



Rapport d'activité MACSF - Le Sou Médical

Le risque des professionnels de la santé en 2010



RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE
ET PROTECTION JURIDIQUE



3^{ème} CONGRÈS DE La Prévention Médicale

26 & 27 JANVIER 2012



SOUS LE HAUT
PATRONAGE DU

Mobilisons-nous !



L'erreur médicale, Mythes et Réalités

Les erreurs médicales existent et sont de moins en moins tolérées dans notre société du risque zéro. Pourtant l'erreur médicale et ses conséquences souvent très douloureuses humainement, socialement et économiquement sont la plupart du temps évitables.

Ce 3^{ème} congrès de la Prévention Médicale est ouvert à tous ceux qui se sentent concernés par cette question : professionnels de la santé, établissements de soins, industries, associations de victimes... Des conférences plénières et des sessions thématiques seront autant d'occasions de dialoguer autour de la réduction des risques d'erreurs médicales.

CONTACT

Comité scientifique

Professeur René Amalberti, Secrétaire scientifique :
email : rene.amalberti@prevention-medicale.org

Contact exposants

Georges Assouline, Direction Commerciale :
email : georges.assouline@prevention-medicale.org
Tél : (00 33) 01 71 23 84 88
Tél : (00 33) 06 63 53 36 63

AVEC LA PARTICIPATION DE LA



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement



11, rue Brunel - 75017 Paris
Tél. 01 71 23 82 51
www.prevention-medicale.org



Cnit
Paris La Défense
Un site VIPARIS

ÉDITORIAL

Un panorama unique en France

Marcel Kahn

4

C'est (presque) réglé !

Nicolas Gombault

5

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Rapport du Conseil médical du Sou Médical – Groupe MACSF sur l'exercice 2010

Dr. Catherine Letouzey

6

Anatomopathologie

7

Anesthésie

7

Biologie médicale

11

Cardiologie

11

Chirurgie

14

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

23

Dermatologie

25

Endocrinologie

26

Gynécologie et Obstétrique

27

Hépatogastro-entérologie

30

Médecine générale

33

Médecine interne

43

Médecine légale/Réparation juridique du dommage corporel

44

Médecine physique et de réadaptation

44

Médecine du travail

45

Médecine d'urgence

45

Neurologie

47

Ophtalmologie

48

Oto-rhino-laryngologie

52

Pédiatrie

55

Phlébologie - Angiologie

56

Pneumologie

57

Psychiatrie

57

Radiologie - Imagerie médicale

59

Radiothérapie et Oncologie

62

Réanimation

63

Rhumatologie

64

Stomatologie

65

Chirurgiens-dentistes

66

Sages-femmes

67

Infirmiers

68

Masseurs-kinésithérapeutes

69

Pédicures - Podologues

72

Autres

72

Vétérinaires

72

Cliniques

74

Centres de transfusions sanguines

77

DÉCISIONS DE JUSTICE

Rapport sur les décisions de justice et avis CRCl rendus en 2010

Béatrice Courgeon

78

PROTECTION JURIDIQUE

Rapport d'activité du Sou Médical – Groupe MACSF sur l'exercice 2010

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
TSA 40100
92919 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 3233



ÉDITORIAL

Marcel KAHN
Directeur Général
Groupe MACSF

Un panorama unique en France

Tous les ans, le groupe MACSF vous propose à travers le rapport d'activité du Sou Médical une analyse des litiges professionnels dont nous avons été saisi au cours de l'année. Ce panorama des différentes spécialités est unique en France et constitue une source d'information très précieuse sur la responsabilité civile professionnelle. Cette connaissance de vos métiers est le socle de notre expérience. Nous connaissons parfaitement chacune des activités médicales que vous exercez et notre offre répond précisément à vos besoins.

Spécialité par spécialité, ce rapport vous permet de prendre connaissance de cas concrets et réels, où le risque professionnel a donné lieu à un sinistre, le cas échéant suite à une erreur médicale. Pourtant, si le risque professionnel et l'erreur médicale existent bel et bien, ils ne sont pas une

fatalité. Nous croyons que le débat et l'échange peuvent concourir à réduire ce risque. C'est pourquoi, au delà de notre rôle d'assureur, nous accordons une grande importance à cette dimension responsable et prudente qu'est la mise en place d'actions de prévention.

A travers la revue « *Responsabilité* », nous diffusons tous les trimestres une information de qualité sur la formation sur la prévention du risque médical. Nous invitons au sein de nos pages chercheurs, médecins et spécialistes pour partager sur le risque médical et faire progresser la connaissance.

Partager et échanger sur le risque entre professionnels sera également l'ambition du prochain congrès de la Prévention Médicale. En fédérant le maximum de personnes concernées autour de ce thème, ce congrès

entend donner une nouvelle dimension à cette thématique aux multiples enjeux et ouvrir un espace privilégié de discussion où sont conviés les professionnels de santé, les associations de patients, les industriels du secteur, les laboratoires... sous le haut patronage du ministère de la Santé. Notre volonté est d'encourager les recherches, les travaux, et les innovations dans ce domaine, et de promouvoir une véritable politique de prévention des risques.

**Congrès de la Prévention Médicale :
L'erreur médicale, mythe et réalités.
26 et 27 janvier 2012, au CNIT (La
Défense – Hauts-de-Seine).
Inscriptions libres et gratuites :
www.congres-prevention-medicale.org**





Nicolas GOMBAULT
Directeur Général
Le Sou Médical – Groupe
MACSF

C'est (presque) réglé !

Lan dernier, nous soulignions l'absolue nécessité d'une réforme législative du régime de l'assurance de responsabilité civile médicale, marqué par des risques de ruine pesant sur les praticiens, tout d'abord pour les sinistres les plus lourds (risque d'épuisement de la garantie) et en second lieu pour les risques se déclarant de nombreuses années après les faits (risque d'expiration de la garantie). Ces préoccupantes difficultés sont en grande partie liées à une mutualisation insuffisante : les risques les plus importants sont concentrés sur la tête d'un nombre très faible de praticiens, pour lesquels les cotisations d'assurance deviennent insupportables, et la garantie minimum que les sociétés d'assurance doivent proposer aux praticiens n'est fixée qu'à hauteur de 3 millions d'euro, alors que quelques sinistres dépassent déjà le double de ce montant.

Les deux rapports rédigés par Gilles Johanet avaient laissé espérer une solution politique rapide. Rendons hommage à Xavier Bertrand qui a recherché, au terme de travaux parlementaires riches et ouverts, une solution pour régler de façon définitive cet épineux dossier.

Aboutissement de cette réflexion, la loi Fourcade a créé un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral. Le Conseil Constitutionnel a malheureusement censuré l'ensemble de ces dispositions, pour des motifs de forme, estimant qu'elles étaient sans lien avec

l'objet principal de la loi. Dans un communiqué du 4 août 2011, le ministère de la Santé a cependant précisé qu'elles seraient introduites dans les textes financiers pour 2012 et pourraient ainsi s'appliquer dès le 1^{er} janvier 2012.

Le fonds de garantie sera chargé de verser les indemnités dépassant les montants de garantie des contrats d'assurance, lesquels, a annoncé le ministre, devraient être tout prochainement relevés à hauteur de 8 millions d'euro. En pratique, l'assureur indemniserait jusqu'à 8 millions et au-delà, ce sera le fonds qui interviendra, sans recours possible à l'encontre du praticien. Ainsi, la coïncidence parfaite entre le nouveau plancher de garantie réglementaire et le seuil de déclenchement du dispositif de mutualisation supprime tout trou de garantie pour les sinistres à venir ; on peut simplement s'interroger sur l'intention du législateur qui, de façon surprenante, n'a pas supprimé l'article de la loi du 4 mars 2002 selon lequel, en cas d'épuisement de la garantie, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) doit intervenir, avec un recours contre le praticien...

Parallèlement, le ministre a annoncé une révision du barème de l'aide financière à la souscription du contrat d'assurance. Ce fonds, qui devrait être géré par la Caisse centrale de Réassurance, sera alimenté par une contribution forfaitaire à la charge des professionnels de santé libéraux, dont le montant – fixé par décret – pourra être modulé en fonction de la profession exercée.

C'est donc cette contribution, perçue par les sociétés d'assurance et aussitôt reversée au fonds, qui va permettre de mutualiser le risque.

Deuxième réforme intervenue : l'amélioration de la problématique liée à l'expiration des garanties, qui avait jusque-là été traitée de façon très partielle par le législateur. Dorénavant, en cas de condamnation à la suite d'une plainte tardive contre un chirurgien, un anesthésiste, un obstétricien ou une sage-femme, régi par la convention et exerçant dans un établissement, et alors que la garantie du contrat d'assurance est expirée, c'est l'ONIAM qui indemniserait la victime, sans recours possible, et ce quelle que soit la nature de l'accident médical (seuls étaient auparavant concernés les accidents de naissance).

Le texte de la loi est par ailleurs complété par un certain nombre d'outils d'harmonisation de l'indemnisation du dommage corporel, que nous commenterons à d'autres occasions.

Cette réforme, qui devrait donc prendre effet au 1^{er} janvier 2012 sous réserve de sa reprise dans les textes financiers à venir, apportera des solutions majeures qui ne peuvent qu'être approuvées. Nous regretterons seulement qu'elle ne s'applique pas au stock des sinistres en cours, certains dossiers pouvant eux aussi, à la suite d'aggravations, dépasser le seuil des 8 millions d'euros.

Depuis plusieurs années, chaque numéro trimestriel de Responsabilité comporte un supplément qui présente, dans la quasi-totalité des spécialités, les décisions rendues par les juridictions civiles et pénales, et par les CRCI dans les affaires de responsabilité civile professionnelle gérées par le Sou Médical - Groupe MACSF. Ainsi, les suppléments des quatre numéros de l'année 2011 détaillent les décisions rendues en 2009.

Rapport du Conseil médical

Ils sont en ligne sur le site Internet de la MACSF :

www.macsf.fr.

N'hésitez pas à les consulter !

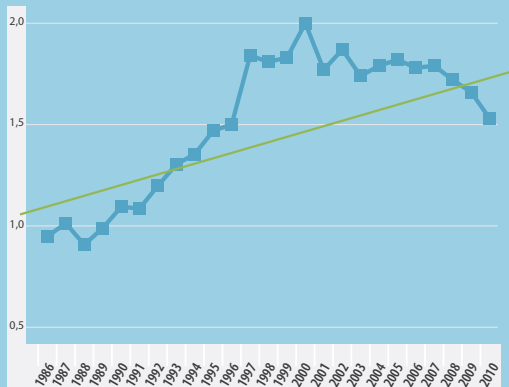
Dr Catherine LETOUZEY

Médecin conseil
Le Sou Médical – Groupe
MACSF

MACSF – Le Sou Médical sur l'exercice 2010

Sinistralité des médecins tous exercices et spécialités confondus

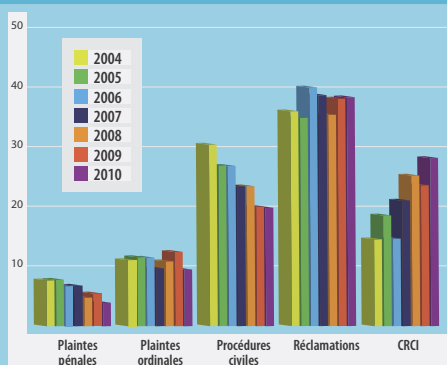
1986 à 2010 (a)



(a) Déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires.

Déclarations des dommages corporels auprès des médecins

2010



En 2010, le Sou Médical – Groupe MACSF a couvert en responsabilité civile professionnelle **370 501** sociétaires. Ceux-ci ont adressé **3 441** déclarations, dont **183** concernant des dommages matériels. La sinistralité correspondante est de 0,93 déclarations pour 100 sociétaires (1,06 % en 2009).

Pour les **119 864** médecins sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié), **1 831** déclarations ont trait à des dommages corporels et **146** à des dommages matériels. La sinistralité est de 1,53 pour 100 sociétaires médecins (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié) (1,66 % en 2009) (1 831/119 864). Pour les 75 183 sociétaires libéraux exclusifs et ayant une activité en secteur privé hospitalier, 1 716 déclarations ont trait à des dommages corporels. La sinistralité en exercice libéral est de **2,28 %** (2,56 % en 2009).

Ces 1 831 déclarations d'accidents corporels concernant des médecins ont fait l'objet de la part des malades ou de leur entourage de **72** plaintes pénales, **174** plaintes ordinaires, **364** assignations en référé (civiles ou administratives), **704** réclamations (orales, écrites ou par mandataire) et de **517** saisines d'une Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI).

Ces chiffres ne prennent en compte que la déclaration initiale : par exemple, une réclamation peut se transformer ultérieurement en une assignation en référé, une saisine d'une CRCI, voire en une plainte pénale et/ou ordinaire. Les **25 616** chirurgiens-dentistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF et du contrat groupe CNSD ont adressé **1 087** déclarations en 2010, soit une sinistralité de **4,24 %** (contre 4,28 % en 2009).

Les déclarations concernant les cliniques (77 cliniques, 207 déclarations) font l'objet d'une rubrique distincte.

ANATOMOPATHOLOGIE

Les anatomopathologistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **13** déclarations (tous en exercice libéral) : 4 procédures civiles, 5 réclamations et 4 saisines d'une CRCI.

■ Interprétation (8)

Cytologie et histologie mammaire (4)

- Cytoponction (2)

- D'une tuméfaction mammaire, interprétée comme bénigne (kyste galactophorique). Confirmation d'un cancer cinq mois plus tard, avec envahissement ganglionnaire. Erreur de repérage lors de la ponction à l'aveugle (par le gynécologue) ou d'interprétation ?
- D'un nodule mammaire suspect classé ACR 4. Suspicion d'adénocarcinome canalaire avec participation métaplasique épidermoïde. Infirmer le diagnostic après tumorectomie, l'analyse concluant à un papillome sclérosant avec hyperplasie canalaire. A la relecture de la cytoponction, confirmation par un référent de la présence de cellules glandulaires atypiques.

- Pièce opératoire (2)

- Biopsie mammaire concluant à un cancer canalaire infiltrant. Diagnostic de mastopathie porté sur la tumorectomie par un deuxième anatomopathologiste, puis nouvelle biopsie d'un nodule suspect dans le même sein six mois plus tard, confirmant un adénocarcinome. Auteur de l'erreur éventuelle ?
- Analyse d'une tumorectomie pour suspicion de cancer concluant à la bénignité sur de nombreuses coupes. Exérèse complémentaire de sécurité (tissu normal). Finalement, sur la recoupe du premier bloc, mise en évidence d'un petit carcinome canalaire infiltrant.

Divers (2)

- Mise en cause de deux médecins devant la CRCI (incompétente) pour « mauvais diagnostic de cancer du sein », sans précisions.

Frottis cervical (1)

- Six mois après un frottis considéré comme normal, découverte d'un cancer épidermoïde du col peu différencié stade III chez une femme de 38 ans. Pas d'erreur d'interprétation à la relecture.

Biopsie cérébrale (1)

- Biopsie interprétée comme une tumeur neuroépithéliale dysembryoplasique. Intervention chirurgicale deux ans plus tard, confirmant un gliome infiltrant de bas grade.

■ Organisation (5)

- Reprise chirurgicale avec exérèse plus large d'une lésion cutanée temporaire, du fait de la découverte d'un carcinome épidermoïde intra dermique. Résultat correspondant en fait à un autre patient (erreur de saisie du compte rendu).
- Non-réception de prélèvements cutanés extemporanés.
- Chez une femme de 40 ans, diagnostic de cancer porté sur un prélèvement bronchique, et confirmé à la relecture. Du fait d'une discordance avec le tableau clinique et radiologique, une étude ADN est demandée et confirme une erreur d'identité, le prélèvement appartenant de surcroît à un homme.
- Refus d'un patient de payer les honoraires de l'analyse d'une biopsie cutanée en faveur d'un cancer basocellulaire, au prétexte qu'il n'a pas été destinataire du compte rendu adressé au seul dermatologue, celui-ci ayant informé le patient du diagnostic. Condamnation du patient par le tribunal de proximité, un appel est en cours.
- Erreur d'interprétation d'un naevus. Diagnostic quatre ans plus tard d'un mélanome avec atteinte ganglionnaire chez une femme de 23 ans. Le compte rendu, non signé, porte l'identité du sociétaire absent au moment des faits.

ANESTHÉSIE

Les **4841** sociétaires anesthésistes réanimateurs du Sou Médical - Groupe MACSF ont adressé **200** déclarations (188 en exercice libéral et 12 en exercice salarié), soit une sinistralité de **18,2 %** en exercice libéral (contre 18 % en 2009) : 10 plaintes pénales, 26 procédures civiles, 7 plaintes ordinales, 93 réclamations et 64 saisines d'une CRCI.

■ Bris dentaire (75)

Dont : masque laryngé (5), lors d'endoscopies (5), lors de laryngoscopies, en salle de réveil.
Une intubation difficile prévue (8) ou non prévue (5) est soulignée lors de la déclaration. Un état antérieur existe le plus souvent. Parfois, la localisation ou le délai de réclamation rendent l'imputabilité douteuse...

■ Anesthésie générale (22)

Complication peropératoire (7)

- AG pour prothèse totale de hanche non cimentée chez un homme de 69 ans (hypertendu, valvulopathie

mitro aortique), ASA 2. Arrêt cardiaque brutal sur table en fin d'intervention (pas de changement de position, pas lié au ciment ou embolique). Echec de la réanimation. Décès, autopsie non contributive.

- AG après péridurale à visée antalgique chez un homme de 53 ans, en vue d'une néphrectomie. Bradycardie puis asystolie peu de temps après l'induction. Prise en charge par quatre praticiens, mais fibrillation ventriculaire irrécupérable. Autopsie demandée.

- Reprise à J 2, en urgence, d'une chirurgie bariatrique chez une femme de 43 ans, s'étant compliquée d'une plaie du grêle suturée. Découverte d'une autre plaie du grêle. Arrêt cardiaque d'étiologie incertaine peropératoire. Coma végétatif, décès à J 4.

- Chez un homme de 59 ans, AG pour rupture de la coiffe en position assise sous hypotension artérielle contrôlée. Arrêt circulatoire hypercapnique 20 minutes après l'induction, ayant récupéré en quelques minutes. Réveil lent. Infarctus cérébraux corticaux bilatéraux. Récupération partielle.

- AG pour éviscération à J 8 d'une colectomie chez un homme de 71 ans. Pas de reprise franche du transit, épisodes de vomissements. Inhalation de liquide gastrique à l'induction, SDRA, collapsus, insuffisance rénale. Évolution favorable.

- AG pour endoscopie digestive chez une femme de 62 ans (reflux gastro œsophagien, obésité). Ventilation au masque. Syndrome d'inhalation lors d'un épisode de toux, intubation. Sortie le jour même sans traitement et retour à la clinique dans la nuit, pour tableau de pneumopathie d'inhalation. Guérison.

- AG pour coloscopie, ventilation au masque. Signes de réveil au bout de 15 minutes, hypoxémie en lien avec un spasme glottique, facilement levé par corticoïdes et oxygène à fort débit. Au réveil, emphysème sous cutané et pneumopéritoine révélant une dilacération de la petite courbure gastrique, réparée chirurgicalement.

■ SSPI (5)

- Arrêt cardiaque en salle de réveil d'un homme de 42 ans, ASA 1, opéré d'une lipoaspiration sans problème peropératoire. Coma anoxique et décès à J 2.

- Patient de 75 ans, ayant une coronaropathie chronique sévère (pontage coronarien non fonctionnel et fonction ventriculaire gauche altérée) opérée d'une prothèse totale de hanche sans incident peropératoire. Syndrome angineux en salle de réveil, puis infarctus. Décès à J 1.

- Tableau neurologique ayant fait évoquer une possible embolie gazeuse au décours d'une chirurgie de recalibrage lombaire chez un homme de 79 ans. Régression partielle des troubles après caisson hyperbare.

- Œdème pulmonaire a vacuo après appendicectomie en urgence chez un jeune homme de 18 ans. Évolution rapidement favorable. Les parents sont persuadés d'une erreur technique et suspectent la dissimulation d'une faute.

- Prise en charge en urgence d'un patient pour une ablation de drains migrés en intra abdominal. Aggravation de la symptomatologie infectieuse avec pneumopathie bilatérale, bradycardie hypoxique. Décès malgré une ventilation en pression positive.

■ Complication positionnelle (4)

- Paralyse radiale faisant suspecter un étirement plexique peropératoire chez une femme de 41 ans, opérée d'une abdominoplastie en décubitus dorsal, bras en abduction avec un angle inférieur à 90°.

- Paralyse radiale chez une femme de 43 ans, opérée d'une mammoplastie bilatérale, bras le long du corps. Pas de mobilisation peropératoire. Évolution favorable.

- Douleurs neuropathiques et impotence fonctionnelle du membre supérieur après chirurgie en deux temps (hystérectomie et implants mammaires par voie axillaire). Date d'apparition des troubles incertaine, aggravation semblant progressive. Imputabilité ?

- Cécité unilatérale gauche après reprise d'une arthrodèse rachidienne pour infection compliquée d'une brèche dure-mérienne (décubitus ventral, tête à droite). Étiologie ? Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

■ Complication précoce (5)

- Perforation du bas œsophage, découverte en post-opératoire chez une patiente opérée d'une Sleeve gastrectomie. Pendant l'anesthésie, difficulté de passage d'une bougie par l'IADE, pose d'une sonde gastrique par l'anesthésiste.

- Syndrome de stress post traumatique chez une patiente de 40 ans, ayant subi une chirurgie des cordes vocales sous AG avec curarisation. Curarisation prolongée, surveillance en réanimation. Sédation insuffisante ?

- Chez une femme de 81 ans, dysphonie laryngée après intubation facile, attribuée à une paralysie récurrentielle d'étiologie indéterminée, étant donné les suites immédiates simples. Deux laryngoscopies pour polypes de cordes vocales, puis déblocage de l'articulation crico aryénoïdienne.

- Défaut d'anesthésie hypothétique chez une femme opérée à plusieurs reprises d'abcès pelviens sur maladie de Crohn. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

- Kératite.

■ Anesthésie locorégionale (22)

Rachianesthésie (5)

- Ponction accidentelle du cône médullaire lors d'une intervention pour prothèse de genou chez une patiente de 60 ans, obèse. Hématome intra cône identifié en L1 L2 non extensif, sur un canal étroit. Pas d'indication chirurgicale. Syndrome de la queue de cheval a minima avec douleurs neuropathiques persistantes.

- Rachianesthésie unilatérale sans problème pour ménisectomie. Garrot de 30 minutes. Atteinte crurale à prédominance motrice, sévère, peu régressive. Hésitation sur l'origine radiculaire ou tronculaire.

- Rachianesthésie pour hygroma du genou chez un homme de 52 ans. Troubles neurologiques mal systématisés, essentiellement sensitifs, du membre inférieur dans le territoire crural. Licenciement pour inaptitude à la conduite.

- Lors d'un accouchement (2), geste compliqué de syndrome post PL avec céphalées persistantes au bout de quatre ans, lombalgies avec paresthésies d'un membre.

Rachi péridurale (1)

- Rachi péridurale combinée pour hystérectomie par voie basse. Radiculalgie S1 postopératoire, dont l'origine est discutée.

Péridurale (7)

- Dans le cadre d'un accouchement (6)

- Syndrome méningé et liquide purulent sans germe à J 2. Épidurite avec collection évacuée chirurgicalement. Évolution favorable.
- Péridurale dans le cadre d'un accouchement, parfois en urgence pour césarienne, complications de l'accouchement sans responsabilité a priori de l'anesthésiste (4).
- Plainte quatorze ans après les faits pour analgésie insuffisante au cours d'un forceps. Lombo sciatiques et troubles urinaires sans anomalie neurologique objective.

- Péridurale à visée antalgique (1)

- Avant AG pour néphrectomie (en décubitus latéral gauche, avec billot sur table « cassée »), chez un patient de 65 ans (tabagisme, dyslipidémie). Péridurale arrêtée le lendemain devant l'apparition d'un déficit sensitivo moteur asymétrique des membres inférieurs, prédominant à gauche, en partie régressif. IRM médullaire dorsale et du cône normale, en dehors d'un canal lombaire rétréci. Étiologie ?

Bloc (5)

- Bloc axillaire pour chirurgie de canal carpien chez une femme de 54 ans. Pas de problème technique. Hématome au point de ponction au creux axillaire et atteinte sensitive, partiellement régressive, dans le territoire radial.
- Bloc interscalénique avec AG pour prothèse d'épaule chez une femme de 81 ans. Atteinte initiale tritonculaire. Persistance d'un déficit sensitivomoteur complet radial.
- Bloc fémoral à visée analgésique après une AG pour transposition de la tubérosité tibiale chez une femme de 44 ans, sans incident. Troubles sensitifs à J 3 dans le territoire fémoral, avec fonte du quadriceps et atteinte parcellaire tronculaire à l'EMG .
- Bloc huméral. Complication du garrot (2 heures) sous forme d'une brûlure semi circonférentielle à son emplacement.
- Bloc sciatique tronculaire poplité installé par un confrère anesthésiste au décours d'une AG sans incident, chez une femme de 44 ans opérée d'une chirurgie complexe du pied. Cathéter périnerveux laissé en place 72 heures. Paralyse du sciatique poplité externe et algodystrophie.

ALR en ophtalmologie (4)

Dont :

- Complication à type de diplopie postopératoire.
- Mouvements intempestifs d'un patient, auxquels est attribué l'échec de la réintervention pour décollement de rétine.
- Ptôsis et blépharospasme bilatéral après chirurgie d'un œil chez un patient qui souhaitait une AG.

■ Consultation préanesthésique (4)

Dont :

- Patient de 85 ans, désireux d'une AG pour résection prostatique. Rachianesthésie possiblement difficile. Troubles neurologiques des membres inférieurs et troubles

sphinctériens persistants, sans hématome intrarachidien, sur canal lombaire étroit sévère.

- Absence d'exploration devant une hyperleucocytose et bandelette urinaire positive avant prothèse totale de hanche. Sepsis grave à J 2, en fait en lien avec un sepsis intra abdominal. Décès.
- Homme de 65 ans, ASA 1. Consultation en vue d'une chirurgie de varices. Geste sans incident. Mort subite à domicile, deux mois après.

■ Prise en charge préopératoire (4)

- Contestation de la commande, jugée inadaptée, de PFC pour déficit en facteur IX lors de la consultation préanesthésique par un confrère, en vue d'une arthroscopie du genou. Il est reproché d'avoir autorisé l'intervention alors que les produits n'étaient pas parvenus, (transfusion postopératoire) ainsi que la prescription d'HBPM pendant trois semaines par le chirurgien. Hémarthrose.
- Hématome péridural compressif à J 4 d'une chirurgie de hernie discale, favorisé par la prescription postopératoire à dose curative d'anticoagulants pour thrombose veineuse superficielle du membre supérieur, diagnostiquée la veille de l'intervention. Avis de l'angiologue, chirurgien informé.
- Arrêt cardiaque non récupéré avant ostéosynthèse du coude, différée chez un homme aux multiples pathologies. Il est reproché la prescription d'anxiolytiques du fait de l'insuffisance respiratoire et l'absence de transfert en soins intensifs.
- Prise en charge d'un choc anaphylactique sévère lors d'une antibioprophylaxie conforme. Séquelles neuropsychologiques.

■ Complication postopératoire chirurgicale (27 dossiers, 20 patients)

De nombreux dossiers concernent la prise en charge postopératoire, où interviennent souvent plusieurs anesthésistes (dont ceux qui ont assuré l'anesthésie de l'intervention), avec parfois un avis ponctuel. Leur mise en cause apparaît parfois « systématique ».

Il est également difficile avant l'expertise de savoir dans quelle unité le patient était hospitalisé au moment des faits (USI, réanimation...).

Dont :

Prise en charge critiquée d'une hémorragie en postopératoire (4)

- Après hystérectomie, état de choc dans la nuit. Réanimation avec transfusions massives, avant la reprise en urgence. Défaut de surveillance reproché au personnel infirmier. Décès.
- Après chirurgie prostatique sous anticoagulants. Difficultés de transfert, décès.
- Après hémipharyngectomie et curage cervical. Complication la deuxième nuit. Le sociétaire a assuré le postopératoire immédiat.
- Après plastie abdominale. Transfusions, infection à CMV ultérieure. Causalité ?

Sepsis après chirurgie abdominale (6)

Il est évoqué des retards à la réintervention, le retard de transfert (parfois différé faute de place) dans une autre unité, voire le retard de l'appel au chirurgien.

Des anesthésistes (6) sont secondairement mis en cause après décès d'un patient de 70 ans dans les suites d'une

prostatectomie compliquée de fistule et de survenue concomitante d'une perforation diverticulaire. Hospitalisation dans diverses unités, prise en charge critiquée notamment du sepsis. Un sociétaire chirurgien est également mis en cause.

Sepsis en chirurgie orthopédique (6)

Dont :

- Absence d'antibioprophylaxie lors d'une cure de hernie discale.
- Absence de traçabilité lors d'une ligamentoplastie.
- Participation à la prise en charge de l'infection (amputation après prothèse totale de genou).

Sepsis après chirurgies diverses (3)

■ Complication postopératoire non chirurgicale (16)

Retard diagnostique (1)

- D'une poussée de glaucome aigu par fermeture de l'angle (par un interne), l'anesthésiste ayant effectué la visite préanesthésique et l'AG pour chirurgie du rachis.

Prise en charge (12)

- AVC ischémique à J 1 d'une prostatectomie radicale, chez un patient de 74 ans hypertendu en arythmie. Défaut d'exploration préopératoire évoqué, malgré l'avis cardiologique demandé. Décès.
- Retard au diagnostic d'un AVC cérébelleux chez un homme de 57 ans, révélé à J 1 après un pic hypertensif. Le sociétaire a pris en charge l'AG sans incident pour chirurgie rachidienne et les prescriptions postopératoires.
- Chirurgie rachidienne chez une patiente de 73 ans, hypertendue, artéritique et coronarienne (anesthésie sans incident). AVC suite à une défaillance cardiaque à J 2.
- AVC par probable embolie paradoxale sur embolie pulmonaire chez une patiente de 81 ans, à J 5 d'une prothèse de genou sous prophylaxie antithrombotique. Le sociétaire était en charge de l'anesthésie et des prescriptions postopératoires.
- Récidive d'une hémorragie sous arachnoïdienne embolisée un mois auparavant, associée à un AVC ischémique (sous Plavix®), le lendemain d'une vitrectomie.
- AVC ischémique à J 7 d'une chirurgie palpébrale pour tumeur, qui avait nécessité un relais des anticoagulants (INR dans la cible thérapeutique).
- AVC à J 15 d'une colectomie (suites opératoires initiales et anesthésie prises en charge par le sociétaire) chez un polyvasculaire diabétique de 57 ans. Décès.
- Décès à J 2 d'un patient de 74 ans, présentant de lourdes comorbidités cardiaques et vasculaires, opéré d'une prothèse de hanche apparemment sans incident. Cause du décès probablement cardiovasculaire. Autopsie demandée. Il est reproché l'absence de surveillance en USI. Deux sociétaires sont mis en cause.
- Polypathologie et œnolisme possible. Syndrome confusionnel postopératoire dont il est reproché la prise

en charge. Fugue du patient, retrouvé deux jours plus tard dans les locaux de l'établissement. Décès au décours de la réanimation.

- Delirium tremens après ostéosynthèse sous rachianesthésie et décès d'une complication thromboembolique à J 3, malgré la prophylaxie.
- Chute au premier lever, trois heures après une coronarographie sous sédation. Surveillance en SSPI sans incident. Traumatisme cervical grave nécessitant une arthrodèse. Il est reproché l'absence de consignes postopératoires.

Iatrogénie (3)

- Chez un obèse de 72 ans sous corticothérapie, atteinte tendineuse (épaule, tendons d'Achille) après quinolones pour antibioprophylaxie en chirurgie oculaire prescrite selon le protocole du CLIN.
- Prescription postopératoire d'AINS chez une patiente prétendument allergique, sans lien avec le choc septique à J 2 sur désunion anastomotique colique.
- Injections d'aminosides poursuivies malgré la prescription de leur arrêt, du fait d'une insuffisance rénale. Syndrome vestibulaire.

■ Diagnostic/prise en charge lors de gardes (5)

- Chute en postopératoire. Retard diagnostique de deux jours, faute de radiographie, d'une fracture fémorale qui s'avère déplacée.
- Prise en charge en service de chirurgie, faute de place en médecine, d'une patiente de 66 ans après chute (polypathologies dont des troubles du rythme, insuffisance rénale avec troubles métaboliques, hyperkaliémie). Décès, cause ? Deux sociétaires sont mis en cause.
- Prise en charge en maternité d'une hémorragie gravissime de la délivrance, avant transfert au CHU. Décès d'une vraisemblable embolie amniotique.
- Prise en charge maternelle (AG et postopératoire) dans un contexte d'éclampsie, césarienne de sauvetage. Décès de la mère après transfert en réanimation, enfant bien portant.

■ Activité de réanimation (13)

- Participation à la prise en charge de complications postopératoires d'une chirurgie bariatrique, avant le transfert de la patiente en réanimation au CHU.
- Après chirurgie de remplacement valvulaire aortique chez un homme de 64 ans, reprise pour saignement. SDRA, décès. Deux sociétaires sont mis en cause.
- Coma toxique chez un schizophrène. Décès d'un SDRA.
- AVC chez un homme de 78 ans, parkinsonien, après prothèse totale du genou puis infections nosocomiales. Evolution vers un état de dépendance.
- Prise en charge en USI, avant et après reprise chirurgicale d'un hématome post angioplastie. Suture de l'artère fémorale, arrêt cardiaque sur hématome rétro péritonéal. Décès.

- Après quadruple pontage aorto coronarien chez un homme de 53 ans. Troubles du rythme rebelles. Décès.
- Hospitalisation pour douleurs abdominales (insuffisance hépatique et rénale, troubles du comportement, contexte infectieux). Collapsus en cours de réanimation, arrêt cardiorespiratoire deux heures plus tard. Cause du décès ?
- Après péritonite postopératoire par fistule colique anastomotique opérée à J 5, multiples complications d'un séjour prolongé en réanimation, dont une neuro-myopathie. Deux sociétaires sont mis en cause.
- Décès d'un patient au décours de multiples complications d'une transplantation bi pulmonaire. La famille reproche la conduite thérapeutique et des manquements éthiques.
- Prise en charge des complications en réanimation après une Sleeve gastrectomie. Epanchement pleural iatrogène par cathéter central jugulaire interne posé par confrère en préopératoire. Pneumopathie secondaire, puis à distance, paralysie du médian ou algodystrophie entraînant une impotence fonctionnelle du membre supérieur. Deux sociétaires sont mis en cause.

■ Cathéter (5)

- Monitoring d'une prostatectomie radicale percoelioscopique par cathéter artériel et sous-clavier. A J 1, hémithorax en rapport avec une plaie de la veine sous-clavière. Évolution favorable.
- Pose d'un cathéter jugulaire interne en vue d'une dialyse sur néphropathie diabétique. A J 2, choc septique et cellulite cervicale, collection médiastinale drainée chirurgicalement et thrombophlébite jugulaire sans endocardite. Séquelles ?
- Participation à la pose d'une chambre implantable (AG et contrôle radiologique). Effraction pleurale repérée après la première cure de chimiothérapie, migration probable.
- Phlébite superficielle après cathéter périphérique posé par IADE.
- Compression du membre supérieur après extravasation dans un cathéter périphérique posé par IADE. Surveillance avant décompression chirurgicale. Séquelles.

■ Expertise (2)

- Manquement à l'éthique.
- Non respect des obligations professionnelles.

■ Divers/déontologie (5)

- Mise en cause par erreur (4).
- Propos jugés inadaptes.

BIOLOGIE MÉDICALE

Les biologistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **2** déclarations : 1 procédure civile, 1 réclamation.

- Prélèvement veineux chez un enfant de 10 ans. Hématome au point de ponction. Impotence fonctionnelle du membre supérieur.
- Sérologie HVC avant insémination intra-utérine sous stimulation ovarienne, décidée « en urgence » du fait d'un follicule à un bon stade de maturité chez une femme de 45 ans, et annulée du fait d'une sérologie positive de l'hépatite C (contrôlée avec la même méthode à deux jours d'intervalle). Il est reproché l'annonce du résultat par une laborantine en présence du mari dans le couloir, « le manque d'humanité » du biologiste et une erreur technique, la recherche de l'ARN viral par PCR étant négative.

CARDIOLOGIE

Les **3 980** sociétaires cardiologues du Sou Médical -Groupe MACSF ont adressé **55** déclarations (53 en exercice libéral dont 3 en activité privée du secteur public et 2 en exercice salarié), soit une sinistralité de **1,9 %** en exercice libéral (contre 3,4 % en 2009) : 1 plainte pénale, 10 procédures civiles, 3 plaintes ordinales, 12 réclamations et 29 saisines d'une CRCI.

■ Conduite diagnostique (5)

- Consultation d'un homme de 71 ans, douze jours après une hospitalisation pour fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque, en état stable. Le compte rendu d'hospitalisation reprend le résultat d'un scanner (pour suspicion, non confirmée, d'embolie pulmonaire) mentionnant « une exploration de l'aorte thoracique insuffisante ». Un mois plus tard, appel au Samu pour douleur thoracique, qualifiée de douleur pariétale aux urgences du CHU. Retour à domicile. Dissection aortique étendue jusqu'aux iliaques, diagnostiquée 12 heures plus tard. Décès après chirurgie en urgence.
- Consultation « en urgence » à la demande du généraliste d'une femme de 52 ans, sportive, pour hypertension et céphalées récentes. Instauration d'un traitement et prescription d'un bilan. Accident ischémique régressif le lendemain et aphasie trois jours plus tard, révélant une occlusion sur dissection de la carotide interne.
- Un homme de 49 ans, sportif de haut niveau, reproche l'absence d'échographie cardiaque dans le bilan d'une dyspnée d'effort, de dorsalgies et d'une tachycardie sinusale en complément de l'épreuve d'effort (maximale négative) et du holter rythmique (normal) prescrits. Diagnostic quatre mois plus tard d'une cardiopathie dilatée en décompensation, à coronaires normales.
- Échographie avant chirurgie cardiaque curatrice chez un enfant d'un an, dans le cadre d'une cardiopathie congénitale complexe découverte en anténatal, ayant bénéficié d'une prise en charge optimale en néonatalogie et d'un suivi collégial. Décès postopératoire. Il est reproché une sous-estimation d'une hypertrophie ventriculaire droite majeure, constatée à l'autopsie.

- Consultation préopératoire d'un homme de 65 ans (éthylique et tabagique) avant chirurgie de varices. Segment ST un peu raide en latéral et échographie normale. Décès six semaines après l'intervention (sans incident), de cause inconnue.

■ Prise en charge (25)

Consultation (8)

- Prescription d'une échographie à la Dobutamine pour récurrence d'angor chez un patient de 80 ans, coronarien sévère avec sténose connue de l'IVA. Geste réalisé par un confrère (administration d'atropine), compliqué de rétention urinaire. Sondage et septicémie sur hydronéphrose ancienne. Hémorragie digestive de stress. Deux sociétaires sont concernés.
- Prescription de scintigraphie à la Persantine après refus de la coronarographie chez un médecin de 72 ans, suivi pour hypertension, présentant un angor de novo. Lors de la réalisation du geste par un confrère, modification électrique, angioplastie en urgence mais thrombose coronaire et décès. Un sociétaire médecin nucléaire est également mis en cause.
- Diagnostic d'infarctus semi récent chez un homme de 63 ans, venu en consultation en urgence pour une douleur thoracique depuis le matin. Conseil de se rendre par ses propres moyens aux urgences de l'hôpital, distant de 200 m et prévenu par téléphone. Transfert secondaire pour angioplastie, avec des suites favorables. Plainte pour non assistance à personne en danger.
- Prescription d'un traitement par IEC, bêtabloquants et diurétiques chez un homme de 43 ans, pour cardiopathie hypertensive et hypertrophique diagnostiquée à l'occasion d'une dyspnée. Découverte d'une insuffisance rénale sévère sur le bilan biologique fait le lendemain. Refus d'hospitalisation par le patient. Dix jours plus tard, demande du généraliste d'avancer le rendez-vous prévu pour tenter de le convaincre. Décès dans la nuit.
- Bilans cardiologiques répétés chez un homme de 51 ans, hypertendu, dans le cadre de la prévention primaire. Pas d'anomalie en dehors d'un cholestérol limite. Accident vasculaire cérébral par probable dissection carotidienne. Hémiplégie. Il est reproché l'absence de prescription de statines.
- La famille d'une patiente, décédée au décours d'un remplacement valvulaire pour rétrécissement aortique serré avec épisodes d'œdèmes pulmonaires, reproche l'indication chirurgicale et s'interroge sur le choix de la voie classique par rapport à la voie percutanée (TAVI).
- Enfant de 15 mois, porteur d'une cardiopathie complexe découverte en anténatal et confié à un chirurgien référent pour une intervention. Anoxie cérébrale et lourdes séquelles. La famille reproche de ne pas avoir été suffisamment informée sur les possibilités chirurgicales, et de ne pas avoir rencontré l'opérateur avant l'intervention.

Centre thermal (1)

- Suivi de longue date d'un patient diabétique de 58 ans pour artérite des membres inférieurs (amputation

métatarsienne gauche, ostéite d'un orteil droit). Injections sous cutanées de gaz thermal (membre inférieur droit) pendant une cure. Il est reproché la survenue d'une infection cutanée.

Hospitalisation (16)

- En service médical ou chirurgical (6)

- Mise en cause de praticiens ayant pris en charge une patiente de 77 ans, sous anticoagulants pour une pancréatite non lithiasique. A la sortie de réanimation, constatation d'un gros bras, en fait dû à un hématome (traumatisme ? contention ?), drainé chirurgicalement. Persistance d'une paralysie et impotence. Avis ponctuel de trois cardiologues (demande d'examens, dont un doppler normal au début des troubles, signature du compte rendu de sortie...). Trois sociétaires cardiologues sont concernés. Un sociétaire réanimateur et un sociétaire rhumatologue sont également mis en cause.
- Homme de 81 ans, pris en charge pour une coronaropathie aiguë, puis transféré dans un autre hôpital pour une coronarographie le lendemain d'une chute. Hématome sous dural aigu découvert à l'arrivée, évacué chirurgicalement. Suites favorables. Plainte ordinaire contre le chef de service, pour dysfonctionnement « connu » de son unité et défaut de prise en charge.
- Patiente de 66 ans, vue en urgence un samedi matin à J 2 d'une cholécystectomie, dans un contexte de pleurésie explorée un mois avant l'intervention (scanner non contributif). Echographie en faveur d'une cardiopathie dilatée. Amélioration sous traitement, mais réaggravation amenant à découvrir une embolie pulmonaire bilatérale. Décès deux jours après le diagnostic.
- Patient cirrhotique de 54 ans, examiné à l'admission pour douleur thoracique, fièvre et douleur du mollet avec doppler excluant une phlébite. Hématome évoluant vers une fasciite. Décès par décompensations multiples. Un sociétaire radiologue, pneumologue et la clinique sont également mis en cause.

- Réanimation ou USIC (10)

- Homme de 19 ans, hospitalisé pour une récurrence de pneumopathie, vu par cinq médecins en quelques heures. Découverte sur échographie, demandée par l'anesthésiste avant une fibroscopie, d'une aorte ascendante dilatée à 52 mm en bulbe d'oignon, d'une insuffisance aortique grade 3 et d'un minime épanchement péricardique. Surveillance en soins intensifs et scanner envisagé pour le lendemain. Décès dans la nuit. A posteriori, maladie de Marfan méconnue à la date des faits.
- Séjour en soins intensifs pour lésions tritronculaires ayant bénéficié d'angioplasties, après discussion collégiale, chez un homme de 76 ans. Omission de la prescription d'antiagrégants sur l'ordonnance de sortie (dictée imparfaite du compte rendu, non relevée lors de la signature de l'ordonnance). Arrêt cardiaque six jours plus tard sur thrombose de stents et infarctus. Décès.
- Chirurgie de remplacement valvulaire chez une femme de 68 ans, surdosage en anticoagulants (calciparine), non repéré sur le bilan demandé pendant quatre jours

et ayant favorisé la constitution d'un hématome du psoas. Paralyse séquellaire.

- Chirurgie de remplacement valvulaire chez une femme de 67 ans. Réhospitalisation pour suspicion de thrombose de valve ou d'endocardite à J 45. Discussion collégiale d'une thrombolyse, pratiquée en réanimation par le sociétaire, sans la notion d'hémocultures positives à staphylocoques sur des prélèvements datant de huit jours, « transmis » en chirurgie cardiaque et non vus.
- Prise en charge d'une endocardite après remplacement valvulaire (puis ablation de flutter et pace maker) initiée dans un autre service. Antibiothérapie comportant de la Gentalline, puis suivi en clinique. Surveillance trop lâche des taux résiduels pendant huit jours, alors qu'une insuffisance rénale progresse. Toxicité vestibulaire persistante à l'arrêt du traitement. Trois sociétaires sont concernés.
- Prise en charge d'une femme de 50 ans (trisomie, cardiopathie congénitale opérée, suivie de longue date par le cardiologue) lors d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque sur sténose mitrale. Choc septique, rupture de cordage sur endocardite et décès d'un choc cardiogénique réfractaire. Le cardiologue a également assuré la prise en charge pendant certaines gardes.
- Prise en charge, en tant que cardiologue traitant et en garde, d'un homme de 54 ans aux antécédents de remplacement valvulaire, hospitalisé pour œdème pulmonaire lésionnel et surinfection bronchique. Il sera tardivement diagnostiqué une rupture de cordage mitral par échographie trans œsophagienne, faisant évoquer une endocardite. Décès dans un tableau de défaillance multiviscérale.
- Suites compliquées d'une chirurgie bariatrique. Prise en charge après transfert et réintervention pour péritonite dans un tableau de SDRA pendant quelques jours, avant un transfert tertiaire vers un CHU, où la patiente sera réopérée, en choc septique d'une fistule gastrique. Un sociétaire interniste et des sociétaires anesthésistes sont également mis en cause.

■ Geste technique (23)

Coronarographie (4)

- Par voie fémorale, chez une femme de 77 ans, compliquée d'un hématome au point de ponction avec doppler rassurant. Réhospitalisation quelques heures après la sortie pour hémorragie (volumineux hématome drainé avec suture artérielle). Quelques troubles sensitifs séquellaires.
- Par voie humérale, avant chirurgie d'un anévrisme de l'aorte chez un homme de 68 ans, aux antécédents d'angioplastie coronaire. Accident vasculaire cérébral ischémique massif immédiat, intubé et ventilé. Difficultés de transfert, faute de disponibilité de structures d'accueil. Abstention de thrombolyse in situ à H 6 et décès à J 4.
- Par voie fémorale, chez une femme de 78 ans, compliquée d'un méléna sous anticoagulants. Décès.
- 48 heures après une coronarographie chez une femme de 77 ans, septicémie à staphylocoque responsable de la colonisation d'une fracture de l'épaule, survenue avant l'hospitalisation. Pseudarthrose, pontage différé. Le rôle du cardiologue semble s'être borné à la rédaction du compte rendu de sortie.

Angioplastie (7)

- Angioplastie complexe de l'artère fémorale et fibrinolyse in situ sur thrombose de pontage ilio poplité par un confrère chez un patient de 56 ans. Récidive ischémique quelques heures plus tard, pendant la garde du sociétaire. Conseil téléphonique du confrère d'une nouvelle fibrinolyse,

puis tentative de désobstruction avant appel du chirurgien vasculaire. Ischémie colique et paralysie bilatérale de SPE, unilatérale du SPI. Il est reproché un retard thérapeutique.

- Angioplastie coronaire par voie fémorale chez un homme diabétique de 76 ans, avec fermeture percutanée (starclose). A J 2, fièvre dans un contexte d'infection bronchique. Monothérapie antibiotique adaptée au germe, retrouvé sur les hémocultures et sortie. Infection sur prothèse totale de hanche posée six mois auparavant (lien de causalité ?). Décès du patient lors du remplacement prothétique. Il est reproché un traitement inadapté.
- Angioplastie coronaire chez un homme de 62 ans, compliquée d'une dissection coronaire. Difficultés à mettre en place les stents. Décès le soir même d'un infarctus avec troubles du rythme ventriculaire. La famille critique notamment l'information.
- Angioplastie lors d'une coronarographie de contrôle d'un triple pontage. Embole calcifié de l'artère centrale de la rétine, cécité monoculaire. Scanner cérébral immédiat et conseil téléphonique demandé à l'ophtalmologiste, qui se déplace le lendemain. Il est reproché la gestion de la complication.
- Angioplastie de l'IVA par voie fémorale avec fermeture percutanée (angioseal), compliquée trois jours plus tard d'un faux anévrisme surinfecté à staphylocoque. Il est également reproché la prise en charge hospitalière de la complication, avec multiples interventions et allogreffe fémorale. Evolution favorable. Deux sociétaires sont concernés.
- Angioplastie pour angor instable chez un patient de 74 ans, aux antécédents de pontages itératifs. Bon succès primaire. Désorientation avec agitation postopératoire et multiples chutes. Appel nocturne de l'infirmière à un médecin de garde, non identifié, qui ne s'est pas déplacé (trois praticiens étaient de garde, dont le cardiologue). Diagnostic le lendemain d'un hématome sous dural avec effet de masse. Coma et décès. Il est reproché le diagnostic tardif de la complication.

Pace maker (7)

- Triple chambre, chez un homme de 61 ans, compliqué après le transfert à l'hôpital d'un hématome sur surdosage en anticoagulants au moment du relais avec les anti-vitamines K. Endocardite et décès.
- Double chambre pour BAV 2 symptomatique, chez une femme de 55 ans aux antécédents de radiothérapie sur cancer du sein, compliqué de tamponnade à J 3, drainée en urgence et d'évolution favorable.
- Double chambre chez un homme de 73 ans, compliqué de septicémie à staphylocoque (sans endocardite) nécessitant l'explantation puis la réimplantation d'un défibrillateur.
- Double chambre avec défibrillateur chez un homme de 54 ans, avec repositionnement de sonde à deux reprises en milieu hospitalier. Suivi en ville pour multiples plaintes fonctionnelles, n'ayant pas disparu malgré la désactivation du pace maker.
- « Complicé » d'endocardite, neuf mois après l'implantation (sans infection de la loge) chez un diabétique insulino-dépendant, porteur d'un mal perforant plantaire et amputé d'orteils avant et après le geste. Il est également reproché l'indication (BAV 2).
- Remplacement d'un pace maker avec fonction de défibrillation supplémentaire chez une femme de 68 ans. Trois ans plus tard, chocs électriques inappropriés avec fracture de sonde (retirée depuis du marché). Puis septicémie à entérobactéries après changement de matériel, et mort subite trois mois plus tard, précédée d'une décharge électrique.

- Remplacement de pace maker sur antécédent de remplacement valvulaire réalisé par un confrère. Hospitalisation gérée par le sociétaire, sans complication. Huit jours plus tard, hématome et déhiscence de la cicatrice, infection de la loge de pacemaker qui est remplacé. Évolution favorable.

Ablation par radiofréquence (1)

- Ablation par radiofréquence chez un homme de 49 ans, après des épisodes récidivants de fibrillation auriculaire malgré le traitement et les cardioversions. Diagnostic difficile d'une fistule entre l'oreillette et l'œsophage après nécrose transmurale de celui-ci. Endocardite avec AVC et décès. Il est également reproché un défaut d'information. Deux sociétaires sont mis en cause.

Echographie trans œsophagienne (3)

- Echographies transœsophagiennes (3) associées à des chocs électriques externes (2) et compliquées de bris dentaires. Il est également reproché dans un cas la récurrence de la fibrillation, chez une femme de 86 ans.

■ Déontologie (2)

- Évocation du résultat positif d'une sérologie HIV lors d'une conversation dans le couloir avec les infirmières. Le patient de 38 ans et sa femme ont surpris la discussion et appris le résultat à cette occasion. Violation du secret médical.
- Patient non revue depuis deux ans. Appel téléphonique et conseil de se rendre aux urgences de la clinique. Attente de la visite du cardiologue quelques heures (bilan fait par urgentiste). Décision de transfert vers le CHU pour dialyse. Patient mécontent, refusant le transfert. Sortie contre avis médical. Pas de complications.

CHIRURGIE

Les **2 378** sociétaires du Sou Médical - Groupe MACSF ont adressé **228** déclarations (217 en exercice libéral dont 26 en activité privée du secteur public et 11 en exercice salarié), soit une sinistralité de **39 %** en exercice libéral exclusif et de **5,9 %** pour l'exercice en secteur privé hospitalier : 4 plaintes pénales, 44 procédures civiles, 8 plaintes ordinales, 63 réclamations et 109 saisines d'une CRCI.

Chirurgie générale et viscérale (37)

■ Conduite diagnostique et thérapeutique (6)

- Retard diagnostique d'une appendicite au stade de péritonite généralisée chez un adolescent de 14 ans, sous surveillance hospitalière plusieurs jours avant l'intervention. Réinterventions pour abcès intrapéritonéaux.
- Prise en charge d'une patiente de 48 ans pour occlusion en rapport avec un cancer du colon gauche. Décision de mise en place d'une prothèse colique, réalisée par un gastro-entérologue. Perforation diagnostiquée dans les suites immédiates. Colostomie puis, quinze jours plus tard, colectomie gauche emportant la colostomie et la tumeur. Suites difficiles, avec à J 2/J 3 une réintervention pour fistule anastomotique. Persistance d'une défaillance hémodynamique. Décès en réanimation dans un tableau de choc septique.
- Prise en charge d'une maladie de Crohn sévère d'une femme de 23 ans, compliquée d'un abcès abdomino pelvien en voie de fistulisation à la paroi. Drainage, antibiothérapie et suivi gastro-entérologique. Évolution ultérieure non connue. Les griefs concernent un défaut d'anesthésie (un sociétaire anesthésiste est également mis en cause), la lente évolution vers la fermeture de la fistule et la récurrence d'un abcès, motivant une réintervention.
- Hospitalisation en urgence d'un patient de 58 ans, traité pour une maladie de Crohn (antécédent de colectomie droite). Doute entre une occlusion du grêle, évoquée par le scanner, et une poussée de maladie de Crohn. Intervention le lendemain : anse grêle ischémique et perforée, strangulée par une bride serrée, iléostomie. Évolution défavorable en réanimation et décès dans un tableau septique avec défaillance multiviscérale. Il est reproché un retard à l'intervention et une insuffisance de prise en charge médico chirurgicale.
- Sociétaire appelé en renfort pour la prise en charge d'une patiente ayant subi une hystéroscopie avec résection endoscopique de myomes utérins, puis une coelioscopie exploratrice en urgence du fait de douleurs abdominales et d'une chute tensionnelle avec arrêt cardiaque peropératoire, récupéré. Conversion en laparotomie pour hémopéritoine secondaire à une perforation du fond utérin, avec mise en évidence d'une perforation à 40 cm de la valvule iléo caecale. Il est reproché la décision d'iléostomie plutôt qu'une suture simple. Un sociétaire gynécologue obstétricien est également mis en cause.
- Décision d'intervention en urgence dans les suites d'une cholécystectomie faite par un confrère. Arrêt cardiaque préopératoire, décès (embolie pulmonaire ?).

■ Chirurgie gastrique et de l'obésité (8)

Chirurgie bariatrique (6)

- Gastroplastie par anneau modulable chez une femme de 19 ans, sous coelioscopie convertie en laparotomie en raison d'une déchirure de l'œsophage réparée. Fistule

postopératoire guérissant sous nutrition parentérale. Resserrage progressif de l'anneau et perte du poids souhaité. Patiente perdue de vue, puis réopérée ailleurs d'une migration intra gastrique de l'anneau, compliquée de péritonite. Colostomie semble-t-il définitive.

- Anneau gastrique mis en place pour obésité morbide. Ablation et dérivation biliopancréatique, sténose gastrique justifiant une gastrectomie distale, fistule du grêle.

- Dépose d'un anneau gastrique posé quatre ans auparavant et mal supporté, dans le but d'une Sleeve gastrectomie ultérieure chez une femme de 41 ans. Suites opératoires fébriles justifiant le maintien en hospitalisation. Sortie de la patiente contre avis médical à J 3. Diagnostic de fistule le lendemain, dans un autre établissement.

- Réalisation d'un by pass compliquée d'un hémopéritoine. Reprise par laparotomie, puis transfert en réanimation. Suites favorables mais persistance de sévères troubles psychologiques attribués à l'angoisse du séjour en réanimation. Il est reproché le retard à l'intervention pour hémopéritoine.

- Sleeve gastrectomie sous coelioscopie chez une femme de 29 ans. Fistule à l'origine d'un abcès sous phrénique, justifiant plusieurs interventions de mise à plat. Puis tentative d'assèchement de la fistule par prothèse œsophagienne, sans succès. Guérison finalement obtenue par une autre équipe, qui réalisera un ventousage de la fistule par une anse en Y.

- Prise en charge des complications d'une Sleeve gastrectomie chez une femme de 41 ans. Péritonite par perforation de l'estomac à J 8. Intervention difficile sous coelioscopie, complications successives de la réanimation (défaillance multiviscérale, neuromyopathie). Récupération lente et progressive, éventration médiane.

Hernie hiatale (2)

- Récidive d'une hernie hiatale opérée par coelioscopie, avec débricolage complet du précédent montage d'un confrère. Suites opératoires simples. Un an après, cholécystectomie pour cholécystite chronique. La patiente allègue une récurrence précoce de hernie hiatale non confirmée.

- Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire chez une femme de 61 ans, présentant de nombreux antécédents et notamment un reflux sur hernie hiatale traitée par IPP. Réalisation d'une cure concomitante de hernie hiatale. Suites marquées par des douleurs, rattachées à la cure de la hernie hiatale non réclamée par la patiente.

■ Chirurgie de la vésicule et des voies biliaires (3)

- Cholécystectomie coelioscopique chez une patiente de 67 ans, aux lourds antécédents, ayant bénéficié quelques semaines auparavant d'une sphinctérotomie pour lithiases cholédociennes. Nombreuses adhérences, mais intervention sans difficulté particulière. Transfert à J 2 au CHU pour une péritonite généralisée sur une perforation iléale d'une anse incarcérée. Résections intestinales itératives du fait de la nécrose ischémique. Défaillance multiviscérale et décès.

- Chez une femme de 32 ans, cholécystectomie coelio assistée sans incident, confirmant une cholécystite. Réintervention à J 2 dans un tableau d'hémopéritoine, confirmant un important hématome diffus sans saignement actif. Huit jours plus tard, réintervention pour abcès sous péritonéal volumineux et hématome du mésocolon, traité par colectomie segmentaire (ponction du méso colon par l'aiguille d'insufflation ?).

- Cholécystectomie et cure d'éventration compliquées d'abcès de paroi chez une patiente de 58 ans. Syndrome dépressif et aggravation de l'état oculaire (DMLA) imputés à ces suites difficiles.

■ Colectomie (6)

- Hémicolectomie droite chez une femme de 72 ans pour cancer, compliquée à J 2 d'un arrêt cardiaque brutal succédant à une phase de somnolence non expliquée. Décès (surdosage morphinique par défaut de surveillance de la pompe à morphine ? Cause cardiogénique ? embolie pulmonaire massive ?).

- Colectomie sigmoïdienne coelioscopique (en fait mini Pfannenstiel) chez une femme de 64 ans pour adénocarcinome. Suites simples, mais multiples récidives d'éventration (six interventions en trois ans).

- Résection recto sigmoïdienne sous coelioscopie chez un homme de 79 ans pour polype du rectum, inextirpable en endoscopie. Conversion en laparotomie et mise en place en fin d'intervention d'une iléostomie de décharge sur bague pour soulager les sutures. Surveillance partagée avec un confrère. Fistule anastomotique réopérée en urgence dans un climat de choc septique et de choc cardiogénique. Décès d'un probable infarctus du myocarde.

- Colectomie sigmoïdienne sous coelioscopie avec anastomose immédiate chez un patient de 74 ans. Intervention en urgence le lendemain pour péritonite stercorale généralisée, provoquée par une ischémie du fragment colique distal avec une ischémie du grêle. Nouvelle fistule du grêle nécessitant des réinterventions. Evolution défavorable deux mois après l'intervention initiale, avec décès imputable aux complications septiques.

- Colectomie transverse par laparotomie (le patient ayant refusé la coelioscopie) pour polype (dysplasie) chez un homme de 56 ans. Rétablissement immédiat de la continuité, suites opératoires simples. Réhospitalisation pour douleurs abdominales en rapport avec un résidu de lame, ôté une première fois par voie élective puis une deuxième fois par laparotomie.

- Rétablissement de la continuité digestive chez une patiente de 44 ans après colostomie iliaque, réalisée dans les suites d'une promontofixation coelioscopique par un autre opérateur, compliquée de plaie rectale. Suites apparemment simples.

■ Cure de rectocèle (1)

- Persistance ou aggravation de l'incontinence anale et possible névralgie pudendale.

■ Chirurgie pariétale (7)

Cure d'éventration (5)

- Cure d'une éventration par prothèse associée à un by-pass gastrique, chez une femme de 47 ans. Suites marquées par un abcès de paroi sur un orifice de trocart. Reprise sous coelioscopie, convertie en laparotomie du fait d'une infection de la prothèse retirée. Gastrostomie de décharge et remise en place de prothèse en vicryl. Nouvelle intervention, du fait de la migration intra jéjunale de la sonde de gastrostomie, puis syndrome septique sévère. Décès au décours de la dernière intervention pour toilette péritonéale, dans un tableau de choc septique, un mois après la première intervention.

- Cure d'une éventration épigastrique par coelioscopie chez un patient de 110 kg. Récidive précoce (à deux

mois) de l'événement, par arrachement des agrafes lors d'éternuements avec incarceration du grêle entre la plaque et la paroi. Réintervention avec nouvelle prothèse maintenue par des agrafes en titane. Récidive un an plus tard.

- Chez une femme de 48 ans, cures itératives (cinq interventions successives par plusieurs praticiens) d'une événement secondaire à une sigmoïdectomie pour sigmoïdite, raphies puis plaque.
- Cure d'événement chez une femme de 51 ans, aux nombreux antécédents de chirurgie abdominale, cinq mois après une hystérectomie totale. Oubli d'une compresse radio marquée, diagnostiquée trois ans plus tard.
- Chirurgie chez une patiente obèse, hypertendue et diabétique, décédée deux mois plus tard d'un syndrome d'Ogilvie. Un sociétaire gastro-entérologue et un sociétaire généraliste sont également mis en cause.

Hernie inguinale (2)

- Cure de hernie inguinale par la technique de Shouldice. Hématome testiculaire suivi d'atrophie testiculaire.
- Cure de hernie inguinale sous coelioscopie, convertie en raison d'adhérences importantes. Libération par voie ilio inguinale, suites un peu longues. Réclamation cinq ans plus tard en raison de douleurs résiduelles et d'une atrophie testiculaire.

Chirurgie proctologique (1)

- Fissure anale aiguë récidivante chez un patient de 35 ans. Sphinctérotomie avec exérèse de la fissure. Histologie concluant à une néoplasie intra épithéliale de haut grade. Suites marquées par une infection du site opératoire, se traduisant par une fistule anale dont le traitement a été réalisé par une autre équipe. L'exérèse de la lésion tumorale semble avoir été complète.

Chirurgie de la surrénale (1)

- Kystectomie sous coelioscopie de ce qui s'avérera être un lymphangiome kystique surrénalien. Hémorragie brutale postopératoire en salle de réveil. Réintervention immédiate par voie sous costale, transfusions et ligature de l'artère surrénalienne. Evolution favorable.

Chirurgie de la thyroïde (4)

- Chez un patient de 50 ans, thyroïdectomie totale pour goître volumineux, compliquée d'une discrète dysphonie. Décompensation d'un trouble bipolaire stabilisé depuis dix ans, attribuée à cette paralysie récurrentielle partielle.
- Thyroïdectomie totale pour goître nodulaire chez une patiente de 34 ans. Dysphonie postopératoire en voie d'amélioration.
- Thyroïdectomie totale pour goître hétéro multinodulaire confirmant la bénignité des nodules chez une patiente de 51 ans. Paralysie récurrentielle n'ayant pas bien récupéré. Troubles dépressifs, répercussion professionnelle.

- Thyroïdectomie totale pour maladie de Basedow difficile à équilibrer chez un enseignant de 43 ans. Paralysie récurrentielle persistante.

Chirurgie cardio vasculaire et thoracique (15)

Chirurgie thoracique (2)

- Lobectomie pulmonaire pour cancer chez un homme de 60 ans, compliquée d'un hématome. Hémostase par thoracotomie à deux reprises. Décès au bloc opératoire, avant une pneumonectomie de sauvetage dans un état septique grave.
- Lobectomie pulmonaire avec curage ganglionnaire pour une infection pulmonaire traînante. Confirmation d'un abcès pulmonaire. Reprise pour compresse oubliée. Suites simples.

Chirurgie cardiaque (5)

- Remplacement valvulaire aortique prévu chez un patient ayant un lourd état antérieur, et non réalisé du fait de la constatation peropératoire d'une aorte « porcelaine ». Septicémie à staphylocoque aureus et décès avant le geste envisagé de remplacement valvulaire percutané.
- Remplacement valvulaire aortique par valve mécanique chez un patient de 44 ans pour rétrécissement aortique serré. Arrêt cardiorespiratoire à J 2, possiblement sur choc septique, puis pneumopathie bactérienne. Après des suites favorables, épilepsie récidivante malgré la pose d'un pace maker pour bloc auriculo ventriculaire du 3^{ème} degré, et à l'origine d'une inaptitude professionnelle.
- Remplacement valvulaire aortique par une valve pour rétrécissement aortique très serré symptomatique chez un homme de 64 ans. Réintubation à J 2 pour détresse respiratoire et encombrement. Reprise opératoire à J 4 en raison d'une déglobulisation. Évolution vers une défaillance multiviscérale et décès à J 7. Des sociétaires anesthésistes sont également mis en cause.
- Remplacement valvulaire aortique avec mise en place d'une valve de Saint Jude et pontage saphène chez un patient de 68 ans (pontage mammaire interne gauche de l'IVA dix ans auparavant), pour un rétrécissement aortique très serré avec une sténose serrée dans le territoire circonflexe. Intervention délicate, compliquée d'une paralysie phrénique dans un contexte de BPCO. Dans les suites opératoires immédiates, troubles ventilatoires avec SDRA, pneumopathie nosocomiale, trachéotomie pendant un mois. Plastie d'une sténose trachéale. Aggravation de l'état respiratoire.
- Plastie mitrale (anneau) chez un patient de 48 ans pour insuffisance mitrale symptomatique évolutive. Allégation de la survenue d'un syndrome extra pyramidal de type parkinsonien au décours de cette chirurgie. Réapparition d'une fuite mitrale deux ans plus tard. Reprise chirurgicale envisagée.

■ Chirurgie vasculaire (8)

Chirurgie artérielle (6)

- Plaies de l'aîne et de l'épaule très hémorragiques avec fracas osseux, chez une patiente de 29 ans, blessée à bout portant par arme à feu. Réparation vasculaire axillaire artérielle et veineuse, parage inguinal. Décès rapide postopératoire, dans un tableau de troubles majeurs de la coagulation. Autres lésions découvertes à l'autopsie.
- Dissection de l'aorte descendante et abdominale, avec majoration progressive de l'hématome, chez une patiente de 42 ans. Remplacement aortique de la sous-clavière jusqu'à la bifurcation iliaque. Collection péri prothétique motivant la réalisation d'une ponction sous scanner, puis fistule aorto œsophagienne nécessitant une allo greffe aortique et une œsophagectomie avec rétablissement ultérieur de la continuité œsophagienne. Syndrome de Claude Bernard avec paralysie des cordes vocales et ptôsis.
- Cure d'anévrisme de l'aorte abdominale (55 mm) chez un patient de 59 ans par prothèse aorto bi fémorale. Hématome péri prothétique, drainage partiel puis surinfection. Ablation de la prothèse et réalisation d'une anastomose axillo fémorale dans un autre établissement. Nécessité d'une colostomie définitive au décours de cette dernière intervention.
- Revascularisation ilio fémorale chez un patient de 65 ans (au lourd passé de pontages aorto bi fémoraux, dilatations artérielles, thrombectomies...). Constatation peropératoire d'une thrombose prothétique, contraignant à un nouveau pontage aorto bi fémoral. Suites marquées par une nécrose colique avec fistule. Sigmoidectomie avec colostomie. Il est reproché un retard au diagnostic de l'infarctus mésentérique.
- Chirurgie du défilé costo claviculaire chez une patiente de 46 ans, opérée d'un syndrome du canal carpien, présentant une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur (résection de la première côte, neurolyse du plexus brachial, résection de brides tendineuses du scalène antérieur). Suites simples, avec récupération incomplète du côté opéré et décompensation d'un syndrome du défilé contro latéral, aboutissant à l'incapacité définitive.
- Sténose carotidienne gauche sévère à 75 % chez un patient de 70 ans, aux antécédents de lymphome cervical radiothérapé. Endartériectomie étendue, troubles de la phonation et fausses routes par atteinte du nerf hypoglosse et du nerf récurrent. Évolution chronique.

Chirurgie de varices (2)

- Crossectomie élargie et stripping de varices dans le creux poplité. Oubli d'une compresse retirée trois semaines plus tard.
- Crossectomie saphéno fémorale compliquée d'une cruralgie avec parésie crurale, d'un hématome avec écoulement prolongé au niveau du Scarpa. Exploration découvrant une compresse.

Chirurgie orthopédique (145)

■ Diagnostic (4)

- Chez une patiente de 80 ans, retard diagnostique d'un méningiome dorsal, révélé par des troubles de la marche responsables de plusieurs chutes avec fractures. Une IRM dorsale aurait été demandée, mais non réalisée.

Intervention en urgence devant la compression médullaire évidente.

- Retard diagnostique d'une fracture claviculaire associée à une luxation acromio claviculaire et à une fracture comminutive des os de l'avant bras, ostéosynthésée. Migration d'une broche, mauvais résultat et algodystrophie.
- Retard diagnostique d'une nécrose condylienne chez un patient obèse sous corticothérapie au long cours, opéré quelques mois auparavant d'une arthrolyse avec régularisation cartilagineuse d'une gonarthrose fémoro tibiale interne. Réintervention par un confrère.
- Absence de mention au patient d'une rupture de plaque d'ostéosynthèse (sans incidence sur une fracture du tibia consolidée).

■ Conduite thérapeutique (14)

- Avis demandé par téléphone à un chirurgien vasculaire pour un patient de 18 ans, souffrant d'une fracture complexe du genou avec lésions vasculaires réparées en urgence. Séquelles en rapport avec la gravité du traumatisme. Il est reproché l'absence de déplacement.
- Contestation du traitement médical et de surveillance de lésions inflammatoires digitales, dans les suites d'un panaris sur perionyxis unguéal. Évolution vers une suppuration avec ostéite de la phalange, nécessitant une reprise chirurgicale par un confrère.
- Immobilisation par résine d'une suspicion de fracture de fatigue après entorse de cheville. Synostose des os du tarse postérieur, opérée ultérieurement par un confrère, avec des suites compliquées.
- Prise en charge d'une fracture enfoncement du plateau tibial sans déplacement, plâtrée depuis trois semaines, après prise en charge par urgentiste. Constat d'un déplacement, maintien du plâtre jusqu'à consolidation. Nécessité d'une prothèse de genou six mois plus tard. Contestation de l'abstention chirurgicale initiale.
- Prise en charge adéquate d'une infection sur enclouage d'une fracture fémorale et d'une algodystrophie chez un sportif de haut niveau. Puis prise en charge au CHU pour ostéite. Séquelles.
- Prise en charge ponctuelle d'une pseudarthrose septique après ostéotomie.
- Intervention pour hernie discale, exclue le lendemain de la première visite chez un patient hospitalisé pour lombosciatique déficitaire depuis plusieurs jours, et suivi par un confrère attentiste. Séquelles et récurrence herniaire.
- Refus de prise en charge d'ongles incarnés chez un patient, non revu après la pose d'un neurostimulateur médullaire efficace, et qui avait publié un article critiquant le geste et la compétence du chirurgien.
- AVC ischémique trois semaines après une chirurgie d'épaule sans incident. Le patient incrimine la position opératoire et l'anesthésie locorégionale, à l'origine d'une migration d'une plaque athéromateuse.
- Phlébite ilio fémorale chez une patiente de 18 ans (sous contraception orale), un mois après une intervention de ménisectomie avec ligamentoplastie (attelle pendant trois semaines, appui autorisé). Pas de prescription d'anticoagulants au décours de l'intervention.
- Survenue d'une embolie pulmonaire au décours d'une prothèse de genou, sous anticoagulants à dose prophylactique.
- Décès de troubles du rythme cardiaque sur hyperkaliémie d'une patiente hospitalisée en chirurgie, faute de place en médecine. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Patient aux lourds antécédents cardiovasculaires. Ostéosynthèse d'une fracture fémorale, différée du fait du Plavix®. Suites opératoires marquées par une récurrence

d'infarctus (de diagnostic possiblement retardé) dans un contexte d'anémie non transfusée. Décès.

- Décès d'une patiente opérée d'une fracture fémorale, des conséquences d'une aplasie médullaire liée à une erreur de prescription de méthotrexate (à dose quotidienne et non hebdomadaire).

■ Chirurgie du membre supérieur (16)

Chirurgie de l'épaule (5)

- Réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs, initialement inefficace chez un patient de 36 ans, travailleur manuel déjà opéré d'une pathologie chronique. Détérioration après mouvement brusque. Réintervention par confrère avec mauvais résultat. Doléances multiples, invalidité.
- Chirurgie de la coiffe des rotateurs pour tendinite calcifiante et rupture tendineuse, compliquée d'une capsulite rétractile sévère. Gêne fonctionnelle importante, persistant après rééducation prolongée.
- Prothèse totale d'épaule. Fracture spiroïde longue (per ou postopératoire précoce) de la diaphyse humérale autour de la tige prothétique. Ostéosynthèse par plaque vissée et cerclages. Il est reproché le manque d'information quant à la complication, et la lourdeur du geste réalisé (découvert par le patient en regardant ses radiographies).
- Prothèse d'épaule. Sepsis, jugé superficiel, à l'origine de multiples interventions de drainage. Fistule profonde reconnue tardivement, justifiant l'ablation de la prothèse par une autre équipe, puis une réintervention ultérieure avec un bon résultat.
- Pathologie bilatérale de la coiffe des rotateurs, opérée avec un bon résultat. Arthroscanner de contrôle quinze jours après l'intervention. Oubli d'un fragment d'aiguille par le radiologue. Deux tentatives d'extraction sans succès par voie arthroscopique, avant l'ablation par un confrère. Il est allégué des séquelles invalidantes et un préjudice professionnel, malgré l'excellent résultat de l'acromioplastie.

Chirurgie du canal carpien (7)

Dont :

- Libération endoscopique d'un canal carpien, associée à une régularisation d'une amputation digitale liée à un accident de travail, responsable d'une exclusion fonctionnelle majeure du doigt quasiment intouchable avec un blocage articulaire purement fonctionnel. Mauvais résultat.
- Libération endoscopique d'un canal carpien sévère, compliquée d'une gêne fonctionnelle avec des douleurs mal systématisées, faisant évoquer dans un premier temps une algodystrophie débutante. Syndrome douloureux persistant postopératoire, qualifié de syndrome douloureux régional complexe, ayant pu être favorisé par l'importance de la compression chronique préopératoire. Prise en charge pluridisciplinaire.
- Sous bloc axillaire, déficit postopératoire sur le nerf cubital, d'origine plexique très probable, et intriqué à une myélopathie cervicale arthrosique ayant motivé une décompression cervicale avec arthrodèse, deux ans auparavant, avec un bon résultat.

- Neurolyse du médian comprimé lors de l'extravasation d'une perfusion posée pour un autre geste chirurgical (état antérieur latent ?). Persistance de séquelles sensitivomotrices. Un sociétaire anesthésiste est également mis en cause.
- Chirurgie du canal carpien efficace, à laquelle la patiente attribue la nécessité ultérieure d'une intervention pour instabilité métacarpo phalangienne du pouce, évoquant le rôle compressif des pansements.
- Bon résultat d'une intervention pour canal carpien, mais révélation quelques mois plus tard d'une atteinte neurologique en rapport avec une sclérose latérale amyotrophique.

Autre chirurgie (4)

- Chirurgie complexe de désarthrodèse et prothèse du coude associée à une neurolyse du cubital. Brûlure surinfectée liée au garrot. Réintervention pour arthrolyse du coude, avec nouvelle neurolyse du cubital du fait d'un enraidissement. Mise en invalidité.
- Arthroscopie, puis arthrodèse pour une arthropathie invalidante du poignet. Infection postopératoire précoce sévère, avec réinterventions. Handicap fonctionnel.
- Ténosynovectomie du fléchisseur d'un pouce sous anesthésie tronculaire, compliquée d'une hypoesthésie ulnaire. Névrome inclus dans la sclérose et « syndrome douloureux complexe ».
- Libération du nerf cubital au coude sous bloc infra claviculaire. Impossibilité de flexion de la seconde phalange du pouce, avec tracé neurogène du long fléchisseur propre du pouce. Préjudice professionnel.

■ Chirurgie de la hanche (35)

Infection (10)

Dont :

- Infection au décours d'une réduction d'une luxation de prothèse de hanche à ciel ouvert. Quelques mois plus tard, infection d'une prothèse totale de genou mise en place deux ans auparavant (germe différent). Nouvelle luxation prothétique de hanche, nécessitant un changement de cotyle.
- Après reprise d'une prothèse totale de hanche avec changement de la tige fémorale.
- Après survenue d'une hémorragie et d'un hématome postopératoire sous anticoagulants.
- Infection responsable d'une dépendance chez une femme âgée puis de son décès trois mois plus tard.
- Infection survenue six mois après l'intervention avec une greffe septique sur la prothèse de hanche controlatérale, mise en place sept ans plus tôt.
- Infection sur désunion cicatricielle avec guérison finale.
- Chez un patient de 70 ans, arthroplastie différée pour traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire infectée, après le feu vert de l'ORL. Suites immédiates simples. Six mois plus tard, syndrome septique avec septicémie, suspicion d'une endocardite infectieuse sur une valvulopathie mitroaortique, embolies cérébraux possiblement septiques, volumineuse collection septique de la hanche opérée. Décès après un remplacement valvulaire aortique

par bioprothèse. Infection à priori non nosocomiale, mais communautaire.

Inégalité des membres inférieurs (6)

- Avec un allongement maximum de 2 cm.

Matéiovigilance (4)

- Nécessité d'une réintervention du fait d'une ostéolyse considérable du cotyle. Problème de matéiovigilance, reconnu par le fabricant.
- Fracture spontanée brutale d'une tête fémorale en céramique, quatre ans après la pose, incitant à une déclaration de matéiovigilance.
- Rupture non traumatique d'une tête céramique lors d'une reprise, faisant évoquer la responsabilité du fabricant. Malheureusement, la tête a été envoyée au fabricant sans la bague métallique d'interposition qui semblerait en cause.
- Patient obèse, opérée d'un descellement de la pièce cotyloïdienne. Nouveau cotyle cimenté avec mise en place d'une plaque/anneau et apport osseux de soutien. Rupture de la tige fémorale antérieurement posée, qui n'avait pas été changée. Insatisfaction du résultat final. Pas de retour de la pièce cassée au fabricant.

Descellement aseptique (2)

- Chirurgie de reprise avec greffe. Défaut d'ostéointégration du greffon, ne permettant pas la bonne tenue de l'insert cotyloïdien, nécessitant une autre intervention par un autre opérateur.
- Arthroplastie pour descellement chez un patient de 52 ans. Aggravation d'une sciatique préexistante avec origine radiculaire démontrée, et réintervention différée sur une hernie discale (antécédent de cure de hernie discale itérative).

Paralysie du sciatique poplitée externe (4)

Avec peu ou pas de récupération. Dans un cas, réintervention immédiate pour neurolyse permettant de vérifier l'intégralité du nerf. Dans un autre cas, réintervention le lendemain, ni compression, ni œdème, ni hématome pouvant l'expliquer.

Mauvais résultat (9)

- Apparition de douleurs trochantériennes, faisant évoquer une tendinopathie du moyen fessier, après des suites immédiates simples. Échec de l'infiltration, hypothèse d'une prothèse mal positionnée.
- Tendinopathie rebelle du moyen fessier, faisant évoquer par la patiente une lésion opératoire, du fait d'un compte rendu radiologique évoquant une lésion par rupture du tendon.
- Après des suites immédiates simples, douleurs brutales à l'occasion d'un mouvement intempestif. Fracture du col avec enfoncement de la prothèse, responsable d'un raccourcissement douloureux avec rotation externe.
- Interventions multiples pour fracture déplacée fémorale sur prothèse, puis fracture fémorale apparemment spontanée en dessous de la prothèse. Sepsis.
- Fracture apparemment spontanée de la tête fémorale lors de la réintervention d'une prothèse totale de hanche.
- Après choix d'une cupule mobile cotyloïdienne et un résultat primaire satisfaisant, constatation lors de l'ablation de la cupule de la non incorporation de la pièce fémorale sans ciment, nécessitant une reprise complète de la prothèse. Luxation récidivante ultérieure.

- Mise en évidence, six ans après la pose de la prothèse, d'une allergie cutanée à l'un de ses constituants, à laquelle est attribuée une symptomatologie douloureuse.
- Mauvais résultat malgré une reprise de prothèse. Deux sociétaires sont concernés.

■ Chirurgie du genou (18)

Ménisectomie arthroscopique (2)

- Complicée d'une infection nosocomiale chez un sportif de 42 ans. Hospitalisation à J 5, arthro-lavage à J 7 et triple antibiothérapie. Prise en charge ultérieure par un centre spécialisé, en raison d'une amélioration insuffisante.
- Chez un homme de 47 ans, évolution non connue après prise en charge adaptée d'une infection (trois arthro-lavages, antibiothérapie de trois mois).

Transposition tubérositaire (1)

- Avec greffe, chez une patiente de 45 ans, opérée avec succès d'une instabilité rotulienne gauche, présentant une instabilité douloureuse et handicapante droite, à l'occasion d'un « faux mouvement » pour s'aliter. Fracture tibiale et déplacement discret du matériel. Sevrage intempestif de l'attelle rigide, malgré les conseils donnés. Réintervention avec suites favorables. Incapacité prolongée et persistance d'une raideur du genou.

Ostéotomie de valgisation (2)

- Ostéotomie de valgisation avec greffes, compliquée d'une paralysie du sciatique poplitée externe. Récupération modeste et chirurgie de réparation nerveuse au bout de huit mois. Amélioration incomplète.
- Ostéotomie tibiale de valgisation avec greffes. Fracture de la plaque d'ostéosynthèse au 5^{ème} mois et pseudarthrose jugée aseptique. Absence d'ostéo intégration du greffon. Réintervention par une autre équipe, avec évocation d'une « ostéite ». Prélèvements négatifs, antibiothérapie probabiliste. Guérison finale.

Prothèse totale de genou (9)

- Prothèse totale de genou chez un homme de 47 ans, diabétique insulino-dépendant. Désunion cicatricielle à six semaines, justifiant un lavage articulaire. Antibiothérapie adaptée et poursuivie, permettant d'obtenir la guérison et une reprise de travail. Trois ans après, enraidissement progressif du genou, justifiable d'une arthroscopie.
- Réintervention pour luxation prothétique chez une femme de 52 ans, en cours de rééducation après mise en place d'une prothèse à charnière. Infection du site opératoire à enterobacter, désarthroplastie puis réintervention.
- Infection traitée sous arthroscopie, puis reprise de prothèse chez un homme de 60 ans. Récidive de l'infection aux suites plutôt favorables, malgré un enraidissement du genou et une gêne fonctionnelle.
- Arthroplastie unique compartimentale chez une femme de 73 ans, compliquée d'une fracture/séparation tibiale secondaire postopératoire (chute ?). Réduction et ostéosynthèse. Détérioration avec enfoncement de la prothèse. Proposition d'une arthroplastie totale. Séquelles importantes.
- Prothèse fémoro patellaire chez un homme de 52 ans, compliquée d'un hématome justifiant une mise à plat, puis algodystrophie nécessitant une mobilisation sous anesthésie générale avec amélioration, mais malposition de la pièce trochléenne, faisant discuter une reprise.

- Prothèse totale compliquée d'une algodystrophie, évolutive pendant deux ans malgré les traitements. Tendinopathie d'insertion du tendon rotulien, un an après l'intervention, et évocation ultérieure d'un corps étranger (fragments osseux retrouvés au sein du tissu tendineux lors de la réintervention par un confrère).
- Oubli d'une broche de visée, découverte au 4^{ème} jour d'une prothèse totale de genou nécessitant son ablation, et à l'origine selon le patient d'un mauvais résultat et de troubles divers.
- Mise en place d'une prothèse totale de genou chez une femme de 54 ans, diabétique, obèse, après un long délai de réflexion. Paralyse du SPE, puis suspicion d'infection larvée (douleurs vécues comme insupportables), incitant à un changement de prothèse (infection non confirmée). Déficit de verrouillage progressif et reprise pour tendance à la subluxation de la rotule. Mauvais résultat et évocation par un confrère d'une paralysie crurale, peut être secondaire à un bloc anesthésique.
- Mauvais résultat de la mise en place d'une prothèse chez un obèse de 70 ans, du fait d'un handicap majeur. Gonalgies résiduelles.

Ostéosynthèse (2)

- Pour fracture du plateau tibial lors d'un accident de la voie publique, compliquée d'une infection superficielle du site opératoire. Deux ans plus tard, prothèse totale de genou par un confrère, elle-même compliquée d'une infection nosocomiale. Algodystrophie et arthrose post traumatique majeure.
- Ostéosynthèse pour fracture comminutive fermée du fémur au dessus d'une prothèse de genou, chez une femme de 80 ans victime d'un accident de la voie publique. Infection secondaire de la prothèse, sans atteinte évidente du foyer fémoral. Synovectomie, lavage, antibiothérapie prolongée puis ablation du matériel fémoral et maintien de l'arthroplastie. Procédure à l'initiative de l'assureur du conducteur responsable de l'accident.

Divers (2)

- Persistance de douleurs avec évolution arthrosique, après une ménisectomie chez un homme de 54 ans. Apparition d'un syndrome médullaire. Evocation du rôle de la rachianesthésie.
- Chirurgie d'un hygroma du genou droit sous rachianesthésie chez un homme de 52 ans. Atteinte du crural controlatéral (imputabilité douteuse à l'anesthésie) responsable d'un préjudice professionnel majeur.

■ Autre chirurgie du membre inférieur (8)

- Allongement des membres inférieurs (débuté en 1990) avec un bon résultat. Fracture du tibia lors de la rééducation. Ostéosynthèse compliquée d'ostéomyélite chronique. Deux sociétaires sont concernés.
- Allongement des membres inférieurs, d'indication critiquée, pour « petite taille » chez une patiente de 36 ans, suivie en psychiatrie. Syndrome des loges.

- Chirurgie pour inégalité de longueur des membres inférieurs (epiphysiodèses) chez un adolescent. Absence de résultat (erreur de côté vraisemblable).
- Ténotomie des adducteurs. Désunion cicatricielle infectée, guérison.
- Lipome de cuisse. Infection dont la patiente reproche la prise en charge (drainage tardif après antibiothérapie, infection possiblement favorisée par une ablation incomplète des fils lors des pansements).
- Fracture comminutive des deux os de jambe chez un homme de 43 ans. Réduction imparfaite, aggravation à l'occasion d'une chute. Réintervention compliquée d'une infection.
- Fracture bi malléolaire. Infection sur nécrose de la cicatrice et débricolage du matériel, conduisant à une amputation.

■ Chirurgie de la cheville (4)

- Ligamentoplastie (2), compliquée dans un cas d'algodystrophie et dans un cas d'hématome puis de nécrose cutanée surinfectée. Raideur avec équin.
- Arthoscopie de cheville (synovectomie antérieure et de la sous astragaliennne). Prise en charge d'une infection. Mauvais résultat final.
- Ostéosynthèse d'une fracture bi malléolaire de cheville dont la technique est critiquée. Pseudarthrose ou cal vicieux. Réintervention avec mauvais résultat par un confrère.

■ Chirurgie du pied (16)

Chirurgie de l'hallux valgus (12)

- Déplacement du matériel neuf mois après l'intervention, justifiant une reprise compliquée d'infection chez une patiente de 25 ans. Séquestrectomie, puis greffe d'os spongieux par un autre chirurgien. Séquelles orthopédiques et psychologiques.
- Intervention suivie de récurrence de l'hallux valgus, nécessitant une réintervention (2).
- Mauvais résultat (2), du fait d'une pseudarthrose ou d'une hypercorrection.
- Résultat jugé non satisfaisant (7) avec douleurs, gêne fonctionnelle, parfois algodystrophie, ayant pu justifier une réintervention pratiquée par confrère [arthrodèse de la méta carpo phalangienne (2), ablation successive de 2 vis (1)]. Dans un cas, cure bilatérale après exigence de la patiente et mauvais résultat du côté que le chirurgien ne voulait pas opérer, réintervention pour arthrodèse mais défaut de consolidation. Dans un cas, la patiente se plaint de la décision d'une intervention bilatérale et d'un défaut d'information sur les risques. Le retentissement professionnel est également souligné (institutrice de 48 ans n'ayant pu reprendre son travail, femme de 25 ans en recherche d'emploi...).

Autres (4)

- Chirurgie complexe du pied, chez un patient déjà opéré à plusieurs reprises concernant le 5^{ème} orteil. Matériel

d'ostéosynthèse du 5^{ème} métatarsien considéré comme gênant, dont l'ablation est réalisée par un autre praticien. Le patient reproche de ne pas avoir retiré le matériel (vis) d'ostéosynthèse qui avait été mis en place antérieurement à son intervention pour fixer l'ostéotomie.

- Résection d'un nodule du tendon d'Achille et peignage. Difficultés de cicatrisation et infection superficielle.
- Chirurgie compliquée de nécrose infectée et de rétraction du tendon d'Achille.
- Mauvais résultat d'une chirurgie d'une dysplasie unguéale bilatérale du 1^{er} orteil.

■ Chirurgie du rachis (25)

Dont 13 neurochirurgiens et 12 chirurgiens orthopédistes impliqués.

Rachis lombaire (18)

- Hernie discale (9)

- Chirurgie de hernie discale compliquée d'une infection nosocomiale, chez un homme de 36 ans. Arrêt de travail prolongé plus d'un an. Il est reproché le diagnostic tardif de la complication infectieuse.
- Réintervention pour une récurrence herniaire, découvrant la présence de germe propioni bacterium acnes aux prélèvements bactériologiques. Evolution défavorable malgré traitement antibiotique. Nécessité d'une arthrodèse.
- Chez une femme de 54 ans, chirurgie d'une hernie discale exclue migrée, compliquée d'une collection sous cutanée fluctuante. Petite méningocèle, intervention nécessaire pour fermeture de la brèche dure mérienne plusieurs mois plus tard.
- Cure de hernie discale chez un patient de 36 ans, compliquée de douleurs invalidantes, et d'une probable infection nosocomiale dont il est reproché le diagnostic tardif. Reprise pour arthrodèse par un confrère. Lombalgies invalidantes séquellaires.
- Cure de hernie discale à deux reprises, chez un patient ayant des cicatrices d'importantes brûlures lombaires anciennes. Ulcération chronique cicatricielle nécessitant des greffes de peau. Dépression réactionnelle sévère, émaillée de plusieurs tentatives de suicide. Décès par suicide quatre ans après le début des soins.
- Mauvais résultat d'une chirurgie de récurrence herniaire à un étage précédemment opéré. Persistance de douleurs avec une gêne fonctionnelle importante. Retentissement psychologique.
- Au réveil d'une intervention pour hernie discale chez une femme de 47 ans, constat de paresthésies du membre supérieur homo latéral et d'une paralysie faciale périphérique incomplète, finalement rapportée, après de multiples explorations, à une anomalie intra crânienne du nerf facial. Faible récupération. Plainte intriquée avec le reproche d'un retard diagnostique de plusieurs mois d'une tumeur maligne vertébrale dorsale.
- Erreur de côté lors d'une discectomie.
- Nucléotomie lombaire compliquée d'infection à mycobactérie, dans le cadre d'un sériel.

- Arthrodèse (4)

- Reprise d'une arthrodèse lombaire, compliquée d'une brèche durale et d'une méningite. Persistance de lombalgies hyperalgiques invalidantes.
- Echec de multiples interventions rachidiennes, la dernière ayant comporté une arthrodèse L4 – L5 sans résultat. Un confrère a proposé d'enlever le matériel d'arthrodèse posé, qu'il aurait jugé inadapté, défectueux et obsolète.

- Pseudarthrose d'une arthrodèse lombaire chez une femme de 44 ans, avec fracture d'une vis sur pseudarthrose. Ablation du matériel. Persistance de douleurs et invalidité.
- Intervention pour suppuration sur arthrodèse lombaire chez une femme de 54 ans, compliquée d'une cécité monoculaire d'origine posturale possible, étant donné la négativité des autres bilans.

- Autres (5)

- Mise en place d'une prothèse discale lombaire en rétro péritonéal chez une femme de 50 ans. Au réveil, parésie plexique d'un membre supérieur d'origine positionnelle, lentement régressive. Lombalgies rattachées plusieurs mois après l'intervention à une sténose urétérale, conséquence de la dissection pour mise en place de la prothèse. Mise en place de sonde JJ à plusieurs reprises, calcul urétéral sus sténotique.
- Chirurgie d'une scoliose dorso lombaire. Il est reproché l'indication opératoire et un défaut d'information. Patient reconnu travailleur handicapé.
- Au terme d'un long bilan, intervention pour un kyste de Tarlov arachnoïdien, jugé responsable d'une lombosciatique sensitive hyperalgique traînante chez une femme de 38 ans. Soulagement efficace pendant cinq ans. Récidive du kyste réopéré. Radiculalgie invalidante et persistante, conduisant à l'invalidité définitive de la patiente, profession libérale. Douleurs extrêmement invalidantes et résistant à tous les traitements médicaux et à la prise en charge dans un centre antidouleur.
- Oubli de compresse lors d'une laminectomie.
- Intervention en urgence pour évacuer un hématome intra rachidien, de diagnostic tardif, après ponction lombaire au cours d'une hospitalisation. Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.

Rachis cervical (4)

Dont :

- Chirurgie pour névralgie cervico brachiale avec mise en place d'une arthrodèse par cage, chez une femme de 60 ans. Puis deux interventions pour sténose canalaire rachidienne. Suites opératoires marquées par une petite brèche durale avec méningite à staphylocoque, collection de liquide céphalo rachidien sous-occipital et recrudescence des douleurs lombaires. Obturation de la brèche dure mérienne occipitale, dans un contexte de méningite décapitée. Récidive de la méningocèle.
- Echec d'une intervention de discectomie cervicale, nécessitant une reprise du fait des douleurs. Les prélèvements réalisés lors de cette intervention retrouvent un propioni bacterium. Ultérieurement, descellement mécanique de la cage d'arthrodèse, dont il est réalisé l'ablation. Persistance de douleurs cervicales.
- Libération des racines C5-C6-C7 dans un contexte de paralysie ancienne (déficit moteur d'origine neurologique important, intéressant le deltoïde avec atrophie du biceps) chez un homme de 55 ans. Discectomie étagée avec libération des foramens sans incident. Suites opératoires marquées par une aggravation sévère du déficit bicipital, qui était incomplet en préopératoire.

Divers (3)

- Infection au décours de l'ablation de matériel lombaire. Il est reproché au sociétaire d'être parti en vacances le lendemain de l'intervention, sans repasser voir le patient, ainsi qu'un retard de prise en charge de l'infection.
- Il est reproché la prise en charge médicale avec infiltrations, sans retenir d'indication chirurgicale d'une lombosciatique récidivante bilatérale chez un patient de 55 ans.

- Ablation d'un lipome dorso lombaire. Hématome sous cutané à l'ablation des agrafes, drainé par un confrère.

■ Divers (5)

Dont :

- Chutes en cours d'hospitalisation (2).
- Litige avec la CPAM : demande de remboursement des indemnités journalières versées à un patient, les prolongations d'arrêts de travail (justifiées) ayant été signées par la secrétaire sans consultation préalable, et le patient ayant entrepris un autre travail intermittent pendant cette période.

Chirurgie gynécologique (6)

- Hystérectomie par voie coelioscopique, compliquée d'une hémorragie postopératoire (douleurs à J 1, anémie à J 2) évacuée par laparotomie. Persistance de l'hémorragie pendant plusieurs jours, nécessitant une embolisation artérielle de l'artère utérine. Diagnostic retardé d'une plaie urétérale nécessitant une réimplantation ultérieure de l'uretère sectionnée. Suites opératoires finalement favorables, mais syndrome dépressif.
- Hystérectomie pour fibrome compliquée d'une collection intra abdominale avec fistule cutanée.
- Salpingectomie pour hydrosalpinx chez une femme de 29 ans, explorée pour une stérilité de couple. Erreur de côté dans le courrier du gynécologue, non rectifiée par l'opérateur. Un sociétaire gynécologue est également mis en cause.
- Exérèse de kystes ovariens bénins chez une femme de 23 ans. Impotence d'un membre inférieur en post-opératoire (paralysie du SPE avec atteinte plus discrète du SPI dans le creux poplité). Complication positionnelle malgré les précautions d'usage ?
- Tumorectomie pour adénocarcinome du sein. Découverte d'une hépatite C dix ans plus tard, possiblement post transfusionnelle.
- Mastectomie classique et curage axillaire. Plainte pour douleurs et préjudice esthétique.

Chirurgie urologique (25)

Dont :

■ Conduite diagnostique (1)

- Retard diagnostique d'un cancer de vessie chez un diabétique de 68 ans, adressé en consultation pour une pollakiurie nocturne modérée sans dysurie. Diagnostic posé par un confrère, un an après la dernière consultation après aggravation des symptômes mictionnels. Polypes vésicaux avec carcinome nécessitant une cystectomie totale avec prostatectomie radicale.

■ Conduite thérapeutique (4)

- Prise en charge au décours d'une césarienne d'une dilatation des cavités rénales avec fièvre, chez une femme de 25 ans. Mise en place d'une sonde JJ semblant confirmer un syndrome de la jonction. Réhospitalisation une semaine plus tard pour une péritonite pelvienne évoluant à bas bruit, corps étranger possible. Il est reproché une ablation tardive de la sonde JJ, quatre mois après la pose et après lithotritie de calculs par voie endoscopique.
- Proposition d'une résection endoscopique d'un adénome prostatique, responsable de troubles urinaires ayant abouti à une rétention avec hydronéphrose bilatérale. Avis contradictoires recueillis auprès d'autres praticiens, qui proposent un traitement médical satisfaisant le patient, malgré un nouvel épisode de rétention après ablation de la sonde.
- Instillations endovésicales au nitrate d'argent pour trigonocervicite chronique après biopsie vésicale, chez une patiente de 42 ans. Aucun soulagement, critique de ce traitement jugé obsolète par un confrère, à l'origine de la procédure.
- Traitement local d'une balanite rebelle accompagnant des adhérences préputiales chez un adolescent de 14 ans, sans infection urinaire. Consultation ultérieure d'un pédiatre hospitalier prescrivant un autre traitement. Aggravation et posthécotomie en urgence avec dilatation minime du méat urétral, confirmant un aspect nécrotique partiel de la muqueuse du prépuce. Séquelles cicatricielles. Il est reproché l'absence de décision d'une circoncision immédiate et la prescription d'un traitement corticoïde en pommade.

■ Complications chirurgicales (18)

Dont :

Prostatectomie (2)

- Prostatectomie totale avec curage par coelioscopie chez un patient de 53 ans. Suites marquées par lymphocèle justifiant une mise à plat. Incontinence partiellement améliorée par bandelette sous urétrale.
- Prostatectomie avec curage ganglionnaire, suivie de radiothérapie avec des suites parfaites pendant cinq ans chez un patient de 61 ans, suivi de longue date pour un adénome prostatique. Plainte pour incontinence urinaire.

Résection trans urétrale de prostate (4)

- Compliquée de caillotage vésical et d'extravasation extra vésicale du liquide d'irrigation, chez un patient de 71 ans. Décaillotage et évacuation du liquide intra péritonéal. Suites marquées par un foie de choc et une insuffisance rénale, ainsi qu'une fibrillation ventriculaire aboutissant au décès, deux jours après la réintervention.
- Pour adénome avec épisodes de rétention urinaire à répétition. Chirurgie effectuée après stérilisation des urines. Survenue de nouvelles rétentions, d'un caillotage, d'une septicémie sur sonde urinaire à germes multi

résistants. Il est reproché la gestion de la complication infectieuse.

- Caillottage justifiant une reprise par voie haute, découvrant une perforation vésicale et des copeaux résiduels. Infection nosocomiale à l'origine d'un traitement antibiotique prolongé, d'hospitalisations itératives, d'une orchépididymite ainsi que d'une sténose urétrale, justifiant une dilatation bi hebdomadaire. Syndrome dépressif.
- Hématurie passagère postopératoire, à l'origine d'une courte hospitalisation. Bon résultat ultérieur, mais incontinence urinaire évoquée, éjaculation rétrograde et persistance de dysfonctionnements érectiles.

Biopsie prostatique (1)

- Après antibioprophylaxie, orchépididymite infectieuse postopératoire avec fonte purulente du testicule, nécessitant une orchidectomie.

Résection endoscopique d'un polype vésical (1)

- Chez un homme de 75 ans, diabétique et insuffisant rénal aux antécédents de méningite ayant laissé de lourdes séquelles psychomotrices, anatomopathologie en faveur d'un carcinome urothélial. Sonde urinaire en place pour poursuivre les irrigations du fait d'un saignement. A J 5, infection urinaire et bactériémie à staphylocoque aureus multi sensible traitée par bithérapie orale. Récidive de la fièvre et antibiothérapie de dix jours. Réadmission trois semaines plus tard pour une spondylodiscite à un autre staphylocoque multi sensible, avec abcès épidural et du psoas évacué chirurgicalement. Décès. Il est reproché la gestion de la complication, notamment les durées, choix et voies d'administration des antibiotiques.

Résection segmentaire de l'uretère (1)

- Et réimplantation urétéro vésicale sous coelioscopie pour tumeur. Réintervention par un chirurgien viscéral dix jours plus tard, pour une péritonite d'étiologie indéterminée. Apparition à J 2 d'un uropéritoine, qui nécessitera une nouvelle reprise chirurgicale avec mise en place d'une sonde urétérale trans vésicale bilatérale. Choc septique grave avec défaillance multiviscérale et nouvelle laparotomie après réanimation, mettant en évidence une fistule urinaire. Evolution finalement favorable.

Résection pyélo urétérale (1)

- Et ablation d'un calcul rénal sur un syndrome de la jonction chez un homme de 38 ans. Suites marquées par des douleurs, rattachées à une éventration diagnostiquée par un autre chirurgien et opérée un an plus tard.

Cure de cystocèle et mise en place d'une bandelette TVT (1)

- Pour incontinence urinaire chez une femme de 67 ans. Ablation partielle des bandelettes deux ans plus tard, devant la persistance de l'incontinence urinaire, révélant une fistule vésicale. Perforation sigmoïdienne à l'origine d'une péritonite lors de la réintervention. Colostomie, éventration.

Cure de prolapsus (1)

- Par promonto fixation par voie coelioscopique et mise en place difficile de bandelettes TOT, en raison d'adhérences liées à des interventions antérieures. Perforation colique reprise par laparotomie. Colostomie. Amélioration progressive, puis rétablissement de la continuité digestive.

Cure d'ectopie testiculaire (1)

- Cure d'ectopie testiculaire itérative difficile, chez un enfant de 10 ans qui avait bénéficié d'une première tentative par voie coelioscopique deux ans auparavant. Plaie de la veine iliaque d'hémostase difficile. Transfert au CHU où une thrombose est confirmée. Evolution favorable.

Cure de varicocèle (1)

- Hématome postopératoire enkysté.

Mise en place d'une sonde JJ (3)

- Pour une dilatation urétéro pyélocalicielle sur sténose urétérale basse à la suite d'une hystérectomie avec bandelette TVT pratiquée par un confrère. Evolution semblant favorable. Deux sociétaires sont concernés (mise en cause systématique).
- Sur lithiase urinaire très obstructrice chez une patiente de 44 ans, prise en charge en urgence après transfert d'un autre établissement. Nécessité d'un changement de sonde et d'une poly antibiothérapie devant la constatation d'un urinome et d'une probable communication digestive antérieure aux soins. Evolution progressivement favorable. Nouvelle migration lithiasique quelques semaines plus tard. Evolution favorable, long arrêt de travail.

Lithotritie (1)

- Quatrième séance de lithotritie inefficace, non compliquée chez un patient de 37 ans. Néphrectomie par autre praticien, d'indication contestée et s'avérant impossible à cause des adhérences. Mise en cause de tous les urologues ayant participé à la prise en charge pendant trois ans.

Divers (2)

- Peu de renseignements (2).

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE

Les **137** chirurgiens plasticiens sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **15** déclarations (14 libéraux dont 4 en activité privée du secteur public, 1 hospitalier public) : 5 procédures civiles, 1 plainte ordinaire, 8 réclamations et 1 saisine d'une CRCI.

Chirurgie mammaire (8)

- Plastie d'augmentation mammaire sur hypoplasie bilatérale chez une femme de 23 ans. Implants préremplis de silicone, placés en rétro pectoral. Asymétrie mammaire nécessitant une retouche quelques mois plus tard. Nouvelle retouche tardivement réclamée par la patiente, avec

correction de la ptôse du cône aréolaire préprothétique, en rapport avec une rétraction cicatricielle. Insatisfaction persistante.

- Prothèses mammaires posées à 28 ans, changées à 38 ans. Ptôse et désir d'augmentation du volume des prothèses. Refus du chirurgien, qui envisage uniquement une cure de la ptôse. Retard de cicatrisation avec désunions de sutures. Rôle du tabagisme (poursuivi malgré les recommandations) non exclu.

- Ptôse trois ans après une plastie d'augmentation chez une patiente de 40 ans, désireuse d'un remplacement par des prothèses plus volumineuses. Hématome d'un côté, à l'origine d'une réintervention aux suites simples. Résultat jugé insatisfaisant par le couple (dès le réveil, du fait du volume jugé trop petit). Courriers revendicateurs et excessifs.

- Réintervention avec prothèses PIP chez une patiente de 45 ans, opérée huit ans auparavant de prothèses mammaires (sérum physiologique). Dix huit mois plus tard, nouvelle intervention pour dépose et repose des implants, qui présentent d'importantes « vagues ». Deux ans plus tard, volumineuse adénopathie axillaire, dont l'histologie confirme le caractère inflammatoire et réactionnel. Ptôse mammaire d'un côté.

- Intervention chez une femme de 52 ans pour pexie et augmentation de volume mammaire. Changement d'une prothèse en raison d'une rupture, avec mise en place d'une nouvelle prothèse PIP quatre ans plus tard. Puis coque péri prothétique, associée à une rupture punctiforme et à une adénopathie axillaire réactionnelle. Remplacement des deux prothèses par des prothèses PIP juste avant leur retrait du marché. Récidive des coques, ablation et retrait des prothèses. L'expert regrette que le chirurgien n'ait pas conservé les implants enlevés et l'absence de traçabilité de la déclaration de matériovigilance.

- Chez une femme de 46 ans, reprise de prothèses mammaires posées dix huit ans auparavant pour hypoplasie. Possible rupture d'une prothèse en silicone et désir d'augmenter le volume. Mise en place de prothèses PIP. Patiente insatisfaite du volume des seins. Retournement d'une prothèse, nécessitant deux interventions avec nouvelle prothèse PIP. Persistance d'une asymétrie mammelonnaire et d'une ptôse d'un sein.

- Au décours d'une chirurgie de reconstruction mammaire par lambeau abdominal, constatation à J 5 d'une parésie du bras droit, d'origine incertaine : peropératoire ou plutôt secondaire aux tentatives de ponction de la veine jugulaire interne pour abord veineux par l'anesthésiste ? Récupération du déficit.

- Cancer du sein traité par radiothérapie avec rétraction cicatricielle chez une patiente dépressive. Proposition de plastie de symétrisation, sans toucher au sein radiothérapé. Conseil de maigrir du fait du risque cicatriciel de l'obésité. La patiente est mécontente des propos du chirurgien (« *racisme anti gros* ») et de sa demande d'avis à un psychiatre avant l'intervention.

■ Rhinoplastie (1)

- Episodes infectieux itératifs dans les suites d'une rhinoplastie chez une patiente de 35 ans, nécessitant une reprise chirurgicale. Mauvais résultat esthétique et nécessité d'une nouvelle chirurgie.

■ Chirurgie de la fente labio-palatine (1)

- Chez un enfant de 6 mois, avec mise en place d'un conformateur narinaire. Suites simples, mais oubli d'une compresse expulsée les jours suivants.

■ Liposuccion (1)

- Avec plastie abdominale chez une femme de 38 ans. Suivi non réalisé par le chirurgien malgré son insistance, en raison de l'éloignement de la patiente. Retard cicatriciel avec petites zones de nécrose cutanée (tabagisme). Prescription par le médecin traitant de 28 séances d'oxygénéothérapie hyperbare. Bon résultat esthétique final.

■ Lifting cervico facial (1)

- Résultat jugé imparfait chez une femme de 66 ans.

■ Lambeau de recouvrement (1)

- Chez un patient de 69 ans, opéré d'une arthroplastie totale de genou compliquée d'une désunion et d'une nécrose cicatricielle. Échec du lambeau, réintervention par d'autres chirurgiens. Devant la suppuration persistante, décision finale d'arthrodèse. Intervention ponctuelle de notre société, ce patient étant essentiellement pris en charge par le chirurgien orthopédique.

■ Médecine esthétique (2)

- Dermabrasion sous anesthésie locale de cicatrices faciales (varicelle). Pas de traçabilité de l'information. Patiente mécontente du résultat, s'estimant « défigurée », et révoltée par des propos « racistes » inacceptables qu'aurait tenus le chirurgien.

- Femme de 25 ans aux antécédents de cancer du système lymphatique, désireuse d'une correction médicale d'une « culotte de cheval ». Proposition d'un geste de lipoaspiration de la culotte de cheval et de la face interne des cuisses. Lipostructure réalisée sous anesthésie locale, deux heures après la consultation. La patiente, ayant signé un devis concernant un acte chirurgical, porte plainte du fait de l'absence de délai de réflexion et de la réalisation du geste par un homonyme du médecin (esthétique non chirurgien) auquel elle croyait s'adresser.

Les **2 323** sociétaires dermatologues du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **75** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **3,6 %** (contre 3,1 % en 2009) : 8 procédures civiles, 3 plaintes ordinaires, 61 réclamations et 3 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (6)

Dont :

- Retard diagnostique d'un carcinome basocellulaire de la face, faute de biopsie rapide lors de deux consultations successives.
- Retard diagnostique d'un carcinome malpighien agressif du front, révélé au stade métastatique chez une femme de 80 ans, deux ans après des séances de cryothérapie pour lésion évoquant une kératose séborrhéique.
- Retard diagnostique, chez une femme de 46 ans, d'un carcinome basocellulaire, révélé 17 mois après une unique consultation pour lésion croûteuse et infectée à staphylocoques de l'angle interne de l'œil.
- Suspicion de zona chez une femme de 43 ans, du fait de douleurs intenses du front à distance d'une éruption ayant disparu. Deux jours plus tard, un scanner aurait révélé une sinusite jugée responsable des douleurs.
- Consultation pour écoulement sanglant et purulent du mamelon sur prothèses mammaires esthétiques. Traitement local et conseil d'un bilan sénologique et d'une biopsie, refusée dans un premier temps, puis finalement acceptée et prescrite par le gynécologue traitant. Retard de diagnostic de quelques mois d'une maladie de Paget.

■ Conduite thérapeutique (5)

- Acné fulminans chez un adolescent de 15 ans, rapidement traité six semaines après la prescription de Roaccutane®. Séquelles esthétiques.
- Un patient diabétique de 69 ans reproche les soins conseillés lors d'une consultation pour une lésion plantaire, qui l'ont conduit à l'amputation du gros orteil un mois plus tard. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Prescription d'une crème cortisonée pour un eczéma des paupières, qui aurait aggravé le tableau et entraîné rides et chute des cils.
- Examen au dermatoscope sur une jambe variqueuse, concluant à un angiome, suspecté d'être responsable d'une hémorragie quasi-spontanée quatre jours plus tard.
- Mise en cause par un chirurgien vasculaire pour participation inadéquate à la prise en charge de brûlures peropératoires des membres inférieurs par couverture chauffante lors d'une cure d'anévrysme aortique chez un patient de 54 ans. Amputation d'une jambe, après un transfert jugé tardif dans un service spécialisé au bout d'une semaine.

■ Acte esthétique/thérapeutique (54)

Laser (18)

Dont :

- Couperose (5)

- Zones érythémateuses et dépigmentées (2).
- Zones atrophiques persistantes, malgré le comblement.
- Réaction inflammatoire intense laissant une hyperpigmentation.
- Brûlures.

- Télangiectasies ou angiome du nez (3)

- Avec cicatrices déprimées et hypo pigmentées.

- Vergetures des cuisses et hanches (2)

- CO₂ fractionné, laser YAG : zones érythémateuses puis dyschromiques, dont un cas sur peau noire.

- Cicatrices d'acné du visage (1)

- Laser Fraxel : pigmentation résiduelle.

- Lentigos du visage (2)

- Lampe flash. Diminution de la puissance en cours de séance du fait d'une sensation de brûlure immédiate (poussières sur la lentille ?).

- Photovieillissement (1)

- Photovieillissement du visage au laser CO₂. Brûlures.

- Taches brunes (1)

- Laser Yag pour taches brunes du visage. Réaction purpurique. Échec.

- Détatouage (3)

- Détatouage du cou et de l'abdomen. Cicatrices chéloïdes.
- Détatouage de tatouages simulant des taches de rousseur du visage. Accentuation de la pigmentation.
- Détatouage de la joue. Zone atrophique, améliorée après comblement.

Laser épilatoire (13)

- Taches hypo ou hyper pigmentées, brûlures, cicatrices inesthétiques. Dans deux cas, la séance a été pratiquée par une « assistante ».

Cryothérapie (10)

- Verrue (5)

- Cryothérapie sur verrues du dos de la main chez un patient de 18 ans, compliquée de ténosynovite probablement infectée, avec nécessité d'une intervention chirurgicale en urgence cinq jours plus tard. Séquelles.
- Cryothérapie pour verrues plantaires récidivantes (2). Infection et brûlure de la voûte plantaire.
- Cryothérapie pour papillome de la paupière inférieure, suivie d'une rétraction de celle-ci, nécessitant une correction chirurgicale.
- Cryothérapie pour verrues planes multiples du visage chez un patient de 22 ans. Pigmentation résiduelle.

- Mélasma du visage (2)

- Aggravation de la pigmentation.

- Lentigo (1)

- Brûlures et taches achromiques des mains et du visage.

- Kératose pré épithéliomateuse du visage (1)

- Cicatrices inesthétiques.

- Molluscum des paupières (1)

- Cryothérapie chez une femme de 54 ans rendue responsable de la survenue d'un décollement de rétine le lendemain (perte de l'acuité visuelle).

Puvathérapie (3)

- Eczéma (2)

- Brûlures superficielles du visage et du thorax.
- Brûlures du deuxième degré des mains.

- Psoriasis (1)

- Psoriasis des bras et jambes chez un homme de 44 ans après prise de comprimés de Melanidine® et application d'une solution de Melanidine® forte. Brûlures sur les zones traitées, nécessitant des soins en milieu hospitalier.

Peeling (3)

- A l'acide trichloracétique chez une femme de 44 ans, pour « dermatite » du visage. Importante réaction inflammatoire et rebond pigmentaire persistant.
- A l'acide glycolique (2) pour mélasma avec brûlures cutanées, entraînant desquamation, érythème et aspect inesthétique.

Comblement de rides (7)

- Acide hyaluronique (5)

- Aggravation inattendue des poches malaires.
- Placards œdémateux persistants (2).
- Granulomes.
- Mauvais résultat.

Dans deux cas, un défaut d'information sur les risques est reproché.

- Novabel (1)

- Nodules persistants, mauvais résultat.

- Toxine botulique (1)

- Ptosis.

■ Exérèse/biopsie (7)

- Exérèse d'un nævus nævo cellulaire bénin de la joue chez un homme de 21 ans. Désunion cicatricielle, contraignant à une suture itérative par un autre praticien. Résultat inesthétique.
- Exérèse d'un nævus tubéreux de la joue chez une femme de 25 ans. Nécrose et désunion des berges, nécessitant une reprise chirurgicale.
- Exérèse d'une lésion pigmentaire se confirmant être une mélanose de Dubreuil, récidivante deux ans plus tard chez une femme de 82 ans. Rançon cicatricielle, défaut d'information et de communication du résultat de la première analyse. Refus de régler les honoraires pour la seconde analyse histologique.
- Exérèse de naevus plantaires, retirés pour histologie par un ORL. Douleurs importantes et arrêt de travail. Un défaut d'information est reproché.
- Exérèse d'un nævus étendu de la jambe sous neuroleptanalgie. Résultat histologique rassurant, mais reproches portant sur les séquelles esthétiques, les dysesthésies et l'absence de greffe de peau immédiate.
- Exérèse d'un kyste séborrhéique du visage. Cicatrice disgracieuse.
- Biopsie d'une glande salivaire accessoire pour suspicion de syndrome de Gougerot-Sjögren, entraînant une lésion du nerf dentaire. Défaut d'information.

■ Dommage corporel (3)

- Chute du médecin qui se rattrape à une lampe, qui heurte le visage de la patiente de 70 ans. Minimales érosions, mais riche symptomatologie.
- Après la descente (aidée) de la table après exérèse d'une petite tumeur cutanée, chute et fracture du poignet d'une patiente de 87 ans, en se rechaussant.
- Effondrement de la chaise dans la cabine de soins de puvathérapie. Traumatisme du pied chez une patiente de 73 ans. Attelle.

ENDOCRINOLOGIE

Les sociétaires endocrinologues du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé 7 déclarations (tous en exercice libéral) : 1 procédure civile, 3 réclamations et 3 saisines d'une CRCl.

- Conduite thérapeutique inadaptée et absence de bilan complet, notamment ophtalmologique, chez un patient (obèse et diabétique) de 34 ans, suivi pendant six mois pour déséquilibre, augmentation probablement trop rapide des doses d'antidiabétiques oraux, alternance d'hypo et d'hyperglycémies, baisse brutale d'acuité visuelle sur décompensation d'une rétinopathie diabétique.
- Tentative de suppression de l'insuline avec essai d'un autre traitement chez un patient de 49 ans, diabétique insulinorequérant depuis vingt ans. Acidocétose le lendemain, nécessitant une hospitalisation.
- Patiente de 52 ans traitée par antithyroïdiens de synthèse pour hyperthyroïdie. Surveillance adaptée, découvrant une leucopénie résolutive. Pas de séquelle autre que « dépression ».
- Réclamation d'un patient diabétique et dyslipidémique du fait de la prescription de Médiator® pendant deux ans. Conséquence inconnue.
- Réclamation par un patient d'âge inconnu, traité pour hypertriglycéridémie par Médiator®, chez lequel une fuite aortique a été découverte après quatre ans de traitement, alors que l'échographie cardiaque était auparavant normale.
- Paralysie récurrentielle après thyroïdectomie pour goitre. Le sociétaire n'a pas participé à la décision opératoire.
- Contestation de l'indication opératoire d'une thyroïdectomie totale pour goitre avec nodule de 15 mm, avec bilan incomplet, chez une femme de 32 ans. Diagnostic tardif en postopératoire de la présence de tissu thyroïdien en place, contrairement au compte rendu chirurgical. Un sociétaire ORL est également mis en cause.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Les **1 108** obstétriciens et les **1 983** gynécologues médicaux ou obstétriciens n'assurant que le suivi de grossesse, sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **91** déclarations (83 en exercice libéral dont 5 en activité privée du secteur public et 8 salariés) : 8 plaintes pénales, 24 procédures civiles, 13 plaintes ordinaires, 29 réclamations et 17 saisines d'une CRCI.

Obstétrique (38)

■ Suivi de grossesse (5)

Décès in utero (3)

- Décès in utero, confirmé quelques heures après une consultation pour contractions à 38 SA. L'examen de la sage-femme et le monitoring vu par l'obstétricien avaient autorisé un retour à domicile, dans un contexte de relation conflictuelle avec une accompagnante.

- Patiente présentant des métrorragies du premier trimestre dans un contexte de datation difficile du début de grossesse (gémellaire avec un embryon mort). Conseil téléphonique transmis par l'obstétricien à la sage-femme de faire venir la patiente le lendemain pour échographie. Mort fœtale in utero le jour même, confirmée ailleurs.
- Mort fœtale in utero trois semaines après la consultation du 6^{ème} mois. Épisode fébrile 48 heures avant, résolutif sans traitement, prélèvements vaginal et urinaire stériles.

Divers (2)

- Hypotrophie fœtale lors de l'échographie à 22 SA chez une femme tabagique, avec des chiffres tensionnels limites. Hospitalisation trois semaines plus tard pour souffrance fœtale. Naissance à 28 SA d'un enfant vivant de 700 grammes. Il est reproché une absence de contrôles plus rapprochés.
- Dépistage d'une sérologie positive à CMV (présence d'IgM contrôlée) lors de la surveillance d'une deuxième grossesse, suivie jusqu'à 15 SA. Transmission du dossier suite à un déménagement. Enfant né avec une infection à CMV et un handicap lourd.

■ Accouchement (21)

Décès de l'enfant (7 réclamations, 5 dossiers)

- Déclenchement d'un accouchement à terme + 3 jours. Pose répétée de gel, hypercinésie utérine, dips 2, syntocinon. Décès de l'enfant après césarienne pour siège complet, dans un contexte de rupture utérine. Il est reproché un retard à la décision de césarienne. Deux sociétaires obstétriciens sont mis en cause.
- Patiente à 39 SA, 6^{ème} pare, présentant un diabète gestationnel et un utérus cicatriciel, venue la veille pour un contrôle montrant des anomalies du rythme cardiaque fœtal « à contrôler » dans les 48 heures. Transfert en urgence en maternité de niveau III pour rythme plat micro oscillant et disparition des mouvements actifs. Décès de l'enfant au décours de la césarienne.
- Patiente suivie par une sage-femme libérale disposant d'un plateau technique. Appel (tardif ?) de l'obstétricien, occupé par une grave urgence obstétricale. Essai de spatules, puis césarienne pour anomalie du rythme cardiaque fœtal et non engagement. Hémostase difficile, transfert de la mère au CHU pour reprise par laparotomie, hystérectomie, urétérolyse. Enfant mort-né lors de la césarienne. Deux sociétaires sont mis en cause, dont le chef de service, absent au moment des faits, pour « imprécisions et lacunes dans la convention du fonctionnement du plateau technique ».
- Appel tardif de l'obstétricien pour anomalies du rythme cardiaque fœtal. Décision tardive de césarienne après une tentative trop prolongée d'accouchement par voie basse. Enfant mort-né.
- Grossesse gémellaire chez une femme de 41 ans. Voie basse, déclenchement et surveillance du travail en concertation avec la sage-femme. Anomalies du rythme cardiaque fœtal, avec difficulté de mise en place du capteur. Souffrance fœtale d'un jumeau confirmée en échographie. Césarienne en urgence, anomalie du cordon à type d'insertion vélamenteuse. Extraction d'un enfant en état de mort apparente. Transfusion et décès. Une sociétaire sage-femme est également mise en cause.

Décès de la mère (1)

- Femme de 24 ans, 3^{ème} geste 2^{ème} pare, aux antécédents d'hémorragie de la délivrance et de curetage pour

rétenion placentaire, prise en charge pour accouchement à terme + 2 jours. Césarienne pour défaut d'engagement, fièvre et suspicion de macrosomie sur diabète gestationnel. Extraction facile d'un enfant de 4,5 kg (Apgar 10), révision utérine puis hémorragie brutale et massive prise en charge sans délai, avec une réanimation intensive (ligature des artères utérines, hystérectomie). Décès sur table (causes de l'hémorragie ?).

Préjudice de l'enfant (5)

- Patiente 11^{ème} pare, obèse et diabétique non compliant, ayant déjà accouché d'un enfant macrosome avec une paralysie plexique. Obstétricien confronté en extrême urgence à une sage-femme remplaçante ayant déjà pratiqué des manœuvres d'extraction, pour une parturiente qu'il ne connaissait pas (autre obstétricien injoignable). Enfant né en état de mort apparente. Paralysie plexique, fracture humérale, hématome extradural sur fracture de la voûte. Séquelles de la paralysie plexique.
- Accouchement par forceps de Suzor pour anomalies du rythme cardiaque fœtal à l'expulsion (circulaire du cordon, Apgar 10/10) après surveillance du dernier trimestre sans anomalie. Hémiparésie infantile diagnostiquée au 9^{ème} mois, avec important retard psychomoteur. Un sociétaire pédiatre est également mis en cause.
- Accouchement avec ventouses et forceps pour souffrance fœtale (double circulaire du cordon). Hémiplegie découverte à l'âge de huit mois, liée à un accident vasculaire cérébral ischémique. Le sociétaire n'a pas assuré le suivi de grossesse.
- Accouchement facile par forceps. Hémiparésie découverte à l'âge de deux ans.
- Examen à la maternité d'un enfant né par voie basse sans incident, chez qui avait été découverte en anténatal une hydronéphrose bilatérale, dont la mère avait été informée, mais pas le pédiatre (dossier de la maternité non renseigné). Pyélonéphrite à onze mois sur vessie de lutte et dilatation majeure des voies excrétrices (valves urétrales). Récidive de pyélonéphrite et insuffisance rénale, urétérostomie. Un sociétaire pédiatre est également mis en cause.

Préjudice de la mère (8)

- Constat lors d'une césarienne en urgence pour souffrance fœtale aiguë sur bassin étroit d'un arrachement des deux uretères et d'une plaie vésicale et vaginale. Importante hémorragie maîtrisée par la réanimation. Séquelles urinaires avec fuites et pyélonéphrites.
- Césarienne programmée (en raison d'une présentation par le siège) sur cardiopathie bien suivie. Infection précoce avec écoulement cicatriciel, rapidement maîtrisée, sans incidence sur une grossesse ultérieure.
- Extraction par ventouses d'un enfant de 3,7 kg chez une patiente de 26 ans. Déchirure pelvienne avec fistule recto vaginale diagnostiquée à J 15 et réparée avec succès.
- Paralysie bilatérale du sciatique poplitée (sensitivo motrice distale sans troubles sphinctériens) après un accouchement par ventouses sous péridurale.
- Nécessité de réfection d'une épisiotomie le lendemain d'un forceps, chez une mère qui accuse de brutalité, l'enfant portant « des marques sur les joues ».

- Trois ans après une césarienne en urgence pour souffrance fœtale, plainte pour le traumatisme psychique subi et stress post traumatique se révélant à l'occasion d'une grossesse ultérieure. La patiente invoque le fait d'avoir été dénudée face à une équipe masculine, qui plaisantait.
- Demande d'indemnisation pour préjudice maternel, l'enfant ayant été indemnisé des séquelles d'une paralysie plexique.
- Patiente de 102 kg, diabétique, ayant refusé une hospitalisation pour décision d'une éventuelle césarienne, programmée compte tenu du contexte et de son indiscipline. Malgré l'appel tardif de la sage-femme, la réalisation d'une césarienne était encore envisageable. Enfant né avec une paralysie plexique, et périnée complet pour la mère.

■ IVG (1)

- Echec de la technique. Nouvelle grossesse diagnostiquée trois mois plus tard, patiente non revenue au contrôle.

■ Diagnostic anténatal (11)

- Non diagnostic de trisomie 21. Suivi du dernier trimestre de grossesse chez une femme de 26 ans. Biométrie basse à 23 SA, qui se rattrape à 27 et 28 SA. Il est reproché de ne pas avoir demandé un dépistage sérique (non proposé en début de grossesse) sur sérum congelé. Un sociétaire radiologue et un sociétaire obstétricien échographiste sont également mis en cause.
- Non diagnostic de trisomie 21 sur la ponction de trophoblaste demandée à 12 SA+5 jours pour clarté nucale chez une femme de 35 ans. Echographie morphologique et cardiaque sans anomalies.
- Méconnaissance d'une trisomie 21 avec canal atrio-ventriculaire chez une femme vue pour datation de grossesse (IVG envisagée) à 7 SA, puis à partir de 22 SA (suivi et échographies).
- Méconnaissance d'un spina bifida avec myéloméninogocèle et hydrocéphalie lors d'une grossesse suivie cliniquement et par échographies. Dépistage sérique (à sept fois la normale) à 16 SA, le compte rendu invitant à un examen par un référent. Dépistage au troisième trimestre d'une malposition confirmée d'un pied.
- Méconnaissance d'une agénésie distale d'un membre (3) lors du suivi échographique complet de la grossesse ou sur les échographies de dépistage du deuxième trimestre.
- Méconnaissance d'une transposition des gros vaisseaux chez une femme prise en charge après FIV, suivie pendant sa grossesse avec des échographies répétées mentionnant les difficultés de visualisation du cœur (position de l'enfant, échogénicité). Cardiopathie permettant le transfert de l'enfant et la décision réfléchie d'une chirurgie à J 8/10. Décès per opératoire de l'enfant.
- Méconnaissance sur les échographies du 2^{ème} et 3^{ème} trimestres d'une agénésie d'un rein et d'une hydronéphrose de l'autre, en relation avec une malformation vaginale. Traitement néonatal.
- Non-diagnostic d'un syndrome du Cimeterre (malformation pulmonaire et de l'artère pulmonaire) lors de l'échographie de dépistage.

- Dépistage d'une hémimélie du membre supérieur lors de l'échographie de 22 SA chez une femme de 33 ans 3^{ème} geste. Demande d'interruption thérapeutique de grossesse devant le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, réticent. Poursuite de la grossesse, suivie par le sociétaire. Demande de prise en charge des frais de l'enfant par l'assureur, sans grief exprimé.

Gynécologie médicale (46)

■ Diagnostic (15)

Cancer (13)

- Diagnostic d'engorgement mammaire chez une femme de 36 ans en suite de couches. Persistance de douleurs puis écoulement sanglant du mamelon, faisant découvrir un cancer infiltrant multifocal avec embols lymphatiques de mauvais pronostic d'emblée. Métastases à trois ans. Il est reproché un retard diagnostique de quatre mois.
- Prescriptions de mammographies en 2005 puis 2006, chez une femme avec antécédent familial de cancer et de tumorectomies à deux reprises pour adénome. Patiente revue dix-huit mois plus tard sans avoir fait l'examen, puis un an plus tard sans le compte rendu. Diagnostic de cancer métastatique du sein fait un an plus tard, à 56 ans.
- Cytoponction d'un nodule mammaire interprété comme un kyste galactophorique. Rectification du diagnostic lors d'examens quatre mois plus tard, en faveur d'un cancer du sein. Un sociétaire anatomopathologiste est également mis en cause.
- Suivi mammographique rapproché de microcalcifications mammaires chez une femme de 53 ans, dont la modification en un an conduit à la mastectomie. Cancer canalaire infiltrant rapidement métastaté.
- Prescription d'un bilan radiographique chez une patiente de 37 ans pour nodule du sein d'allure bénigne. Examens normaux. Cancer du sein métastaté un an plus tard.
- Biopsie tardive, devant un écoulement mammaire unilatéral vu à plusieurs reprises. Carcinome infiltrant sur maladie de Paget confirmé deux ans plus tard.
- Suivi pour contraception au décours d'une troisième grossesse. Frottis annuels sur ectropion persistant (normaux). Biopsie deux ans plus tard, révélant un adénocarcinome cervical.
- Patiente suivie par plusieurs médecins, vue pour hystéroscopie. Retard diagnostique de huit mois d'un cancer intracervical du col de diagnostic difficile.
- Une femme de 60 ans, suivie régulièrement, reproche l'espacement du rythme des frottis (jusque là normaux) et la découverte à l'occasion de métrorragies d'un cancer épidermoïde invasif du col, quatre ans après le dernier frottis.
- Retard diagnostique d'un cancer du col, sans précision.
- Femme de 24 ans qui reproche au médecin d'avoir minimisé ses douleurs pelviennes, ainsi qu'un retard diagnostique de deux à trois ans d'un cancer de l'ovaire (malgré des échographies de contrôle dans le contexte d'une IVG).
- Découverte à l'occasion d'un examen de contrôle annuel d'une masse pelvienne s'avérant être un cancer ovarien avec carcinose péritonéale chez une femme de 32 ans.
- Cancer de l'ovaire avec carcinose péritonéale, découvert six mois après une échographie en faveur d'un utérus fibromateux en période préménopausique.

Autres (2)

- Dans le cadre d'une procédure de fécondation in vitro, douleurs dans un climat fébrile, mal expliquées par le gynécologue puis l'interniste consultés. Chirurgie en urgence pour abcès de l'ovaire.
- Une femme de 31 ans, enceinte de 6 SA (datation discordante avec le dosage de bêta-Hcg), venue pour des douleurs pelviennes, reproche la demande d'échographie sans urgence et le diagnostic seulement treize jours plus tard d'une grossesse extra utérine en prérupture, imposant une salpingectomie en urgence.

■ Prise en charge (8)

- Prescription d'une hystérosalpingographie chez une femme de 41 ans pour troubles de la fécondité. Choc anaphylactique à la fin de l'examen, immédiatement pris en charge, mais longue hospitalisation et lourdes séquelles (pas d'antécédent allergique connu).
- Femme de 52 ans consultant en urgence pour douleur inguinale avec adénopathie. Demande de bilan biologique, non fait avant un départ à l'étranger. Automédication par antibiotiques devant une éruption fébrile évocatrice d'un érythème noueux. Hospitalisation pour méningite de cause indéterminée. Guérison, mais il est reproché l'absence de demande d'avis spécialisé.
- Frottis annuel chez une femme de 32 ans montrant une lésion CIN II, dont la patiente n'est pas informée. Pas de contrôle lors de la consultation annuelle suivante. Deux ans plus tard, lésion CIN III imposant une conisation, puis une hystérectomie de prudence pour cancer in situ.
- En cours de fécondation in vitro, transfert embryonnaire finalement non réalisé. Hospitalisation à J 3 de la ponction pour accident vasculaire dans le cadre d'une hyperstimulation ovarienne.
- Patiente suivie pendant dix ans à partir de 32 ans pour algies pelviennes, dyspareunie, troubles urinaires. Cœlioscopie diagnostique puis hystérectomie, exérèse de nodules vaginaux qui n'ont pas fait la preuve histologique de l'endométriome suspectée.
- Prise en charge d'une endométriome confirmée (pas de précisions).
- Survenue d'un abcès du sein en période d'allaitement ayant nécessité une intervention.
- Non-diagnostic de fibromes utérins ayant conduit à une hystérectomie pour métrorragies.

■ Iatrogénie (3)

- Prescription renouvelée d'Agréal® avant son retrait du marché chez une patiente de 60 ans, qui accuse ce traitement d'être responsable de troubles neurologiques variés sur un terrain dépressif.
- Prescription renouvelée pendant une période de dix sept ans (par plusieurs médecins) d'Androcur® pour hirsutisme et acné invalidante, avec plusieurs tentatives d'arrêt, jusqu'à la découverte d'une méningiome cérébrale (cinq méningiomes, dont certains occipitaux) responsable d'une névrite optique bilatérale chez une femme de 38 ans.
- Prescription d'une pilule contraceptive faiblement dosée en œstrogènes, renouvelée depuis vingt ans chez une femme sans facteur de risque. Décès brutal après un trajet en avion de douze heures, à l'âge de 49 ans (embolie pulmonaire ?).

■ Organisation (4)

- Classement d'un frottis pathologique sans en avvertir la patiente. Métrorragies importantes conduisant à une hystérectomie un mois plus tard pour dysplasie cervicale.
- Femme de 24 ans, confiée à un chirurgien pour kystectomie d'un volumineux kyste de l'ovaire droit (fonctionnel sans signe de gravité). La patiente n'a été informée de l'ovariectomie pratiquée qu'un an plus tard, lors d'une consultation chirurgicale pour un kyste de l'ovaire gauche d'allure hémorragique. Intervention refusée, régression sous traitement médical avant grossesse menée à terme.
- Allégation d'un toucher vaginal réalisé sans gant.
- Une patiente allègue l'usage d'un spéculum usagé et que le médecin fumait en fin de consultation.

■ Geste technique (15)

Dispositif intra utérin (13)

- Migration (11)

- Constat immédiat après une pose difficile.
- Extraction le lendemain sous coelioscopie par un confrère après un avis téléphonique rassurant donné le soir même.
- Extraction au 4^{ème} jour, chez une patiente non informée du risque.
- Migration après pose difficile, confirmée au bout de huit jours (utérus cicatriciel).
- Migration après pose difficile, confirmée au bout de quinze jours à la consultation de contrôle.
- Migration après pose difficile, confirmée au bout de deux mois.
- Migration après pose facile. Diagnostic à huit jours.
- Migration après pose facile. Extraction à un mois sur utérus rétroversé connu.
- Constat de la migration lors de la demande de retrait six mois plus tard.
- Pose compliquée de saignements. Examen rassurant à huit jours, mais diagnostic de migration deux mois plus tard à l'occasion d'une grossesse (extraction sous coelioscopie, puis demande d'IVG).
- Grossesse ayant possiblement débuté entre la pose et la découverte de la migration au 8^{ème} jour, chez une femme ayant accouché trois mois plus tôt.

- Pose de deux DIU (2)

- Patiente de 22 ans, ayant consulté à deux reprises (ablation du stérilet pour désir de grossesse, puis traitement hormonal). Pas de dossier médical. Découverte sept mois plus tard par un autre praticien d'un autre DIU en place.
- Pose d'un DIU, sans retrait du précédent, chez une femme de 37 ans. Salpingite opérée trois ans plus tard.

Colposcopie (2)

- Brûlures vaginales après application locale d'acide acétique mal préparé, car non dilué (2).

■ Déontologie (1)

- Réclamation d'une patiente inséminée avec donneur anonyme selon les règles en vigueur (deux enfants), qui désire connaître l'identité du donneur.

Chirurgie gynécologique par des gynécologues obstétriciens (7)

- Coelioscopie dans le bilan d'une stérilité. Plaie colique immédiatement diagnostiquée et suturée. Occlusion ultérieure du grêle.
- Cure d'incontinence urinaire et prolapsus récidivant chez une femme de 52 ans multiopérée (douglasséctomie et bandelettes TOT). Découverte sept ans plus tard d'une atrophie rénale sur sténose urétérale.
- Hystérectomie pour fibromes chez une femme de 41 ans, compliquée de paralysie du sciatique poplitée externe (décubitus dorsal, sangles au dessus des genoux). Récupération motrice mais douleurs neuropathiques.
- Cure de kyste ovarien sans complication. Persistance de douleurs. Diagnostic ultérieur d'endométriose. L'indication de l'intervention est contestée.
- Hystérectomie et bandelettes sous urétrales pour incontinence. Hématome pelvien traité médicalement et tension excessive des bandelettes, responsables de troubles urinaires.
- Hystérectomie et bandelettes de promontofixation chez une femme de 36 ans, compliquée dix ans plus tard d'un abcès au contact des bandelettes, révélé par une cervicite et nécessitant plusieurs interventions pour drainage et évacuation de collections intra abdominales.
- Femme de 29 ans adressée pour salpingectomie droite dans le cadre d'un bilan de stérilité. Pas de correction du côté à opérer par le chirurgien, alors que l'hydrosalpinx repéré aux examens siégeait en fait à gauche.

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Les **1 664** gastro-entérologues du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **84** déclarations (81 en exercice libéral dont 2 en activité privée du secteur public et 3 en exercice salarié), soit une sinistralité de **6,9%** en exercice libéral (contre 7,2 % en 2009) : 1 plainte pénale, 14 procédures civiles, 4 plaintes ordinales, 42 réclamations et 23 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (5)

- Trois mois après le début de la prise en charge d'un patient de 27 ans, sans antécédent personnel ou familial, diagnostic de cancer du rectum par confrère pour des rectorragies rattachées à des hémorroïdes.
- A la suite d'un accouchement traumatique, diagnostic d'une fistule périnéale chez une femme de 26 ans, évoquée sur une écho endoscopie faite six mois après sa prescription. Diagnostic écarté par la coloscopie, pour être ensuite confirmé par un autre praticien un mois plus tard. Il est reproché un retard diagnostique.
- Diagnostic jugé tardif d'une tumeur neuro endocrine avec métastases péritonéales et hépatiques chez une femme de 69 ans, découverte lors d'une intervention pour perforation caecale. Hospitalisation antérieure dans un tableau pseudo chirurgical avec coloscopie différée, faite deux mois avant la réhospitalisation dans des conditions difficiles et incomplètes et ayant fait évoquer une maladie de Crohn. Décès un mois après la chirurgie compliquée.
- Diagnostic de maladie de Crohn chez une femme de 20 ans, ayant quelques lésions iléo caecales à la coloscopie, avec biologie compatible. Surveillance purement radiologique pendant dix ans et traitements par Bunesonide. Diagnostic remis en question par confrère, retenant une simple hypertrophie lymphoïde du grêle après bilan endoscopique normal.
- Suspicion d'hépatite virale devant un ictère cytolitique et cholestatique, chez une patiente avec une échographie normale. Découverte d'un cancer de la tête du pancréas six semaines plus tard, lors d'un deuxième examen demandé devant la persistance de l'ictère.

■ Conduite thérapeutique (16)

Traitement (9)

- Douleurs anales rattachées à une fissure banale chez une femme de 54 ans. Prescription de morphine devant l'aggravation des douleurs, sans revoir la patiente. Le lendemain, hospitalisation en urgence par le généraliste, différée au lendemain par la patiente. Gangrène périnéale étendue, nécessitant une exérèse périnéale et de multiples interventions. Lourdes séquelles, notamment une incontinence anale.
- Prise en charge d'une sigmoïdite diverticulaire abcédée puis transfert en chirurgie d'une femme de 54 ans. Choc septique et choc anaphylactique au curare, encéphalopathie anoxique. Découverte d'un cancer colique localement évolué.
- Prise en charge d'une suspicion de sigmoïdite diverticulaire chez un patient obèse de 36 ans. Hospitalisation le lendemain pour traitement médical et surveillance. Abcès péri sigmoïdien au scanner. Intervention dans les délais, éviscération secondaire. Le patient reproche le retard diagnostique et thérapeutique.
- Coloscopie un mois après une poussée de sigmoïdite chez un homme de 75 ans. Courte hospitalisation pour douleurs abdominales et syndrome infectieux à J 3, sans signe de perforation après bilan complet. Dix jours plus tard, réhospitalisation pour sepsis d'origine non précisée, avec insuffisance rénale. Décès deux mois plus tard en réanimation, dans un tableau de syndrome perforatif et d'infarctus mésentérique.
- Absence de suivi endoscopique pendant neuf ans d'un patient ayant un antécédent de colectomie sub totale pour rectocolite hémorragique grave. Découverte d'un cancer du moignon rectal (iléostomie définitive et radio-chimiothérapie).

- Décès brutal d'une patiente de 81 ans, hospitalisée pour stase stercorale majeure, trois jours après la colo-exsufflation pour colectasie, dans un contexte de troubles ioniques. Péritonite ?
- Échec du traitement d'une gastrite avec présence d'*helicobacter pylori*.
- Lithiase vésiculaire connue asymptomatique chez une femme venue pour pyrosis. Absence de conseil d'une intervention à froid. Intervention compliquée dans un contexte de calcul migré, quatre mois plus tard.
- Indication chirurgicale pour polype sous muqueux du bas fond caecal, différée par la patiente de 31 ans à six mois, imposant une résection plus importante que prévu du fait de phénomènes inflammatoires.

Organisation (3)

- Décision de transfert non médicalisé d'un patient de 55 ans, sous chimiothérapie pour un cancer ORL, hospitalisé depuis trois jours, en vue d'une chirurgie urgente pour péritonite sur occlusion. Décès pendant le transport.
- Fibroscopie pour contrôle d'un ulcère gastrique, montrant une zone de gastrite localisée. Biopsies normales, mais présence d'un *helicobacter pylori*. Cinq ans plus tard, cancer gastrique évolué, résultat positif de la recherche d'*helicobacter* transmis au médecin généraliste, qui n'aurait jamais reçu le courrier. Le médecin généraliste est également mis en cause.
- Omission de signaler au médecin traitant la découverte d'un nodule pulmonaire sur le scanner thoracique demandé au décours d'un bilan digestif (normal) pour amaigrissement, chez un homme de 79 ans. Diagnostic de cancer pulmonaire métastaté un an plus tard. Décès.

iatrogénie (2)

- Thrombose de la veine centrale de la rétine, six mois après le début d'un traitement par interféron pour hépatite C chronique fibrosante chez une femme de 65 ans, obèse et hypertendue. Un défaut d'information est évoqué.
- Leuco neutropénie sévère et décès d'une septicémie à candida d'une femme de 41 ans à la deuxième cure de chimiothérapie (5 FU), décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire pour cancer du sigmoïde.

Divers (2)

- Complication de la mise en place d'une gastrostomie d'alimentation décidée par le sociétaire.
- Décès d'un patient cirrhotique dans un tableau de fasciite nécrosante sur hématome du mollet. De nombreux praticiens sont impliqués.

■ Bris dentaire (7)

- A l'occasion de fibroscopies, dont une signalée comme difficile du fait d'un trismus serré (6).
- A l'occasion d'une coloscopie.

■ Geste thérapeutique (11)

- Dilatation d'une sténose œsophagienne cervicale infranchissable, après radiothérapie d'un cancer ORL chez un patient de 84 ans. Aphonie.
- Endoprothèse œsophagienne pour une fistule gastro cutanée, dans les suites d'une chirurgie bariatrique (Sleeve gastrectomie) chez un homme de 58 ans. Récidive de la fistule à l'ablation de la prothèse, et tentative de drainage avec radiologue interventionnel, également

mis en cause. Hémorragie brutale à J 3, d'abord modérée, sans fuite de produit à l'artériographie, puis cataclysmique quelques heures plus tard. Décès.

- Ballon intra gastrique chez une femme de 31 ans. Au bout de six mois, vérification et conseil de le garder trois mois supplémentaires. Migration intra jéjunale et occlusion trois mois plus tard. Il est reproché un défaut d'information et un conseil imprudent.

- Gastrostomie percutanée d'alimentation chez un homme de 54 ans, compliquée à J 7 de péritonite secondaire à la migration. Décès.

- Gastrotomie par la technique PUSH compliquée de perforation colique, rapidement diagnostiquée et traitée chez un patient de 83 ans. Un sociétaire ORL est également mis en cause.

- Exérèse endoscopique pour suspicion d'ampullome chez un homme de 48 ans, compliquée d'une pancréatite gravissime. Décès. L'histologie n'a pas confirmé l'adénome, évoqué sur les biopsies préalables.

- Echo endoscopie dans le cadre d'un bilan évocateur d'une tumeur kystique de pancréas. Bilan complet le lendemain (avec ASP) aux urgences par l'urgentiste, avec avis du gastro-entérologue, considéré comme normal. Perforation duodénale au scanner fait quelques heures plus tard au CHU où s'est présenté le patient. Il est également reproché un défaut d'information. Deux sociétaires sont concernés.

- CPRE avec sphinctérotomie endoscopique pour angiocholite, compliquée de perforation duodénale chez un patient de 83 ans. Décès après transfert, jugé tardif, le lendemain, pancréatite.

- CPRE avec sphinctérotomie endoscopique pour lithiase intra cholédocienne chez une femme de 69 ans. Perforation cholédocienne et duodénale, pancréatite. Décès de multiples complications.

- Prothèse biliaire pour fistule après cholécystectomie coelioscopique. Échec par migration de la prothèse.

■ Endoscopie (32)

Fibroscopie gastrique (1)

- Pour anémie microcytaire chez une femme 89 ans, interrompue du fait d'une perforation de l'œsophage cervical (diverticule de Zenker ?). Suites favorables après chirurgie.

Coloscopie : diagnostic (2)

- Dix-huit mois après une première coloscopie pour rectorragies jugée normale, découverte par un confrère d'une diverticulose, associée à une tumeur sténosante du cæcum, avec envahissement ganglionnaire, chez un homme 48 ans.

- Lors du contrôle prévu après ablation d'un polype cæcal trois ans auparavant, découverte d'un cancer de

la jonction recto sigmoïdienne. Intervention et nécessité d'une chimiothérapie adjuvante (cancer d'intervalle ?).

Coloscopie : complications (28)

Fait notable, le défaut d'information est rarement évoqué, la remise de la fiche d'information (signée ou non) étant signalée dans la majorité des dossiers : dans un cas, le sociétaire déclare ne jamais dispenser d'information, la patiente ne lui en faisant d'ailleurs pas grief (contrôle de polypes).

- Perforation colique après coloscopie, sans polypectomie ni biopsie (15)

Les indications sont variées : troubles du transit (6), contrôle de polypes (4), hémocult positif, rectorragies (2), antécédent familial néoplasique. La complication a pu être favorisée par des antécédents chirurgicaux : hystérectomie (3), radiothérapie (2) césariennes et appendicectomie, chirurgie de hernie ombilicale récidivante, chirurgie pelvienne pour lymphome, ou des anomalies anatomiques : dolichocôlon, diverticulose (3).

La perforation siège le plus souvent sur le sigmoïde et est diagnostiquée pendant l'examen, ou au décours immédiat (11), dans un cas à J 2.

Dans un cas, il est reproché le retard diagnostique de la complication : douleurs abdominales et œdème du visage faisant évoquer un œdème de Quincke à J 1 par le généraliste, puis consultation à J 3 d'un anesthésiste. Patient revu à J 5 avec une suspicion de colite au glutéraldéhyde, avant le diagnostic, à J 9, d'une perforation diverticulaire.

Les suites sont habituellement simples (compresse oublie) ; dans un cas, la suture (perforation du transverse) a été réalisée par clips par le gastro-entérologue lors de l'examen.

- Perforation colique après polypectomie (9)

Les indications sont diverses : coloscopie pour rectorragies (5), contrôle de polypes (4), antécédent familial (3). Le diagnostic est immédiat, ou à J 1 (7) ou J 3 (2, dont une perforation bouchée). La perforation siège sur le sigmoïde (5), le cæcum (2). Dans un cas, il s'agit d'une perforation sans épanchement intra péritonéal, traitée médicalement. Dans un cas, la perforation est attribuée à l'emploi d'un nouveau bistouri qui coagule trop rapidement, d'après le médecin, qui utilisera l'ancien matériel pour la deuxième polypectomie. Les suites sont simples (éventration après colostomie) dans 7 cas.

Dans un cas, après polypectomies multiples dont une mucoséctomie chez une femme de 87 ans, gardée en observation, suture simple puis reprise pour iléostomie. Événement.

Dans un autre cas, discussion d'une endocardite sur valvulopathie inconnue, et survenue d'une toxidermie avec agranulocytose sous vancomycine chez une femme de 57 ans.

- Rupture de rate (2)

- Après coloscopie et polypectomie chez une femme sous anticoagulants.
- Chez une femme ayant un dolichocôlon et un antécédent d'hystérectomie.

- Divers (2)

- Anémie profonde chez une femme de 62 ans sous anticoagulants, sans hémorragie extériorisée, à J 3 d'une coloscopie. Transfusion et décision collégiale de surveillance dans l'attente d'un scanner. Aggravation de l'anémie et transfert jugé tardif, le lendemain, en réanimation en ambulance simple. Décès. Hémopéritoine diagnostiqué post mortem.
- Poussée de sigmoïdite, puis péritonite sur abcès sigmoïdien rompu après coloscopie pour contrôle de polypes. Hospitalisation le lendemain du geste. Il est reproché la gestion de cette complication.

Divers (1)

- Brûlure cutanée due au bistouri électrique.

■ Proctologie (5)

- Injections sclérosantes pour hémorroïdes internes chez un homme de 31 ans. Persistance de douleurs, abcès de la marge anale avec fistule sept mois après, puis infiltrations sans résultat pour névralgie pudendale.
- Injections sclérosantes pour fissure anale. Hospitalisation à J 4 pour abcès de la marge anale avec fistule. Le geste et le retard diagnostique font l'objet de reproches.
- Electrocoagulation (2) pour condylomes, compliquée de perforation rectale suite à l'explosion de gaz intra rectaux. Séquelles non précisées.
- Cryothérapie pour hémorroïdes internes. Aggravation des douleurs ano pelviennes, sans substratum organique démontré, après une ulcération hémorragique anale transitoire.

■ Divers (8)

- Mise en cause systématique (4) du fait de complications dues à la pathologie ou de la chirurgie ultérieure, dont : une CPRE avec ablation de petits calculs, la veille d'une cholécystectomie compliquée d'une hémorragie par lâchage de suture, suivie d'un décès, et la survenue d'une rectite radique après radiothérapie d'un cancer de prostate.
- Hématome compressif du bras, dont il est reproché la prise en charge lors d'une hospitalisation pour pancréatite. Le rôle du sociétaire s'est limité à la réalisation d'une écho endoscopie sans complication (mise en cause de plusieurs praticiens).
- La famille d'un patient de 48 ans, décédé des conséquences d'un cancer colique dépisté par le sociétaire, reproche l'absence d'information sur la gravité de son état.
- Chute du brancard après coloscopie. Traumatisme crânien sans conséquence.
- Découverte d'une fracture de métacarpiens après une coloscopie (cause ?).

MÉDECINE GÉNÉRALE*

Les **44 141** médecins généralistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **370** déclarations (351 en exercice libéral, 19 en exercice salarié) soit une sinistralité de **0,96 %** en exercice libéral (contre 1 % en 2009) : 15 plaintes pénales, 80 procédures civiles, 73 plaintes ordinales, 110 réclamations et 92 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (118)

Traumatisme (16)

- Absence de prescription de radiographies lors de la consultation initiale (5)

- Fracture cervicale chez une patiente de 72 ans, adressée aux urgences pour radiographies (non faites) quatre jours après le traumatisme, devant la persistance des douleurs. Intervention dans les jours suivants pour une compression médullaire. Décès postopératoire.
- Fracture de l'extrémité inférieure de l'omoplate. Retard de dix jours.
- Fracture du scaphoïde. Retard de trois mois.
- Luxation des épaules au cours d'une crise d'épilepsie chez un patient de 21 ans (vu aux urgences). Suivi par le généraliste pendant deux mois (arrêts de travail, rééducation...) avant la prescription de radiographies.
- Retard de diagnostic de quelques jours d'une fracture de la malléole externe et d'un métacarpien.

- Interprétation erronée de radiographies (3)

- Patient vu aux urgences. Tirage « papier » de radiographies de mauvaise qualité. Nouvelles radiographies demandées par le généraliste, faites dix jours plus tard. Fracture du radius.
- Luxation de hanche chez un enfant, associée à une subluxation de la rotule.
- Fracture per trochantérienne (déplacée) prise pour un décollement épiphysaire chez un enfant de 13 ans.

- Lésion ligamentaire (8)

- Dix à quinze jours après une plaie, découverte d'une section ou lésion tendineuse (3), avec dans un cas un éclat de verre en place.
- Rupture du tendon extenseur du pouce, associé à une fracture non déplacée du radius lors d'un accident de ski.
- Névrome deux mois après une plaie du pouce.

* 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.

- Lésions ligamentaires trois semaines après un traumatisme du poignet et de la main, tardivement opérées chez un patient en arrêt de travail prolongé pour lombalgies.
- Avis spécialisé demandé, à un mois de la prise en charge d'une plaie (par verre) découvrant une section du tendon du fléchisseur du carpe.
- Rupture du tendon d'Achille.

Cancer/Hémopathie (37)

- Cancer du sein (6)

Dont :

- Cancer ulcéré découvert chez une femme de 51 ans, six semaines après la première consultation, faute d'un examen clinique suffisant.
- Erreur de diagnostic malgré un bilan écho mammographique prescrit et de bonne interprétation.
- Cancer découvert 18 mois après des conclusions rassurantes d'une mammographie.
- Chez une femme de 34 ans aux antécédents familiaux de cancer du sein, imagerie révélant des lésions bilatérales considérées comme bénignes, avec conseil de surveillance sans date précisée par le radiologue. Généraliste rassuré téléphoniquement. Diagnostic un an plus tard d'un cancer du sein bilatéral. Il est reproché un contrôle tardif.
- Retard de diagnostic d'une rechute d'un cancer du sein chez une patiente suivie également par un cancérologue.

- Cancer digestif (5)

- Cancer de l'œsophage cervical chez un patient de 65 ans (métastases pulmonaires). Retard de quelques mois. Le patient aurait insisté pour être adressé à un ORL, puis à un gastro-entérologue.
- Cancer du pancréas chez une femme de 71 ans, opérée six mois auparavant d'une cholécystectomie. Douleurs abdominales traitées comme une colopathie fonctionnelle. Avis gastro-entérologique demandé après une échographie abdominale difficile à interpréter. Hospitalisation avant le rendez-vous et décès rapide. Le mari reproche l'absence de prise en compte d'un amaigrissement de dix kilos.
- Cancer iléo-cæcal chez une femme de 72 ans, hospitalisée pour le bilan d'une anémie microcytaire (bilan complet endoscopique, scanner, échographie). Surveillance régulière montrant une mauvaise correction de l'anémie malgré le traitement martial. Huit mois plus tard, découverte d'une tumeur à la palpation. Carcinose péritonéale, adénocarcinome infiltrant du cæcum. Exérèse impossible, décès.
- Cancer du colon révélé au stade occlusif, chez une femme de 70 ans. Prescription par le remplaçant d'un examen biologique (non réalisé) devant l'existence d'une dyspnée. Famille insistant deux mois plus tard pour une consultation pneumologique, refusée par le généraliste en l'absence de nouvel examen de la patiente. Découverte d'une anémie à 5,9 gr/hb sur la NFS enfin réalisée, et fibroscopie montrant un ulcère duodénal (antécédent d'ulcère gastrique) et une gastrique érosive sous aspirine. Occlusion le mois suivant.
- Cancer du cæcum chez une femme de 70 ans, vue une fois pour un autre motif avec prescription d'un bilan, réalisé

deux mois plus tard, montrant une anémie profonde. Décès au décours de l'intervention.

- Cancer utéro ovarien (3)

- Cancer de l'ovaire chez une femme de 52 ans ayant consulté à plusieurs reprises pour des douleurs abdominales. Retard de quelques mois.
- Cancer de l'utérus chez une femme de 55 ans présentant des métrorragies et adressée au gynécologue. Hystéroscopie différée par la patiente. Diagnostic six mois plus tard, évolution favorable.
- Cancer du col de l'utérus chez une femme de 30 ans, suivie par un gynécologue épisodiquement, non revenue après la dernière consultation gynécologique prévue pour des frottis à la demande du gynécologue.

- Cancer ORL (4)

- Cancer du larynx chez un patient de 39 ans, toxicomane et tabagique, vu régulièrement pour prescription de Méthadone. Retard diagnostique de deux mois.
- Cancer du cavum chez un patient de 66 ans, après un bilan radiologique standard normal devant des cervicalgies et une dysphagie. Décès.
- Cancer de la paroi postérieure de l'hypo pharynx chez un patient de 58 ans malgré un recours au spécialiste. Retard d'un an environ.
- Cancer de la langue, traité initialement comme une candidose buccale chez un homme de 36 ans avant l'apparition d'une ulcération. Echec de la première biopsie. Retard diagnostique de six mois.

- Cancer de la sphère urologique (4)

- Cancer de la vessie chez une femme de 84 ans. Infections urinaires récidivantes, échographie pelvienne normale puis avis urologique. Plusieurs récides sur quatre ans. Après consultation d'un nouvel urologue, diagnostic lors d'une cystoscopie d'une tumeur vésicale infiltrante, non accessible à la chirurgie.
- Cancer du rein chez un patient de 65 ans signalant une hématurie macroscopique non explorée. Retard de dix mois.
- Cancer de la prostate (2) : les patients reprochent l'absence de dosage de PSA avant l'âge de 65 ans, ou l'absence de contrôle d'un dosage pathologique.

- Au stade de métastases (5)

- Cancer du poumon métastasé et révélé par une compression médullaire, chez un homme de 46 ans ayant consulté à plusieurs reprises pour des douleurs axillaires.
- Cancer métastasé chez un patient de 79 ans multi exploré, avec recours d'avis spécialisés. Décès rapide.
- Métastases osseuses d'un cancer thyroïdien. Décès à un an.
- Métastases d'un cancer du testicule chez un homme de 40 ans qui se pensait guéri de son cancer, en rémission depuis plusieurs années, et qui aurait décliné le suivi oncologique proposé. Retard diagnostique de quelques jours.

- Métastases d'un cancer du sein.

- Autres (4)

- Cancer cutané de la paupière chez une femme de 46 ans, adressée rapidement à un spécialiste. Retard diagnostique de quelques mois.
- Mélanome malin chez une femme de 38 ans ayant de multiples naevi. Exérèse, brûlure « d'une verrue » au bistouri électrique, récurrence et diagnostic. Retard de cinq mois.
- Ostéosarcome chez un patient de 79 ans vu à plusieurs reprises pour un hématome de la cuisse après une chute. Amputation.
- Sarcome d'Ewing chez un patient de 19 ans, porteur d'une cyphose dorsale sur dystrophie de croissance bien explorée et bien suivie par des spécialistes. Dorsalgies invalidantes qui vont se compliquer brutalement quatre mois plus tard d'une compression médullaire, opérée en urgence avec un bon résultat.

- Hémopathies (6)

- Retard diagnostique de myélome chez une femme de 57 ans, révélé par une tumeur costale. Hyperfixation de la zone pathologique connue du généraliste précédent trois ans plus tôt. Pas d'investigation, pas de point d'appel pendant trois ans.
- Retard diagnostique allégué de dix-huit mois d'un myélome chez une patiente de 63 ans suivie pour une ostéoporose post ménopausique.
- Retard diagnostique de huit mois d'un myélome chez une patiente de 62 ans, dont l'imagerie complète a été mal interprétée par le radiologue.
- Retard diagnostique de maladie de Hodgkin chez un jeune homme de 17 ans, révélée lors d'un bilan sanguin prescrit pour une gastroentérite, avec décision d'hospitalisation rapide.
- Retard diagnostique de lymphome chez un patient de 44 ans, traité par un acupuncteur homéopathe sur demande du médecin généraliste pour une douleur intercostale depuis plusieurs semaines. Révélation du diagnostic par une compression médullaire dorsale. Persistance d'une paraplégie après l'intervention.
- Décès d'une patiente de 42 ans d'une hémopathie méconnue et révélée par une angine fébrile quelques jours auparavant. Un médecin urgentiste est également mis en cause.

Pathologies cardiovasculaires et cérébrales (30)

- Pathologie cardiovasculaire (18)

- Retard diagnostique de 24 heures d'un infarctus chez un patient de 45 ans, aux nombreux facteurs de risques, vu pour douleur thoracique. Proposition d'hospitalisation déclinée, prescription de trinitrine et courrier au cardiologue. Séquelles et inaptitude professionnelle.
- Retard diagnostique de trois jours d'un infarctus antérieur chez un patient de 53 ans, avec facteurs de risques, sous Plavix®. Traitement antalgique pour douleur scapulaire et dorsale. Plusieurs appels, consultation rhumatologique peu contributive avant hospitalisation en urgence. Séquelles et préjudice professionnel.
- Retard diagnostique de 24 heures d'un infarctus chez une patiente de 82 ans (hypercholestérolémie), vue la veille pour douleur thoracique nocturne. Récurrence et décès quelques mois plus tard.
- Décès d'une femme de 46 ans (tabagisme et diabète) vue pour un tableau atypique avant tout respiratoire. Arrêt cardiaque réanimé par le généraliste. Angioplastie en urgence.

- Consultation d'un patient de 47 ans, tabagique, pour douleur thoracique nocturne avec irradiation dans le bras gauche (ECG considéré comme normal). Conseil d'une consultation cardiologique sans préciser l'urgence et prescription de trinitrine. Décès le lendemain.
- Patient de 48 ans, avec facteurs de risque, ayant subi une épreuve d'effort trois ans auparavant, vu pour douleur thoracique. Bilan biologique et prescription d'anti-inflammatoires, doublée par le patient le soir sur conseil du centre 15. Demande de conseil téléphonique le lendemain et décès deux jours plus tard à domicile.
- Patient de 53 ans présentant des douleurs thoraciques (et de la mâchoire) depuis 24 heures. Prescription d'un traitement antalgique. Arrêt cardiorespiratoire à domicile trois jours plus tard.
- Décès d'une patiente de 58 ans de cause inconnue, après trois consultations de médecins différents en 24 heures (dont un interne aux urgences hospitalières) pour douleur thoracique dans un contexte de vomissements. La proposition d'hospitalisation par le généraliste aurait été déclinée et le diagnostic de déchirure musculaire « confirmé ».
- Décès d'un patient le jour même d'une visite à domicile en urgence pour douleur thoracique.
- Décès d'un patient suivi pour hypertension, quinze jours après une consultation pour malaise. Syndrome coronarien compliqué de troubles du rythme ventriculaire.
- Décès d'un trouble du rythme ventriculaire survenu au lever, chez un adolescent dont la dernière consultation remonte à plusieurs années. Il est reproché la non prise en compte d'antécédents « cardiaques » familiaux.
- Retard diagnostique d'un rétrécissement aortique serré, responsable d'une décompensation cardiaque chez une femme de 88 ans suivie pour asthme et présentant des troubles cognitifs. Décès.
- Retard diagnostique d'une phlébite superficielle du membre supérieur après perfusion. Embolie pulmonaire deux jours plus tard (anomalie anatomique).
- Phlébite du membre inférieur révélée par une embolie pulmonaire.
- Hospitalisation pour embolie pulmonaire en urgence, quatre jours après une consultation pour douleur du mollet dans un contexte traumatique. Possible proposition d'hospitalisation, refusée. A posteriori, hémoptysie minime et douleur thoracique déjà présente. Déficit familial en protéine C.
- Ischémie subaiguë d'un membre inférieur, diagnostiquée dix jours après une consultation pour douleur de jambe avec œdème chez une femme de 60 ans, diabétique. Échec de l'intervention, amputation.
- Diagnostic d'aortite avec embolies périphériques des membres chez une femme de 44 ans, prise en charge pour lombalgies avec douleurs des membres inférieurs rebelles pendant deux mois aux traitements symptomatiques. Amputation bilatérale.
- Consultation pour lombalgie aiguë fébrile d'un homme de 59 ans, hypertendu et obèse. Prescription d'un bilan et d'une échographie abdominale, puis hospitalisation le soir aux urgences révélant un anévrisme aortique rompu. Transfert et intervention en urgence au CHU. État de choc et décès en fin d'intervention.

- Pathologie vasculaire cérébrale (12)

- Révélation d'anévrismes cérébraux ou de malformations artério veineuses rompues (6) au décours de consultations pour céphalées (contexte d'hypertension, de troubles dépressifs) ou de troubles visuels unilatéraux laissant de graves séquelles neurologiques (4). Deux patients sont décédés : patient de 33 ans (évocation d'une sinusite devant des céphalées récentes, IRM demandée après une perte de connaissance trois semaines plus

tard mais hémorragie massive le lendemain par rupture d'un anévrisme non embolisable), patiente de 49 ans (vue à domicile en consultation nocturne pour céphalées dans un contexte anxio dépressif dû à un divorce récent, réexamen le lendemain soir à la demande de la famille, patiente somnolente avec des troubles de l'équilibre, aggravation pendant le transport à l'hôpital dans un véhicule familial).

- AVC cérébelleux chez un diabétique hypertendu, consultant pour des troubles de l'équilibre.
- Syndrome de Wallenberg chez un patient ayant des troubles de la marche et de l'équilibre, avant la réalisation d'une IRM demandée « en urgence » sans s'assurer d'un rendez vous proche, qui a été fixé après l'aggravation une semaine plus tard.
- AVC ischémique dans le territoire de la cérébrale antérieure chez une patiente hospitalisée à la demande du généraliste en psychiatrie pour « malaises » et troubles divers ayant fait évoquer une hystérie. Myxome de l'oreille. Deux sociétaires sont mis en cause.
- AVC ischémique complété quelques heures après une consultation pour déficit transitoire du membre supérieur accompagné d'une poussée hypertensive.
- Dissection carotidienne après malaise deux jours auparavant.

Urgences abdominales (12)

Le diagnostic le plus souvent porté est celui de gastroentérite.

- Retard diagnostique d'appendicite (4)

- Appendicite opérée au stade de la péritonite trois jours après la première consultation chez une femme de 58 ans. Deux sociétaires sont concernés.
- Appendicite opérée trois jours après la consultation chez un homme de 20 ans.
- Appendicite opérée le lendemain de la consultation chez une femme de 56 ans.

- Retard diagnostique d'une occlusion abdominale (2)

- Chez une patiente hospitalisée le lendemain (décès en postopératoire immédiat).
- Chez une patiente de 73 ans, vue le lendemain par un autre médecin confirmant le diagnostic avant une hospitalisation demandée par un régulateur. Chirurgie tardive à l'hôpital pour des raisons organisationnelles. Décès d'une occlusion sur bride.

- Péritonite par perforation diastatique du côlon sur cancer (2)

- Chez un homme de 69 ans, hospitalisation à la deuxième consultation. Décès quatre jours plus tard d'un choc cardiogénique postopératoire.
- Chez une femme de 74 ans, deux jours après une échographie abdominale demandée pour douleurs récentes dans un contexte de constipation. Décès en postopératoire immédiat.

- Autres (4)

- Diagnostic de gastroentérite chez une femme de 60 ans. Proposition refusée d'une hospitalisation le lendemain, devant l'aggravation et la déshydratation (pas de bilan). Hospitalisation ultérieure en urgence et décès d'une péritonite pelvienne non diagnostiquée dans les délais en milieu hospitalier.
- Retard diagnostique d'une cholécystite lithiasique. Douleurs épigastriques trois semaines avant, suites simples après la chirurgie.
- Retard diagnostique de deux jours d'une rupture capsulaire de la rate chez un patient en contact téléphonique avec l'opérateur ayant pratiqué une lithotritie pour lithiase rénale, et vu une nuit à domicile par le généraliste. Prescription d'un traitement antalgique. Suites simples de la splénectomie.
- Rupture d'une lésion hépatique préexistante et connue chez un patient de 73 ans, révélée par un accident vasculaire cérébral dans un contexte d'hémorragie abdominale douze heures après une consultation d'un stagiaire à domicile sans le dossier médical. Embolisation mais persistance de l'hémiplégie.

Tumeur cérébrale (2)

- Révélée par un syndrome digestif qualifié de gastroentérite lors d'une unique consultation, chez un patient de 35 ans. Mise en évidence dans les jours suivants d'une hypertension intracrânienne avec engagement. Décès.
- Diagnostic de tumeur de la base du crâne chez une femme de 38 ans, porté à l'occasion d'une crise d'épilepsie après plusieurs consultations pour des motifs divers (dont des céphalées) pendant l'année précédente.

Diagnostic chez l'enfant (11)

- Décès à quelques mois de vie d'un enfant né prématuré, d'une détresse respiratoire sur hypertension artérielle primitive indétectable. Plusieurs consultations pour le suivi et hospitalisation de quelques jours à la demande du généraliste pour coliques du nourrisson. Deux sociétaires sont concernés.
- Décès d'un enfant de 7 mois d'une coarctation aortique non dépistée. Le pédiatre de la maternité est également mis en cause. Deux sociétaires généralistes sont concernés.
- Enfant de 10 ans opéré d'une appendicectomie et réadressé à l'hôpital par le généraliste. Décès d'une perforation œsophagienne liée à des efforts de vomissements.
- Décès d'un enfant de 13 ans, vu la veille pour une gastroentérite. Choc septique avec pneumopéritoine d'origine appendiculaire possible.
- Retard diagnostique (de l'ordre d'un mois) d'une leucémie aiguë chez un enfant de 10 ans, suivi depuis l'enfance. Décès des conséquences de la maladie. Un sociétaire psychiatre est également mis en cause. Deux sociétaires généralistes sont concernés.
- Retard diagnostique d'une luxation de hanche découverte à 17 mois, chez un enfant suivi depuis la naissance.
- Retard diagnostique de torsion du cordon spermatique chez un adolescent de 14 ans. Douleurs abdominales

évoquant une gastroentérite, puis orchépidydimite évoquée par un confrère.

- Diagnostic d'orchépidydimite chez un adolescent, porté sur les données de l'échographie faite dans la journée. Traitement anti inflammatoire, conseil de se rendre immédiatement aux urgences pour avis urologique (conseil d'avis sans urgence selon la mère). Orchidectomie pour torsion du cordon spermatique quatre jours plus tard.

Divers (10)

- Retard diagnostique d'une arthrite septique de l'épaule avec septicémie, chez une patiente de 94 ans. Décès (dernière consultation deux mois avant).
- Retard diagnostique d'une semaine d'un syndrome de Guillain Barré chez un homme de 28 ans.
- Retard diagnostique d'un neurinome cervical chez un patient de 44 ans, examiné à plusieurs reprises pour des troubles de la sensibilité avant qu'un confrère ne l'adresse à un neurologue.
- Retard diagnostique d'une fibrose rétropéritonéale chez un patient de 40 ans en insuffisance rénale aiguë (multiples consultations les mois précédents).
- Retard diagnostique d'un descellement de prothèse de hanche (radios « normales »).
- Retard diagnostique d'une hernie discale chez un lombalgique.
- Retard diagnostique d'une maladie de Horton atypique. Quasi-cécité et dépendance avant le décès deux ans plus tard, à 71 ans.
- Retard diagnostique d'une hyperthyroïdie, diagnostiquée après un an de suivi par un confrère chez une femme de 74 ans, phobique. Demande d'avis spécialisés devant des symptômes divers pendant un an.
- Diagnostic d'une insuffisance rénale au stade terminal chez une patiente de 53 ans, régulièrement suivie (fibromyalgie, hypertension ?), deux mois après la découverte d'une anémie traitée symptomatiquement par fer.
- Patient suivie pour des antécédents de cancer du sein. Demande de radiographie du rachis pour des douleurs, mais survenue d'une paraplégie (par spondylodiscite vraisemblable) lors de l'hospitalisation demandée.

■ Geste technique (30)

Manipulation (5)

Dont :

- Manipulation compliquée de probable entorse sternocostale.
- Aggravation des cervicalgies et apparition le lendemain d'une névralgie cervico brachiale rebelle chez une femme de 69 ans.
- Survenue d'une saillie discale cervicale, découverte sur un scanner postérieur au geste, attribuée à la manipulation.
- Aggravation des lombalgies le lendemain, puis syndrome de la queue de cheval opéré quatre jours plus tard en rapport avec une hernie discale lombaire exclue. Suites favorables.
- Aggravation de lombalgies.

Infiltration/ponction (3)

- De cheville, compliquée d'infection.
- D'épaule, suivie d'une rupture tendineuse du long biceps quinze jours plus tard (causalité ?).
- Ponction du genou pour hygroma douloureux (pas de prélèvement). Révélation d'une infection quatre jours plus tard.

Acupuncture (1)

- Médecin condamné à trois mois d'interdiction d'exercice du fait de l'absence d'usage d'aiguille à usage unique et d'une stérilisation obsolète. Enquête à la demande de la DDASS, avec réalisation de sérologies VIH et hépatites sur plus de 1 000 patients (enquête négative ?).

Mésothérapie (1)

- Mésothérapie suivie d'un érysipèle, puis d'une infection extra et possiblement intra articulaire du genou nécessitant lavages sous arthroscopie et greffe sur une nécrose cutanée.

Vaccin (3)

- Un patient ayant douté de la technique d'injection d'un rappel de vaccin interprète a tort la sérologie qu'il a fait pratiquer comme étant en faveur de l'absence d'immunité.
- Première poussée de sclérose en plaques chez une femme de 30 ans, trois mois après une vaccination contre l'hépatite B.
- Survenue d'un syndrome de Guillain Barré quinze jours après une vaccination antigrippale chez une femme de 56 ans. Amélioration puis rechute de la polyradiculonévrite, évolution vers la dépendance.

Divers (7)

- Pose d'un DIU alors que le précédent était toujours en place. Diagnostic deux ans plus tard.
- Injection sous cutanée de gaz thermal pour gonalgies.
- Injection de dix fois la dose d'allergènes. Réaction allergique sans gravité.
- Nécrose et surinfection puis algodystrophie chez une femme de 22 ans, après application de neige carbonique pour des verrues du dos de la main.
- Lipoatrophie après injection de Kenacort® (3).

Médecine esthétique (10)

- Granulomes inesthétiques après injection d'un produit de comblement non résorbable.
- Nodules inflammatoires après injection d'acide hyaluronique dans des rides du visage.
- Nodules après implantation de fils biodégradables.
- Brûlures après traitement d'une couperose au laser.
- Brûlures après traitement de télangiectasies de la pointe du nez au laser.
- Brûlures après électrothérapie esthétique abdominale.
- Brûlures après morpho liposculpture abdominale et des cuisses.
- Résultat insatisfaisant d'une dermabrasion.
- « Phlébectomie » puis laser des paupières inférieures pour « cernes ». Résultat non concluant. Deux sociétaires sont concernés.

■ Iatrogénie (24)

Gestion des anticoagulants (6)

- Chez une patiente de 67 ans, difficile à équilibrer, avec plusieurs paliers d'augmentations des doses par téléphone. INR contrôlé (à 13) avec une semaine de retard sur le délai prescrit. Patiente asymptomatique. Hospitalisation conseillée (par téléphone). Hématomes multiples, coma et décès le lendemain.
- Arrêt des anticoagulants lors d'une hospitalisation du fait d'un surdosage (INR à 12) chez une femme de 88 ans,

en fibrillation auriculaire. Accident vasculaire cérébral ischémique sous anticoagulation à dose insuffisante dix jours plus tard.

- Maintien de la posologie des antivitamines K, alors que le patient sortant d'une hospitalisation était en surdosage. Résultat vu après la consultation ? Conseil oral, mais non noté au dossier, de diminuer la dose. Syndrome hémorragique, transfusions.
- Prescription d'Arixtra® à dose classique chez un patient de 85 ans pour phlébite superficielle près de la crosse de la saphène, confirmée au doppler. Hématome sur rupture de kyste poplité, hospitalisation.
- Prescription aux urgences hospitalières d'HBPM pendant un mois, et d'une botte plâtrée pendant six semaines chez une femme de 42 ans pour une fracture métatarsienne. Consultation intermédiaire avec le médecin traitant, puis malaise avec tachycardie après huit jours d'arrêt des anticoagulants. Avis cardiologique demandé en urgence et rassurant. Hospitalisation en réanimation le lendemain et décès d'embolie pulmonaire.
- Défaut de coordination entre un chirurgien et le médecin traitant lors d'un relais anticoagulant à la sortie d'une hospitalisation. Courrier de sortie mais pas de prescription d'antivitamines K associée aux HBPM. Accident vasculaire ischémique hémiparétique chez une femme de 52 ans (valvuloplastie mitrale et fibrillation auriculaire).

Divers (18)

- Choc anaphylactique après prescription d'Augmentin® chez un allergique connu (erreur identique six ans auparavant). Evolution favorable.
- Choc anaphylactique survenu en milieu hospitalier, lors de la perfusion du même antibiotique dérivé des pénicillines que celui prescrit quelques jours auparavant, en ville, chez un patient sans allergie connue. Décès deux mois plus tard. Contexte d'un cancer ORL dont il est reproché le diagnostic tardif.
- Anaphylaxie après prescription d'anti inflammatoire (évolution ?).
- Prescription de corticoïdes pour sinusite, ayant pu favoriser une crise drépanocytaire justifiant une prise en charge prolongée, du fait notamment de multiples nécroses épiphysaires chez une patiente de 40 ans, dont la dernière crise remontait à vingt ans.
- Syndrome de Lyell après prescription d'un traitement symptomatique, dont des anti inflammatoires, pour une épicondylite chez une femme de 46 ans.
- Aggravation d'une insuffisance rénale connue (modérée) chez un hypertendu après prescription renouvelée en courtes périodes d'anti inflammatoires.
- Hospitalisation d'une femme de 67 ans (diarrhées, déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle) à la suite de la prescription à dose excessive de colchicine (8 mg pendant deux jours, puis 4 mg) pour une crise de goutte.
- Prescription de Viagra® chez un homme de 70 ans (arythmie, prise occasionnelle de trinitrine) ayant fait un arrêt cardiaque non récupéré au décours immédiat d'un rapport sexuel. Décès précédé de douleurs du bras gauche motivant la prise de trinitrine.
- Prescription de Viagra® chez un homme de 75 ans, sans antécédent, ayant fait un arrêt cardiorespiratoire

une semaine plus tard (pas de preuve de la prise du médicament ce jour là).

- Colite pseudomembraneuse à J 13 d'une prescription d'antibiotiques pour une angine chez un patient de 54 ans, en vacances (non revu). Décès après quelques mois de réanimation d'un choc septique sur péritonite stercorale (antécédent de néoplasie ORL, éthyliste chronique).
- Syndrome vestibulaire après prescription d'aminosides chez une patiente de 68 ans (néphrectomie, diabète insulino dépendant) pour une infection urinaire fébrile sensible exclusivement à cette classe d'antibiotiques.
- Rupture bilatérale des tendons d'Achille chez un patient de 76 ans, traité depuis une semaine pour une infection urinaire par quinolones.
- Rétention urinaire (récidivante à l'ablation de la sonde) à J 3 d'une prescription d'un sirop antitussif anticholinergique chez un patient de 64 ans, sous alpha bloquants pour des troubles urinaires sur hypertrophie prostatique.
- La famille d'une patiente en fin de vie (cancer métastaté), décédée après une chute, reproche un surdosage en morphiniques.
- Injection au niveau fémoral de Subutex® par une toxicomane. Sepsis grave et amputation.
- Prescription prolongée d'Agréal® à laquelle est attribuée la survenue de troubles neuropsychologiques (organicité non confirmée). Un sociétaire gynécologue est également mis en cause.
- Contestation de la prescription au long cours de pomade antibiotique.
- Constatation d'une fuite mitrale sept mois après la prescription de Médiator® chez un diabétique de 55 ans.

■ Prise en charge (123)

Infections diverses (32)

- Sepsis chez l'adulte (18)

- Pansinusite traînante chez une patiente de 18 ans, malgré les traitements antibiotiques. Avis ORL, récurrence d'une fièvre avec somnolence (mais prise d'anxiolytiques). Crises convulsives le lendemain, révélant un empyème sous dural. Décès. Il est reproché un retard d'hospitalisation.
- Patiente de 20 ans, téléphonant pour fièvre et céphalées, vue en urgence. Hospitalisation à H 4 de la visite avec un purpura fulminans extensif, déjà présent selon la mère lors de la consultation. Graves séquelles.
- Diagnostic de gastroentérite chez une femme de 26 ans. Hospitalisation le lendemain et décès d'un choc septique à point de départ digestif. Deux sociétaires sont concernés.
- Patiente de 35 ans, consultant pour douleurs abdomino-pelviennes (métrorragies ponctuelles depuis la pose d'un DIU par un gynécologue, fièvre, automédication par anti inflammatoires). Demande de bilan en urgence devant un examen peu contributif. Traitement antalgique, prélèvement sanguin effectué à la sortie du cabinet, faxé par le laboratoire le lendemain, après une hospitalisation en

urgence pour choc septique sur endométrite. Long séjour en réanimation et surdité profonde due aux aminosides.

- Patient de 45 ans vu pour un problème d'hallux valgus, la veille d'une hospitalisation pour endocardite révélée par un embolie cérébral. Décès.

- Sous-estimation de la gravité potentielle d'un syndrome grippal (deux cas confirmés à H1N1) ayant évolué dans les jours suivants vers un tableau de détresse respiratoire (6) : quatre patients de 36 à et 40 ans sont décédés dans un délai de deux à six jours après la consultation. Une femme enceinte de sept mois, atteinte du virus H1N1, a connu une évolution favorable après un séjour en réanimation, avec une évolution également favorable de l'enfant prématuré, né par césarienne en urgence.

- Diagnostic erroné de grippe H1N1 chez un immuno-déprimé mis sous Tamiflu®, décédé des conséquences d'une septicémie. La famille reproche une hospitalisation tardive compte tenu de son contexte pathologique.

- Évolution vers une pneumopathie et/ou une détresse respiratoire d'une infection rhinopharyngée ou bronchique (5). Il est reproché le retard diagnostique et à l'hospitalisation. Quatre patients (de 43 à 72 ans) sont décédés, une adolescente de 17 ans a évolué favorablement après drainage par thoracotomie d'une pleuro pneumopathie abcédée.

- Sepsis chez l'enfant (6)

- État fébrile chez un enfant de 10 mois, vu à deux reprises en 24 heures pour un syndrome de type viral. Enfant amené quelques heures plus tard aux urgences pédiatriques, mais non hospitalisé. Décès deux jours plus tard d'une septicémie à streptocoques.

- Enfant de 9 mois, décédé dans la nuit suivant une consultation pour gastroentérite dans un tableau de déshydratation.

- Enfant de 5 mois, vu à deux reprises à trois jours d'intervalle et hospitalisé le lendemain pour une méningite à pneumocoques. Décès.

- Pneumopathie chez un enfant de 7 ans. Hospitalisation à la demande des parents, confirmation du diagnostic et évolution favorable. Deux sociétaires sont concernés.

- Enfant de 8 ans, décédé le lendemain d'une consultation d'une pneumopathie avec myocardite virale.

- Infection postopératoire (8)

- Participation à la prise en charge d'une infection, jugée initialement superficielle, après arthrodèse du rachis (avis rassurant du chirurgien). Antibiothérapie par le généraliste, avant confirmation d'une infection profonde nécessitant l'ablation du matériel.

- Participation à la prise en charge au retour à domicile après une brève hospitalisation d'une femme de 57 ans pour abcès péricolique d'origine diverticulaire ou radique (cancer utérin), traité médicalement. Réhospitalisation pour aggravation. Décès rapide. Deux sociétaires sont concernés.

- En postopératoire d'une chirurgie d'épaule, prise en charge d'un patient pour toux avec syndrome inflammatoire majeur. Antibiothérapie à deux reprises. Evolution torpide d'une arthrite septique de l'épaule diagnostiquée deux mois après l'intervention. Avis tardif du chirurgien, non informé du résultat d'un bilan et de l'antibiothérapie en cours lors de la consultation du premier mois.

- Demande de conseil téléphonique au chirurgien par un stagiaire généraliste, devant une infection de la cicatrice en postopératoire d'une chirurgie discale (bilan, antibiothérapie). Rendez-vous non pris par le patient et prise en charge retardée de dix jours. Il est reproché un défaut de suivi du patient « sous la responsabilité exclusive du

médecin traitant », qui aurait dû « assurer le transfert à la consultation ». Deux sociétaires sont concernés.

- Après prothèse de hanche, écoulement cicatriciel sur hématome pris en charge avec soins locaux avant le diagnostic, à cinq mois, d'un sepsis franc.

- Refus de réhospitalisation réitéré par un patient opéré d'un pontage coronaire, présentant un écoulement sternal chronique révélé en postopératoire immédiat. Antibiothérapie et soins locaux. Evolution vers une ostéite.

Traumatisme/plaie (18)

- Traumatisme (13)

- Prise en charge d'une fracture du poignet chez un adolescent. Attelle. Déplacement secondaire.

- Prise en charge d'une entorse du poignet et de la métacarpo phalangienne de l'index chez un patient manutentionnaire. Immobilisation et avis jugé tardifs d'un chirurgien (abstention chirurgicale). Séquelles.

- Prise en charge, après chute de ski, d'une fracture de la cheville considérée comme non déplacée. Attelle, contrôle à J 4 puis à J 21, montrant alors un déplacement justifiant une ostéosynthèse. Deux sociétaires sont concernés.

- Prise en charge d'une fracture du radius à faible déplacement chez une patiente de 56 ans. Cal vicieux, ostéotomie secondaire.

- Prise en charge d'un accident de sport avec chute chez une patiente de 54 ans, après les premiers soins hospitaliers et avant une demande d'avis orthopédique deux mois plus tard qui révélera une fracture du petit trochanter.

- Participation à la prise en charge d'une fracture du scaphoïde (vue par orthopédiste) compliquée d'algodystrophie invalidante chez une femme de 39 ans, en accident de travail avec arrêt d'activité prolongé.

- Participation à la prise en charge d'un patient (prescription d'un arrêt de travail et d'antalgiques) initialement vu par un urgentiste puis un médecin du sport. Retard diagnostique d'un an d'une dislocation radio ulnaire.

- Participation à la prise en charge des suites opératoires d'une entorse grave de cheville chez un patient de 56 ans, compliquée d'une algodystrophie. Arthrodèse, absence de consolidation.

- Patient de 73 ans, vue aux urgences du CHU pour « entorse » de l'épaule immobilisée. Demande de nouvelles radiographies, considérées comme normales (contrairement à l'interprétation du radiologue du CHU décrivant une fracture impactée de la tête humérale sur les radiographies récupérées par le mari après le départ des urgences, et non vues par le généraliste). Rééducation puis demande d'IRM. Diagnostic trois mois plus tard d'une luxation postérieure de la tête humérale avec impaction. Séquelles fonctionnelles, d'autant plus importantes que le membre controlatéral est inutilisable du fait d'une paralysie plexique ancienne.

- Fracture du plancher orbitaire passée inaperçue.

- Prise en charge d'un traumatisme de jambe dans un contexte de problème relationnel. Evolution favorable.

- Lésions cutanées sous une attelle pour entorse de cheville.

- Plaie (5)

- Chez un patient de 39 ans, surinfection d'une plaie palmaire (traitement antibiotique) puis découverte d'une rupture d'un tendon fléchisseur, opérée.

- Morsure de chat. Modification du traitement antibiotique prescrit six jours auparavant aux urgences (quinolones remplaçant macrolides), puis patiente adressée après radiographies au chirurgien six jours plus tard. Arthrite

métacarpo phalangienne évoluant vers la destruction articulaire et la pseudarthrose après plusieurs interventions.

- Plaie plantaire (par clou) vue à J 15 chez un diabétique de 59 ans. Orientation hospitalière immédiate retardée par le patient. Retour à domicile sous antibiotiques sans hospitalisation. Fasciite nécrosante, amputation.
- Brûlure suite à automédication de permanganate mal dilué sur plaie chez un patient diabétique. Nécrose prise en charge par spécialistes. Amputation et pontage sur artérite.
- Lésion du gros orteil d'un patient diabétique, ayant abouti à une amputation.

Neuro psychiatrie (10)

- Il est reproché la prescription pendant dix ans de différents médicaments dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.
- Renouvellement de médicaments antidépresseurs et hypnotiques chez une femme de 28 ans, sans être le médecin traitant. Autolyse après plusieurs consultations de médecins différents dans les jours précédents pour renouvellement d'ordonnances.
- Prescription de benzodiazépines ayant entraîné une dépendance dans le cadre d'un sevrage au cannabis.
- Décès d'un patient épileptique au décours d'une crise favorisée par un sous-dosage en carmabazepine. Le neurologue avait conseillé un allègement du traitement.
- Suicide d'une patiente, un mois après une hospitalisation en psychiatrie organisée par le généraliste. Deux sociétaires sont concernés.
- Défaut de prise en charge d'une patiente de 27 ans pour syndrome dépressif (traitement anxiolytique, antidépresseur) en parallèle avec un suivi psychothérapique occasionnel. Nomadisme médical et autolyse médicamenteuse.
- Défaut de prise en charge d'un patient de 39 ans, décédé à domicile de cause inconnue et suivi pour éthylisme et dépression entre les hospitalisations itératives.
- Défaut de prise en charge d'une patiente de 54 ans. Autolyse médicamenteuse.
- Un patient impute la survenue d'un syndrome dépressif important à l'annonce de la suspicion, non confirmée, d'une maladie de Charcot.

Pathologie ostéo articulaire (8)

- Retard de prescription d'un scanner et de demande d'avis devant l'aggravation d'une sciatique, devenue déficitaire.
- Prescription téléphonique sans examen d'anti-inflammatoires, le lendemain d'une manipulation (par un confrère). Chirurgie trois jours plus tard pour syndrome de la queue de cheval.
- Aggravation d'une scoliose (avis demandés).
- Douleurs au cours d'une cure thermale, dont la conduite est reprochée.
- Retard d'hospitalisation d'un hématome du bras sous anticoagulants (surdosage). Troubles sensitifs immédiats puis aggravation neurologique.

- Faux anévrisme et compression du médian tardivement pris en charge chez une patiente ayant fait un hématome après prélèvement sanguin.
- Prescription de fentanyl pour sciatique hyperalgique, d'indication reprochée par la CPAM qui en demande le remboursement.
- Prescription de semelles orthopédiques qui auraient aggravé les douleurs.

Surveillance (6)

- Prise en charge d'un patient de 32 ans, ayant un antécédent d'hépatite B considérée comme guérie par le précédent médecin traitant. Pas de surveillance hépatique pendant six ans et survenue d'un carcinome hépatique sur hépatite chronique. Décès.
- Contrôle coloscopique tardif à cinq ans (précédente coloscopie normale). Découverte d'un cancer. Colectomie et chimiothérapie.
- Suspicion non confirmée d'insuffisance surrénalienne chez une patiente indocile, refusant l'arrêt du traitement substitutif institué et renouvelé par le médecin pendant deux ans. Hypercorticisme iatrogène.
- Suivi d'une hypothyroïdie chez une patiente de 80 ans. Survenue d'un coma hypothyroïdien.
- Absence de contrôle de la fonction rénale et de la calcémie pendant cinq ans chez une femme de 74 ans, aux antécédents de parathyroïdectomie, traitée par vitamine D et calcium (ostéoporose). Hypercalcémie et insuffisance rénale découvertes avant un scanner.
- Prise en charge reprochée d'une cirrhose avec absence de transfusions d'une anémie chronique (suivi également en hématologie). Décompensation et décès.

Défaut d'organisation (5)

- Prise en charge d'une orchépididymite secondaire à une prostatite chez un patient de 49 ans. Germe résistant au Bactrim® prescrit. Patient non informé du résultat parvenu au cabinet. Six jours plus tard, antibiothérapie de deuxième intention par Furadantine® et évolution vers un abcès épидidymaire puis une atrophie testiculaire.
- Résultat positif de la recherche d'*helicobacter pylori* lors d'une fibroscopie gastrique, nécessitant un traitement. Résultat transmis par courrier explicatif mais non reçu. Découverte d'un cancer de l'estomac cinq ans plus tard. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Résultat de sérologie HIV positive (demandée par le patient) transmis au généraliste. Demande de contrôle (faxée) au laboratoire. Patient informé de sa séropositivité en se présentant pour chercher ses résultats.
- Adolescent infirme moteur cérébral, déjà vu aux urgences pour fièvre. Résultat des examens demandés et faits en ville non communiqués, laboratoire fermé. Décès d'une méningite.
- Conclusions d'une réunion pluridisciplinaire recommandant une hormonothérapie complémentaire chez un homme de 51 ans opéré d'une prostatectomie radicale, adressées à un médecin traitant qui n'a pas revu le patient (qui avait décidé de changer de médecin généraliste). Évolution métastatique.

Pathologie cardiovasculaire et cérébrale (4)

- Demande, sans urgence, d'un doppler artériel pour une douleur d'un membre inférieur chez un patient de 43 ans aux lourds antécédents cardiovasculaires, dont une arythmie par fibrillation auriculaire et une probable aphasie transitoire deux ans plus tôt, sous antiagrégants. Hémiplégie par migration embolique deux jours plus tard. Séquelles.
- Arrêt des antiagrégants prescrits dans le cadre d'une cardiopathie dilatée et absence de consultation cardiologique depuis plusieurs années avant la survenue d'un accident vasculaire cérébral.
- Patient consultant à deux reprises pour traumatisme du genou (attelle amovible) et douleurs (du genou ?) persistantes. Arrêt cardiorespiratoire sur possible embolie pulmonaire.
- Prescription de Cialis® pour troubles de l'érection chez un patient de 70 ans. Absence de bilan. Décompensation brutale d'une cardiopathie ischémique ancienne. Arrêt cardiaque récupéré.

Pathologie rénale (3)

- Prise en charge d'une patiente de 21 ans pour œdèmes et hypertension après une angine. Diagnostic de glomérulonéphrite (insuffisance rénale, hématurie et protéinurie), traitement par spironolactones. Rectification du diagnostic trois à quatre mois plus tard, lors d'une hospitalisation en urgence pour une insuffisance rénale terminale avec encéphalopathie hypertensive, syndrome de Goodpasture. La patiente, indisciplinée sur les délais de réalisation d'examens, reproche l'absence d'avis spécialisé. En attente de greffe. Deux sociétaires sont concernés.
- Absence de contrôle de la fonction rénale (déjà altérée) au décours d'un examen avec produit de contraste, lors d'une consultation pour troubles digestifs révélant une poussée d'insuffisance rénale aiguë.

Suivi de grossesse (3)

- Prise en charge d'un syndrome digestif et ORL considéré comme banal, avec deux consultations en 48 heures. Accouchement d'un enfant mort-né le lendemain.
- Suivi de quatrième grossesse chez une femme de 26 ans, qui reproche une attitude attentiste devant des douleurs abdominales en fin de grossesse ayant motivé deux consultations à 24 heures d'intervalle (consultation la veille avec l'obstétricien). Hospitalisation le lendemain par la sage-femme consultant à domicile. Césarienne en urgence et décès de l'enfant par décollement rétro placentaire.
- Patiente de 23 ans, suivie pour les premiers trimestres de sa grossesse. Absence de dépistage sérologique de la trisomie 21, que le généraliste dit avoir proposé dans les délais mais souhait de réflexion de la mère. Enfant trisomique.

Divers (9)

- Défaut de conseil de vaccination obligatoire de la fièvre jaune avant un voyage. Embarquement refusé.
- Prise en charge d'une sinusite chez une femme de 54 ans, adressée à l'ORL après un mois de suivi (drainage chirurgical). Survenue brutale quinze jours plus tard d'un spasme laryngé entraînant un arrêt cardiorespiratoire, avec décès quelques jours plus tard malgré la réanimation entreprise.

- Prise en charge à domicile d'une patiente de 76 ans. Le bilan prescrit, montrant une hyponatrémie profonde, a été réalisé cinq jours plus tard.
- Prescription d'un progestatif sans information de l'absence d'effet contraceptif. Retard diagnostique d'une grossesse. IVG à l'étranger.
- Mauvaise prise en charge d'allergies cutanées, avec absence d'avis de spécialiste.
- Engorgement mammaire au cours d'un allaitement ayant évolué vers un abcès du sein.
- Survenue d'une occlusion sur bride, cinq ans après la cure d'une éviscération. Reproches non précisés.
- Décès d'un patient (après un mois d'hospitalisation), vu une fois pour un syndrome de glissement et hospitalisé le jour même.
- Décès d'un patient hospitalisé en urgence, sans autre précision.

Prise en charge en milieu spécialisé (24)

- EHPAD (9)

- Défaut de prise en charge d'une patiente de 96 ans, démente, pour déshydratation et surdosage médicamenteux allégué. Deux sociétaires sont concernés.
- Prise en charge d'une diarrhée fébrile chez une femme de 86 ans, polypathologique. Décès lors d'une hospitalisation jugée tardive.
- Fugue d'un résident. Décès par noyade (médecin coordonnateur).
- Chute d'une patiente de 90 ans, en fauteuil roulant, par l'escalier de service dont la porte était malencontreusement ouverte. Décès. Deux sociétaires sont concernés.
- Septicémie à point de départ digestif chez une femme de 86 ans. Décès.
- Retard diagnostique de huit jours d'une fracture du col du fémur chez une femme hémiplégique. Pas de notion de chute.
- Une femme de 97 ans reproche les conditions de son admission.

- Hospitalisation (12)

- Décès en cours d'hospitalisation d'une patiente de 83 ans, hospitalisée pour maladie des laxatifs.
- Décès d'une patiente de 77 ans, démente, au décours d'une chute de son lit lors d'une hospitalisation (pas de ridelles).
- Décès d'un patient de 86 ans.
- Décès de patients au décours de complications de polytraumatismes (2).
- Chute d'une femme de 70 ans, en convalescence après chirurgie viscérale. Hématome sous dural. Retard de transfert ? Décès.
- Décès d'une patiente de 52 ans en centre de rééducation pour prothèse de genou, le surlendemain de la confirmation du diagnostic d'une phlébite survenue sous prophylaxie anti thrombotique.
- Décès d'une pneumopathie d'un homme de 90 ans après fractures complexes ostéosynthésées.
- Décès d'un patient de 80 ans, porteur d'une valvulopathie dans les suites d'une PTH, d'une septicémie dont il est reproché la prise en charge tardive.
- Décès en soins de suites dans des circonstances non précisées.
- Phlébite à la sortie d'une convalescence pour PTH. Traitement anticoagulant stoppé à la sortie après cinq semaines.
- Femme de 87 ans reproche la prise en charge d'une infection pulmonaire ayant entraîné une décompensation cardiaque, d'évolution favorable.

- Divers (3)

- Allégation d'une mauvaise prise en charge en soins palliatifs.
- Retard de prise en charge d'une infection en centre d'accueil spécialisé pour handicapés. Décès d'une pneumopathie (inhalation probable dans un contexte d'infection gastro intestinale).
- Décès d'un patient en détention carcérale.

■ Non déplacement/Non assistance à personne en danger/Conseil téléphonique (11)

- Non déplacement pendant une astreinte, pour un patient de 53 ans se plaignant d'une douleur scapulaire. Décès une heure plus tard à l'arrivée du sociétaire, prévenu d'un malaise.
- Généraliste sollicité en urgence (à deux maisons du domicile) pour un malaise avec sensation de mort imminente. Conseil de joindre le médecin traitant, qui se déplace rapidement. Dégradation et arrêt cardiaque en présence des secours, non réanimé.
- Visite demandée un matin pour un patient en fin de vie. Visite fixée à la fin des consultations, en fin de journée. Plusieurs appels de la famille à d'autres médecins pour conseils avant la visite. Décès le lendemain.
- Demande de visite urgente d'un patient suivi en cancérologie, non effectuée quelques heures plus tard.
- Non déplacement (après un appel dont le généraliste ne se souvient pas) un soir au chevet d'un patient de 51 ans, qu'il fait hospitaliser le lendemain pour une paraplégie sur spondylodiscite cervicale.
- Demande de visite à domicile estimée non justifiée et refusée. Visite au cabinet proposée (2).
- Refus de visite urgente pour prescription de Tamiflu®, du fait de l'immunodépression de la mère de l'enfant grippé, vaccinée huit jours avant. Ordonnance faxée par régulateur.
- Conseils téléphoniques rassurants, sans déplacement, chez une patiente se plaignant de douleurs abdominales dans les suites d'une adhésiolyse coelioscopique. Hospitalisation. Décès dans la nuit.
- Conseil téléphonique d'augmenter les doses de corticoïdes du fait de douleurs diffuses (cathéter central pour chimiothérapie en cours). Choc septique sur infection du cathéter diagnostiqué quelques jours plus tard. Décès.
- Refus d'examen d'un enfant de 4 ans, amené par sa sœur au décours d'une crise convulsive hyperthermique. Conseil d'appeler les pompiers. Transport de l'enfant par Samu, appelé par les voisins.

■ Mise en cause systématique/ Défaut de conseil (21)

Les motifs de mise en cause proviennent de patients ayant une pathologie psychiatrique, et paraissent abusifs ou « systémiques » après des complications d'interventions chirurgicales ou dues à l'évolution de la pathologie.

- Demande en urgence d'un doppler artériel, puis hospitalisation pour ischémie du membre inférieur chez un patient de 25 ans, vu cinq jours auparavant par un confrère. Amputation.
- Conseil à une patiente de 86 ans, en tant que médecin traitant, de subir une prothèse de genou. La patiente demande à être adressée à un chirurgien correspondant. Décès en postopératoire immédiat.
- Défaut d'information d'une intervention de reflux (mauvais résultat).
- Médiastinite à la suite d'une chirurgie thyroïdienne conseillée par le généraliste.
- Survenue d'une infection nosocomiale après la chirurgie d'une entorse de cheville.
- Suivi postopératoire à domicile, entre les ré hospitalisations du fait de multiples complications émaillant les suites d'une colectomie chez une femme de 52 ans.
- Patiente de 52 ans, adressée en urgence par le généraliste au gastro-entérologue pour ictère (sphinctérotomie endoscopique). Décès dans les suites d'une cholécystectomie.
- Décès d'un patient de 81 ans, dont le sociétaire était le médecin traitant, au décours d'une hospitalisation pour hémiplegie avec complications infectieuses respiratoires.
- Décès d'une patiente de 80 ans en maison de retraite, d'une possible infection trois mois après la prise en charge initiale.
- Décès au cours de la prise en charge d'une patiente de 69 ans, immédiatement hospitalisée et traitée pour une pyélonéphrite obstructive.
- Participation indirecte à la prise en charge d'une tuméfaction sous axillaire ponctionnée et récidivante dans un contexte de cancer du sein.
- Participation au suivi d'une patiente sous chimiothérapie compliquée.
- Mise en cause « fantaisiste » de patients (7) pour complications alléguées suite à un traitement, mauvaise prise en charge, pratique d'un toucher vaginal, etc.
- Erreur de médecin (2).

■ Divers (2)

- Accouchement prématuré dans un dispensaire de brousse, d'un enfant non réanimé à la suite d'une erreur d'appréciation de la prématurité et du poids de naissance.
- Problème de prise en charge au cours d'un rallye.

■ Déontologie (29)

- Contestation d'une hospitalisation d'office après examen à la demande de la gendarmerie, et allégation d'un préjudice moral lié à cette hospitalisation de quinze jours.
- Contestation d'une hospitalisation d'office, le certificat ayant été rédigé par le médecin sans examen, en se fiant aux dires de l'époux et de l'infirmière du CMP qui connaissait bien la patiente.
- Contestation du refus du médecin de délivrer à la famille un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers, chez un patient éthylique. Plainte pour non-assistance à personne en danger.

- Entretien avec une enquêtrice sociale, dont le rapport a été produit en justice et entraînant une suspension du droit de visite d'un père divorcé pendant deux ans.
- La famille d'un patient de 67 ans décédé (cirrhose et BPCO) reproche le retard d'hospitalisation et l'absence de paiement d'une assurance vie. Le médecin avait correctement rempli le formulaire, contrairement au patient accusé de fausse déclaration.
- Médecin accusé de violation du secret médical pour avoir, par erreur, adressé à un assureur un compte rendu d'hospitalisation révélant un état antérieur. Refus de garantie.
- Plaintes à la suite de documents mal renseignés (7) : arrêt de travail, bon de transport, rédaction de certificat d'accident de travail, demande d'oxygénothérapie, entraînant des préjudices financiers aux patients concernés, ou du fait d'une réclamation de la CPAM. Dans un cas, le médecin porte plainte pour faux en écriture et abus de confiance.
- Plaintes pour manque d'écoute, de professionnalisme, pour des propos tenus traduisant des difficultés relationnelles (3) ou du fait du refus exprimé d'être le médecin traitant d'un patient en EHPAD (1) ou du refus d'examens complémentaires (1) avec « emportement du médecin » et multiples reproches (refus de se déplacer, honoraires, erreur sur la date d'un certificat).
- Du fait de son attitude et du choix (sans conséquence) d'adresser une patiente de 76 ans à l'hôpital pour un accident vasculaire sans transport médicalisé, mais avec ses proches, présents.
- Le fils d'un patient de 96 ans en fin de vie reproche la sortie de son père de l'hôpital pour mourir à domicile entouré des siens, considérant que le médecin traitant a joué un rôle dans cette décision.
- Les enfants d'un couple suivi de longue date pour éthyisme et dépression accusent le généraliste de refuser une prise en charge correcte de leurs parents, au besoin par une injonction de soins (contexte de conflit familial).
- Une mère reproche l'hésitation du médecin, consulté pour son bébé pour fièvre et vomissements, sur le diagnostic d'angine qu'elle avait porté et repart sans attendre l'ordonnance.
- Une patiente allègue qu'un médecin acupuncteur, pratiquant notamment la relaxation et diverses thérapies « adjuvantes », lui aurait conseillé de refuser le traitement de radiothérapie et de chimiothérapie proposé après tumorectomie d'un cancer du sein. Récidive un an plus tard.
- Litiges à la suite du refus de transmission du dossier médical, la patiente ayant manifesté de son vivant son interdiction (sans traçabilité de cette volonté).
- Reproche pour avoir remis à l'épouse, sans consentement du mari, le dossier de celui-ci, utilisé dans une procédure de divorce.
- Décision contestée, prise par le chef de service, du renvoi immédiat d'un établissement de réhabilitation respiratoire d'un patient refusant de participer aux programmes ou étant absent.
- Injection par erreur chez un enfant d'un vaccin auquel les parents étaient opposés.
- Injection par erreur d'un produit périmé (sans conséquence).
- Mise en cause dans une affaire de falsification d'ordonnances par la patiente.

■ Chute (6)

- Au cabinet, lors de soins, en montant ou descendant de la table d'examen (5).
- Syndrome vagal après une vaccination (1) chez des patients de 22 ans à 92 ans : fracture du poignet, bris dentaires, plaies superficielles.

■ Expertise (4)

- Contestation des conclusions d'évaluation des préjudices (3) dans le cadre d'accidents de travail.
- Contestation de la garantie d'un prêt par un assureur et résiliation du contrat pour avoir omis de signaler l'anxiété du patient, responsable de troubles fonctionnels (certificat rempli en présence du patient et adressé par celui-ci à l'assureur).

■ Echographie fœtale (2)

- Découverte à 17 mois de vie d'une hémiparésie due à un accident vasculaire ancien, dont il est reproché l'absence de dépistage.
- Non dépistage d'une trisomie 21 lors d'une échographie de contrôle pour visualiser la face.

MÉDECINE INTERNE

Les médecins internistes du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **6** déclarations (5 en exercice libéral) : 2 procédures civiles, 1 plainte ordinale, 1 réclamation et 2 saisines d'une CRCL.

■ Diagnostic (1)

- Consultation unique d'un patient asthénique ayant des troubles mnésiques, opéré un an plus tôt d'un cancer thyroïdien. Evocation d'un syndrome dépressif. Découverte un mois plus tard d'un glioblastome du gyrus frontal au décours d'une crise d'épilepsie.

■ Prise en charge (4)

- Infection à staphylocoque de type SARM chez une femme de 24 ans, après pose d'un cathéter jugulaire décidé pour vomissements incoercibles en début de grossesse et laissé en place trois semaines. Décision d'antibiothérapie parentérale et acceptation d'une sortie au bout de dix jours, sous antibiothérapie per os. Ré-hospitalisation trois jours plus tard pour coma, révélant une septicémie avec endocardite. Chirurgie mitrale en urgence sur abcès avec embolies cérébrales. Suites finalement favorables pour la mère et l'enfant.
- Spondylodiscite à staphylocoques méti-R postopératoire d'une chirurgie de hernie discale chez un patient de 70 ans, diabétique non insulinodépendant. Le sociétaire a donné à plusieurs reprises des conseils téléphoniques pendant la (courte) hospitalisation (sortie à J 7), puis lors du suivi par le généraliste (intolérance au traitement), et enfin lors de l'admission du patient en USIC où une endocardite mitrale est découverte.
- Défaut de surveillance reproché dans la gestion des anticoagulants, chez une femme hémiplegique sous anti

vitamines K, opérée en urgence d'une fracture du fémur et réhospitalisée pour hématome de cuisse drainé, dans un contexte de surdosage d'anticoagulants et de découverte d'une fracture sternale attribuée à une mauvaise manipulation. Un sociétaire kinésithérapeute est également mis en cause.

- Hospitalisation depuis dix jours, dans un service de soins de suites, d'une femme de 88 ans, au décours d'une ostéosynthèse du poignet. Patiente vue par le sociétaire pour la première fois un samedi, dans un tableau de déshydratation, puis ischémie d'un membre inférieur constatée le lundi. Décès.

■ Iatrogénie (1)

- Dysglobulinémie et surcharge ferrique chez un homme de 75 ans, suivi depuis trois ans. Prescription d'un chélateur (Déférasirox) pris pendant quelques jours. Arrêt pour intolérance. Hospitalisation dans un tableau de choc avec défaillance multiviscérale, état végétatif d'origine anoxique (DRESS syndrome évoqué ou choc septique).

MÉDECINE LÉGALE/ RÉPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL

Les médecins légistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé 2 déclarations (tous en exercice libéral) : 1 procédure civile, 1 plainte ordinaire.

- Contestation de la date de consolidation d'un patient en arrêt de travail depuis deux ans pour syndrome de fatigue chronique (prescrit par son épouse, médecin traitant). Date confirmée par arbitrage, et de nouveau contestée.
- Contestation des modalités d'une expertise en responsabilité, malgré le respect du formalisme.

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Les médecins physiques et rééducateurs sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé 6 déclarations (5 en exercice libéral, 1 en exercice salarié) : 1 plainte ordinaire, 2 réclamations et 3 saisines d'une CRCL.

■ Diagnostic (1)

- EMG évoquant une atteinte cubitale au coude chez une femme de 68 ans aux antécédents de cancer du sein radiothérapé. Echec de l'intervention conseillée. Il s'agissait en fait d'une plexite radique.

■ Prise en charge (3)

- Insatisfaction d'une patiente de 55 ans, souffrant de poliomyélite avec tétraparésie et scoliose, quant à l'adaptation d'une orthèse cruro-pédieuse.
- Insatisfaction d'une patiente de 50 ans du fait de la persistance de douleurs après une acromioplastie.
- Patiente de 47 ans adressée par le généraliste pour lombostate (plâtre bivalve) sur fracture dorsale (cavité syringomyélique C4-C6). Persistance des douleurs, qui fait proposer une vertébroplastie. Le neurochirurgien aurait regretté la tardiveté de cette proposition.

■ Geste (2)

- Aponévrectomie à l'aiguille réalisée à plusieurs reprises chez un patient de 50 ans, atteint d'une maladie de Dupuytren. Rupture du tendon fléchisseur, réparé chirurgicalement.
- Infiltration articulaire postérieure en T5-T6 chez une patiente de 33 ans ayant subi une arthrodèse lombaire un an auparavant. Douleur à l'injection, syndrome pyramidal et déficit des membres inférieurs avec céphalées (Blood patch), hypersignal médullaire à l'IRM sans hématome. Récupération partielle, mais déficit et troubles sphinctériens avec cavité syringomyélique en T2 un an plus tard.

MÉDECINE DU TRAVAIL

Les médecins du travail sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **8** déclarations (tous en exercice salarié) : 1 plainte pénale, 3 plaintes ordinales, 4 réclamations.

- Refus de scanner thoracique chez un menuisier (fumeur) travaillant dans un service technique hospitalier, en maladie professionnelle à type de rhino sinusite, dont un collègue s'est vu découvrir des plaques pleurales. Découverte un mois plus tard d'un cancer broncho-pulmonaire métastasé. La possibilité de contact avec l'amiante pourrait avoir été méconnue du médecin, l'information n'ayant pas été transmise.
- Plainte pénale contre X déposée par des victimes de l'amiante. Surveillance des salariés de 1983 à 1996, notion de risque connue tardivement dans l'entreprise, exposée avant tout au risque chimique.
- Contestation du refus de renouvellement d'un projet d'accueil individualisé pour un enfant épileptique de 12 ans dans le cadre de la médecine « scolaire », considérant malgré les certificats que l'enfant est atteint de pseudo épilepsie. Accueil spécialisé accordé par un autre médecin dans un autre établissement.
- Orientation d'un patient de 55 ans (lithiases urinaires et hématuries) à deux reprises vers un néphrologue. Découverte deux mois plus tard d'un cancer du rein.
- Nouvelle luxation d'une prothèse totale de hanche (datant de six ans) lors d'un examen sans brutalité, la première s'étant spontanément produite deux ans avant. Réduction sous anesthésie générale.
- Allégation de la violation du secret professionnel par une patiente de 43 ans lors d'un contact téléphonique avec l'employeur (faits en réalité connus de tous par l'intermédiaire de la patiente). Elle reproche également la qualité de psychiatre du médecin spécialisé en pathologie professionnelle auquel elle a été adressée pour avis.
- Suicide d'un patient orienté vers une expertise psychiatrique.
- Allégations de nombreux troubles suite à un examen systématique.

MÉDECINE D'URGENCE

Les **2 949** urgentistes du Sou Médical - Groupe MACSF ont adressé **56** déclarations (37 en exercice libéral et

19 en exercice salarié), soit une sinistralité de **11,2 %*** en exercice libéral (contre 13,9 % en 2009) : 13 plaintes pénales, 9 procédures civiles, 8 plaintes ordinales, 11 réclamations et 15 saisines d'une CRCI.

■ Conduite diagnostique (25)

Fracture/plaie tendineuse (9)

- Méconnaissance après radiographies (4)

- Radiographies puis arthro scanner mal interprétés chez un homme de 47 ans. Diagnostic à un an d'une fracture du scaphoïde. Un sociétaire radiologue et un sociétaire généraliste sont également mis en cause.
- Méconnaissance d'une luxation cervicale C6 C7 après chute d'une échelle. Pas de conséquence neurologique.
- Méconnaissance d'une fracture du radius. Diagnostic retardé de quinze jours.
- Méconnaissance d'une fracture déplacée du calcanéum, associée à une fracture de la malléole externe. Diagnostic six semaines plus tard.

- Absence de radiographies (4)

- Luxation antéro interne de l'épaule associée à un traumatisme de la main. Réduction le lendemain.
- Fracture de l'avant bras après chute de vélo chez un enfant. Réduction et plâtre cinq jours plus tard.
- Fracture fémorale après un accident domestique. Diagnostic un mois plus tard. Arthroplastie, évolution favorable.
- Fracture sous-jacente à une plaie de l'index (doigt coincé dans une porte). Infection à dix jours, ostéosynthèse.

- Autres (1)

- Méconnaissance d'une plaie tendineuse lors d'une suture de plaies digitales. Retard de quinze jours.

Urgence abdominale (8)

- Non admission d'un homme de 62 ans, adressé pour suspicion d'appendicite. Renvoi à domicile après examens (hyperleucocytose). Hospitalisation le lendemain pour appendicite rétro cæcale.
- Non admission d'un homme de 18 ans, adressé pour suspicion d'appendicite. Confirmation du diagnostic de péritonite appendiculaire après hospitalisation quelques heures plus tard. Intervention différée du fait de l'indisponibilité temporaire du bloc opératoire.
- Poursuite du traitement symptomatique donné par le généraliste pour syndrome douloureux abdominal rattaché à une infection urinaire et/ou à une gastro entérite. Diagnostic le lendemain d'une sigmoïdite diverticulaire perforée. Le patient allègue qu'il n'a pas été déshabillé pour l'examen clinique.
- Conseil d'un lavement doux chez un patient constipé de 81 ans (ne parlant pas français) se plaignant de douleurs abdominales, venu avec son fils qui a présenté le dossier médical de son père prévoyant une coloscopie, en fait réalisée deux jours plus tôt. Hospitalisation quelques heures après le lavement dans un autre établissement pour perforation colique.
- Patient de 53 ans, déjà examiné deux jours auparavant pour douleur thoracique, confié à un collègue dans l'attente d'une échographie. Sortie et hospitalisation dans un autre établissement deux jours plus tard pour choc septique sur cholécystite lithiasique.

* 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.

- Diagnostic erroné de cholécystite lithiasique sur les données d'une échographie chez un patient de 79 ans, adressé par le généraliste pour suspicion d'appendicite. Prise en charge par un chirurgien. Scanner trois jours plus tard, montrant un abcès appendiculaire. Intervention sous coelioscopie et décès brutal trois jours plus tard.
- Patiente de 60 ans, surveillée quelques heures aux urgences pour douleurs abdominales atypiques (antécédent d'ulcère gastrique, hémoglobine normale), retrouvée 36 heures plus tard en état de choc à domicile. Décès d'une hémorragie digestive haute.
- Examen d'un enfant de 10 ans à la demande du généraliste, à J 19 d'une appendicectomie aux suites simples. Pas d'occlusion à l'ASP, retour à domicile. Perforation du bas œsophage liée aux efforts de vomissements. Décès deux jours plus tard. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.

Urgence cardiovasculaire (2)

- Embolie pulmonaire, confirmée à l'autopsie, chez une femme de 51 ans aux antécédents d'embolie pulmonaire, doppler normal des membres inférieurs fait quelques jours avant pour « crampes », consultant dans un contexte d'infection urinaire fébrile pour malaise avec tachycardie. Retour au domicile et décès deux jours plus tard.
- Femme enceinte, au troisième trimestre de sa grossesse, hospitalisée pendant huit jours pour menace d'accouchement prématuré (bilan cardiaque, infection urinaire avec montée de sonde JJ). Consultation le lendemain de la sortie pour douleurs lombaires vives. Traitement symptomatique. Quatre jours plus tard, arrêt cardiorespiratoire en présence des équipes de secours, embolie pulmonaire massive fibrinolysée. Évolution favorable maternelle mais décès in utero de l'enfant.

Infection (4)

- Méconnaissance d'une arthrite septique chez un enfant de 13 ans, vu deux jours après une chute ayant fait évoquer une entorse ou une rupture tendineuse achilléenne (échographie en faveur d'un hématome), immobilisée. Diagnostic à trois semaines, après plusieurs consultations de médecins différents et association avec une arthrite du coude. Deux sociétaires urgentistes sont mis en cause.
- Méconnaissance d'une méningite à méningocoque chez un adolescent vu pour syndrome grippal. Décès le lendemain.
- Patient de 65 ans, adressé par le généraliste pour suspicion de phlegmon de l'amygdale (dyspnée, dysphagie et dysphonie). Prescription d'antibiotiques et de corticoïdes pour amygdalite. Arrêt cardiorespiratoire à domicile deux heures plus tard, non récupéré.

Autres (2)

- Méconnaissance d'une torsion du cordon spermatique chez un homme de 18 ans (hyperleucocytose, échographie normale, orchite évoquée).
- Méconnaissance d'un syndrome de Guillain Barré (diagnostic d'hystérie redressé le lendemain).

■ Prise en charge (19)

Aux urgences (16)

- Traumatisme (9)

- Fracture de la tête radiale avec déplacement chez un enfant de 12 ans, plâtrée. Évolution défavorable, avec raideur persistante favorisée par un déplacement secondaire, diagnostiqué un mois plus tard lors de la première consultation orthopédique.
- Au décours d'une chute de cheval, prise en charge d'une femme de 31 ans pour contusions et fracture radiale. Algodystrophie sévère malgré la consolidation, séquelles. Il est reproché un plâtre trop serré, mis en place trop longtemps.
- Fracture, immobilisée par attelle, de deux métacarpiens après contusion directe de la main. Consolidation lente, raideur. Il est reproché l'absence d'avis orthopédique, de courrier au généraliste et une immobilisation trop prolongée en extension.
- Tentatives de réduction d'une luxation de l'épaule (à deux reprises par deux médecins différents, puis au bloc sous AG par orthopédiste). Échec et IRM montrant une fracture de la glène.
- Femme de 60 ans, ostéoporotique, ayant été immobilisée par résine la veille dans un autre hôpital pour une fracture de Pouteau-Colles, avis orthopédique demandé sur l'opportunité d'une broche. Pas d'indication opératoire. Syndrome des loges par résine trop serrée ou algodystrophie et importantes séquelles.
- Plaie du mollet. Infection à J 7 et rupture tendineuse constatée ultérieurement.
- Avis orthopédique demandé chez un patient présentant une rupture traumatique du tendon d'Achille. Griets ?
- Un policier blessé lors d'une intervention reproche la prise en charge d'une plaie de la main.
- Plaie par bris de verre de la voûte plantaire avec ruptures tendineuses chez un patient sous anticoagulants. Sortie, après avis téléphonique auprès du chirurgien ayant décidé de différer l'intervention après relais anti-coagulant. Rendez-vous chirurgical finalement plus tardif que prévu, séquelles fonctionnelles.

- Autres (6)

- Homme de 44 ans se présentant aux urgences pour une douleur thoracique, placé dans un box. Absence d'examen pendant 1 heure 30 et décès d'une fibrillation ventriculaire. Un sociétaire réanimateur est également mis en cause.
- Adolescent infirme moteur cérébral examiné aux urgences pour une rhinopharyngite fébrile dans un contexte épidémique (élévation majeure de la CRP). Absence de transmission du bilan biologique réalisé en urgence et confié à un laboratoire de ville. Aggravation du tableau et hospitalisation le lendemain pour méningite. Décès. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Surveillance aux urgences d'une femme de 42 ans hospitalisée pour pneumopathie. Décision le lendemain de transfert en réanimation. Décès. Deux sociétaires sont mis en cause.

- Patiente psychiatrique de 20 ans, ayant avalé une cuillère en plastique deux mois avant. Proposition d'un scanner en urgence, différé par le chirurgien. Diagnostic le lendemain. Perforation intestinale, suture, décès ultérieur d'un choc septique.
- Reproches non fondés émanant d'un patient psychiatrique.

- Geste (1)

- Ponction radiale réalisée par un infirmier chez une femme de 48 ans. Paresthésies immédiates, allégation d'un préjudice professionnel.

En secteur d'hospitalisation (3)

- Refus de se déplacer, à 2 heures du matin, pour chute en cours d'hospitalisation d'une femme de 83 ans. Suture d'une plaie faciale quelques heures plus tard, avant l'apparition de troubles de conscience révélant un hématome sous dural avec engagement. Décès.
- Refus de se déplacer pour suturer une plaie du crâne, secondairement infectée.
- Retard de prise en charge de troubles neurologiques sans précision. Décès.

■ Régulation médicale (10)

Conseil (4)

- Conseil téléphonique confirmant le traitement donné depuis la veille pour gastroentérite à une femme de 73 ans, splénectomisée, puis conseil de consulter en maison médicale. Hospitalisation le lendemain et décès au CHU d'un choc septique sur occlusion.
- Conseil de consulter le médecin traitant dès l'ouverture du cabinet une heure plus tard. Motif de l'appel ? Conséquence ?
- Conseil téléphonique pour symptomatologie atypique chez un homme de 73 ans. Accident vasculaire cérébelleux le lendemain.
- Long entretien téléphonique avec les gendarmes, présents au domicile d'un patient de 44 ans ayant présenté une crise d'agitation violente et ayant pris quatre fois la dose d'Interféron. Pas d'envoi de médecin. Pendaïon quelques heures plus tard.

Stratégie de transport (4)

- Homme agité, vu la veille aux urgences pour tentative d'autolyse médicamenteuse et sorti après avis du psychiatre. Indisponibilité du véhicule du Smur pendant deux heures. Plusieurs entretiens téléphoniques en vue d'une hospitalisation sur demande d'un tiers. Fugue du domicile avant l'arrivée des secours et décès d'un accident de la voie publique.
- Envoi d'une ambulance non médicalisée, jugée plus rapide que le Smur, au domicile d'une femme de 42 ans très dyspnéique, explorée depuis une semaine par le généraliste (radiographie, doppler). Arrêt cardiaque récupéré à l'arrivée aux urgences, 40 minutes plus tard. Décès d'une embolie pulmonaire massive.
- Organisation d'un transfert au centre hospitalier le plus proche pour accident vasculaire en cours de constitution chez un homme de 55 ans. Majoration du déficit à l'arrivée 30 minutes plus tard, et difficultés de transfert dans une unité neurovasculaire (hors délais pour une fibrinolyse). Prise en charge également reprochée à l'hôpital.
- Femme de 50 ans, ayant fait appeler une voisine pour difficultés respiratoires et ayant refusé de parler avec le

régulateur. Envoi d'un véhicule non médicalisé, qui trouve porte close au domicile, la patiente ayant décidé de se rendre avec un voisin à l'hôpital, mais ayant fait demi tour du fait d'une aggravation. Hospitalisation le lendemain par Samu, et transfert en réanimation quelques jours plus tard.

Autres (2)

- Urgentiste entendu comme témoin lors d'une enquête pour mort suspecte (coups et blessures, arrêt cardio-respiratoire pris en charge et transfert en réanimation).
- Harcèlement téléphonique du standard de la régulation par une patiente schizophrène.

■ Divers (2)

- Femme de 60 ans, prise en charge pour état de mal convulsif au cours d'une chimiothérapie de cancer métastasé (ventilation artificielle). Réveil spontané et imagerie cérébrale rassurante. La famille reproche l'annonce prématurée de possible mort cérébrale, qui aurait été évoquée avant son transfert en réanimation.
- Mise en cause erronée a priori.

NEUROLOGIE

Les neurologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **12** déclarations (tous en exercice libéral) : 1 procédure civile, 4 réclamations et 7 saisines d'une CRCI.

■ Conduite diagnostique (3)

- Diagnostic évoqué par un gériatre de démence d'Alzheimer chez un patient de 74 ans, et confirmé par le neurologue. Prescription d'anticholinestérasiques. Lors d'une hospitalisation deux ans plus tard pour des troubles du comportement, diagnostic retenu de démence frontotemporale.
- Diagnostic de démence d'Alzheimer chez une patiente de 79 ans cirrhotique, surveillée pour hypothyroïdie limite et suivie par de multiples intervenants. Traitement et mise sous tutelle interrompus dix mois plus tard, du fait de l'amélioration des troubles démentiels sous opothérapie substitutive, instaurée lors d'un coma qui se révèle mixte (hépatique et hypothyroïdien). Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Chez une patiente de 38 ans présentant une symptomatologie neurologique localisée aux membres inférieurs avec niveau sensitif, prescription d'une IRM médullaire, qui ne sera en fait jamais réalisée. Persuadé de sa normalité, le neurologue évoque le diagnostic de sclérose en plaques sur l'IRM cérébrale réalisée à la place. Bilan hospitalier demandé. Patient régulièrement

suivie et traitée en ville pendant trois ans. Evolution vers une paraparésie progressive et découverte d'une cavité syringomyélique dorsale dérivée.

■ Prise en charge (7)

- Patiente hospitalisée pour un bolus de corticoïdes, prescrit dans le cadre d'une sclérose en plaques. Diffusion de la perfusion sur capital veineux limite. Troubles sensitivo moteurs du membre supérieur régressifs (tableau clinique discordant).
- Patiente de 47 ans, suivie en centre carcinologique pour une leucémie myéloblastique. Unique consultation pour cervicalgies, instabilité à la marche, dérochements des membres inférieurs dans un contexte dépressif avec IRM cérébrale normale. Examen clinique non contributif. Un mois plus tard lors de l'exploration de troubles visuels, découverte d'une atteinte méningée. Cécité et décès quatorze mois plus tard.
- Patiente de 21 ans, prise en charge pour ajustement thérapeutique et contrôles d'une épilepsie sous Dépakine®. Désir de grossesse annoncé. Prescription de Spéciafoldine®. Révélation d'une grossesse, ayant en fait débuté un mois plus tôt. A la naissance, syndrome polymalformatif des membres avec microphtalmie, sans malformation cardiaque ou du tube neural.
- Avis téléphonique donné à un anesthésiste, du fait de la survenue d'une possible crise d'épilepsie chez une patiente de 45 ans, en postopératoire d'une néphrectomie avec hémiplegie considérée comme post critique. Scanner considéré comme normal. Conseils de surveillance. Evolution défavorable et décès, malgré une craniotomie de sauvetage le lendemain pour engagement cérébral sur accident vasculaire ischémique massif.
- Biopsie neuromusculaire de la jambe, prescrite par un neurologue dans le cadre d'une neuropathie des membres inférieurs et réalisée en milieu hospitalier. Douleurs à type de décharges électriques avec paresthésies, irradiant à partir de la cicatrice.
- Electromyogramme de la ceinture scapulaire amyotrophie. Pneumothorax drainé, d'évolution favorable.
- Patient traité par des agonistes dopaminergiques successifs pendant neuf ans pour une maladie de Parkinson. Apparition de troubles compulsifs, avec conduite addictive aux jeux, source de dépenses importantes longtemps ignorées de la famille et des médecins. Régression des troubles après arrêt du traitement.

■ Dommage corporel (2)

- Chute de la table d'examen lors d'un examen neurologique d'un patient de 76 ans, malgré la présence du médecin à ses côtés. Fracture de l'épaule.
- Chute d'une patiente de sa hauteur en se relevant d'un siège lors de la consultation. Traumatisme du rachis et fracture du bassin.

OPHTALMOLOGIE

Les **4 410** ophtalmologistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **229** déclarations (tous en exercice libéral, dont 4 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de **5,6 %** (contre 7 % en 2009) : 49 procédures civiles, 16 plaintes ordinaires, 110 réclamations et 54 saisines d'une CRCI.

■ Erreur de prescription de verres ou lentilles (23)

Erreur alléguée, ou reconnue.

■ Retard diagnostique (11)

- Enfant de 10 mois, vu à deux reprises pour strabisme. Examen sous atropine, fond d'œil normal. Découverte à 18 mois d'un rétinoblastome bilatéral. Cécité.
- Plaie oculaire chez un mécanicien, suite à une explosion de batterie. Diagnostic de lésions rétinienues le lendemain. Perte de l'acuité visuelle.
- Patient monophthalme depuis l'âge de 24 ans (détachement de rétine), suivi pendant près de vingt ans pour myopie (- 35 dioptries). Chirurgie de cataracte avec succès par un confrère, à l'âge de 52 ans. Découverte d'une altération du champ visuel trois ans plus tard, témoignant d'un glaucome chronique à pression normale très évolué.
- Patiente de 58 ans, vue en urgence pour douleur oculaire et troubles visuels depuis quelques heures. Fond d'œil, acuité à 10/10. Hospitalisation quinze jours plus tard par un confrère pour névrite optique rétrobulbaire. Bolus de corticoïdes. Perte de l'acuité visuelle.
- Diagnostic a posteriori d'une névrite optique rétrobulbaire lors de la découverte d'une sclérose en plaques, dix ans après deux épisodes de baisse d'acuité visuelle régressive.
- Trois consultations en deux ans, sans prise de tension oculaire ni fond d'œil, chez un patient de 38 ans. Découverte par un confrère d'un glaucome bilatéral (PIO à 45 mmHg).
- Détachement de rétine découvert par un confrère, six semaines après une consultation pour cataracte bilatérale. La pratique d'un fond d'œil est contestée.
- Mauvaise tolérance des verres correcteurs prescrits, conduisant à la découverte d'une hémianopsie bitemporale liée à un méningiome cérébral.

- Méconnaissance alléguée d'une cataracte lors d'une consultation unique. Découverte et traitement d'une hypertension. Verres correcteurs achetés inutilement.
- Diagnostic tardif d'une opacification secondaire de la capsule.
- Méconnaissance d'un diabète lors de consultations pour infections palpébrales.

■ Prise en charge (24)

- Enfant pris en charge quatre ans pour une hypermétropie et, parallèlement, un syndrome de Best bilatéral avec suivi annuel. Les parents reprochent qu'un avis spécialisé n'ait été demandé que sept ans plus tard (baisse d'acuité visuelle), l'absence d'information sur le pronostic et le caractère incurable de l'affection.
- Avis téléphonique donné au pédiatre pour un enfant de deux jours, transféré à J 4 pour une dacryocystite aiguë ayant justifié deux sondages. Evolution favorable. Il est reproché l'absence de déplacement pour examen.
- Chez une femme de 44 ans, méconnaissance devant une symptomatologie bilatérale de la présence d'une deuxième lentille en place sur un œil. Abcès perforant cornéen laissant une taie gênante.
- Chez un patient de 40 ans, diagnostic, confirmé par référent, d'un nævus conjonctival bénin à surveiller. Biopsie deux ans plus tard, confirmant la bénignité, puis suivi pour hypertension oculaire pendant deux ans. Consultation du référent en urgence. Dégénérescence maligne et métastases.
- Patient adressé à l'âge de 40 ans pour greffe de cornée sur kératocône, retiré de la liste d'attente quatre ans plus tard faute de document nouveau, puis réinscrit (avec une acuité identique). Greffe avec bon résultat. Il est reproché l'absence de concertation pour une prise en charge plus rapide.
- Patient de 73 ans, réticente à une chirurgie de cataracte depuis deux ans. Prise en charge en urgence pour baisse d'acuité depuis trois mois (1/10). Trou maculaire confirmé le lendemain (RDV d'OCT pris par ophtalmologiste). Patient adressée à un référent, mais consultation seulement cinq mois plus tard. Il est reproché l'absence de concertation pour un rendez-vous plus rapide, l'échec de l'intervention, et les conditions de la prise en charge hospitalière.
- Diagnostic chez une femme de 57 ans (diabète, glaucome, myopie) de décollement postérieur du vitré, lors d'une consultation en urgence pour « voile » depuis trois jours. Patient informée du départ de l'ophtalmologiste et de la nécessité de consulter si aggravation. Opération trois jours plus tard au centre hospitalier d'un décollement de rétine (échec).
- Chez un patient de 65 ans, diagnostic de déchirure rétinienne à l'échographie, sous une hémorragie intra vitréenne. Plusieurs consultations dans la semaine, puis avis chirurgical jugé tardif et intervention en urgence. Décollement de rétine (récidivant, échec).
- Hypertension oculaire chez une patiente suivie de l'âge de 66 à 69 ans. Collyres souvent changés pour « intolérance », puis trabéculotomie pour échappement thérapeutique. La patiente attribue aux traitements un accident vasculaire cérébral et d'autres maux.
- Patient suivie (avec difficulté) depuis l'âge de 50 ans pour glaucome : bithérapie, interventions bilatérales consenties avec retard, avis référents. La patiente reproche la prise en charge et l'échec de l'intervention pour cataracte et glaucome du meilleur œil (à 62 ans), n'empêchant pas l'évolution vers une quasi cécité. Deux sociétaires sont concernés.

- Suivi d'un glaucome pendant quatre ans chez une femme de 60 ans. Trabéculotomie et autres interventions par des confrères, qui se seraient étonnés de la prise en charge initiale.
- Prise en charge d'une femme de 44 ans pour baisse brutale de l'acuité visuelle (1/10) dans un contexte d'hypertension. Glaucome avec excavation papillaire et trou maculaire, cryoapplication, puis vitrectomie. Suivi par l'ophtalmologiste traitant. Hypertension persistante et laser de l'angle trois mois plus tard, par un associé. Evolution défavorable. Il est reproché la prise en charge, notamment postopératoire, et le manque de « coordination » entre médecins.
- Patient de 39 ans, vue une fois pour examen systématique complet normal. Glaucome aigu par fermeture de l'angle découvert deux ans plus tard, dans un contexte d'algies faciales.
- Suivi pour glaucome difficile à équilibrer, après chirurgie de cataracte sans complication chez un patient de 77 ans. Quasi-cécité en deux ans. Il est reproché une décision chirurgicale tardive.
- Suivi pour poussées inflammatoires après chirurgie de cataracte avec hypertension chez un homme de 53 ans, qui reproche une décision tardive de trabéculotomie et l'évolution vers la quasi-cécité.
- Patient de 73 ans (dystrophie de cornée, pathologie palpébrale). A plusieurs reprises lors du suivi mensuel, refus d'hospitalisation pour endophtalmie chronique sur abcès de cornée (œil déjà aveugle). La patiente attribue aux soins l'infection et la nécessité de l'éviscération, un an plus tard.
- Bilan d'une préthrombose rétinienne veineuse chez une patiente de 73 ans (angiographie, OCT), non revue, chez laquelle sera diagnostiquée et traitée ultérieurement une DMLA.
- Échec de la prise en charge d'une ophtalmie sympathique chez un patient de 31 ans monophtalme (glaucome congénital), ayant débuté plus d'un mois après tentative de verre scléral esthétique controlatéral. Cécité. Il est reproché le retard diagnostique et la conduite thérapeutique. Trois sociétaires sont concernés.
- Une patiente opérée d'un trou maculaire reproche le pessimisme exprimé quant à l'acuité visuelle récupérable prévisible, après chirurgie de la cataracte envisagée.
- Ulcération cornéenne après une chirurgie palpébrale. Patient adressée au CHU. Greffes.
- Patient revu à J 8 d'une chirurgie de cataracte. Bon résultat. Reproches non précisés.

■ Geste (10)

- 4^{ème} séance de photothérapie dynamique et 6^{ème} injection intra vitréenne de Lucentis® pour DMLA (acuité à 4/10) chez un homme de 80 ans en arythmie complète. Ischémie maculaire et perte de l'acuité visuelle d'un œil, constatée à trois semaines. Causalité ?
- Photothérapie dynamique à la demande d'un confrère pour DMLA (myopie forte, hémorragie maculaire, membrane néovasculaire parafovéolaire), qui serait à l'origine d'une aggravation visuelle.
- Injections intra vitréennes de Lucentis® par un référent chez une femme de 74 ans, n'empêchant pas l'évolution de la DMLA prise en charge depuis neuf ans par un confrère (surveillance, photothérapie dynamique de l'autre œil avec acuité restante à 0,5/10), conduisant à la quasi-cécité.
- Injection intravitréenne (2) pour DMLA compliquée, dans un cas d'endophtalmie à pneumocoques à J 2 de la 6^{ème} injection (cécité totale) et dans l'autre d'endophtalmie

à J 4 de la 1^{ère} injection (pas de germe, récupération partielle).

- Injection latérobulbaire de cortisone compliquée d'une perforation du globe.
- Photocoagulation laser (2), pour membrane néovasculaire dans un cas et pour rétinopathie diabétique dans l'autre. Impact maculaire (mouvement), scotome.
- Fond d'œil avec dilatation, compliqué d'une crise de glaucome bilatéral (interventions) chez une femme de 49 ans hypermétrope, qui avait refusé dix ans auparavant une iridectomie unilatérale.
- Survenue de troubles visuels persistants bilatéraux (examen normal) imputés à la réalisation d'un fond d'œil unilatéral avec dilatation.

■ Chirurgie réfractive (34)

Dans 18 dossiers, la fiche d'information de la Société française d'Ophtalmologie est signée mais 4 patients se plaignent d'un défaut d'information ou de compréhension. Dans 8 dossiers, la fiche n'est pas retrouvée ou non donnée, parfois « par principe ». Des informations sont incomplètes dans 8 dossiers.

Lasik ou Laser Excimer pour myopie (19)

- Problème de découpe du capot. Discrète opacité cornéenne, puis kératocône (greffe envisagée) chez une femme de 44 ans.
- Problème de découpe du capot. Inclusions de l'autre œil. Myopie forte, halos et inconfort.
- Retouche jugée trop précoce après découpe non homogène de la zone optique. Hypermétropie résiduelle.
- Anneau de succion insuffisant, découpe trop petite et diplopie (pré existante ?).
- Découpe du capot. Sous-correction finale (myopie forte) malgré une reprise sans incident.
- Évolution possible vers une ectasie (astigmatisme irrégulier évolutif quatre ans plus tard) chez une femme de 25 ans ayant subi une retouche pour myopie résiduelle.
- Kératocône greffé chez une femme de 31 ans opérée de myopie forte, avec retouche unilatérale cinq ans auparavant.
- Abscessus amibien après Laser Excimer unilatéral et pose d'une lentille pansement chez une femme de 36 ans. Greffe de cornée envisagée.
- Lasik à bascule, avec reprise unilatérale pour presbytie persistante et gênante.
- Résultat insuffisant malgré retouche (3), avec dans un cas une baisse d'acuité visuelle, notamment nocturne.
- Perte de la meilleure acuité visuelle (geste pour myopie forte, antécédent d'hypertonie) chez un homme de 35 ans.
- Halos, vision double et perte de contraste chez une femme de 30 ans, myope forte. Mise en invalidité après long mi-temps thérapeutique malgré une acuité excellente.
- Haze régressif, mais éblouissement et myopie résiduelle. Retouche refusée.
- Photophobie, diffraction de la lumière, sécheresse oculaire et préjudice professionnel chez un homme de 47 ans travaillant dans l'audiovisuel.

- Photophobie et douleurs, résultat bilatéral décevant et éventuel défaut d'information sur l'absence de récupération d'un œil amblyope. Indication critiquée.
- Halos et inconfort après PKR en 2002. Haze gauche et ulcération controlatérale.
- Haze important bilatéral, non régressif après PKR.

Lasik pour presbytie/hypermétropie (6)

- Presbylasik (2)

- Presbylasik sans complication chez une femme de 56 ans. Résultat insuffisant, herpès oculaire, persistance de l'hypermétropie. Refus de retouche.
- Presbylasik, compliqué deux jours plus tard d'ulcération centrale puis d'abcès. Kératite sèche bilatérale.

- Lasik pour presbytie et forte hypermétropie (2)

- Ulcération centrale unilatérale, régression de l'effet chez une femme de 71 ans. Retouche refusée.
- Insuffisance de correction et sécheresse oculaire invalidante, chez une infirmière de 44 ans, dépressive, en arrêt de travail prolongé.

- Lasik pour hypermétropie/presbytie, incident de découpe (2)

- Remontée de bulles intrastromales en sous épithélial. Cicatrisation, mais état identique.
- Myopisation progressive, baisse d'acuité visuelle et halos chez femme de 46 ans.

Implant réfractif (9)

Les dossiers concernent des patients de 47 à 60 ans, opérés pour « cataracte débutante » ou presbytie.

- Œdème maculaire et intervention pour membrane épirétinienne dans les suites.
- Baisse d'acuité visuelle et atteinte cornéenne (2).
- Baisse de la meilleure acuité visuelle de l'œil concerné (implant Artisan) et mauvais résultat, malgré deux reprises par laser réfractif. La patiente a des séquelles d'un traumatisme oculaire controlatéral, avec une acuité à 1/10.

Cinq dossiers concernent le même sociétaire :

- Déplacement d'implant, œdème cornéen bilatéral et décollement de rétine bilatéral. Handicap visuel.
- Remplacement d'implants New Life par des implants multifocaux. Œdème cornéen et greffe.
- Greffe unilatérale après retrait d'implants New Life, trois ans après leur pose.
- Halos et diplopie avec préjudice professionnel.
- Mise en cause de la surveillance cornéenne d'implants Ioltech, avec greffe envisagée.

■ Chirurgie de la cataracte (104, dont 3 combinée avec glaucome)

Implant (15)

- Erreur de calcul alléguée (7) avec myopisation excessive ou résiduelle ou hypermétropisation. Dans un cas, il existait un antécédent de chirurgie réfractive.
- Erreur d'implant (2) : absence de vérification avant la pose ou pose d'implant monofocal au lieu du multifocal comme le premier œil.
- Erreur de patient (patient précédent pas venu) et donc d'implant, changé le même jour. Hypertonie, œdème cornéen.
- Bascule non supportée après chirurgie de cataracte bilatérale. Défaut d'information.
- Matérovigilance (4). Opacification progressive d'implants.

Endophtalmie (29 praticiens, dont 27 chirurgiens, 27 patients)

Dans 2 dossiers, il n'y a aucune preuve de l'information. Dans 3 cas, l'endophtalmie est survenue chez des diabétiques, sur lymphopénie connue, malgré une antibio-prophylaxie systématique dans 2 cas.

Elle est survenue après une chirurgie compliquée de rupture capsulaire, ou de désinsertion zonulaire (2), et dans un cas avec nécessité d'une extracapsulaire.

Dans 11 cas, le germe est identifié. L'endophtalmie s'est révélée à J 1/J 2 (5), avant J 10 (12), le premier mois (2), ou a été diagnostiquée plus tardivement (7 cas entre deux et sept mois, avec dans 2 cas un propioni bacterium acnes, et dans un cas un staphylocoque).

La prise en charge de la complication est conforme dans la plupart des cas. Il est reproché :

- l'absence de possibilité de joindre le praticien (retard de deux jours).
- l'absence de prise en compte d'un défaut d'étanchéité de la cicatrice (Seidel à J 5, endophtalmie à J 8 avec douleurs depuis trois jours).
- la présence d'une capsule de Mydriaser® retirée à J 2 par le patient, avec endophtalmie à J 4 (lien causal ?).
- la conduite thérapeutique (dans un cas, traitement antibiotique immédiat per os et par sous conjonctivale, puis hospitalisation le lendemain ; dans un cas, traitement d'un aboès chez un diabétique, opéré sans antibioprophylaxie, sans prélèvement ni hospitalisation, ayant tardivement évolué vers un hypopion avec perte de l'acuité visuelle). L'évolution est défavorable, avec perte de l'acuité visuelle voire phytose, sauf dans 3 cas avec récupération correcte. Dans un cas, quasi-cécité chez une patiente de 84 ans, opérée de cataracte bilatérale avec masses cristalliniennes persistantes dans l'autre œil.

Autres complications avec interventions itératives (49)

- Chirurgie combinée cataracte et glaucome (2)

- Rupture capsulaire, hématorne choroidien, hypertonie.
- Décompensation d'un trouble oculomoteur latent chez un homme de 35 ans, présentant une maladie myopique.

- Technique peropératoire (3)

- Mauvaise préparation de l'implant par l'aide. Altération lors de l'injection. Réinterventions compliquées.
- Chez un homme de 53 ans, déchirure de l'implant, retiré en le découpant au prix de lésions cornéennes irréversibles. Greffe.

- Lâchage de la canule sous pression et éjection lors de l'hydrosuture. Perte de l'acuité visuelle chez un homme de 68 ans.

- Rupture capsulaire/hypertonie/luxation postérieure du cristallin/fragment de noyau dans le vitré, ou masses persistantes, œdème cornéen, puis décollement de rétine (24)

Avec mauvais résultat ou perte d'acuité visuelle, au moins dans 6 cas.

Dont :

- Défaut d'information (au moins 2).
- Prise en charge inadaptée des complications post-opératoires. Absence d'iridectomie après implant de chambre antérieure, ou faite et pas notée.
- Résultats compromis par une occlusion de l'artère centrale de la rétine le lendemain, une neuropathie optique ischémique antérieure deux mois après, un œdème maculaire, une DMLA (2).
- Compte rendu opératoire incomplet.
- Patient de 46 ans, agité. Implant clipsé en CA, pas revu au contrôle mais huit jours après avec un anse détachée et une hypertonie, puis un mois après décollement de rétine, dont il se fera tardivement opérer ailleurs.
- Chez un monophthalme.

- Cataracte compliquée d'hypertonie (4)

- Hypertonie brutale après installation et anesthésie locale, opérée en urgence. Bonne récupération, mais demande de tierce personne.
- Hypertonie liée au produit visqueux laissé en place. Intervention interrompue, car trop douloureuse sous topique. Défaut de collaboration avec l'anesthésiste. Mydriase par paralysie du sphincter dans les suites de la reprise.
- Hypertonie sur rétinopathie diabétique sévère (glaucome néovasculaire, uvéite, décollement de rétine, phytose), dont il est reproché l'indication et la gestion des complications.
- Patient de 85 ans, acuité à 1/50 et opéré de l'autre œil (3/10), avec décompensation d'un glaucome chronique bilatéral très évolué associé à un début de DMLA. Il est reproché l'absence de diagnostic d'excavation papillaire en préopératoire, un suivi postopératoire sans prise de tension oculaire à J 1 et J 6, et la perte d'autonomie complète résultant de la cécité.

- Hémorragie expulsive (2) (perte acuité visuelle) ou postopératoire (3 dossiers, 4 praticiens)

Dont :

- Patient de 92 ans, agité, opéré sous neuloleptanalgie et locorégionale. Hémorragie postopératoire, réintervention, épisode de confusion mentale. Quasi-cécité et perte d'autonomie.

- Décollement de rétine (7)

- Deux mois après chirurgie sans complication, chez un myope fort de 62 ans qui reproche également l'absence de diagnostic préopératoire.
- Quatre mois plus tard (deux sociétaires sont concernés).
- Plusieurs mois plus tard (3).
- Décollement de rétine bilatéral deux et quatre ans plus tard, récidivant chez un homme de 52 ans, éthylique. Quasi cécité.

- Chirurgie d'implant secondaire (1)

- Perte d'acuité visuelle d'un œil dans le cadre d'une cataracte congénitale.

- Cataracte totale sans implant (1)

- Du fait du risque d'uvéïte et de glaucome sur antécédents de décollement de rétine. Éblouissement (mydriase pré existante ?).

- Iatrogénie (1)

- Œdème rétinien chez six patients opérés, du fait d'une injection de Céfuroxime mal diluée.

Sans complications/divers (11)

Dont :

- Complication de l'anesthésie sous tenonienne, décidée par l'anesthésiste au lieu de la topique prévue sur petite myopie. Douleur à la ponction, perforation du globe ré- vélée par une hémorragie rétinienne en postopératoire.
- Allégation d'une erreur de côté, car le praticien a finalement accepté d'opérer l'œil le plus atteint de DMLA, contrairement à sa décision initiale.
- Mauvais résultat car DMLA.
- Baisse d'acuité visuelle par névrite optique alcool tabagique.
- Suspicion de contamination VHC.
- Thrombophlébite du membre supérieur et embolie pulmonaire liée à la perfusion.
- Intervention en temps qu'aide opératoire.

■ Autres chirurgies (19)

- Biopsie de paupière en faveur d'un carcinome baso- cellulaire chez une femme de 48 ans. Reprise chirurgi- cale, mais limite d'exérèse insuffisante. Décision de surveillance sans en informer la patiente. Carcinome infiltrant opéré un an plus tard. Un sociétaire dermato- logue et un sociétaire généraliste sont également mis en cause.
- Blépharoplastie (2) esthétique pour ptosis et larmoie- ment. Récidive d'herpès avec lésion cornéenne.
- Décollement de rétine (5).
- Glaucome en phase terminale, hémorragie.
- Greffe de cornée (2). Échec.
- Kératocône (anneau), abcès cornéen six mois plus tard (perforation ?).
- Membrane épitrécinienne (2). Endophtalmie (2) à sta- phylocoque.
- Ptérygion avec greffe conjonctivale. Sécheresse, blé- pharospasme bilatéral. Le patient est mécontent du choix de l'anesthésie locale.
- Strabisme (2) : convergent chez un enfant devenu di- vergent dans un cas, échec et persistance d'une diplopie chez une femme de 43 ans dans l'autre.
- Vitrectomie (2), compliquée dans un cas d'endophtal- mie à J 2, et dans l'autre d'une récurrence d'un anévrysme cérébral embolisé. Perte de l'acuité visuelle.

■ Dommage corporel (1)

- Chute lors de l'installation sur un tabouret.

■ Déontologie (2)

- Les parents d'un enfant de 6 ans reprochent les propos tenus, le manque de patience du praticien, et le conseil, jugé inadmissible, de consulter à l'hôpital, l'examen de l'enfant ayant été impossible à réaliser.
- Une femme âgée reproche le conseil donné de s'abs- tenir de la chirurgie d'un strabisme ancien, sans attendre le bilan orthoptique demandé, et la facturation abusive de la consultation (secteur 1).

■ Expertise (1)

- Contestation des conclusions d'une expertise judiciaire, la patiente ayant obtenu satisfaction lors d'une contre expertise en appel.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Les **1 463** ORL sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **82** déclarations (80 en exercice libéral dont 1 en activité privée du secteur public et 2 en exercice salarié), soit une sinistralité de **6,6 %** en exercice libéral (contre 7,6 % en 2009) : 13 procédures civiles, 3 plaintes ordinales, 45 réclamations et 21 saisines d'une CRCI.

■ Retard diagnostique (4)

- Retard diagnostique d'un cylindrome du conduit auditif chez une femme de 38 ans, traitée pour otite externe et non revue. Biopsie proposée et refusée trois ans plus tôt, devant la découverte d'un kyste.
- Retard diagnostique d'un cancer micro invasif des cordes vocales chez un patient de 53 ans, régulièrement suivi pour laryngite chronique (tabagisme, cancer pul- monaire). Il est reproché un avis rassurant, alors que deux confrères avaient suggéré une biopsie, faite cinq mois plus tard.
- Retard diagnostique d'un mois d'un carcinome in situ des cordes vocales chez une patiente de 80 ans, non revue après traitement d'épreuve d'un reflux gastro œsophagien, ayant demandé un autre avis pour ce « polype ».

• Retard diagnostique de quelques mois d'un « polype » chez un patient de 50 ans, fumeur, très régulièrement suivi pour dysphonie, ayant eu une biopsie en faveur d'une inflammation chronique.

■ Prise en charge (8)

- Femme de 54 ans, suivie depuis plusieurs mois pour des problèmes infectieux (rhino sinusite, otite séreuse, aérateurs trans tympaniques et drainage sinusal), avant un avis d'interniste pour une asthénie profonde inexplicquée. Décès au décours d'un spasme laryngé dû à un bouchon muqueux (origine ?) Le médecin généraliste est également mis en cause.
- Prise en charge d'un patient de 18 ans, aux antécédents d'otites moyennes avec aérateurs trans tympaniques, vu en consultation une fois. Diagnostic d'otite séreuse. Empyème cérébral avec méningite sur mastoïdite, conduisant un mois plus tard à l'hospitalisation en réanimation et chirurgie (craniectomie, dérivation, mastoïdectomie...). Lourdes séquelles (hémiplégie gauche, hémianopsie, épilepsie). Le patient avait été vu la veille de la consultation ORL par un généraliste, puis revu avec un diagnostic de « grippe » par un autre généraliste quelques jours avant l'hospitalisation.
- Bilan de vertiges avec paresthésies du membre supérieur chez un patient de 53 ans (consultation la veille dans un service d'urgence). Accident vasculaire dix jours plus tard (syndrome de Wallenberg, vascularite sur sarcoïdose traitée). Le patient conteste que la demande d'IRM ait spécifié l'urgence et reproche au généraliste l'absence d'hospitalisation devant une aggravation, quatre jours auparavant.
- Prise en charge, chez un homme de 29 ans, d'une surdité brutale, apparue trois semaines auparavant et en cours de traitement chez le généraliste, suspecte d'être secondaire à un barotraumatisme. Évolution défavorable, avec nécessité d'un appareillage et préjudice professionnel. Deux sociétaires sont concernés.
- Prise en charge d'une surdité brusque unilatérale (tests normaux) chez une femme de 47 ans, depuis trois jours sous corticoïdes prescrits par le généraliste, et s'étant aggravée avec, trois jours plus tard, surdité de perception ayant partiellement récupéré après traitement vasodilatateur en hospitalisation décidée par un confrère.
- Prise en charge d'une otite chronique sévère. Dans l'intervalle entre la dernière consultation et la pose prévue d'aérateurs trans tympaniques, survenue d'une nouvelle otite moyenne, que la patiente impute à l'absence de traitement d'une rhinite et à un examen succinct.
- Retard thérapeutique d'une maladie de Horton chez une femme de 85 ans, évoquée par le généraliste (bilan demandé, cécité). Rôle de l'ORL ?

■ Chirurgie naso-sinusienne (21)

- Septoplastie et turbinectomie chez un adolescent de 17 ans. Il est reproché un mauvais suivi postopératoire et la survenue d'une épistaxis, méchée par un confrère.
- Septoplastie, uvuloplastie et amygdalectomie en un seul temps chez une femme de 29 ans. Insatisfaction du résultat sur la rhinopathie (modérée) et du fait d'une dépression de la pyramide nasale, dont elle a refusé le traitement esthétique par produit de comblement.
- Septoplastie avec turbinectomie inférieure chez une femme de 29 ans, évoluant vers une infection locale. Réintervention pour nécrose cartilagineuse. Bon résultat final, mais nombreuses doléances sans rapport.

- Septoplastie avec turbinectomie inférieure et radiofréquence sur le voile pour rhinopathie simple chez une femme 43 ans. Nécrose du voile avec perforation.
- Après avis divergents de confrères, décision de septoplastie et méatotomie inférieure sous endoscopie chez une femme de 52 ans, déjà opérée. Succès fonctionnel de l'intervention, mais insensibilité de la région sous orbitaire et de la lèvre supérieure, de cause inconnue.
- Rhinoseptoplastie fonctionnelle avec bon résultat fonctionnel, mais jugé inesthétique sur la déviation septale avec « bosse ». Retouches par ORL, puis par confrères.
- Septoplastie pour obstruction nasale. Larmolement postopératoire et diplopie sur sténose incomplète de la voie lacrymale traitée par sonde (imputabilité ?)
- Reprise chirurgicale de rhinoseptoplastie pour séquelles attribuables aux interventions antérieures par confrères.
- Septorhinoplastie esthétique et fonctionnelle. Il est reproché un résultat inesthétique, l'absence de devis et l'indication, un confrère ayant suggéré que la sinusite chronique n'était pas liée à la déviation septale.
- Septoplastie, méatotomie et turbinectomie par radiofréquence chez un sportif de 29 ans. Syndrome du « nez vide ».
- Méatotomie bilatérale pour sinusites récidivantes chez un homme de 38 ans. Intervention hémorragique, épistaxis à J 3 méchée, puis embolisation en urgence de l'artère sphéno palatine aux suites favorables, au prix d'algies faciales intenses et persistantes.
- Méatotomies chez un enfant de 14 ans. Agitation au réveil et contention. Ensellure nasale (cause ?)
- Méatotomies difficiles pour aspergilliose. Suites douloureuses et larmolement. Evocation d'une section du canal lacrymal par un confrère, dans un contexte de « différend » professionnel.
- Méatotomie moyenne. Rhinorrhée purulente persistante (2), malgré la reprise, chez une femme de 56 ans et une femme de 48 ans. Plaintes pour infection nosocomiale.
- Ethmoïdectomie pour polypose. Effraction de la paroi orbitaire, hématome et diplopie.
- Ethmoïdectomie totale bilatérale, septoplastie et méatotomie sur polypose invalidante avec un bon résultat. Récidive et altération de l'odorat, mise en rapport avec l'intervention deux ans plus tard.
- Rhinoplastie pour séquelles esthétiques d'un traumatisme (2) (hommes de 21/22 ans). Rhinite purulente postopératoire et saillie jugée inesthétique du bord antérieur du septum. Retouche refusée.
- Reconstruction plastique en plusieurs temps, après exérèse d'un cancer narinaire infiltrant et transfixiant, interrompue par le patient de 68 ans, estimant le résultat catastrophique.
- Drainage du sinus maxillaire par drain d'Albertini, retiré en postopératoire pour douleurs intenses, œdème facial et effraction sinusienne chez une femme de 27 ans. Évolution favorable.

■ Chirurgie de l'oreille (13)

Chirurgie de l'otospongiose (7)

- Complications à type de cophose (6) (+/- labyrinthisation) après intervention sans difficulté (5), dont : constat d'un piston déplacé - micro perforation tympanique avec prothèse en place, inaptitude professionnelle chez un homme de 55 ans - absence de scanner préopératoire reproché, devant la découverte un an après d'une ankylose des osselets.

- Complication à type de paralysie faciale, partiellement régressive, après micro embarrure de l'aqueduc de Fallope, sans solution de continuité du nerf.

Tympanoplastie (2)

- Pour otite chronique avec perforation tympanique destructrice et envahissement épidermique chez un homme de 56 ans. Pas d'incident. Labyrinthisation à J 8, puis cophose (cause ?)
- Échec chez une patiente de 70 ans. Réintervention et demande de prise en charge de l'appareillage auditif.

Tympanoplastie et mastoïdectomie (2)

- Pour perforation tympanique chronique chez un homme de 32 ans. Blessure du nerf facial. Séquelles malgré une plastie.
- Pour surdité par otite moyenne et formation polypoïde chez un homme de 47 ans, après ablation d'un corps étranger du conduit externe puis d'un polype. Evolution vers la cophose, (disparition des douleurs). Il est reproché un défaut d'information et l'indication, un autre ORL ayant préconisé de patienter.

Chirurgie de cholestéatome (1)

- Paralysie faciale par section, récupérant partiellement après greffe, chez un enfant de 6 ans.

Otoplastie esthétique (1)

- Nécrose du pavillon chez une fillette.

■ Amygdalectomie (4)

- Paralysie de l'hémi langue chez un enfant de 5 ans (atteinte du nerf hypoglosse par l'abaisse langue ?)
- Expulsion d'une compresse oubliée après ligature de la loge, en raison d'une suffusion hémorragique (2, dont un enfant de 4 ans).
- Blessure accidentelle de la face interne de la joue et de la commissure labiale par le bistouri électrique.

■ Chirurgie thyroïdienne (5)

- Thyroïdectomie totale pour goitre multi nodulaire chez une femme de 26 ans, sans incident. Apparition retardée de troubles respiratoires sur BPCO, faisant évoquer une parésie récurrentielle bilatérale ou une paralysie des dilateurs du larynx secondaire à un traumatisme laryngé lors de l'intubation. Trachéotomie envisagée et refusée.
- Thyroïdectomie totale pour thyroïdite multi nodulaire. Parésie récurrentielle, prise en charge tardivement et sans récupération.
- Thyroïdectomie totale pour goitre avec nodule unique, d'indication jugée discutable et ayant laissé en place un lobe thyroïdien, contrairement au libellé du compte rendu opératoire chez une patiente de 32 ans. L'endocrinologue est également mis en cause.

- Totalisation d'une thyroïdectomie partielle pour récurrence de goitre multi nodulaire (2). Paralysie récurrentielle. Il est reproché un défaut d'information sur les gestes chirurgicaux susceptibles de l'améliorer.
- Hypocalcémie postopératoire, à laquelle la patiente attribue une aggravation de son arthrose.

■ Autres interventions (4)

- Curage large jugulo-carotidien de métastases d'un cancer médullaire de la thyroïde, imposant le sacrifice du spinal chez un homme de 43 ans, opéré également d'un phéochromocytome.
- Exérèse d'une glande sous maxillaire lithiasique très adhérente au plan profond chez une femme de 65 ans aux multiples pathologies, après échec du traitement médical. Paralysie du facial inférieur (rameau mentonnier) et possible atteinte du nerf lingual.
- Pseudo myxome bilatéral des cordes vocales. Réclamation précoce pour dysphonie après épiluchage sous laryngoscopie.
- Pelage de corde vocale pour polype chez une femme de 23 ans, sous corticoïdes inhalés pour asthme. Aggravation de la dysphonie.

■ Geste technique (9)

- Biopsie d'une lésion ulcérée de la langue (spray anesthésique). Douleurs intenses et prélèvement insuffisant, nécessitant une deuxième biopsie, acceptée ailleurs sous anesthésie générale six mois plus tard (cancer).
- Biopsie profonde de la langue après premier prélèvement non concluant. Il est reproché des douleurs, l'annonce du résultat (cancer) par téléphone, l'emploi de fils non résorbables (retirés par le patient le lendemain) et la surinfection de la cicatrice.
- Électrocoagulation bilatérale en un temps pour épistaxis récidivantes chez un homme de 69 ans, sans contrôle visuel endoscopique. Défaut d'information et perforation septale.
- Extraction de bouchons de cérumen (3) avec perforation tympanique dans deux cas, et accentuation de la perte auditive après extraction difficile, en raison d'une variante anatomique.
- Gastrotomie percutanée d'alimentation (participation au temps cutané) sans incident. Décès d'un choc septique à J 7, lié à une péritonite en rapport avec la migration de la sonde. Le gastro-entérologue est également mis en cause.
- Aggravation ou apparition d'acouphènes, dans un cas 18 mois plus tard, attribuées à la réalisation d'exams (2).

■ Traumatisme dentaire (8)

- Lors de laryngoscopies (5).
- Lors d'amygdalectomies (2).
- Lors de l'intubation, la laryngoscopie ayant été reportée du fait des dégâts dentaires multiples.

■ Divers (6)

Dont :

- Décès d'une embolie pulmonaire massive confirmée par l'autopsie, au premier lever d'une femme de 34 ans, obèse et sous contraception orale micro dosée, le lendemain d'une tympanoplastie.
- Atteinte plexique des deux membres supérieurs, asymétrique, ayant débuté par des dysesthésies après chirurgie sous anesthésie générale, puis déficit moteur chez un homme de 51 ans. Pas de difficulté opératoire ou d'intubation, arthrose cervicale sans myélopathie, cause non élucidée.
- Chute en se relevant d'un siège pivotant. Suture.
- Chute en trébuchant sur un fil par terre. Fracture bi malléolaire chez une femme de 65 ans.

PÉDIATRIE

Les **3 381** pédiatres sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **24** déclarations (21 en exercice libéral et 3 en exercice salarié), soit une sinistralité de **1,2 %** en exercice libéral (contre 1,3 % en 2009) : 2 plaintes pénales, 7 procédures civiles, 4 plaintes ordinaires, 8 réclamations et 3 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (7)

Au cabinet (5)

- Hydrocéphalie diagnostiquée à six mois et demi et dérivée en urgence chez une enfant suivie régulièrement, sans anomalie de développement, mais avec augmentation significative du périmètre crânien non repérée à partir du troisième mois.
- Hémiparésie congénitale avec important retard psychomoteur, révélée à partir du sixième mois et diagnostiquée vers neuf mois, attribuée par les parents à une souffrance périnatale qui reste à prouver. Un autre sociétaire obstétricien est également mis en cause.
- Rétinoblastome diagnostiqué à l'âge de cinq mois, à la suite d'une consultation ophtalmologique à la demande du généraliste, chez un enfant régulièrement suivi. Mère inquiète d'un « reflet blanc » oculaire, qu'elle aurait signalé.
- Torsion du cordon spermatique chez un enfant de quatre mois vu pour vomissements, puis le lendemain en urgence à 19 heures pour augmentation de volume du testicule. Intervention à 21 heures, castration.
- Insuffisance rénale terminale d'étiologie non déterminée chez un adolescent de 16 ans, suivi depuis l'enfance pour un syndrome polymalformatif avec rein en fer à cheval. Échographie rénale et créatinine normales trois ans auparavant. Bilan avant intervention dentaire deux ans avant, montrant une anémie discrète et un syndrome inflammatoire non explorés.

En maternité (2)

- Luxation congénitale de hanche dépistée à quatre mois (examen normal à J 4).
- Luxation congénitale de hanche dépistée à un an (examen à H 12, puis suivi par un autre pédiatre et antécédent maternel).

■ Prise en charge (11)

Au cabinet (9)

- Enfant né à terme dépassé de neuf jours (septicémie maternelle à E Coli, hémocultures négatives chez l'enfant, ponction lombaire non réalisée, sortie de la maternité après une semaine de triple antibiothérapie) vu en urgence à J 19 pour fébricule (enfant hypotonique après un trajet en voiture sous la chaleur). Mise en œuvre d'un traitement symptomatique. Hospitalisation trois jours plus tard pour méningo-encéphalite à E Coli, K1. Séquelles lourdes.
- Enfant de deux mois vu en urgence sans rendez-vous. Diagnostic de rhinopharyngite et otite (le frère avait été vu la veille avec un tableau identique). Hospitalisation trois jours plus tard par un confrère pour encombrement important et tirage. Il est reproché un examen trop rapide, incomplet, sans information, et des honoraires trop élevés.
- Erreur de posologie (dix fois la dose de Malocide®) lors du renouvellement, demandé au remplaçant par la mère venue seule entre deux consultations, d'un traitement pour toxoplasmose congénitale chez un enfant de quinze mois. Hospitalisation en réanimation pour convulsions, suites simples.
- Méconnaissance de l'évolution d'une scoliose dorso-lombaire en trois ans de suivi (angle à 50° ?) chez un adolescent vu à de nombreuses reprises pour accidents sportifs depuis l'âge de treize ans.
- Plaie du conduit auditif chez un enfant de deux ans lors de l'extraction d'un bouchon de cérumen. Saignement différé, hospitalisation d'une nuit.
- Substitution d'enfant à la maternité, découverte dix ans après. L'enfant ayant été suivi pendant trois ans après la naissance, il est reproché a posteriori au pédiatre de ne pas avoir noté une possible discordance entre la taille notée à la maternité et lors de l'examen du premier mois.
- Circoncision refusée par les parents d'un enfant de vingt mois, qui reprochent la demande d'avis à un chirurgien pour phimosis serré.
- Blessure d'un enfant de deux ans en plongeant la main dans le container d'aiguilles souillées.
- Utilisation d'un vaccin périmé en stock, par préférence à celui apporté par les parents. Aucune conséquence.

A l'hôpital (2)

- Décès d'un nourrisson hospitalisé pendant une garde assurée par le pédiatre.
- Enfant né prématuré, hospitalisé pendant un mois puis suivi par le pédiatre en consultation. Demande d'avis à un référent pour déformation craniofaciale (positionnelle). Remodelage chirurgical à quatre ans. Les parents sont persuadés que cette anomalie s'est constituée en couveuse, faute de surveillance en néonatalogie.

■ Prise en charge en maternité (4)

Organisation (1)

- Examen à la maternité d'un enfant né par voie basse sans incident, mais chez qui avait été découvert en

anténatal une hydronéphrose bilatérale dont la mère est informée, mais pas le pédiatre (dossier de la maternité non renseigné). Pyélonéphrite à onze mois sur vessie de lutte et dilatation majeure des voies excrétrices (valves urétrales). Récidive de la pyélonéphrite et insuffisance rénale. Urétérostomie. Un autre sociétaire obstétricien est également mis en cause.

Complications de l'accouchement (3)

- Décollement sous cutané du scalp et hémorragie méningée après tentatives de forceps infructueuses sur présentation haute, puis césarienne. Enfant né en état de mort apparente, pris en charge à dix minutes de vie en mydriase, réanimé, transfusé dans les deux heures. Transfert et décès en réanimation à H 6.
- Enfant né en état de mort apparente (hémorragie génitale et toxémie à 38 SA). Réanimation et transfert à H 2, décès à J 2 d'une encéphalopathie anoxique.
- Examen d'un enfant né par césarienne à 37 SA sur utérus cicatriciel après échec de la voie basse (2,8 kg, Apgar 10/10). Pédiatre pas rappelé, refus de téter, « glaires » notés par l'équipe soignante. Décès à H 16 d'une probable maladie des membranes hyalines.

Déontologie (2)

- Refus d'honorer un rendez-vous pour réalisation de vaccinations sans ordonnance chez des enfants suivis de façon irrégulière, le patch anesthésique ayant été posé trop tardivement.
- Tape sur le dos de la main d'un enfant de cinq ans, encéphalopathie et agité (coups violents selon la mère), pour lui faire lâcher le stéthoscope, et refus de rédaction d'un certificat dans l'attente de radiographies, l'examen du genou douloureux de l'enfant s'avérant impossible.

PHLÉBOLOGIE - ANGIOLOGIE

Les **536** angiologues phlébologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **16** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **3,3 %** (contre 3,75 % en 2009) : 3 procédures civiles, 1 plainte ordinaire, 9 réclamations et 3 saisines d'une CRCl.

Conduite diagnostique (4)

- Suivi et explorations, y compris en milieu spécialisé, d'un homme de 59 ans présentant une thrombose veineuse fémorale, non régressive sous traitement. Diagnostic de sarcome veineux porté lors de la survenue de métastases deux ans plus tard (biopsies gastriques). Décès.
- Contrôle d'un pontage fémoro-poplité (normal) chez un homme de 64 ans aux antécédents d'infarctus, diabète, tabagisme, du fait de douleurs des membres inférieurs cinq mois après le geste. Trois semaines plus tard, majoration des douleurs et doppler par un autre praticien, retrouvant une occlusion du pontage d'allure récente. Échec du geste de revascularisation et amputation.
- Contrôle à six mois d'un pontage ilio fémoral (complicé d'un hématome musculaire) chez un homme de 54 ans, du fait de douleurs inguinales. Diagnostic de probable lymphocèle, rectifié neuf mois plus tard. Augmentation de volume de la masse due à un faux anévrisme, mis à plat et d'évolution favorable.
- Doppler (normal) pour douleurs d'un membre inférieur après chirurgie de hernie inguinale chez un homme de 52 ans, sous HBPM depuis deux jours. Arrêt du traitement. Phlébite huit jours plus tard. Évolution favorable.

Prise en charge (2)

- Prise en charge d'une phlébite, deux mois après une prothèse de hanche compliquée de paralysie sciatique chez une femme de 74 ans. Premier contrôle de l'INR (à 2) à J 3 sous Arixtra® et Previscan®. Consultation chirurgicale pour douleurs abdominale à J 5 (INR non fait comme prévu, et chirurgien non informé du traitement en cours). Collapsus sur hématome du psoas à J 6 sur surdosage (INR à 6). Drainage. Paralysie crurale.
- Prise en charge d'un hématome du bras à la suite d'un prélèvement sanguin, à J 5 d'un traitement anticoagulant (Arixtra® et Previscan®) pour phlébite du membre inférieur chez un patient de 58 ans. Collection avec aspect inflammatoire en regard. Ajustement du traitement, puis suivi par généraliste. Intervention un mois plus tard pour faux anévrisme de l'artère humérale infectée, puis pontage veineux huméro huméral. Séquelles. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.

Geste technique (9)

Sclérothérapie (8)

- Douleurs au décours d'une sclérothérapie chez une femme de 29 ans. Echanges téléphoniques, la patiente étant en vacances. Diagnostic de thrombose surale et saphène externe superficielle à J 8.
- Réaction inflammatoire et plaques de télangiectasies avec gêne fonctionnelle chez une femme de 27 ans, traitée pour varices.
- Douleur vive dans le mollet à la troisième injection avec œdème chez une femme de 29 ans. Impotence, puis équin du pied. Rétraction sur nécrose, finalement confirmée,

du muscle gastrocnémien médian. Intervention d'allongement de la lame des jumeaux discutée.

- Nécrose cutanée chez une femme de 23 ans traitée pour varicosités (six séances). Un défaut d'information est également reproché.
- Érysipèle et phlébite superficielle diagnostiqués trois semaines après la sclérothérapie chez une femme de 44 ans traitée pour varicosités. Arthrite de la cheville (possiblement réactionnelle à une infection ORL) évoluant vers une algodystrophie.
- Douleur persistante du creux poplité, sans explication veineuse ou rhumatologique, chez une femme de 57 ans traitée pour varicosités.
- Masse intramusculaire oblongue d'allure kystique sur le mollet d'une femme de 73 ans, découverte un mois après une saphénectomie pour varices (trois séances).
- Thrombose veineuse surale à J 4.

Marquage (1)

- Avant une phlébectomie et sclérose endolaser dans le territoire saphène interne, compliquées d'une atteinte nerveuse sciatique poplité.

■ Dommage corporel (1)

- Chute de la table d'examen (sclérothérapie) lors d'un retournement. Patiente revue quinze jours plus tard sans doléances. Apparition de douleurs de la hanche un mois plus tard, révélant une fracture du col fémoral transcervicale engrenée. Imputabilité ?

PNEUMOLOGIE

Les **1 203** pneumologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **15** déclarations (11 en exercice libéral dont 1 en activité privée du secteur public et 4 en exercice salarié), soit une sinistralité de **1,6 %** en exercice libéral (contre 1,6 % en 2009) : 1 plainte pénale, 4 procédures civiles, 1 réclamation et 9 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (2)

- Découverte d'un plasmocytome costal, trois ans après une radiographie thoracique jugée normale lors d'un contrôle systématique.
- Découverte d'un cancer broncho-pulmonaire au scanner de contrôle, trois mois après un premier examen évoquant des séquelles de tuberculose chez un patient de 58 ans, tabagique et exposé à l'amiante.

■ Conduite thérapeutique (13)

- Suivi d'une infirmière de 31 ans pour asthme et allergie au latex, maladie professionnelle déclarée, poste de travail

aménagé. Crise d'asthme sévère sur son lieu de travail, débouchant sur un état végétatif.

- Patiente de 30 ans, décédée en quelques mois de métastases d'un cancer du sein révélé pendant sa grossesse (ponctions pleurales). Un défaut d'information sur le pronostic est reproché par le mari, qui s'interroge sur un éventuel acharnement thérapeutique.
- Prise en charge d'un patient décédé d'une œsophagite radique après traitement d'un cancer du poumon. Un autre sociétaire oncologue est également mis en cause.
- Prise en charge d'un patient décédé d'une fasciite nécrosante. Deux autres sociétaires, cardiologue et gastro-entérologue, sont également mis en cause.
- Prise en charge d'un patient de 83 ans, décédé des conséquences d'une pneumopathie de déglutition sur accident vasculaire cérébral.
- Contestation de la décision de reprise chirurgicale pour récurrence de tumeur bronchique avec hémoptysie chez un patient de 69 ans, BPCO sous oxygène et stents actifs sous antiagrégants.
- Prise en charge d'une patiente de 76 ans pour pleuropneumopathie. Décès des conséquences d'un accident vasculaire cérébral sur endocardite (pas de végétation à la première échographie trans œsophagienne), malgré une antibiothérapie adaptée au germe.
- Prise en charge d'un patient de 80 ans sous antiagrégants, pour surinfection d'une tumeur bronchique. Décès d'un hématome sous dural après une chute.
- Échec des drainages d'un pneumothorax itératif chez un homme de 50 ans. Il est reproché un défaut d'information et la nécessité d'une intervention par thoracoscopie. Évolution favorable.
- Surdosage en anticoagulants, responsable d'un hématome du psoas avec paralysie séquellaire chez une femme de 77 ans traitée pour embolie pulmonaire. Il est reproché une hypocoagulation trop prolongée, des contrôles trop espacés (sous héparine et antivitamine K), le diagnostic tardif de la complication et la prescription d'anti-inflammatoires.
- Tests cutanés d'allergie chez une femme de 78 ans (ayant de nombreux antécédents et interventions) mis en cause dans la survenue d'une hépatite C.
- Conduite thérapeutique, jugée défailante par le patient, d'une tuberculose.
- Contre-indication d'une anesthésie générale chez une insuffisante respiratoire, décédée des conséquences d'une tumeur parotidienne radiothérée et non opérée. Reproche ?

PSYCHIATRIE

Les **9 658** psychiatres sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **34** déclarations (17 en exercice libéral et 17 en exercice salarié), soit une sinistralité de **0,3 %** en exercice libéral (contre 0,9 % en 2009) : 9 plaintes pénales, 10 procédures civiles, 8 plaintes ordinaires, 3 réclamations et 4 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (3)

- Retard diagnostique d'un mois d'une leucémie aiguë chez un enfant de dix ans, vu au cours d'une unique consultation pour dépression psychogène réactionnelle à une séparation parentale. Décès. Un sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Prise en charge d'un patient de 53 ans pour syndrome dépressif réactionnel à un licenciement et prise d'alcool. Hospitalisation à la demande du psychiatre traitant au CHU, puis en centre de convalescence. Examen par un neurologue, puis par plusieurs psychiatres, avant que le psychiatre traitant n'évoque la nécessité d'un nouveau bilan neurologique du fait d'éléments discordants. Découverte d'un volumineux méningiome frontal un an et demi après le début de la prise en charge. Évolution très favorable de l'état clinique après l'intervention. Deux sociétaires sont concernés.

■ Prise en charge aux urgences (2)

- Patient âgé, vu deux jours après une tentative d'autolyse médicamenteuse aux benzodiazépines. Diagnostic de névrose hystérique et proposition de se rapprocher de son psychothérapeute habituel. Le soir à domicile, agitation motivant un appel des pompiers et du Samu. Fugue du domicile et décès d'un accident de la voie publique. Un sociétaire régulateur est également mis en cause.
- Patiente dépressive, suivie pour une maladie hémato-logique grave. Proposition (refusée par le mari) d'une hospitalisation de sa femme en service de médecine avec suivi par l'unité de psychiatrie. Demande par le mari d'une hospitalisation en psychiatrie dans un hôpital éloigné hors secteur. Tentative de défenestration de l'épouse à domicile, le lendemain.

■ Prise en charge au cabinet (5)

- Patient de 56 ans, pris en charge depuis un mois pour des troubles anxiodépressifs par le médecin traitant. Traitement majoré par le psychiatre lors d'une unique consultation, au cours de laquelle une hospitalisation n'avait pas été envisagée. Deux jours plus tard, décès par pendaison.
- Patient de 33 ans, suivi de longue date pour des problèmes psychiatriques. Demande par le patient d'un suivi en centre médicopsychologique au cours de cette consultation hospitalière. Décès par défenestration le lendemain.
- Patient de 35 ans, suivi pour troubles bipolaires avec prédominance d'épisodes maniaques avec éléments délirants. Défenestration quelques jours après une consultation avec son psychiatre, et dix jours après une hospitalisation en milieu spécialisé où il avait reçu un bolus de corticoïdes (ce que le psychiatre ignorait) pour une névrite optique rétrobulbaire. Paraplégie séquellaire.
- Contestation des soins et de la prise en charge d'un enfant présentant des troubles du comportement dans un contexte de sévices sexuels.

- Contestation de l'arrêt d'un traitement par lithium, du fait des difficultés de prise en charge en raison de troubles cognitifs chez un patient de 60 ans. Reproche portant sur l'aggravation de son état, avec « apparition » d'une maladie d'Alzheimer.

■ Prise en charge au cours ou décours d'une hospitalisation en psychiatrie (22)

Décès (14)

- En hospitalisation (4)

- Décès par pendaison d'un homme de 69 ans, en hospitalisation sur demande d'un tiers pour un syndrome dépressif secondaire à un accident vasculaire par dissection vertébrale, de diagnostic retardé. Responsabilité recherchée du chef de service.
- Patient de 37 ans, hospitalisé en urgence pour dépression et alcoolisation dans un contexte d'altération de l'état général et de déshydratation. Le lendemain, anomalies biologiques, malaise et transfert pour explorations. Décès un jour plus tard (cause ?)
- Décès d'un patient de 63 ans (avec facteurs de risques cardiovasculaires) des conséquences d'un arrêt cardiorespiratoire survenu aux urgences hospitalières (pneumopathie d'inhalation). Il venait d'y être transféré par ambulance simple, au sixième jour d'un sevrage éthylique en clinique, du fait d'une altération de l'état général, d'une confusion et d'un encombrement bronchique.
- Décès de cause inconnue d'une femme de 77 ans, mise en chambre d'isolement pour agitation extrême dans le cadre d'une maladie bipolaire.

- En permission (4)

- Patient de 43 ans, hospitalisé en placement libre pour un syndrome dépressif et un sevrage éthylique. Décès d'une fausse route, dans un contexte d'ivresse, lors d'une permission de sortie.
- Décès d'une patiente par défenestration lors d'une permission de sortie.
- Décès par pendaison d'une patiente de 42 ans, hospitalisée depuis deux mois pour dépression sévère avec raptus anxieux, au cours d'une troisième permission de sortie bien encadrée.
- Patiente de 62 ans, hospitalisée à de nombreuses reprises pour dépression sévère. Réalisation de nombreuses séances d'électrochocs pendant l'année de suivi en clinique, avant prise en charge par deux centres hospitaliers pendant six mois. Décès dans un incendie volontaire à domicile lors d'une sortie non autorisée.

- Au décours d'une hospitalisation (6)

- Patient de 46 ans, vivant seul et hospitalisé pendant un mois pour récurrence d'un état dépressif sévère dans un contexte de divorce. Autolyse médicamenteuse à domicile quelques jours après sa sortie.

- Patiente de 23 ans, hospitalisée pendant trois mois après tentative d'autolyse médicamenteuse. Transfert dans une clinique en vue d'électrochocs, qui s'avèrent efficaces. Sortie avec prescription d'un lourd traitement psychiatrique pour troubles de l'humeur graves. Nouvelle autolyse médicamenteuse deux mois plus tard, malgré l'amélioration de son état constaté par deux consultations auprès de son psychiatre traitant.
- Femme de 38 ans, examinée aux urgences pour agitation et état d'ébriété sur la voie publique et suivie pour dépression chronique, avec plusieurs tentatives de suicide. Sortie le lendemain après contact avec la famille et le généraliste traitant. Défenestration.
- Hospitalisation en secteur libre d'un patient de 42 ans, pour dépression et addiction à l'alcool. Sortie après rupture du contrat à la suite d'une permission, le patient ayant refusé temporairement de réintégrer l'hôpital, avant de s'y rendre le lendemain. Consultation rapprochée prévue, à laquelle le patient ne se rend pas. Décès par autolyse.
- Décès d'une femme sur son lieu de travail, poignardée par un homme hospitalisé deux mois auparavant pour un délire de persécution, dans l'unité psychiatrique où exerce notre sociétaire.
- Décès d'un homme, poignardé par un patient psychotique dont la levée de la dernière hospitalisation d'office datait d'un an auparavant (absence de prise en charge au décours ?).

Contestation de la prise en charge en hospitalisation (8)

- Patiente de 32 ans, déjà hospitalisée à trois reprises pour un trouble bipolaire, conteste la décision de sortie au terme d'une nouvelle hospitalisation de trois mois et la nature du traitement (ordonnance de quinze médicaments différents dont anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs et hypnotiques). État confusionnel et angoisse lors du retour seule en train. Réhospitalisation immédiate dans un autre établissement, dont elle sort trois semaines plus tard avec une association médicamenteuse notablement allégée.
- Patiente de 32 ans, hospitalisée via les urgences à deux reprises pour idées suicidaires et tentative d'autolyse, étant sortie contre avis médical à deux reprises et refusant la prise en charge de secteur proposée. Elle réclame une poursuite de la prise en charge hospitalière et un nouveau traitement.
- Patient de 54 ans, parkinsonien, transféré en clinique après hospitalisation à la demande d'un tiers pour état maniaque. Récidive d'épisodes répétés d'agitation intense et retour au service d'origine. Le patient reproche une prise en charge inadaptée, responsable de l'aggravation.
- Patient de 75 ans, hospitalisé pendant trois mois pour une décompensation anxiodépressive après néphrectomie pour cancer, suivi par psychiatre et gériatre et transféré à l'hôpital pour broncho pneumopathie. Il subira ensuite une sismothérapie dans un autre établissement. La famille conteste globalement la prise en charge.
- Patient suivi de longue date pour une schizophrénie paranoïde, hospitalisé plus d'un an en hospitalisation d'office, accuse le traitement prescrit d'être en partie responsable de son état.
- Patient médecin, ayant fait l'objet d'une radiation définitive pour motif psychiatrique vingt ans plus tôt, reproche en termes délirants sa prise en charge lors d'une récente hospitalisation d'office.
- Patient délirant, reproche à un chef de service les propos tenus par le personnel soignant au cours d'un « atelier pâtisserie ».
- L'époux d'une patiente hospitalisée pour dépression réactionnelle à un problème conjugal adresse de multiples reproches à l'établissement.

■ Expertise (2)

- Contestation par un patient du non rattachement de son état dépressif à une maladie reconnue comme une pathologie professionnelle et, après plusieurs expertises et une longue procédure administrative, à la reconnaissance d'une inaptitude uniquement pour raisons psychiatriques.
- Contestation sans fondement d'une expertise concluant à une inaptitude au travail, dans un contexte de troubles graves de la personnalité.

RADIOLOGIE - IMAGERIE MÉDICALE

Les **2 949** radiologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **84** déclarations (tous en exercice libéral dont 2 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de **3,9 %** (contre 5 % en 2009) : 28 procédures civiles, 6 plaintes ordinaires, 33 réclamations et 17 saisines d'une CRCI.

■ Erreur d'interprétation (51)

Radiographie (17)

- Radiographie osseuse (14)

- Fracture luxation d'une branche pubienne et de S1 chez un enfant de sept ans (retard de quinze jours).
- Luxation d'une prothèse de hanche. Diagnostic rectifié dix jours plus tard par le rhumatologue.
- Présence (visible ?) de fragments de céramique après reprise de prothèse pour rupture du matériel, conduisant à une nouvelle reprise cinq ans plus tard (plusieurs radiographies dans l'intervalle).
- Volumineux kyste solitaire fémoral révélé par une fracture spontanée lors d'un effort sportif chez un homme de 21 ans.
- Fracture du scaphoïde (3), révélée par une pseudarthrose quatre ans après l'accident chez un sportif de 21 ans (répercussion professionnelle), arthroscanner mal interprété dans l'intervalle.
- Fracture du calcaneum avec déplacement lors du contrôle sous plâtre d'une fracture de la malléole.
- Fracture de la fibula engrenée (diagnostic trois semaines plus tard) chez un homme de 77 ans pris en charge pour un traumatisme de la cheville.
- Méconnaissance d'une rupture du tendon quadricipital chez un homme de 45 ans. Diagnostic à quatre mois après consultation de plusieurs praticiens.
- Méconnaissance d'une lésion purement ligamentaire lors d'une entorse du genou.
- Méconnaissance de lésions méniscales et ligamentaires du genou suspectées au vu de l'examen clinique. IRM conseillée réalisée trois ans plus tard, confirmant une rupture méniscale et du LCA.

- Ostéolyse frontale sur volumineux méningiome traversant la table externe à l'occasion de radiographies du crâne demandées par le généraliste pour céphalées après traumatisme crânien sans perte de connaissance, chez une patiente de 71 ans. Diagnostic quinze mois plus tard, chirurgie.
- Diagnostic d'ostéosarcome évoqué par un associé quatre mois plus tard lors d'un contrôle chez un homme de 66 ans.

- Radiographie du thorax (3)

- Cancer pulmonaire, a posteriori présent deux ans plus tôt.
- Possible « caverne » chez un toxicomane de 22 ans, décédé d'une hémoptysie cataclysmique (en fait lésions abcédées pulmonaires sur corps étrangers injectés).
- Un cas sans erreur confirmée d'interprétation.

Mammographie et/ou échographie mammaire (17 réclamations, 13 dossiers)

Il s'agit de patientes de 40 à 67 ans (avec antécédent familial (2) ou personnel (1) de cancer noté), chez lesquelles l'examen est effectué dans le cadre d'un dépistage organisé (pour trois patientes) ou prescrit par des gynécologues ou généralistes dans le cadre, soit d'un suivi régulier tous les deux ans expliquant les délais de retard diagnostique allégués (6) ou à intervalles plus rapprochés du fait de la modification de la symptomatologie clinique (2).

Le diagnostic a été rectifié dans quatre cas lors du suivi rapproché conseillé (quatre à six mois) : interprétation divergente de deux associés sur la mammographie précédente datant de deux ans avant, analyse discordante de deux radiologues du même cabinet (remplaçant : ACR4/sociétaire : ACR 3), le diagnostic étant fait sur l'IRM demandée par le généraliste, biopsie conseillée mais non réalisée par une patiente échappant au suivi, biopsie conseillée à deux reprises au gynécologue au moins six mois auparavant chez une femme de 59 ans bénéficiant de contrôles rapprochés, se révélant avoir une lésion cancéreuse explosive dans un autre quadrant. Il est reproché une interprétation erronée de mammographies antérieures, l'absence de prélèvement ou de suivi plus rapproché ou lorsque décidé, la confirmation de la bénignité (dans la plupart des cas se discute la classification de microcalcifications isolées ou associées à d'autres images).

Seule une relecture des clichés lors de l'expertise peut confirmer une erreur éventuelle d'interprétation (en dehors d'un cas où elle est vraisemblable, le cancer ayant été confirmé deux mois plus tard).

Un diagnostic erroné de siliconome sur prothèses mammaires a conduit à une intervention inutile.

Scanner (6)

- Scanner cérébral chez une patiente à J 15 d'un accouchement pour brèche dure au cours de la péridurale. Confirmation trois mois plus tard d'une thrombophlébite cérébrale, d'évolution globalement favorable.

- Scanner cérébral concluant à une atrophie cortico sous corticale (taille limite des ventricules, sillons élargis) inquiétant une infirmière de 36 ans qui demande une IRM confirmant l'analyse, mais avec un libellé rassurant. Problème de communication.
- Scanner de la charnière cervico dorsale pour paresthésies T1 suite à un traumatisme chez un patient de 20 ans. Hématome épidural méconnu. Opération dix jours plus tard d'une contusion médullaire C6-T1 dans un tableau de para parésie avec troubles sphinctériens s'aggravant après l'intervention (hémophilie mineure) et non régressifs.
- Scanner abdominal montrant un aspect inflammatoire du sigmoïde et suspectant une perforation digestive (sur colite radique). Intervention deux à trois jours plus tard après échec d'un traitement antibiotique, montrant une perforation et un abcès. Un sociétaire radiothérapeute est également mis en cause.
- Scanner abdominal après coloscopie évoquant une sigmoïdite diverticulaire chez une femme de 67 ans. Chirurgie pour perforation quelques jours plus tard. Un sociétaire gastro-entérologue est également mis en cause.
- Images anormales avec comblement et solution de continuité sphéno ethmoïdale en faveur d'une polypose sur un scanner des sinus. Biopsie prévue par l'ORL après un mois de traitement, mais patient non revu avant six mois. Cancer.

PET scan (1)

- PET scan éliminant des métastases chez une femme de 60 ans (cancer du sein et mélanome dans l'année). Ponction décidée par autre praticien, révélant deux foyers de carcinome broncho-pulmonaire.

IRM (6)

- Diagnostic d'une rupture du LCA et d'une rupture méniscale quatorze mois après une IRM jugée normale.
- Diagnostic exact de discrets signes méniscaux sur l'IRM d'un patient de 37 ans, en accident de travail pour entorse du genou. Méniscectomie décidée dix mois plus tard devant la persistance de douleurs. Échec de l'intervention. Un autre sociétaire rhumatologue est également mis en cause.
- Diagnostic de sclérose en plaques porté cinq ans après une première IRM cérébrale pour vertiges (anomalies de la substance blanche identiques).
- IRM pelvienne évoquant des endométrïomes ovariens chez une patiente hystérectomisée deux ans avant, alors qu'il s'agissait d'une compresse, retirée six mois plus tard.
- IRM mammaire concluant à la bénignité des images. Cancer à distance de la zone suspecte cinq mois plus tard.
- IRM du rachis. Mise en cause systématique (spondylodiscite).

Angio IRM (1)

- Angio IRM cérébrale et des troncs supra aortiques pour un engourdissement récent du membre supérieur sur une sténose sous-clavière serrée, connue. Examen

mal interprété, chez une patiente venue sans dossier ni prescription, évoquant une sténose serrée de la carotide et en fait déjà opérée d'une endartériectomie carotidienne avec un bon résultat, confirmé par un doppler ultérieur. Confirmation d'anévrismes cérébraux, en fait connus de longue date mais oubliés de la patiente, qui estime avoir été inquiétée inutilement.

Échographie (3)

- Échographie dans le cadre d'une hyperstimulation ovarienne. Pas de follicules, contrôle à l'initiative de la patiente chez un confrère deux jours plus tard, montrant deux follicules, mais traitement interrompu et nécessité d'une nouvelle tentative.
- Échographie pelvienne avec image anormale du col « à préciser ». Diagnostic tardif d'un carcinome intracanalair du col. Un autre sociétaire gynécologue est également mis en cause.
- Localisation inadéquate d'un implant contraceptif après une première tentative de retrait. Deuxième tentative infructueuse.

■ Diagnostic anténatal (3)

- Tétralogie de Fallot méconnue sur échographies fœtales à 20 et 33 SA. Il est reproché la perte de chance de recourir à une interruption thérapeutique de grossesse.
- Malformations des tibias et pied varus (mère obèse, enfant en siège) lors de l'échographie de dépistage du 2^{ème} trimestre.
- Anomalie de volume du liquide amniotique lors d'une échographie à 22 SA sur grossesse gémellaire, évoquant un syndrome du transfuseur-transfusé. Conseil d'un avis spécialisé et contact téléphonique avec l'obstétricien. Accouchement et décès des jumeaux dans l'intervalle du rendez-vous avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Méconnaissance d'une grossesse monochoriale, considérée comme bichoriale bi amniotique lors de la première échographie faite par un obstétricien.

■ Complication (22)

Infiltration/ponction (7)

- Infiltration de l'épaule chez un patient de 32 ans, à deux reprises. Pyrexie deux jours plus tard. Six semaines plus tard, diagnostic difficile sur des carottes osseuses d'un propioni bacterium acnes avec synovite, compatible avec un sepsis. Amélioration sous antibiotiques.
- Arthroscanner de l'épaule avant chirurgie programmée. Infection. Diagnostic à un mois, streptocoque.
- Ponction d'un hygroma du genou avec infiltration un mois après arthroscanner, à la demande du généraliste. Intervention six semaines plus tard pour infection à staphylocoque doré.
- Infiltration foraminale cervicale (après inefficacité d'une première tentative) chez un patient de 57 ans pour une névralgie cervicobrachiale rebelle, suite à décision collégiale. Accident vasculaire ischémique bulbaire et protubérantiel de mécanisme imprécis. Régression lente et partielle des troubles.
- Infiltration épidurale compliquée de céphalées isolées tenaces, puis survenue dix jours plus tard d'une hémiparésie droite avec aphasia sur hématome pariétal, chez une femme de 56 ans sans antécédents.
- Infiltrations foraminales lombaires, à deux reprises et à un mois d'intervalle, chez un homme de 44 ans. Décompensation huit jours plus tard d'un diabète méconnu (cétose).

- Complications après des ponctions répétées d'une tuméfaction liquidienne sous axillaire après pose d'une chambre implantable.

Annuloplastie discale percutanée par radiofréquence (1)

- Chez un patient de 52 ans, en échec de multiples traitements médicaux et chirurgicaux. Aggravation ou échec ?

Coloscaner (1)

- Coloscaner compliqué d'une perforation rectale par la canule d'insufflation.

Drainage endoscopique (1)

- Drainage avec le gastro-entérologue d'une fistule œso-gastrique persistante après endoprothèse chez un patient de 56 ans, opéré d'une gastrectomie pour obésité. Hémorragie par le drain à J 2, pas de fuite constatée à l'artériographie. Hémorragie cataclysmique le lendemain et décès.

Échographie endorectale (1)

- Fissure anale sur hémorroïdes.

Mammographie (3)

- Douleurs persistantes.
- Rupture de prothèse.
- Ptôse considérée comme accentuée sur mammoplastie de réduction sans implant datant de dix mois.

Nucléo-orthèse (1)

- Nucléo-orthèse à l'Hexatrione® en 1989. Calcifications.

Saccoradiculographie (1)

- Saccoradiculographie sur sténose lombaire majeure L3-L4 chez un patient de 77 ans. Ponction du cône médullaire à l'injection après une ponction facile. Paraplégie et troubles sphinctériens.

IRM (2)

- Altération de prothèses auditives non ôtées lors d'une IRM.
- Allégation de riches troubles fonctionnels après une IRM retardée en raison d'un problème technique, résolu au moment de l'examen.

Médecine nucléaire (2)

- Scintigraphie myocardique avec test à la Persantine par un cardiologue. Modification électrique, angioplastie en urgence de l'IVA. Thrombose coronaire et décès du patient, médecin de 72 ans qui avait refusé la coronarographie proposée par le cardiologue.
- Extravasation de produit.

Radiologie interventionnelle (2)

- Angioplastie de l'artère sous clavière gauche (en présence d'un chirurgien vasculaire) chez un homme de 65 ans, compliquée d'une hémiparésie d'origine ischémique. Transformation hémorragique après la fibrinolyse au CHU. Séquelles aphasiques et motrices.

- Angioplastie d'une sténose sur fistule artério veineuse pour hémodialyse chez un patient sous anticoagulants (fibrillation remplacement valvulaire), compliquée à J 2 d'un hématome s'avérant compressif. Paralyse séquellaire.

■ Dommage corporel (5)

- Chutes en descendant de la table (3) : fracture du plateau tibial (patient de 59 ans), fracture du poignet (patiente de 68 ans), entorse du genou et fracture du gros orteil lors d'une exploration en charge unipodale chez un obèse.
- Décrochement de la table.
- Contusion par la chute du marchepied avec fracture du gros orteil chez un patient de 61 ans, en attente d'arthrodèse du pied.

■ Divers (3)

- Insertion dans la pochette d'examen d'une femme céphalalgique et hypertendue de 66 ans d'une planche photographique appartenant à un autre patient, montrant un anévrysme cérébral que deux neurochirurgiens voudront opérer à l'étranger, sans avoir consulté le CD-ROM ni fait confiance au compte rendu qui confirme la normalité des images.
- Femme de 36 ans, vue aux urgences pour douleurs thoraciques récidivantes et parésie du membre inférieur trois jours avant, mais permettant la marche, et se disant essoufflée. Après un scanner à la demande du généraliste montrant une lacune cérébrale hypodense évoquant un AVC ischémique, proposition d'une IRM pour le lendemain. Hospitalisation entre temps par le Samu pour une dissection de l'aorte ascendante, opérée en urgence. Hémiparésie.
- Patiente invitée à se rendre à pied chez son généraliste après la découverte fortuite d'une petite embolie pulmonaire lors d'un scanner thoracique. Pas de conséquence.

Les praticiens oncologues non radiothérapeutes ont adressé **5** déclarations (4 en exercice libéral, 1 en exercice salarié) : 2 procédures civiles, 1 réclamation et 2 saisines d'une CRCI.

Radiothérapie (10)

■ Cancer du sein (4)

- Échec de la prise en charge en chimiothérapie, puis en radiothérapie, d'une femme de 43 ans. Décès de métastases cérébrales trois mois plus tard.
- Décès d'une femme 58 ans de métastases quatre ans plus tard (prise en charge en 1980).
- Nécrose cutanée, en fait due à un cataplasme trop chaud, et multiples plaintes (traitement en 1987).
- Douleurs.

■ Cancer de la prostate (3)

- Radiothérapie compliquée de cystite sévère et rectite radique chez des hommes de 60 ans (2), ayant nécessité de multiples interventions. Dans un cas, les complications ont été favorisées par un état antérieur.
- Cystite radique chez un homme de 53 ans. Dérivation urinaire.

■ Cancer du canal anal (2)

- Fistule vaginale chez une femme de 47 ans, compliquée de grave cystite et entérite radique. Multiples interventions.
- Radiothérapie de métastases cervicales d'un cancer ORL chez un homme de 65 ans. Prescription d'Ethyol®. Suivi par un autre oncologue. Syndrome de Lyell à la 25^{ème} séance. Lourdes séquelles.

■ Curiethérapie pour lésion endométriale (1)

- Lésion endométriale après hystérectomie, compliquée d'une rupture du fond vaginal.

Prise en charge Oncologie et Radiothérapie (4)

■ Cancer du col utérin (1)

- Radiothérapie et chimiothérapie chez une femme de 56 ans. Diarrhée fébrile à la suite de la chimiothérapie (colite radique ? perforation digestive non diverticulaire ?) Sortie rapide et décès un mois plus tard dans un tableau de sepsis sévère profond. Il est reproché la sous-estimation de la gravité de l'infection initiale et sa prise en charge.

RADIOTHÉRAPIE ET ONCOLOGIE

Les **274** radiothérapeutes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **19** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **13,6 %** (contre 10,3 % en 2009) : 5 procédures civiles, 1 réclamation et 13 saisines d'une CRCI.

■ Cancer de la langue (1)

• Décès d'un homme de 65 ans au décours d'une infection pulmonaire (SDRA, embolie surajoutée ?) dont il est reproché la prise en charge.

■ Cancer spinocellulaire de la lèvre (1)

• Radiothérapie et chimiothérapie, compliquées de septicémie, fausse route et décès (métastases pulmonaires ou infection ?) La famille s'interroge sur la prise en charge des complications.

■ Lymphome (1)

• Radiothérapie de décompression médullaire (paraplégie) chez un homme de 64 ans, en chimiothérapie pour lymphome vertébral. Décès quelques semaines après la fin du traitement d'une pneumocystose pulmonaire.

Oncologie (10)

■ Cancer du sein (4)

- Chimiothérapie renforcée pour récurrence polymétastatique chez une femme de 66 ans. Aplasie fébrile à la deuxième cure. Décès la nuit de l'hospitalisation, prise en charge par un urgentiste. Il est reproché au remplaçant, qui aurait été contacté par téléphone en l'absence du sociétaire, un défaut de conseil d'une hospitalisation plus rapide.
- Chimiothérapie chez une femme de 67 ans. Aplasie fébrile après la première cure et décès.
- Extravasation lors d'une 5^{ème} cure. Sociétaire non prévenu des difficultés pour obtenir un retour veineux. Nécrose cutanée profonde et étendue, et infection sur aplasie. Séquelles fonctionnelles.
- Prise en charge pour chimiothérapie d'un cancer du sein chez une femme de 28 ans après concertation pluridisciplinaire. Diagnostic remis en cause après la première cure et s'avérant inexact, s'agissant de métastases d'un mélanome traité antérieurement dans un autre centre. Décès.

■ Cancer colique (2)

- Chimiothérapie chez un homme de 62 ans. Décès après la première cure d'un choc septique sur chambre implantable, dont il est reproché la prise en charge (retrait tardif, choix de l'antibiothérapie, renforcement de la corticothérapie par le généraliste). Un sociétaire infirmier et un sociétaire généraliste sont également mis en cause.
- Chimiothérapie chez une femme de 41 ans. Décès d'une aplasie fébrile malgré une hospitalisation immédiate, dès le constat des anomalies en début de traitement (toxicité sans surdosage du 5 FU).

■ Cancer pulmonaire (2)

- Chimiothérapie pour métastase osseuse (tibiale) d'un cancer pulmonaire, sans incident. Patient revu quatre mois plus tard, amputé (après enclouage, déplacement, cerclage, sepsis ou évolution locale). Évolution métastatique.

- Cancer du poumon d'emblée métastaté (radiothérapie et chimiothérapie). Décès à un an d'une fistule œso-trachéale sur œsophagite radique.

■ Cancer du cavum (1)

- Nutrition parentérale prolongée. Encéphalopathie de Gayet Wernicke sur carence en vitamine B et infection sur chambre implantable, prise en charge par le sociétaire.

■ Lymphome (1)

- Récidive de lymphome traité par chimiothérapie comportant de l'adriablastine chez un homme de 65 ans. Surveillance rigoureuse. Apparition d'une insuffisance cardiaque avec dysfonction ventriculaire gauche sévère.

RÉANIMATION

Sont envisagés dans ce chapitre les dossiers concernant des médecins ni cardiologues, ni anesthésistes exerçant dans un service de réanimation. Ils ont déclaré **8** dossiers (5 en exercice libéral et 3 en exercice salarié) : 3 plaintes pénales, 1 procédure civile, 2 réclamations et 2 saisines d'une CRCl.

- Admission en urgence d'une femme de 27 ans, dans un tableau de gastroentérite fébrile. Examen par urgentiste et chirurgien, puis prise en charge en néphrologie pour insuffisance rénale (traitement symptomatique), avant la survenue le lendemain d'un choc septique sur épanchement intrapéritonéal. Décès le jour même. Il est reproché le retard diagnostique d'une éventuelle urgence abdominale et la sous-estimation de la gravité du tableau clinique.
- Prise en charge des suites compliquées d'une chirurgie bariatrique (Sleeve gastrectomie), marquées par une péritonite due à une fistule au niveau de la suture gastrique, un SDRA, un choc septique. Le sociétaire n'a pas participé aux soins de cette patiente, rapidement transférée au CHU. Un sociétaire réanimateur et un sociétaire cardiologue sont également mis en cause.
- Prise en charge d'un patient de 42 ans au décours d'une transplantation pulmonaire. Multiples complications et décès cinq mois plus tard d'un choc septique. Mise en cause pour euthanasie active par la famille, reprochant le comportement non compassionnel de l'équipe et des divergences d'appréciation entre réanimateurs.
- Prise en charge d'une endocardite sur pace maker chez un patient de 70 ans. Toxicité vestibulaire des aminosides dont il est reproché la surveillance. Deux sociétaires sont concernés.
- Paralysie du membre supérieur par hématome compressif sous anticoagulants, dont il est reproché la prise en charge (nombreux praticiens concernés).

- Réanimation aux urgences d'un arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire. Décès. Un sociétaire urgentiste est également mis en cause.
- Prise en charge d'une enfant de 4 ans asthmatique, amenée par Samu, intubée du fait d'une détresse respiratoire. Décès. Possible inhalation d'un corps étranger bronchique méconnue.

RHUMATOLOGIE

Les **1 521** rhumatologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **46** déclarations (tous en exercice libéral) : 3 plaintes pénales, 6 procédures civiles, 8 plaintes ordinaires, 15 réclamations et 14 saisines d'une CRCI.

■ Diagnostic (9)

- Douleurs mécaniques persistantes du poignet, attribuées à un kyste synovial (infiltré) chez une femme de 43 ans victime d'un accident du travail un an auparavant. Diagnostic d'une lésion du ligament lunotriquétral, rectifié par arthroscanner demandé par l'orthopédiste consulté le mois suivant.
- Interprétation erronée d'une IRM lombaire demandée chez une femme de 52 ans, du fait de lombalgies. Découverte d'un myélome hypercalcémiant quelques mois plus tard. Décès.
- Attitude attentiste lors d'une consultation, trois mois après une suture d'une plaie de l'avant bras aux urgences hospitalières, avec un EMG peu concluant. Devant l'évolution défavorable, prescription d'une IRM par un confrère, puis exploration chirurgicale deux semaines après, révélant de nombreuses sections des tendons extenseurs et un débris de verre laissé en place.
- Découverte d'une mycobactérie atypique après de multiples explorations, biopsies synoviales, renouvelées pendant cinq ans chez un patient suivi également dans des services hospitaliers pour une arthrite du genou (infection contractée lors d'arthroscopies antérieures au suivi du rhumatologue en 2003). Aucun grief.
- Patient de 69 ans, aux multiples problèmes d'arthrose, consultant avec un diagnostic de neuropathie posé par un premier neurologue. Myélopathie cervicale sévère à l'IRM. Patient adressé deux mois plus tard à un neurochirurgien par un second neurologue, devant le tableau de paraparésie. Hernie compressive T10-T11. Séquelles après chirurgie.

- Retard diagnostique d'un mois d'une maladie de Horton chez un patient de 79 ans, aux multiples pathologies. Diagnostic évoqué au décours de la deuxième consultation, sur l'existence d'anomalies biologiques. Perte de l'acuité visuelle d'un œil. Un autre sociétaire généraliste est également mis en cause.
- Rupture post traumatique du tendon quadricipital chez un homme de 45 ans, méconnue par l'urgentiste deux mois avant. Suivi pendant deux mois pour suspicion d'algodystrophie. Un autre sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Infiltrations temporo mandibulaires chez un patient de 22 ans, déjà multi exploré. Découverte trois mois plus tard d'une tumeur maligne du nasopharynx. Un autre sociétaire ORL est également mis en cause.
- Spondylarthrite ankylosante méconnue chez une femme de 33 ans, infiltrée pour sciatique. Il est reproché l'échec d'une intervention pour arthrodèse lombaire sur lyse isthmique, considérée comme inutile.

■ Prise en charge (13)

- Prescription d'Arava® après bilan chez une patiente de 65 ans pour rhumatisme psoriasique rebelle. Demande de conseil téléphonique un mois plus tard, du fait d'un tableau fébrile avec diarrhées. Hospitalisation cinq jours plus tard à la demande du généraliste, du fait de l'apparition d'une éruption cutanée et d'une « angine ». Aggravation de la toxidermie, avec lésions muqueuses digestives diffuses. Diagnostic tardif de DRESS syndrome et décès. La famille reproche l'absence d'information sur les effets secondaires du traitement et de réactivité lors de l'appel téléphonique.
- Prise en charge d'un psoriasis grave avec atteinte cutanée, en collaboration avec un service référent, pour un patient éthylique de 50 ans en surpoids. Traitement par méthotrexate, associé ultérieurement à des biothérapies. Découverte au cours de la surveillance d'une fibrose hépatique sur le fibroscan (lien causal ?).
- Après bilan complet, deuxième infiltration d'une articulation métacarpo phalangienne chez un patient opéré cinq mois plus tôt d'une arthroplastie pour rhizarthrose, et transitoirement soulagé de cette arthrite après une première infiltration faite par le chirurgien. Patient non revu et amputé de l'index deux mois plus tard.
- Pratique d'une infiltration de corticoïdes d'emblée pour une arthrite évoquant une chondrocalcinose. Liquide ponctionné suspect d'infection sans germe. Hospitalisation quatre jours plus tard, et confirmation d'une arthrite septique à staphylocoque.
- Consultation d'une patiente hospitalisée en réanimation pour impotence fonctionnelle d'un membre supérieur lié à un hématome sous anticoagulants (agitation, contention). Avis chirurgical demandé. Séquelles après évacuation de l'hématome cinq jours plus tard. Deux autres sociétaires, cardiologue et réanimateur, sont également mis en cause.
- Infiltration du genou puis IRM en faveur d'une lésion méniscale chez un patient de 37 ans. Il est reproché l'échec d'une intervention jugée trop tardive. Un autre sociétaire radiologue est également mis en cause.

- Prescription sans précipitation d'une discographie lombaire avec infiltration chez une patiente de 38 ans, bien informée. Infection après le geste réalisé par un radiologue. Un autre sociétaire radiologue est également mis en cause.
- Déclenchement d'une sciatique dans les suites d'une prescription de plusieurs injections intra musculaires d'anti-inflammatoires. Un autre sociétaire infirmier est également mis en cause.
- Apparition de douleurs du pied après un examen clinique.
- Prise en charge d'un patient au décours d'une prothèse totale de hanche compliquée de paralysie sciatique.
- Prise en charge au décours d'interventions chirurgicales pour traumatisme du carpe, avec mauvais résultat reproché.
- Prise en charge pour pathologie de l'avant pied.
- Prise en charge d'une entorse de cheville, l'intervention ultérieure s'étant compliquée d'infection.

■ Geste (14)

Infiltration (13)

- Infiltration épidurale compliquée de brèche (2). Reproche de défaut d'information dans un cas, et dans un autre de céphalées persistantes ou transitoirement invalidantes.
- Infiltration par le hiatus sacro-coccygien compliqué de douleurs, rattachées à une atrophie sous-cutanée.
- Infiltration épidurale, suivie dès le lendemain d'un déficit moteur lié à une hernie lombaire compressive chez un patient de 54 ans, hospitalisé, qui refuse une intervention.
- Infiltration d'une articulaire postérieure lombaire à deux reprises, compliquée d'infection à staphylocoque.
- Infiltration d'une articulaire postérieure pour cruralgie, à laquelle est attribué un tassement vertébral ostéoporotique découvert six semaines plus tard.
- Quatre séances d'infiltrations d'articulaires postérieures (six ampoules d'Altim®) en trois semaines, qui auraient déclenché une poussée d'insuffisance surrénalienne chez une patiente traitée au long cours par des corticoïdes inhalés pour asthme.
- Infiltration de l'épaule, inefficace chez un patient travailleur manuel de 32 ans, finalement opéré deux ans plus tard d'une pathologie de la coiffe, sans succès. Il impute ses maux à ce geste « *sur un tendon fissuré* ».
- Infiltration du genou à l'acide hyaluronique sans efficacité chez une femme de 50 ans, avec aggravation des douleurs. Ostéotomie de varisation, échec et mise en invalidité.
- Infiltration du genou à l'acide hyaluronique, compliquée d'hémarthrose chez un patient sous antiagrégants.
- Infiltrations du genou sans complication, mais symptomatologie riche attribuée à une « allergie » au produit.
- Infiltration pour talalgie (puis mésothérapie). Phlyctène au point d'injection trois semaines plus tard. Antibiothérapie par le généraliste. Diagnostic d'une ostéite plantaire à staphylocoques trois mois plus tard.
- Infiltration pour talalgie et aponévrosite plantaire, à deux reprises, chez un homme de 68 ans artéritique et diabétique. Plaie nécrotique du talon, pontage artériel et amputation.

EMG (1)

- EMG de la région scapulaire compliqué de pneumothorax.

■ Ostéopathie/manipulation (5)

- Plainte pénale de trois patientes qui accusent d'attouchements sexuels un praticien pratiquant une technique d'ostéopathie avec « massages suédois » (3).

- Chez une femme de 38 ans, manipulation cervicale pour cervicalgies survenues au décours d'une intervention avec intubation et résistant au traitement. Dissection vertébrale diagnostiquée deux jours plus tard. Séquelles.
- Manipulations cervicales (et infiltration) chez un cervicalgique chronique pour dérangement mineur C5. Déclenchement de douleurs intenses et nécessité d'un avis hospitalier.

■ Expertise (4)

- Contestation des conclusions de reprise de travail.
- Contestation de la date de consolidation.
- Contestation du refus de prise en charge d'une rechute.
- Contestation de la qualification d'accident de trajet.

■ Dommage corporel (1)

- Luxation d'une prothèse totale de hanche récemment posée lors de l'examen ou en montant sur la table.

STOMATOLOGIE

Les **569** stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **39** déclarations (tous en exercice libéral, dont 1 en activité privée du secteur public), soit une sinistralité de **7,6 %** (contre 9,6 % en 2009) : 1 plainte pénale, 6 procédures civiles, 2 plaintes ordinales, 27 réclamations et 3 saisines d'une CRCI.

■ Chirurgie maxillo-faciale (8)

- Thermocoagulation du trijumeau pour névralgie rebelle. Inefficacité du traitement, développement secondaire de douleurs de déafférentation.
- Échec d'une méniscopexie bilatérale pour troubles des articulations temporo maxillaire.
- Ostéotomie d'avancée de la mandibule, compliquée d'une fistule en regard d'une dent et d'une béance frontale antérieure. Réintervention.
- Chirurgie en deux temps pour dysmorphose dento squelettique avec latéro mandibulie. Nécessité de reprise opératoire par un autre praticien, pour obtenir finalement un résultat occlusal dentaire et une symétrie faciale. Il est reproché un défaut d'information.
- Absence de biopsie d'une formation tissulaire atypique, prise en charge par un autre praticien. Tumeur proliférante non maligne.
- Biopsie de glande salivaire, compliquée d'une hémorragie cataclysmique du plancher buccal, deux heures après l'intervention. Ligature d'une branche de la carotide externe. Suites simples, mais persistance de paresthésies et de douleurs linguales.

- Retard de diagnostic de dix mois d'un cancer de la langue, après consultation à deux reprises pour brûlure linguale.
- Prise en charge d'un accident de la voie publique, responsable d'une fracture du plancher de l'orbite. Hématome postopératoire et cécité unilatérale.

■ Acte de chirurgie dentaire (31)

Litige prothétique (3)

- Prise en charge d'une infection sous une couronne céramo métallique.
- Apparition de granulomes en raison de traitements canaux incomplets des dents supports sous prothèses fixes (2).

Complications diverses suite à des soins dentaires et chirurgicaux (21)

- Traitement convenu avec le praticien traitant non réalisé (1) ou réalisé de façon incomplète (1) (demande d'obturation canalaire).
- Suites d'extractions et de petites chirurgies : douleurs persistantes après exérèse d'un kyste apical (1), atteinte du nerf lingual et/ou alvéolaire inférieur (9).
- Erreur d'extraction.
- Extraction interrompue par le praticien traitant et confiée en urgence au stomatologue, le tiers apical ankylosé n'ayant pas été récupéré. Les deux intervenants sont mis en cause.
- Fracture de la dent adjacente.
- Fracture angulaire de la dent voisine après extraction de dent de sagesse incluse.
- Germectomie sous anesthésie de quatre dents de sagesse chez un adolescent. Projection d'une d'entre elles dans la fosse intra temporale avec une compresse. Hospitalisation pour une importante cellulite.
- Dépassements lors d'obturations canalaires (2), source d'infection (récidivante dans un cas du fait d'une extraction incomplète sous anesthésie générale).
- Effraction sinusienne. La racine était atteinte de lyse osseuse.
- Fracture de la paroi postérieure du sinus (sinusite, fistule).

Litiges en orthodontie (4)

- Résultats non acquis, persistance, voire aggravation des dysmorphoses. Dans un cas, rupture du contrat de soins par la patiente ; dans un autre, nécessité de reprise de soins complexes alors que la prise en charge de la CPAM n'était plus possible.

Implantologie (2)

- Implant techniquement mal réalisé, et associé à des erreurs de conception sur les prothèses.
- Implants déposés sans que les prothèses aient été réalisées par le correspondant (échec implantaire direct).

Domage corporel (1)

- Brûlure de la lèvre par un antiseptique.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Dr Philippe POMMAREDE
Chirurgien-dentiste conseil,
le Sou Médical – Groupe MACSF

Les **25 616** chirurgiens-dentistes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé **1 087** déclarations, soit une sinistralité de **4,24 %** (contre 4,28 % en 2009).

■ Hors implantologie (951)

Litige prothétique (560)

- Prothèses amovibles totales ou partielles (102).
- Réalisation de prothèses scellées (402) : couronnes, bridges, inlays, onlays. Soit prothétiquement inadaptées, inesthétiques ou fracturées, fractures coronaires ou radiculaires, 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 (220, soit 55 % des dossiers).
- Prothèses mixtes : scellées + amovibles avec crochets, barres ou attachements (56).

Complications diverses suite à des soins dentaires et chirurgicaux (296)

- Contestation sur la qualité des soins (30) : obturations amalgames ou composites, obturations canalaires incomplètes, douleurs, caries non détectées...
- Infections consécutives à des soins (14) : abcès, cellulite, kyste récidivant. Cette année, il a été déclaré 4 cas de suspicion de complications cardiaques et d'endocardite d'Osler d'origine dentaire, et une suspicion d'abcès cérébral survenant après extraction de 4 dents.
- Actes de parodontologie ou absence de diagnostic de maladie parodontale, de traitement ou survenue d'un dysfonctionnement de l'ATM (7).
- Suspensions d'allergie (7) : à un antibiotique ou à un anti inflammatoire, au métal (Nickel ou Chrome) (4), à la résine.
- Conséquences d'anesthésie et suites d'extractions (30). Il s'agit pour l'essentiel : de sections nerveuses avec paresthésies ou hypoesthésies du nerf alvéolaire

inférieur (7) et du nerf lingual (6), 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 (liothymies, crise de tétanie, céphalées, nécrose tissulaire après anesthésie locale, accident vasculaire).

- Erreurs d'extraction ou de diagnostic (37), dont reproches de retard ou d'absence de diagnostic d'un fibro-odontome améloblastique et d'une lésion proliférante linguale non maligne.
- Fractures coronaires ou radiculaires de dents voisines de la dent soignée (6).
- Fractures osseuses mandibulaires lors d'un acte chirurgical d'extraction de dent de sagesse mandibulaire (2).
- Effractions et lésions du sinus maxillaire (29) avec : création de communication bucco-sinusienne (CBS) lors d'actes de chirurgie buccale et projections d'apex ou de racines dans le sinus (13), dépassements de pâte canalaire ou de gutta, avec survenue de différentes complications de type infectieux, sinusite, aspergilliose (16).
- Dépassements lors d'obturations canalaires (21) : paresthésies ou hypoesthésies du nerf alvéolaire, douleurs et infections.
- Fractures d'instruments (77, contre 87 en 2007, 69 en 2008, 75 en 2009), dont 76 instruments canalaires et 1 fracture d'aiguille 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.
- Faux canaux ou perforations radiculaires de dents qui n'ont pas fait ensuite l'objet de prothèses fixées (36, contre 36 en 2007, 50 en 2008, 40 en 2009).

Domage corporel et divers (31)

- Accidents corporels divers (4), dont 3 atteintes oculaires.
- Brûlure de la lèvre (1).
- Coupures muqueuses (6) de la joue, de la langue, de la lèvre et du plancher buccal.
- Ingestions diverses (5) : inlay core, couronne, fraise dentaire, instrument endodontique ou foret.
- Inhalations (4) de couronne ou inlay-core, lime, d'un crochet.
- Recherches de responsabilité consécutives à des décès (2) : hémorragie survenant le lendemain des extractions puis complications à des injections d'héparine, avec décès du patient neuf semaines après, et décès survenu cinq jours après une intervention de chirurgie cardiaque valvulaire (des dents avaient été extraites avant cette intervention).
- Déclarations diverses (4), dont des plaintes de patients devant le Conseil de l'Ordre. Pas de mise en cause de la responsabilité d'experts cette année.
- Défauts de garantie contractuelle (5) : défaut d'assurance ou praticiens non assurés pour les actes d'implantologie pratiqués.

Litiges en orthodontie (64)

Rappel : 63 en 2006, 72 en 2008, 77 en 2009.

- Mises en cause diverses : plan de traitement retenu, qualité du traitement réalisé avec des résultats esthétiques ou fonctionnels non conformes aux attentes, récidives de malpositions, non réalisation de chirurgie orthognatique, apparition de troubles articulaires ou de dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM), échec de mise en place de canines incluses (41).

- Résorptions radiculaires (10).
- Suspensions de mortification, apparitions de caries, déminéralisations ou lésions coronaires (9).
- Problème parodontal imputé au traitement ODF (2).
- Erreurs de prescription d'extraction (2).

■ Implantologie et comblements de sinus (136)

On constate une augmentation régulière des déclarations : 77 en 2007, 100 en 2008, 124 en 2009, en corrélation avec une augmentation de la pratique de ce type d'actes.

- Problèmes exclusivement liés à la chirurgie implantaire (60, contre 38 en 2008, 59 en 2009) : péri implantites, absence ou défaut d'ostéointégration, douleurs, infections, mise en charge immédiate, CBS (16), sinusites, échecs de greffes osseuses ou de soulèvements de sinus, lésions nerveuses (6) avec perte de sensibilité ou paresthésies (ces dernières sont liées pour l'essentiel à une absence de précaution ou de mesures radiologiques préopératoires).
- Prothèses sur implants (45, contre 32 en 2009) : inadaptation, esthétique, fractures de bridges, de la partie céramique de couronnes ou bridges, descelllements, problèmes occlusaux non résolus, fracture de la vis implantaire ou de connexion, problèmes avec les prothèses amovibles sur implants.
- Mise en cause de la phase chirurgicale et de la réalisation prothétique (29).
- Matériel implanté (2).



SAGES-FEMMES

Les **14 383** sages-femmes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **11** déclarations (10 en exercice salarié et 1 en exercice libéral) : 7 plaintes pénales, 3 procédures civiles, 1 réclamation et 1 saisine d'une CRCl.

■ Surveillance (1)

- Constat d'une mort fœtale in utero à 32 SA, dans un contexte de pré éclampsie, chez une femme porteuse d'une maladie auto immune, ayant un antécédent identique et hospitalisée la semaine précédant le décès.

■ Accouchement (8)

Décès enfant (6)

- Déclenchement et surveillance du travail en concertation avec l'obstétricien (et le staff pour la voie basse), d'une grossesse gémellaire. Échographie rassurante en début de travail, difficultés à obtenir le rythme cardiaque fœtal (problème de capteur évoqué). Souffrance fœtale

d'un jumeau évoquée devant un liquide teinté et une perte de contact. Césarienne en urgence, extraction d'un jumeau en état de mort apparente avec anomalie du cordon à type d'insertion vélamenteuse. Décès après transfert. L'obstétricien est également mis en cause.

- Survenue d'une souffrance fœtale lors du travail chez une femme de 24 ans, diabétique peu compliant, hypertendue à 34 SA, déclenchée à 38 SA. Retard de décision et de réalisation d'une césarienne. Deux sociétaires sont concernés.

- Femme de 44 ans (3^{ème} geste, grossesse normale) reçue par un obstétricien à l'admission à terme. Rupture de la poche des eaux deux heures trente plus tard, mettant en évidence une procidence du cordon. Césarienne en urgence dans les délais, révélant une circulaire serrée du cordon. L'enfant, en état de mort apparente, est décédé quelques jours plus tard malgré la réanimation et le transfert immédiats.

- Souffrance fœtale pendant le travail sous Syntocinon® d'une primipare de 39 ans, à terme d'une grossesse obtenue par fécondation in vitro. Tentative d'extraction instrumentale par l'obstétricien de garde, puis césarienne. Décès en réanimation de l'enfant né en état de mort apparente.

- Accouchement à domicile à 38 SA d'une femme suivie pour lupus et hospitalisée quatre jours auparavant. Photothérapie à l'hôpital, puis transfert pendant la garde de la sociétaire pour un rapprochement maternel. Enfant à nouveau transféré en réanimation, où il décède.

Préjudice enfant (2)

- Parturiente 2^{ème} pare, à terme, admise pour diminution des mouvements fœtaux. Rythme cardiaque fœtal peu oscillant, décision de déclenchement (par téléphone ?). Liquide clair, surveillance attentive et appel de l'obstétricien pour altération du rythme, forceps. Enfant né en état de mort apparente (nœud au cordon et circulaire serrée). Importantes séquelles psychomotrices.

- Parturiente 2^{ème} pare à 35 SA, venue pour contractions utérines sans modification cervicale réelle. Naissance deux heures plus tard, en présence de toute l'équipe, d'un enfant de 2,7 kg, transféré. Confirmation d'une maladie des membranes hyalines dont l'évolution paraît simple. Reproche sur l'absence de traitement pour retarder l'accouchement.

■ Échographie (1)

- Constat à la naissance, après trois échographies de dépistage, d'une malformation distale partielle de la main.

■ Divers (1)

- Parturiente de 26 ans, primipare, venue pour contractions, renvoyée à domicile après validation de l'obstétricien. Retour deux heures plus tard en raison de douleurs. Constat de la disparition des bruits du cœur une heure plus tard, du fait des difficultés d'enregistrement du

rythme cardiaque fœtal. Confirmation par échographie du décès in utero. Contexte de difficultés relationnelles dès le premier contact avec la sage-femme présente, du fait de la décision de retour à domicile. La cadre sage-femme, non intervenue dans la prise en charge, est mise en cause. Un obstétricien est également mis en cause.

INFIRMIERS

Les **71 068** infirmiers(ères) sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **21** déclarations (18 en exercice libéral et 3 en exercice salarié) : 4 plaintes pénales, 1 procédure civile, 14 réclamations et 2 saisines d'une CRCI.

■ IADE (2)

- Participation à la surveillance opératoire d'une liposuction thoraco-abdominale sous anesthésie générale. Pneumothorax apparu à bas bruit le soir de l'intervention. Drainage le lendemain et suites simples (cause ?).

- Participation à la surveillance au cours et décours d'une césarienne sous péridurale sans incident, pour prééclampsie chez une femme de 34 ans. Décès maternel brutal sept heures plus tard (cause ?).

■ IDE (17)

Soins en milieu hospitalier (1)

- Infirmière appelée en renfort d'effectif dans un service de psychiatrie. Noyade d'une patiente de 30 ans, laissée seule dans la baignoire par le personnel du service.

Soins à domicile (8)

- Prise en charge d'une prescription de morphine par PCA dans un contexte de néoplasie pulmonaire chez un patient de 75 ans. Hospitalisation le lendemain pour troubles de la conscience, suspects d'un surdosage. Décès rapide (erreur de dosage ? prescription imprécise ? lien causal avec le décès ?).

- Soins d'un hématome infecté après chute sur sarcome de cuisse en fin de radiothérapie chez un homme de 79 ans. Amputation. Attentisme reproché pendant plusieurs mois. Deux sociétaires sont concernés.

- Soins sur cicatrices de prothèses mammaires évoluant vers la nécrose aréolaire. Pansements avant et après l'excision des mamelons. Demande répétée de conseils téléphoniques au chirurgien.
- Réfection de pansements pendant deux jours après évacuation d'un abcès. Conseil rapide de recontacter le chirurgien (écoulement abondant) et réintervention.
- Soins, prolongés plusieurs mois, de cicatrices inflammatoires après intervention bilatérale d'ongles incarnés chez une femme de 53 ans, obèse et tabagique. Plusieurs consultations auprès du généraliste et du chirurgien. Évolution vers une ostéoarthrite avec amputation finale d'un orteil. Deux sociétaires sont concernés.
- Ablation incomplète d'un surjet non résorbable, ayant nécessité un geste local chirurgical.

Geste/iatrogénie (7)

- Décès d'un enfant de 13 ans, dix minutes environ après la quatrième injection intramusculaire de céphalosporine. Cause du décès ?
- Injection du flacon entier (100 fois la dose) au cours d'une cure de désensibilisation. Rappel de la patiente dès le départ du domicile, appel du Samu par la sociétaire qui retourne immédiatement au chevet de la patiente. Hospitalisation quelques heures aux urgences pour une réaction allergique locale importante.
- Chez une femme de 30 ans ayant présenté une fracture du pied, injection pendant six jours d'une dose excessive d'Arixtra® suite à une délivrance par le pharmacien à 5 mg au lieu de 2,5 mg, faute de disponibilité du produit (notification par le pharmacien sur l'ordonnance). Choc hémorragique par hématome du psoas, transfusions, suites simples.
- Réaction inflammatoire et hématome au pli du coude (2) après injection IV d'un anti ostéoporotique.
- Thrombose veineuse superficielle après injection IV d'un anti ostéoporotique.
- Atrophie sous cutanée après injection d'un corticoïde retard dans le bras (et non la fesse), à la demande de la patiente.

Domage corporel (1)

- Malaise vagal d'une femme de 30 ans après (ou au cours ?) d'une injection I.M. Traumatisme facial suturé et bris dentaire.

■ Divers (2)

- Prélèvement d'un bilan sanguin hormonal à une date inadéquate, et donc sans valeur, dans le cadre d'une FIV.
- Préparation inadéquate d'un produit injectable et coûteux, non injecté.

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Les 24 032 masseurs kinésithérapeutes sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé 83 déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **0,37 %** : 1 plainte

pénale, 5 procédures civiles, 4 plaintes ordinaires, 72 réclamations et 1 saisine d'une CRCI.

■ Complication et aggravation lors de séances de kinésithérapie (44)

Soins chez des patients immobilisés au long cours (2)

- Quelques heures après une séance de rééducation à domicile sans incident, découverte d'une fracture du tibia chez un enfant de deux ans, encéphalopathie.
- Fracture fémorale chez un paraplégique.

Soins en rapport avec une pathologie antérieure connue (8)

- Rééducation du membre supérieur chez une concertiste, qui accuse une mobilisation intempestive d'être responsable d'un traumatisme tendineux et reproche la teneur des propos échangés lors de sa réclamation.
- Rupture du sus épineux sur des lésions dégénératives anciennes, lors d'une mobilisation de l'épaule, chez une femme atteinte d'une sclérose en plaques spastique et invalidante.
- Rééducation pour lombalgies. Pendant les soins, rupture de la coiffe des rotateurs précédemment opérée.
- Massages antalgiques après chute dans une clinique psychiatrique chez une patiente de 46 ans. Fractures costales et douleurs diffuses. La patiente attribue aux massages une fissure du tendon du sus épineux, diagnostiquée après sa sortie.
- Rééducation du membre supérieur et de la main, du fait de séquelles après coma toxique et rhabdomyolyse ayant justifié des aponévrotomies. Douleur invalidante lors d'un mouvement de supination de l'épaule.
- Déclenchement d'une poussée inflammatoire du genou après une unique séance de massage drainage, chez une femme en surpoids ayant une arthrose tricompartmentale évoluée et étant venue avec ses deux cannes anglaises.
- Aggravation des douleurs lors de séances pour entorse de cheville.
- Retard diagnostique de seize mois d'une dislocation radio ulnaire, chez une femme de 47 ans. Du fait de l'absence d'amélioration, le kinésithérapeute a conseillé l'avis d'un orthopédiste référent. Mise en cause du kinésithérapeute, de l'urgentiste, du médecin du sport et du radiologue (radiographies immédiates et arthro scanner à trois semaines du traumatisme).

En postopératoire (10)

- Subluxation de la bandelette latérale externe de l'extenseur, nécessitant une réintervention chez un homme de 37 ans, lors de la onzième séance de rééducation, à sept semaines d'une réparation chirurgicale d'une plaie du pouce avec plaie articulaire.
- Chez un artisan de 48 ans, déplacement de l'arthrodèse P2 P3 lors de la première séance, à J 48 d'une intervention pour fracture ouverte de P2 de l'index avec lésion du fléchisseur.
- Rééducation d'une fracture luxation du coude (réduction puis prothèse, attelle en flexion) chez une patiente de 37 ans. Prescription de mobilisation douce, à effectuer immédiatement. Nos sociétaires n'ont effectué que trois des quinze séances prescrites, dont une à J 15 (suspicion d'algodystrophie en phase inflammatoire). Raideur faisant envisager une arthrolyse, et critique par le chirurgien de la rééducation et d'une immobilisation trop prolongée.

- Rééducation après reprise de prothèse de hanche descellée. Changement de la tige fémorale pour fracture supracondylienne. Raideur du genou avec flexion à 30°, arthromoteur (déconseillé par chirurgien) hors de la présence du sociétaire. Luxation de la prothèse au cours d'une séance.
- Deuxième luxation d'une reprise de prothèse de hanche (première luxation précoce spontanée) lors d'un exercice sur stepper, à quatre mois de l'intervention.
- Luxation postérieure d'une prothèse de hanche reprise pour sepsis (polyarthrite rhumatoïde sous corticothérapie et immunosuppresseur), à la troisième séance, lors de mouvements destinés à réduire un flessum de hanche controlatéral, inexistant d'après l'expert. Réduction sous anesthésie générale, puis luxation itérative spontanée, conduisant à la réintervention.
- Rééducation d'une prothèse de hanche pour fracture post traumatique du col du fémur, qui aurait été entravée par la survenue d'une fracture sternale chez une femme de 70 ans, ostéoporotique, aux antécédents de radiothérapie pour cancer bilatéral du sein et d'hémiplégie. Pendant l'hospitalisation, le kinésithérapeute n'a effectué que six des dix-sept séances prescrites avec verticalisation. Apparition d'une douleur après « un faux mouvement » de la patiente, en dehors d'une séance.
- Visite à domicile chez un patient de 24 ans, à J 2 d'une synovectomie du genou pour synovite villo nodulaire. Douleurs et épanchement intra articulaire après un « mouvement forcé » en flexion.
- Chirurgie d'hallux valgus chez une femme de 67 ans, ayant comporté une ostéotomie de valgisation fixée par une vis et une ostéotomie de varisation sans fixation avec resangle de la capsule, une ostéotomie des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} métatarsiens. Déplacement secondaire de l'axe de l'orteil et cals vicieux justifiant la réintervention. Lors de la deuxième séance de rééducation, prescrite selon un protocole rigoureux, douleurs importantes « lors de la torsion de l'orteil avec déviation de l'hallux ». Arrêt des soins à la treizième séance.
- Lors d'une séance, rupture itérative du tendon d'Achille opéré.

Après « manipulations » et mobilisations (7)

- Séance unique de traction cervicale (5 kg) pour cervicalgies (et névralgie cervico brachiale ?), interrompue rapidement du fait d'une sensation de malaise chez une femme de 33 ans. Sensations vertigineuses au décours, puis riche symptomatologie fonctionnelle. Arrêt de travail depuis deux ans.
- Rééducation du rachis cervical chez une femme se plaignant de céphalées et vertiges, qui accuse une manipulation (en fait, un exercice avec poids de 2 kg sur la tête) d'être responsable d'une aggravation des cervicalgies et du déclenchement d'une hernie (myélopathie cervicarthrosique cervicale évoluée).
- Tassements vertébraux imputés à des séances d'ostéopathie, réalisées à deux reprises.
- Fractures costales lors d'une mobilisation du rachis dorsal en procubitus, chez une femme de 65 ans.
- Fracture costale lors de pressions dorsales douloureuses en décubitus ventral.

- Lors de la première séance de rééducation rachidienne, petit arrachement sternal lors d'une mobilisation thoracique avec contre appui sternal pour lever des contractures dorsales.
- Fracture costale lors d'une séance d'ostéopathie en procubitus, lors d'exercices respiratoires dirigés.

Divers (4)

- Fracture d'un métatarsien lors d'un exercice de marche sur la pointe des pieds (syndrome cérébelleux chez un homme de 24 ans).
- Fracture de la clavicule lors d'une manœuvre de Sémont chez un patient de 67 ans, présentant des vertiges positionnels paroxystiques.
- Rupture d'une prothèse mammaire remplie de sérum physiologique (mastectomie pour cancer) lors d'une séance de rééducation de l'épaule. Massages prudents de la région pectorale pour douleurs du sein, lien de causalité ?
- Douleurs du sacrum au décours d'une rééducation urinaire par électrostimulation chez un homme de 70 ans, aux antécédents d'accident vasculaire et de prostatectomie. Arrêt des soins à la 17^{ème} séance.

Geste technique (13)

- Application de chaleur/froid (7)

- Brûlure lombaire par application de compresses de paraffine chaudes. Fissure du pack, alors que la patiente était en décubitus dorsal et « n'a pas pu enlever à temps la compresse ». Nécrose cutanée de 3 cm, excisée. Deux sociétaires sont concernés.
- Brûlures lombo fessières après application d'argile chaude.
- Brûlure du 1^{er} degré de l'épaule après application d'une compresse chaude.
- Brûlure des trapèzes après pose de compresses. Risque de cicatrices.
- Brûlure de l'omoplate après électrothérapie, à l'emplacement d'une électrode, laissant persister une zone atrophique et dyschromique chez une femme de 83 ans. Prévenu par la patiente, le kinésithérapeute n'est pas intervenu immédiatement.
- Brûlure du poignet du 3^{ème} degré avec gêne fonctionnelle, après application de cryothérapie en spray à visée antalgique. Lien causal ?

- Ionisation (3)

- Problèmes dermatologiques suite à une unique séance avec ionisation au niveau cervical.
- Brûlure après ionisation d'un bras. Diminution de l'intensité lors de la séance, du fait de vives douleurs.
- Brûlure du 2^{ème} degré après ionisation ou infra rouges pour douleurs rachidiennes.

- Iatrogénie (1)

- Réaction allergique locale importante après emploi de crèmes de massage lors de séances réalisées deux ans

auparavant. Réutilisation par inadvertance d'une des deux pommades lors d'une séance suivante, alors que la patiente avait apporté de l'huile d'amande douce. Eczéma.

- Soins esthétiques (2)

• Lift massage du visage par appareil de lipomodelage. Apparition d'un érythème, puis de taches pigmentées. Deux sociétaires sont concernés.

■ Dommage corporel et chute (37)

En maison de retraite (1)

• Extinction de l'éclairage du couloir, lors d'une rééducation de la marche avec déambulateur pour perte d'autonomie avec assistance directe d'une patiente de 89 ans. Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse.

Chute lors de soins à domicile (6)

- Chute d'une femme de 95 ans, ayant des séquelles d'accident vasculaire cérébral, lors de la marche avec déambulateur, non freinée par le kinésithérapeute à ses côtés. Fracture du coude.
- Chute d'une femme de 82 ans ayant de sévères troubles locomoteurs (sclérose en plaques) lors d'un exercice. Fracture tibio péronière.
- Chute d'une femme de 80 ans, aux séquelles d'accident vasculaire cérébral, en descendant une marche avec une canne, aidée par le kinésithérapeute.
- Chute d'un patient de 80 ans en perte d'autonomie. Plaie de l'arcade sourcilière et bris du dentier.
- Chute (entraînant le kinésithérapeute) d'une patiente hémiplegique. Fracture d'un condyle fémoral.
- Chute du lit d'un enfant quadriplégique. Fracture du nez.

Dans les locaux du cabinet (8)

- Chute en glissant sur le caillebotis glissant menant de la douche à la piscine. Contusion hématome de jambe.
- En cours de balnéothérapie, glissade d'une patiente de 58 ans sur un tapis. Fracture d'une vertèbre dorsale.
- Chute d'une femme de 60 ans lors du rhabillage dans le vestiaire, après balnéothérapie pour gonarthrose. Fracture complexe du poignet. Ostéosynthèse.
- Chute d'un patient de 37 ans en glissant sur une marche de séparation entre le bureau et la salle de soins. Le patient se déplaçait pieds nus, hors de la présence du sociétaire. Rupture itérative du tendon d'Achille et réintervention.
- Chute lors de la descente d'une marche. Plaie de la face et bris dentaire.
- Chute du tabouret (défectueux ?) d'une femme de 57 ans lors du rhabillage. Contusion du coccyx.
- Chute au décours d'une séance de soins, en aidant l'accompagnant d'une patiente hémiparétique jusqu'au véhicule. Fracture du fémur non déplacée. Il est reproché l'absence d'appel immédiat des secours et de prescription de radiographies, alors qu'aucune plainte immédiate n'avait été exprimée.
- Plaie de la jambe, dans des circonstances inconnues.

Dans la salle de soins ou en cours de soins au cabinet (22)

- Circonstances diverses (8)

- Lors d'une séance sur espaliers, chute d'un patient hémiplegique de 79 ans. Fracture du plateau tibial.

- Déséquilibre d'une femme de 75 ans, hémiplegique, freiné par le sociétaire lors du franchissement d'un obstacle. Fracture de l'humérus.
- Chute d'une femme de 64 ans, ayant des troubles de l'équilibre et deux prothèses de hanche, en gravissant un escabeau de deux marches, sans aide mais sous surveillance. Fracture de hanche.
- Chute d'une adolescente de 15 ans lors d'une phase de saut, un pied en chaussette, lors de la rééducation d'entorse de cheville. Nouvelle entorse.
- Chute d'un enfant de 5 ans lors d'un exercice d'appui unipodal. Fracture du fémur.
- Chute d'une femme de 67 ans, ayant une tétraparésie spastique, en fin de séance en se relevant d'une chaise. Mise en observation à l'hôpital. Pas de complication.
- Chute d'un patient en cours de soins de physiothérapie, entraînée par la chute du kinésithérapeute, victime d'un malaise. Traumatisme du genou et du rachis sans fracture.
- Chute d'une femme de 59 ans lors d'une séance de gymnastique collective. Ostéosynthèse d'une fracture du poignet.

- Exercice sur tapis roulant ou plateau de Freeman (5)

- Chute d'une femme de 82 ans, en rééducation pour fracture du col du fémur, en raison de l'éloignement du kinésithérapeute. Fracture du fémur controlatéral.
- Interruption momentanée de la séance sur tapis d'une patiente de 89 ans, prise en charge pour un handicap des membres inférieurs. Non-respect des consignes d'attente debout sur le plateau et mise en marche par initiative personnelle. Fracture de l'humérus.
- Chute d'un homme de 70 ans, hémiplegique, lors d'un exercice sans surveillance. Fracture de cheville.
- Chute d'une patiente de 64 ans, prise en charge pour entorse grave du genou, en descendant du tapis intempestivement. Fracture du plateau tibial.
- Chute d'une patiente ayant pris l'initiative, alors que la séance était terminée, de monter sur un tapis roulant sans en connaître le fonctionnement. Contusions sans gravité.

- Chute de la table ou à la descente de la table (4)

- Chute d'une femme de 90 ans ayant un handicap à la marche, favorisée par la présence au sol d'un câble électrique. Fracture du fémur.
- Chute d'une femme de 67 ans lors de la troisième séance pour gonarthrose, le sociétaire étant à distance. Fracture du poignet.
- Chute sur les talons d'une femme de 64 ans, en cours de rééducation de l'épaule. Fracture du calcaneum.
- Chute d'une femme de 75 ans. Fracture de côte.

- Autre dommage corporel (5)

Dont :

- Pincement d'un doigt au niveau de l'ongle par rabattage de la table d'examen (datant de vingt ans) sur son cadre.
- Blessure du pied chez un homme de 54 ans, en descendant de l'appareil de rééducation d'une entorse de cheville, talon coincé entre deux éléments.
- Traumatisme du genou en manipulant involontairement la télécommande de la table de massage.
- Projection d'huile de massage dans l'œil. Kératite.

■ Divers (2)

- Contestation des soins, payés et non exécutés (2).

PÉDICURES - PODOLOGUES

Les **5 317** pédicures podologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **11** déclarations (tous en exercice libéral), soit une sinistralité de **0,20 %** (contre 0,25 % en 2009) : 1 procédure civile, 1 plainte ordinaire, 9 réclamations.

■ Prise en charge (7)

- Soins classiques chez une patiente sans pathologie. Œdème des deux pieds au deuxième jour d'une cure de thalassothérapie. Intervention pour synovite infectée des deux gros orteils (lien causal ?).
- Apparition d'un botriomycome après coupe de l'ongle chez un homme de 23 ans, nécessitant une chirurgie de l'ongle incarné.
- Cor infecté du 2^{ème} orteil n'ayant pas cicatrisé, chez un homme de 75 ans (diabétique ?). Amputation trois mois plus tard.
- Évacuation d'une vacuole infectée sous unguéale du 4^{ème} orteil chez un patient de 53 ans. Amélioration constatée quinze jours plus tard lors de la confection de semelles, et rappel de la nécessité de soins locaux avec pansements. Amputation pour ostéite trois mois plus tard.
- Plaie mineure par dérapage du bistouri en pelant une hyperkératose du talon chez un diabétique. Soins locaux pendant trois semaines.
- Persistance ou aggravation des douleurs et de l'inflammation après des soins classiques.
- Plainte ordinaire pour raisons imprécises.

■ Semelles orthopédiques (1)

- Aggravation des douleurs et de la gêne fonctionnelle chez un patient de 71 ans.

■ Chute (3)

- Chute d'une femme de 64 ans en glissant en chaussons, après un bain de pieds, pour se rendre au fauteuil de soins, hors la présence du pédicure. Fracture de cheville.
- Chute en s'asseyant sans aide sur un fauteuil pivotant (2) : fracture costale chez une patiente obèse ayant des troubles de l'équilibre, et fracture du poignet chez une femme de 71 ans.

AUTRES

■ Audioprothésiste (1)

- Convocation devant le juge de proximité. Patiente de 79 ans, mécontente de ses anciennes prothèses (dont elle a obtenu le remboursement). Fourniture et réglage de nouvelles prothèses avec satisfaction primaire puis mécontentement, matériel parfaitement conforme et en bon état. Nouvelle demande de remboursement.

■ Aide-soignante (1)

- Élève aide-soignante dans un établissement privé, se voyant reprocher un geste maladroit par la clinique du fait d'une brûlure de la cuisse par renversement de thé chaud sur une femme de 31 ans venant d'accoucher sous péridurale. Soins locaux prolongés.

VÉTÉRINAIRES

Jean-François KLEIN
Juriste,
le Sou Médical – Groupe MACSF

Les **2 358** vétérinaires sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **212** déclarations, soit une sinistralité de **9 %** en exercice libéral (contre 9,2 % en 2009).

■ Bovins (101)

Extraction forcée par voies naturelles (12)

- Mort de la vache et du veau suite à une extraction forcée par vêlage au lac (2).

- Mort vache et veau suite extraction forcée.
- Déchirure du rectum après vêlage par extraction forcée.
- Mort d'une génisse suite à une extraction à la vèleuse (3).
- Mort d'un veau suite à une extraction au palan.
- Paralysie d'un veau suite à un traumatisme de la colonne vertébrale due à une extraction forcée au palan.
- Non-détection d'une déchirure de l'artère vaginale.
- Péritonite aiguë ayant pour origine une mammite colibacillaire (2).

Césarienne (24)

- Mort de vaches par défaut de sutures utérines (16).
- Mort de vache suite à une césarienne. État de choc provoquant un collapsus cardiovasculaire.
- Césarienne sur une vache ayant eu une torsion.
- Césarienne. Sutures utérines musculaires et cutanées parfaitement étanches.
- Césarienne suite torsion utérine veau.
- Mort d'une vache douze jours après une césarienne. Vache bien surveillée puisque à l'attache. Pas de saignement noté dans les jours suivants. Délivrance correcte.
- Vache morte neuf jours après une césarienne. Déhiscence du fil de suture sur quelques centimètres. Un cotylédon s'est inséré dans la brèche.
- Défaut de sutures sur une vache. Le sociétaire oublie son bistouri ouvre-lettres et utilise des ciseaux. Mauvaise incision de la matrice au niveau des antérieurs. La vache se couche lors de la suture et l'utérus est souillé de fumier. Antibiotiques administrés à la dose de 50 ml en intra musculaire, au lieu de la dose classique de 100 ml. Trou dans la matrice, mauvaise inspection de l'utérus.
- Défaut d'hémostase.

Torsion utérine (2)

- Vache présentant depuis douze heures des contractions inefficaces. Torsion de l'utérus diagnostiquée et réduite aisément. Déchirure de l'utérus. Abattage d'urgence.
- Mort vache et veau suite à une torsion ante cervicale.

Prolapsus utérin (9)

Dont :

- Vache présentant un prolapsus utérin. La réduction est délicate car l'organe ectopie est particulièrement fragile. Il est hémorragique. Le placenta ne peut être décollé. Mort suite péritonite.
- Mort d'une vache suite à la réduction d'un prolapsus utérin.
- Prolapsus utérin non apparu après les tentatives de réduction et constaté au moment de la délivrance de la vache.

Dilatation et déplacement de la caillette (4)

Anesthésie contention (4)

- Surdosage de xylazine. Utilisation de la voie veineuse.
- Mort d'une vache, étouffée dans cornadis lors d'une opération de coupe de cornes. Défaut de contention de l'animal.
- Mort d'un veau portant licol suite à une chute, en attendant la vaccination.
- Césarienne. Opération anormalement longue et non prescription antibiotiques.

Faute ou erreur administrative (4)

- Renversement d'une cuve d'azote liquide.
- Vache euthanasiée sans accord du propriétaire.

- Vache souffrant d'une fracture de l'extrémité proximale du fémur. Abattage interdit pour délai dépassé.
- Vaccination par erreur d'un cheptel bovin avec un vaccin IBR.

Défaut de diagnostic (9)

- Défaut de diagnostic de gestation de vache (5).
- Non palpation de la filière vaginale après le vêlage par voie naturelle (2).
- Défaut de diagnostic d'un second avorton.
- Non détection d'une déchirure utérine.

Pharmacie vétérinaire (5)

- Surdosage de soluté calcique sur une vache.
- Mort d'une vache suite à l'administration par voie orale, par pistolet doseur, d'un réhydratant. Fausse route.
- Vache laitière présentant une mammite aiguë. Administration par voie intraveineuse d'un anti inflammatoire. Perfuse un soluté énergétique et calcique.
- Mort d'une vache suite à un surdosage d'Histabiosone ND®, trois fois la dose recommandée par l'AMM.
- Vache laitière présentant une mammite aiguë. Administration par voie intraveineuse d'un anti inflammatoire et d'un antibiotique.

Mise en cause globale pour retard de diagnostic d'une pathologie infectieuse de troupeau (2)

- Défaut de diagnostic d'une para tuberculose.
- Vache présentant une piroplasmose, traitée avec succès. Traitement insecticide prescrit pour prévenir une infection du troupeau. Mort de trois animaux dans le troupeau en 24 heures. L'éleveur prétend que le vétérinaire a commis une faute en le décourageant de traiter le troupeau par piroplasmicide.

Drenchage (5)

- Fausse route (5).

Chirurgie (1)

- Castration de six veaux, dont le poids est estimé à 450 kg (10 à 12 mois). Injection d'une dose de 4,5 cm³ de xylazine. Les veaux pesaient en fait 300 kg. Posologie maximale largement dépassée. Mort de trois des six veaux.

Médecine (3)

- Veau présentant une arthrite septique. Arthrotomie et lavage articulaire. Protocole anesthésique présentant un risque important et défaut de surveillance postopératoire, ce eu égard à la longueur de l'intervention (2 h 30).
- Mort d'une vache suite à une mauvaise manœuvre d'une sonde dans l'utérus.
- Veau présentant une tachypnée avec râles pulmonaires et tachycardie. Atélectasie pulmonaire. Mort d'une insuffisance cardiaque.

FCO (16)

Jusqu'en 2010, la vaccination à la FCO était un acte de prophylaxie collective réalisé dans le cadre d'un mandat sanitaire confié par l'Etat. Ainsi, en réalisant cette vaccination, le vétérinaire était collaborateur occasionnel d'un service public de l'Etat via la DSV.

Matériel défectueux (1)

- Bris de la sonde de perfusion quotidienne pour effectuer une diurèse forcée dans les jours qui précèdent une opération, en phase de réveil.

■ Chats, chiens (102)

Anesthésie (7)

- Collapsus cardiovasculaire suite à une anesthésie. Aléa médical (7).

Chirurgie (41)

Dont :

- Chat déposé par son propriétaire dans une boîte en plastique hermétique, en vue d'une opération. Remplacement dans la boîte après l'intervention. Mort par asphyxie.
- Échec d'une imputation de doigts sur chat. Pansement trop serré. Amputation du membre.
- Présence d'une hernie ombilicale sur une chatte près de six mois après avoir été ovariectomisée.
- Oubli d'enlèvement d'un des drains en post-opératoire.
- Chienne présentée dans un état de faiblesse avancée. Pyomètre, infection utérine majeure. Euthanasie proposée. Refus de la cliente. Ovario hystérectomie. Mort de la chienne pendant la nuit. La cliente prétend ne pas avoir été avisée des risques de cette chirurgie.

Infection nosocomiale (1)

- Sepsis à clostridium. Nécrose du postérieur gauche et de la vessie d'une chienne, suite à une ovariectomie. Hystérectomie sur dystocie. Infection nosocomiale.

Médecine (19)

Dont :

- Castration d'un Yorkshire sans l'accord du propriétaire, suite à une confusion entre deux chiens.
- Mort de chiots suite à une mise à bas, dont un mangé par sa mère.
- Pose de puce sur un chiot. Défaut de vérification de la présence de la puce avec un détecteur.
- Chienne présentant un nouvel épisode de pyodermites. Détection d'une volumineuse masse abdominale, en

plus d'une zone inflammatoire importante en région thoraco lombaire. Réaction inflammatoire de quinze centimètres autour du site d'injection.

Obstétrique (9)

Dont :

- Oubli de chiots ou chats dans utérus (3).
- Échec d'une ovariectomie sur une chatte gestante. Infection utérine.

Défaut de diagnostic allégué (7)

Castration à tort (2)

Divers (16)

- Plainte ordinale (3).
- Dommage corporel causé au client (2).
- Erreur et faute administrative (6), dont un chien ayant reçu un traitement anti parasitaire par voie orale alors qu'il aurait dû être administré par voie percutanée. Médicament vendu par l'ASV sans ordonnance et sans le mode d'emploi.
- Contention (5).

■ NAC (1)

- Mort d'un lapin suite à une anesthésie.

■ Chevaux, ânes (8)

- Injection trop précoce en IV de l'Imalgène® après tranquillisation. Mort du cheval.
- Mort d'une jument d'un choc anaphylactique de type allergique suite à l'injection de pénicilline dans les tissus musculaires.
- Défaut de diagnostic de gestation gémellaire indésirable d'une jument.
- Obstruction œsophagienne d'une jument. Complications du sondage.
- Visite d'achat. Diagnostic d'une sciatique un an après par un confrère.
- Refus du règlement d'honoraires assorti d'une mise en cause de la qualité des soins (erreur de nom concernant l'identification de prélèvement d'une jument).
- Plainte ordinale.
- Mort d'un âne après des soins.

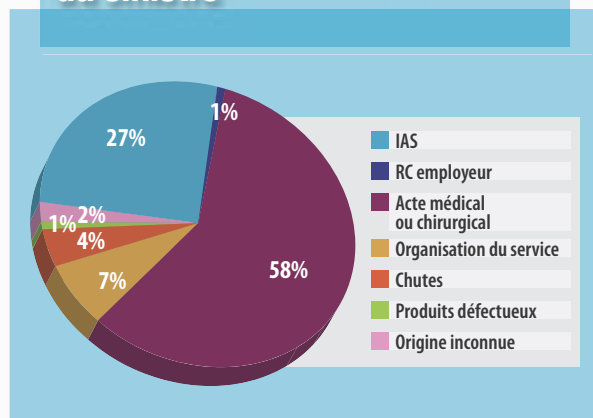
Béatrice COURGEON
Juriste et Risk manager,
le Sou Médical – Groupe MACSF

Les **77** cliniques privées sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé **207** déclarations (dont 11 déclarations de prudence*).

Répartition des déclarations selon l'objet du sinistre

■ Accident corporel (182)

Déclarations selon l'objet du sinistre



Le tiers est toujours le patient, à l'exception d'un sinistre (où la responsabilité de la clinique est recherchée par l'un de ses salariés sur le terrain de la faute inexcusable, en raison d'une chute de ce salarié sur le sol glissant).

Le risque médical (22) ou chirurgical (85)

La quasi-totalité des médecins exerçant au sein des cliniques privées assurées a un statut de libéral. Le risque médical et/ou chirurgical pèse donc sur les professionnels de santé libéraux exerçant au sein de l'établissement. N'étant pas employeur, ce dernier ne craint pas en principe de voir sa responsabilité engagée, sauf si la défaillance de l'opérateur met également en évidence une défaillance dans l'organisation et le fonctionnement du service aux patients. Ainsi, une clinique a été condamnée, solidairement avec lui, pour les fautes d'un orthopédiste libéral non assuré : la Cour de Cassation a considéré

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

que la responsabilité de la clinique était engagée pour « ne pas avoir vérifié qu'il était dûment assuré, alors que cette assurance était prévue dans le contrat d'exercice libéral » (Cassation Civ. 1^{ère}, 6 décembre 2007). On citera également la condamnation d'une clinique pour avoir laissé exercer en son sein un médecin non compétent en chirurgie esthétique. La Cour de Cassation a rejeté l'argument de l'indépendance professionnelle dont se prévalait la clinique, soulignant que le contrat d'hospitalisation et de soins la liant au patient lui impose une obligation particulière de renseignement sur les compétences des praticiens (Cassation Civ. 1^{ère}, 11 juin 2009).

Même s'ils méritent attention, les sinistres puisant leur source dans un acte médical ou chirurgical ne sont pas le reflet du risque propre aux établissements de soins. Nous renvoyons donc le lecteur aux différentes spécialités commentées, pour une illustration plus détaillée du risque par profession.

Le risque organisationnel (12)

- Affaires dans lesquelles la responsabilité de la clinique risque d'être engagée (4)

- Mauvaise coordination des soins entre le service des urgences et les services internes, ayant entraîné une rupture dans la continuité des soins.
- Insuffisance de moyens matériels et humains, à l'origine d'une surveillance défaillante d'un patient, victime d'un sepsis grave avec péritonite dans les suites d'une résection prostatique. Décès.
- Insuffisance de moyens mis en œuvre pour prévenir la survenance d'escarres, compliquée d'une nécrose mal gérée.
- Révélation par le personnel soignant d'une séropositivité, en présence de l'épouse du patient. Violation du secret médical.

- Affaire ayant connu une issue favorable (1)

- Décès brutal d'une patiente, dans les jours qui ont suivi une séance de chimiothérapie dans l'établissement. Après expertise mettant en évidence l'absence de toute négligence dans la prise en charge de la patiente, atteinte d'un cancer gravissime métastasé, la famille n'a pas souhaité poursuivre la procédure civile engagée.

- Affaires en cours d'instruction, sans orientation définie à ce stade de la procédure (6)

Le risque infectieux (50)

Sur ces 50 déclarations de sinistres : 10 concernent des faits de 2010, 18 se rapportent à des infections de 2009, 10 à des infections contractées entre 2007 et 2008, et 9 correspondent à des faits antérieurs à 2006 (dont un de 1992 et un de 1996). Il s'agit donc d'un risque relativement long et difficile à réduire pour l'assureur, car dans ce domaine, la responsabilité des établissements repose 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 à 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 antibio-prophylaxique).

- Affaires dans lesquelles la responsabilité de la clinique risque d'être totalement engagée (37)

- Affaires dans lesquelles la responsabilité de la clinique risque d'être partiellement engagée (3)

- Partage de responsabilité envisagé avec un centre hospitalier en raison d'une mauvaise prise en charge de la complication infectieuse.
- Infection que l'on pourrait imputer à une négligence de la patiente, et sans lien avec les soins dispensés (manipulation d'une boîte de conserve).
- Infection liée à un terrain de nécrose, dont elle serait le corollaire.

- Affaires dans lesquelles la responsabilité de la clinique ne paraît pas engagée (2)

- Aléa mis à la charge de l'ONIAM par un avis CRCI.
- Infection urinaire préexistante.

Parmi ces infections, la spécialité la plus représentée est la chirurgie orthopédique (31), suivie à égalité par la chirurgie esthétique (4 : plasties ou réductions mammaires, liposuccion, dermolipectomies) et la chirurgie cardiaque (4). En troisième position se situe la chirurgie viscérale (3, dont 2 concernant la chirurgie de l'obésité), et en quatrième position la chirurgie ophtalmologique (2 dossiers d'endophtalmies). Puis viennent enfin la chirurgie urologique (1) et l'imagerie (saccoradiculographie) (1).

Les chutes (7)

- Chutes ayant une origine médicale, caractérisée soit par une défaillance dans la surveillance du patient au regard de sa pathologie, soit par les effets d'une prescription médicamenteuse (4).
- Chutes en lien avec l'exploitation, correspondant à des glissades imputables à la conception ou au mauvais entretien des sols (3).

Le risque « produit » (1)

- Traumatisme oculaire puis déchirure de rétine provoqués par une canule, dans le cadre d'une chirurgie de la cataracte. Perte de l'œil du patient sur un plan fonctionnel et taux prévisible d'AIPP d'au moins 20 % (maladresse chirurgicale ou aléa ?).

Divers (4)

- Dossiers corporels insuffisamment instruits pour identifier la source du dommage, à ce stade de la procédure.

■ Dommage matériel (24)

- Perte de prothèses dentaires ou auditives (19), par exemple abandonnées sur un plateau repas ou sur une table de chevet.
- Vol d'une montre (1).
- Destruction d'une cuve prêtée par une société extérieure (1).
- Choc de véhicules (1).
- Dégât des eaux (2).

La sinistralité en matière de pertes de prothèses dépend largement de la prévention mise en œuvre dans les établissements, mais aussi de la population de patients qu'ils ont vocation à accueillir. La variabilité des déclarations d'un établissement à un autre est sur ce point significative.

■ Usage de la garantie Protection Juridique (1)

- Portant sur la possibilité de cumul entre une activité de chirurgien et celle de gérant de clinique.

Répartition des déclarations selon les spécialités

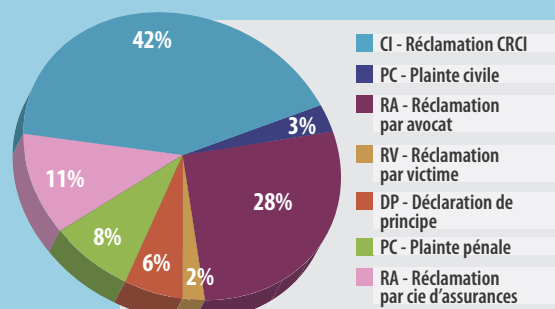
Sur les 207 dossiers déclarés en 2010, 73 permettent de mettre en évidence une spécialité à l'origine du sinistre. La chirurgie orthopédique arrive en tête des spécialités les plus exposées, suivie de la neurologie puis de la chirurgie digestive et, dans une proportion plus relative, de la cardiologie.

Répartition des déclarations selon le type de procédure

La totalité des réclamations portant sur des dommages matériels (vol d'objets, perte de prothèses dentaires, auditives...) est d'ordre amiable, soit à l'initiative directe du patient ou de sa famille, soit par un intermédiaire (avocat ou, de plus en plus souvent, assureur de Protection Juridique).

Pour les dommages corporels « médicaux », la voie privilégiée est celle des CRCI, qui représente 42 % des procédures, contre 28 % de procédures civiles, 27 % de réclamations amiables « pures » et 3 % de plaintes pénales.

Répartition des sinistres corporels par type de réclamation initiale



L'importance du taux de procédures CRCI pour les cliniques* s'explique par le rôle des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ PC).

En effet, la réclamation commence souvent par une saisine de la CRUQ PC, 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 CRCI.

La procédure CRCI permet aux établissements d'être partie prenante dans la gestion de leurs sinistres. Outre sa présence aux opérations d'expertise, un représentant de la clinique assiste le plus souvent également à la réunion d'audition des parties par les membres de la CRCI. L'intérêt marqué ainsi par l'établissement au dossier du plaignant peut être source d'apaisement et de reconnaissance de sa souffrance, indépendamment des responsabilités encourues.

Les 3 plaintes pénales déclarées concernent toutes des décès survenus en postopératoire. L'instruction est en cours, après saisie des dossiers des patients.

Sur les 207 sinistres déclarés en 2010, 45 dossiers sont suffisamment avancés dans la procédure pour apprécier leur enjeu : on dénombre 10 dossiers mal engagés ou ayant d'ores et déjà connu une issue défavorable (7 rap-

* Contre 32 % pour l'ensemble des professionnels de santé (praticiens + cliniques).

ports d'expertises défavorables, 1 transaction, 2 avis CRCI défavorable), et 35 dossiers laissant augurer une issue favorable (8 sans suite, 9 rapports d'expertises favorables, 14 avis CRCI favorables, 4 ordonnances de référé-rejet de la demande).



CENTRES DE TRANSFUSIONS SANGUINES

Les CTS antérieurement assurés par le Groupe MACSF ont adressé 1 déclaration (contre 4 en 2009).

- Assignation en intervention forcée de la part de l'EFS. Contamination transfusionnelle possible (en 1972) par le VHC. Hépatite C et micro angiopathie thrombotique avec cryoglobulinémie. Traitement par Interféron, décès.

Béatrice COURGEON

Juriste et Risk Manager
Le Sou Médical – Groupe
MACSF



Rapport

sur les décisions de justice et avis CRCI

rendus en 2010

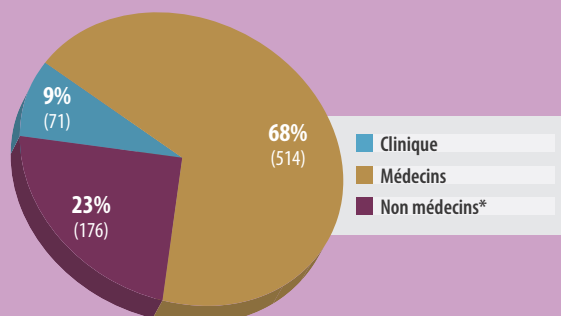
Ce rapport ne prend en compte que les décisions de justice et avis de CRCI¹ rendus à l'occasion d'affaires mettant en cause des sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF. Sont toutefois pris en compte tous les praticiens, sociétaires ou non, pour la détermination des taux de mises en cause et de condamnations.

Décisions de justice

En 2010, les magistrats ont rendu **555** décisions de justice (civiles et pénales) mettant en cause **761** professionnels de santé.

Répartition des mises en cause

761 mis en cause pour 555 décisions
Civil + pénal



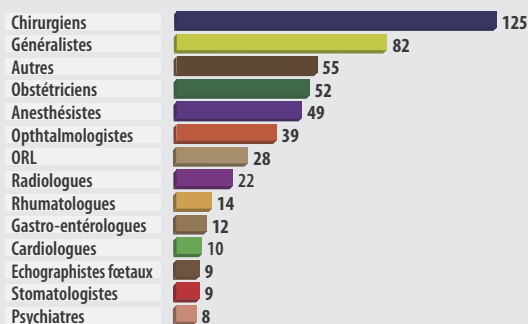
* Infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, laboratoires d'analyses, mésothérapeutes, pharmaciens, sages-femmes, vétérinaires...

¹ Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux.

On retrouve à peu près la même répartition qu'en 2009, où 9 % des mis en cause étaient également des cliniques, 70 % des médecins et 21 % des non médecins.

514 médecins mis en cause

Répartition des mises en cause par spécialité



Ces résultats sont constants depuis plusieurs années. La chirurgie reste en tête des spécialités les plus mises en cause, suivie par la médecine générale, puis, à égalité, par l'obstétrique et l'anesthésie.

Nous rappellerons qu'il s'agit d'une statistique brute, non pondérée par l'effectif des praticiens assurés dans chaque spécialité par le Sou Médical – Groupe MACSF.

Issue des décisions de justice **médecins + non médecins**

555 décisions

	Nombre de décisions	Nombre de décisions défavorables (%)	Nombre de mis en cause	Nombre de condamnés	% de condamnés / mis en cause	Coût (en €)
Pénal	19	10 (53 %)	27	16	59 %	375 187
Civil	536	306 (57 %)	736	435	59 %	49 334 810
TOTAL	555	316 (57 %)	761	453	59 %	49 710 000

INDEMNISATION

=
créance SS incluse
-
Indemnités réglées
+
provisions
restant à payer

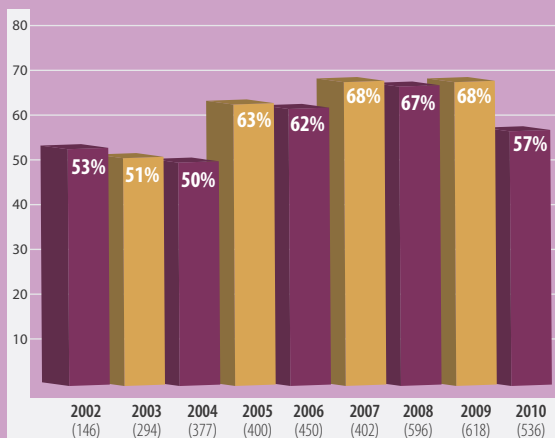
Au civil comme au pénal, on constate une légère diminution des décisions de condamnation par rapport aux années antérieures. Il n'y a pas d'explication à avancer à ce jour sur cette évolution.

Ce taux reste à un niveau très élevé. Que ce soit devant le juge pénal ou le juge civil, près des 2/3 des médecins mis en cause sont condamnés.

■ Décisions civiles

Évolution des taux de condamnation 2002 à 2010

% de décisions défavorables

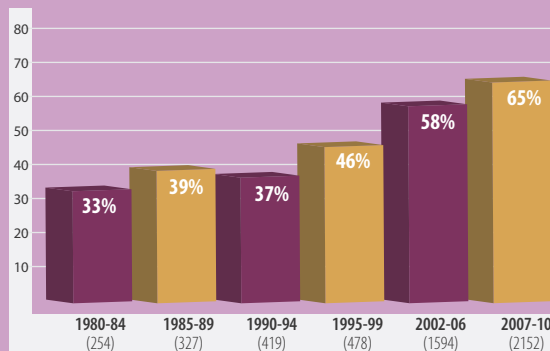


(nbre de décisions de justice)

Il faut donc se garder de toute conclusion hâtive, d'autant qu'une observation sur trente ans permet de mettre en évidence une augmentation constante.

Évolution des taux de condamnation depuis 30 ans

% de décisions défavorables



(nbre de décisions de justice)

Taux de condamnation **par spécialité**

	Mises en cause	Nbre de condamnations	Pourcentage 2010	Pourcentage 2009
Tous médecins confondus	514	290	56 %	68 %
Ophthalmologistes	39	25	64 %	57 %
Obstétriciens	49	29	59 %	80 %
Généralistes	78	46	59 %	49 %
Chirurgiens	116	68	59 %	64 %
Radiologues	22	13	59 %	-
Anesthésistes	46	26	57 %	53 %
Gastro-entérologues	12	6	50 %	-
ORL	27	11	41 %	45 %
Cardiologues	10	4	40 %	-

L'ophtalmologie apparaît pour la première fois en tête des spécialités les plus condamnées. Près de deux ophtalmologistes sur trois mis en cause ont été condamnés en 2010 par les magistrats. Les progrès réalisés, notamment dans le domaine de la chirurgie réfractive, ont pour revers de nouveaux sinistres, pour lesquels on peut constater une certaine sévérité des juges, parce que les patients sont souvent jeunes et victimes d'une chirurgie que l'on peut percevoir comme étant « de confort ».

Les obstétriciens occupent la seconde position, avec une forte diminution du pourcentage de condamnés, passant de 80 % en 2009 à 59 % en 2010.

Les médecins généralistes ont été condamnés dans des proportions plus importantes en 2010, avec un taux de condamnation passant de 49 à 59 %. Alors qu'ils se situaient en 5^{ème} position l'année dernière, ils se positionnent en 2010 immédiatement après les obstétriciens. Trois spécialités font leur entrée cette année parmi les spécialités les plus condamnées : les radiologues, qui devancent les anesthésistes avec un taux de condamnation de 59 %, les gastro-entérologues, condamnés à hauteur de 50 %, et les cardiologues, affichant un taux de condamnation de 40 %. L'anesthésie, en léger recul en 2009, se maintient depuis au moins 2007 autour d'un taux de condamnation de l'ordre de 60 %.

Taux de condamnation des non médecins

	Mises en cause	Nombre de condamnations	Pourcentage condamnations
Toutes disciplines confondues	247	163	66 %
Laboratoires d'analyses	4	4	100 %
Infirmiers	5	4	80 %
Cliniques	71	56	78 %
Chirurgiens-dentistes	115	79	69 %
Orthodontistes	3	2	67 %
CRTS-EFS	16	10	63 %
Vétérinaires	8	3	38 %
Sages-femmes	7	2	29 %

Certains résultats doivent être relativisés en raison du faible volume de mises en cause. C'est le cas notamment des laboratoires d'analyses et des infirmiers, ou encore des orthodontistes. En revanche,

pour les cliniques et les chirurgiens-dentistes, les taux de condamnation reposent sur des volumes de mises en cause suffisants pour être significatifs.

Coût des indemnisations par spécialité

	Total indemnisations (euros*)	Coût moyen (sur nombre de condamnés)
Toutes spécialités confondues	49 334 810	113 413
Chirurgie	19 851 688	291 936
Obstétrique	7 146 412	246 428
Médecine générale	6 207 399	134 944
Anesthésie	6 513 985	250 538
Ophtalmologie	2 571 269	102 851
Radiologie	463 229	35 633
ORL	382 600	34 782

* Indemnisations incluant les indemnités réglées, les provisions restant à payer et la créance de la sécurité sociale.

Focus chirurgie - Taux et coût des condamnations

Spécialité	Mises en cause	Nombre de condamnations	Taux condamnation	Indemnisation
TOTAL	116	68	59 %	19 851 688
Chirurgie générale	33	22	67 %	4 327 596
Chirurgie esthétique	2	2	100 %	28 228
Chirurgie digestive	1	1	100 %	48 638
Chirurgie gynécologique	4	2	50 %	192 442
Chirurgie maxillo faciale	3	2	67 %	13 000
Chirurgie vasculaire	2	2	100 %	115 421
Chirurgie viscérale	3	1	34 %	11 000
Neurochirurgie	3	1	33 %	1 051 971
Chirurgie orthopédique	57	33	58 %	13 863 821
Chirurgie urologique	8	4	50 %	199 571

La chirurgie orthopédique représente à elle seule près de 50 % des chirurgiens mis en cause, et 70 % du coût total des indemnisations mises à la charge des chirurgiens par les juges en 2010.

Ce pourcentage s'explique par la représentation des chirurgiens orthopédistes dans le portefeuille des chirurgiens assurés au Sou Médical – Groupe MACSF, et la fréquence constatée du risque orthopédique, de l'ordre d'un sinistre tous les deux ans. On relève une majorité d'infections nosocomiales fautives ou antérieures à la loi Kouchner, quelques fautes techniques et des incidents en lien avec le matériel implanté.

Au total, ce sont près de 20 millions d'euro de dommages et intérêts qu'ont dû supporter les 68 chirurgiens condamnés en 2010.

L'obstétrique est en net recul par rapport à 2009. Pourtant, le nombre de mis en cause a légèrement augmenté, passant de 41 en 2009 à 49 en 2010. C'est le pourcentage d'obstétriciens condamnés qui a fortement diminué, passant de 80 % en 2009 à 59 % en 2010.

Ce résultat doit être relativisé, car nous sommes sur des valeurs faibles. Dans l'absolu, ce sont presque autant d'obstétriciens qui ont été condamnés : 29 en 2010 contre 33 en 2009.

C'est au niveau du montant total des indemnités allouées que la différence est la plus importante. Alors que les 33 obstétriciens condamnés en 2009 ont dû supporter près de 30 millions d'euros de dommages et intérêts, l'analyse de nos sinistres met en évidence que ce sont un peu plus de 7 millions qui ont été mis à la charge des 29 obstétriciens condamnés.

Ces résultats sont vraisemblablement très en deçà des réalités et s'expliquent par la politique menée par le Sou Médical – Groupe MACSF, annoncée en 2006 et appliquée aux échéances de 2007, consistant à se désengager du risque obstétrical.

Les sinistres qui sont rapportés ici comportent donc des sinistres d'obstétrique dont notre groupe a eu connaissance parce qu'un praticien d'une autre spécialité était assuré auprès de lui.

Focus sur les sinistres les plus graves

Indemnisations (euros)	> 100 000	> 300 000	> 500 000	> 1 000 000	> 2 000 000	> 4 000 000
Chirurgiens	24	9	7	1		
Généralistes	16	7	4	1		
Anesthésistes	12	5	3	2	1	
Obstétriciens	7	6	3	2	1	
Ophthalmologistes	4	1	1	1		
Cliniques	3	1	1			
Cardiologues	3	3	2			
Pneumologues	3					
CRTS	3	1				
Radiologues	2					
Gastro-entérologues	2					
Pédiatres	2	1	1	1		
Chirurgiens-dentistes	1					
Échographistes	1	1	1	1		
Gynécologues	1	1				
Psychiatres	1					
Rhumatologues	1					
Sages-femmes	1	1	1	1	1	1
Stomatologistes	1					
TOTAL 2010 % (sur 536)	88 (16 %)	37 (7 %)	24 (4 %)	10 (2 %)	3 (0,5 %)	1 (0,2 %)
Exercice 2009	99 (16 %)	-	27 (4 %)	17 (3 %)	9 (1,6 %)	8 (1 %)
Exercice 2008	113 (20 %)	-	39 (6 %)	20 (3 %)	8 (1,3 %)	6 (1 %)

Alors qu'en 2009, on dénombrait 8 dossiers supérieurs à 3 millions d'euros (dont 3 supérieurs à 7 millions, 3 supérieurs à 6 millions et 1 supérieur à 4 millions), le dossier le plus grave en 2010 atteint 4 912 660 €.

La proportion de dossiers supérieurs à 100 000 € reste stable à un niveau élevé, représentant 16 % des dossiers de sinistres jugés. De même, le taux de dossiers supérieurs à 500 000 € reste à 4 %, identique à 2009.

Les 10 indemnisations les plus élevées de 4 912 660 à 1 051 971 €

Spécialité	Indemnisation	Faits
Obstétrique	4 912 660	Souffrance fœtale aiguë à la naissance – Enfant né IMC. Responsabilité conjointe de l'obstétricien et de la clinique du fait de sa sage-femme salariée à hauteur de 70 % de perte de chance.
Anesthésie	2 692 702	Patient victime d'une anoxie cérébrale au décours d'une reprise d'une intervention pour lobectomie thyroïdienne. Responsabilité de l'anesthésiste à hauteur de 90 % de perte de chance pour négligence dans les examens, la surveillance et la stratégie employée.
Obstétrique	2 159 189	Enfant né IMC par voie basse sur césarienne programmée. Erreur de jugement des obstétriciens. Responsabilité intégrale et solidaire.
Anesthésie	1 833 643	Anoxie cérébrale à la suite d'un collapsus survenu au décours d'une rachianesthésie pratiquée pour césarienne. Responsabilité exclusive et intégrale de l'anesthésiste.
Pédiatrie	1 588 699	Atteinte neurologique sévère d'un enfant dans les suites d'une série de vaccinations avec des vaccins stockés retirés du marché. Responsabilité partagée du laboratoire et du médecin prescripteur.
Ophtalmologie	1 393 445	Séquelles importantes dans les suites d'une chirurgie réfractive pour myopie. Responsabilité exclusive de l'ophtalmologiste.
Obstétrique	1 129 178	Enfant né IMC. Responsabilité intégrale du gynécologue obstétricien.
Médecine générale	1 095 214	Retard de diagnostic d'un syndrome de la queue de cheval. Responsabilité exclusive du médecin généraliste ayant vu le patient en consultation pour syndrome lombalgique aigu brutal.
Échographie	1 087 390	Défaut de dépistage d'une malformation fœtale symptomatique du syndrome de régression caudale. Responsabilité exclusive de l'échographiste.
Neurochirurgie	1 051 971	Interventions multiples en raison de gestes opératoires fautifs sur diagnostic de hernie discale.

Sur les 10 sinistres les plus graves jugés en 2009, 8 correspondaient à des accidents de naissance. Les 2 autres mettaient en cause, d'une part un néphrologue du fait du décès d'un patient en cours de dialyse, d'autre part un ophtalmologiste pour complications dans les suites d'une chirurgie réfractive.

En 2010, ce sont 5 accidents de naissance qui apparaissent dans le « Top 10 » des sinistres les plus graves, donc en moindre proportion que l'année passée, avec des montants d'indemnisation moins élevés. Sur ce point, on renverra le lecteur à nos commentaires sur le tableau relatif au coût des indemnisations par spécialité.

On retrouve un cas de complications graves dans les suites d'une chirurgie réfractive, un retard de diagnostic imputable à un médecin généraliste, un sinistre pédiatrique et un autre en neurochirurgie. Les accidents en lien avec des interventions de chirurgie réfractive

sont particulièrement lourds de conséquences sur le plan indemnitaire, car il s'agit souvent de patients jeunes espérant vaincre leur myopie, et qui se retrouvent victimes d'un préjudice professionnel important, avec des pertes de gains professionnels futurs que l'assureur devra prendre en charge.

On le constate davantage encore chaque année : le médecin généraliste, au cœur de la chaîne de soins, se trouve particulièrement exposé au risque de mise en cause et de condamnation. Les obligations accrues qui lui ont été dévolues à travers la réforme du médecin traitant rejaillissent sur son niveau de responsabilité, et donc sur le risque associé à la profession, à la fois en termes de fréquence et de gravité.

Deux accidents d'anesthésie sont également à mettre sur le compte des sinistres les plus graves jugés en 2010 par les juridictions civiles.

Recours des organismes sociaux

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

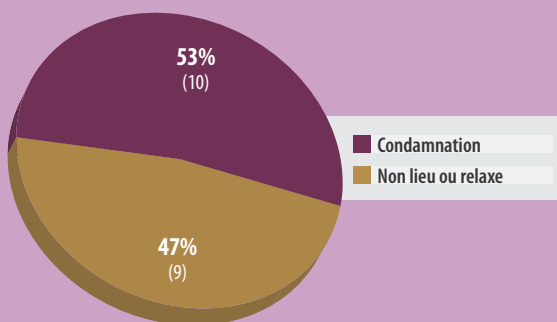
Dans 29 % des affaires jugées, les organismes sociaux ont été en tout ou partie indemnisés de leur créance. Une somme globale de 7 098 K€ leur a été attribuée, ce qui correspond à 14 % du montant total des indemnisations allouées. L'année 2010 vient donc confirmer la diminution, constatée depuis 2006, de la part revenant aux organismes sociaux. Ce constat tient sa logique de la réforme opérée par la loi du 21 décembre 2006 limitant l'exercice du recours des tiers payeurs sur les seules prestations effectivement versées, et créant un droit de préférence accordé au profit des victimes en cas de partage de responsabilité.

Décisions pénales

Décisions pénales 2010

19 décisions

% de décisions défavorables



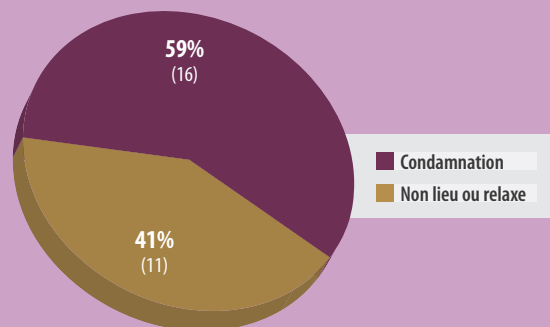
19 décisions pénales ont été rendues en 2010. **53 %** des décisions sont défavorables, contre **61 %** en 2009. Si le taux de décisions défavorables a diminué, le taux de

praticiens condamnés a en revanche augmenté, passant de **55 %** en 2009 à **59 %** en 2010.

Décisions pénales 2010

27 mis en cause

% de praticiens condamnés



Répartition des condamnations et mises en cause par spécialité

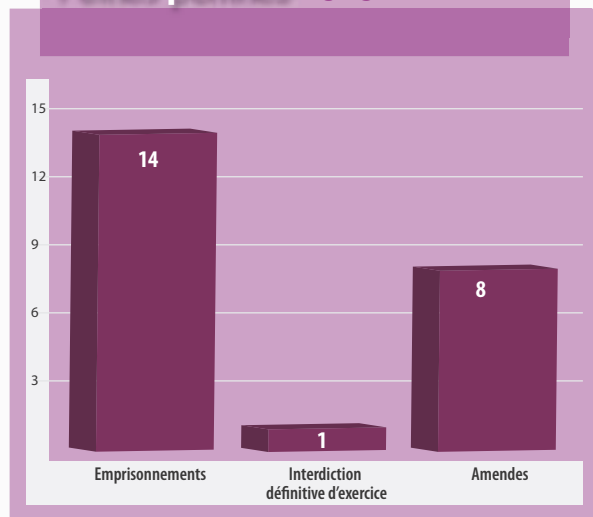
SPECIALITÉ	TOTAL MIS EN CAUSE	TOTAL CONDAMNÉS	% CONDAMNÉS
Tous	27	16	59 %
Anesthésie	3	1	34 %
Chirurgie	7	4	57 %
Médecine générale	4	3	75 %
Internes	1	1	100 %
Kinésithérapeutes	1	0	0 %
Obstétrique	3	3	100 %
ORL	1	1	100 %
Hôpital	1	1	100 %
Pédiatrie	1	0	0 %
Psychiatrie	3	0	0 %
Régulateur	1	1	100 %
Sages-femmes	1	1	100 %

L'exposition des médecins généralistes au risque pénal se confirme cette année, avec 3 praticiens sur 4 condamnés. Les motifs de condamnation sont :

- un défaut de signalement de maltraitance infligée par le personnel d'un hôpital local aux résidents d'un pôle de gériatrie ;
- un refus de se déplacer auprès d'un patient sans prendre le soin de contacter le Samu, l'exposant à un malaise cardiaque fatal ;
- une erreur de diagnostic de la pathologie d'un enfant en raison de négligence dans le suivi et la tenue du dossier médical, responsable du décès.

On relève 3 affaires d'obstétrique débouchant toutes sur les condamnations de 3 obstétriciens, un anesthésiste, une sage-femme, un chirurgien gynécologue. L'année 2010 confirme l'exposition de la psychiatrie au risque de poursuites pénales, puisque 3 psychiatres ont été mis en cause, mais aucun n'a été condamné. Sur les 4 chirurgiens condamnés, 3 sont des chirurgiens orthopédistes dans une même affaire de négligences dans la stérilisation et l'utilisation du matériel, responsables de contaminations bactériennes de plusieurs patients.

Peines pénales 2010



Sur les 16 praticiens condamnés, 14 l'ont été à des peines d'emprisonnement. La plus clémente s'élève à cinq mois avec sursis, et concerne un médecin régulateur condamné pour non assistance à personne en danger en raison du retard dans la prise en charge d'un enfant en état de déshydratation, responsable de son décès. La peine la plus sévère s'élève à trente mois d'emprisonnement avec sursis, dont dix-huit mois ferme, et sanctionne un orthopédiste pour non respect des bonnes pratiques de stérilisation par utilisation d'instruments décontaminés à froid, mais rincés à l'eau non stérile, et l'emploi réitéré de matériel à usage unique, responsables de contamination bactérienne de plusieurs opérés. Deux de ses confrères sont aussi condamnés, l'un à deux ans avec sursis dont six mois ferme, et l'autre à huit mois avec sursis. La durée la plus fréquemment prononcée est de un an avec sursis, et a été infligée à 8 praticiens dont 3 généralistes, 2 obstétriciens, une sage-femme, un anesthésiste et un ORL.

Dans ces 19 affaires pénales, les juges ont prononcé 8 peines d'amende, parfois en sus d'une peine d'emprisonnement. L'amende la plus élevée atteint 50 000 €, dont on rappellera qu'elle n'est pas assurable et donc supportée par le professionnel de santé sur ses deniers personnels. On relève une peine d'amende à 25 000 €, une à 20 000 €, deux à 10 000 € et 3 inférieures ou égales à 5 000 €.

A été confirmée en appel en 2010 la condamnation à une interdiction définitive d'exercer la chirurgie d'un ORL, responsable du décès d'un enfant pour maladresse et négligences dans la conduite d'une amygdalotomie.

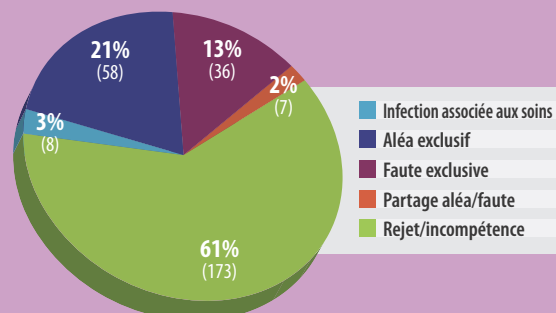
Dans ces 19 affaires, 7 plaignants se sont également constitués partie civile, en plus de l'action publique, et ont obtenu un peu plus de 375 000 € de dommages et intérêts. Mais il est utile de préciser que, parmi ces affaires, certaines ont pour origine des soins hospitaliers et que, dans cette hypothèse, sauf faute détachable, le juge pénal ne peut condamner le prévenu à une indemnisation. Les indemnisations allouées s'étendent de 118 000 € pour la plus élevée (décès d'une patiente d'une hémorragie post-partum reconnue tardivement et prise en charge avec négligence) à 5 000 € pour la moins élevée (décès d'un jeune homme, hospitalisé en HDT et pris en charge pour toxicomanie ; il est fait grief à l'établissement d'un défaut de surveillance et d'organisation dans les soins et la tenue défectueuse du dossier médical).

Avis CRCI

418 avis ont été rendus par les CRCI en 2010, dans des affaires mettant en cause des sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF. **282** avis se prononcent au fond, c'est-à-dire après qu'une expertise ait été diligentée.

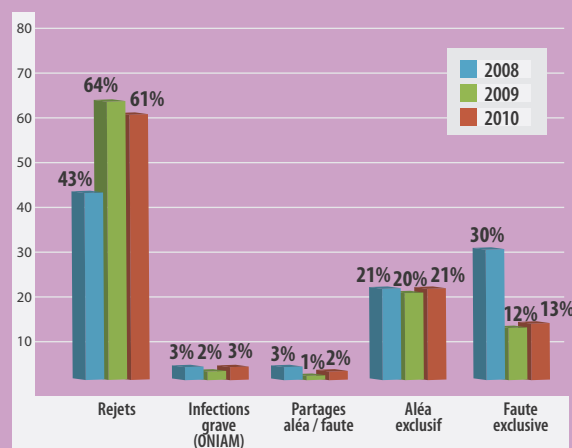
Avis CRCI 2010

(médecins + non médecins)
418 avis rendus



Ce sont donc 43 avis concluant à la faute qui ont été rendus par les CRCI en 2010, soit 15 % des avis.

Évolution teneur des avis CRCI 2008 - 2010

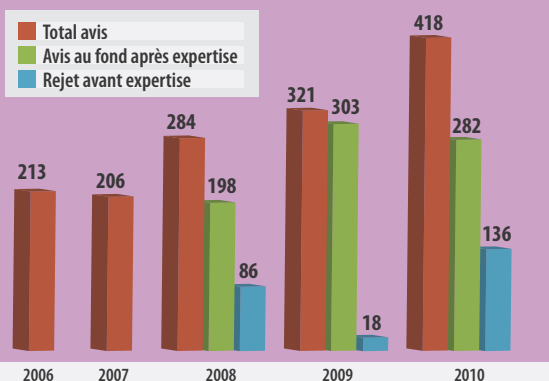


La tendance constatée en 2009 d'un accroissement du nombre d'avis de rejet (ou d'incompétence après une expertise au fond) se confirme en 2010. Si le taux passe de 64 % en 2009 à 61 % en 2010, il se maintient à un niveau important par rapport à 2008, où il représentait 43 % des avis.

On constate une certaine constance dans le faible volume d'infections nosocomiales graves prises en charge par l'ONIAM. Il en va de même des avis concluant à un partage entre un aléa et une faute. On constate, au moins depuis deux ans, une réduction sensible du nombre d'avis se prononçant en faveur d'une faute exclusive.

Évolution du nombre d'avis

2006 - 2010

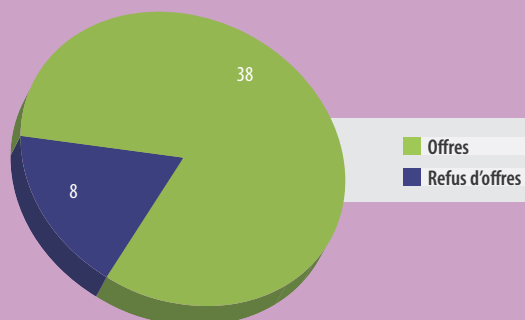


A l'exception de l'année 2007, on constate chaque année une augmentation sensible du nombre d'avis CRCI rendus, avec un doublement en cinq ans. Pour autant, le nombre d'avis CRCI rendus après expertise au fond a diminué en 2010 par rapport à 2009. L'augmentation générale tient donc à une progression du nombre d'avis de rejet avant expertise (136 dossiers en 2010 contre 18 en 2009 et 86 en 2008).

Tout en restant extrêmement prudent sur l'interprétation de ces chiffres, puisque nous ne disposons que d'un recul de trois ans, une explication pourrait être avancée à travers l'expérience acquise par les CRCI au fil des années. Quand le dispositif était plus récent, les CRCI étaient sans doute moins enclins à rejeter des dossiers avant une expertise. Aujourd'hui, elles sont mieux rodées aux problématiques médico-juridiques qui leur sont présentées. D'expérience, il est des dossiers dont on peut affirmer sans expertise que le lien de causalité avec l'acte de soin n'est pas établi. Ainsi, s'il devrait logiquement y avoir de moins en moins d'avis d'incompétence fondés sur la date des faits (constat dans les premières années qui ont suivi la mise en place des CRCI), ce pourrait être aujourd'hui les avis d'incompétence sur le fondement d'un défaut de lien de causalité qui pourraient prendre le pas.

Nos prises de position

2010

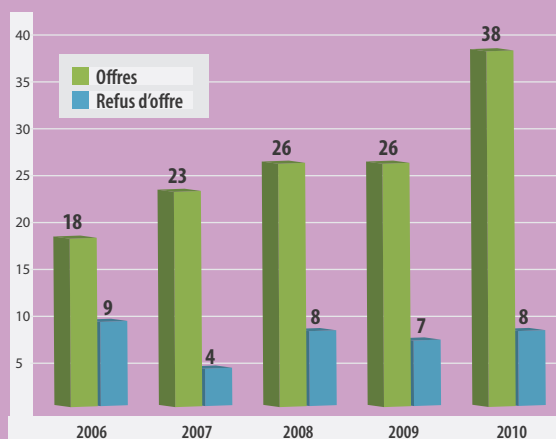


Le Sou Médical – Groupe MACSF a procédé en 2010 à 38 offres d'indemnisation, dont 30 correspondent à des avis rendus en 2010 et 8 à des avis rendus en 2009. Sur ces 38 offres, 31 ont été acceptées et réglées en 2010. Sept de nos offres n'ont pas été acceptées ou sont en discussion avec les demandeurs. Sur ces offres refusées, on relève postérieurement 2 assignations en justice.

Aucune n'a encore donné lieu à une décision de justice. Le Sou Médical – Groupe MACSF a opposé 8 refus d'offres en 2010. Aucun de ces 8 dossiers n'a pour l'heure « rebondi » au judiciaire. En revanche, 2 d'entre eux avaient déjà fait l'objet d'une procédure judiciaire antérieure. L'une, initiée en 2006, est toujours en cours. L'autre avait déjà fait l'objet d'une décision de justice, rendue en 2008. Dans cette dernière affaire, le rapport de l'expert judiciaire concluait à l'absence de faute de notre sociétaire. Mais les magistrats ont considéré que le principe du contradictoire n'avait pas été respecté pendant les opérations d'expertise. C'est vraisemblablement la raison pour laquelle les demandeurs ont décidé de saisir la CRCI.

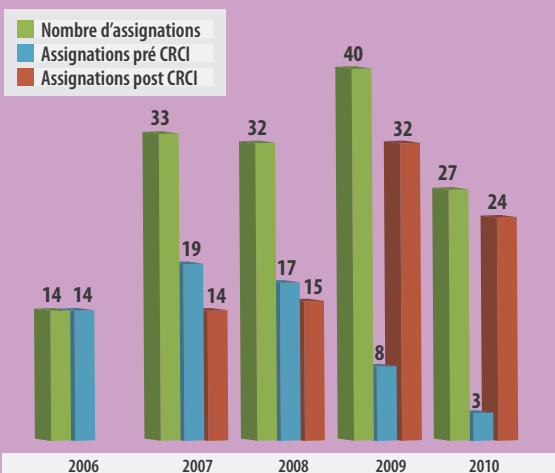
Évolution offres/refus d'offres

2006 - 2010



Si le nombre d'avis au fond diminue, le nombre d'offres d'indemnisation formulées par le Sou Médical – Groupe MACSF augmente. A mesure que les CRCI gagnent en expérience, la pertinence de leurs avis emporte la confiance des payeurs, enclins à les suivre dans leur position.

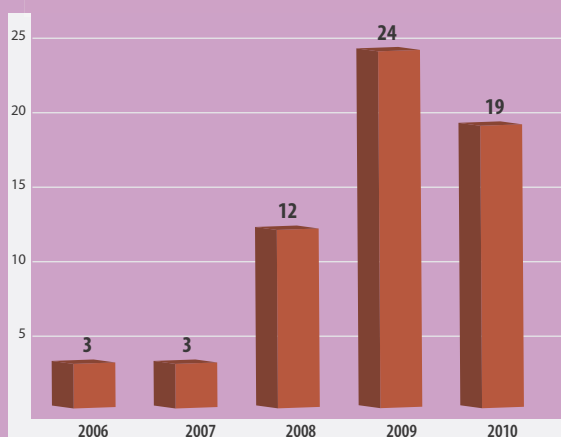
Évolution des assignations en justice pré ou post CRCI



A l'exception de l'année 2010, on peut constater que les assignations en justice postérieures à une procédure CRCI ont tendance à augmenter, tandis que les assignations en justice antérieures à une saisine de CRCI sont en recul. On peut s'interroger sur ces chiffres et y voir un double phénomène.

Pour des raisons de gratuité, de rapidité et de facilité, les plaignants saisissent en premier lieu les CRCI. Toutefois, ils n'hésitent pas à recourir devant le juge si la teneur des avis ne les satisfait pas. Ainsi, la voie des CRCI apparaît comme une voie privilégiée de prime abord, mais que les patients n'hésiteront pas à contester devant le juge en cas d'insatisfaction.

Évolution des décisions de justice pré ou post CRCI



Sur les 19 décisions de justice rendues en 2010 :

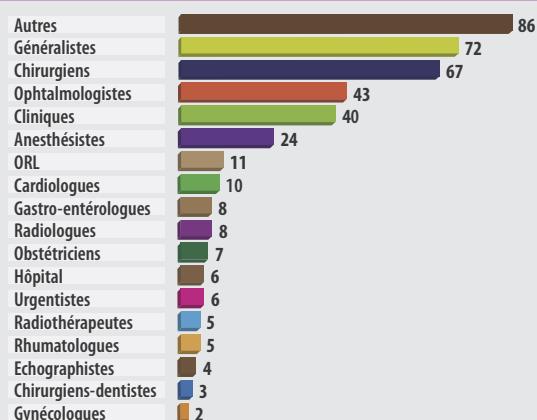
- 10 correspondent à des affaires dans lesquelles la CRCI avait rendu un avis favorable à notre sociétaire. Sur ces

10 affaires, 8 ont donné lieu à un débouté du demandeur et 2 à une indemnisation. Ces indemnisations ne sont néanmoins pas contradictoires avec la position de la CRCI puisque dans ces 2 dernières affaires, la CRCI s'était déclarée incompétente sans se prononcer sur les responsabilités ;

- 9 décisions de justice font suite à des avis défavorables de la CRCI, à la suite desquels, dans 7 dossiers, le Sou Médical – Groupe MACSF avait présenté une offre d'indemnisation au demandeur. La responsabilité du sociétaire a été confirmée par les juges dans les 9 dossiers. Au total, ce sont donc 11 dossiers que notre Groupe a indemnisés pour un total de 2 872 803 € (dont un dossier à 2 246 324 €), soit un coût moyen de 261 163 €.

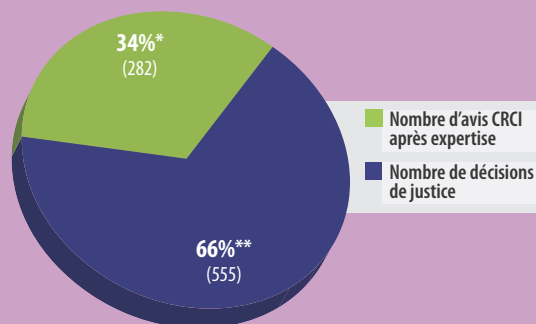
Répartition des mises en cause par spécialités

(407 mise en cause)



Répartition des procédures judiciaires/CRCI

2010



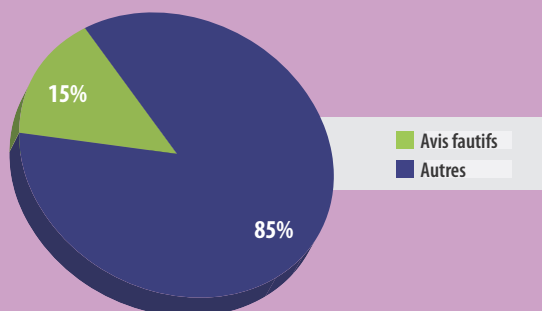
* 303 avis en 2009

** 651 décisions en 2009

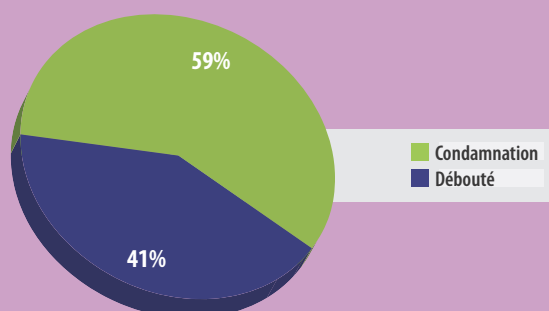
Si le nombre d'avis rendus en 2010 après expertise au fond a diminué par rapport à 2009, la proportion d'avis rendus par rapport aux décisions de justice a augmenté. Les procédures CRCI connaissent donc un succès grandissant, au détriment des procédures judiciaires. C'est le constat que l'on peut établir sur les premières intentions des plaignants. Mais il faudra plusieurs années de recul pour analyser si ce moindre engouement pour les saisines du juge de prime abord ne se traduit pas par une augmentation des recours en justice post-CRCI.

Comparaison condamnations judiciaires/CRCI 2010

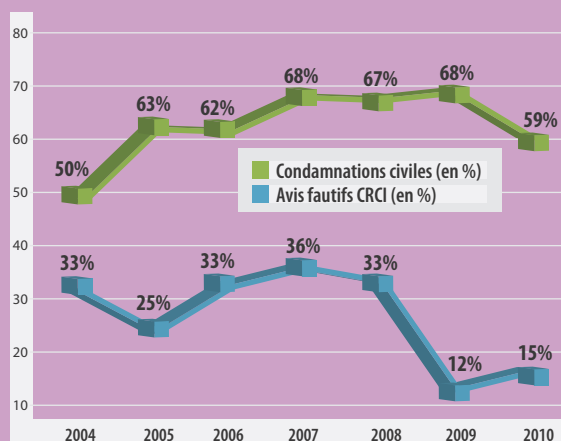
Avis CRCI fautifs



Condamnations judiciaires



Évolution des condamnations Parallèle Civil/CRCI



La tendance à une plus grande clémence des CRCI vis-à-vis des professionnels de santé se confirme encore cette année. On rappellera néanmoins toujours que ce constat mérite d'être relativisé, car les bases de références 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 CRCI repose sur 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 CRCI concluant à une faute doit donc se faire avec la plus grande prudence, même s'il apparaît tout à fait logique que les condamnations au civil soient plus nombreuses. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : nous rappellerons que le propre des sinistres fautifs est d'être présentés au contentieux, tandis que l'aléa tend à être soumis davantage à l'avis des CRCI.

La procédure civile apparaît également beaucoup moins accessible pour une victime que la procédure CRCI. Les victimes auront tendance à ne porter devant le juge que des demandes indemnitaires présentant de fortes chances de succès, car la procédure est payante et le ministère d'avocat obligatoire.

En revanche, l'accès à la CRCI est beaucoup plus aisé puisqu'il est gratuit, et dispensé du ministère d'avocat. Les victimes sont guidées dans leur démarche sur le site Internet des CRCI 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.

Nicolas LOUBRY

Directeur Adjoint
Le Sou Médical – Groupe
MACSF
Responsable du Département
Protection Juridique



Rapport d'activité

MACSF – Le Sou Médical
sur l'exercice 2010

En 2010, 311 958 sociétaires ont été couverts par le contrat d'assurance de protection juridique du Sou Médical – Groupe MACSF (+ 11,4 % par rapport à 2009).

Le nombre de sinistres déclarés au cours de cette année est stable : 7 942 dossiers ouverts, contre 7 963 en 2009. Les demandes de renseignements ont en revanche progressé de près de 11,50 % : 1 694 demandes, contre 1 476 en 2009.

L'activité téléphonique a aussi progressé de manière significative (58 124 appels traités, contre 57 129 en 2009), de même que le nombre de courriers ou de fax. L'évolution du nombre de courriels reçus est encore plus marquante : 14 317 en 2010, contre 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

« *Soyez prêt à défendre vos droits avec l'assurance de protection juridique* » : c'est le thème de la campagne de communication lancée par la profession, en partenariat avec les pouvoirs publics, afin de promouvoir la protection juridique. Dans une perspective d'amélioration de l'accès au droit, les sociétés d'assurance de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) et du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA) ont en effet travaillé en collaboration avec la Chancellerie pour développer l'assurance de protection juridique et contribuer

à l'allègement du budget de l'aide juridictionnelle. L'ensemble des sociétés d'assurance distribuant des produits de protection juridique « vie privée » s'engage à avoir dans sa gamme de produits des garanties ou options pouvant couvrir leurs assurés (personnes physiques) et leur foyer pour des domaines juridiques déjà couverts par l'assurance de protection juridique du Sou Médical – Groupe MACSF. Seule nouveauté : l'obligation prochaine de couvrir certains litiges du droit de la famille aujourd'hui exclus : en ligne directe, les successions, legs et donations, le droit de la filiation et les incapacités.

Les travaux avec la Chancellerie ont également abouti à des propositions visant à améliorer le processus de subsidiarité de l'aide juridictionnelle, avec une refonte des formulaires de demande pour mieux définir son périmètre dans les domaines pouvant être concernés par les contrats d'assurance.

La loi n° 2010-1609 du 22 décembre 2010 (JO du 23 décembre 2010) a créé la convention de procédure participative : il s'agit pour les parties, assistées de leurs avocats agissant dans le cadre d'une convention, de rechercher une solution amiable négociée à leur litige, avant toute saisine de juge ou d'arbitre. Le but est de développer et d'améliorer le règlement amiable des litiges, afin de limiter le recours à la justice. Si cette nouvelle procédure vise à renforcer le rôle des avocats et peut permettre de favoriser la résolution amiable des conflits, on peut regretter qu'elle ne soit réservée qu'à une certaine profession, dévalorisant d'autres professionnels tels que les assureurs de protection juridique, dont les juristes sont amenés à résoudre quotidiennement des litiges à l'amiable.

Le libre choix de l'avocat

La protection juridique a été réformée par la loi n° 2007-210 du 19 février 2007 (JO du 21 février 2007). Réglementée par une directive européenne du 22 juin 1987, elle a été intégrée en droit français par une loi du 31 décembre 1989, ultérieurement réformée par une loi du 19 février 2007.

Tout sociétaire impliqué dans une procédure (engagée par lui ou initiée par l'autre partie) doit recueillir les précisions nécessaires auprès de son avocat sur l'aspect financier de l'opération, et se reporter au montant de prise en charge garanti par le Sou Médical – Groupe MACSF pour chaque stade de procédure, afin de déterminer les sommes susceptibles de rester à sa charge. Le Sou Médical – Groupe MACSF s'efforce d'orienter ses sociétaires qui lui en font la demande vers des avocats correspondants, soucieux de communiquer une convention d'honoraires aussi précise que possible à leur client pour leur éviter toute mauvaise surprise.

La loi du 19 février 2007 n'interdit pas à l'assureur de protection juridique de transmettre à l'assuré le nom d'un avocat, dès lors que la demande lui en est faite par écrit : c'est un service qui peut se révéler bien utile pour éviter de faire un choix au hasard.

Par ailleurs, le Sou Médical – Groupe MACSF veille à réaliser le règlement de sa prestation financière (remboursement au sociétaire des frais de la procédure) dans les plus brefs délais, et en tout état de cause sous quinze jours à réception des documents nécessaires (factures acquittées).

Consultations ou actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre

Les simples consultations d'avocat, en l'absence de litige, ne sont pas prises en charge.

Si un sociétaire est confronté à un litige, il doit en informer immédiatement son assureur, sans attendre la fin de la procédure comme cela arrive parfois, car la loi autorise l'assureur à ne pas prendre en charge rétroactivement les frais qui ont pu être exposés par l'assuré sans aucune déclaration préalable. En revanche, les consultations ou actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre ne peuvent justifier la déchéance de garantie du fait que l'assureur n'aurait pas été informé antérieurement à la consultation auprès de l'avocat. La loi prévoit que ces consultations ou ces actes de procédure ne sont toutefois pas pris en charge par l'assureur, sauf si l'assuré peut justifier d'une **urgence** à les avoir demandés (article L. 127-2-2 du code des assurances).

Les recommandations et engagements du Sou Médical – Groupe MACSF

Notre service de protection juridique se compose de 36 personnes, dont 25 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 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 le Sou Médical – Groupe MACSF, conformément aux dispositions du contrat.

Notre équipe de juristes publie régulièrement des articles sur le site www.macsfr.fr (rubriques « Vous informer » et « Vie libérale ») pour informer nos sociétaires sur leurs droits et obligations et leur ouvrir l'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 au cours de l'année 2010.

L'activité en 2010

En 2010, l'évolution du nombre des sinistres est toujours aussi importante, même si elle s'est stabilisée : 7 942 dossiers ouverts, contre 7 963 en 2009 et 7 217 en 2008. Le droit immobilier et le droit de la consommation ont représenté 60 % des ouvertures de dossiers. Si les conflits en rapport avec le droit du travail, le droit hospitalier et le droit de la sécurité sociale ont légèrement augmenté, les litiges professionnels relatifs à la déontologie et aux contrats d'exercice en groupe ont diminué cette année, au profit d'une activité de renseignements en augmentation globale de près de 11,5 %.

La répartition des dossiers ouverts en 2010 est identique à celle de l'année dernière : 45,28 % concernent des litiges d'ordre privé, alors que 54,72 % 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 **1 573** déclarations (1 828 en 2009), soit une baisse de plus de 19 %.

Le contentieux disciplinaire représente encore cette année une part prépondérante de l'activité. Ces litiges concernent principalement les médecins. Les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes, ou encore les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures podologues, sont impliqués moins souvent. Le contentieux ordinal connaît le plus souvent des litiges relatifs à la confraternité (diffamation entre confrères), mais également en rapport avec la rédaction de certificats médicaux litigieux (plaintes de tiers aux patients, comme le conjoint, l'employeur, l'ayant droit, l'assureur) ou enfin concernant des soins non conformes aux pratiques médicales reconnues. La multiplication des réunions de conciliation devant les Ordres professionnels permet d'aboutir à des solutions amiables dans de nombreux cas, et l'information délivrée par nos juristes permet de désamorcer certains conflits naissants.

La médecine de groupe peut être source de conflits, en matière de retrait ou de cession de parts d'une société, qu'il s'agisse de sociétés civiles de moyens ou de sociétés civiles professionnelles. L'insertion de clauses de non-concurrence dans le cadre de contrats de remplacement ou de collaboration a donné lieu à des litiges sur la validité de ces clauses. Les praticiens libéraux exerçant en clinique nous ont saisis, le plus souvent lorsqu'ils étaient confrontés à une rupture brutale de leur contrat. Les contentieux liés à

l'augmentation du montant des redevances sans justification représentent aussi une part importante de nos dossiers.

En matière de fiscalité, nous avons répondu à de nombreuses questions de la part de nos sociétaires et suivi certains contentieux portant sur : l'exonération d'impôt sur le revenu des heures supplémentaires effectuées par les praticiens hospitaliers, la fiscalité du rachat de RTT placées sur un compte épargne temps, les expertises médicales face à la TVA, la fiscalité de la cession d'un cabinet ou encore l'assujettissement des remplaçants à la cotisation foncière des entreprises...

Poursuites disciplinaires devant les ordres (698 en 2010, contre 730 en 2009 et 676 en 2008)

Le nombre de dossiers concernant des plaintes ordinaires a légèrement diminué entre 2009 et 2010.

Les litiges ont porté, comme à l'habitude, sur un grand nombre de domaines : contestations d'actes (165), certificats (157), confraternité (133), secret professionnel (63), publicité (40), comportement douteux du médecin (35), détournement de clientèle (17), dossier médical (15), refus de soins (14), titres (13), compérage (11), exercice irrégulier (9), qualification (8), installation (6), gardes (5), non-assistance (4), ou encore défaut d'examen (3).

Litiges entre confrères (430 en 2010, contre 335 en 2009 et 292 en 2008)

La médecine de groupe connaît toujours autant de litiges, en augmentation de plus de 28 % entre 2009 et 2010. Des contrats mal rédigés, comportant des clauses insuffisamment précises, sont souvent à l'origine de ces contentieux. Les dossiers ouverts en 2010 concernent la structure juridique du groupe ou le contrat du sociétaire et visent le retrait (75), la cession de parts sociales (46), la dissolution (40), la gérance (12), l'exclusion (9), la constitution de la société (2). Les dossiers concernent des contrats de remplacement (52), de collaboration (49), l'application des contrats d'exercice en commun (37), de cession de clientèle (17), d'assistantat (10), ou de conventions d'intégration (2). L'application ou l'interprétation de clauses de non réinstallation reste encore d'actualité (7).

Autres litiges (72).

Litiges avec des cliniques (85 en 2010, contre 87 en 2009 et 69 en 2008)

Ils portent sur la rupture (25), la redevance (17), la clause d'exclusivité (8), la cession de la clinique (4), le préavis (3), la cessibilité du contrat (2), d'autres dossiers (26).

Litiges portant sur divers contrats d'exercice professionnel (80 en 2010, contre 78 en 2009 et 82 en 2008)

Le nombre des déclarations est stable par rapport aux années 2008 et 2009. Ces déclarations portent de plus en plus souvent sur des contrats de collaboration (40, contre 28 en 2009), des contrats de remplacement (19), et moins sur les difficultés liées aux cessions de clientèle (6). Les autres déclarations ont porté sur des contrats avec des maisons de retraite (4), d'autres établissements privés (1) ou sur un contrat d'assistantat (1), indépendamment d'autres dossiers (9).

Litiges fiscaux (73 en 2010, contre 106 en 2009 et 84 en 2008)

Ils sont en diminution importante par rapport à 2009 (- 45 %). En 2010, nous avons eu moins de contrôles

sur la déclaration d'ensemble des revenus (14) ou sur la déclaration de BNC (14). Les autres litiges ont porté sur les impôts locaux (13), la fiscalité immobilière (13), les revenus fonciers (13), la TVA (2), les plus-values (2), la taxe professionnelle (1) et l'ISF (1).

Plaintes pénales (52 en 2010, contre 51 en 2009 et 48 en 2008)

Ces plaintes ont été majoritairement déposées à l'initiative des praticiens : diffamation (13), autres motifs (20).

Les plaintes déposées par des patients concernent la rédaction de certificats (4), la violation du secret (3), le comportement du médecin (1) ou encore la non-assistance (1) et d'autres motifs (10).

Procédures administratives (43 en 2010, contre 64 en 2009 et 47 en 2008)

Ces dossiers concernent diverses mises en cause à l'initiative de l'administration (11), les réquisitions (4).

Les procédures administratives devant les Ordres professionnels ont concerné les domaines suivants : cabinet secondaire (13), qualification (6), installation (4), dispense de gardes (3), inscription au tableau (2).

Recours exercés par des sociétaires dans le cadre de l'assurance de leur cabinet professionnel auprès de la MACSF (48 en 2010, contre 176 en 2009)

Cette couverture de protection juridique, qui accompagne l'assurance dommages du cabinet, est réalisée par le Sou Médical - Groupe MACSF afin de poursuivre l'action des services couvrant ces dommages, en permettant les recours complémentaires nécessaires dans certaines situations.

Litiges concernant des annuaires professionnels (64)

Les affaires liées aux escroqueries des sociétés d'annuaires professionnels ont sensiblement diminué en 2010 (55 dossiers), nos sociétaires étant sans doute mieux informés et donc plus attentifs lorsqu'il reçoivent ces offres publicitaires. Les litiges avec France Télécom (9) portent toujours sur la disparition des coordonnées de sociétaires exerçant en libéral dans l'annuaire Pages Jaunes.

■ 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 **1 639** (1 575 en 2009), soit une augmentation de 4 %.

Droit du travail (703 en 2010, contre 643 en 2009 et 573 en 2008)

L'année 2010 a été marquée par un fort développement des questions liées à la rupture conventionnelle, même si le contentieux reste faible. Les questions portant sur les sanctions disciplinaires et les mesures de licenciement sont toujours importantes, à la fois en nombre d'actions contentieuses et en demandes de conseils. On a pu également constater au cours de cette année plusieurs actions portant sur la nature et l'exercice du contrat de travail : notamment la réalisation d'heures supplémentaires ou complémentaires, et plus généralement sur la durée du travail, ou encore sur certaines

clauses spécifiques du contrat de travail, comme la clause de dédit formation et également sur les possibilités de modification du contrat et ses conséquences. Nos sociétaires médecins du travail nous ont sollicités dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, à la fois sur des questions portant sur leurs conditions de travail, et notamment sur leur volume d'activité, mais aussi sur les problématiques liées à leurs rapports avec leur employeur ou les entreprises utilisatrices. Les interrogations liées à la procédure de licenciement pour inaptitude n'ont pas diminué, d'autant que les contraintes juridiques et jurisprudentielles rendent cette procédure particulièrement délicate. Les questions liées au sort des personnels des cabinets médicaux en cas de départ d'associé ou de cessation d'activité ont également été constantes en 2010, alors que la tendance déjà soulignée en 2008 et 2009 portant sur les conditions de travail, les risques psychosociaux ou encore le harcèlement moral s'est également poursuivie.

- Sociétaires employeurs (303 en 2010, contre 283 en 2009 et 271 en 2008)

Les litiges rencontrés concernent de nombreux aspects du contrat de travail : licenciement pour faute (134), licenciement économique (16), sanctions disciplinaires (16), résiliation judiciaire (12), interprétation du contrat (11), maladie ou accident (10), harcèlement (9), démission (8), durée du travail (8), CDD (7), rupture de la période d'essai (7), application d'une convention collective (6), autres (59).

Sociétaires salariés (400 en 2010, contre 360 en 2009 et 302 en 2008)

Les litiges portent sur le licenciement pour faute (75), l'interprétation du contrat (39), le licenciement économique (33), les sanctions disciplinaires (23), le harcèlement (19), la durée du travail (15), la maladie ou l'accident (14), l'application de la convention collective (12), la rupture de la période d'essai (10), le départ à la retraite (9), le CDD (8), la démission (5), la contestation des avis du médecin du travail (5), les heures supplémentaires (2), la diffamation ou la calomnie (2), autres (129).

Droit hospitalier (413 en 2010, contre 411 en 2009 et 442 en 2008)

Comme en 2009, les difficultés relationnelles n'ont pas diminué, avec des affaires de diffamation ou d'injure, ou encore de harcèlement moral.

En 2010, plusieurs problématiques ont retenu notre attention :

- Le choix de catégorie A ou le maintien en catégorie B pour les infirmiers.
- Les demandes de mobilité, qu'il s'agisse de mutation, de disponibilité ou de détachement.
- Les souhaits de cumul d'emploi pour les fonctionnaires, et notamment cumul d'activité publique avec une activité libérale ou de remplacement.
- Les actions en répétition de l'indu menées par des hôpitaux à l'encontre de praticiens hospitaliers qui n'auraient pas rempli toutes leurs obligations de service.
- Les demandes de prolongation d'exercice formulées par les praticiens hospitaliers.

- La poursuite des difficultés liées à la pénurie de personnels infirmiers dans certains établissements, mais aussi de sages-femmes et de praticiens dans certaines spécialités.

Rappel de rémunération (115 en 2010, contre 86 en 2009 et 134 en 2008)

Carrière hospitalière (136 en 2010, contre 113 en 2009 et 69 en 2008)

On retrouve des litiges sur : droits statutaires (95), mutation (6), avancement (6), reprise d'ancienneté (5), requalification du statut (3), non titularisation (3), suspension (2), notation (1), autres (15).

Difficultés en cours de contrat (50 en 2010, contre 39 en 2009 et 48 en 2008) :

Les causes de ces litiges sont les suivantes : rupture de contrat (17), modification de contrat (11), autres (22).

Harcèlement (38 en 2010, contre 32 en 2009 et 40 en 2008)

Diffamation ou violences (16 en 2010, contre 11 en 2009 et 21 en 2008)

Sanctions disciplinaires (21 en 2010, contre 29 en 2009 et 16 en 2008)

Maladies professionnelles et accidents du travail (22 en 2010, contre 14 en 2009 et 15 en 2008)

Autres (15 en 2010, contre 87 en 2009 et 99 en 2008)

Sécurité sociale (523 en 2010, contre 521 en 2009 et 390 en 2008)

En 2010, les contentieux en matière d'indus ont été encore importants, avec une tendance à l'augmentation des contentieux liés aux pénalités financières prononcées par les directeurs des organismes d'assurance maladie à l'encontre des professionnels de santé.

Nous avons également constaté un développement des contentieux en matière de dépassements d'honoraires (en dehors des cas autorisés par la Convention nationale) des médecins généralistes conventionnés en secteur I. Le contentieux opposant les Caisses aux médecins généralistes cotant CS n'a pas véritablement faibli en 2010, malgré la position adoptée par la Cour de Cassation. En effet, la 2^{ème} chambre civile de la Cour de Cassation, par son arrêt du 8 avril 2010, a refusé de reconnaître aux généralistes qualifiés de « spécialistes en médecine générale » le droit de coter CS. Toutefois, en dehors des procédures toujours en cours, ce contentieux a vocation à disparaître, puisque la consultation cotée C est facturée à 23 € depuis le 1^{er} janvier 2011, et la décision UNCAM parue au JO du 6 janvier 2011 autorise désormais les médecins spécialistes de médecine générale à coter CS. Cependant, certains médecins généralistes n'ont pas attendu le 1^{er} janvier 2011 pour facturer la consultation à 23 €. Cela a conduit les Caisses d'assurance maladie à prononcer des sanctions conventionnelles à l'égard des médecins contrevenants, telles que

la suspension de la participation à la prise en charge de leurs cotisations sociales (pour des durées variant de un à douze mois). Des recours en annulation de ces décisions ont alors été formés par certains médecins devant les tribunaux administratifs.

Les autres tendances en 2010 du droit de la sécurité sociale concernent la poursuite des litiges avec les URSSAF sur les problèmes engendrés par la défaillance de leur système informatique. La réforme attendue des retraites, promulguée par la loi du 9 novembre 2010, a multiplié les demandes de renseignements de la part de nos sociétaires. Ces demandes portaient principalement sur les domaines suivants : l'âge de liquidation des retraites et l'âge de départ pour une retraite à taux plein, les validations de trimestres ou encore la poursuite d'une activité professionnelle après la retraite.

Les déclarations concernent les domaines suivants :

Relations Caisses-praticiens (358 en 2010, contre 305 en 2009 et 242 en 2008)

Les dossiers portent sur l'interprétation et l'application de la NGAP (93), la CCAM (68), l'application des conventions (42), des poursuites pour abus et fraude (27), la contestation de pénalités financières (13), la mise sous entente préalable (11), autres dossiers (104)

Prévoyance sociale des praticiens (30 en 2010, contre 29 en 2009 et 22 en 2008)

Les domaines concernés sont les suivants : maladie (10), maternité (6), accident du travail et maladie professionnelle (5), invalidité décès (5), incapacité temporaire (3), autres (1).

Litiges avec l'URSSAF (62 en 2010, contre 47 en 2009 et 33 en 2008)

Ils portent sur les cotisations (54), les contrôles (6) et autres (2).

Retraite des praticiens salariés (22 en 2010, contre 17 en 2009 et 45 en 2008)

On retrouve des difficultés dans les domaines suivants : liquidation de pension (8), retraite des salariés du secteur public (8), régularisation, rachat (3), employeurs multiples (3).

Retraite des praticiens libéraux (29 en 2010, contre 108 en 2009 et 23 en 2008)

Les litiges portent sur la liquidation des pensions (12), le montant des cotisations (11), l'affiliation (1), autres (5).

Autres (22 en 2010, contre 15 en 2009 et 25 en 2008)

■ Droit immobilier

Les principales catégories de litiges ont connu en 2010 une augmentation du nombre des déclarations : **2 287** (2 210 en 2009), soit une augmentation de 3,50 %.

Le droit de la construction, et notamment les problèmes de malfaçons, de retards, voire d'abandons de chantier, mais aussi les facturations de travaux constituent la plus grande part de nos ouvertures de sinistres. Suivent les différends opposant nos sociétaires propriétaires à leurs

locataires, mais également à leurs administrateurs de biens, ceux opposant les propriétaires à leurs locataires portant principalement sur le non paiement des loyers. Rappelons que si le Sou Médical – Groupe MACSF n'intervient pas pour la prise en charge du commandement de payer délivré par voie d'huissier, il peut en revanche participer aux frais et honoraires d'avocat, à concurrence des barèmes prévus par le contrat, lorsqu'un avocat est amené à saisir par la suite le tribunal pour solliciter, outre la résiliation du bail, l'expulsion du locataire.

Autre domaine important : les litiges de voisinage, et principalement ceux portant sur des travaux exécutés par un voisin. En 2010, nous avons eu moins de déclarations relatives à des litiges de copropriété.

Construction et travaux (773 en 2010, contre 799 en 2009 et 715 en 2008)

Le risque de conflit demeure élevé dans ce domaine. Avant l'exécution de travaux, il est conseillé de solliciter de l'entreprise une copie d'une attestation d'assurance, toujours en cours de validité, et énonçant bien l'activité pour laquelle les travaux sont entrepris. Si après cette première précaution, il existe des malfaçons et que la responsabilité de l'entreprise doit être mise en cause, la date à partir de laquelle les garanties de construction pourront jouer sera celle de la réception des travaux. De plus, si l'entreprise ne réagit pas après l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, il est vivement conseillé de saisir le tribunal avant l'expiration desdites garanties. L'ensemble des litiges de la rubrique se répartit de la façon suivante : malfaçons (629), retard de livraison (33), abandon de chantier (31), litiges sur montant de facture (25), responsabilité de l'architecte (13), discussion sur l'application de la garantie biennale ou décennale (12), non réalisation du projet (12), application de l'assurance dommage ouvrage (8), livraison d'un bien non conforme (7), litige avec promoteur (3).

Relations locataire/propriétaire (526 en 2010, contre 482 en 2009 et 470 en 2008)

Le nombre de dossiers relatifs à ces différends a augmenté. De plus en plus de propriétaires sont confrontés à un problème de paiement de loyers : l'article 41 de la loi n°2010-1249 du 22 octobre 2010 leur interdit désormais, en préalable à l'établissement d'un contrat de location, de réclamer à leur locataire la production d'une copie des informations contenues dans le fichier national des incidents de remboursements des crédits aux particuliers, et de l'information de la non inscription à ce fichier. Concernant les réparations locatives, pour lesquelles de nombreux conflits interviennent à défaut de texte établissant une liste des charges et réparations récupérables par le propriétaire sur son locataire en matière de bail professionnel, nous ne pouvons que recommander de prévoir, dans un tel contrat, une référence aux décrets existant à cette fin pour les locaux d'habitation ou à usage mixte. Les principaux domaines dans lesquels nos sociétaires ont rencontré des difficultés sont les suivants : expulsion (84), réparations locatives (77), litiges avec administrateur de biens (56), troubles de jouissance (54), réclamations diverses du locataire à l'égard du sociétaire propriétaire (48), litiges portant sur le congé (35), qualification et nature du bail (35), résiliation d'un bail (31), charges locatives (19), retards de paiement (18), contestation par nos sociétaires locataires du loyer réclamé (17), réparations incombant au bailleur (14), litiges sur nouveau loyer lors d'un renouvellement de bail (13), cession ou sous-location (10), renouvellement d'un bail professionnel (8), location saisonnière (3), colocation (2), cautionnement (2).

Litige de voisinage (396 en 2010, contre 409 en 2009 et 363 en 2008)

Lorsqu'un voisin projette d'exécuter des travaux nécessitant un permis de construire, il est tenu d'afficher ce permis. Aussi est-il recommandé d'être vigilant, car toute contestation relative à un permis doit être effectuée dans un délai de deux mois à compter de son affichage. De plus, s'il n'est plus possible d'exercer un recours sur le plan administratif, il est possible sur le plan civil de saisir le tribunal, à bon escient. Il est alors indispensable d'apporter, par tous moyens, la preuve que les travaux exécutés occasionnent des troubles de jouissance.

S'agissant des litiges portant sur la hauteur ou le défaut d'égoutage des plantations, il est conseillé de se renseigner auprès de la mairie de la localité dont on dépend sur l'existence de règlements municipaux, car les dispositions du code civil ne s'appliqueront qu'en leur absence. Ces dernières disposent que tout arbre, dont la hauteur dépasse deux mètres, doit être planté à une distance de deux mètres de la ligne séparative des héritages, et pour les autres à la distance d'un demi mètre.

En matière de nuisances sonores, il est recommandé de tenter un arrangement amiable avec le voisin, car en cas de saisine d'un tribunal, il faudra apporter la preuve des nuisances, ce qui n'est pas toujours aisé.

Les litiges portent sur des nuisances, notamment de bruit et de dégât des eaux (89), mais également de vue (17) ou encore d'odeurs (9).

Les contestations de travaux réalisés par un voisin (102), sur des questions de bornage, de mitoyenneté, de clôture et d'empiètement (60), sur des plantations (34), sur des servitudes et notamment des servitudes de passage (28), ont alimenté bon nombre de nos dossiers. A signaler également des contestations de travaux effectués par nos sociétaires (28), sur des troubles de provocation (19), sur l'écoulement des eaux (10).

Litiges de copropriété (261 en 2010, contre 230 en 2009 et 216 en 2008)

Si les honoraires d'un syndic sont librement négociés avec le syndicat des copropriétaires, de plus en plus d'avis énoncent ce que l'on peut entendre par les tâches courantes.

Depuis la loi n° 2010-238 du 9 mars 2010 (JO du 10 mars 2010), tous les logements devront être équipés d'au moins un détecteur avertisseur autonome de fumée. Cette obligation est à la charge de l'occupant du logement, qu'il soit locataire, propriétaire ou même occupant à titre gratuit, et incombera au seul propriétaire non occupant pour certains logements comme les locations saisonnières, les foyers, les logements de fonction et les locations meublées. Dans les parties communes des immeubles collectifs, les propriétaires devront également mettre en œuvre des mesures de sécurité destinées à prévenir le risque d'incendie. L'installation de ces détecteurs sera obligatoire d'ici mars 2015.

Les déclarations sont alimentées par les difficultés suivantes : litiges avec le syndic (95), troubles de jouissance des parties privatives (48), travaux faits par la copropriété (16), travaux faits par un copropriétaire (14), travaux faits par l'un de nos sociétaires (12), augmentation des charges (14), ouverture et fermeture des portes dans la journée (13), non respect du règlement de copropriété (13), dysfonctionnement d'un service collectif de la copropriété (11), litiges sur travaux votés (10), nomination du syndic ou de l'administrateur provisoire (6), assignation en paiement de charges (4), litiges sur majorité retenue (3), plaque professionnelle (2).

Ventes immobilières (154 en 2010, contre 152 en 2009 et 157 en 2008)

Figurent dans cette rubrique les cas suivants : vice caché découvert après la vente (70), refus de signer l'acte authentique (35), revendication portant sur les clauses de l'acte (15), litiges avec une agence immobilière (11), mise en cause de la responsabilité d'un notaire (6), diagnostic erroné (6), litiges portant sur une proposition d'achat (6), sur la superficie du local (3), sur la restitution d'indemnités d'immobilisation (2).

Urbanisme (77 en 2010, contre 69 en 2009 et 60 en 2008)

Ces difficultés font souvent l'objet de procédures lourdes. Elles portent sur les domaines suivants : permis de construire (37), travaux non effectués (10), contestation d'arrêtés (8), servitude d'utilité publique (6), déclaration de travaux (5), expropriation (5), transformation de locaux sans autorisation (3), droit de préemption de la commune (2), construction sans permis (1).

Recours exercés par des sociétaires dans le cadre de l'assurance de leur cabinet professionnel auprès de la MACSF (16 en 2010, contre 15 en 2009 et 15 en 2008)

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) (60 en 2010, contre 30 en 2009 et 21 en 2008)

Divers (24 en 2010, contre 24 en 2009 et 19 en 2008)

■ Droit de la consommation - Vie privée

Ce domaine a connu une relative stabilité en 2010, puisque le nombre total de déclarations s'élève à **2 443** (2 333 en 2009).

Comme l'an passé, l'évolution la plus significative concerne les litiges avec des fournisseurs et prestataires de services.

Les litiges portant sur le véhicule de nos sociétaires (aussi bien en usage professionnel que privé) représentent, cette année encore, une grande part de l'activité de ce pôle (recours contre un garagiste suite à une réparation mal effectuée, litige lors de l'achat d'un véhicule neuf ou d'occasion...).

Par ailleurs, les dossiers d'agressions de sociétaires restent nombreux, même s'ils ont légèrement diminué : afin d'améliorer la situation des victimes, la loi du 1^{er} juillet 2008 a créé un service leur permettant d'être mieux et plus rapidement dédommagés. Il s'agit du service d'aide au recouvrement des victimes d'infractions (SARVI), qui permet aux victimes d'infractions d'obtenir directement d'un fonds de garantie, et en quelques mois seulement, le paiement des dommages et intérêts qu'ils ont obtenus devant une juridiction pénale, dans la limite de 3 000 €, sans avoir à s'adresser à la personne condamnée.

Litiges avec des fournisseurs et prestataires de service (932 en 2010, contre 775 en 2009 et 986 en 2008)

Il s'agit toujours du domaine rassemblant le plus grand nombre de dossiers, avec notamment beaucoup d'affaires concernant l'annulation de voyages ou les relations avec des sociétés de leasing. Trois faits marquants méritent d'être soulignés : les litiges avec la société Poly Implant Prothèse, la liquidation judiciaire de la société Vogica et une modification législative apportée par la loi du 8 décembre 2009 concernant l'allongement du délai de contestation pour le consommateur en matière de déménagement (de trois jours à dix jours).

On trouve dans cette rubrique les litiges suivants : achat de biens mobiliers (194), en matière de matériel professionnel : location longue durée (135), achat (77) et crédit bail (23).

On retiendra également des litiges avec des prestataires informatiques (39), des opérateurs Internet (48) et d'autres sociétés (23).

D'autres dossiers ont également été ouverts dans des domaines relevant davantage de la vie privée : litiges avec voyagistes (115), avec un déménageur (19), avec un chauffagiste (9), avec des organismes d'enseignement (9), avec un teinturier (7) ou une société de nettoyage (6), avec un cuisiniste (6), un plombier (4), une société de télésurveillance (3), une société de climatisation (2), des installateurs de piscines (2) ou encore un hôtelier (1).

La téléphonie mobile a donné lieu à 36 ouvertures de dossiers, et les affaires liées aux escroqueries des sociétés d'annuaires professionnels ont généré 158 dossiers, qui s'ajoutent aux 55 dossiers gérés par le pôle déontologie.

A signaler enfin, 16 litiges avec des sociétés proposant des secrétariats téléphoniques.

Poursuites pénales (399 en 2010, contre 426 en 2009 et 377 en 2008)

Il s'agit tout d'abord des affaires concernant nos sociétaires poursuivis pénalement, en diminution par rapport à 2009 (95, contre 111) : coups et blessures (23), agressions sexuelles (13), diffamation (12), escroquerie, vol, faux et usage de faux (8), stupéfiants (6), dénonciation calomnieuse (5), infractions routières (3), outrage à agent

de la force publique (2), vandalisme (2), autres (21).

Les affaires dans lesquelles nos sociétaires ont été victimes n'ont pas augmenté en 2010 (304 contre 315 en 2009 et 290 en 2008). Il s'agit essentiellement : de coups et blessures (103), diffamation (43), vol (37), vandalisme (17), escroquerie (15), faux et usage de faux (13), agressions sexuelles (12), dénonciation calomnieuse (10), autres (54).

Litiges concernant les véhicules à moteur (355 en 2010, contre 349 en 2009 et 255 en 2008)

On trouve dans cette rubrique les litiges nés à l'occasion de l'intervention d'un garagiste (167), d'un achat (108), d'une vente (26), d'une location (23), d'un leasing (16), autres (15).

Litiges avec des sociétés d'assurances (247 en 2010, contre 245 en 2009 et 204 en 2008)

Ils portent sur les sujets suivants : refus de garantie (125), contestation d'indemnisation (43), augmentation de cotisation (9), litiges divers (70).

Litiges avec des établissements bancaires (155 en 2010, contre 172 en 2009 et 141 en 2008)

Ils portent sur : crédits immobiliers professionnels (51), crédits à la consommation (9), moyens de paiement (9), fonctionnement du compte de dépôt (9), cautionnement (9), autres (68).

Litiges avec des services publics (83 en 2010, contre 98 en 2009 et 92 en 2008)

Entrent dans cette catégorie notamment les litiges concernant : électricité (19), téléphonie (17), gaz (14), enseignement (14), annuaires (7), transports (3), eau (2), courriers (1), autres (6).

Mise en cause d'une responsabilité médicale ou hospitalière (93 en 2010, contre 66 en 2009 et 80 en 2008)

La répartition de ces dossiers est la suivante : mise en cause d'un médecin (39), d'une clinique ou d'un hôpital (34), d'un chirurgien-dentiste (11), assistance d'un sociétaire auprès d'une CRCI (1), divers (8).

Accidents (77 en 2010, contre 119 en 2009 et 80 en 2008)

Dans ce domaine, la sinistralité a été moins importante, avec une prédominance des accidents corporels (58) par rapport aux accidents matériels (19). Le plus souvent, ces dossiers mettent en cause un assureur.

Responsabilités professionnelles diverses (78 en 2010, contre 62 en 2009 et 65 en 2008)

Divers professionnels ont été mis en cause : experts comptables (10), avocats (7), autres professionnels (61).

Propriété littéraire et artistique (24 en 2010, contre 9 en 2009 et 8 en 2008)

Sont concernés les litiges portant sur des contrats d'édition ou des dossiers de reproduction illicite.



macsf.fr

Tous vos services à portée de clic

- Un site pour vous assurer 7j/7
- Un site pour vous simplifier la vie 24h/24
- Un site pour vous informer (veille juridique et médicale)
- Un site pour échanger
- Un site sécurisé

www.macsf.fr

☎ 3233* ou 01 71 14 32 33

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement