

# Médecine générale : une spécialité à risque médico-légal ?

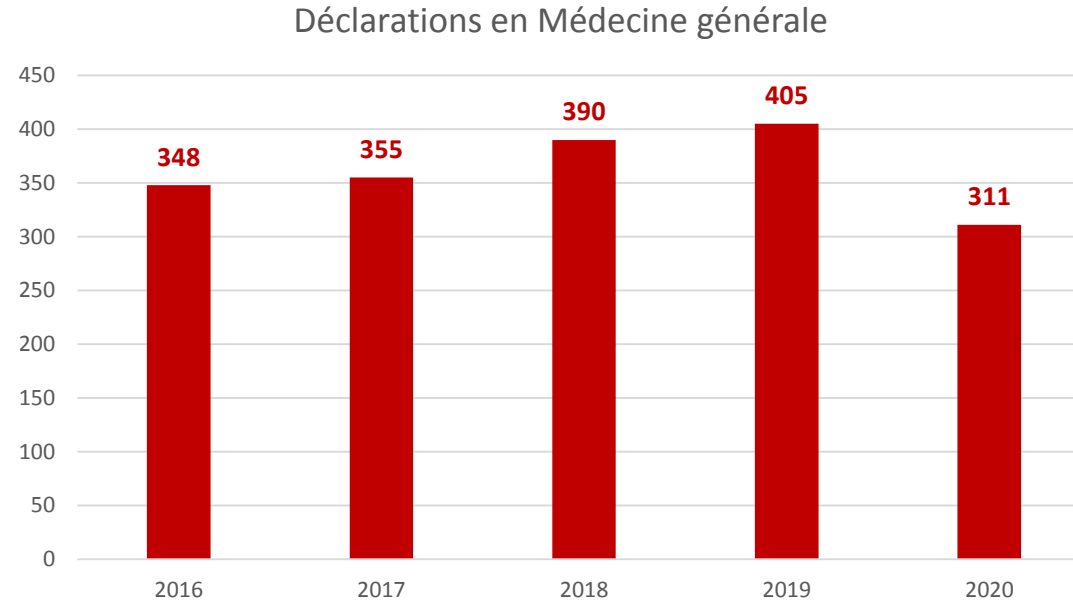
Dr Carole GERSON, médecin-conseil

[carole.gerson@macsf.fr](mailto:carole.gerson@macsf.fr)



# La sinistralité en médecine générale

## Déclarations MACSF / 50 000 sociétaires généralistes (2016-2020)



- Une sinistralité faible en 2020 à 0,77 % ( vs 1,15 % pour l'ensemble des médecins )  
( vs 66 % pour les neurochirurgiens )
- ...mais un nombre de déclarations en constante augmentation (sauf cas particulier)

# Les voies de recours : un cumul toujours possible !

## Indemnisation

- Réclamation
- Procédure civile
- Procédure CCI

## Sanction (*amende, emprisonnement*) (+ indemnisation)

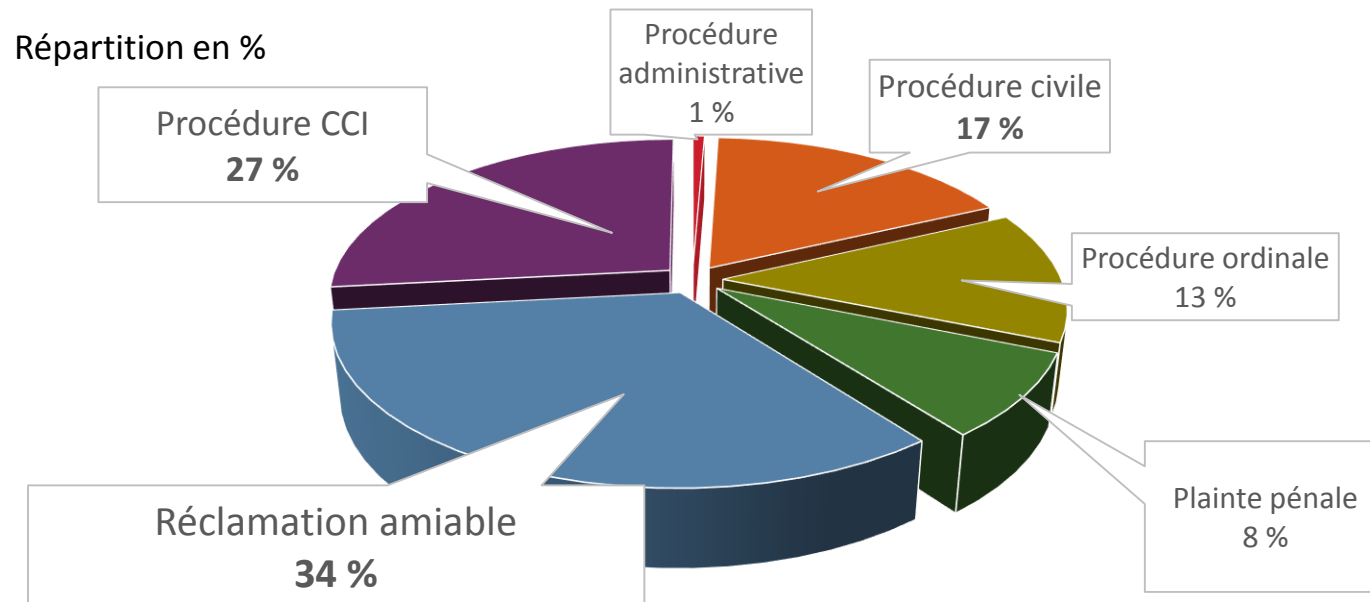
- Plainte pénale  
(+ constitution de partie civile)

## Sanction disciplinaire (*blâme, interdiction d'exercice, radiation*)

- Procédure ordinale

# La répartition des plaintes 2020 en médecine générale

Type de procédure	Réclamation	Procédure CCI	Procédure Civile	Procédure ordinaire	Plainte Pénale	Procédure Administrative
Nombre de déclarations (311)	105	83	54	41	26	2



**Des demandes essentiellement indemnitaires (78 %)**

# Les principaux motifs de réclamation en 2020

<b>Erreur/Retard de diagnostic</b>	Cancers / Tumeurs Pathologies cardiovasculaires Pathologies neurologiques Traumatismes Urgences abdomino-pelviennes Divers chez l'enfant
<b>Iatrogénie</b>	Anticoagulants et autres
<b>Défaut/Retard de prise en charge</b>	Cancer / Tumeur Pathologies cardiovasculaires Suivi de grossesse Prise en charge en établissement Infections chez l'adulte Infections chez l'enfant Pathologies neurologiques Prise en charge postopératoire Prise en charge rhumatologique Traumatismes
<b>Acte technique</b>	Ponctions, sutures, esthétique...
<b>Non déplacement, non-assistance à personne en péril</b>	
<b>Déontologie</b>	

# Les principes de responsabilité médicale

- ❶ **Faute définie comme un manquement à l'obligation de moyens (arrêt Mercier 1936)**
  - faute technique
  - défaut d'information (DI)
- ❷ **Responsabilité du praticien (partagée ou non) reconnue dès la preuve rapportée**
  - d'une faute
  - d'un préjudice
  - et d'un lien de causalité **direct et certain** entre :
    - **la faute et le préjudice → réparation intégrale du préjudice**
    - **la faute et la chance perdue d'une éventualité favorable → réparation intégrale d'une probabilité**
      - perte de chance de guérison , de survie, d'une prise en charge différente...
      - perte de chance de renoncer/choisir un traitement (DI)

# La perte de chance : un « chiffrage » souvent difficile

**En théorie, facile** : fraction des différents chefs de préjudice déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue = **pourcentage du montant total de l'intégralité du préjudice** évalué par le juge

**En pratique, complexe** : que se serait-il passé si la faute n'avait pas été commise ?

- difficile à affirmer...
- intérêt de l'expertise qui éclaire le juge avec identification et évaluation des différents postes de préjudices
- Le juge se fonde sur les statistiques pour évaluer, en fonction des antécédents et prédispositions du patient, les probabilités de succès.

# La perte de chance : difficultés d'appréciation en expertise

Décès d'une patiente des complications d'une grippe.

Assignment du généraliste par le conjoint et ses 8 enfants.

## ○ Expertise

*« Il est très difficile de dire si l'évolution de la pathologie aurait été différente en cas d'hospitalisation plus précoce ... On ne peut exclure la possibilité d'un lien entre le manquement de diligence du médecin et la perte de chance de survie de la patiente... »*

**→ Au total, aucun élément médical ne permet d'affirmer qu'une prise en charge plus précoce aurait évité la dégradation brutale de l'état de santé de la patiente et son décès notamment car la cause du syndrome de détresse respiratoire aiguë n'a pas pu être déterminée.**



# La perte de chance : les difficultés d'interprétation pour les magistrats

- **Première instance (TGI) : pas de faute du médecin** ayant fait perdre une chance de survie à la patiente

*« S'il est certain que l'hospitalisation plus rapide aurait permis d'avancer l'administration de l'antibiothérapie, aucun élément médical ne permet de dire que cela aurait évité la dégradation brutale de son état de santé et son décès. En effet, la cause du syndrome de détresse respiratoire aiguë dont la patiente est décédée, n'a pu être déterminée. »*

- **Appel (CA) : faute du médecin mais n'ayant fait perdre aucune chance de survivre** à un tel syndrome respiratoire

*« Si le médecin avait délivré des soins consciencieux, attentifs, et diligents à sa patiente, son hospitalisation serait intervenue plus tôt et l'antibiothérapie aurait été avancée. Cependant, il est extrêmement difficile de dire si l'évolution de la pathologie eût été différente . Ainsi, le lien de causalité entre la faute et la perte de chance de survie n'est pas établi. »*

# La perte de chance : les difficultés d'interprétation pour les magistrats

- **Cour de cassation** : faute du praticien ayant fait perdre une chance de survivre à la patiente

« la perte de chance présente un caractère certain et direct chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable, de sorte que ni l'incertitude relative à l'évolution de la pathologie, ni l'indétermination de la cause du syndrome de détresse respiratoire aiguë n'étaient de nature à faire écarter le lien de causalité entre la faute commise par le médecin, laquelle avait eu pour effet de retarder la prise en charge de la patiente et la perte de chance de survie »

→ L'hospitalisation plus rapide de la patiente, qui n'a pas pu se faire par la **faute** du médecin, aurait **certainement** permis d'avancer l'administration de l'antibiothérapie

→ La simple disparition de cette éventualité favorable permet de caractériser la perte de chance de survie et ouvre droit à l'indemnisation des héritiers.

→ Condamnation du praticien

Quelques exemples de dossiers...

Cas n° 1

# Un résultat d'examen transmis oralement...

## Patient de 63 ans, agriculteur, tabagisme sevré, ATCD cardiovasculaires ( endocardite, stents )

- Fin 2018 : CS du MG pour toux fébrile et AEG : demande de RP en urgence au CH
- Fin 2019 : CS d'un pneumologue pour tableau plus marqué, **réexamen RP de 2018** : « *opacité suprahilaire droite avec infiltrat péri-lésionnel... poursuite des explorations à prévoir en fonction des données de l'examen* »
- Bilan : aspergillose pulmonaire nécrosante
- Traitements, surinfection dans les suites, sepsis , décès.

Expertise CCI : confuse !

Avis CCI : - responsabilité du généraliste écartée

- responsabilité du CH pour perte de chance de 50 % de survie

Cas n° 2

# Un diagnostic de facilité, un examen non tracé...

## Patiente 53 ans, « sensation de malaise », nausées et vomissements

- Visite à domicile : alitée, céphalées, fièvre, examen subnormal , diagnostic de gastroentérite, traitement symptomatique
- Aggravation dans la soirée : « gémissements, essoufflement, apparition de bleus partout », appel du SAMU, envoi véhicule non médicalisé. Refus de transport, rappel du SAMU, envoi SMUR
- Diagnostic de purpura fulminans immédiat : injection de Rocéphine et corticoïdes, transfert en réanimation, décès le lendemain (méningite à méningocoque B)

## Expertise :

- **Responsabilité du généraliste** : triade « *fièvre, céphalées, vomissements* » = « méningite jusqu'à preuve du contraire », examen incomplet
- **Responsabilité du SAMU** : envoi véhicule inadapté, sous évaluation de la gravité
- Retard horaire = perte de chance de survie de 10%

→ Perte de chance de survie de 94 % dont 90 % MG /10 % SAMU

Cas n° 3



# Une téléconsultation devenue « inadaptée » à la situation...

## Homme 55 ans, obèse, HTA, cardiopathie, sigmoïdite diverticulaire

Téléconsultation (TC) pour Covid19 + malgré vaccination avec fièvre, céphalées, pas de signes de gravité : prescription PCR, conseils donnés, proposition de TC à une semaine

TC à J6 : va bien, persistance fièvre, asthénie : antipyrétique, prednisolone, conseils

TC à J16 : se sent mieux mais diarrhées : ajout Smecta , conseils

Départ en congés du médecin traitant , aggravation du patient, refus d'aller aux urgences

J24 : méprise entre le patient (demande de TC) et la remplaçante (demande de CS)

J25 : aggravation, transfert par SMUR pour choc septique sur péritonite par perforation

J26 : décès

Cas n°4

# Un certificat de non contre-indication bien malvenu...

Patient de 55 ans, HTA, hyperlipidémie, tabagisme sévère (20 PA) mais sportif (marathonien, nageur...)

- 2012 : douleurs thoraciques atypiques, CS cardio: bilan dont EE normal, certificat de non CI
- 2014 : récurrence des douleurs, nouvelle CS cardio : bilan dont EE normal, certificat de non CI
- **Août 2015** : Cs du Dr X pour douleurs au niveau trapèze, **certificat de « non CI à la course à pied en compétition » remis sans avis cardiologique préalable.**
- **Octobre 2015** : Cs du Dr Y, pour « brûlures épigastriques ascendantes » depuis retour de voyage : traitement symptomatique prescrit, **prescription d'une radio pulmonaire (RP).**
- Dix jours après, arrêt cardiaque lors d'un jogging, réanimation par pompiers relayée par SAMU, transfert en salle de coronarographie : lésion de l'IVA, stent avec angioplastie
- Transfert en réanimation, état de mort cérébrale, décès.

# Et surtout une prise en charge non diligente...

## Expertise civile

- → **Responsabilité du docteur X** évoquée pour remise d'un certificat de non CI sans avis cardiologique mais **non retenue**
- **Réexamen de la radio pulmonaire** : cardiomégalie et mention comme motif de la demande de « *douleurs thoraciques à l'effort* »
- → **Responsabilité retenue du docteur Y** dont « *l'attention aurait dû être alertée et qui aurait dû faire pratiquer un ECG et un dosage de troponine ou à défaut organiser dans un délai raisonnable un avis cardiologique... ce qui aurait permis une angioplastie avec une chance de survie totale* ».

Cas n°5

# Une surveillance des effets indésirables non faite...

- Patiente 32 ans, diagnostic de RCH posé en 2006 par un gastro-entérologue (GE), courrier au médecin traitant, le Dr X, proposant un traitement par « Pentasa : 2 à 4 g/j » et un suivi
- Renouvellement des traitements /6 mois par le GE
- Décès du Dr X et suivi par un autre généraliste, Dr Y.
- Mars 2007, bilan bio demandé par le GE prescrit par le Dr Y (mais ne comportant pas de dosage de la créatinémie)
- Septembre 2008 : CS du Dr Y pour hématurie et lombalgies, colique néphrétique évoquée : bilan ( pas de confirmation du diagnostic ) dont créatinémie à 39 mg/l
- Juillet 2009 : nouvel épisode d'hématurie dont clearance à 32 ml/mn → avis néphrologue
- Bilan : néphropathie tubulo-intersticielle au Pentasa, tt antiHTA + corticoïdes efficace
- Pas d'aggravation : stade 4 en 2012....

# La responsabilité du généraliste également reconnue...

## Expertise (2012) :

- Rôle du Dr X « accessoire » : pas de contrôle nécessaire de la fonction rénale initialement
- Responsabilité du GE : doses trop élevées, trop prolongé, sans vérification de la fonction rénale
- Responsabilité du Dr Y : RO sans surveillance de la fonction rénale, puis sans contrôle
- Imputabilité entre Pentasa et néphropathie « plausible »

## Jugement (2017) :

- « en l'absence d'éléments sur l'état antérieur...perte de chance de 80 % »

→ Coresponsabilité du GE (70 %) et du Dr Y (30 %)

Pour conclure



# Les situations à risque en médecine générale (Liste non exhaustive)

- Contexte : visite à domicile ( *conditions d'examen non idéales, pas de traçabilité* ), urgence
- Symptomatologie motivant la consultation : fièvre, céphalées, douleurs thoraciques, dyspnée, douleurs abdominales...
- Profil du patient : facteurs de risques, coopération et observance, âge (enfant) ...
- Prescription médicamenteuse / RO : anticoagulants , AINS, corticoïdes, contraception orale...
- Demande d'examens complémentaires ( bio, imagerie ) retardant la prise en charge/un avis spécialisé ( *ex demande de TDM pour suspicion queue de cheval* ) qui doivent être récupérés...
- Suivi : pédiatrique, gynéco (pilule, dépistage frottis, mammographie), PSA...
- Suivi de maladies chroniques : diabète (bilans), de l'évolutivité de lésions (ex fonction rénale)
- Actes : suture, ponction d'épanchements, infiltrations
- ...

# Prévention du risque médico-légal en médecine générale

## Les conseils de l'assureur

- Veiller à la traçabilité du dossier médical (*examens, données, courriers, information, refus du patient...*) et en cas de procédure...en garder une copie !
- Prescrire ou renouveler un traitement mais pas sans réfléchir (*CI, adaptation des posologies, surveillance biologique...*) et pas sans vérifier les recommandations Vidal (*surtout si médicament « inhabituel »*)
- Informer le patient des effets indésirables possibles (*surtout si graves*) et la CAT si survenue
- Tout examen prescrit doit être récupéré et pour certains experts même réinterprété (imagerie notamment)
- Courriers d'adressage : ne « forcez » pas le tableau, risque d'effet boomerang
- Déterminer avec le(s) spécialiste (s) et le patient qui fait quoi pour le suivi / le rythme des examens de contrôle
- Optimiser l'organisation du cabinet / du secrétariat
- Trouver le temps d'entretenir vos connaissances médicales...

# Médecine générale : une spécialité à risque médico-légal ?

OUI

Médecin généraliste = omnipraticien !

# Contact

---



La MACSF

*disponible pour ses sociétaires*



sur le site **macsf.fr**, par téléphone au **32 33** et dans nos **70** agences MACSF



La MACSF répond aux besoins des professionnels de santé en s'adaptant à leur quotidien.

# Suivez-nous

---



Groupe MACSF



@MACSF



@groupe\_MACSF



@macsf\_assurances



MACSF assurances

