

RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN STRUCTURE D'URGENCE

AVRIL 2024

Jeudi 17 mars, un patient est mort aux urgences par défaut de prise en charge

Un homme atteint d'une hémorragie digestive est mort aux urgences jeudi 17 mars. Un décès occasionné par le manque de personnel et de lits d'hospitalisation, selon un urgentiste. La direction des Hôpitaux universitaires de Strasbourg a demandé l'ouverture d'une enquête interne.

Un jeune homme de 25 ans est mort fin septembre après avoir attendu pendant des heures d'être pris en charge aux urgences, à Hyères (Var). Corinne, sa mère, et Damien, un patient témoin de la scène, livrent des témoignages glaçants ce mercredi sur RMC, alors que la famille a déposé une plainte pour homicide involontaire.

Morte aux urgences : le service était saturé, la patiente décède sur son brancard dans la file d'attente



Isère : un homme porte plainte après la mort de sa femme, qui a attendu 11 heures aux urgences

Le mari de la victime, décédée d'un infarctus au lendemain de son passage à l'hôpital de Bourgoin-Jallieu, est persuadé que l'établissement s'est rendu coupable de négligence.



Urgences de l'hôpital de Nantes. Crédit : PHOTOPOR/QUEST FRANCE/MAXPPP/Franck Dubray

Nancy : un patient décède après plusieurs appels au Samu, enquête ouverte

Par La rédaction de TF1info
Publié le 14 novembre 2019 à 10h53, mis à jour le 14 novembre 2019 à 11h26





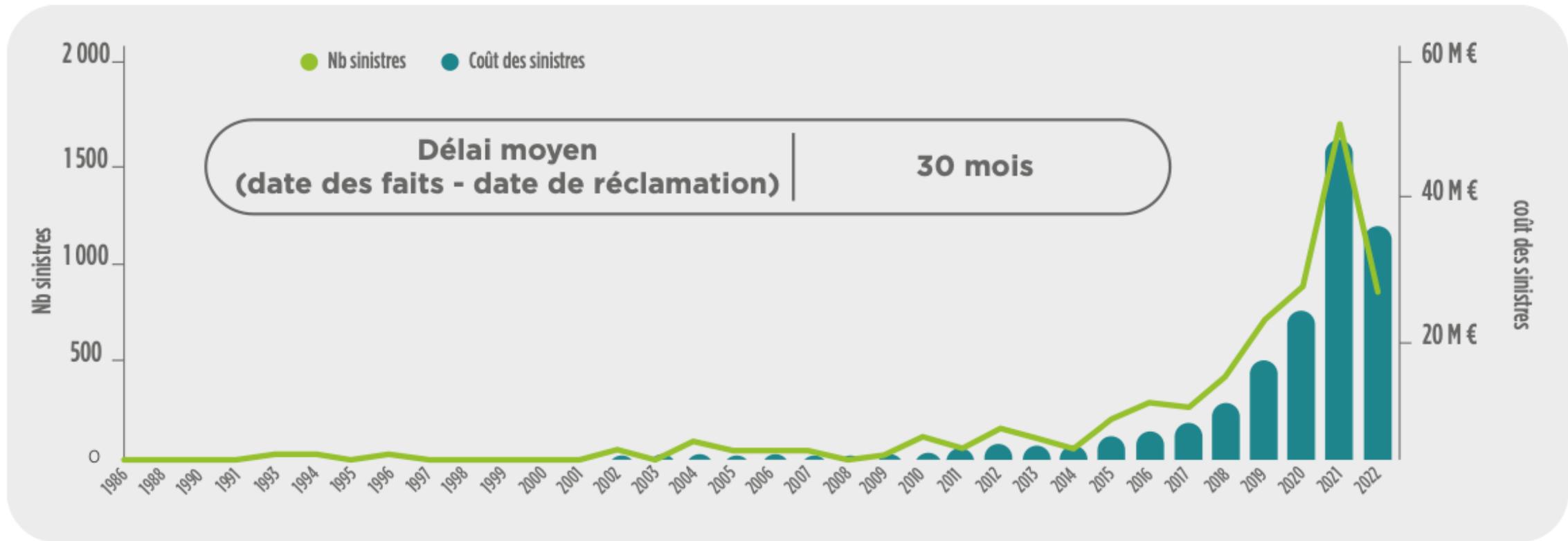
Panorama du risque lié aux soins

ÉDITION 2023

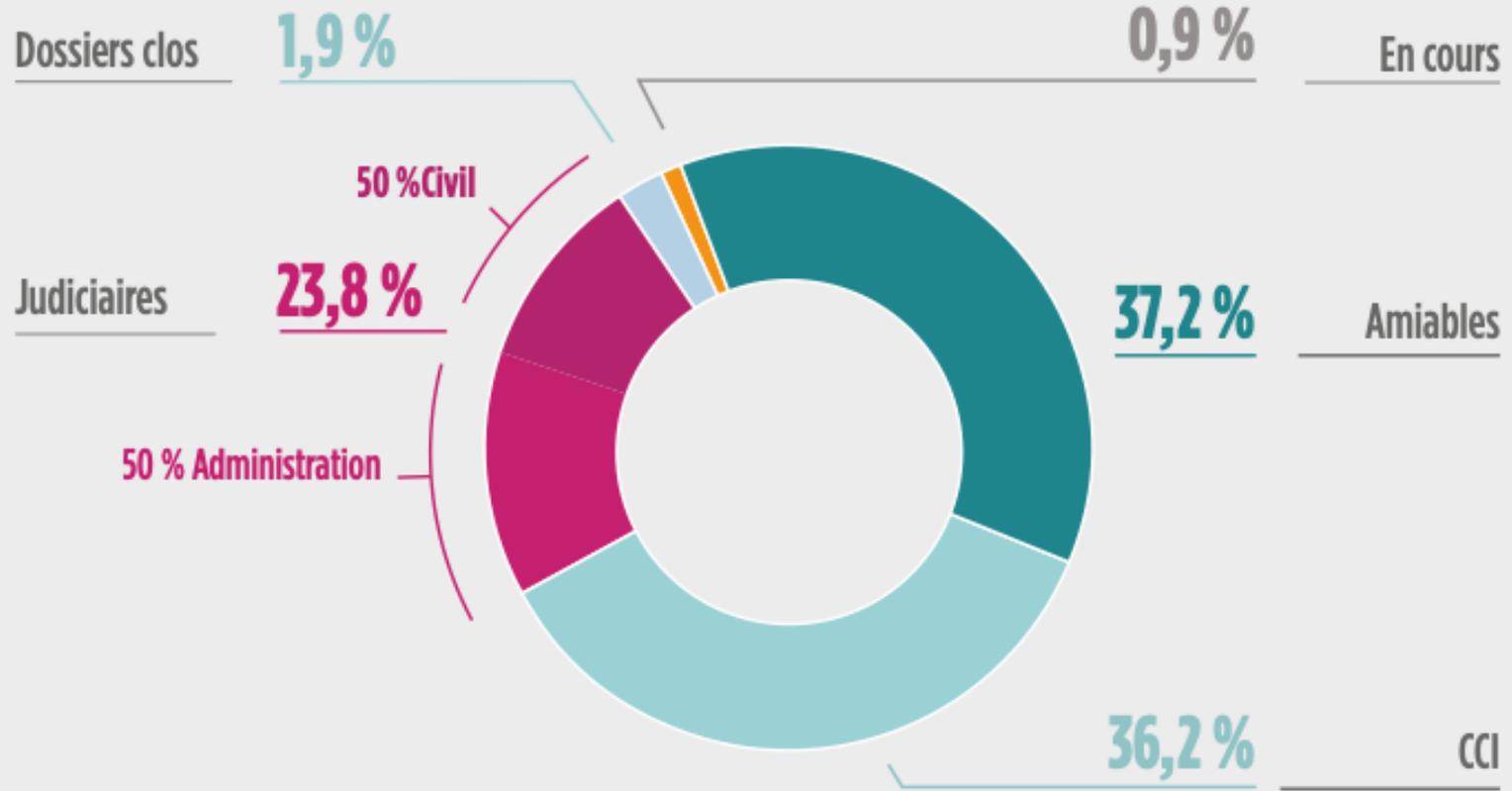


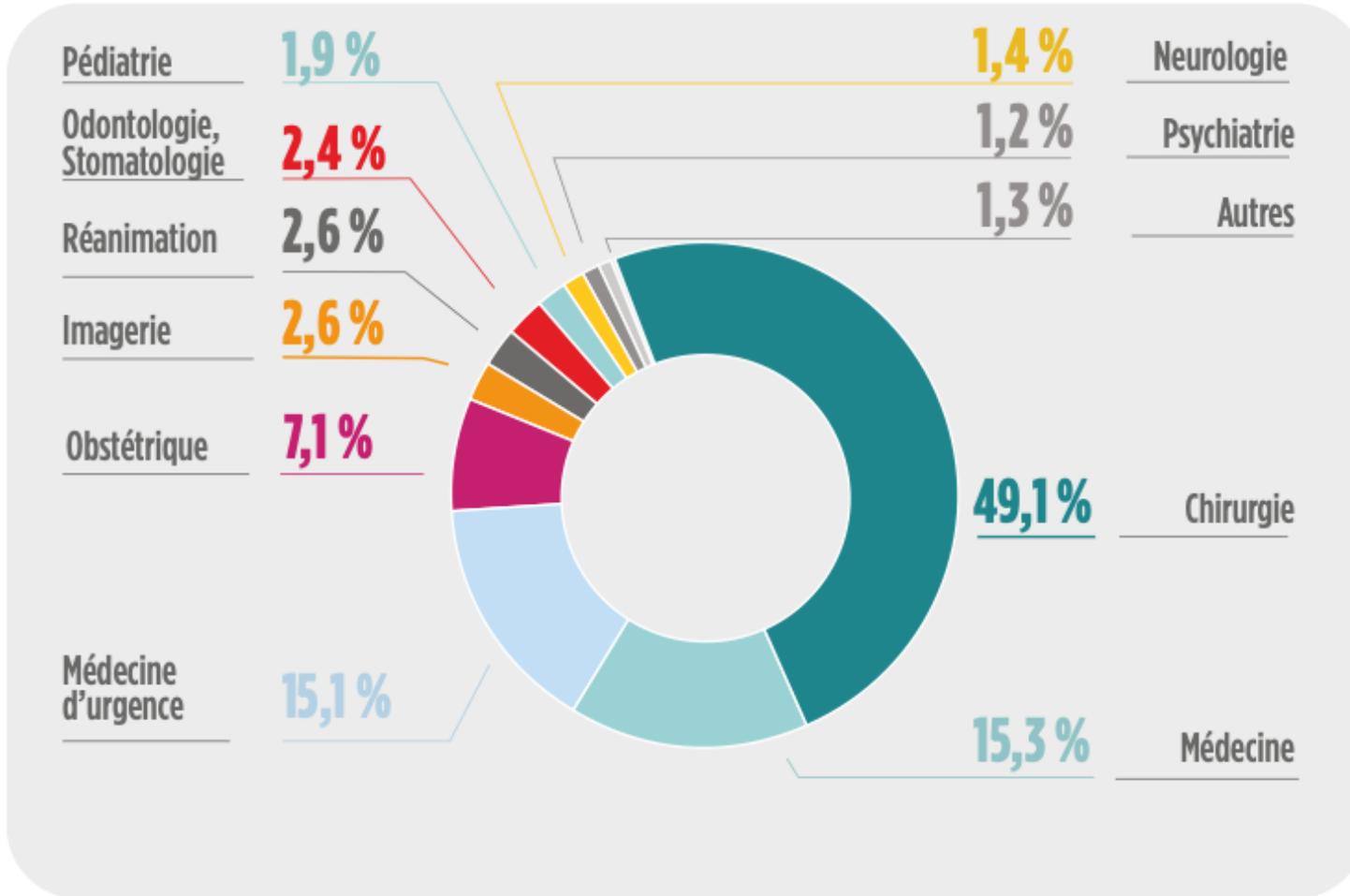
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Relyens 2022



ÉTAT JURIDIQUE DE LA PROCÉDURE





LA RÉPARTITION DU NOMBRE DE SINISTRE PAR SPÉCIALITÉS

Top 5

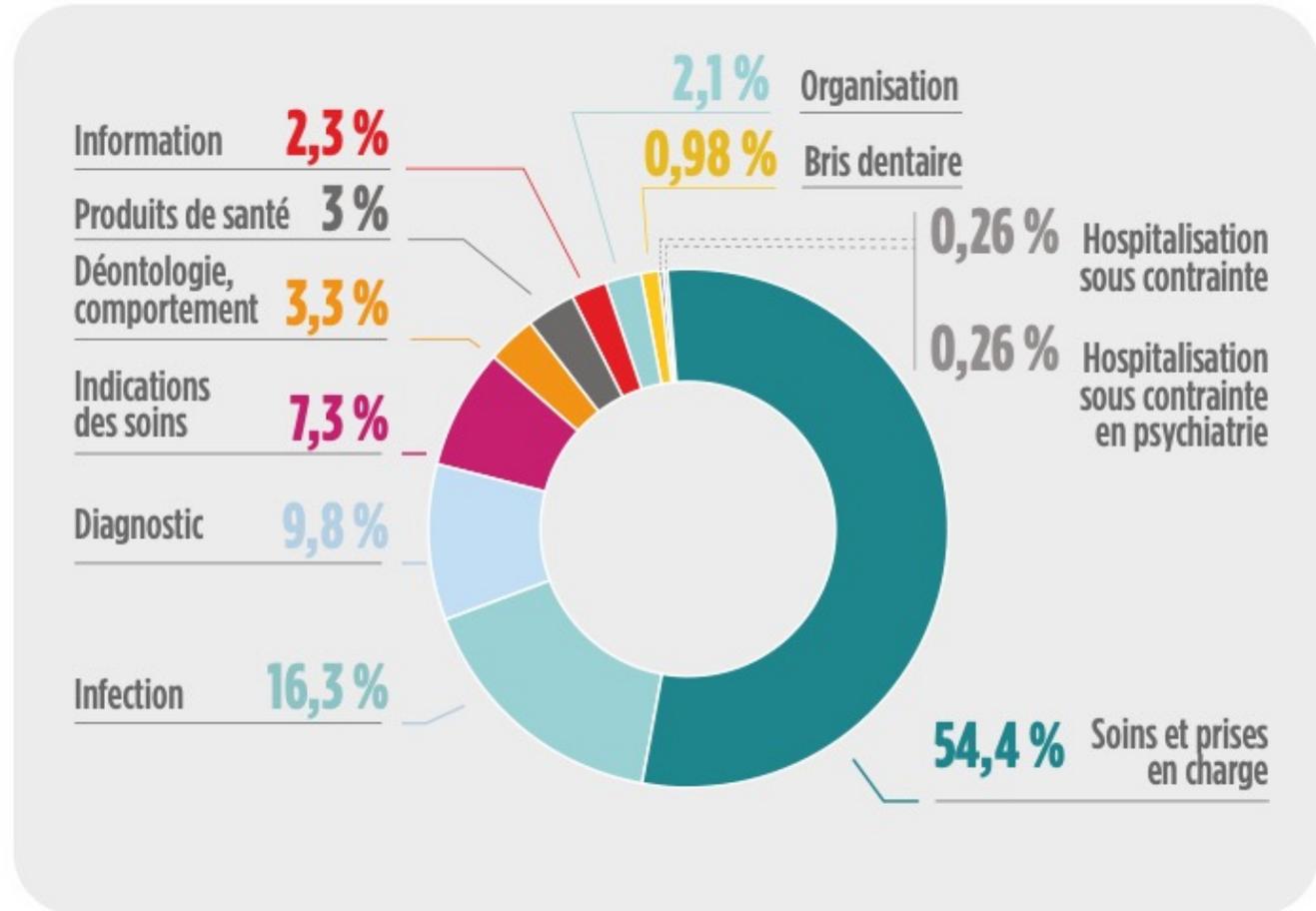
- Chirurgie (dont 31 % en orthopédie)
- Médecine (dont 15 % en oncologie)
- Urgences
- Obstétrique
- Imagerie

env 12 000 dossiers

LA RÉPARTITION DU NOMBRE DE SINISTRES PAR CAUSES PRINCIPALES

Top 5

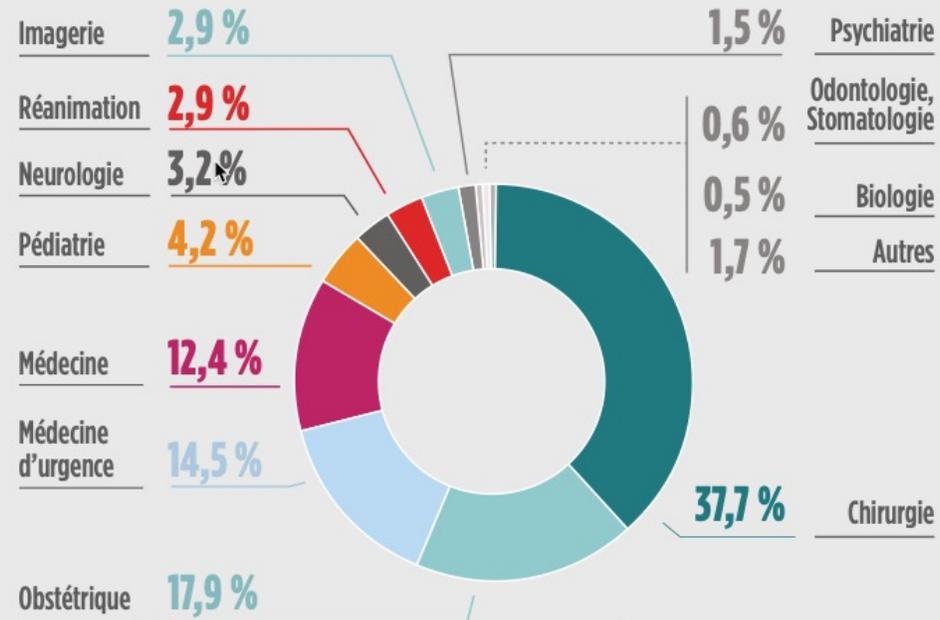
- Acte technique
- Infection
- Diagnostic
- Indication
- Comportement



LA RÉPARTITION DE LA GRAVITÉ DES SINISTRES PAR SPÉCIALITÉS

Top 5

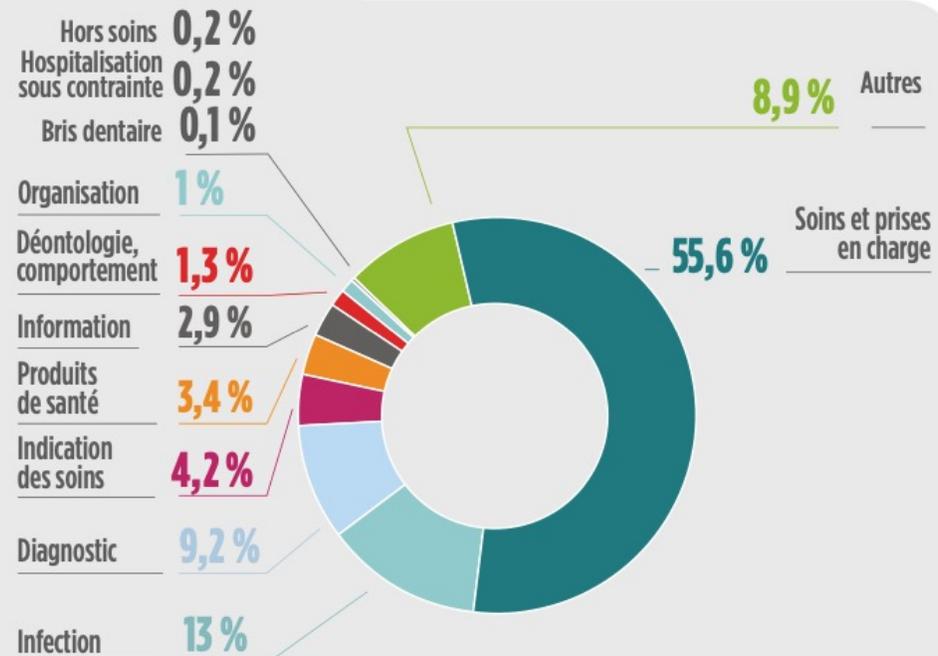
Chirurgie
Obstétrique
Urgences
Médecine
Pédiatrie



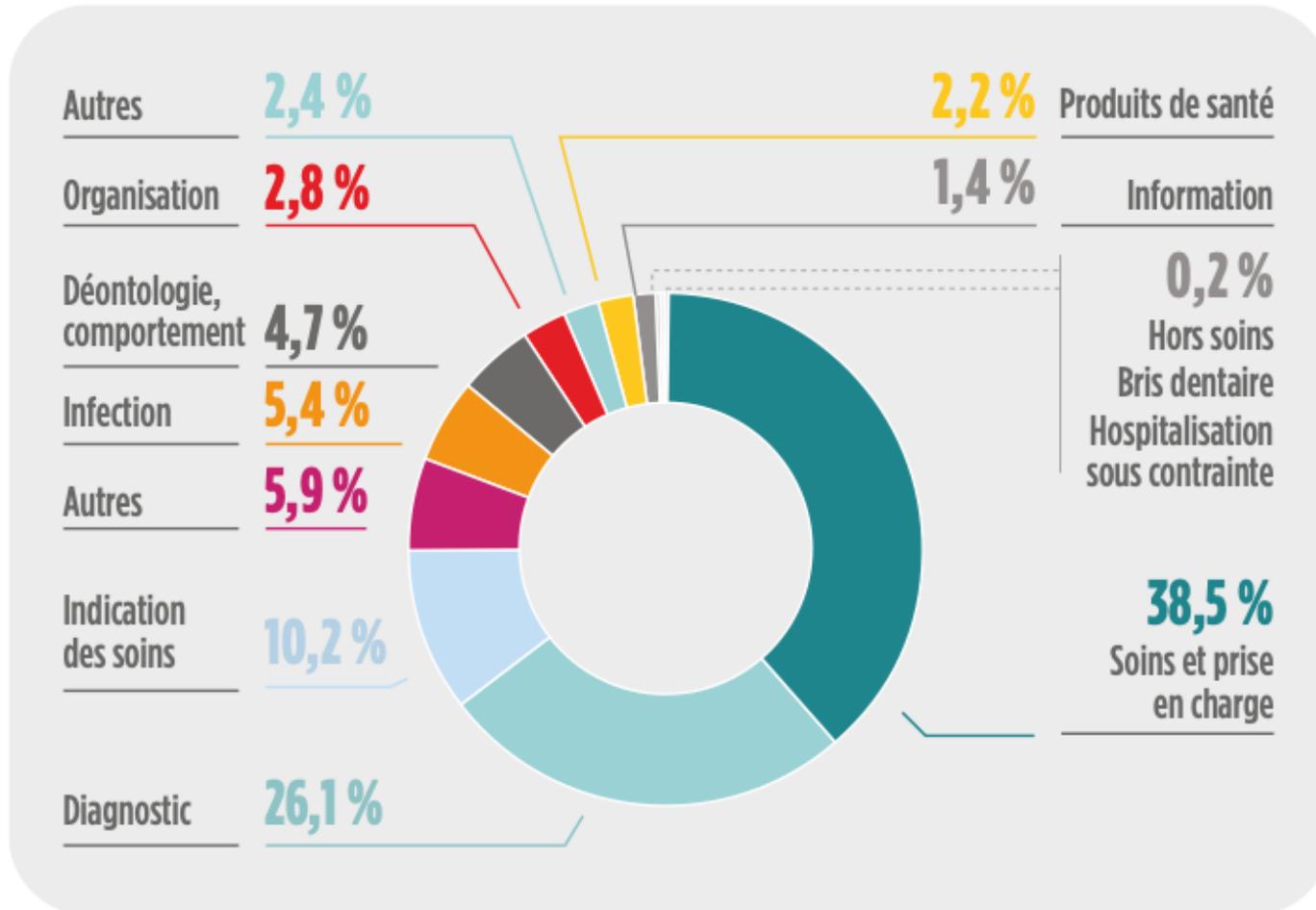
LA RÉPARTITION DE LA GRAVITÉ DES SINISTRES PAR CAUSES PRINCIPALES

Top 5

Acte technique
Infection
Diagnostic
Indication des soins
Produits de santé



Urgences



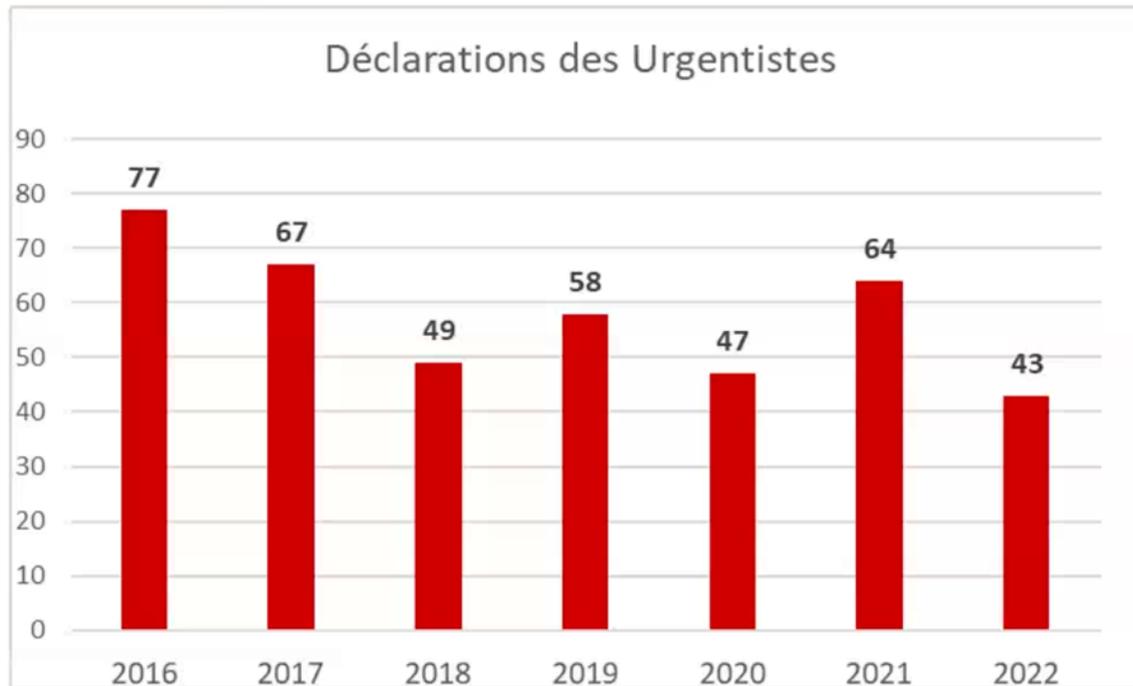
Top 3 Causes

- Acte technique 40,9 %
- Diagnostic 28 %
- Indication 11 %

Situations à risque médico-légal aux urgences : état des lieux & contexte

Dr Thierry **HOUSELSTEIN**, directeur médical MACSF

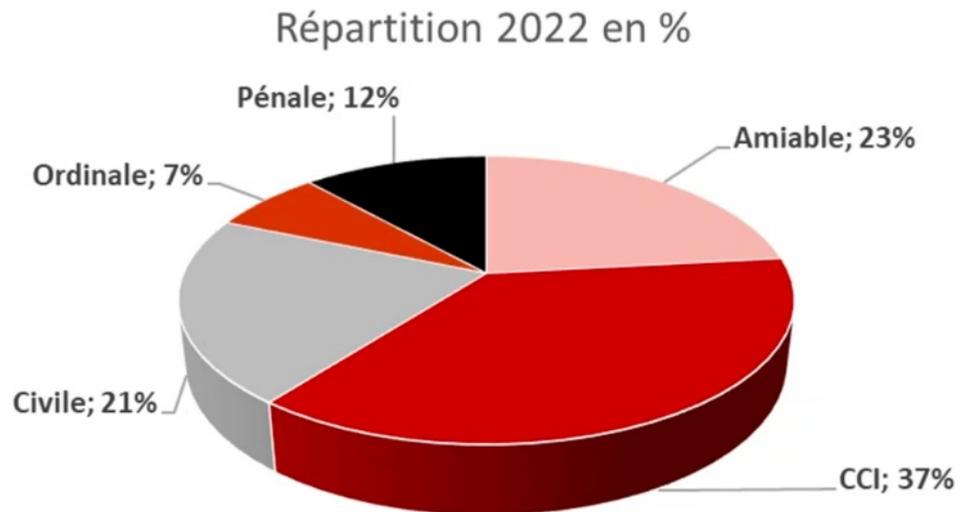
Sinistralité en médecine d'urgence



- **5591 internes et médecins urgentistes assurés au 31/12/2022**
- **Une sinistralité en 2022 à 0,77 %**
 - vs 1,2 % pour l'ensemble des médecins
 - vs 2,7% pour les gastroentérologues
 - vs 1,4% pour les radiologues
 - vs 22% pour les neurochirurgiens
- **En valeur absolue,**
 - ce sont les médecins généralistes qui déclarent le plus (356 déclarations),
 - puis les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques (293 déclarations)
 - et les ophtalmologistes (221 déclarations)

Les types de réclamation

Répartition 2022 par type de procédure	Procédure civile	Procédure ordinale	Procédure pénale	Réclamation amiable	CCI
Médecine d'urgence	9	3	5	10	16



Les principaux motifs de réclamation

- Retards de prise en charge
- Non-diagnostics
- Conditions de prise en charge



- Urgences cardio-vasculaires
- Urgences abdomino-pelviennes
- Infections
- Traumatismes
- Autres



Recherche indemnisation

MISE EN CAUSE DEVANT LES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES



OBJECTIF POUR LA VICTIME: OBTENIR UNE INDEMNISATION DE SON PRÉJUDICE



MISE EN CAUSE DEVANT LES JURIDICTIONS CIVILES¹

1. Il peut arriver qu'une procédure débute avec une assignation au fond. Mais la procédure en référé reste la plus fréquente. C'est pourquoi nous la présentons ici.



OBJECTIF POUR LA VICTIME: OBTENIR UNE INDEMNISATION DE SON PRÉJUDICE



MISE EN CAUSE DEVANT UNE CCI COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX



OBJECTIF POUR LA VICTIME: OBTENIR UNE INDEMNISATION RAPIDE DE SON PRÉJUDICE

Recherche sanction

MISE EN CAUSE DEVANT LES JURIDICTIONS PÉNALES



OBJECTIF PRINCIPAL POURSUIVI PAR LA VICTIME: SANCTIONNER L'AUTEUR DES DOMMAGES



MISE EN CAUSE DEVANT LE CONSEIL DE L'ORDRE



OBJECTIF POUR LA VICTIME: SANCTIONNER UN MANQUEMENT À LA DÉONTOLOGIE OU AUX RÈGLES PROFESSIONNELLES

- L'administration est responsable du fait de ses agents.
- Droit jurisprudentiel. Pas de contrat médical.
- Exercice médical conforme aux règles de bonnes pratiques et de déontologie :
 - Obligation de donner des **soins attentifs**, conformes aux données actuelles de la science
 - **Devoir d'humanisme** : consentement, information loyale et adaptée, secret professionnel.
 - **Obligation de moyen**, par rapport aux règles de bonnes pratiques médicales.
- L'hôpital a lui-même une obligation de moyen : matériel et personnel
- Pas de distinction de la faute lors d'un acte médical (actes de soins et organisation du service).

Toute faute simple suffit maintenant à engager la responsabilité de l'administration : manquement aux obligations de service, blessures par imprudence, défaut de surveillance, retard de diagnostic ou traitement, défaut d'organisation du service ...

- présomption de faute: le fondement principal reste celui de la faute (comme en matière civile).. Ainsi, lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soins courant, **le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute**, celle-ci est présumée
- La responsabilité sans faute : dommages graves survenant après l'utilisation de techniques nouvelles. puis étendu à d'autres situations.

(Jurisprudence affaire Bianchi 1994).

Responsabilité civile personnelle : jugé par le juge civil

3 situations particulières :

- le dépassement des compétences légales ou réglementaires
- des soins donnés en dehors de l'établissement
- une faute détachable du service

Jurisprudence retient quatre situations :

- les actes se détachant matériellement de la fonction (vie privée de l'agent)
- les actes révélant chez l'agent d'une intention malveillante (faute intentionnelle)
- la recherche d'un intérêt personnel
- la faute d'une particulière gravité, inadmissible ou inexcusable au regard de la déontologie de la profession (éventualité rare en jurisprudence).

MISE EN CAUSE DEVANT
LES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES



Préalable : demande d'indemnisation à l'établissement

1^{er} degré : tribunal administratif

2^{ème} degré : cour administrative d'appel

Conseil d'Etat

Sanctions : dommages et intérêts versés par assurance

La société sanctionne une infraction relative au non-respect d'un article du Code Pénal, Code Pénal que le citoyen lambda, en l'occurrence le citoyen médecin n'a pas respecté.

Responsabilité pénale

- Violation secret professionnel
- Non-assistance à personne en danger
- Atteintes involontaires à l'intégrité de la personne
- Faux certificats
- Mise en danger d'autrui

MISE EN CAUSE
DEVANT LES JURIDICTIONS PÉNALES



Préalable : médiation

1^{er} degré : tribunal de police (contravention)
tribunal correctionnel (délits)
Cour d'assise (crimes)

2^{ème} degré : Cour d'appel

Cour de cassation (chambre criminelle)

Sanctions : amende, emprisonnement, interdiction
d'exercice professionnel

- Contractuelle : un contrat est établi entre deux personnes, en l'occurrence le patient a choisi son médecin et les deux ont des obligations envers chacun. (Arrêt MERCIER de la CC en 1936)
- Délictuelle : aucun contrat n'a été passé entre les deux personnes ; le dommage crée par l'une à l'autre qui sera indemnisé de ce préjudice subit par l'auteur

Le médecin urgentiste sur le terrain devrait théoriquement avoir une responsabilité délictuelle.

En fait, mêmes obligations envers son patient :

- devoir d'humanisme (information, consentement, respect...),
- atteinte à l'intégrité physique dans un but de soins et avec le consentement du patient,
- respect des règles de l'art (soins conformes aux données acquises et actuelles de la science)
- obligations de moyens (parfois une obligation de résultat comme en chirurgie esthétique ou en matière de vaccinations).

MISE EN CAUSE DEVANT LES JURIDICTIONS CIVILES¹

1. Il peut arriver qu'une procédure débute avec une assignation au fond.
Mais la procédure en référé reste la plus fréquente. C'est pourquoi nous la présentons ici.



Préalable : conciliation

1^{er} degré : Tribunal de Grande Instance

2^{ème} degré : Cour d'appel

Cour de cassation (Chambres civiles)

Sanctions : dommages et intérêts versés par une assurance

- Tous les médecins exerçant sur le territoire français sont inscrits à l'Ordre National des Médecins. Ils doivent ainsi répondre de toute violation d'une obligation déontologique (article L382 du CSP).
- Ainsi en cas de faute professionnelle, les médecins peuvent voir leur responsabilité engagée devant leur Ordre pour sanctionner un comportement non conforme aux pratiques professionnelles.
- Les autorités de saisine de l'Ordre : lorsque les actes en cause ont été réalisés dans un établissement public, la chambre disciplinaire du conseil régional peut être saisie par :
 - le CDOM
 - le CNOM
 - le Directeur de l'Agence Régionale de la Santé
 - le Procureur de la République
 - le Préfet de département
 - le Ministre de la Santé



Préalable : conciliation

1^{er} degré : Conseil Régional ODM

2^{ème} degré : Conseil National ODM

Conseil d'Etat

Sanctions : Avertissement, Blâme, Interdiction temporaire ou permanente d'exercer dans le secteur public, Interdiction d'exercer la médecine 3 ans maximum), Radiation de l'Ordre

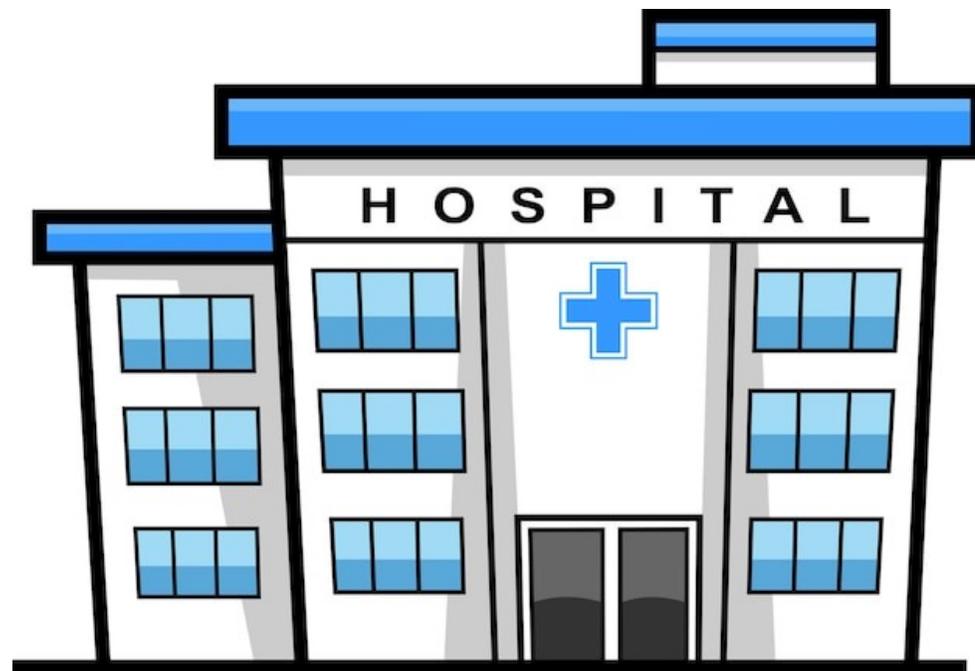
- Les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) *décret du 3 mai 2002*
- Ces Commissions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire.
- 20 membres (outre le président) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées.
- Les présidents des Commissions sont assistés de collaborateurs juristes et administratifs qui forment le secrétariat de la Commission.
- Les Commissions n'ayant pas la personnalité juridique, les personnels sont mis à la disposition des Commissions par l'ONIAM.



Sanctions : dommages et intérêts versés par l'ONIAM

Si demande contentieuse ou plainte formalisée

- Un **médecin expert** est toujours désigné par celui qui est sollicité pour instruire le contentieux ou la plainte:
 - assureur CH ou CCI en cas de procédure amiable,
 - juge du tribunal administratif si plainte au civil
 - juge d'instruction saisi par le procureur si plainte au pénal
- L'expertise jouera généralement un rôle essentiel dans la prise de décision de celui qui instruit et/ou qui juge
- Il faut donc apporter à l'expert tous les éléments utiles à une analyse et à une élaboration éclairée de ses conclusions



**Situations à risque
en structure d'urgence**

- Chaine de triage, file attente et notion de perte de chance
- Surveillance, réévaluation, antalgie, contention
- Certificats (CNH, hospitalisations sous contraintes, CCB, AT, certificats de décès, ...)
- Information du patient
- Refus de soins

- L'interrogatoire de la famille et des proches est fondamental et ne doit pas être négligé.
- Un médecin a été condamné pour diligence insuffisante en diagnostiquant une maladie psychiatrique chez un patient atteint en réalité d'une méningite.
- Il avait négligé de procéder à un interrogatoire soigneux de la compagne du patient.
- CA Paris nov. 1998 : Juris Data n° 023476

- Patiente de 67 ans consulte pour une plaie survenue lors de travaux de jardinage.
- Prescription d'immunoglobulines antitétaniques, refusée car "*peur panique des piqûres* ».
- Tétanos généralisé (2 mois de réa, lourdes séquelles).
- Plainte sur le fondement de la violation d'obligation d'information.
- Condamnation de l'établissement du fait de la faute du médecin : celui-ci est tenu, en cas de refus de soins, de tenter de convaincre ce dernier des risques encourus.
- C'est le "refus éclairé" où le niveau d'information dépend de l'interlocuteur et doit être adapté.
Il est important de rappeler que l'établissement et le médecin supportent la "*charge de la preuve*" : l'obligation de rédiger un compte-rendu.

*« Ce qui est tracé est fait,
ce qui n'est pas tracé n'est pas fait ».*



- H 71 ans traité par AVK pour une TVP est admis pour troubles moteurs et sensitifs d'apparition brutale.
- TDM : hématome sous-dural : administration de vitamine K puis BO six heures plus tard.
- Séquelles neurologiques qu'il considère comme liées au retard de prise en charge
- L'expertise conclut que *"l'administration d'un traitement adapté (vitamine K et KASKADIL®) aurait permis d'obtenir une correction de l'hémostase plus précoce autorisant l'évacuation de l'hématome sous-dural dans de meilleurs délais, avec une levée plus rapide de la compression cérébrale et, probablement, des séquelles neurologiques de moindre importance"*.
- Le retard a ici contribué à l'installation d'un préjudice.
- Le Tribunal a retenu que le retard à intervenir constitue une faute ayant fait perdre une chance au patient de conserver de moindres séquelles même s'il demeure impossible de le démontrer avec certitude.

- H 87 ans atteint depuis deux ans d'un cancer du rein non opéré et présentant une rétention aiguë d'urine admis à 8h30.
- 2 tentatives infructueuses de sondage, échographie à 11 heures, nouveau sondage, pratiqué avec succès vers 15 heures. Transfert du patient à 17h30.
- Le patient est décédé une heure après.
- La fille du patient a porté plainte contre l'hôpital, parce que le service des urgences n'a, à aucun moment, proposé un traitement antalgique à son père.
- A la suite du jugement, le tribunal administratif a condamné le centre hospitalier à verser une indemnité financière à la fille du patient.

- M. S, qui était atteint d'un cancer pour lequel il était suivi à la clinique C, y a été conduit par les pompiers pour des difficultés respiratoires ;
- le Dr D, en charge du service, lui en a refusé l'accès faute de lit et d'appareil disponible permettant de prendre en charge une éventuelle détresse respiratoire sévère, ce qui a conduit les pompiers à diriger M. S, 45 minutes plus tard, vers l'hôpital de la ville ;
- le Dr D ne pouvait, sans manquement à son devoir d'assistance, rappelé à l'article R. 4127-9 du code de la santé publique, refuser, comme elle l'a fait, de procéder à un examen du patient, qui n'avait été vu par aucun médecin, afin de lui prodiguer les premiers soins dont un tel examen, s'il avait été pratiqué, aurait pu révéler la nécessité ;
- le Dr D n'a, à aucun moment durant les 45 minutes où M. S s'est trouvé en attente dans le véhicule des pompiers sur le parking de la clinique, manifesté de sollicitude ou simplement porté attention à ce malade et à ses proches qui l'entouraient ;

Sanction de deux mois d'interdiction d'exercer la médecine

Chambre disciplinaire nationale n°10781 du 13 juillet 2011

- A l'exception des mineurs et personnes hospitalisées sous contrainte, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement
- Si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie représente pour eux.
- Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est signé.

Code de la santé publique : article L 1111-4

code pénal : article 23-6 alinéa 2

code civil : article 16-3

code de déontologie : article 36

- Fugue chez un patient présentant une confusion légère qui avait écrit « je sors contre avis médical ». Patient tué par une mobylette après sa sortie de l'hôpital. Pas de faute de service car ce patient ne justifiait pas de surveillance spéciale.
- Fugue d'un patient en état d'ivresse (police, famille immédiatement prévenus) puis accident ou suicide. Pas de condamnation car le tribunal constate qu'il n'y avait pas de nécessité de surveillance constante. (jurisprudences).

Conseil d'état 2001

Refus de transfusion par témoin de Jéhovah

« L'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade. Toutefois ne commet pas de faute de nature à engager la responsabilité du service public le médecin qui, quelle que soit son obligation de respecter la volonté de son patient fondée sur ses convictions religieuses, a choisi, compte tenu **de la situation extrême** dans laquelle celui-ci se trouvait, dans le seul but **de tenter de le sauver**, d'accomplir **un acte indispensable à sa survie et proportionné** à son état.

Sauver la vie : premier devoir du médecin

Conseil d'état 2002

Refus de transfusion par témoin de Jéhovah

« Le droit pour le patient majeur de donner , lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son **consentement** à un traitement médical revêt le caractère d'une **liberté fondamentale**.

Les médecins ne portent pas à la liberté fondamentale une atteinte grave et manifestement illégale **lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre** un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but **de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné** à son état.

Pouvoir démontrer que l'on a tout mis en œuvre pour le convaincre

Le **droit de retrait** permet au salarié de **refuser de prendre son poste de travail** ou de le **quitter**, sans avoir l'accord préalable de son employeur.

Le salarié doit toutefois **avoir un motif raisonnable de penser** que la situation de travail dans laquelle il se trouve présente un **danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé**.

L'employeur doit respecter son **obligation de protéger la santé et assurer la sécurité du salarié**. Il doit alors prendre **rapidement** les mesures nécessaires pour **mettre fin à la situation** de danger grave et imminent.

Dès que le salarié **estime avoir un motif légitime** de croire à un **danger possible**, il peut **exercer valablement son droit de retrait**.

Une **menace sérieuse pour la santé ou la sécurité du salarié** doit exister et la situation doit se caractériser par l'**urgence à réagir**.

Le danger peut être **individuel ou collectif**. Le retrait du salarié ne doit toutefois pas entraîner une nouvelle situation de danger grave et imminent pour d'autres personnes.

Un **abandon de poste** est une absence prolongée ou répétée et injustifiée d'un salarié, qui quitte son poste de travail, sans avoir l'accord de son employeur. On parle donc d'abandon de poste quand un salarié s'absente pendant ses heures de travail sans justification.



ABANDON DE POSTE

QUELS SONT LES RISQUES ?



Suspension de la rémunération



Impossibilité d'avoir un autre emploi



Aucune indemnisation au titre du chômage



Réclamation de dommages-intérêts par l'employeur possible



**Situations à risque
en régulation médicale**

Activité médicale singulière

*« Cet exercice médical très particulier, celui d'un médecin assis derrière un téléphone qui ne peut voir le malade, qui ne peut le toucher et dont le seul instrument de travail est la parole, évoque l'image d'un **médecin derrière un paravent...** »*

P. Valette, Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique, PUF, 2013

Sous-estimation de la gravité

- Il appartient aux médecins régulateurs de s'informer le plus complètement possible avant d'écarter la notion de péril imminent et de s'abstenir d'intervenir.
- En matière pénale, les juridictions d'instruction et de jugement portent un soin attentif à l'écoute des enregistrements et à la lecture des dossiers de régulation médicale.
- Deux notions importantes sont à prendre en compte :
- le médecin régulateur n'est pas en ligne pour établir un diagnostic mais bien pour éliminer des critères d'urgences : on ne lui en voudra pas de ne pas suspecter une embolie pulmonaire ; par contre de ne pas envoyer une équipe médicale sur un tableau de détresse respiratoire lui sera préjudiciable.
- Le médecin régulateur ne peut pas s'appuyer sur un examen clinique de son patient pour établir une réponse adaptée : on comprend donc la difficulté que représente une prise de décision à distance

La décision médicale une fois expliquée doit être acceptée par le patient

- Difficile en raison ambiance tendue voir agressive du fait de l'angoisse de l'appelant. Mais, l'acceptation est primordiale et ce d'autant plus dans la situation d'abstention de soins.
- La preuve que la décision a été clairement expliquée et acceptée faute de quoi le régulateur pourrait être poursuivi pour non assistance à personne en danger.

La gestion des délais

- La mobilisation des équipes doit d'être la plus logique possible pour ne pas hypothéquer le pronostic du patient. Nécessite une connaissance du terrain et de des moyens disponibles.

Le secret professionnel

- Multiples intervenants (ambulances privées, sapeurs pompiers, police...), le médecin régulateur est amené à partager des informations. La difficulté est de distiller des bribes du dossier à des personnes aux fonctions différentes, avec des objectifs et priorités différentes.

- En matière civile/administrative, que la régulation soit effectuée par un médecin hospitalier ou un médecin libéral c'est la responsabilité du service public hospitalier qui sera recherchée devant les juridictions administratives, sauf en cas de faute détachable du service
- Conformément à l'article L.6314-2 du Code de la santé publique, le médecin libéral assurant la régulation du centre 15 est considéré comme un collaborateur du service public.
- Le médecin libéral effecteur n'est pas considéré comme un collaborateur occasionnel du service public. À ce titre, sa responsabilité civile personnelle peut être engagée devant les juridictions civiles

Cour de Cassation, Chambre civile 1, 4 février 2015, n°14-10337

Tribunal des conflits, 9 mai 2016, n° C4046).

- Dans un arrêt du 30 mai 2002, la cour administrative d'appel de Nancy a condamné un centre hospitalier pour faute commise par un médecin régulateur qui n'a pas envoyé immédiatement une équipe dotée de matériel de réanimation au domicile des demandeurs, mais leur a adressé un médecin généraliste, alors que les symptômes invoqués auraient dû le conduire à envisager d'abord l'hypothèse d'une angine de poitrine ou d'un infarctus et non d'un problème lié à l'anxiété.
- Pour la cour administrative d'appel de Nancy, *"compte tenu du retard mis par l'ambulance, alertée tardivement, pour venir sur les lieux, alors que des traitements efficaces existent en cas d'intervention rapide, le préjudice subi est dans sa totalité la conséquence de cette faute"*.

- Plainte contre un MR du SAMU devant le tribunal correctionnel par l'épouse d'un homme de 45 ans décédé d'un IDM 50 minutes après un appel qui a conduit à l'envoi d'un médecin.
- Le médecin régulateur est condamné pour homicide involontaire par la cour d'appel de Metz. Il se pourvoit en cassation en faisant valoir que l'erreur d'appréciation qui a provoqué un retard dans les soins et ainsi contribué à la survenue du décès ne pouvait constituer la faute caractérisée qui doit être prouvée lorsque l'acte du praticien est la cause indirecte de la mort.
- La Cour de Cassation rejette son argument. En effet, le médecin régulateur, au CRRA du SAMU, est censé déclencher une réponse adaptée à la nature des appels téléphoniques et assurer le suivi des informations. Il lui est reproché d'avoir négligé et mésestimé les explications de la femme du malade et d'avoir omis de lui poser les questions complémentaires qui lui auraient permis d'affiner son évaluation de la gravité de la situation et d'apporter une réponse appropriée.
- ". Il est important de souligner que les juges ne sanctionnent pas l'erreur de diagnostic en tant que telle, mais l'attitude du médecin qui a procédé de manière *"rapide, superficielle et incomplète à l'interrogatoire téléphonique de l'épouse"* conséquence de la réelle impatience dont il a fait preuve envers son interlocutrice.

Cour de Cassation, ch. crim. 02/12/2003 (n°J02-85.254 FS-P+F).

- A 18h05, Mr A. ouvrier, appelle le SAMU et signale à la permanencière que son voisin "*fait une crise d'épilepsie ou quelque chose dans ce genre*".
- Dans la salle de régulation, les amplificateurs sont activés, le MR ne prend pas la communication mais demande à l'ARM de prendre contact avec le MT. Ce dernier indique qu'il s'y rendra vers 20 heures.
- A 20h20, le MT arrive sur les lieux : hémorragie digestive, il appelle le SAMU, lequel arrive après le décès qui survient à 20h42.
- Une procédure pénale pour non-assistance à personne en danger est ouverte contre l'ARM et le MR. La première fait l'objet d'un non-lieu mais le second sera condamné.
- Après enquête policière, le juge a estimé que l'imprécision du témoignage de Mr A. aurait dû éveiller les soupçons du régulateur. N'étant pas au téléphone avec d'autres appelants, il aurait dû prendre la communication et pousser les investigations.
- De même le MR n'a pas réagi lorsque le médecin traitant a repoussé sa visite de plus de 2 heures.
- Pour ces raisons, le tribunal le condamne à 2000 euros d'amende, et assortie du sursis, compte tenu de la surcharge des permanences liées, cette soirée là, à la grève des gardes.

TGI Saint-Malo, 3 Fév. 2005.

- Le 10 mars 2008, Mme A. a été victime d'un malaise sur son lieu de travail. Elle est examinée par un médecin de SOS Médecins, après un appel lancé au SAMU, *"qui n'a pas jugé opportun de se déplacer"*, estime le mari de la victime, selon le dépôt de plainte.
- Admise aux urgences du CHU en fin d'après-midi, après y avoir été conduite par son mari, la jeune femme en est sortie aux alentours de minuit.
- Mais à son arrivée chez elle, elle a été victime d'une attaque cardiaque. Contacté par le mari, le SAMU a décidé de ne pas se déplacer et a fait appel à un médecin de ville.
- A son arrivée, celui-ci, qui avait été précédé par les pompiers, a tenté en vain de réanimer la jeune femme.
- L'expert met en cause à la fois *"le départ précipité de l'intéressée du CHU"* et d'autre part, *"une obstination du SAMU, appelé dans la nuit, à ne pas vouloir se déplacer en ne prenant pas en considération toute la dimension émotionnelle de l'appelant au téléphone, qui était aux côtés d'une femme qui avait déjà été hospitalisée et qui était en train de partir. »*
- L'expert estime également que lors de son passage aux urgences pour douleur thoracique, la patiente aurait dû bénéficier d'un 2e prélèvement biologique.



Situations à risque en SMUR

- La première exigence réclamée aux équipes SMUR concerne le **respect des délais** : délai de départ mais aussi d'arrivée qui suppose une connaissance parfaite des itinéraires. Cela implique en amont un entretien parfait des véhicules et du matériel à leur bord (hors aléas lors du cheminement).
- Sur place, le médecin affronte des conditions de travail particulières, parfois difficiles, inconfortables et souvent devant témoins (voisins, presse, recueil photographique des scènes...). A cela s'ajoute la gestion de l'équipe médicale, du patient mais aussi celle de la famille, des témoins et autres intervenants (ambulanciers, pompiers, police...). **La plupart du temps, le patient n'a pas choisi son soignant, parfois même il n'a pas sollicité de secours, voire il ne les souhaite pas !**
- Quelles que soient les conditions d'exercice et/ou d'activité, le **devoir d'information des patients est primordial** comme il est stipulé dans les articles 35 et 36 du Code de Déontologie. L'arrêt du 25 février 1997 de la Cour de Cassation l'a considérablement renforcé. C'est bien au médecin d'apporter la preuve que l'information a bien été délivrée, complètement et qui plus est, qu'elle a bien été comprise

Manquement à l'obligation de moyens

- La condamnation en première instance d'un médecin SMUR appelé dans un restaurant pour une jeune femme ayant développé un malaise, étiqueté vagal avec chute... mais qui décèdera quelques heures plus tard d'un hématome extradural.
- Les magistrats ont retenu le lien de causalité et ont condamné pour négligence (absence d'une prise en compte suffisante de l'interrogatoire de l'entourage) et imprudence (absence de consignes précises en cas d'apparition de signes neurologiques).

Manquement à l'obligation de moyens

Ainsi, l'interrogatoire des proches peut être un élément fondamental qu'il importe de ne pas négliger. Un médecin a été condamné pour diligence insuffisante, en diagnostiquant une maladie psychiatrique chez un patient porteur en réalité d'une méningite, car il avait négligé de procéder à un interrogatoire soigneux de la compagne du patient

CA Paris, 19 nov. 1998: Juris-Data n° 023476

- Un médecin urgentiste est appelé au domicile d'une jeune femme de 30 ans pour malaise. L'interrogatoire minutieux de celle-ci (visite d'une heure) montre qu'elle n'a aucun antécédent cardiovasculaire, mais qu'elle est angoissée.
- Le médecin conclut à une crise d'angoisse, lui donne un comprimé d'ATARAX et lui propose, sans insister la réalisation d'un ECG, qu'elle refuse.
- Trois heures après son départ, la jeune femme fait un nouveau malaise dans ses toilettes. C'est sa fille de 6 ans qui va prévenir la voisine, cette dernière alertant immédiatement le SAMU. Aucun des interlocuteurs successifs ne comprit l'urgence de la situation puisque cinq autres appels furent nécessaires pour envoyer une ambulance non médicalisée.
- Infarctus du myocarde avec état de choc cardiogénique. La jeune femme décède deux jours plus tard.
- Plainte pénale pour homicide involontaire et non-assistance à personne en danger.
- Reproche en premier lieu au médecin urgentiste son erreur diagnostique, il décrit dans le courrier au MT, *"une oppression rétrosternale spasmodique avec engourdissement des deux bras et douleur du maxillaire inférieur apparue il y a environ une heure"*, sans pour autant réaliser un ECG.
Cette plainte reproche en second lieu au médecin régulateur du SAMU de ne pas avoir réagi plus tôt aux six appels téléphoniques et d'avoir finalement choisi d'envoyer une ambulance privée.
- Non-lieu pour le médecin régulateur mais renvoie du médecin urgentiste devant le tribunal correctionnel. Sa relaxe fut néanmoins prononcée par les magistrats considérant que le lien de causalité entre la faute et le dommage n'était pas suffisamment démontré pour que l'infraction pénale d'homicide involontaire soit caractérisée.

CONSEIL n°1 → savoir s'entourer

en amont de l'erreur :

- ⇒ Equipe
- ⇒ Identifier les directions « soutien »
- ⇒ Identifier les « personnes ressources »

CONSEIL n°2 → signaler à la direction

- par une fiche d'EI
- accompagné d'un appel téléphonique

Article R6123-24 CSP

« Une fiche, dont le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, est établie par la structure des urgences et transmise au directeur d'établissement pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients »

Que signaler ?

- le non-respect d'une règle établie

(non respect des protocoles, refus d'admission non motivé...)

- tout problème structurel révélant que les règles en place ne sont pas ou plus adaptées aux besoins

(transferts inappropriés, attente, retard à l'admission...)

« Décès ou complication inattendue, risques de séquelles grave, menace du pronostic vital... liés aux soins et à leur organisation **et non à l'évolution de la maladie.** »

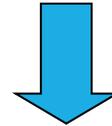
CONSEIL n°3 → annoncer

au patient /famille

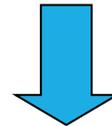
Article L.1142-4 CSP

« *En cas de dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, **la victime doit être informée** sur les circonstances et sur les causes du dommage **dans les 15 jours** lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. »*

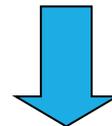
Survenue de l'EI



Communication initiale



ANALYSE



Communication subséquente

Que dire ?

ENTRETIEN

- Présentation des participants
leurs fonctions et la raison d'être de leur présence
- Historique médical
motif d'hospitalisation, les objectifs des soins, le déroulé de sa prise en charge

Que dire ?

- Description de faits connus et sûrs
 - Qu'est ce que cela signifie pour lui et son devenir
 - Conclusion de l'analyse des causes
 - Si investigations en cours : en informer le patient, lui dire qu'on le tiendra au courant.

Surtout ne pas spéculer
sur des faits non vérifiés

Que dire ?

- Expression des regrets
- Concertation sur la continuité des soins

Que dire ?

- Proposition d'un soutien
 - psychologue, assistante sociale ou soutien spirituel
- Présentation du référent
- Conclusion
 - récapituler,
 - questions,
 - voies de recours.

Les attentes du patient, des familles

1. obtenir la **reconnaissance** du dommage subi
2. **comprendre** pourquoi l'erreur est survenue, ce qui s'est passé et ses conséquences
3. avoir la garantie que des actions sont mises en œuvre pour que **l'erreur ne se renouvelle pas**

Qu'est-ce qui doit être écrit?

RETRACER LES ELEMENTS A PRIORI

RETRACER LES INFORMATIONS A POSTERIORI DE L'ERREUR

- Jour, heure, lieu du rendez-vous d'annonce, Personnes présentes
- Faits présentés, Offres de soutien et les réactions du patient
- Les questions et les éléments de réponses
- Le plan de suivi
- Les coordonnées du référent

CONSEIL n°4 → Consigner les faits

pour éviter d'oublier



CONSEIL n°5 → tracer dans le dossier



CONSEIL n°6 → Conserver les enregistrements



CONSEIL n°7 → faciliter l'accès dossier



- Bandes // dossier médical (R.1112-2 CSP)
- CADA « *ces enregistrements constituent des documents administratifs* »
- Recommandations de la HAS Mars 2011
« *... des enregistrements sonores des conversations téléphoniques ...* »
pouvaient être communicables sous le régime des informations médicales»
- Conservation : **cinq ans** (arrêté 20.10.2011) + délai suspendu si recours
- CAA Marseille 25 juin 2009 = destruction fautive

avis CADA n° [20181480](#) du 28 juin 2018

la Commission considère que la copie de l'enregistrement d'un appel passé au SAMU, si elle n'est pas communicable sur le fondement de l'article L 1111-7 du code de la santé publique lorsque l'appel émane d'un tiers, elle est en revanche communicable sur le fondement de l'article L 311-6 du code des relations entre le public et l'administration dès lors qu'elle ne divulgue pas un comportement susceptible de porter un préjudice au tiers appelant.

[avis n° 20144419](#) du 11 décembre 2014

*"les enregistrements sonores des communications **téléphoniques du SAMU passées entre un médecin régulateur et un appelant**, même si elles ne font pas partie du dossier médical au sens strict, contiennent des informations relatives à la santé de la personne objet de l'appel et, de ce fait, **communicables au même titre que le reste de son dossier**".*

Cet avis confirme la possibilité de communiquer, à la demande du patient (ou de ses ayants droit en cas de décès), les enregistrements audios eux-mêmes sans restreindre exclusivement la communication à la simple retranscription écrite de l'échange.

CONSEIL n°8 → débriefer - analyser (Seconde victime)

- Partager l'information : quelles réactions du patient, quels mots ont été employés, partager le même langage
- Permet de crédibiliser l'équipe auprès du patient
- Assurer un retour à l'équipe
- Mettre en route ou poursuivre l'analyse des causes

La dimension humaine et compatissante de la communication est DETERMINANTE

- pour apaiser
- pour rétablir la confiance
- pour répondre au besoin de vérité

Eviter les maladresses relationnelles
(formation + utilisation de standards)

Oser dire

“nous ne savons pas ce qui s'est passé, nous cherchons à comprendre et nous vous tiendrons au courant”

1. Savoir s'entourer
2. Signaler à la direction
3. Annoncer - écouter
4. Consigner les faits
5. Tracer dans le dossier et conserver les enregistrements
6. Faciliter l'accès au dossier
7. Débriefing - analyser

5 mots clés

transparence

empathie

écoute

attitude responsable

sincérité





Groupement de Coopération Sanitaire
Réseau des Urgences
de Bourgogne-Franche-Comté
RUBFC

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION !**