

# Covid-19

## Quels impacts médico-légaux ?

**Dr Carole GERSON**

- **Maladie apparue à Wuhan en novembre 2019** (foyer de pneumonies virales)
  - statut d'épidémie le 31/12/19 (OMS)
  - statut de pandémie mondiale le 11/03/20 (OMS)
- **Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (mars 2023)**

MONDE	FRANCE
676 millions de cas	39,8 millions de cas
6,88 millions de décès	166 000 décès
13 milliards de doses administrées	157,7 millions de doses administrées

- **Loi instaurant l'état d'urgence sanitaire le 23/03/20...fin le 30/07/22**
  - 3 périodes de confinements, 2 périodes de couvre-feu, limitations de déplacement
  - mise en place d'un Conseil Scientifique Covid-19 et infos en boucle
  - obligation de port du masque, passe sanitaire, obligation vaccinale

**Des difficultés (et craintes) d'accès aux soins**

- Loi instaurant l'état d'urgence sanitaire du 23/03/20... au 30/07/22 et aussi
  - Conseil Scientifique Covid-19, recommandations sociétés savantes, publications
  - préconisations ordinales, autorités sanitaires
  - réorganisation des cabinets : circulation, protocoles désinfection, planning...

Des schémas thérapeutiques changeants, sources de discordes dans le monde scientifique et sources de méfiance de la population
- Fonctionnement en mode dégradé
- Difficultés pour faire consulter ou suivre ou opérer les patients
- Développement « exponentiel » de la téléconsultation
- Participation active aux campagnes vaccinales
- Difficultés pour convaincre de l'intérêt du dépistage et de la vaccination

- Peu de réclamations mais trop peu de recul
- Essentiellement à l'encontre de médecins généralistes mais aussi ... des réanimateurs et d'autres spécialistes
- Une majorité de procédures devant la CCI mais aussi ... quelques plaintes pénales
- Des conséquences médicales souvent graves, et en majorité des décès ... en relation directe ou pas avec la Covid-19

- **Pour erreur / défaut de prise en charge de patients Covid+**
  - Sous évaluation de la gravité : retard / absence d'hospitalisation
  - Prise en charge thérapeutique insuffisante ou inadaptée
  - ...mais à ce jour, aucune pour choix d'hydroxychloroquine ou ivermectine
- **Pour Covid nosocomiaux avec contaminations**
  - En établissement avec / sans aggravation du tableau clinique initial
  - En cabinet libéral
- **Pour événements rattachés à la vaccination anti-Covid**
  - Absence de vaccination
  - Effets indésirables / événements survenus au décours de vaccination

- **En relation avec la téléconsultation (19 M de TC en 2020 / 80% TC par MG)**

Erreurs diagnostiques

Non respect des recommandations HAS et sociétés savantes

- **En relation avec les déprogrammations / difficultés d'accès aux soins**

Retards diagnostiques : - pathologies aiguës ou chroniques

- aggravation d'une situation précaire

Retards de prise en charge : avis, bilans, interventions, traitements différés

# **RECLAMATIONS POUR DEFAUT DE PRISE EN CHARGE**

**Patient de 81 ans, résidant en EHPAD depuis 2018**

**Coronarien (stents), pneumopathie interstitielle, cancer prostate, ataxie (fauteuil roulant), pas de troubles cognitifs**

- **14/04/20 visite du MT** : hoquet incoercible, asthénie croissante, vomissements  
Diagnostic de Covid probable : isolement, surveillance renforcée
- **18/04/20** : 39°C, SaO<sub>2</sub> à 93%, traitement antipyrétique, surveillance médicale
- **19 et 20/04/20 : aggravation, hospitalisation le 20 avril en gériatrie** via transfert aux urgences. TDM thoracique : atteinte entre 25 et 50% . Antibiothérapie, corticothérapie
- **24/04/20** : aggravation, transfert en soins intensifs, demande du patient de ne pas être intubé, mise sous VNI, **décès**

**Procédure civile (MT, EHPAD, CH)**

- **Pas de responsabilité du MT**
  - Absence de signe de gravité jusqu'au 20/04/20
  - Absence de thérapeutiques spécifiques à mettre en œuvre
  - Hospitalisation le 20/04/20 justifiée
- **Pas de responsabilité de l'EHPAD**
- **Pas de responsabilité du CH**
  - Traitement de la maladie Covid-19 en USI conforme
  - Respect du consentement éclairé relativement à la non intubation

Décès en rapport avec l'évolution de l'état antérieur

# Cas n°2

## Le non respect des procédures ?

**Patient de 68 ans, DNID, obèse**

- **23/03/20 : appel au SAMU** pour fièvre depuis 4 jours, toux, asthénie  
Paracétamol et rappel du MT en cas d'aggravation
- **24/03/20 : appel au SAMU** : surcharge standard, rappel conseillé  
Rappel géré par étudiant : idem, dépistage Covid récusé, rappeler MT  
**Visite du MT à 18H30** : asthénie, pas de dyspnée, **SaO2 93%**, FC 88/mn  
Traitement symptomatique, isolement, suivi par TC à 48H proposé  
21h30 : coucher...le lendemain : **décès**

**Plainte pénale pour homicide involontaire et violation délibérée d'une obligation de sécurité et de prudence**

## Concernant le SAMU

Maintien à domicile lors du 1<sup>er</sup> appel légitime

Pas de critères formels d'hospitalisation lors de l'appel suivant

Gestion de l'appel par un étudiant « *autorisée par le Ministère des Solidarités et de la Santé dans le contexte épidémique* »

## Concernant le MT

**Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 23 mars 2021 mis en ligne le 24 mars 2020** et relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge, donnant des nouveaux seuils (SaO<sub>2</sub> à 93%) comme indication à l'hospitalisation **non opposable** :

*« Le fait de ne pas connaître la teneur de la recommandation mise en ligne le 24 mars ne peut être retenu comme étant fautif du MT »*

**Conclusion soulignant le** *« contexte particulier autour de la prise en charge du Covid et des nombreuses incertitudes quant aux traitements avec des recommandations évoluant rapidement et un taux d'occupation des hôpitaux particulièrement important »*

Non lieu

**Patient de 76 ans, coronarien stenté et FA**

- **Mars 2020** : admis aux urgences pour toux et dyspnée depuis 24h.  
TDM : infiltrat, aspect en verre dépoli compatible avec Covid  
**PCR SARS-CoV-2 + le lendemain**  
Transfert immédiat en réanimation pour SDRA  
Intubation, Kaletra / Plaquenil / Claforan
- **Avril 2020** : 1<sup>er</sup> choc septique à Proteus et Morganella (PAVM)
- **Evolution défavorable**  
Trachéotomie, pneumopathies récidivantes, fistule oeso-trachéale, pose endoprothèse...médiastinite, exclusion œsophagienne par oesophagostomie cervicale en août...reprise pour péritonite...
- **Octobre 2020** : **décès**

- Infection Covid = **infection communautaire** (Covid+ à l'admission),  
évolution rapide vers le SDRA sévère, pronostic défavorable (risque DC estimé à 40%)
- Fistule trachéo-œsophagienne post-trachéotomie = **accident médical non fautif**  
(mortalité de 6,5 à 12,5%)
- PAVM = **infection associée aux soins (IAS)**
- Médiastinite et pneumopathies itératives = en lien avec la fistule oesotrachéale = **IAS**
- Utilisation du Plaquenil et du Kaletra non critiquée par les experts

# **RECLAMATIONS POUR COVID NOSOCOMIAL**

# Cas n°1

## Une contamination Covid en clinique ?

**Patiente de 71 ans, hospitalisée du 02/02/21 au 24/03/21 en clinique pour prise en charge cancer du poumon avec métastases cérébrales.**  
Chimiothérapie, radiothérapie, 2 PCR- durant cette hospitalisation.  
RAD chez sa fille (elle vaccinée)

**Réhospitalisation du 06 au 28/04/21 : maintien à domicile difficile et poursuite TT**

- **07/04 : PCR -**  
Aggravation clinique (extension méningée des lésions)  
07 et 08/04 : chimio repoussée, chute avec tassement L3
- **21/04 : 1<sup>ère</sup> injection PFIZER**  
Asthénie croissante, toux, fièvre, antibiothérapie
- **25/04 : PCR +**, transfert en unité Covid, information de la fille de la décision de non transfert si aggravation
- **28/04 : décès** **Procédure CCI (clinique, 3 internistes)**

- **Responsabilité de la clinique ? : OUI pour infection nosocomiale**

Infection Covid-19 survenue à J12 donc contraction lors du séjour

3 PCR- chez la patiente et fille seul contact

PCR- quand mère PCR+

- **Responsabilité des praticiens ? : OUI**

Corticothérapie et isolement : conformité des soins

Association azithromycine et ivermectine non critiquée : « *n'a pas nui...* »

Absence de transfert en réanimation : « ***non décidée collégialement*** »

**Et non vaccination lors 1<sup>ère</sup> hospitalisation et 1<sup>ère</sup> injection trop tardive**

**Décès imputable au Covid pour 65% et à l'état antérieur pour 35%**

**Patient de 92 ans, SPA, glaucome, troubles cognitifs et chutes**

**13/10/20 : admission pour hématome sous dural + fracture T12 instable**

Intervention différée du fait de déshydratation et troubles du transit

21/10/20 : ostéosynthèse, Covid- en préopératoire

Evolution défavorable: syndrome occlusif post-op, insuffisance rénale

25/10/20 : Covid+

28/10/20 : transfert en unité Covid, O2 par sonde nasale

Détresse respiratoire, appel équipe soins palliatifs

29/10/20 : décès

Procédure CCI (chirurgien, médecins, établissement)

- **Pas de responsabilité du chirurgien** : prise en charge conforme
- **Pas de responsabilité des médecins** : corticothérapie, anticoagulation, transfert
- **Responsabilité de l'établissement pour infection nosocomiale**  
(Covid- à l'admission )

Décès en rapport avec l'infection nosocomiale et l'état antérieur

*« la pneumopathie hypoxémiante du COVID sur un terrain hautement fragilisé est responsable du décès »*

- Absence de responsabilité des chirurgiens  
*« L'intervention a eu lieu dans les meilleurs délais, ce qui était souhaitable malgré le terrain gériatrique ».*
- Absence de responsabilité des médecins
- Responsabilité de l'établissement pour infection Covid nosocomiale

La CCI, au regard de ce qui précède, en tenant compte de l'état antérieur de Mr X estime que l'infection nosocomiale contractée par ce dernier a participé à son décès à hauteur de 50 %.

# **RECLAMATIONS APRES VACCINATION ANTI-COVID**

- **49 ans, certificat de non CI remis par allergologue** : 1<sup>ère</sup> injection vaccin PFIZER en centre de vaccination (clinique), réaction allergique, surveillance 6h, corticothérapie, répétition des œdèmes pendant 8 j. **Procédure civile (allergologue, clinique, ONIAM)**
- **53 ans, douleur persistante épaule après vaccination Covid AstraZeneca**  
IRM= bursite sous acromiale, infiltration. **Plainte ordinale (médecin du travail)**
- **74 ans, en EHPAD pour baisse de l'autonomie et épuisement familial**  
Refus de la vaccination lors de l'admission en janvier et mars 21  
31/08/21 : 1<sup>ère</sup> injection Pfizer par MG dite «contrainte et forcée » selon la famille  
02/09/21 : **décès, plainte ordinale**  
*« devant la propagande éhontée du gouvernement et de leurs subalternes médicaux et médiatiques nous avons accepté cette mortelle injection ».*
- **07/21 : 60 ans, appel soc régulateur au Samu à 21H pour céphalées, fièvre, asthénie depuis injection 2<sup>ième</sup> dose Pfizer le matin** : paracétamol et Vogalène.  
ACR le lendemain à 7H, RCP par SMUR, **échec. Plainte pénale** (1858 appels régulés)

# **TELECONSULTATION ET/OU CONSULTATION PAR TELEPHONE**

### Patiente de 58 ans, HTA, obèse

- 09/20 : appel du fils pour fièvre, céphalées, douleurs abdominales et diarrhées  
« Téléconsultation » sur interrogatoire du fils : ni toux ni douleur thoracique ni dyspnée  
Traitement symptomatique, **PCR prescrit**, conseils donnés  
Sociétaire non recontacté
- Le lendemain :  
Aggravation, **test AG + en pharmacie, refus d'aller aux urgences**  
ACR, appel du Samu, **décès**  
Diagnostic d'embolie pulmonaire évoqué par le SAMU

**Procédure CCI à l'encontre du MT**

## Pour l'expert... absence de toute responsabilité.

- Diagnostic de Covid confirmé par test AG et tableau clinique compatible
- Refus de la patiente d'être hospitalisée
- **Aucune critique de la « téléconsultation »** : non en place à l'époque des faits  
*« Il aurait été prudent, en raison des comorbidités, de revoir la patiente ou de prescrire un saturomètre de pouls pour détection de l'hypoxémie silencieuse qui aurait indiqué une hospitalisation mais dans ce contexte de tension épidémique, ce type de dispositif n'était pas disponible comme aujourd'hui »*
- **Aucune critique de prescription de test PCR** : non dispo à l'époque des faits
- **Aucune critique de la non prescription d'anticoagulation préventive**  
(s'est levée le lendemain...)

**Patient de 75 ans, tabagique sevré, BPCO, obésité, SAPS, 4 phlébites, EP, artériopathie des MI**

- **25/03/2020** : appel secrétariat pour demande de visite (syndrome grippal),  
Rappel promis en fin de journée pour téléconsultation  
Rappel du patient par médecin : syndrome grippal avec toux et diarrhée,  
Covid possible. Proposition de visite à domicile : **refus du patient**  
Isolement demandé, corticothérapie, bronchodilatateurs prescrits.
- **26/03/20 vers 17h** : venue du patient à la pharmacie, **MG non recontacté**
- **28/03/20** : détresse respiratoire, appel SAMU, décès/Epouse hospitalisée pour Covid

**Procédure civile**

- **Cause du décès impossible à déterminer en l'absence d'autopsie** : infection Covid ? EP? IDM ?...  
« *Eu égard à l'âge, au terrain médical et aux symptômes présentés, **une consultation en présentiel aurait été « recommandée » d'après la Fiche de santé ARS du 20 mars 2020, émise 5 jours plus tôt*** »
- **Soins consciencieux et conformes aux règles de l'art**  
« *La réalité du mois de mars 2020 et les difficultés d'exercice décrits par le Docteur X qui a dû adapter les recommandations à sa pratique sont tout particulièrement soulignées et non contestées par l'expert. » Mais à partir du 25 mars 2020, quelle que soit l'hypothèse considérée... **les chances de survie de Mr Y étaient tout au plus de l'ordre de 10%, avant considération de la situation sanitaire** »*
- **Mais...**« *l'expert est certain que la situation médicale de Mr Y entre le 25 et le 28 mars 2020 aurait fortement influencé les choix thérapeutiques des médecins réanimateurs ou non réanimateurs prenant en charge ce patient et aurait diminué fortement ses chances de survie, qu'il s'agisse d'une infection à SARS-CoV-2 ou non...**L'expert évalue les chances de survie de Mr Y tout au plus de l'ordre de 5%, à partir du 25 mars 2020, quelle que soit la cause du décès** ».*

**COVID-19  
ET  
RETARDS DE PRISE EN CHARGE  
D'AUTRES PATHOLOGIES**

**15/04/20** : patiente de 61 ans, consultation généraliste pour épisode de tachycardie et palpitations depuis le matin. Notion épisode identique en février.

- Pas de douleur thoracique mais sensation de malaise en cours d'amélioration, stress, pas de dyspnée. Examen clinique normal, TA 13/8, ECG : sinusal à 103/mn, ondes T aplaties en VI, V5 et V6. Absence d'étiologie retrouvée, bilan bio prescrit
- Tentatives de prise de RDV auprès d'un cardiologue dont fax : échec  
ré-essai le lendemain : échec
- **28/04/20** : **contact avec le cardiologue obtenu** : rappel de la patiente en vue Holter, message vocal, pas de rappel de la patiente.
- **08/05/20** : Hospitalisation pour IDM et trouble du rythme paroxystique, ACR, coronarographie avec pose de stents, choc cardiogénique, transfert en réanimation

**Procédure ordinale, plainte pénale et menaces de mort**

# Cas n°2

## Un examen impossible à obtenir

**04/11/2019 : patiente de 61 ans, cs gastroentérologue pour symptômes proctologiques et diarrhées, traitement symptomatique**

- **Janvier 2020** : consultation avec gastroentérologue sur demande du MT pour coloscopie du fait ATCD polypes familiaux, **RDV fixé en mars**
- **Mars 2020** : épidémie Covid, **service d'endoscopie réservé aux urgences**
- **Mai 2020** : cs pour faux besoins, tenesme. **Coloscopie** : cancer du rectum.  
Bilan : pas de métastases
- **Mai 21** : découverte de métastases hépatiques
- **Octobre 21** : **décès**

**Procédure CCI contre le gastroentérologue pour retard au diagnostic**

### Patient de 66 ans

- **Février 2019**, consultation gastro-entérologue pour rectorragies
- **Mars 2019** : coloscopie, découverte et ablation d'un polype du sigmoïde, ex anapath : limites saines, **contrôle à 1 an préconisé**
- **Mars 2020** : **épidémie de Covid, ne fait pas réaliser son contrôle**
- **Été 2020** : AEG, amaigrissement
- **Nov 2020** : consultation du MT, patient dirigé vers centre de cancérologie  
Bilan : métastases hépatiques, pulmonaires, carcinose péritonéale  
Chimiothérapie, pas de traitement chirurgical

**Octobre 21 : procédure administrative**

- Inquiétude « médico-légale » des praticiens
- Relative « sérénité » de l'assureur des pros de santé
  - Peu de réclamations
  - Mansuétude manifeste des experts concernant les praticiens
- Défense plus difficile des établissements
  - PCR- à l'admission = infection nosocomiale