

EVOLUTION DE LA RESPONSABILITÉ MEDICALE

SMAV 17/05/2018



ethias



**Le point de vue du patient et le point
de vue de l'assureur.**

DR van LIEROP Médecin Directeur ETHIAS

DR RENNOTTE Médecin gérant de EMDR

RESPONSABILITE MEDICALE

1. Introduction

2. Différentes voies de recours possibles pour un patient et implications pour le médecin

3. Cas cliniques

4. Conclusions

1. INTRODUCTION: RESPONSABILITÉ CIVILE

Définition de la faute – article 1382 du Code civil.

La faute médicale est définie comme *"Tout manquement aux règles de la science médicale que n'aurait pas commis un médecin normalement avisé et diligent placé dans les mêmes circonstances"*.

Le médecin ne s'engage pas à guérir le patient, mais à lui prodiguer des soins consciencieux et attentifs conformes aux données acquises de la science. Le fait de ne pas guérir le patient n'engage dès lors pas ipso facto sa responsabilité. Le médecin n'engage sa responsabilité que si le patient démontre qu'il n'a pas accompli tous les efforts que l'on pouvait attendre de lui.

1. INTRODUCTION

Obligation de moyen – Obligation de résultat

Dans la plupart des cas, on peut dire que le médecin a une **obligation de moyen** et que celui qui veut mettre en cause sa responsabilité doit démontrer que le médecin a commis une faute, qu'il a subi un dommage et que ce dommage découle de cette faute.

Il laisse cependant place à certaines obligations analysées comme des **obligations de résultat**, qui impliquent l'obligation pour le médecin d'atteindre un certain résultat, à défaut de quoi il engage sa responsabilité.

Nous citerons par exemple le placement d'une prothèse dentaire sans défaut, le fait de ne pas oublier d'instrument ou de matériel dans le corps du patient, le fait de traiter le bon patient, le bon organe,...

Il y a quelques années, une certaine jurisprudence a été encline à retenir de plus en plus souvent une responsabilité à charge des hôpitaux dans le cadre des infections nosocomiales en évoquant **une obligation de sécurité de résultat**. Elle est maintenant battue en brèche.

1. INTRODUCTION

Charge de la preuve

L'importance de la question de savoir si le médecin est tenu à une obligation de moyen ou de résultat réside dans la charge de la preuve.

Celui qui veut mettre en cause sa responsabilité doit démontrer que le médecin a commis une faute, qu'il a subi un dommage et que ce dommage découle de cette faute.

Cette faute peut résider dans: l'indication opératoire , le consentement, la technique, le suivi et plus rarement le résultat.

1. INTRODUCTION

Charge de la preuve

S'il y a bien eu une modification dans l'appréciation de la responsabilité médicale au cours de ces dernières 2 années , c'est la notion du consentement.

Avant: c'était à la victime de prouver qu'il n'a pas reçu l'information.

Aujourd'hui, certaines jurisprudences vont dans le sens contraire et considèrent que « c'est au débiteur de l'information » de prouver qu'il l'a bien délivrée et a qu'elle a été comprise!

Attention donc à établir suffisamment d'éléments dans le dossier qui montrent que vous avez fait le nécessaire à cet égard!

2. VOIES DE RECOURS POUR UN PATIENT

1. Procédure amiable
2. Procédure judiciaire
3. Procédure FAM

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE (BR)

- Si un patient estime avoir subi un dommage au cours d'une hospitalisation ou une prestation de soin de santé et estime ne pas avoir obtenu les réponses lors de la médiation, il peut formaliser une réclamation officielle contre l'hôpital ou prestataire de soins.
- Le patient s'appuie généralement sur un rapport circonstancié d'un médecin de recours si une responsabilité paraît engagée.
- L'hôpital a l'obligation de transmettre cette « plainte » à son assureur.
- L'assureur désigne un MC qui va analyser ce dossier sous l'aspect de la responsabilité et du dommage et rendre un avis.

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE

Qui envoie un patient victime d'un accident médical chez un médecin de recours?

- Le médecin traitant
- Le médecin spécialiste
- Un avocat
- Une assurance protection juridique

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE

Comment travaille un médecin de recours:

- Les déclarations du patient
- Le dossier médical fourni par le patient
- Obtention d'un dossier médical complet
- Recherche bibliographique
- Avis spécialisé (sapiteur)

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE

Qui paye le médecin de recours?

- Le patient
- L'assurance protection juridique

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE

Sélection des dossiers par le médecin de recours (indication)

Dossier à ne pas poursuivre avec explication au patient qui confond souvent dommage et faute. Arrêt.

Dossier à poursuivre (RC assez évidente): procédure amiable ou judiciaire.

Dossier où la responsabilité est plus difficile à mettre en cause ou suspicion d'accident médical sans responsabilité: introduction d'une demande au FAM

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE (HVL)

- Le MC de l'assurance dépose un rapport motivé et sur base de son analyse va proposer à l'assurance soit:
- De classer ce dossier, absence de responsabilité ou dommage en relation causale
- De mettre sur pied une EMA avec recherche de responsabilité si les éléments ne sont pas suffisamment clairs.
- De mettre sur pied une EMA uniquement pour fixer le dommage si une responsabilité est d'emblée reconnue.
- Le demandeur est averti de la décision de l'assureur et en informe son MC.

2.1 EXPERTISE MEDICALE AMIABLE(BR)

Déroulement d'une expertise médicale amiable

- Convention
- Première séance d'expertise médicale amiable
- Avis d'un sapsiteur
- Seconde séance d'expertise médicale amiable
- Tableau d'évaluation médico-légale
- Arbitrage

2.2 EXPERTISE JUDICIAIRE (HVL)

- Le patient assigne l'hôpital devant le tribunal civil (très rarement devant une juridiction pénale pour coups et blessures).
- Le juge devra désigner un expert médical neutre et indépendant
- Ce dernier organise l'expertise en confrontant la victime , son MC et celui de l'assureur et dépose un rapport motivé au juge qui va trancher sur la question de la responsabilité et dommages.
- La charge de la preuve incombe au patient!
- Le juge est non lié par l'avis de son MC

2.2 EXPERTISE JUDICIAIRE (HVL)

- Le rôle des avocats est prépondérant dans la procédure: citation , plaidoiries, conclusions.
- Une partie du débat échappe aux seuls médecins.
- Procédure lourde et onéreuse a charge de chacune des parties.
- Procédure lente vu l'arriéré judiciaire

2.3 PROCÉDURE FAM: CONTEXTE(BR)

- Insatisfaction générale: patient, prestataires de soins et assureurs
 - Patient: réparation rapide et efficace
 - Praticiens professionnels: éviction des plaintes, majoration des primes
 - Assureurs RC: couverture partagée avec la solidarité nationale
- Nécessité de répondre à cette insatisfaction générale: patient, prestataires de soins et assureurs

2.3 PROCÉDURE FAM: CONTEXTE

- Cause d'un accident médical: faute prouvée, faute non prouvée, erreur non fautive, une complication
- Le droit de la responsabilité n'accorde une indemnisation qu'en cas de faute prouvée

2.3 PROCÉDURE FAM: CONTEXTE

- Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a été créé par la loi du 31 mars 2010, publiée au Moniteur belge le 2 avril 2010
- Entrée en vigueur le 01/09/2012
- Loi du 19/03/2013, entrée en vigueur le 01/04/2013:
 - Le FAM a intégré l'INAMI (6^{ème} service de l'INAMI)

2.3 PROCÉDURE FAM: LE FAM

Initialement:

- Organisme public
- Doté de la personnalité juridique
- Doté d'un conseil d'administration

Actuellement:

- Intégration au sein de l'INAMI (6^{ème} service)
- Doté d'un Comité de gestion

2.3 PROCÉDURE FAM: LE FAM - MISSIONS GÉNÉRALES

- Examiner si les victimes d'un accident médical peuvent bénéficier d'une indemnisation
- Important: examiner uniquement les dommages subis à partir du 2 avril 2010. C'est en effet à cette date que la loi créant le FAM a été publiée au Moniteur belge

2.3 PROCÉDURE FAM: LE FAM - MISSIONS SPÉCIFIQUES

- **Mission consultative, d'indemnisation et de médiation**
- **Mission de prévention, d'enregistrement et de reporting**

2.3 PROCÉDURE FAM: UN NOUVEAU FONDS

- La loi du 31 mars 2010 crée une nouvelle institution fédérale: le Fonds des accidents médicaux
- Le Fonds a pour mission de donner, à la demande de toute personne qui estime avoir subi un dommage résultant de soins de santé ou de ses ayants droit, un avis concernant la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins pour le dommage subi ainsi que sur la gravité du dommage en question
- La procédure auprès du Fonds est gratuite pour le patient et/ou ses ayants droit
- Attention: le Fonds est uniquement compétent pour les dommages causés à partir du 2 avril 2010

2.3 PROCÉDURE FAM: UN NOUVEAU DROIT À UNE INDEMNISATION

- La loi comporte un nouveau concept pour les dommages résultant de soins de santé, causés par un accident pour lequel aucune responsabilité n'est établie: « l'accident médical sans responsabilité »
- Si un tel accident médical entraîne un dommage grave, le Fonds peut verser au patient ou à l'ayant droit une indemnisation comparable à celle qui aurait été versée en cas de responsabilité
- Le dommage doit répondre à certaines conditions strictes pour pouvoir être indemnisé
- Cette nouvelle réglementation s'applique aux sinistres survenus à partir du 2 avril 2010

2.3 PROCÉDURE FAM: (HVL) UN NOUVEAU DROIT À UNE INDEMNISATION

Trois concepts sont évoqués dans la loi du 31-03-2010:

- Un accident médical sans responsabilité
- Un dommage anormal
- Un seuil de gravité pour être indemnisé

2.3 PROCÉDURE FAM: (HVL) ACCIDENT MÉDICAL SANS RESPONSABILITÉ DEFINITION

- Un accident médical
- Résulte d'une prestation de soins de santé;
- Qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins;
- Qui ne résulte pas de l'état du patient;
- Qui entraîne pour le patient un dommage anormal.

2.3 PROCÉDURE FAM: DOMMAGE ANORMAL

L'article 2,7° dispose que:

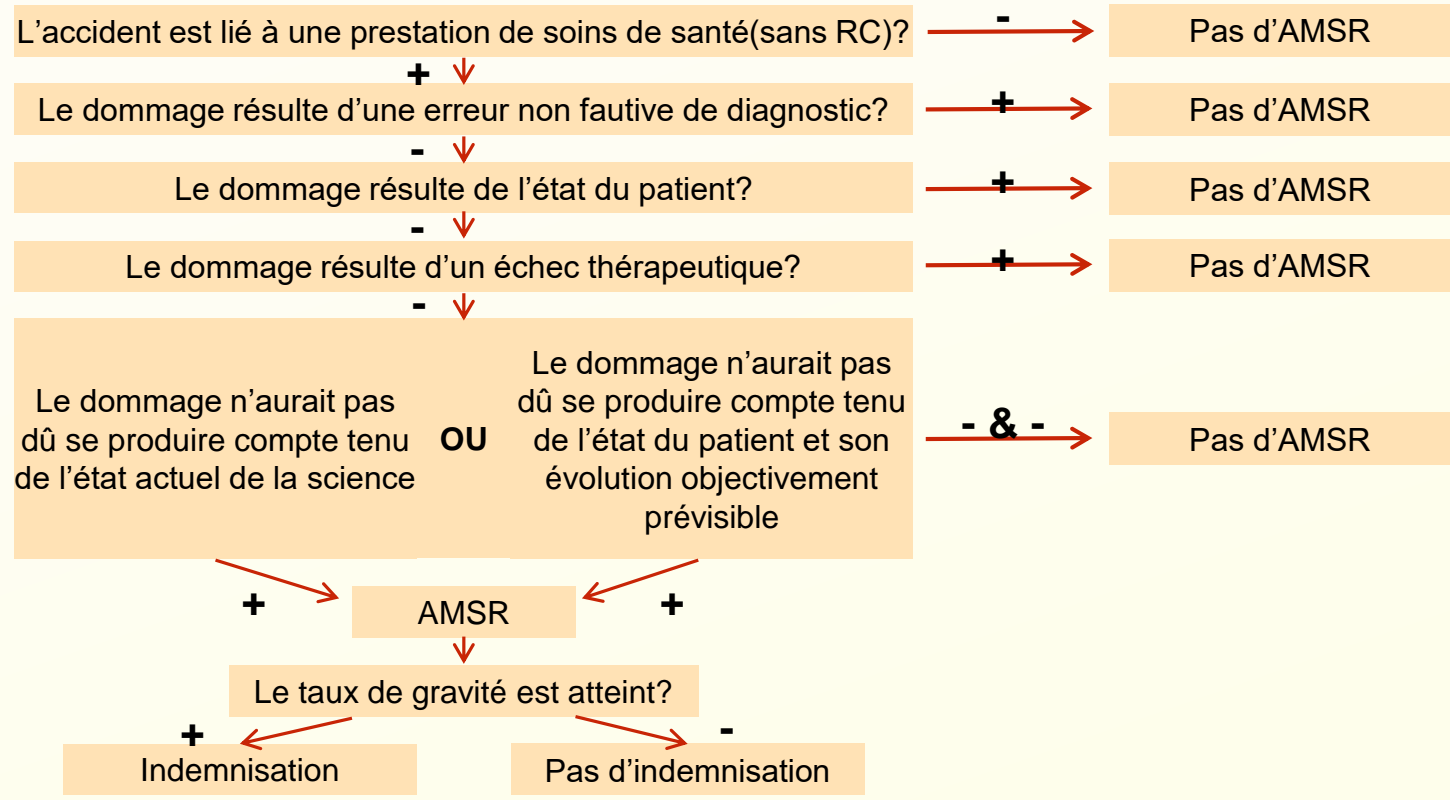
« le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement ».

2.3 PROCÉDURE FAM: CRITÈRES DE GRAVITÉ D'UN DOMMAGE

L'article 5 de la loi du 31 mars 2010 dispose que le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie:

1. le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25%;
2. le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois;
3. le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient;
4. le patient est décédé.

2.3 PROCÉDURE FAM: ALGORITHME – DOMMAGE ANORMAL



2.3 PROCÉDURE FAM: (BR) LOI DU 31 MARS 2010 - ACTEURS

- **Les praticiens professionnels**
- **Les institutions de soins de santé**
- **Le patient**
- **Le FAM**

2.3 PROCÉDURE FAM: MISSION DU FAM

Dans les six mois de la réception de la demande, le Fonds indique, dans un avis motivé, s'il estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, ou dans un accident médical sans responsabilité, ou encore qu'il ne relève d'aucune de ces catégories.

(Art. 21, loi du 31/03/16)

2.3 PROCÉDURE FAM: PARCOURS D'UNE DEMANDE D'AVIS AU FAM

- **Introduction de la demande d'avis**

- **La demande est-elle recevable**
 - Irrecevabilité en cas de:
 - Prescription du sinistre
 - Indemnisation
 - Acceptation préalable d'une offre
 - Décision judiciaire antérieure

2.3 PROCÉDURE FAM: PARCOURS D'UNE DEMANDE D'AVIS AU FAM

Le Fonds n'est pas compétent en cas de:

- Sinistres causés avant le 2 avril 2010
- Sinistres causés dans un autre pays
- Sinistres qui sont déjà prescrits
- Sinistre résultant d'expérimentations médicales
- Sinistres résultants de soins esthétiques (voir article 12, §2, 2, de la loi)
- Sinistres pour lesquels une indemnisation a déjà été versée (voir article 12, §5, de la loi)
- Sinistres pour lesquels une décision définitive du tribunal a déjà été prononcée
- Sinistres pour lesquels le demandeur a déjà accepté une proposition d'indemnisation définitive

2.3 PROCÉDURE FAM: PARCOURS D'UNE DEMANDE D'AVIS AU FAM

Traitement de la demande d'avis:

- Accusé de réception (AR0 & AR1)
- Demande des pièces médicales (Dossier médical)
- Expertise médicale
- Avis final (indemnisation)

2.3 PROCÉDURE FAM: LE DROIT À L'INFORMATION DU FONDS

- **Article 15 de la loi du 31 mars 2010**
 - Le Fonds peut demander à toute personne qui pourrait être concernée, et donc aussi aux prestataires de soins, tous les documents et toutes les informations nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage résultant de soins de santé

2.3 PROCÉDURE FAM: LE DROIT À L'INFORMATION DU FONDS

➤ Art. 58 de la Déontologie Médicale

Afin d'exclure tout malentendu relatif au secret médical, le Conseil national de l'Ordre des médecins a complété l'article 58 du Code par une disposition indiquant que « ***la communication, dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, aux médecins du Fonds des accidents médicaux des documents et informations nécessaires à l'exercice de leur mission légale*** » constitue une exception au secret professionnel

- Un prestataire de soins de santé ne peut donc invoquer « ***le secret médical*** » pour opposer au FAM un refus de communiquer le dossier médical sollicité par ce dernier
- La production de ces pièces médicales est une obligation légale et déontologique

2.3 PROCÉDURE FAM: RESPONSABILITÉ DU PRESTATAIRE DE SOINS

- La loi du 31 mars 2010 a instauré un nouveau droit subjectif qui permet dans certaines conditions d'obtenir une indemnisation lorsqu'un patient est victime d'un accident médical ayant occasionné un dommage grave, sans que la responsabilité d'un prestataire de soins ne soit établie.
- Dans la mesure où le Fonds n'a pas établi de responsabilité dans la présente affaire, il convient de vérifier si les conditions requises pour bénéficier de ce nouveau droit sont remplies.
- La première tâche du FAM est d'abord d'analyser si la responsabilité du prestataires de soins mis en cause est engagée ou pas.

2.3 PROCÉDURE FAM: ACCIDENT MÉDICAL SANS RESPONSABILITÉ

- Il ne peut être question d'un accident médical sans responsabilité en cas d'absence ou d'omission de prestation de soins
- Il doit s'agir d'un acte extérieur / un acte positif
- Il en découle que:
 - Un échec thérapeutique
 - Une erreur (non fautive) de diagnostic
- Ne sauraient constituer un accident médical sans responsabilité

2.3 PROCÉDURE FAM: CARACTÈRE IMPRÉVISIBLE DU DOMMAGE

- « Le dommage n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible »
- Le critère de dommage anormal doit également être analysé eu égard à l'état du patient et à son évolution objectivement prévisible
- À cet égard, il convient de se référer à la manière dont la complication se déroule concrètement, notamment au niveau de l'ampleur du dommage occasionné

2.3 PROCÉDURE FAM: CARACTÈRE « DISPROPORTIONNÉ » DU DOMMAGE

Concrètement, la loi expose:

La disproportion entre:

- Les conséquences raisonnablement attendues
- Les conséquences réellement constatées

2.3 PROCÉDURE FAM: CARACTÈRE ÉVITABLE DU DOMMAGE

- « Le dommage n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science (connaissance scientifiques et techniques en ce compris son niveau le plus élevé) », tel qu'il existait au moment de la prestation de soins de santé.
- Par le critère de « l'état actuel de la science » pris à son niveau le plus élevé, il doit être fait référence au caractère évitable du dommage.
- À la lumière de ce critère, un dommage sera considéré comme anormal lorsque le patient n'aurait pas dû subir ce dommage puisqu'il était évitable.

2.3 PROCÉDURE FAM: AMSR – DOMMAGE ANORMAL

- Définition du mot « anormal » différente de celle du langage courant
- Ce concept est apprécié *in concreto* dans chaque cas d'espèce
- Pas de seuils chiffrés de risques établis *préalablement in abstracto*

2.3 PROCÉDURE FAM: AMSR – DOMMAGE ANORMAL

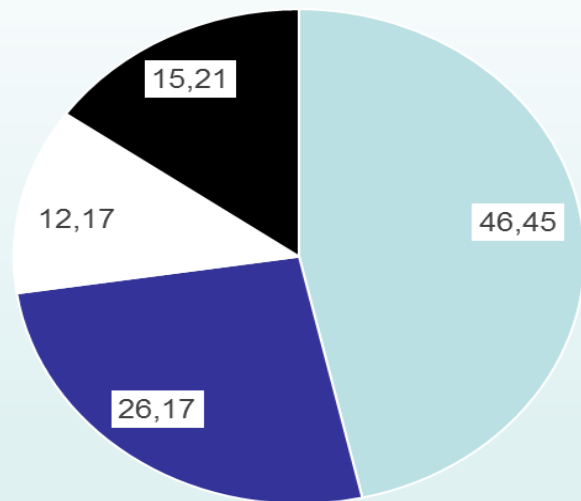
- Concept juridique apprécié dans chaque cas d'espèce par le FAM
- L'expert ne doit pas se prononcer sur le dommage anormal
- L'expertise doit apporter aux FAM des éléments concrets et factuels

2.3 PROCÉDURE FAM: DOMMAGE ANORMAL: MISSION DE L'EXPERT

- D'apprécier si le dommage encouru dans ce cas spécifique est la conséquence d'une complication prévisible inhérente à l'intervention accomplie et le cas échéant d'en communiquer la fréquence, en tenant compte de l'état de santé du/de la patient(e) et de son évolution objectivement prévisible
- De décrire si le dommage était évitable: à savoir s'il existe des méthodes de traitement alternatives qui peuvent apporter de meilleurs résultats

2.3 PROCÉDURE FAM: CHIFFRES (HVL) RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ 2017

Demandes introduites au FAM (source FAM 2017)



■ patient ■ Organismes assureurs ■ Avocat ■ autres

2.3 PROCÉDURE FAM: CHIFFRES RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ 2017

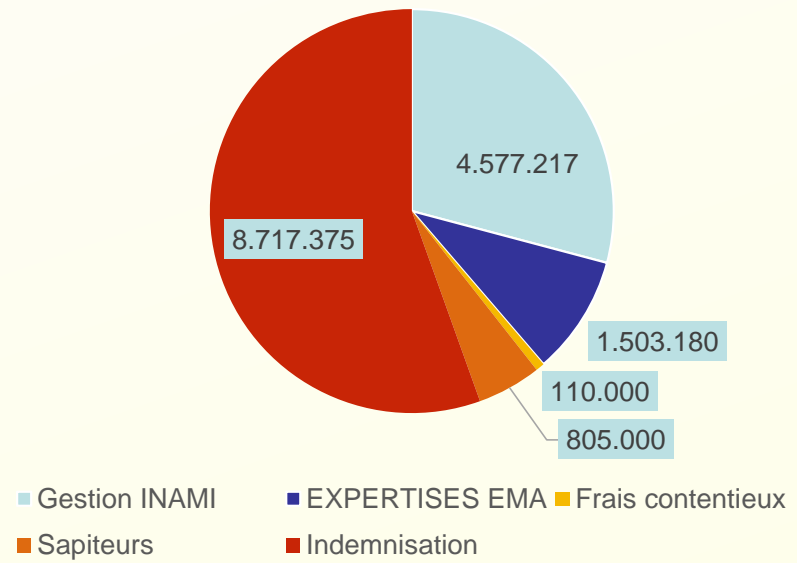
3768 Dossiers introduits

1226 dossiers arrivés à un avis
final(255 stade 1
868 stade 2))

ET 103 (8,4%)dossiers stade 3 avec prop
indemnisation
dont 24(2%) AMSR/79 AMAR

2.3:FAM BUDGET

BUDGET 2015 **15.712.772 €**
7.000.000 € (44,55%) frais de fonctionnement



2.3 PROCEDURE FAM (HVL)

- Expertise unilatérale ou contradictoire : difficultés pratiques
- L'expert du FAM recherche d'abord s'il y a une responsabilité
- L'avis de l'expert du FAM peut toujours être contesté :
 - « Tournez manège ! »
 - Effet « canada-dry »
 - Le FAM est juge et partie
 - Différentes procédures en cours: Ass/FAM et FAM/Vict

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 1: 3 expertises FAM-3 avis!

03/07/2012 : patiente, âgée de 65 ans > urgences 14h00 sur avis de son médecin traitant (douleurs au bas ventre avec diarrhées + lombalgie).

- mise au point complète - décision d'instaurer un traitement avec antibiothérapie IV à large spectre mais pas prise d'emblée (23h30) et retard dans la mise à exécution.
- diagnostic de sepsis sur pneumocoque le lendemain 07h00.
- nécrose - maintien en coma artificiel.
- transfert dans un hôpital universitaire (amputation mi-cuisse gauche, amputation digitale main droite, amputation avant-bras gauche, amputation mi-jambe droite)

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 1 suite

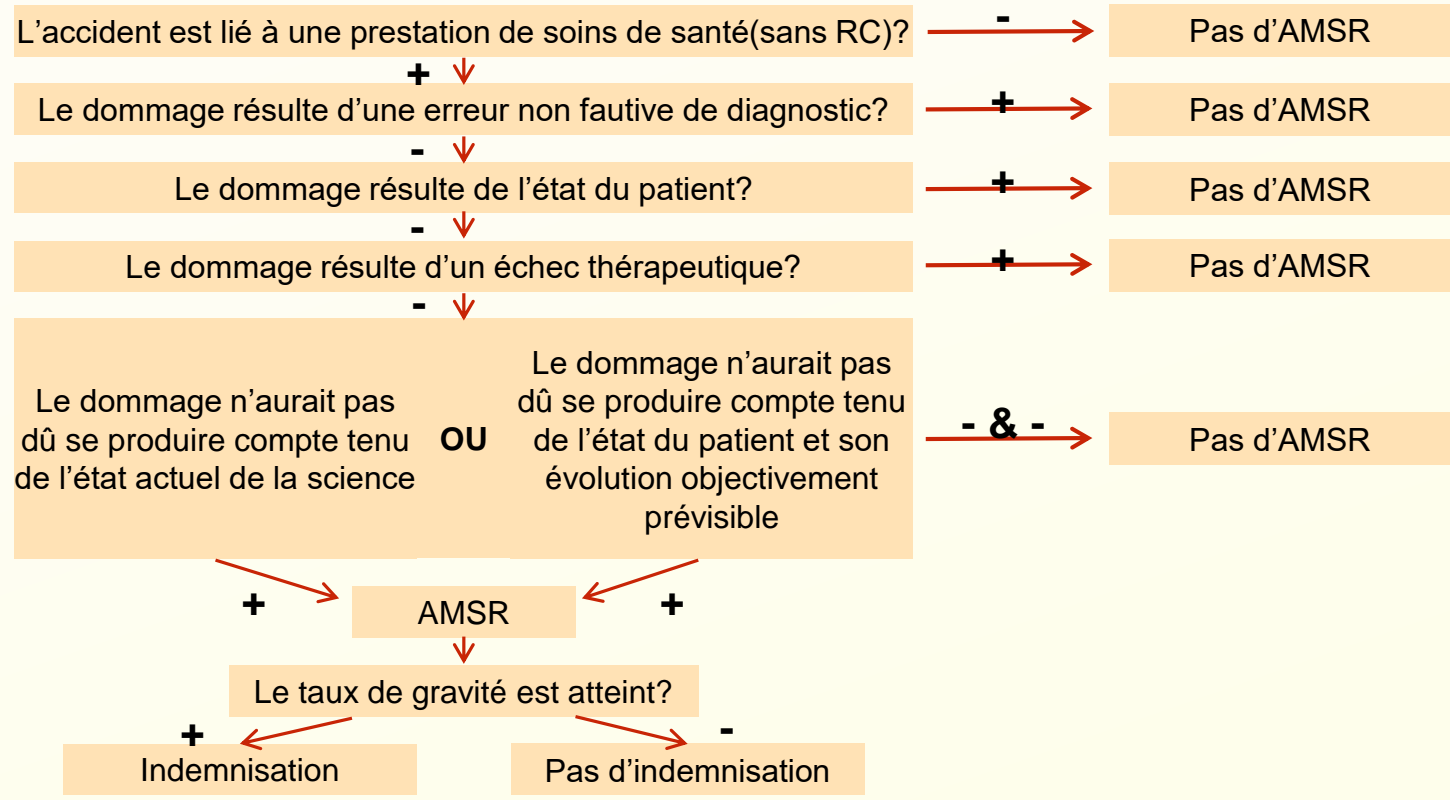
- 06/09/2012 : Introduction du dossier auprès du FAM.
- 25/10/2012 : Le FAM demande copie du dossier médical.
- 14/10/2013 : Le FAM organise une première expertise
- 14/12/2013 : Préliminaires expertise

1. L'état dans lequel se trouve actuellement la patiente est la conséquence des nécroses induites par l'affection dont elle a souffert. Il y a eu un enchaînement morbide dramatique. Les amputations ont été nécessaires pour assurer sa survie.

2. Pas de faute

3. Pas de de dommage anormal. Pas de relation directe entre les amputations et le traitement. Pas de complication prévisible.

2.3 PROCÉDURE FAM: ALGORITHME – DOMMAGE ANORMAL



3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 1 suite

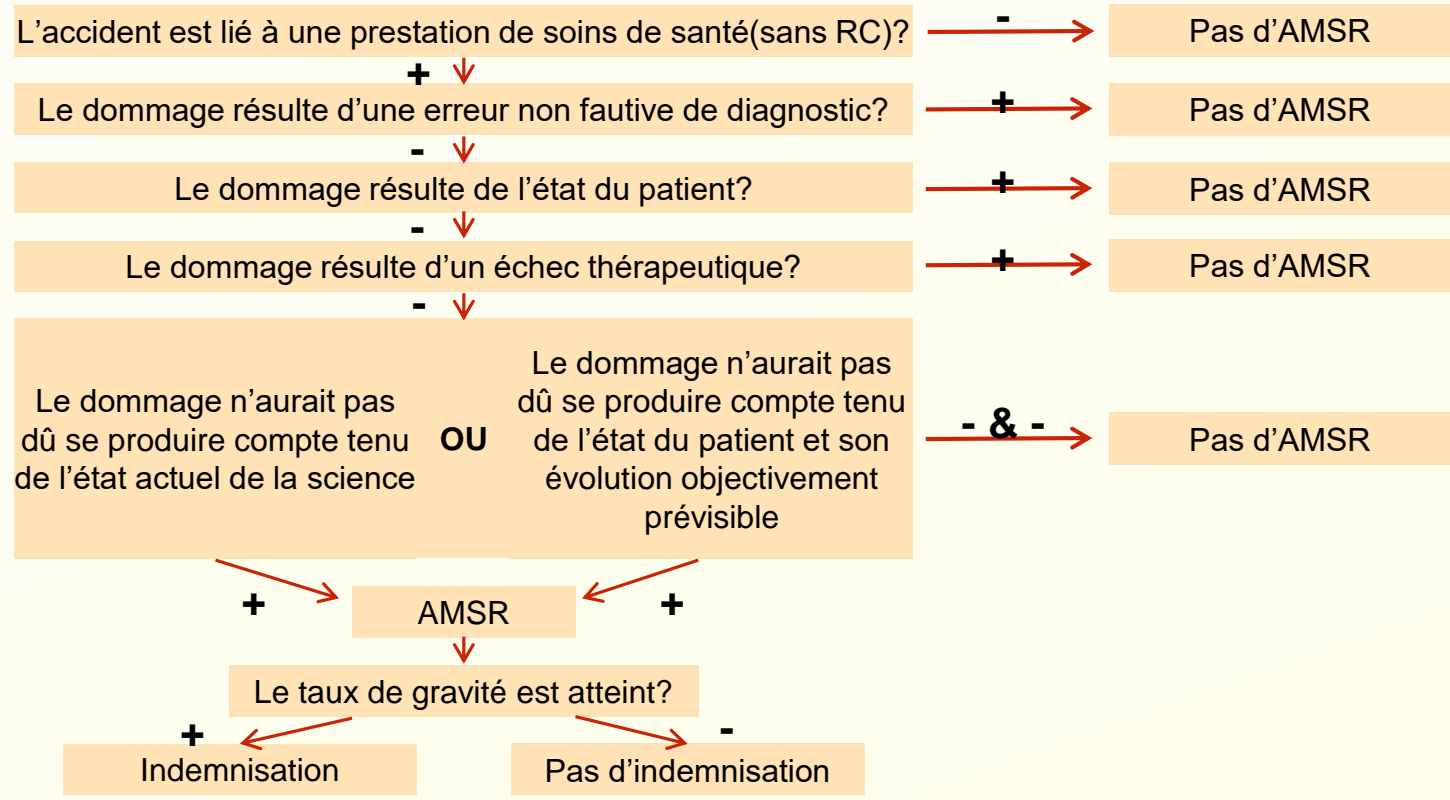
- 25/01/2014 : Rapport définitif conforme aux préliminaires.
- 27/05/2014 : Le FAM décide de recourir à l'organisation d'une expertise collégiale, motivée par :
 1. Complexité du dossier
 2. Nécessité de poser des questions suite à la réception de nouvelles pièces
 3. Mise en cause d'un nouveau prestataire

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 1 suite

- 29/01/2015 : le rapport définitif de cette 2ème expertise est déposé.
- *Les différents (2) spécialistes et experts consultés sont unanimes pour dire que l'antibiotique aurait dû être administré plus tôt, dès le passage aux urgences. Le délai supplémentaire de 6 heures est inacceptable. »*
- *Responsabilisé du prestataire engagé*

2.3 PROCÉDURE FAM: ALGORITHME – DOMMAGE ANORMAL



3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 1 suite

- 29/01/2015 : le rapport définitif de cette 2ème expertise est déposé.
- *Suite aux faits directoires MC assureurs*
- le 23/12/2015 : le FAM requiert un avis technique complémentaire communiqué le 25/04/2016 :
 1. *Le tableau clinique et biochimique n'était pas typiquement celui d'un choc septique à pneumocoque et n'aurait pas permis de le prévoir*
 2. *Pas possible de prouver que l'administration tardive des antibiotiques prescrits a contribué à un déroulement plus grave ou surtout à la nécessité d'amputer.*

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 1 suite

- 13/10/2016 (4 ans après intro!) : le FAM formule son avis.

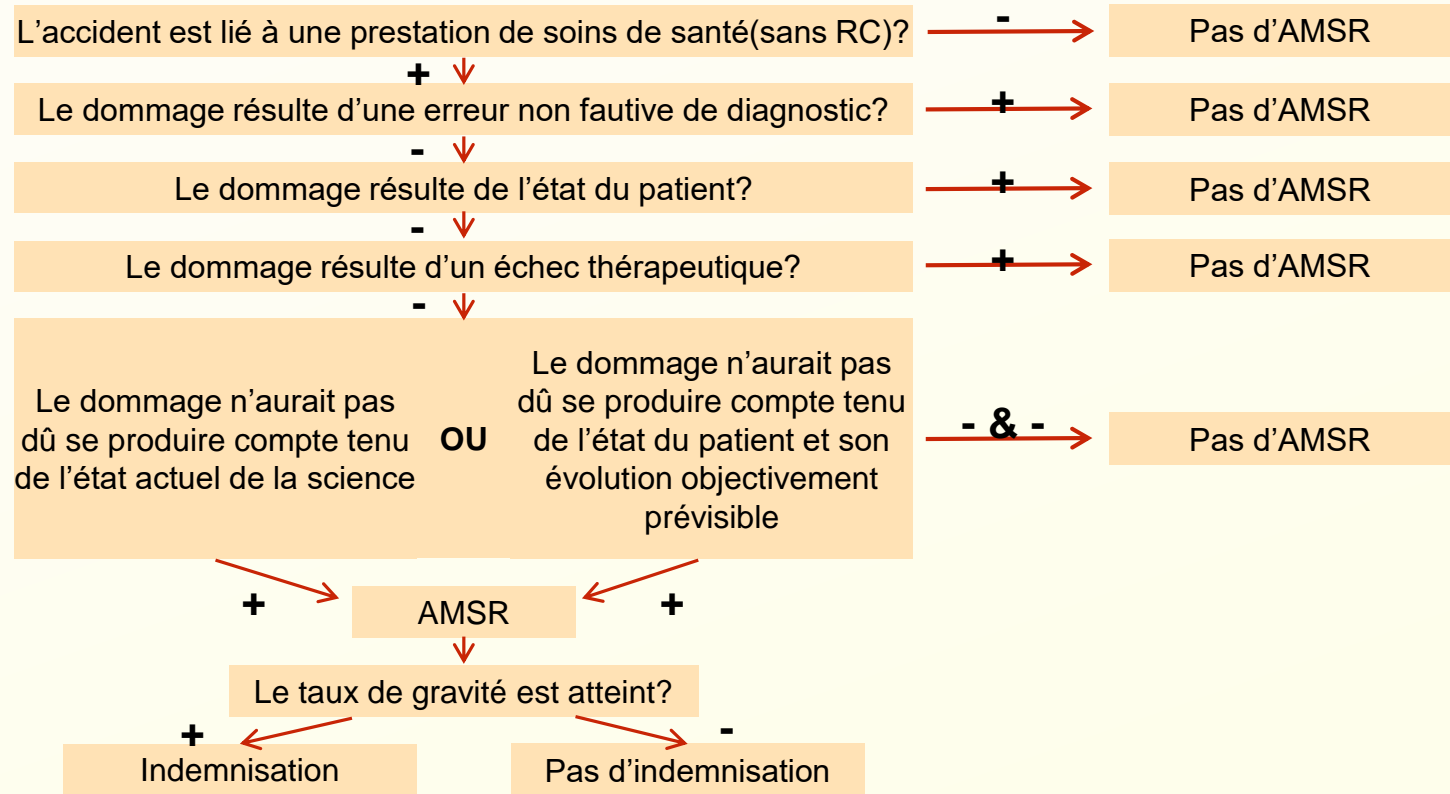
*Le diagnostic était difficile → aucune erreur fautive ne peut être retenue. Il retient une erreur non-fautive de diagnostic → **pas d'intervention de l'assureur 'responsabilité civile'**.*

L'amputation des quatre membres, ne trouve pas sa cause dans une prestation de soins de santé. Il constitue la résultante de l'évolution défavorable de la pathologie initiale (septicémie à pneumocoque) qui n'a pas été générée par une prestation de soins.

*Les faits soumis au FAM relèvent de l'erreur non fautive de diagnostic pour le diagnostic initial et de l'échec thérapeutique pour la prise en charge de la pathologie, ce qui ne constituent pas un accident médical sans responsabilité indemnisable par le FAM -> **pas d'intervention du FAM.***

Ce dossier n'a pas évolué depuis lors.

2.3 PROCÉDURE FAM: ALGORITHME – DOMMAGE ANORMAL



3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2

Faits:

Madame X, âgée de 51 ans, à consulté le Dr A., chirurgien orthopédiste à l'Hôpital K. pour des douleurs à la hanche droite.

- 10/05/2010: Le Dr A. procède à une arthroplastie totale de la hanche droite par voie antéro-latérale pour coxarthrose primitive.
- Mme X a bénéficié ensuite de séances de kiné. Elle a regagné le domicile après 1 semaine.
- Au 3^{ème} mois post-opératoire, Mme X à développé des douleurs de la région trochantérienne.

3. CAS CLINIQUE(BR)

Illustration – Casus réel 2 suite

- Elle a eu un suivi en consultation chez le chirurgien opérateur et plusieurs infiltrations ont été réalisées mais n'ont apporté qu'un bénéfice temporaire.
- Un scanner réalisé en août 2011 confirme la bonne position de la prothèse.
- Aucune reprise chirurgicale n'était envisagée.
- Prescription d'un traitement par kinésithérapie et méso-thérapie.
- Mme X à bénéficié durant 2 années de méso-thérapie et ce traitement s'est avéré efficace.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

- Lors de la vacation d'expertise du 12/05/2015, la patiente signale des douleurs centrées sur le grand trochanter droit qui augmente en décubitus latéral droit à la montée des escaliers et au parcours sur sol irrégulier.
- Elle ne bénéficie d'aucun traitement depuis 6 mois.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Question médicale soumise au FAM:

Le présent avis a pour objectif d'analyser si la mise au point du diagnostic et des traitements médicaux et chirurgicaux appliqués ont été réalisés conformément aux règles de l'art et correspondent aux bonnes pratiques de la médecine.

Le présent avis a également pour objectif d'examiner si, à défaut de responsabilité, le dommage allégué par Mme X trouve ou non sa cause dans un accident médical sans responsabilité au sens de la loi du 31 mars 2010.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Avis du FAM en ce qui concerne la responsabilité:

Quant à l'indication opératoire :

Mme X a consulté le Dr A. pour des douleurs à la hanche droite. Une radiographie réalisée le 20/01/2010 a démontré une coxarthrose droite modérée avec ostéophytose du cotyle et pôle supéro-externe de la tête fémorale.

Après avoir examiné l'imagerie, le Dr A. a proposé à Mme X d'intervenir chirurgicalement et de réaliser une arthroplastie totale de la hanche droite.

L'expert du FAM estime que l'indication opératoire n'est pas contestable.

Le FAM se rallie à l'avis de l'expert.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Avis du FAM en ce qui concerne la responsabilité:

Quant à la technique opératoire:

Le Docteur A. à procédé le 10/05/2010 à une arthroplastie de la hanche droite par voie antéro-latérale pour coxarthrose primitive.

Dans les suites opératoires, la patiente a développé des douleurs de la région trochantérienne.

Il convient ici de garder à l'esprit que tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétences et de sécurité conforme aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Dans chaque cas d'espèce, il convient donc de vérifier *in concreto*, si le dommage est imputable à la réalisation d'une complication non fautive ou si il résulte d'une erreur fautive du dispensateur de soins (faute médicale).

L'analyse du protocole opératoire ne révèle pas d'éléments objectifs qui pourraient être constitutifs de manquement dans le chef du chirurgien.

Les muscles péri-articulaires ont été préservés.

La patiente a développé une trochantérite dans les suites post-opératoire. Il s'agit d'un processus inflammatoire qui affecte la bourse synoviale du grand trochanter.

La littérature nous apprend que l'étiologie de cette pathologie est multiple.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Dans le cas d'espèce, l'expert précise que: « *les douleurs en questions pourraient être en relation avec une altération de la bourse péri-trochantérienne tout à fait banale, des plaintes dans la région trochantérienne après une arthroplastie de la hanche étant fréquente* ».

L'expert et le FAM considère que la pose de la prothèse a été accomplie comme l'aurait fait un dispensateur de soins normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Aucun manquement ne saurait être retenu dans le chef du prestataire de soins en partant simplement et uniquement du constat qu'une complication s'est réalisée.

En effet, la trochantérite constitue l'une des complications connues de ce type d'intervention. Les différentes investigations réalisées n'ont ainsi pas permis d'établir l'existence d'un acte contraire aux règles de l'art qui aurait pu causer cette complication.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Il n'est dès lors pas possible de retenir un acte à caractère fautif dans le chef du dispensateur de soins concerné.

Dès lors qu'aucune faute ne peut être retenue, l'examen du lien causale avec le dommage allégué est sans objet.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Quant à l'accident médical sans responsabilité:

Il convient en premier lieu de déterminer si les dommages de Mme X résultent bien d'une prestation de soins de santé.

Il ne peut exister d'incertitude quant au lieu causal entre la prestation de soins non fautives et le dommage allégué, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Les plaintes émises par la patiente ne peuvent pas être imputées avec suffisamment de certitudes à la prestations de soins envisagée. Il résulte de ce qui précède que le dommage subit par Mme X n'est pas en relation causale certaine avec une prestation de soins de santé de telle sorte que les conditions requises pour bénéficier du nouveau droit subjectif crée par la loi du 31 mars 2010 ne sont pas remplies en l'espèce.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

A supposer même qu'un lien causale puisse être démontré, encore conviendrait-il de constater que les conditions requises pour la reconnaissance d'un dommage anormal ne sont pas réunies.

Le dommage est anormal au sens de la loi lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible.

Dans le cas d'espèce, la survenue de douleurs dans la région trochantérienne dans les suites d'une arthroplastie totale de la hanche est un risque connu, qui dans l'état actuel de la science même à son niveau le plus élevé peut se réaliser malgré les mesures de précautions appliquées indépendamment de la qualité des soins prodigués et des aptitudes particulières des dispensateurs de soins intervenants.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

Le critère de dommage anormal doit également être analysé eu égard à l'état du patient et à son évolution objectivement prévisible.

La survenue de trochantérite dans les suites d'une arthroplastie totale de la hanche est une complication connue et documentée de telle sorte qu'elle est objectivement prévisible.

À l'égard de la patiente, l'expert indique que la situation observée est extrêmement banale et que les performances de marche sont correctes.

Considérant les éléments qui précèdent, il peut être conclu que le dommage concrètement subi et décrit ci-dessus n'est pas disproportionné par rapport à celui habituellement provoqué par une trochantérite.

3. CAS CLINIQUE

Illustration – Casus réel 2 suite

CONCLUSIONS:

Il ressort des informations communiquées par le demandeur et du dossier constitué par le FAM que *le dommage allégué par Mme X ne résulte pas d'une faute* qui aurait été commise par le Docteur A.

Par ailleurs, les conditions requises pour l'application de la notion d'accident médical sans responsabilité ne sont pas réunies.

4. CONCLUSIONS EVOLUTION DE LA RC (HVL)

La notion de la RC a évolué:

- **Jurisprudence sur l'obligation de sécurité évolue favorablement pour les instituts de soins et s'éloigne de la doctrine française.**
- **Jurisprudence sur le consentement évolue en faveur du patient puisqu'on s'achemine vers une obligation du prestataire de prouver qu'il a donné les informations utiles et qu'elles aient été comprises.**
- **Création de FAM.**

4. CONCLUSIONS EVOLUTION DE LA RC (HVL)

En quelques mots, nous ne pouvons que répéter que le système actuel est particulièrement complexe et que l'instauration du FAM a apporté une dose de complexité supplémentaire.

Il faut bien garder à l'esprit que le FAM n'est pas seulement destiné à indemniser les aléas thérapeutiques suivant certaines conditions mais aussi à accompagner le patient qui met en cause la responsabilité d'un prestataire de soins. Il est d'ailleurs symptomatique que le premier volet des expertises et des décisions du FAM a trait à la question des responsabilités.

Pour un médecin, recevoir un courrier du FAM doit être assimilé dans le système qui est le nôtre à une mise en cause de sa responsabilité.

Actuellement, ce système est perçu comme un malheureux détour, qui n'améliore ni la situation des victimes, ni des médecins, ni des assureurs. Nous aurions souhaité pouvoir dire que le système fonctionne à la satisfaction de tous, mais nous devons plutôt constater – et regretter – qu'il fonctionne à l'insatisfaction de tous.

4.CONCLUSIONS

