratoires forcés.
- Vache présentant une hernie entraînant un syndrome occlusif. Mort de la vache. Le traitement réalisé par l'éleveur empêche l'envoi à l'abattoir.
- Vache présentant un pyomètre et deux kystes ovariens. Eclatement manuel des kystes. Aggravation de la pathologie.
- Mort de deux veaux suite à une entérite associée à une déshydratation sévère.
- Un éleveur attribue l'avortement de deux vaches aux échographies pratiquées par le vétérinaire. Aucune manipulation traumatique n'a été réalisée (pas de manipulation d'ovaires).
- Hémiplégie de la face avec paralysie de la mâchoire et de la langue chez une vache.
- Euthanasie d'une vache par erreur (confusion) et sans l'accord du propriétaire.
- Suivi insuffisant d'une vache en suspicion de torsion antécervicale. Vache tarie. Perte de lait.
- Taureau présentant une météorisation gazeuse. Le vétérinaire réalise un sondage œsophagien. Le cadavre présente des signes d'anémie.
- Métrite chez une vache. Mort d'une péritonite suite au cathétérisme de l'utérus.
- Mort d'une vache paraplégique suite à un état de choc après administration d'un soluté calcium, magnésium et phosphore.
- Ulcère de la caillette. Mort du bœuf.
- Il est reproché une décision d'envoi d'un taureau à l'abattoir.
- Prise en charge de génisse.

FCO (1)

■ Chats, Chiens (66)

Anesthésie (6)

- Mort d'un chien suite à une anesthésie (3).
- Mort d'un chat lors de l'induction anesthésique pour une stérilisation.
- Surdosage d'anesthésiques lors d'une opération de convenue sur une chienne.
- Surdosage anesthésique sur un chiot.

Chirurgie (21)

- Infection d'une plaie, défaut de réalisation d'une ovariohystérectomie chez une chienne.
- Défaut de retrait d'un testicule atrophié d'un chat.
- Défaut de réalisation précoce d'une plastie chirurgicale sur un chat.
- Ablation bilatérale des glandes anales. Exérèse incomplète en raison d'une inflammation importante.

- Chienne opérée d'un abcès de la glande anale. AVC au réveil.
- Collapsus retardé d'une chienne, suite à l'ablation d'une tumeur mammaire (2).
- Chiot présentant une plaie de petite taille. Le propriétaire reproche une intervention tardive.
- Reproche d'intervention tardive sur un chien présentant une anémie très élevée.
- Fracture du radius et de l'ulna chez un chiot ayant subi un accident de la voie publique. Soudure prématurée d'un cartilage de croissance, consécutive au traumatisme seul.
- Chat chétif présentant une boiterie après castration. Constataction d'une fonte musculaire de la cuisse et d'une instabilité du genou, évoquant une rupture du ligament croisé. Chirurgie orthopédique. Boiterie persistante. Diagnostic d'un déficit du nerf fémoral, sans pouvoir en préciser l'origine.
- Correction de l'implantation dentaire d'une chienne par la pose d'un appareil d'orthodontie. Bris d'un croc lors du retrait.
- Fracture de la mandibule d'un chien lors de la tentative d'extraction d'une carrossière.
- Erreur de latéralisation lors d'une opération de luxation de la rotule d'un chien.
- Intervention chirurgicale sur un chien. Au réveil, il arrache sa perfusion et se montre très agité. Le client rappelle le lendemain pour signaler que le chien est essoufflé. Le confrère pense que le chien est douloureux suite à l'intervention et ne propose pas de visite de contrôle.
- Absence d'information sur les risques des deux techniques de chirurgie de la glande nictitante sur un chien.
- Deux chiots sont confiés au vétérinaire pour opération de hernie ombilicale. Un des animaux meurt. Surdosage des anesthésiques.
- Décès d'un chien suite à une intervention chirurgicale.
- Résidu ovarien sur une chatte suite à une ovariectomie (3).

Médecine (14)

- Chienne présentant une gastroentérite. Etat de choc deux heures après la mise en place du traitement. Mort de la chienne.
- Il est reproché une euthanasie (1) et des soins (1) sur une chienne.
- Gastrite suite à un traitement antibiotique.
- Chien ayant avalé une pierre et présentant une occlusion avec rupture.
- Chat présentant un SIF entraînant son euthanasie.
- Inflammation et hématome suite à la castration d'un chien.
- Chat Maine Coon confié pour stérilisation. Automutilation de la queue.
- Erreur de transcription des lettres lors d'un tatouage sur un lot de cinq chiots.
- Non observance du traitement anti infectieux sur chaton, particulièrement rétif, présentant une plaie.
- Chien vu en consultation pour un problème dermatologique (plaque de dermatite suintante sur la tête et surinfection des ergots des membres supérieurs), rendu avec des antibiotiques et un carcan. Chien vomit mais propriétaire ne le présente pas à la consultation.

- Non fermeture momentanée des paupières d'un carlin présentant une kératoconjunctivite.
- Identification d'un chiot disposant déjà d'une puce.
- Perte d'une puce.

Obstétrique (8)

- Suivi de mise bas d'une chienne. Omission d'examen clinique. Chiots restants.
- Déhiscence d'une plaie d'ovariectomie sur une chienne.
- Décès d'une chatte suite à une ovariectomie de convenance.
- Césarienne sur une chienne présentant des difficultés de mise bas. Torsion utérine avec des zones de nécrose débutante. Ovario-hystérectomie. Collapsus cardiovasculaire suite à une hémorragie massive, une des ligatures ovariennes n'ayant pas tenu.
- Chienne éprouvant des difficultés de mise bas. Diagnostic d'atonie utérine. Césarienne. Choc hypovolémique en phase de réveil. Décès.
- Césarienne et ovariectomie pratiquées sur une chienne. Le lendemain, retour de la cliente en raison d'un saignement au niveau de la plaie. Tentative de pose de deux agrafes, qui ne tiendront pas.
- Exérèse incomplète lors d'une ovario-hystérectomie chez une chienne.
- Ligature posée lors de l'ovario-hystérectomie d'une chienne, enserrant une partie du pancréas.

Défaut de diagnostic allégué (8)

- Défaut de diagnostic d'une insuffisance rénale sur un chat (2).
- Chien présentant un corps étranger sous la paupière. Non diagnostic. Greffe de cornée.
- Chienne fait une chute du balcon et présente une suppression d'appui du postérieur droit. Luxation de la tête fémorale, mais pas de diagnostic de fracture.
- Examen vétérinaire avant cession d'une portée de chien Akita Inu. Non diagnostic de surdité congénitale chez un des chiens.
- Défaut de diagnostic d'un testicule atrophié d'un chat.
- Défaut de diagnostic de fracture des quatre métacarpiens de la patte avant droite d'un chien.
- Défaut de diagnostic de dilatation torsion sur un chien.

Divers (9)

- Chienne très âgée présentant un coma épileptique. Plainte ordinale. Relaxe.
- PTS : refoulement d'une chienne à la frontière, au motif du non-respect du délai entre la sérologie et le passage à la frontière (2).
- Fuite d'une chienne de la clinique.
- Fuite d'un chat.
- Chatte morte étouffée dans l'entrebâillement de la porte de sa cage.
- Examen d'un chiot présenté par un éleveur, à l'occasion d'une visite avant cession. Le vétérinaire note sur le certificat : « aucune anomalie ou réserve », notamment quant à l'appareil urogénital. Il est constaté par un confrère que le chiot est cryptorchide. Le propriétaire le fait castrer, se retourne contre le vendeur qui se retranche derrière le certificat. Pas de lien juridique entre l'acheteur et le vétérinaire.
- Contention.
- Bris dentaire chez un chien.

Chevaux, ânes (5)

- Poney mort d'une syncope lors d'une anesthésie, victime d'une association morphinique/dépresseurs.
- Mort d'un jeune cheval dans les suites de son anesthésie en vue de sa castration.
- Soins dentaires contestés sur une jument.
- Effraction de l'artère carotide sur une jument se défendant lors d'une injection intraveineuse. Hémorragie ayant entraîné une compression du pharynx et une mort par asphyxie due au caillot présent dans la poche gutturale.
- Eventration d'un cheval suite à une castration avec pince de Reimers.

NAC (1)

- Lapin hospitalisé. Fracture du fémur en cage.

Garde juridique (2)

- Morsure de l'ASV par le rat d'un client.
- Parage des sabots d'une vache. La reinette dérape et blesse l'éleveur.



CLINIQUES

Par Béatrice COURGEON
Juriste et Risk manager, MACSF

Les 77 cliniques privées sociétaires de la MACSF ont adressé 300 déclarations (dont 25 déclarations de prudence*).

DÉCLARATION DE SINISTRES (275)

Constitue un sinistre « tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations »¹.

Constitue une réclamation « toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droits et adressée à l'assuré ou à son assureur »².

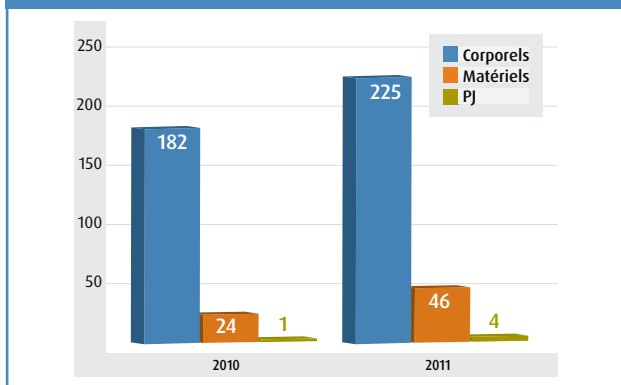
* Événements dommageables n'ayant pas fait l'objet d'une réclamation amiable ou judiciaire

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

² Article L 251-2 du Code des assurances

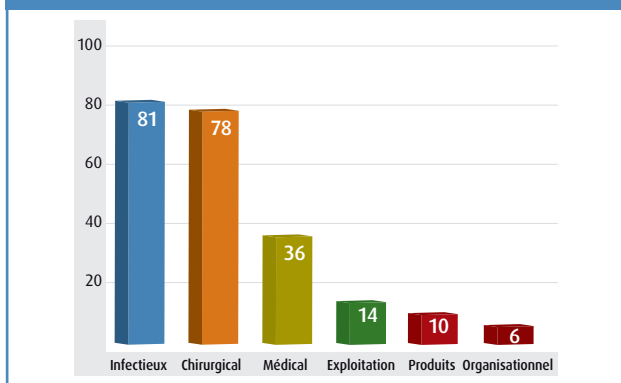
■ Répartition des déclarations selon l'objet du sinistre

ÉVOLUTION 2010-2011 POUR UN NOMBRE CONSTANT D'ÉTABLISSEMENTS ASSURÉS



Accident corporel (225)

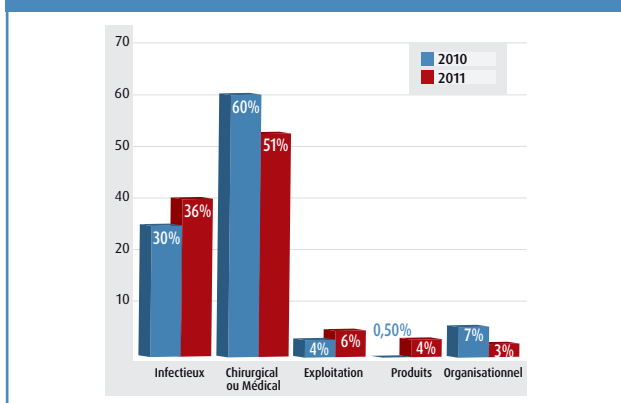
RÉPARTITION DES ACCIDENTS CORPORELS • en nombre par type



Sur les 225 accidents corporels déclarés en 2011, 36% sont estimés, à l'ouverture du dossier, comme étant imputables à une infection associée aux soins, 35% à la pratique chirurgicale, 16% à la pratique médicale, plus de 6% à un problème en lien avec l'exploitation des locaux et plus de 4% à un produit potentiellement défectueux. Enfin, près de 3% des dossiers mettent en cause l'organisation des services.

ÉVOLUTION 2010-2011

• En taux



Parmi les sinistres déclarés, on constate par rapport à l'année dernière une hausse des infections nosocomiales, des sinistres en lien avec l'exploitation et ceux mettant en cause un produit défectueux. En revanche, les accidents chirurgicaux ou médicaux sont en baisse, de même que les déclarations dénonçant l'organisation du service.

- Le risque infectieux (81)

Sur les 81 infections déclarées en 2011 :

- 19 correspondent à des faits de 2011 ;
- 26 se rapportent à des infections contractées en 2010 ;
- 36 sont antérieures à 2010, dont 2 remontent à 1996.

Il s'agit d'un risque relativement long et difficile à réduire pour l'assureur, car la responsabilité des établissements repose dans ce domaine sur le principe d'une responsabilité sans faute, dite « objective », exclusivement fondée sur le risque.

Dès lors que la recherche d'une faute n'est pas nécessaire à l'indemnisation, les experts et les juges peuvent s'affranchir de la caractériser pour permettre le règlement du dossier, d'où la difficulté pour identifier les cas où l'infection relève de la réalisation du risque de ceux où elle relève de la commission d'une faute d'asepsie ou de conduite thérapeutique (traitement antibioprophylaxique).

Sur ces 81 infections associées aux soins déclarées en 2011 :

- 54 sont évaluées à ce jour avec un taux de responsabilité à 100%. La responsabilité de la clinique n'est pas forcément engagée, mais à titre prudentiel, tous les dossiers sont évalués à leur ouverture sur le postulat d'une responsabilité totale, tant que leur instruction ne permet pas une appréciation plus circonstanciée.
- 7 mettent en évidence une responsabilité partagée avec un autre établissement ou un professionnel de santé.
- 20 sont estimées comme n'engageant pas la responsabilité de l'établissement. Cinq cas ont d'ores et déjà fait l'objet d'un avis CCI favorable au fond, 3 ont été rejetés pour incompetence par la CCI, et 8 en sont au stade de l'expertise avec 5 rapports d'expertise favorables. Les autres dossiers font l'objet d'un avis optimiste de notre comité médical, au regard de l'instruction des pièces transmises, avant même toute expertise au fond.

Parmi ces infections, la spécialité la plus représentée demeure l'orthopédie, totalisant 62% des déclarations d'infections associées aux soins. En seconde position intervient la chirurgie esthétique (13%), puis la chirurgie viscérale (5%) et, à égalité, la chirurgie urologique et la chirurgie gynécologique (4%). Les autres spécialités sont peu significatives, affichant chacune un dossier isolé (de chirurgie maxillo-faciale, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, obstétrique, ophtalmologie, pneumologie).

- Le risque médical ou chirurgical (114)

Les statistiques dépendent étroitement des spécialités représentées dans les établissements assurés à la MACSF. La quasi-totalité des médecins y exerçant a un statut de libéral.

La pratique médicale et/ou chirurgicale fait donc peser le risque sur les professionnels de santé libéraux exerçant au sein de l'établissement, qui, n'étant pas employeur, n'a pas en principe à craindre de voir sa responsabilité engagée, sauf si la défaillance de « l'opérateur » est de nature à mettre également en évidence une défaillance dans l'organisation des services.

- Chirurgie orthopédique (34) : complications post-chirurgicales de type paralysie, algodystrophie, abcès, hématome, douleurs (13), échecs de la chirurgie caractérisés essentiellement par des algies persistantes (8), erreur ou retard de diagnostic de fracture, de phlébite, de présence de corps étranger (5), lésion du nerf médian (1), erreur de côté de cheville pour une ligamentoplastie et de genou à opérer (2), défaut de surveillance (2, dont un syndrome de Mendelson à l'occasion d'un épisode sub occlusif), oubli de compresse (1), brûlure (1) et retard de prise en charge adaptée (1).

- Chirurgie viscérale (30) : lésion instrumentale d'organes (14, dont 6 perforations du grêle, 2 plaies de l'artère iliaque, 1 plaie de la vessie, 2 lésions de la rate, 1 atteinte de la voie biliaire, 1 plaie de la vésicule, 1 lésion du sphincter), complications post chirurgicales (8, dont 3 dans les suites d'une chirurgie proctologique, marquées par une incontinence, 3 consécutivement à une colectomie : détresse respiratoire dans un contexte de cancer, choc septique, et 2 respectivement dans les suites d'une hernie inguinale et d'une cholécystectomie), oubli de corps étrangers (2), réclamations diverses (6 : défaut d'information sur l'ablation de l'ombilic dans le cadre d'une cure de hernie ombilicale, échec de la chirurgie avec récurrence d'une hernie de la ligne blanche, mort subite inexplicée, erreur technique lors de la pose d'un cathéter de dialyse, défaut de reprise en post-chirurgie d'un traitement médicamenteux vital pour le patient, et surdosage médicamenteux : injection accidentelle de Tracrium® (30mg) au lieu de 3mg d'Hypnovel® dans le cadre d'une chirurgie proctologique).

- Chirurgie esthétique (12). Les ¾ correspondent à des insatisfactions sur le résultat esthétique d'interventions mammaires soit d'augmentation, soit de réduction. Le ¼ restant correspond à des complications post-chirurgicales, avec une éviscération dans les suites d'une gastroplastie et une péritonite dans le cadre d'une chirurgie de l'abdomen.

- Chirurgie urologique (10) : complications post chirurgicales (fistule, douleurs, complications neurologiques, incontinence, impuissance) dans les suites de prostatectomies, cystoplasties, cystoscopies, cures de cystocèle ou détorsions de testicules. On relève 4 échecs de cures d'incontinence et une erreur de diagnostic d'un adénome prostatique.

- Obstétrique (6), dont paralysies du plexus brachial dans le cadre d'accouchements dystociques (4), erreur de dépistage anténatal d'une malformation congénitale consistant en une absence de main et d'avant bras droits (1) et thrombose artérielle dans les suites d'un accouchement prématuré (1). Sur les 77 établissements assurés à la MACSF en 2011, 10 sont des cliniques MCO.

- Chirurgie vasculaire (6) : complications chirurgicales (4) et échec de la chirurgie n'ayant pas permis d'éviter des amputations de jambes et un retard de prise en charge d'un hématome compressif dans les suites de l'exérèse d'un adénome (2).

- Chimiothérapie (3) : extravasation de produit responsable d'une nécrose cutanée extensive, retard de diagnostic d'une leucémie et AVC après une mastectomie.

Enfin, on relève 1 ou 2 dossiers tout au plus dans les autres spécialités (chirurgie bariatrique, gastro-entérologie, chirurgie thoracique, neurologie, ophtalmologie, ORL, psychiatrie, HAD...).

Tous ces dossiers mettant en évidence à leur ouverture un problème dans le geste chirurgical ou dans la conduite thérapeutique n'excluent pas la possible responsabilité de la clinique, du fait de la faute d'un salarié ou de l'organisation du service, révélée par l'instruction du dossier.

- Le risque « exploitation » (14)

- Chutes (10) : glissades imputables à la conception ou au mauvais entretien des sols (ex : sol mouillé dans le hall, pavé en relief sur l'allée de la clinique, ...) (5) et défaut de surveillance du patient (ex : chute d'un patient en réanimation ou en salle de réveil, défenestration d'une patiente connue pour son état dépressif...) (5).

- Cuisinier intérimaire brûlé par une sauteuse en forçant son mécanisme d'ouverture et dénonçant une faute inexcusable de l'employeur.

- Blessure du visiteur d'un patient avec une fenêtre qui s'est détachée au moment de son ouverture.

- Eboueur brûlé suite au déversement d'une cuve contenant un produit toxique.

- Chute d'une armoire sur une patiente, dans sa chambre, qui conduira à son décès.

- Le risque « produit » (10)

- Défaut du produit lui-même (7) : prothèses mammaires rompues ou risquant de rompre (PIP) (2), rupture de prothèses articulaires de hanches (3), rupture de capsules après une intervention de la cataracte (1), et enfin en raison de la déconnexion de la ligne veineuse du circuit extracorporel au cours d'une séance d'autodialyse (1).

- Intolérance au matériel chez le patient (3) : « syndrome du psoas » sur une prothèse de hanche, capsulite rétractile sur une plastie mammaire et intolérance aux agrafes sur une cicatrice de laparotomie.

- Le risque organisationnel (6)

- Mauvaise installation du patient au bloc (2).

- Programmation opératoire tardive d'une intervention urgente.

- Blessure d'un patient, à l'occasion d'une aide à la toilette, par la fermeture intempestive de la porte de la salle de bain par l'aide-soignante. Amputation distale du doigt.

- Défaut de déplacement du personnel soignant au chevet d'un malade souffrant, lors d'une garde de nuit.

- Transfert tardif vers l'hôpital de la part du service des urgences, témoignant d'une prise de risque, d'un manque d'humanisme et d'un défaut de prise en charge de la douleur.

Domage matériel (46)

- Perte de prothèses dentaires ou auditives ou bris de lunettes de patients hospitalisés (33). La sinistralité 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.

- Choc de véhicules sur le parking.

- Dégât des eaux.

- Incendie.

- Vol (2).

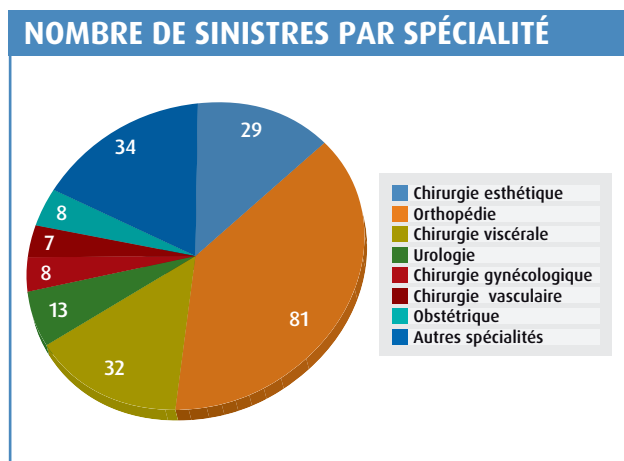
- Incidents survenus sur le parking de l'établissement (2) : portail endommagé, véhicule endommagé en raison de la chute d'une patiente défenestrée.
- Sinistres en lien avec l'organisation de l'établissement (2) : perte des archives de la clinique lors d'un incendie, avec impossibilité de répondre à une demande de communication de son dossier médical par une patiente, et absence de compte rendu opératoire dans le dossier d'hospitalisation.
- Incident matériel survenu en HAD (4) : fenêtre cassée en remontant un lit médicalisé, moquette et mobilier tachés en raison de la rupture d'une poche d'un produit de soins, bris d'une assiette japonaise et bris de lunettes.

Usage de la garantie Protection Juridique (4)

- Propos diffamants diffusés sur Internet par un patient et relayés par la presse écrite. Quelles alternatives à la plainte en diffamation ? Comment organiser un droit de réponse ?
- Conflit entre une infirmière salariée et un praticien libéral sur la déclaration d'un événement indésirable grave effectué par l'infirmière, et dénoncé comme diffamatoire à son égard par le praticien. Nous organisons la défense de l'infirmière, qui est l'objet d'une procédure ordinaire.
- Détournement des fonds de la clinique par sa comptable salariée.
- Clinique mise en cause devant le juge pour rupture abusive d'un contrat d'exercice libéral.

■ Répartition des déclarations de sinistres corporels selon les spécialités

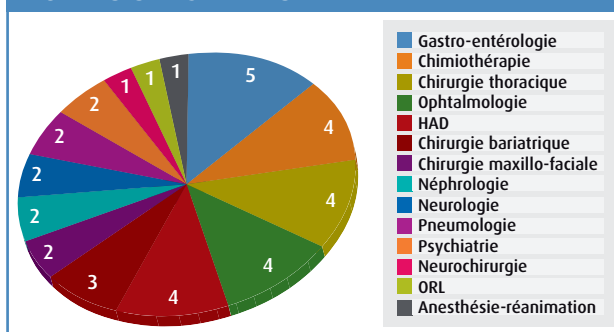
Les 215 accidents corporels médicaux, tous types confondus (à l'exclusion des 10 dossiers corporels exploitation), se répartissent entre les spécialités de la manière suivante :



Les 7 spécialités affichant le plus grand nombre de sinistres survenus en établissement sont l'orthopédie, suivie de la chirurgie viscérale, la chirurgie esthétique, l'urologie, à égalité la chirurgie gynécologique et l'obstétrique, puis la chirurgie vasculaire.

Les 34 autres sinistres concernent des spécialités totalisant tout au plus 5 sinistres.

AUTRES SPÉCIALITÉS



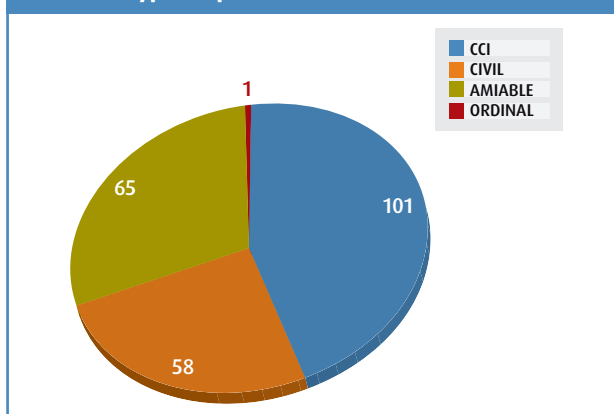
■ Répartition des déclarations selon le type de procédure

La totalité des réclamations portant sur des dommages matériels est d'ordre 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 »).

Pour les dommages corporels « médicaux », la voie privilégiée reste celle des CCI, qui représente 45% des procédures (42% en 2010), contre 26% des procédures civiles (28% en 2010) et 29% des réclamations amiables « pures » (27% en 2010).

On relève une plainte ordinaire.
Aucune plainte pénale n'a été déposée.

RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS • Selon le type de procédure



L'importance des procédures CCI pour les cliniques s'explique notamment par le rôle des CRUQ PC.

Le plus souvent, la réclamation commence par une saisine de la CRUQ PC, commission interne qui a pour vocation de recueillir les griefs des usagers à l'encontre des responsables de l'établissement. En cas d'échec de la conciliation, elle propose systématiquement aux usagers insatisfaits de saisir la CCI.

La procédure CCI permet aux établissements d'être partie prenante dans la gestion de leurs dossiers de sinistres. Outre

leur présence aux opérations d'expertise, un représentant de la clinique assistera le plus souvent à la réunion d'audition des parties par les membres de la CCI. L'intérêt marqué ainsi au dossier du plaignant par l'établissement peut être source d'apaisement et de reconnaissance de sa souffrance, indépendamment des responsabilités encourues.

Sur les 215 sinistres médicaux déclarés en 2011, 19 sont d'ores et déjà mal engagés pour l'établissement ou ont donné lieu à un règlement indemnitaire :

- 17 ont fait l'objet d'un rapport d'expertise concluant à la responsabilité de l'établissement ;
- 2 ont conduit à un avis CCI se prononçant en faveur de la responsabilité de l'établissement ;
- 6 ont été transigés amiablement.

Enfin, 82 dossiers semblent plutôt bien engagés, qu'ils aient fait l'objet soit d'un désistement du plaignant, soit d'un rapport d'expertise ou d'un avis CCI favorable.

Les autres dossiers sont insuffisamment avancés dans la procédure pour apprécier leur orientation.

DÉCLARATIONS CONSERVATOIRES (25)

Les 25 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 (20). Les dossiers de sinistres ne donnent pas 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 en amont.
- soit à des dossiers pour lesquels la garantie du sinistre n'est pas acquise (5) et où il peut être nécessaire de gérer la réclamation à titre conservatoire, sous toutes réserves de garanties.

Ces 20 déclarations conservatoires concernent :

- Complications chirurgicales suite à une arthroscopie, une liposuction, la pose d'une prothèse de genou (5).
- Infections nosocomiales (3).
- Erreurs médicales commises par un salarié de l'établissement (11), principalement dans l'administration de médicaments (erreur de dosages, erreur de livraison en provenance de la pharmacie), dans la réalisation d'injections (dont une erreur d'identité de patient et une extravasation de produit), ou encore dans le branchement d'appareils (ex : dialyse).
- Organisation (3), dont un cas en raison d'une coupure de courant, a priori sans conséquences corporelles sur les patients.
- Dysfonctionnement d'une pompe dans le cadre de soins palliatifs en HAD.
- Mise en jeu de la garantie Responsabilité Civile Exploitation pour une patiente heurtée par le chariot de distribution des repas.
- Demande de conseil dans le cadre de la garantie « Protection Juridique » sur les modalités de mise en œuvre de la continuité des soins en chirurgie ambulatoire, dans l'hypothèse où un patient ne serait pas en mesure de quitter l'établissement en fin de journée.



CENTRE DE TRANSFUSIONS SANGUINES

Les CTS antérieurement assurés par le groupe MACSF ont adressé 4 déclarations (contre 1 en 2010).

- Contamination transfusionnelle par le virus HVC (4).

Rapport sur les décisions de justice et avis CCI

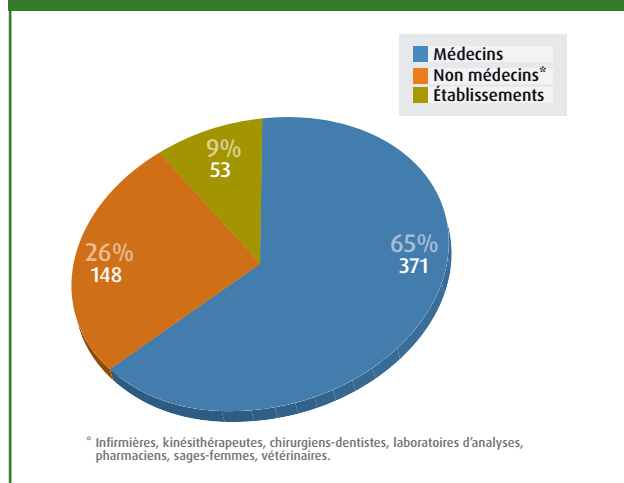
Ce rapport ne prend en compte que les décisions de justice et avis de CCI¹ rendus à l'occasion d'affaires mettant en cause des sociétaires de la MACSF. Néanmoins, pour la détermination des taux de mises en cause et de condamnations, tous les praticiens, sociétaires ou non, sont comptabilisés.

Béatrice COURGEON
Juriste et Risk Manager MACSF

■ Décisions de justice

En 2011, la MACSF a enregistré **436** décisions de justice (civiles + pénales) mettant en cause **572** professionnels de santé. Il s'agit exclusivement de décisions rendues au fond, en excluant les décisions de la Cour de Cassation, de sursis à statuer, de renvoi, de constat de désistement d'instance, les décisions se prononçant sur la procédure d'expertise ou sur la compétence juridictionnelle.

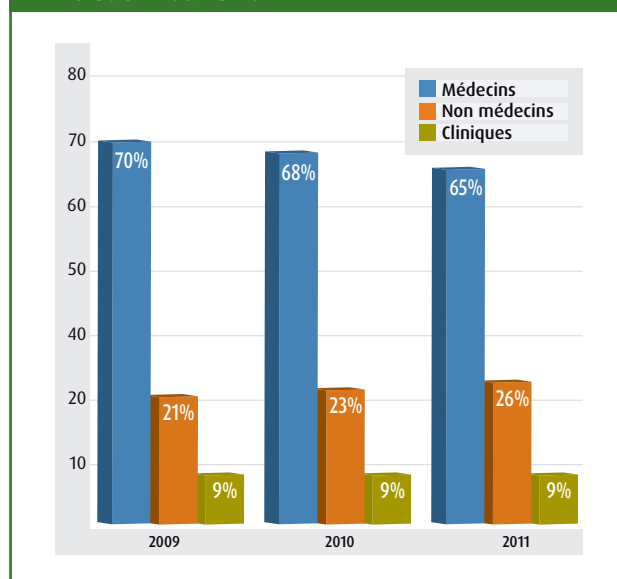
RÉPARTITION DES MISES EN CAUSE • 2011



Sur les trois dernières années, la proportion de non médecins mis en cause progresse, tandis que celle des médecins est en légère régression, et celle des établissements de soins stable.

RÉPARTITION DES MISES EN CAUSE

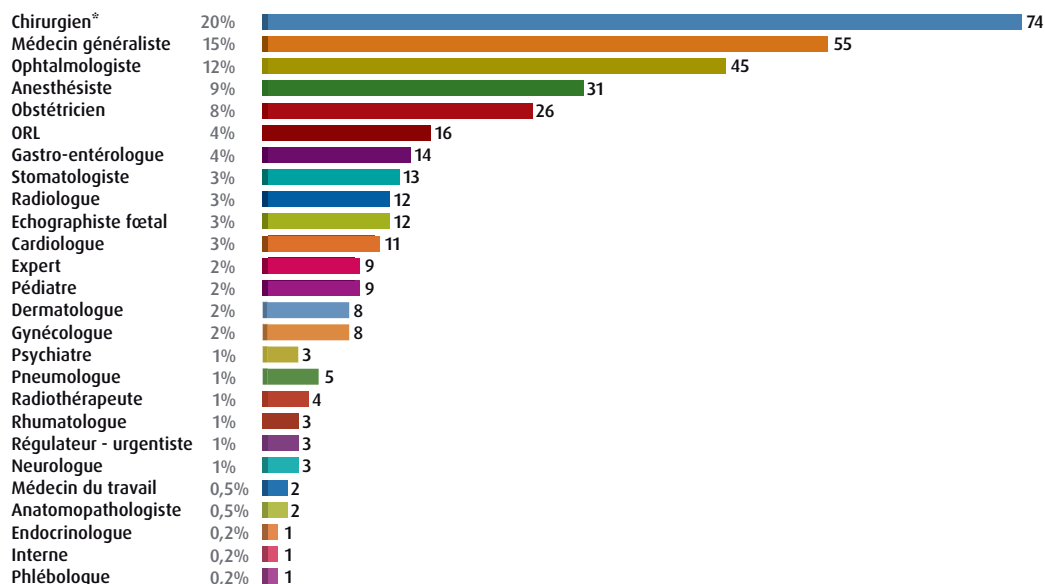
• Évolution 2009 à 2011



Ce constat est lié à l'évolution du portefeuille de sociétaires de la MACSF, au sein duquel la part de paramédicaux a augmenté.

¹Commission de conciliation et d'indemnisation (ex-CRCI)

RÉPARTITION DES MÉDECINS MIS EN CAUSE PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ



* Cardio-thoracique, esthétique, généraliste, viscéral, neurochirurgien, orthopédiste, urologue.

Ces résultats sont intimement liés à la composition du portefeuille de médecins assurés par la MACSF. Ainsi, la MACSF assure, de manière constante depuis plusieurs années, plus de 90% des ophtalmologistes libéraux, plus de 50% des médecins généralistes et des ORL libéraux, et près de 30% des anesthésistes libéraux. Enfin, s'agissant des obstétriciens, les décisions de justice concernent des affaires déclarées à une époque où la MACSF était largement présente sur ce marché.

ISSUE DES DÉCISIONS DE JUSTICE • 2011

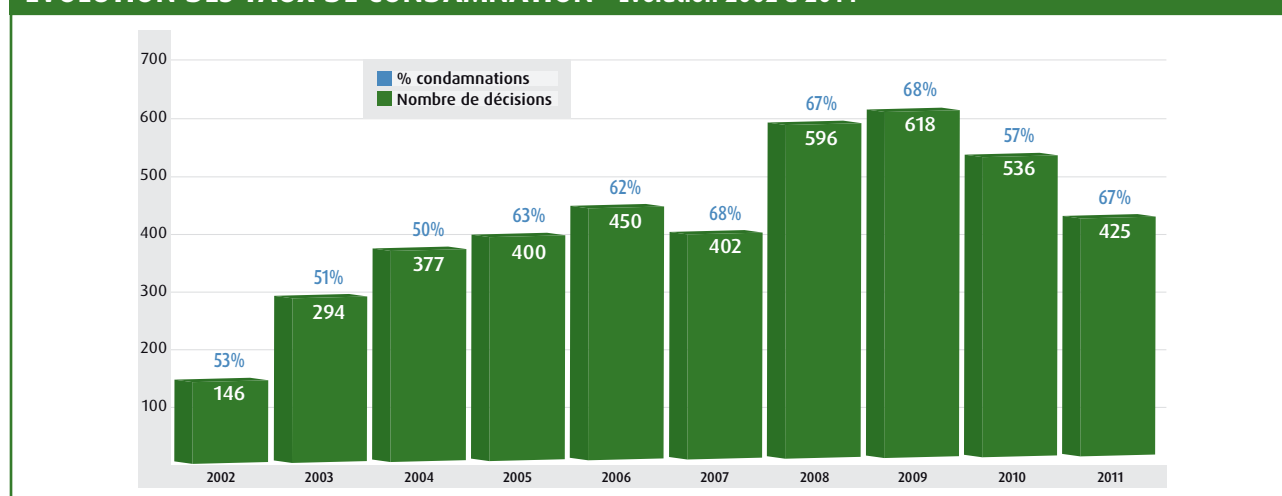
	Nombre de décisions	Nombre/ % de condamnation	Nombre de mis en cause	Nombre de condamnés	% de condamnés/ mis en cause	Coût (en €)
Pénal	11	6 (55%)	19	8	42%	67 813
Civil	425	286 (67%)	553	369	67%	30 395 102
Total	436	289 (65%)	572	377	66%	30 462 915

Deux tiers des décisions de justice rendues en 2011 sont des condamnations. Au civil, c'est un niveau constant depuis au moins cinq ans, à l'exception de l'année 2010 où le taux de condamnation avait légèrement reculé à 57%.

Le pourcentage des décisions de condamnation au pénal est en léger recul par rapport à celui constaté chaque année : 55% en 2011 contre 61% en 2009 et 62% en 2008. Néanmoins, le volume de décisions pénales diminue parallèlement chaque année, offrant un échantillon de moins en moins significatif.

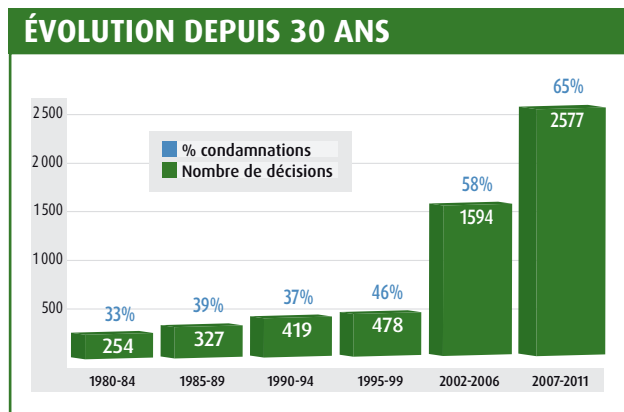
■ Décisions civiles

ÉVOLUTION DES TAUX DE CONDAMNATION • Évolution 2002 à 2011



Si le nombre des décisions civiles a diminué les deux dernières années, le taux de condamnation reste à un niveau élevé et relativement stable, à l'exception de l'année 2010.

Une observation sur trente ans permet de mettre en évidence une augmentation constante.



TAUX DE CONDAMNATION PAR SPÉCIALITÉ

• Décisions civiles

Taux de condamnation par spécialité	2011		2010	2009
	Nombre	Taux	Taux	Taux
Echographiste fœtal	10	83%	22%	-
Chirurgien	61	80%	59%	64%
Stomatologiste	10	77%	-	-
Ophthalmologiste	33	73%	64%	57%
Anesthésiste	22	69%	57%	53%
ORL	11	69%	41%	45%
Obstétricien	20	68%	59%	80%
Pédiatre	6	67%	25%	-
Radiologue	8	67%	59%	-
Dermatologue	5	63%	33%	-
Généraliste	35	61%	59%	49%
Gastro-entérologue	8	57%	50%	-
Cardiologue	6	55%	40%	-

Sur les 12 échographistes fœtaux mis en cause, 10 ont été condamnés (2/9 en 2010), ce qui place cette activité en tête des spécialités les plus condamnées en 2011.

Les chirurgiens sont en seconde position, avec une progression de condamnation de près de 7%.

La stomatologie apparaît pour la première fois en 3^{ème} position, avec 10 stomatologistes condamnés sur 13 mis en cause.

Les décisions de justice de 2011 confirment la tendance, constatée en 2010, de l'augmentation du volume de condamnation chez les ophtalmologistes, en 4^{ème} position des taux les plus élevés. Le développement des interventions de chirurgie réfractive, notamment de confort et souvent chez des sujets jeunes, explique notamment cette tendance.

Hormis l'obstétrique et la stomatologie, toutes les spécialités mises en cause connaissent un taux de condamnation croissant. Cependant, pour ces deux spécialités, les taux de condamnation se maintiennent à des niveaux très élevés : 68% pour l'obstétrique et 77% pour la stomatologie.

Dans la quasi-totalité des dossiers de chirurgie maxillo-faciale, on retrouve un manquement du praticien à son devoir d'information sur les risques ou sur l'étendue des travaux à réaliser. En dehors d'un cas grave de choc anaphylactique à la célocurine, on retrouve essentiellement, à l'origine des

complications, des lésions du nerf alvéolaire ou du nerf lingual, des fractures mandibulaires ou encore des échecs de réimplantations dentaires.

En 5^{ème} position, et devant l'obstétrique, apparaît l'anesthésie (sur les 32 anesthésistes mis en cause, 22 ont été condamnés en 2011), à égalité avec l'ORL avec 11 praticiens condamnés sur 16 mis en cause. Suivent à égalité la pédiatrie et la radiologie.

Une spécialité fait son entrée parmi celles les plus condamnées : la dermatologie, qui affiche un taux de condamnation de 63% contre 33% en 2010. Les décisions de condamnation concernent essentiellement des gestes esthétiques aux résultats disgracieux, voire séquellaires (traitement au laser de varicosités du visage, poussée herpétique dans les suites d'un peeling au phénol, brûlures au cours d'une épilation définitive du visage par laser, cicatrices dans les suites d'une correction chirurgicale de rides).

La tendance concernant la médecine générale doit également être observée avec un volume significatif de médecins généralistes mis en cause : sur 56, 34 ont été condamnés. Il s'agit essentiellement de retards de diagnostic : de cancers (de l'estomac, du col de l'utérus), d'une maladie de Lyme, d'une maladie de Crohn, d'une tuberculose, d'un handicap congénital, d'une pneumopathie à pneumocoques, de fractures du col du fémur, de torsions des testicules. On retrouve également quelques erreurs de prescription (ex : maintien d'un traitement contre l'hypertension artérielle chez une femme enceinte) et des contestations de certificats médicaux ou d'hospitalisation.

Le pourcentage de cardiologues et de gastro-entérologues condamnés est également en nette augmentation, confirmant ces spécialités au rang des plus condamnées.

TOTAL NON MÉDECINS

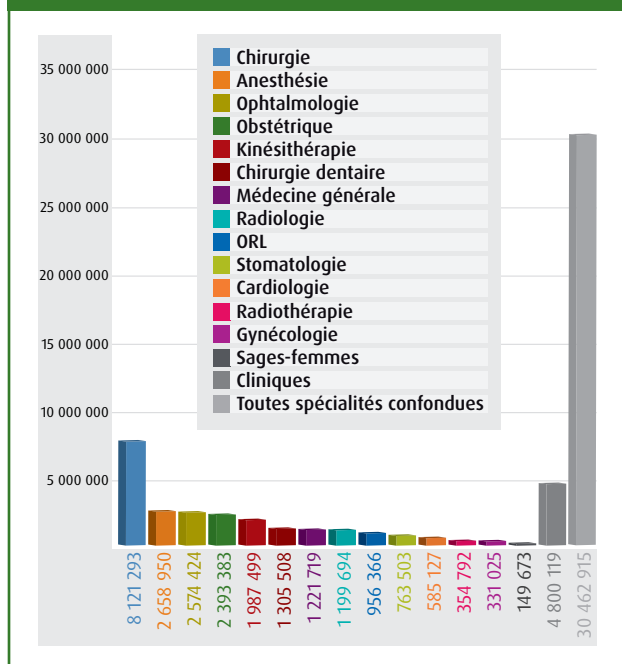
	Nbre de mis en cause	Nbre de condamnés	% condamnés
Tous mis en cause confondus	195	126	65%
Laboratoire d'analyses	1	1	100%
Infirmière	7	4	57%
Clinique	53	37	71%
Chirurgien-dentiste	95	64	67%
Orthodontiste	4	4	100%
Centre de transfusion sanguine-EFS	6	1	17%
Vétérinaire	5	1	20%
Kinésithérapeute	7	5	71%
Pharmacien	1	1	100%
Sage-femme	11	3	27%
Fabricant	5	5	100%

A l'exception des chirurgiens-dentistes et des cliniques, l'analyse de ces résultats doit prendre en compte le faible volume de mises en cause.

Les constats, bien que légèrement à la baisse, sont à peu près identiques à ceux de 2010, avec des taux de condamnation se maintenant à des niveaux très élevés : 67% des chirurgiens-dentistes ont été condamnés, contre 69% en 2010.

71% des cliniques ont été condamnées, contre 78% en 2010.

COÛT DES INDEMNISATIONS JUDICIAIRES PAR ACTIVITÉ



Comme chaque année, on retrouve en tête des spécialités ayant supporté les plus lourdes indemnités la chirurgie, l'anesthésie, l'ophtalmologie et l'obstétrique.

La médecine générale connaît un sort plus favorable qu'en 2010, malgré l'augmentation du taux de condamnation des médecins généralistes, avec une diminution du nombre de généralistes mis en cause (57 contre 82 en 2010).

La kinésithérapie fait son entrée dans les 5 professions financièrement les plus touchées, avec seulement 5 kinésithérapeutes condamnés. La quasi-totalité de la charge est représentée par un seul sinistre concernant une tétraplégie dans les suites d'une séance de rééducation fonctionnelle.

D'une manière générale, ces chiffres sont étroitement liés au volume de décisions de justice pris en compte. Si les charges par spécialité apparaissent moins importantes que les années précédentes, c'est vraisemblablement en raison d'une moindre quantité de décisions rendues au fond en 2011, mais surtout d'une diminution de professionnels mis en cause (572 contre 761 en 2010, soit un écart de près de 200).

FOCUS SUR LA CHIRURGIE - TAUX ET COÛT DES CONDAMNATIONS

Spécialité	Nombre de mis en cause	Nombre de condamnés	% de condamnés	Indemnisation en €	Coût moyen en €
Chirurgie générale	24	16	67%	3 432 006	214 000
Chirurgie orthopédique	28	23	82%	3 284 904	143 000
Neurochirurgie	9	9	100%	1 035 710	115 000
Chirurgie urologique	6	4	67%	145 974	37 000
Chirurgie cardio-thoracique	3	2	67%	105 744	53 000
Chirurgie esthétique	3	3	100%	71 705	24 000
Chirurgie viscérale	4	4	100%	45 250	11 000
TOTAL	77	61	79%	8 121 293	133 000

La chirurgie orthopédique et la neurochirurgie affichent, comme chaque année, les charges les plus lourdes, représentant à elles deux la moitié 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 le risque infectieux, la défectuosité du matériel implanté ou encore des fautes techniques.

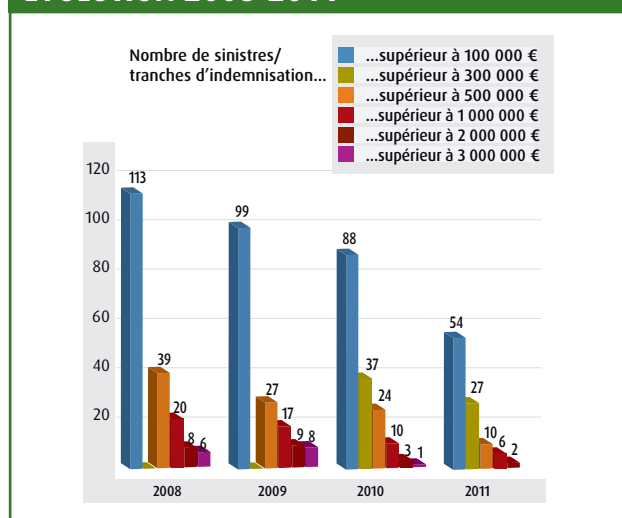
FOCUS SUR LES SINISTRES LES PLUS GRAVES - 2011 • Répartition par spécialité

Nombre de sinistres/ Tranche d'indemnisation (en €)	> 100 000	> 300 000	> 500 000	> 1 000 000	> 2 000 000	> 3 000 000
Chirurgie	17	8	3	2	1	
Médecine générale	3					
Anesthésie	4	1	1	1		
Obstétrique	5	3	2	1		
Ophthalmologie	6	2				
Cliniques	1	1				
Cardiologie	1	1				
CRTS	1	1				
Radiologie	1	1	1			
Gastro-entérologie	1					
Pédiatrie	1	1				
Chirurgiens-dentistes	1					
Gynécologie	1					
Sages-femmes	2	2				
Kinésithérapie	1	1	1	1		
ORL	4	3	1	1	1	0
Radiothérapie	1	1				
Régulateur-Urgentistes	1					
Stomatologie	2	1	1			

Le nombre de dossiers « graves » a nettement diminué devant les juridictions judiciaires, vraisemblablement au profit d'un transfert vers les procédures CCI, dont le rôle est

d'accueillir, pour un traitement plus rapide, les dossiers d'une particulière gravité.

ÉVOLUTION 2008-2011



On observe une réduction sensible du nombre de dossiers « graves » jugés en 2011 : 6 dossiers > 1 000 000 € contre 10 en 2010, 17 en 2009 et 20 en 2008.

DÉCISIONS CIVILES : LES 10 INDEMNISATIONS LES PLUS ÉLEVÉES

Spécialité	Indemnisation	Faits
1 - ORL	2 745 696	Séquelles cérébrales irréversibles chez un enfant dans les suites d'un arrêt cardiaque au décours d'une intervention chirurgicale des végétations - Responsabilité conjointe de l'anesthésiste (20%) et de la clinique (80%), celle de l'ORL n'étant pas retenue.
2 - Orthopédie	2 031 964	Retard de prise en charge d'une paralysie survenue dans les suites immédiates d'une chirurgie du rachis - Partage entre le chirurgien (90%) et l'ONIAM (10%) au titre d'un aléa.
3 - Kinésithérapie	1 658 951	Accident vasculaire bulbaire responsable d'une tétraplégie dans les suites d'une séance de kinésithérapie prescrite pour cervicalgies avec névralgies d'Arnold.
4 - Chirurgie	1 218 055	Faute dans le choix thérapeutique de la gestion d'un syndrome occlusif dans les suites d'une appendicectomie.
5 - Obstétrique	1 191 252	Souffrance fœtale aigüe imputable à un défaut de déclenchement d'accouchement chez une parturiente au terme de grossesse dépassé - Perte de chance de 80% - Responsabilité conjointe de l'obstétricien (60%) et de la clinique du fait de sa sage-femme salariée (40%).
6 - Anesthésie	1 002 932	Hémiplégie gauche doublée d'une infection par staphylocoque doré dans les suites de la pose d'une prothèse totale de hanche - Faute exclusive de l'anesthésiste dans la prise en charge d'une hypotension peropératoire - Mise hors de cause de la clinique pour défaut de demande à son encontre.
7 - Radiologie	588 494	Négligences dans la prise en charge d'un arrêt respiratoire au décours d'une cholangiographie rétrograde pratiquée dans une salle de radiologie dépourvue des moyens matériels et humains pour parer à une complication.
8 - Stomatologie	563 686	Chute d'une patiente dans le cabinet entraînant un traumatisme crânien avec hémiplégie totale séquellaire.
9 - Obstétrique	561 164	Atteinte neurogène du territoire pudendal associée à un défaut musculaire total au cours d'une extraction instrumentale avec spatules d'un nouveau-né, après échec des tentatives de pression sur le fond de l'utérus et de l'utilisation de ventouses. Condamnation de l'obstétricien pour fautes, d'une part dans le choix de la technique d'extraction, et d'autre part du fait d'un défaut de diagnostic de déchirure anale.
10 - Orthopédie	508 548	Hématome extradural responsable d'un syndrome de la queue de cheval dans les suites d'une intervention pour discopathie - Responsabilité conjointe du chirurgien et de la clinique pour fautes postopératoires et défaut d'information sur les risques liés à l'intervention.

La part de l'obstétrique dans les dossiers les plus graves continue de diminuer : 2 contre 5 en 2010 et 8 en 2009. Cette tendance est liée à la réduction du nombre d'obstétriciens libéraux assurés à la MACSF.

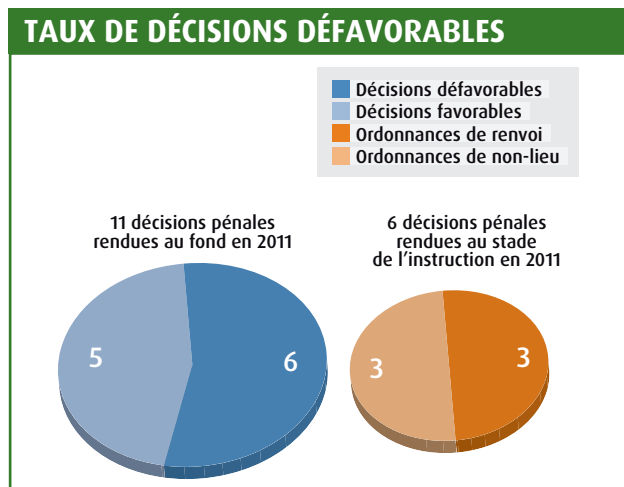
L'année 2011 confirme à nouveau que le risque grave n'est pas réservé à l'obstétrique ou encore à la chirurgie, voire l'anesthésie. C'est un accident de kinésithérapie qui apparaît en 3^{ème} position. La radiologie et la stomatologie font également leur entrée cette année dans le Top 10.

RECOURS DES ORGANISMES SOCIAUX

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dossiers concernés	135	123	110	197	210	162	124
% des dossiers terminés	60%	52%	47%	34%	31%	29%	29%
Montant attribué (en K€)	11 520	6 500	7 379	14 118	13 879	7 098	7 722
% total des indemnisations	48%	52%	29,5%	22%	15%	14%	25%

Dans 29% des affaires jugées, les organismes sociaux ont été en tout ou partie indemnisés de leur créance. Une somme globale de 7 722 K€ leur a été attribuée, ce qui correspond à 25% du montant total des indemnisations allouées. La tendance à une diminution de la part revenant aux organismes sociaux, constatée depuis la réforme opérée par la loi du 21 décembre 2006, n'est donc pas confirmée en 2011. On reste néanmoins bien en deçà des proportions prévalant avant 2006.

■ Décisions pénales



11 décisions pénales ont été rendues au fond en 2011. Six sont des décisions défavorables à l'un au moins des professionnels mis en cause. Les 5 autres sont favorables à l'ensemble des professionnels mis en cause.

6 décisions ont été rendues au stade de l'instruction et ont donné lieu à 3 ordonnances de renvoi devant le tribunal correctionnel et 3 ordonnances de non-lieu.

Dans ces 11 affaires pénales jugées au fond, 19 praticiens étaient mis en cause.

Huit ont connu une issue défavorable, soit 42% (contre 59% en 2011 et 55% en 2009), dont :

- 6 qui ont été condamnés à des peines d'emprisonnement avec sursis allant de 4 mois à 1 an ;
- 2 qui ont été condamnés à des peines d'amende respectivement de 1 200 et de 15 000 €.

Aucune interdiction définitive ou temporaire d'exercer n'a été prononcée en 2011.

Les 11 autres professionnels mis en cause ont été relaxés par jugement au fond.

RÉPARTITION DES CONDAMNATIONS ET MISES EN CAUSE PAR SPÉCIALITÉ

SPÉCIALITÉ	MIS EN CAUSE	CONDAMNATION	RELAXÉ
TOTAL	19	8	11
Médecine générale	7	2	5
Psychiatrie	2	-	2
Chirurgie	2	2	-
Obstétrique	1	1	-
Anesthésie	1	-	1
Centre d'appels	1	-	1
Clinique	1	1	-
Infirmier	2	1	1
Pneumologie	1	1	-
Médecine militaire	1	-	1

On retrouve en tête des mises en cause, comme chaque année, les 4 spécialités les plus exposées au « risque pénal » :

- la médecine générale
- la psychiatrie
- la chirurgie
- l'obstétrique.

S'agissant de la psychiatrie, l'année 2011 confirme néanmoins que les condamnations sont assez rares au nom de la liberté thérapeutique, indépendamment du péril que le patient peut causer à lui-même ou à autrui. Aucun des 2 psychiatres mis en cause n'a été condamné dans le cadre des 2 affaires les concernant, à propos :

- d'un décès par asphyxie d'une patiente placée sous contention dans le cadre d'une hospitalisation d'office ;
- d'un décès par accident cardiovasculaire dans les suites de l'administration chez un patient de neuroleptiques.

C'est principalement dans le cadre de leur activité de médecin de garde ou en raison d'erreurs de diagnostic commises sur des enfants que les 7 médecins généralistes ont été mis en cause pour notamment :

- un refus de se déplacer, à l'origine d'un retard de diagnostic d'un infarctus ayant conduit au décès du patient ;
- un choc anaphylactique par réaction allergique à un médicament ;
- le décès d'un enfant dans les suites de l'administration d'un anti-douleur ;
- une erreur de diagnostic de crise d'asthme chez un enfant soigné pour des laryngites et rhino-pharyngites à répétition (c'est une confirmation en appel de la condamnation du praticien, prononcée en première instance en 2010, à une peine d'emprisonnement d'un an avec sursis) ;
- le décès d'un enfant des suites d'une occlusion intestinale non diagnostiquée.

Les 2 chirurgiens mis en cause ont été condamnés. Le premier l'a été pour un retard de prise en charge d'une accidentée de la route, décédée des suites d'une hémorragie interne. Le pneumologue mis en cause dans cette affaire s'est vu infliger une peine de 8 mois d'emprisonnement avec sursis, et le chirurgien une peine de 4 mois avec sursis. Le second chirurgien a été condamné pour « faux et usage de faux en écriture » dans le cadre d'une expertise judiciaire, soit un motif étranger à son exercice médical.

Le gynécologue obstétricien a été sanctionné par une peine d'un an d'emprisonnement avec sursis pour un décès maternel survenu dans un contexte de rupture utérine mal gérée.

Les deux dossiers mettant en cause un infirmier concernaient des surdosages médicamenteux. Si l'un a été relaxé, l'autre a été condamné à un an d'emprisonnement avec sursis.

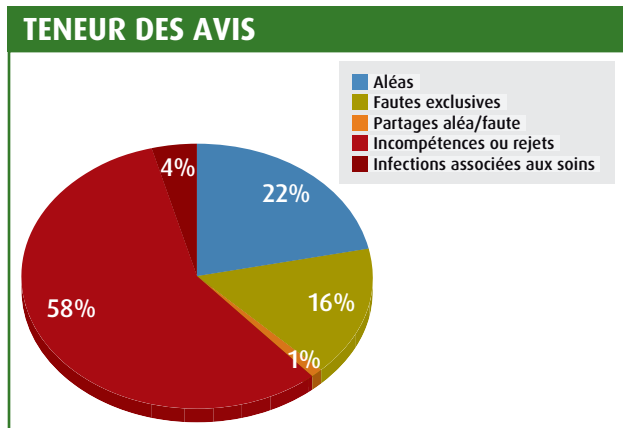
Le médecin militaire mis en cause était poursuivi pour ne pas avoir diagnostiqué un coup de chaleur survenu chez un soldat au cours d'un exercice. Il obtiendra la relaxe pour défaut de lien de causalité certain avec le décès.

Dans une seule affaire, le plaignant a obtenu des dommages et intérêts, pour un montant de 38 597 € et 28 216 €.

■ Avis CCI 2011

585 avis ont été rendus par les CCI en 2011, dans des affaires mettant en cause des sociétaires de la MACSF.

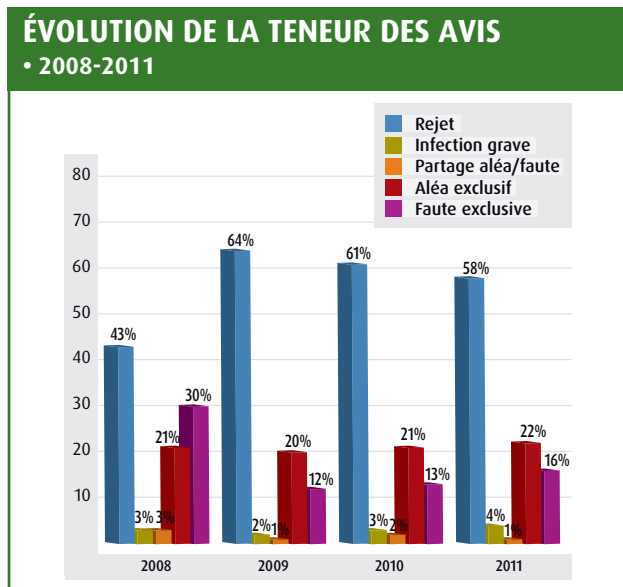
326 avis se prononcent au fond, en excluant les dossiers déclarés irrecevables sans expertise ou prononçant un sursis à statuer.



Sur ces 326 avis, on dénombre :

- 73 aléas (22%)
- 51 fautes exclusives (16%)
- 2 partages aléa/faute (1%)
- 188 incompétences ou rejets (58%)
- 12 infections associées aux soins (IAS) graves (ONIAM) (4%)

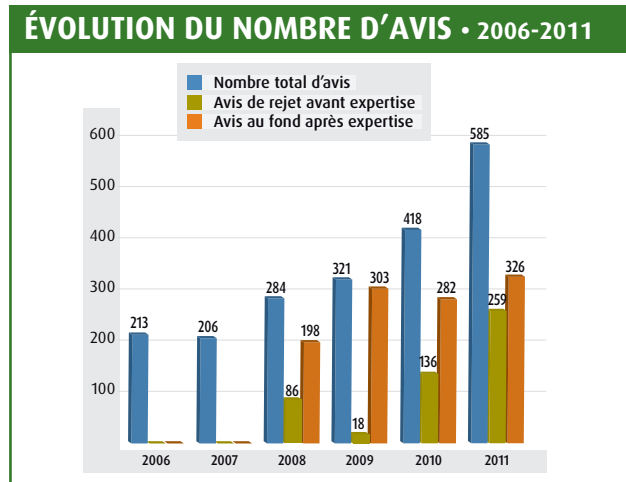
Ce sont donc 53 avis concluant à une faute qui ont été rendus par les CCI en 2011, soit 16% des avis.



Le taux d'avis de rejet ou d'incompétence après expertise est toujours majoritaire, représentant 58% des avis rendus au fond en 2011. On note cependant un léger recul sur ces deux dernières années.

Le taux d'infections associées aux soins graves prises en charge par l'ONIAM reste, de manière constante, à un niveau faible (4% des avis rendus). Il en va de même des avis concluant à un partage entre un aléa et une faute, qui oscillent entre 1 à 3% depuis au moins 4 ans. On constate également une grande stabilité du pourcentage d'avis se prononçant en faveur d'un aléa

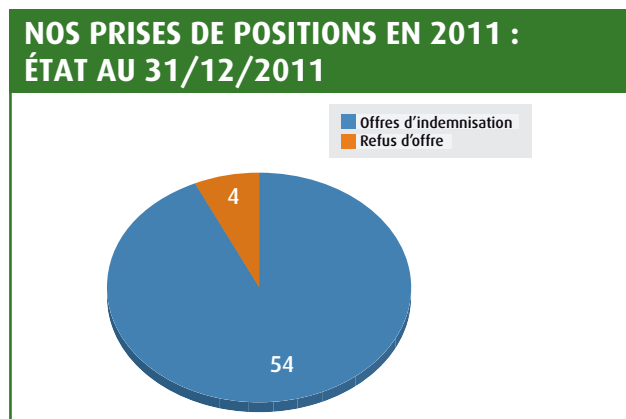
(voisin de 20%) depuis 2008. Les avis concluant à une faute exclusive sont en légère hausse par rapport à 2010 et 2009.



A l'exception de l'année 2007, le nombre d'avis rendus ne cesse d'augmenter chaque année, avec près d'un triplement en 5 ans. L'augmentation du nombre d'avis est générale (avis de rejet avant expertise, avis au fond après expertise).

La proportion des avis de rejet avant expertise croît de manière exponentielle depuis au moins 4 ans. Ils représentent 44% contre 31% en 2010, ce qui tend à confirmer l'interprétation, que nous avançons dans notre rapport de 2010, d'une moindre hésitation des CCI à rejeter les dossiers avant une expertise du fait de leur expérience, acquise notamment sur la condition nécessaire d'un lien de causalité entre le dommage et la faute ou l'aléa pour ouvrir droit à indemnisation.

La progression du nombre d'avis au fond va de pair avec une diminution des décisions de justice. Les facilités de la procédure devant les CCI (rapidité, dispense d'avocat) et sa vocation à traiter des aléas thérapeutiques, et donc des dommages en dehors du champ du droit de la responsabilité, peuvent expliquer son succès.



La MACSF a procédé, en 2011, à 54 offres d'indemnisation, dont 48 correspondent à des avis rendus en 2011, 5 à des avis rendus en 2010 et 1 à un avis rendu en 2009.

Sur ces 54 offres d'indemnisation :

-17 ont été acceptées et ont fait l'objet d'une indemnisation transactionnelle pour un total de 932 534 €.

- 23 dossiers ont fait l'objet d'un règlement provisionnel ou provisoire dont :

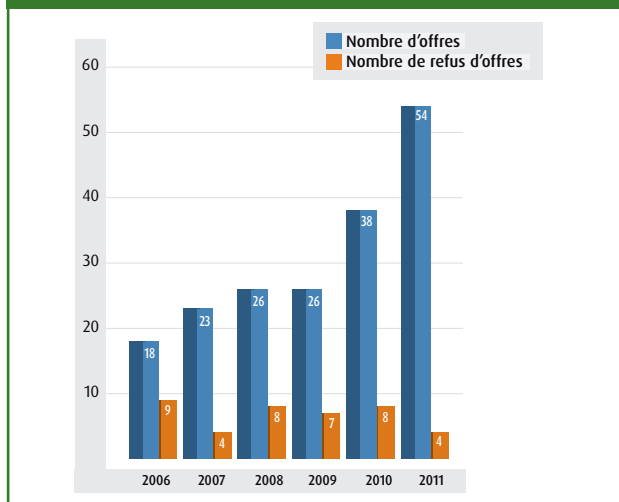
- + 12 en attente de la production par le plaignant de pièces justificatives (principalement sur sa perte de revenus) ou de sa consolidation ;
- + 11 en attente de la production, par les organismes sociaux, de leur créance définitive après indemnisation intégrale des préjudices de la victime.

L'ensemble de ces 23 dossiers partiellement réglés représente un provisionnement (évaluation) de 3 390 121 €, soit un coût moyen provisionnel de 147 400 €.

- Restent 14 offres d'indemnisation qui n'ont pas, pour l'heure, donné lieu à règlement transactionnel, même partiel :
 - + 5 ont été portées devant le juge judiciaire ;
 - + 9 sont dans l'attente d'une prise de position du plaignant ou de son conseil, ce qui est tout à fait normal, notamment pour les offres formulées en fin d'année 2011.

La MACSF a opposé 4 refus d'offres en 2011. Aucun de ces 4 dossiers n'a pour l'heure fait l'objet d'une procédure judiciaire, les refus datant respectivement de janvier, mai, août et décembre 2011.

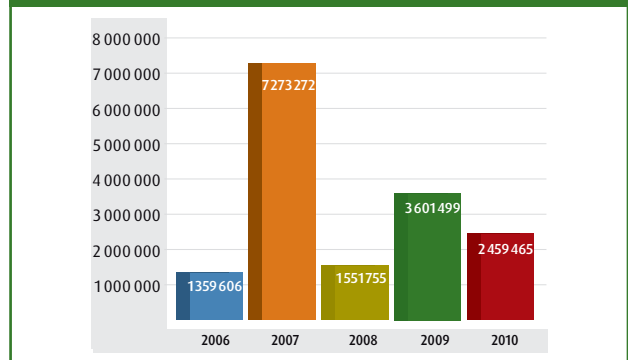
ÉVOLUTION OFFRES/REFUS D'OFFRES • 2006-2011



*Indépendamment de l'année du prononcé de l'avis

Le nombre d'offres d'indemnisation formulées par la MACSF est en nette augmentation. A mesure que les CCI gagnent en expérience, la pertinence de leurs avis emporte la confiance des payeurs, enclins à les suivre dans leur position.

ÉVOLUTION DE LA CHARGE DES AVIS CCI • 2006-2011



Est comptabilisé ici l'état des règlements au 31/12/2011 par année d'avis.

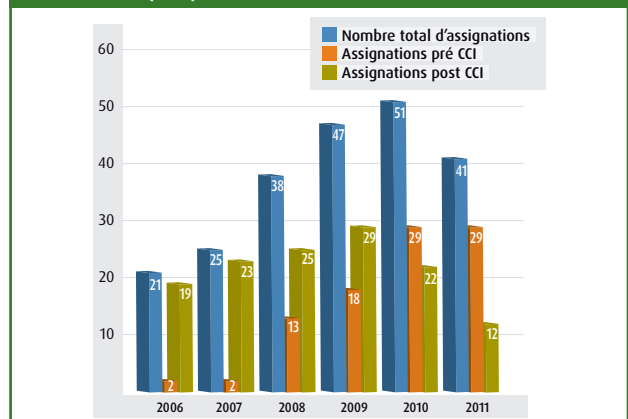
Ainsi, au 31/12/2011, 41 dossiers correspondant à des avis de 2010 étaient réglés pour un montant total de 2 459 465 €.

Ces chiffres peuvent évoluer d'une année sur l'autre : des règlements peuvent intervenir l'année suivant celle où l'avis a été rendu, compte tenu du délai légal de 4 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 vrai surtout pour les avis les plus récents. Ainsi, il est vraisemblable qu'un certain nombre d'avis rendus en 2011 n'avaient pas encore donné lieu à indemnisation au 31/12/2011. C'est la raison pour laquelle les avis de 2011 ont été occultés de ce tableau, à défaut d'être suffisamment significatifs au 31/12/2011. Il faut donc attendre plusieurs années pour avoir un état suffisamment consolidé pour se livrer à une interprétation.

Le choix de calculer des coûts par année d'avis plutôt que par année de règlements (indépendamment de la date des avis) tient à la meilleure visibilité que ce calcul procure de l'évolution du risque au regard des procédures CCI. En outre, il est difficile d'isoler les règlements indemnitaires par année, dans la mesure où le règlement de sinistres s'effectue rarement en un seul paiement. Le règlement définitif est en effet souvent précédé du versement de provisions.

ÉVOLUTION DE LA PLACE DU JUDICIAIRE DANS LES PROCÉDURES CCI

• Évolution des assignations en justice pré ou post-CCI : état au 31/12/2011



On constate, depuis 2006, une augmentation significative, d'année en année, des procédures concomitantes. Le phénomène concerne tout autant les assignations « pré » que « post » CCI.

Est-ce le reflet d'une insatisfaction équivalente des plaignants, tant pour l'une ou l'autre procédure, qui les conduit à emprunter cette double voie d'indemnisation dans un ordre indifférent ?

On constate une proximité des dates de saisine du juge et de la CCI, ce qui tend à démontrer que le plaignant n'attend pas l'expiration de l'une des procédures pour se tourner vers l'autre.

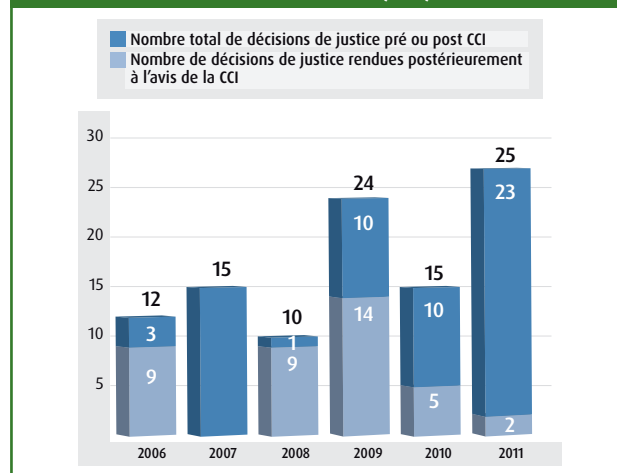
La multiplicité des voies de recours et l'accès facile aux CCI rend plus rares les assignations en justice seules, au regard de la double chance offerte aux plaignants d'obtenir gain de cause, d'autant plus qu'il n'existe pas de passerelle d'information formelle entre le juge et la CCI sur l'historique procédural du dossier qui leur est présenté. Il existe certes une obligation à la charge du plaignant d'informer le juge et la CCI d'une procédure parallèle en cours ou terminée (article L. 1142-7 alinéa 3 du code de la santé publique). Mais cette obligation n'est pas toujours respectée en pratique et peut conduire à des prises de position différentes que les demandeurs peuvent tenter d'exploiter.

Si les plaignants semblent opter indifféremment en première intention pour l'une ou l'autre procédure, on constate néanmoins leur tendance croissante à saisir en premier lieu le juge, ce qui fait supposer une confiance plus importante dans les procédures judiciaires, notamment sous l'impulsion de leurs avocats. La voie des CCI peut également être un moyen d'obtenir une seconde expertise lorsque celle de l'expert judiciaire ne leur donne pas satisfaction.

Le fait que les assignations post CCI restent à un niveau élevé confirme sans doute la persistance d'une certaine suspicion vis-à-vis de la pertinence des avis CCI.

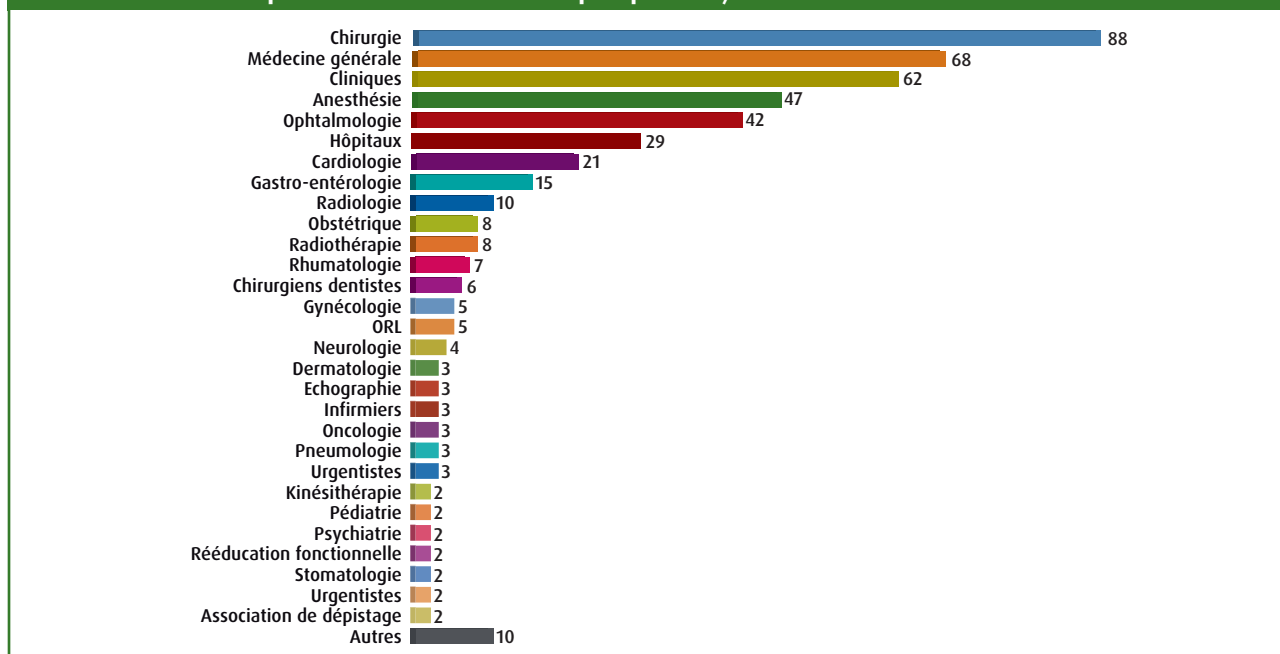
Néanmoins, ce phénomène porte sur un échantillon réduit de dossiers au regard du volume toujours croissant, chaque année, de procédures CCI qui, sans supplanter les procédures judiciaires, sont devenues une voie d'indemnisation privilégiée par les victimes.

ÉVOLUTION DES DÉCISIONS DE JUSTICE PRÉ OU POST CCI • État au 31/12/2011



Compte tenu de la rapidité des procédures CCI par rapport aux « lenteurs » décriées des procédures judiciaires, il n'est pas surprenant de constater que, dans le cadre des procédures concomitantes, la majorité des décisions de justice a été rendue après que les CCI aient rendu leur avis. Néanmoins, ce constat est inversé concernant les avis rendus en 2010 et 2011, où le nombre d'avis ayant précédé les décisions de justice est minoritaire. Ce constat vient corroborer l'interprétation possible d'un réflexe chez les plaignants à user d'une dernière chance devant les CCI pour obtenir une expertise rejetée devant le juge. L'abaissement des seuils de recevabilité devant les CCI sur le critère du déficit fonctionnel temporaire (admis à hauteur de 50% par décret du 19 janvier 2011) pourrait être également avancé comme explication.

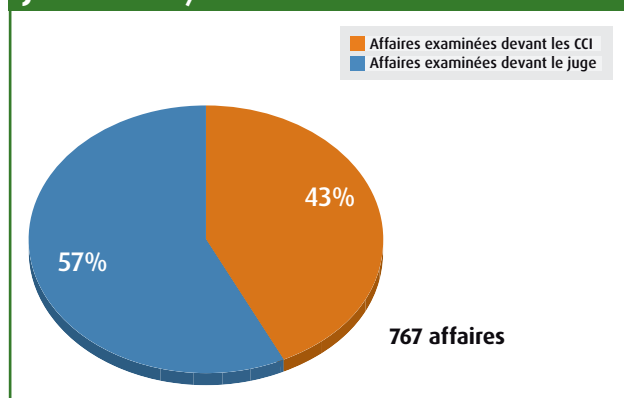
AVIS CCI 2011 • Répartition des mises en cause par spécialité/activité



Total : 464 dont 454 correspondent à des spécialités dont relève plus d'un mis en cause. Les 10 autres mis en cause correspondent à des spécialités dont on ne recense qu'un seul mis en cause.

En moyenne par procédure, 1,4 praticiens sont mis en cause devant les CCI (contre 1,3 devant le juge judiciaire). Les 4 spécialités les plus mises en cause devant les CCI sont, comme devant le juge, les chirurgiens, les médecins généralistes, les anesthésistes et les ophtalmologistes. Le taux de progression le plus spectaculaire par rapport à 2010 concerne les anesthésistes, avec un doublement des mises en cause dans cette spécialité (passant de 24 en 2010 à 47 en 2011). Il en va de même pour les cardiologues, avec 21 mises en cause contre 10 en 2010.

RÉPARTITION PROCÉDURES JUDICIAIRES/CCI • 2011

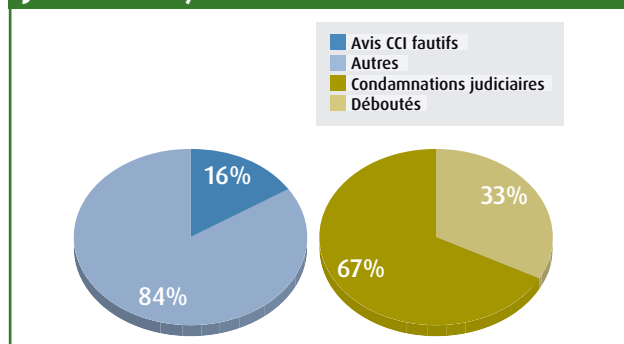


767 affaires ont été examinées en 2011, dont 43% devant les CCI et 57% devant le juge. Le succès des CCI au détriment des procédures judiciaires se confirme à nouveau en 2011.

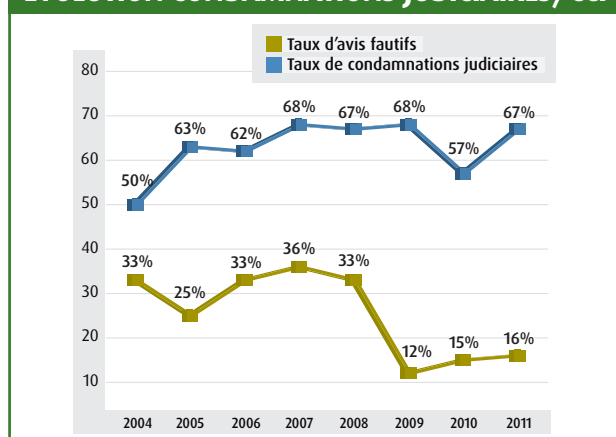
L'écart se resserre entre les deux voies d'indemnisation, la voie des CCI prenant peu à peu le pas sur les procédures judiciaires.

Parallèlement, le nombre de recours judiciaires postérieurement à une procédure CCI est relativement stable depuis 2007, permettant de conclure au succès réel de cette procédure.

COMPARAISON CONDAMNATIONS JUDICIAIRES/CCI • 2011



ÉVOLUTION CONDAMNATIONS JUDICIAIRES/CCI



Cette année encore, les CCI ont retenu plus volontiers la survenue d'un aléa plutôt que d'une faute, ce qui doit être comparé avec le taux de condamnations judiciaires. On rappellera néanmoins toujours que ce constat mérite d'être relativisé, 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 plaignant à poursuivre sa réclamation devant le juge du fond. La prise en compte des seules affaires portées au fond conduit ainsi naturellement à majorer le pourcentage de condamnations.

A contrario, l'évaluation des dossiers fautifs en CCI se rapporte à une base beaucoup plus large, puisqu'elle inclut l'ensemble des demandes d'indemnisation portées devant les commissions, y compris celles débouchant sur un avis d'incompétence. 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 si on peut expliquer que les condamnations au civil soient plus nombreuses : nous rappellerons que le propre des sinistres fautifs est d'être présentés au contentieux, tandis que l'aléa tend à être soumis davantage à l'avis des CCI.

La procédure civile apparaît également beaucoup moins accessible pour une victime que la procédure CCI. Les victimes auront tendance à ne présenter devant le juge que des demandes indemnitaires avec de fortes chances de succès, car la procédure est payante et le ministère d'avocat obligatoire. En revanche, l'accès à la CCI est beaucoup plus aisé, puisqu'il est gratuit et dispensé du ministère d'avocat. Les victimes sont guidées dans leurs démarches sur le site Internet des CCI et de l'ONIAM, où elles ont la possibilité de saisir un formulaire de demande d'indemnisation. Ces facilités donnent lieu à des saisines moins pertinentes, laissant place à un volume de rejets beaucoup plus important que le nombre de déboutés recensés en justice.

Rapport d'activité protection juridique

Nicolas LOUBRY

Responsable du Département
Protection Juridique MACSF

En 2011, 337 268 sociétaires ont été couverts par le contrat d'assurance de protection juridique de la MACSF (+ 8% par rapport à 2010).

Le nombre de sinistres déclarés au cours de cette année est en progression de + 7,5% : 8 544 dossiers ouverts, contre 7 942 en 2010. Les demandes de renseignements ont progressé de manière plus importante (+ 21%) : 2 053 demandes contre 1 694 en 2010.

Si l'activité téléphonique est restée constante (58 341 appels traités, contre 57 827 en 2010), le nombre de courriers ou de fax a progressé. L'évolution du nombre de courriels reçus est encore plus significative : 18 767 en 2011, contre 14 317 en 2010, 9 341 en 2009, 6 216 en 2008 et 4 852 en 2007.

L'accélération des envois par mail, sauf urgence avérée, ne saurait modifier nos délais de traitement, que nous nous efforçons de réduire quotidiennement. Pour accélérer le traitement de l'ensemble des demandes reçues (par téléphone ou par courrier), il est essentiel que le sociétaire indique toujours son numéro de contrat lorsqu'il appelle ou écrit en première intention, et le numéro de dossier lorsque sa demande se rapporte à une affaire en cours.

L'ACTUALITÉ DE LA PROTECTION JURIDIQUE

Selon une étude de l'Association Française de l'Assurance (juin 2012), on estime à environ 1,8 million le nombre d'informations et de renseignements juridiques fournis par téléphone en 2010 par l'ensemble des services de protection juridique. Le domaine de la consommation, qui comprend notamment l'automobile, la vente ou l'achat d'un bien mobilier ou les litiges avec un prestataire de service, représente près de 40% de ces informations juridiques. Viennent ensuite les appels liés au domaine de l'habitat, qui comprend notamment les litiges liés aux conflits de voisinage, en lien avec l'achat ou la vente d'un bien immobilier, en lien avec la copropriété ou encore opposant locataires et propriétaires. L'information juridique par téléphone est donc essentielle et a pour objectif de prévenir le litige, par la recherche d'une solution amiable avant une éventuelle prise en charge de tout ou partie des frais

d'honoraires liés à la résolution d'un litige (frais et honoraires d'avocats, experts, huissiers...). Nos juristes spécialisés peuvent également assister nos sociétaires dans la lecture et la compréhension des contrats qu'ils doivent signer. Nos informations juridiques sont ainsi délivrées par téléphone, mais également par des réponses écrites, indépendamment de l'ouverture d'un sinistre. En 2011, nous avons ainsi répondu à 2 053 demandes de renseignements en rapport avec l'activité professionnelle de nos sociétaires.

Dans une perspective d'amélioration de l'accès au droit, notre contrat de protection juridique va évoluer avec, en 2013, une extension de nos garanties aux litiges du droit de la famille suivants : les successions, legs et donations en ligne directe, le droit de la filiation (exemple : adoption, recherche de paternité), ou encore les incapacités (tutelle, curatelle). Pour bénéficier de ces nouvelles garanties, nos sociétaires, titulaires d'un contrat PJ en cours de validité, devront nous demander un avenant à leur contrat.

À la question de savoir si un assureur PJ peut limiter le remboursement des honoraires d'avocat, sans pour autant porter atteinte à la liberté de choix de l'assuré, la Cour de Justice de l'Union Européenne a rendu un arrêt le 26 mai 2011 confirmant la validité d'une clause d'un contrat d'assurance de protection juridique qui limitait le remboursement des honoraires d'avocat, sous réserve que l'indemnisation effectivement payée soit suffisante.

Le scandale du Médiateur® a également touché certains de nos sociétaires. Nous les défendons au même titre que nos sociétaires victimes des prothèses PIP, que nous accompagnons dans leurs demandes de prise en charge de constitution de partie civile dans le cadre de l'instruction pénale pour tromperie aggravée et mise en danger de la vie d'autrui.

LES RECOMMANDATIONS ET ENGAGEMENTS DE LA MACSF

Notre service de protection juridique se compose de 35 personnes, dont 24 juristes qui fournissent les informations et conseils permettant aux sociétaires d'apprécier l'étendue

de leurs droits et obligations. Ces informations et conseils permettent de solutionner ou de prévenir un certain nombre de litiges. Si une grande proportion d'entre eux se règle à l'amiable, permettant ainsi à nos sociétaires d'obtenir rapidement satisfaction sans avoir besoin d'aller devant les tribunaux, lorsque aucun accord n'est possible, les frais de justice et les honoraires d'avocat ou d'expertise sont alors pris en charge par la MACSF conformément aux dispositions du contrat.

Notre équipe de juristes publie régulièrement des articles sur le site macsf.fr (rubriques « Vous informer » et « Vie libérale »), permettant à nos sociétaires de s'informer sur leurs droits et obligations, tout en ayant accès à une actualité juridique sans cesse renouvelée. Des interventions extérieures sur des thèmes aussi variés que l'installation, l'exercice en maison de retraite, le contrat de travail, les relations avec les caisses d'assurance maladie... ont été réalisées par certains juristes de notre département.

L'ACTIVITÉ EN 2011

En 2011, l'évolution du nombre des sinistres est toujours aussi importante : 8 544 dossiers ouverts contre 7 942 en 2010, 7 963 en 2009 et 7 217 en 2008.

Le droit immobilier et le droit de la consommation ont représenté plus de 60% des ouvertures de dossiers. Si les litiges professionnels relatifs à la déontologie et aux contrats d'exercice en groupe ont augmenté de près de 10% cette année, l'activité de renseignements, en augmentation de plus de 20%, a impacté la déontologie mais également le droit hospitalier ou encore le droit du travail. Si les déclarations relevant du droit immobilier sont restées stables (+ 2,88%), les litiges en rapport avec le droit de la consommation et la vie privée ont fortement augmenté (+ 17%).

La répartition des dossiers ouverts en 2011 est identique à celle de l'année dernière : 46% concernent des litiges d'ordre privé, alors que 54% ont un lien direct avec l'activité professionnelle de nos sociétaires.

■ Relations entre praticiens libéraux, avec des établissements de soins privés, déontologie, fiscalité

Elles représentent **1 724** déclarations (**1 573 en 2010**), soit une augmentation d'environ **10%**.

Les 1 724 sinistres représentent 20% des sinistres ouverts en protection juridique (dont 62% gérés à l'amiable contre 38 % par la voie judiciaire). Le contentieux disciplinaire représente encore cette année une part prépondérante de l'activité, avec des poursuites pour la rédaction de certificats médicaux litigieux ou pour des soins non conformes aux pratiques médicales reconnues. Les litiges entre confrères liés à la confraternité alimentent également ce contentieux ordinal. L'exercice en groupe et les situations de retrait ou de cession de parts sont également source de conflits, qu'il s'agisse de sociétés civiles de moyens, de sociétés civiles

professionnelles ou encore de sociétés d'exercice libéral. Les contrats de collaboration ou encore de remplacement ont donné lieu à plus de déclarations : les litiges portent sur le respect du délai de préavis en cas de rupture ou encore l'application d'une éventuelle clause de non-concurrence. Les relations entre médecins et cliniques sont toujours d'actualité et concernent la rupture du contrat, ou encore le montant de la redevance. En matière de fiscalité, un contentieux est apparu en 2011 à propos des heures supplémentaires des praticiens hospitaliers. Ceux-ci revendiquent le droit à bénéficier de l'exonération fiscale de leurs heures supplémentaires, en application de la loi TEPA du 21 août 2007. L'administration fiscale le leur refuse, au motif que la loi ne vise pas les praticiens hospitaliers. En outre, une réponse ministérielle n°3501 du 29 novembre 2011 a confirmé que les dispositions de la loi TEPA ne s'appliquaient pas aux périodes de temps de travail additionnel effectuées par les praticiens hospitaliers. Ces praticiens ont entamé des recours devant le tribunal administratif pour que ces dispositions légales soient modifiées en leur faveur. Au 31 décembre 2011, nous avons ouvert 48 dossiers et l'année 2012 a amplifié ce mouvement.

Les autres dossiers fiscaux ont porté sur la cotisation foncière des entreprises pour les SCM, la taxe d'habitation sur les logements vacants, les exonérations fiscales dans certaines zones géographiques déficitaires, les plus-values immobilières professionnelles ou encore les incidences fiscales du local professionnel au sein d'une SCI.

L'information délivrée par nos juristes ou fiscalistes permet de désamorcer certains conflits naissants, et la multiplication des réunions de conciliation devant les Ordres professionnels, à la suite de plaintes, permet d'aboutir de plus en plus souvent à des solutions amiables.

- **Poursuites disciplinaires devant les ordres (899 en 2011, contre 698 en 2010 et 730 en 2009)**

Le nombre de dossiers concernant des plaintes ordinaires a fortement augmenté entre 2010 et 2011.

Les litiges ont porté, comme à l'habitude, sur un grand nombre de domaines : contestations d'actes (237), certificats (170), confraternité (163), comportement douteux du médecin (73), refus de soins (37), secret professionnel (36), publicité (35), cabinet secondaire (31), détournement de clientèle (27), dossier médical (27), installation (23), qualification (15), inscription au tableau (13), gardes (5), non-assistance (5), compéage (1), titres (1).

- **Litiges entre confrères (374 en 2011, contre 430 en 2010 et 335 en 2009)**

L'exercice en groupe connaît toujours autant de litiges, notamment en matière de retrait. Des contrats mal rédigés, comportant des clauses insuffisamment précises, sont souvent à l'origine de ces contentieux. Les conflits portant sur l'application de contrats de collaboration sont en augmentation significative.

Les dossiers ouverts en 2011 concernent la structure juridique du groupe ou le contrat du sociétaire et visent le retrait (125), la cession de parts sociales (29), la dissolution (18), l'exclusion (14), la gérance (13), la constitution de la société (8). De nombreux dossiers concernent des litiges portant sur des contrats de collaboration (92), des contrats d'exercice en commun (50), des contrats d'assistantat (2) ou

encore sur l'application ou l'interprétation de clauses de non réinstallation (10). Autres litiges (13).

- Litiges fiscaux (221 en 2011, contre 73 en 2010 et 106 en 2009)

Ils sont en augmentation très importante par rapport à 2010 (plus de 300%). En 2011, l'essentiel des dossiers a porté sur les contrôles de la déclaration d'ensemble des revenus (111) ou sur la déclaration de BNC (54). Les autres litiges ont porté sur la fiscalité immobilière (23), la TVA (10), les revenus fonciers (8), l'ISF (7), la taxe professionnelle (4) et les plus-values (4).

- Litiges portant sur divers contrats d'exercice professionnel (131 en 2011, contre 80 en 2010 et 78 en 2009)

Le nombre des déclarations est en augmentation. Ces déclarations portent de plus en plus souvent sur des contrats de remplacement (73) ou encore sur des difficultés liées aux cessions de clientèle (30). Les autres déclarations ont porté sur des contrats avec des maisons de retraite (10) et d'autres établissements privés (18).

- Litiges avec des cliniques (89 en 2011, contre 85 en 2010 et 87 en 2009)

L'exercice en clinique n'est pas affecté par une augmentation de sinistralité. Les litiges portent sur la rupture (31), la cession de la clinique (24), la clause d'exclusivité (12), la redevance (12), le préavis (6) ou encore la cessibilité du contrat (4).

- Procédures administratives (10 en 2011, contre 43 en 2010 et 64 en 2009)

Ces dossiers, en diminution sensible, concernent diverses mises en cause à l'initiative de l'administration ou ont porté sur des réquisitions.

■ Droit de la Sécurité Sociale, droit hospitalier, droit du travail

Ce domaine se compose de trois catégories de litiges, dont la nature professionnelle est très marquée. Le nombre des sinistres est de 1 598 (1 639 en 2010).

- Sécurité Sociale (447 en 2011, contre 523 en 2010 et 521 en 2009)

En 2011, les contentieux en matière d'indus ont encore été nombreux : ils ont essentiellement porté sur le non-respect des dispositions issues de la NGAP et de la CCAM.

Les CPAM (principalement dans le Var) opèrent des contrôles drastiques sur le nombre d'AIS 3 (séance de soins infirmiers) facturés par les infirmiers libéraux. Elles réclament ainsi le remboursement d'indus à partir de 34 AIS 3 par jour (pouvant atteindre des dizaines de milliers d'euros) et appliquent parfois des pénalités financières.

Les contentieux devant la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins restent importants : les principaux griefs retenus à l'encontre des professionnels de santé portent sur des abus d'actes, le non-respect de la NGAP, des actes fictifs, des prescriptions abusives ou non conformes aux données acquises de la science.

Les CPAM ont mené également une nouvelle campagne de sensibilisation au respect du tact et de la mesure dans la

fixation des honoraires des médecins exerçant en secteur II. Le contentieux opposant les Caisses aux médecins qualifiés de « spécialistes en médecine générale », qui cotaient CS avant le 1^{er} janvier 2011, s'est poursuivi et ce, malgré l'arrêt rendu par la Cour de Cassation le 8 avril 2010. En effet, quelques décisions rendues par des juridictions de première instance (TASS) vont à l'encontre de la position de la Cour de Cassation, mais ces décisions restent néanmoins très minoritaires, et un revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation est peu envisageable.

Concernant les litiges opposant nos sociétaires à l'URSSAF, ils sont en augmentation : il s'agit principalement de transferts de dossiers d'un département à l'autre, après un déménagement du professionnel de santé libéral. Dans ces litiges, nos sociétaires rencontrent beaucoup de difficultés à recevoir leurs appels de cotisations sociales (ce qui peut entraîner des problèmes de couverture maladie) et dans d'autres cas, leurs cotisations sont calculées sur des bases erronées du fait d'erreurs techniques ou informatiques commises par les services des URSSAF, qui font naître un sentiment d'incompréhension de la part des cotisants. Ces dysfonctionnements génèrent beaucoup de cas de « mal administration » (dont le Défenseur des droits a été saisi) et qui se manifestent aussi aux moments clé de la vie du cabinet libéral, soit lors de la création d'une activité libérale, soit à l'occasion d'une cessation d'activité.

Enfin, les demandes de renseignements en matière de retraite et les questions sur la poursuite d'une activité professionnelle après la retraite ont été nombreuses.

Relations Caisses-praticiens (233 en 2011, contre 358 en 2010 et 305 en 2009)

Les dossiers portent sur l'interprétation et l'application de la NGAP (108), la CCAM (57), l'application des conventions (30), des poursuites pour abus et fraude (26), la contestation de pénalités financières (9), la mise sous entente préalable (3).

Prévoyance sociale des praticiens (51 en 2011 contre 30 en 2010 et 29 en 2009)

Les domaines concernés sont les suivants : maladie (30), accident du travail et maladie professionnelle (7), maternité (5), prestations familiales (4), invalidité décès (3), incapacité temporaire (2).

Litiges avec l'URSSAF (74 en 2011 contre 62 en 2010 et 47 en 2009)

Ils portent sur les cotisations (63), l'affiliation (6) et les contrôles (5).

Retraite des praticiens salariés (42 en 2011 contre 22 en 2010 et 17 en 2009)

On retrouve des difficultés dans les domaines suivants : régularisation, rachat et validation de cotisations (19), liquidation de pension (15), retraite des salariés du secteur public (8).

Retraite des praticiens libéraux (47 en 2011 contre 29 en 2010 et 108 en 2009)

Les litiges portent sur la liquidation des pensions (23), le montant des cotisations (21), l'affiliation (3).

- Droit hospitalier (479 en 2011, contre 413 en 2010 et 411 en 2009)

En 2011, nous avons été plus particulièrement sollicités sur les thèmes suivants : le cumul d'activités pour fonctionnaires, non titulaires et praticiens hospitaliers, la possibilité de

travailler pendant une disponibilité et pendant les congés, le passage des infirmiers en catégorie A et les questions touchant à la reprise d'ancienneté liée à ce passage, le harcèlement moral au travail (tendance déjà observée au cours des années précédentes), les questions relatives au pouvoir de la direction en matière de gestion du personnel médical (changement d'affectation, renouvellement de chefferie de service...), l'organisation du temps de travail dans les établissements publics d'hospitalisation, les problématiques liées au non paiement des heures supplémentaires (ou l'impossibilité de bénéficier de jours de repos), ainsi que les difficultés de paiement du temps de travail additionnel, voire de gardes.

Rappel de rémunération (134 en 2011, contre 115 en 2010 et 86 en 2009)

Carrière hospitalière (177 en 2011, contre 136 en 2010 et 113 en 2009)

On retrouve des litiges sur : droits statutaires (122), mutation (18), avancement (7), non titularisation (7), notation (6), requalification du statut (4), reprise d'ancienneté (4), suspension (4), autres (5).

Difficultés en cours de contrat (52 en 2011, contre 50 en 2010 et 39 en 2009)

Les causes de ces litiges sont les suivantes : rupture de contrat (34), suspension de fonctions (11), modification du contrat (7).

Harcèlement (41 en 2011, contre 38 en 2010 et 32 en 2009)

Diffamation ou violences (28 en 2011, contre 16 en 2010 et 11 en 2009)

Sanctions disciplinaires (36 en 2011, contre 21 en 2010 et 29 en 2009)

Maladies professionnelles et accidents du travail (11 en 2011, contre 22 en 2010 et 14 en 2009)

- Droit du travail (672 en 2011, contre 703 en 2010 et 643 en 2009)

Comme en 2010, nous avons assisté à un fort développement des questions liées à la rupture conventionnelle. Les décisions rendues vont dans le sens d'un contrôle plus strict du bon usage des ruptures conventionnelles, notamment lorsqu'elles interviennent sur fond de licenciement économique (Cour de Cassation, Chambre Sociale 9 mars 2011) ou lorsque la rupture conventionnelle a été conclue en l'absence de litige.

Un contentieux important a porté sur les questions relatives à la durée du travail et à la modification du contrat (notamment les modifications de planning et l'exécution des gardes et astreintes). Nos sociétaires médecins du travail nous ont sollicités sur la rédaction des avis d'aptitude et sur le déroulé des procédures de licenciement pour inaptitude. Ils nous ont également sollicités à l'occasion de difficultés rencontrées avec les employeurs d'entreprises utilisatrices. L'application du décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail et modifiant la périodicité des visites médicales obligatoires depuis le 1^{er} juillet 2012 devrait augmenter le nombre de demandes de conseils dans ce domaine.

Autre contentieux ayant continué à se développer : celui portant sur le harcèlement moral. Quotidiennement, nous sommes interrogés par nos sociétaires victimes ou accusés de harcèlement. A noter plusieurs décisions intéressantes : Cour de Cassation, Chambre Sociale 6 décembre 2011 à propos d'un harcèlement moral d'un ascendant, ou encore Cour de Cassation, Chambre Sociale 19 octobre 2011 retenant la responsabilité de l'employeur du fait du harcèlement d'un tiers à l'entreprise. Nous avons défendu plusieurs actions de nos sociétaires visant à faire reconnaître la faute inexcusable de leur employeur et l'accident de travail, à la suite de la reconnaissance de la situation de harcèlement ou encore après le suicide d'un sociétaire. Le contentieux portant sur la contestation des licenciements (qu'ils soient disciplinaires ou économiques) demeure important, en particulier dans les cabinets libéraux.

Parallèlement, la multiplication des demandes de renseignements concernant la cessation d'une activité libérale, ou plus généralement la réorganisation d'un cabinet (départ d'un ou de plusieurs associés) et ses conséquences sur l'emploi, notamment devant la grande difficulté voire impossibilité de trouver un successeur, a pu être constatée en 2011. Soulignons encore une augmentation importante des demandes concernant l'égalité salariale, nos sociétaires revendiquant l'application du principe « à travail égal, salaire égal ».

L'année 2011 a permis de constater l'émergence de litiges en lien avec la multiplication des échanges sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter...). Les juges sont désormais amenés à se prononcer sur l'incidence de la vie privée des salariés sur leur contrat de travail. Dans une décision du 19 novembre 2010, le Conseil des Prud'hommes de Boulogne Billancourt a jugé que « dénigrer sa hiérarchie sur Facebook justifiait un licenciement disciplinaire ». Par contre, la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, dans un arrêt du 9 mars 2011, a considéré « qu'un fait de la vie personnelle ne peut donner lieu à un licenciement disciplinaire et ce, même si ce fait occasionne un trouble objectif dans l'entreprise ». Concernant l'ouverture d'un courriel par l'employeur et l'utilisation de son contenu, la Chambre Sociale de la Cour de Cassation a considéré, dans un arrêt du 18 octobre 2011, que « les courriels adressés ou reçus par le salarié à l'aide de l'outil informatique professionnel sont présumés avoir un caractère professionnel, en sorte que l'employeur est en droit de les ouvrir en dehors de la présence de l'intéressé, sauf s'ils sont identifiés comme personnels. Le salarié a droit, même au temps et au lieu de travail, au respect de l'intimité de sa vie privée. Si l'employeur peut toujours consulter les fichiers qui n'ont pas été identifiés comme personnels par le salarié, il ne peut pas les utiliser pour le sanctionner, s'ils s'avèrent relever de sa vie privée ».

De même, concernant la vidéosurveillance des salariés sur leur lieu de travail, la Cour de Cassation a jugé que des caméras de vidéosurveillance pouvaient servir à étayer une sanction disciplinaire, dès lors qu'elles ont été installées en conformité avec les prescriptions réglementaires en la matière, et ce quelle que soit la finalité du dispositif mis en place (Cour de Cassation, Chambre Sociale 2 février 2011). En effet, est illicite le dispositif mis en place pour assurer la sécurité des personnes et des biens et qui place les salariés sous surveillance constante et permanente (Décision CNIL n°2011-036 du 16 décembre 2011 et communiqué du 2 février 2012).

Sociétaires employeurs (285 en 2011, contre 303 en 2010 et 283 en 2009)

Les litiges rencontrés concernent de nombreux aspects du contrat de travail : licenciement pour faute (133), licenciement économique (35), sanctions disciplinaires (29), résiliation judiciaire (18), interprétation du contrat (15), durée du travail (11), CDD (10), harcèlement (10), maladie ou accident (8), rupture de la période d'essai (6), démission (5), contestation d'une indemnité de précarité (3), application d'une convention collective (2).

Sociétaires salariés (387 en 2011, contre 400 en 2010 et 360 en 2009)

Les litiges portent sur le licenciement pour faute (98), l'interprétation du contrat (82), le harcèlement (42), les sanctions disciplinaires (40), le licenciement économique (34), la rupture de la période d'essai (16), la durée du travail (15), la maladie ou l'accident (10), l'application de la convention collective (9), la démission (8), la contestation des avis du médecin du travail (8), le CDD (7), le transfert du contrat de travail (6), le départ à la retraite (6), la reprise d'ancienneté (5), la diffamation ou la calomnie (1).

■ Droit immobilier

Les principales catégories de litiges ont connu en 2011 une augmentation du nombre des déclarations (2 353 contre 2 287 en 2010), soit une évolution de 3%.

80 % de ces déclarations concernaient la vie privée de nos sociétaires et nous avons pu régler 65 % de ces dossiers à l'amiable.

La première source de conflits provient de la construction (problèmes de malfaçons, de retards de travaux, voire d'abandons de chantiers), suivie par les contentieux opposant propriétaires et locataires (sujet du non paiement de loyer, de la répartition des charges, des réparations...).

Autre domaine important : les conflits de voisinage (travaux entrepris par le voisin, dégâts des eaux pour lesquels l'assurance multirisque habitation n'a pas diligenté de recours, mais également des problèmes de bruit et de plantations).

Les affaires de copropriété sont également nombreuses (différends opposant le syndic à un copropriétaire, litiges portant sur la jouissance de l'appartement...) ainsi que les dossiers relatifs à la vente immobilière (refus de signer l'acte authentique soit de la part de l'acquéreur, soit de la part du vendeur, découverte de vices cachés après l'acquisition...).

En revanche, en 2011, nous avons eu peu de litiges opposant nos sociétaires à l'administration, les principales affaires dans ce domaine portant sur des contestations suite à la notification d'un refus de permis de construire.

- Construction et travaux (755 en 2011, contre 773 en 2010 et 799 en 2009)

Bien qu'en légère diminution cette année, le nombre de déclarations relatives au droit de la construction reste très important.

Nous avons publié plusieurs articles sur notre site Internet portant aussi bien sur la période antérieure aux travaux que sur la période postérieure, avec description des différentes garanties de construction et la façon de les mettre en œuvre. Il est fondamental de solliciter au préalable de l'entrepreneur

qu'elle produise une attestation d'assurance toujours en cours de validité et portant sur l'activité concernée. Cette attestation ne dispense pas de la souscription d'une assurance Dommage Ouvrage qui pourra prendre en charge le remboursement et la réparation des dommages se produisant après la réception des travaux, à partir du moment où ces dommages compromettent la destination ou la solidité de l'ouvrage. Il est vivement recommandé, lors de la réception du chantier, de se faire assister par tout professionnel de son choix. Si, par la suite, les réserves ne sont pas levées malgré l'envoi d'une, voire de plusieurs lettres recommandées avec accusé de réception, une saisine du tribunal pourra être souhaitable avant que n'expire la garantie de construction, puisque de simples lettres recommandées avec accusé de réception, en matière de construction, n'interrompent pas la prescription.

L'ensemble des litiges de la rubrique se répartit de la façon suivante : malfaçons (610), abandon de chantier (30), retard de livraison (25), litiges sur montant de facture (23), non réalisation du projet (20), discussion sur l'application de la garantie biennale ou décennale (18), responsabilité de l'architecte (12), application de l'assurance dommage ouvrage (7), litige avec promoteur (6), livraison d'un bien non conforme (4).

- Relations locataire/propriétaire (534 en 2011, contre 526 en 2010 et 482 en 2009)

Les litiges opposant propriétaires et locataires sont en augmentation (notamment ceux concernant des impayés de loyers). Lorsqu'un locataire a cessé de payer ses loyers, son propriétaire doit lui faire délivrer un commandement par voie d'huissier. Si ce commandement demeure infructueux au terme du délai imparti, un tribunal pourra être saisi afin de solliciter, outre le paiement du loyer impayé, la résiliation du bail et l'expulsion du locataire. C'est à ce stade que notre mutuelle pourra participer financièrement au remboursement des frais et honoraires de procédure, à concurrence des plafonds prévus par notre contrat.

Autre source de litiges : ceux portant sur la répartition des charges et des réparations récupérables par le propriétaire sur le locataire. Si cette répartition peut sembler évidente en matière de locaux d'habitation non meublés ou de locaux mixtes, puisque deux décrets du 26 août 1987 les énoncent clairement, tel n'est pas le cas en matière de location portant sur un local exclusivement utilisé à usage professionnel ou à usage commercial, puisqu'il n'existe pas de texte spécifique. Aussi est-il vivement recommandé de bien préciser cette répartition dans le bail.

Notre mutuelle n'intervenant pas pour les actions en recouvrement de dépôts de garantie, car il s'agit de recouvrements de créances, nous conseillons à nos sociétaires de saisir le juge d'instance, cette procédure étant rapide et gratuite. Il appartient aux bailleurs de justifier des sommes qui ont été retenues.

Les principaux domaines dans lesquels nos sociétaires ont rencontré des difficultés sont les suivants : expulsion (105), réparations locatives (74), réclamations diverses du locataire à l'égard du sociétaire propriétaire (54), litiges avec administrateur de biens (49), troubles de jouissance (44), litiges portant sur le congé (37), résiliation d'un bail (25), retards de paiement (23), charges locatives (23), contestation par nos sociétaires locataires du loyer réclamé (23), qualification et nature du bail (22), réparations incombant au bailleur (17), litiges sur nouveau loyer lors d'un renouvellement de bail (14), cautionnement (10), cession ou sous-location (6), colocation (6), location saisonnière (2).

- Litiges de voisinage (414 en 2011, contre 396 en 2010 et 409 en 2009)

En matière de voisinage, la principale source de conflits a porté sur des travaux pour lesquels le voisin a obtenu un permis de construire ou sur des travaux qu'il a déjà fait exécuter et qui ont entraîné des dommages chez nos sociétaires. L'idéal serait de penser à faire dresser un constat d'huissier avant que ne démarrent les travaux, car la preuve desdits dommages serait ainsi plus facile à rapporter.

S'agissant des litiges liés au bruit, un arrangement amiable avec le voisin, s'il est possible, est nettement préférable à l'introduction d'une procédure judiciaire au cours de laquelle il faudra fournir des preuves attestant que le voisin occasionne un trouble « anormal » de voisinage.

Les litiges portent sur des nuisances, notamment de bruit (52) et de dégât des eaux (62), mais également de vue (14) ou encore d'odeurs (11).

Les contestations de travaux réalisés par un voisin (86), sur des questions de bornage, de mitoyenneté, de clôture et d'empiètement (64), sur des plantations (42), sur des servitudes et notamment des servitudes de passage (32) ont alimenté un grand nombre de nos dossiers. A signaler également des contestations de travaux effectués par nos sociétaires (31), des provocations (15), des litiges sur l'écoulement des eaux (5).

- Litiges de copropriété (257 en 2011, contre 261 en 2010 et 230 en 2009)

On constate une stabilité des affaires en 2011 malgré le nombre important de litiges opposant nos sociétaires à leur syndic. Si des recommandations relatives aux bonnes pratiques de ces syndics ont été adoptées, il faut espérer qu'elles soient de mieux en mieux suivies. Rappelons que le conseil syndical ne dispose que d'un pouvoir de contrôle du syndic. Il ne peut donc prendre de décision, sauf si cela lui a été expressément demandé au cours d'une assemblée générale. Si le syndic a l'obligation d'ouvrir un compte séparé au nom du syndicat, l'assemblée générale peut l'en dispenser conformément à l'article 18 de la loi n°65-557 du 10 juillet 1965.

Les déclarations sont alimentées par les difficultés suivantes : litiges avec le syndic (76), troubles de jouissance des parties privatives (44), travaux faits par la copropriété (27), travaux fait par un copropriétaire (13), travaux faits par l'un de nos sociétaires (5), ouverture et fermeture des portes dans la journée (18), litiges sur travaux votés (18), non respect du règlement de copropriété (17), augmentation des charges (16), dysfonctionnement d'un service collectif de la copropriété (9), assignation en paiement de charges (8), nomination du syndic ou de l'administrateur provisoire (4), plaque professionnelle (2).

- Ventes immobilières (177 en 2011, contre 154 en 2010 et 152 en 2009)

Nos sociétaires ont parfois été confrontés à un acquéreur qui refusait de signer l'acte authentique, ou ils étaient eux-mêmes mis en cause devant un tribunal en réalisation de vente forcée.

Après avoir acquis leur bien, certains sociétaires ont également découvert l'existence de vices cachés pour lesquels un recours doit être rapidement engagé, et au maximum dans les deux ans à compter de sa découverte.

Lorsqu'on est assisté par un agent immobilier, ce dernier est tenu de vérifier le descriptif des annonces qu'il publie. De même, la responsabilité d'un diagnostiqueur peut être également recherchée en cas de manquement ayant contribué directement à l'apparition d'une situation dommageable pour les acheteurs d'une maison.

Figurent dans cette rubrique les cas suivants : vice caché découvert après la vente (65), refus de signer l'acte authentique (52), revendication portant sur les clauses de l'acte (20), mise en cause de la responsabilité d'un notaire (14), litiges avec une agence immobilière (10), litiges portant sur la superficie du local (6), sur la restitution d'indemnités d'immobilisation (3), diagnostic erroné (3), sur une saisie immobilière (3), portant sur une proposition d'achat (1).

- Urbanisme (107 en 2011, contre 77 en 2010 et 69 en 2009)

Les contestations de permis de construire sont en augmentation, qu'il s'agisse de permis obtenus par nos sociétaires ou accordés à des voisins.

En 2011, nous n'avons pas encore eu connaissance de litiges opposant nos sociétaires à l'administration dans le cadre de la mise aux normes de leur cabinet pour le rendre accessible aux personnes handicapées.

Les difficultés liées à l'urbanisme font souvent l'objet de procédures lourdes. Elles portent sur les domaines suivants : permis de construire (57), contestation d'arrêtés (14), servitude d'utilité publique (10), déclaration de travaux (8), expropriation (8), travaux non effectués (8), transformation de locaux sans autorisation (1), droit de préemption de la commune (1).

- Recours exercés par des sociétaires dans le cadre de l'assurance de leur cabinet professionnel auprès de la MACSF (8 en 2011, contre 16 en 2010 et 15 en 2009)

Ces recours complètent la gestion des sinistres dommages suite à un accident ayant atteint les locaux du sociétaire, en lui permettant de faire valoir certains préjudices spécifiques.

- Suite de dossiers dommages non auto matériels (assurance habitation) (63 en 2011, contre 60 en 2010 et 30 en 2009)

- Divers (38 en 2011, contre 24 en 2010 et 24 en 2009)

■ Droit de la consommation - Vie privée

Ce domaine a connu une forte augmentation en 2011, puisque le nombre total de déclarations s'élève à **2 869** (2 443 en 2010), soit une augmentation de 17%.

En 2011, la médiatisation de plusieurs scandales sanitaires a incité certains de nos sociétaires à nous déclarer leurs

litiges, qu'il s'agisse du dossier Médiateur® ou du dossier Poly Implants Prothèse.

En matière pénale et suite à un arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme du 27 novembre 2008, en vertu duquel la Turquie a été condamnée pour violation de l'article 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (droit à un procès équitable) ayant conduit à déclarer illégale l'absence d'avocat lors des gardes à vue, la loi française a été réformée. Depuis une loi n°2011-392 du 14 avril 2011, une personne gardée à vue peut demander à ce qu'un avocat assiste à ses auditions et confrontations.

D'autres dossiers sériels nous ont été déclarés en 2011. Une trentaine de dossiers concerne une société qui avait commercialisé des appareils d'électrocardiogramme accompagnés d'un service d'interprétation par téléphone des tracés. Des procédures sont toujours en cours et sur le plan pénal, le directeur de cette société a été renvoyé devant le tribunal correctionnel pour exercice illégal de la médecine.

Le contentieux des annuaires professionnels s'est poursuivi en 2011, la technique la plus utilisée étant de créer une confusion entre la société et le principal acteur du secteur d'activité (Pages Jaunes) ou même avec d'autres organismes.

Enfin, certains opérateurs téléphoniques ont lancé en 2011 des offres pour les professionnels : la très forte concurrence sur ce marché a engendré un accroissement des déclarations de nos sociétaires, d'une part en raison des difficultés rencontrées quant au respect des conditions du contrat par le nouvel opérateur et, d'autre part, par une augmentation significative des dégroupages abusifs des lignes professionnelles.

- Litiges avec des fournisseurs et prestataires de service (982 en 2011 contre 932 en 2010 et 775 en 2009)

On trouve dans cette rubrique les litiges suivants : achat de biens mobiliers (187), en matière de matériel professionnel : location longue durée (132), achat (61) et crédit bail (22).

On retiendra également des litiges avec des prestataires informatiques (20), des opérateurs Internet (125) et d'autres sociétés (51).

D'autres dossiers ont également été ouverts dans des domaines relevant davantage de la vie privée : litiges avec des voyagistes (124), avec un déménageur (24), avec des organismes de formation (16), des organismes d'enseignement (12), une société de nettoyage (11), une société de télésurveillance (6), un chauffagiste (6), des sociétés proposant des secrétariats téléphoniques (4), un cuisiniste (3), un plombier (3), un teinturier (2), un hôtelier (2), et un installateur de piscines (1).

La téléphonie mobile a donné lieu à 38 ouvertures de dossiers, et les affaires liées aux escroqueries des sociétés d'annuaires professionnels ont généré 132 dossiers.

- Poursuites pénales (532 en 2011, contre 399 en 2010 et 426 en 2009)

Il s'agit tout d'abord des affaires concernant nos sociétaires poursuivis pénalement, en augmentation par rapport à 2010 (107 contre 95) : coups et blessures (15), escroquerie, vol, faux et usage de faux (13), agression sexuelle (12), infraction routière (7), diffamation (6), stupéfiants (5), outrage à agent de la force publique (5), vandalisme (4), dénonciation calomnieuse (1), recel (1), autres (38).

Les affaires dans lesquelles nos sociétaires ont été victimes ont augmenté de manière significative en 2011 (425, contre 304 en 2010 et 315 en 2009). Il s'agit essentiellement : de coups et blessures (116), diffamation (59), escroquerie (57), vol (56), faux et usage de faux (28), agression sexuelle (24), dénonciation calomnieuse (17), vandalisme (13), infraction routière (3), autres (52).

- Litiges concernant les véhicules à moteur (368 en 2011, contre 355 en 2010 et 349 en 2009)

On trouve dans cette rubrique les litiges nés à l'occasion de l'intervention d'un garagiste (155), d'un achat (125), d'une location (34), d'une vente (33), d'un leasing (13), autres (8).

- Litiges avec des sociétés d'assurances (304 en 2011, contre 247 en 2010 et 245 en 2009)

Ils portent sur les sujets suivants : refus de garantie (157), contestation d'indemnisation (60), augmentation de cotisation (17), défaut d'information (12), fausse déclaration (9), autres (49).

- Litiges avec des établissements bancaires (159 en 2011, contre 155 en 2010 et 172 en 2009)

Ils portent sur : crédits immobiliers professionnels (62), crédits à la consommation (22), cautionnement (16), moyens de paiement (13), fonctionnement du compte de dépôt (12), autres (34).

- Litiges avec des services publics (110 en 2011, contre 83 en 2010 et 98 en 2009)

Entrent dans cette catégorie notamment les litiges concernant : téléphonie (28), électricité (23), eau (12), enseignement (11), gaz (11), transports (8), courriers (4), annuaires (4), autres (9).

- Mise en cause d'une responsabilité médicale ou hospitalière (113 en 2011, contre 93 en 2010 et 66 en 2009)

La répartition de ces dossiers est la suivante : mise en cause d'un médecin (34), d'une clinique ou d'un hôpital (33), d'un chirurgien-dentiste (15), assistance d'un sociétaire auprès d'une CCI (1), divers (30).

- Accidents (108 en 2011, contre 77 en 2010 et 119 en 2009)

Dans ce domaine, la sinistralité a été plus élevée, avec une prédominance des accidents corporels (78) par rapport aux accidents matériels (30). Le plus souvent, ces dossiers mettent en cause un assureur.

- Responsabilités professionnelles diverses (70 en 2011, contre 78 en 2010 et 62 en 2009)

Divers professionnels ont été mis en cause : avocats (26), experts comptables (19), notaires (6), autres professionnels (19).

- Propriété littéraire et artistique (14 en 2011, contre 24 en 2010 et 9 en 2009)

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 2011, 109 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.



MACSF

10 cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DÉFENSE CEDEX

macsf.fr