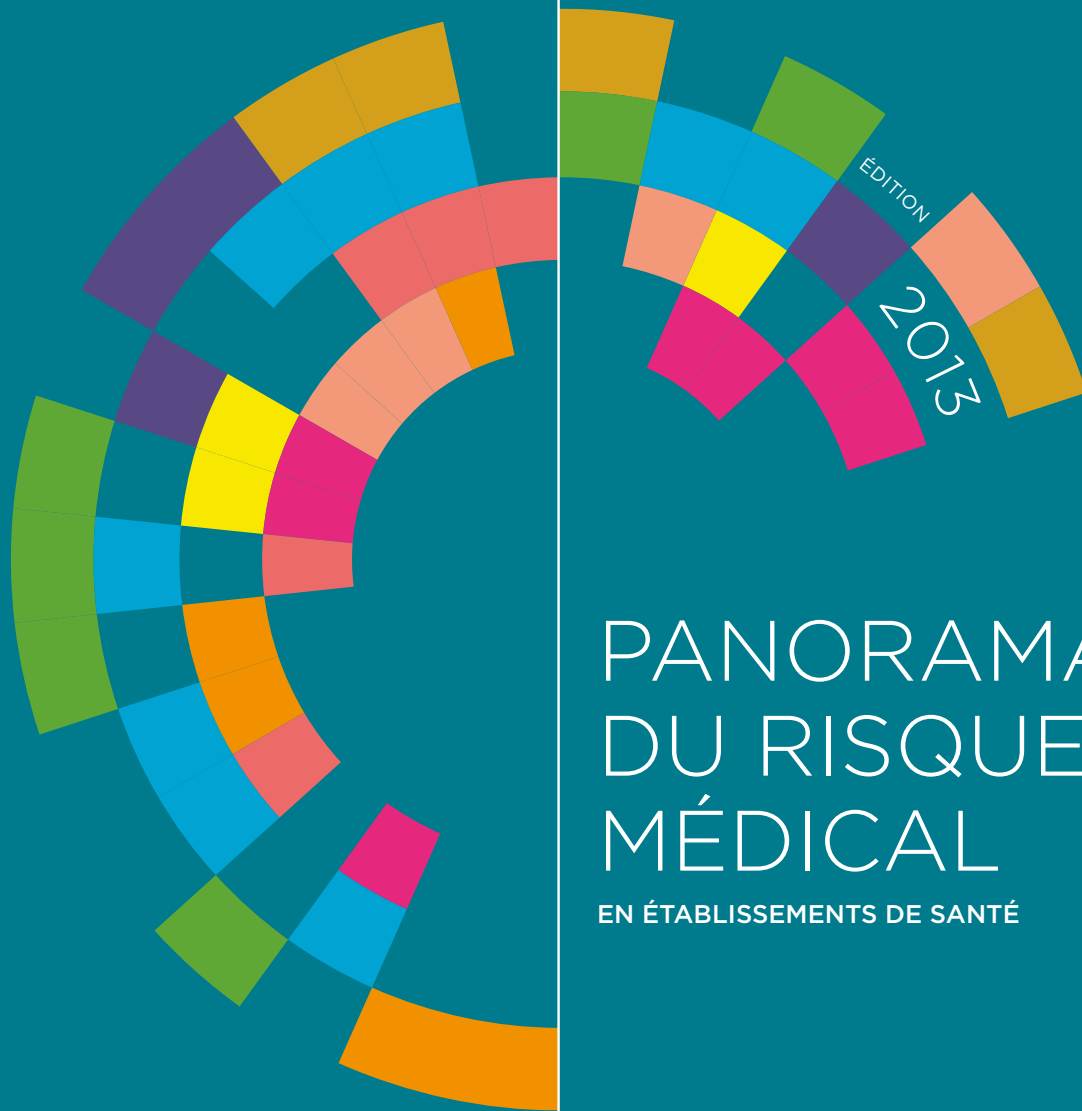


ASSURANCES ET MANAGEMENT
DES RISQUES / SANTÉ, SOCIAL
ET MÉDICO-SOCIAL



PANORAMA DU RISQUE MÉDICAL

EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

BILAN DES RISQUES MÉDICAUX
DE L'ANNÉE 2012



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

SOMMAIRE

01

**ENVIRONNEMENT
JURIDIQUE 04**

- 1.1 Revue législative et jurisprudentielle 06

02

PÉRIMÈTRE DE L'ÉTUDE 14

- 2.1 Notion de réclamation 16
- 2.2 Notion de coût des réclamations 16
- 2.3 Indice de fréquence 21

03

RÉCLAMATIONS 2012 22

- 3.1 Réclamations liées à des préjudices corporels et matériels 24
- 3.2 Réclamations liées à des préjudices corporels par types de causes 25
- 3.3 Spécialités concernées par les réclamations liées à des accidents corporels de causes médicales 28

04

GESTION PAR LES CCI EN 2012 30

- 4.1 Les saisines 34
- 4.2 Les avis CCI 35

05

**DOSSIERS CLOS
EN 2012 38**

- 5.1 Dossiers corporels et matériels clos 40
- 5.2 Dossiers corporels clos 40
- 5.3 Dossiers corporels et matériels clos gérés par voie amiable ou judiciaire 41
- 5.4 Dossiers corporels clos gérés par voie amiable ou judiciaire 41
- 5.5 Montants d'indemnisation des dossiers corporels et matériels clos 41

06

**BILAN DE L'ACTIVITÉ
CONTENTIEUSE 42**

- 6.1 Données générales 44
- 6.2 Décisions des juridictions administratives 45
- 6.3 Décisions des juridictions judiciaires 47
- 6.4 Classification par spécialité des décisions ayant retenu une responsabilité à l'encontre des établissements de santé 48
- 6.5 Motifs par spécialité des décisions ayant retenu la responsabilité des établissements de santé 50

07

**ACTIVITÉ CONTENTIEUSE - ZOOM
SUR QUELQUES DÉCISIONS 54**

- 7.1 Chirurgie orthopédique 56
- 7.2 Chirurgie viscérale 57
- 7.3 Neurochirurgie 59
- 7.4 Chirurgie gynécologique 59
- 7.5 Chirurgie générale 60
- 7.6 Chirurgie urologique 60
- 7.7 Chirurgie obstétrique 60
- 7.8 Médecine pédiatrique et néonatalogie 62
- 7.9 Médecine interne 64
- 7.10 Dermatologie 64
- 7.11 Urgences et SAMU 65

08

**RESPONSABILITÉ
DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ 66**

- 8.1 Rappel des grands principes de la responsabilité civile 68
- 8.2 Sinistralité des professionnels de santé 71
- 8.3 Focus sur les sinistres en orthopédie de 2008 à 2012 72
- 8.4 Recommandations du Conseil Médical Sham 74

09

PROTECTION JURIDIQUE 76

- 9.1 La protection du collaborateur 79
- 9.2 La défense pénale 81
- 9.3 Décisions rendues en 2012 84

**ZOOM SUR UNE AFFAIRE
EXCEPTIONNELLE : ÉPINAL 94****DOSSIER PRÉVENTION
DES RISQUES 96****GLOSSAIRE 105**



ÉDITO



Dominique Godet
Directeur Général

Ce panorama est une réalisation exclusive Sham.

Date de parution : septembre 2013

Crédit photos : Romain Étienne/
Item Corporate - Fotolia - Getty Images

Création : Ekno
Copyrights Sham®

Imprimé sur du papier issu
de forêts durablement gérées.

Le Panorama annuel du risque médical, dont nous publions la 9^e édition, a pour vocation d'apporter un éclairage objectif sur le risque dans les établissements de santé, et sur les réponses apportées aux réclamations des malades pour l'indemnisation de leurs préjudices, lorsque la responsabilité des établissements est engagée. À la rencontre de la médecine et du droit, mais aussi de l'éthique et de l'humain, le règlement des accidents médicaux est au cœur de l'activité de Sham, premier assureur de responsabilité médicale en France. Assurer les risques des établissements de santé, c'est aussi accompagner les professionnels de santé dans leurs missions : Sham contribue à la prévention des risques médicaux liés à leur activité, et leur apporte sa protection juridique afin qu'ils se consacrent à leurs malades en toute sérénité.

La science et les techniques médicales progressent sans cesse pour repousser les frontières de la maladie et de l'âge au bénéfice des patients ; les modes de prise en charge et les thérapeutiques sont en perpétuelle évolution. Afin de guider le public, les résultats des établissements et des équipes médicales sont commentés dans les « palmarès » publiés par les médias ; l'information sur le progrès médical est accessible à tous, contribuant à renforcer les attentes des patients, et parfois à donner le sentiment que tout échec est le résultat d'une faute.

La responsabilité médicale n'est pas seulement le carrefour de la médecine et du droit : c'est d'abord la traduction d'une réalité sociologique, des attentes d'une société qui perçoit la santé et les soins dans l'univers de la consommation, et parfois les professionnels de santé comme de simples prestataires de services. Notre Panorama montre clairement l'écart important qui existe entre le nombre de réclamations des malades, qui traduit leur insatisfaction, et celui des accidents effectivement indemnisés après expertise, qui correspond au périmètre de la responsabilité médicale.

La mise en jeu de la responsabilité des professionnels et des établissements de santé est l'expression de l'exercice naturel des droits des malades dans un système de santé au service des usagers. La pression qu'ils exercent pour des soins de qualité est vertueuse lorsqu'elle pousse les organisations à perfectionner leurs systèmes de prévention et d'analyse des risques. De même, les réponses de la justice aux affaires qui lui sont soumises entraînent une exigence accrue envers les professionnels et surtout les établissements de santé dans l'appréciation de la faute, s'agissant de l'organisation et du fonctionnement du service hospitalier. Pour la première année depuis que nous publions ce Panorama, le nombre de décisions des juridictions administratives ayant retenu la responsabilité d'un établissement de santé dépasse ainsi le nombre de jugements conduisant à une mise hors de cause.

Enfin, la jurisprudence redessine et précise en permanence les contours de la responsabilité médicale, s'agissant de la responsabilité du fait des produits défectueux, de la définition des infections nosocomiales ou de l'indemnisation du défaut d'information.

Ce Panorama du risque médical est aussi porteur de bonnes nouvelles : le coût moyen des condamnations prononcées par les juridictions administratives est en baisse cette année, même si l'examen de nombreux dossiers montre qu'à préjudice égal le montant des indemnités allouées aux victimes et le remboursement des créances des organismes tiers payeurs pour les prestations payées et les frais futurs continuent de progresser.

Nous voulons voir dans ce constat positif l'effet bénéfique des efforts des établissements de santé dans le management des risques, auxquels Sham contribue activement afin de limiter la charge des accidents médicaux. Les visites de risques, les recommandations émises à l'issue de ces visites, les études menées sur la prévention de certains risques, notamment la réduction des risques infectieux, la publication régulière de points de vigilance témoignent de cette collaboration active entre Sham et les équipes hospitalières.

Ce service apporté aux établissements et aux professionnels de santé repose sur la connaissance du terrain par Sham, acquise avec la gestion de plus de 5 000 sinistres corporels déclarés chaque année par les sociétaires. L'instruction attentive de ces sinistres par les gestionnaires spécialisés de Sham, la participation de ses médecins-conseils aux expertises médicales, nous permettent de bénéficier d'une légitimité incontestable pour développer la prévention au sein des établissements en coopération avec les professionnels concernés.


Sham est également attentive à l'évolution du système de santé, et aux nouvelles pratiques thérapeutiques qui produiront demain leurs effets sur les risques : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, télémédecine, développement des prescriptions informatisées, médecine de parcours...

Dans un contexte économique et budgétaire qui oblige tout responsable hospitalier à optimiser les charges de fonctionnement de son établissement, Sham s'impose comme un partenaire assureur incontournable dans la gestion et la maîtrise des risques, au bénéfice de tous, et en premier lieu des malades.






01



**ENVIRONNEMENT
JURIDIQUE**





ENVIRONNEMENT JURIDIQUE

01

PAROLE D'EXPERT



Patrick FLAVIN,
Directeur Juridique

« L'année écoulée a mis en avant les droits des patients. Ainsi, le Conseil d'État a précisé les conditions d'indemnisation du défaut d'information en reconnaissant notamment l'existence d'un préjudice spécifique d'impréparation (CE 10/10/2012 n° 350426), distinct de la perte de chance d'éviter le dommage. Le juge doit d'ailleurs désormais apprécier cette perte de chance en considération de la possibilité raisonnable pour le patient de refuser l'intervention (CE 24/09/2012 n° 339285). De même, l'absence de consentement du patient oblige à une réparation intégrale des préjudices (CE 24/09/2012 n° 336223). La Cour de Cassation a aussi eu l'occasion de rappeler que la communication d'un compte rendu au médecin prescripteur d'un examen ne dispensait pas le médecin qui a réalisé l'examen d'informer le patient d'une manière adaptée à son état (Cass. Civ. 16/01/2013 n° 12-14.097). C'est aussi à travers les droits du patient et de son régime d'hospitalisation que doit s'apprécier l'obligation de surveillance d'un établissement de santé privé (Cass. Civ. 9/05/2013 n° 12-21.194). En revanche, force est de considérer que constitue une grave atteinte aux droits des patients, 10 ans après la loi du 4 mars 2002, la divergence de jurisprudence qui oppose le Conseil d'État à la Cour de Cassation sur le régime de responsabilité des professionnels et établissements de santé en raison du préjudice causé par un produit de santé (CE 25/07/2013 n° 339922). »

1. REVUE LÉGISLATIVE ET JURISPRUDENTIELLE (JUILLET 2012-JUILLET 2013)

La présente revue a vocation à présenter les principales évolutions législatives, réglementaires ou jurisprudentielles survenues depuis la publication du dernier Panorama. Elle ne prétend à aucune exhaustivité. Les décisions commentées ne concernent pas nécessairement des sociétaires Sham.

1.1 / ACTUALITÉ LÉGISLATIVE

L'année écoulée n'a pas été marquée par des évolutions législatives ou réglementaires susceptibles d'impacter les principes de la responsabilité médicale.

On signalera simplement le décret n° 2012-1331 du 29 novembre 2012 modifiant certaines dispositions réglementaires prises en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital (loi HPST). Ce texte vient notamment rétablir de manière expresse la dispense d'avocat en première instance au profit des personnes mettant en cause un établissement de santé devant un Tribunal Administratif (art. R. 431-3 du Code de Justice Administrative). Cette dispense avait disparu de manière involontaire en raison de l'attribution du statut d'établissement public national aux établissements publics de santé. Il convient également de souligner qu'à l'occasion des débats lors du vote en première lecture à l'Assemblée Nationale du projet de loi sur la consommation, texte qui prévoit

la mise en place d'une action de groupe (*class actions*) à la française, la question de l'extension de ce type d'action au domaine de la santé s'est posée. La Ministre de la Santé, Marisol Touraine, s'est prononcée en faveur d'une telle extension et a annoncé qu'elle présenterait début 2014 des dispositions en ce sens dans le cadre d'un projet de loi spécifique à la santé. Par ailleurs, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a également annoncé la publication prochaine d'un décret visant à réduire le nombre des membres des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) « sans que l'équilibre entre les catégories de membres (représentants des associations de patients, professionnels de santé, assureurs et ONIAM) ne soit affectés » (cf. question n° 15506 JO AN 26/02/2013 Rep.2149). À noter enfin qu'à l'occasion d'une réponse ministérielle, le Ministère de la Justice a précisé que dans le cadre des travaux en cours tendant à la refonte et à la modernisation du droit de la responsabilité civile, il proposera un droit du dommage corporel rénové qui consacrerait plusieurs outils d'évaluation du dommage corporel telle qu'une nomenclature des postes de préjudices. La Chancellerie s'interroge notamment sur la mise en place d'un référentiel national d'indemnisation indicatif qui serait applicable aux décisions des juges judiciaires et administratifs (Réponse JO Sénat du 04/07/2013 p. 2004).

1.2 / ACTUALITÉ JURISPRUDENTIELLE

LES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES

RESPONSABILITÉ DU FAIT DES PRODUITS DE SANTÉ – PRODUITS FOURNIS – RÉGIME DE RESPONSABILITÉ

Conseil d'État, 25 juillet 2013, n° 339922 :
le régime de responsabilité sans faute
qui pèse sur les établissements
hospitaliers en cas d'utilisation
d'un produit défectueux trouve
à s'appliquer également lorsque
le produit est implanté au cours
de la prestation de soins dans le corps
du patient

Par la présente décision, rendue en section du contentieux, le Conseil d'État entend réaffirmer le régime de responsabilité sans faute qu'il fait peser sur les établissements hospitaliers « en raison de la défaillance des produits et appareils de santé » qu'ils utilisent (CE 9/07/2003 n° 220437). La décision était attendue à double titre. D'une part, parce que, fort de l'approbation donnée par la Cour de Justice de l'Union Européenne sur la compatibilité de sa jurisprudence avec les dispositions de la directive européenne du 25 juillet 1985 sur la responsabilité du fait des produits défectueux (CJUE 21/12/2011, C495/10), le Conseil d'État n'avait, depuis la décision de la Cour Européenne, statué, pour confirmer sa jurisprudence, qu'à l'occasion d'affaires où était en cause la défaillance de produits utilisés lors de la prestation de soins (CE 14/03/2012 n° 327449 : défaillance d'un matelas chauffant ; CE 14/03/2012 n° 324445 : rupture d'une mèche). Il restait à préciser la situation de l'établissement hospitalier, non plus en qualité

d'utilisateur du matériel, mais en qualité de fournisseur du produit à l'occasion de la prestation des soins, notamment à l'occasion de la pose d'un dispositif médical, telle une prothèse. Mais surtout, et d'autre part, parce que la Cour de Cassation dans un arrêt du 12 juillet 2012 (n° 11-17.510) a abandonné le régime de responsabilité sans faute qu'elle faisait peser jusqu'alors sur les professionnels et établissements de santé en considérant, au regard « des objectifs et de l'économie de la directive du 25 juillet 1985 », que « la responsabilité des prestataires de services de soins, qui ne peuvent être assimilés à des distributeurs de produits ou dispositifs médicaux..., ne relève pas, hormis le cas où ils sont eux-mêmes les producteurs, du champ d'application de la directive et ne peut être dès lors recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical... ». Trois options s'offraient au Conseil d'État : confirmer le régime de responsabilité sans faute, opérer une distinction selon que les produits sont utilisés ou fournis à l'occasion de la prestation de soins ou abandonner le régime de responsabilité sans faute pour revenir au régime de responsabilité pour faute qui prédominait avant le revirement opéré en 2003 et rejoindre ainsi la position adoptée par la Cour de Cassation. Le Conseil d'État a finalement opté pour la première solution. Statuant sur un pourvoi engagé à l'encontre de l'arrêt d'une Cour Administrative d'Appel qui avait mis hors de cause l'établissement hospitalier en raison de la défaillance d'une prothèse de hanche au motif qu'il appartenait seul au fabricant de répondre de plein droit de la défectuosité de la prothèse au regard des dispositions de la directive européenne transposée aux articles 1386-1 et suivants du Code Civil, .../...

.../... le Conseil d'État annule la décision. Pour la Haute Juridiction Administrative, « il résulte de l'interprétation donnée par la Cour de Justice de l'Union Européenne que la directive du 25 juillet 1985 ne fait pas obstacle à l'application du principe selon lequel, sans préjudice des actions susceptibles d'être exercées à l'encontre du producteur, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise » et le Conseil d'État précise en l'espèce « que ce principe trouve à s'appliquer lorsque le service public hospitalier implante, au cours de la prestation de soins, un produit défectueux dans le corps d'un patient ». Dès lors, il estime que la Cour Administrative d'Appel a commis une erreur de droit en faisant application de la directive pour juger que le patient qui avait connaissance de l'identité du producteur de la prothèse défectueuse contre lequel il lui appartenait de diriger son action, ne pouvait rechercher la responsabilité du centre hospitalier. Favorable aux victimes, la solution retenue n'est pas sans conséquence sur les établissements hospitaliers dont les recours risquent de se heurter non seulement aux règles particulières du régime de responsabilité des produits défectueux (cf. TA Lyon 19/02/2013 n° 0802420), et notamment celles relatives à la prescription (art. 1386-7 et 1386-16 du Code Civil) ou d'exonération du fabricant (par exemple, le risque de développement) mais également au risque de défaillance du fabricant. On ne peut en tout état de cause que regretter une telle divergence de jurisprudence entre les deux ordres de juridiction.

INFECTION NOSOCOMIALE – DÉFINITION – RÉGIME DE RESPONSABILITÉ

**Conseil d'État, 21 juin 2013 n° 347450 :
pour être qualifiée de nosocomiale,
l'infection ne doit être ni présente,
ni en incubation au début de la prise
en charge du patient**

Le Conseil d'État poursuit sa définition de l'infection nosocomiale susceptible d'engager la responsabilité de plein droit d'un établissement public de santé sur le fondement de l'article L. 1142-1 I du Code de la Santé Publique. Après avoir réaffirmé que lesdites dispositions « font peser sur l'établissement de santé, la responsabilité des infections nosocomiales, qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère soit rapportée » (cf. CE, 10/10/2011 n° 328500, CE 13/02/2012 n° 336.293, CE 17/02/2012 n° 342.366, CE 15/05/2013 n° 348818) ; le Conseil d'État précise dans cette décision que « seule une infection survenant au cours ou décours d'une prise en charge et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge peut être qualifiée de nosocomiale ». En l'espèce, le Conseil d'État annule une décision d'une Cour Administrative d'Appel qui avait retenu l'existence du caractère nosocomial des complications infectieuses dont un patient avait été victime dans les suites d'une intervention chirurgicale, alors même que le patient était traité pour une maladie infectieuse. Pour le Conseil d'État « en retenant cette qualification sans rechercher si les complications survenues étaient soit consécutives au développement de l'infection préexistante, soit distinctes et liées à une nouvelle infection survenue au cours des soins prodigués... », les juges d'appel ont commis une erreur de droit.

La présente décision a ainsi le mérite de rappeler que, pour être qualifiée de nosocomiale, l'infection ne doit pas simplement être constatée au cours ou à la suite des soins, mais qu'elle doit y être contractée, ce qui implique nécessairement un critère d'imputabilité et exclut bien entendu les infections préexistantes à l'hospitalisation, y compris celles en incubation.

DÉFAUT D'INFORMATION – RÉPARATION – PRÉJUDICE SPÉCIFIQUE D'IMPRÉPARATION

**Conseil d'État, 10 octobre 2012,
n° 350426 : le défaut d'information
du patient peut conduire
à l'indemnisation d'un préjudice
spécifique d'impréparation**

Deux ans après la Cour de Cassation (Cass. 1^{re} civ. 3 juin 2010 n° 09-15591), le Conseil d'État reconnaît, indépendamment du préjudice résultant de la perte de chance de refuser l'intervention, l'existence d'un préjudice spécifique pour le patient en cas de défaut d'information sur les risques d'une intervention. Il ne s'agit toutefois pas d'un alignement sur la jurisprudence de la Cour de Cassation qui, sur le fondement de l'article 16-3 du Code Civil, considère « que le non-respect du devoir d'information cause, à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice (...) que le juge ne peut laisser sans réparation ». Il en résulte que, dès lors qu'il est établi, le défaut d'information conduit à l'indemnisation du patient au titre d'un préjudice moral spécifique résultant de l'atteinte à ce droit. Ce préjudice est d'une nature différente devant le Conseil d'État. Pour la Haute Juridiction Administrative, ce préjudice n'existe que si le risque se réalise et résulte des troubles que le patient subit du fait qu'il

n'a pas pu se préparer à l'éventualité de la réalisation du risque qui est survenu. Il s'agit d'un préjudice d'impréparation dont il appartient au patient de rapporter la preuve. L'indemnisation de ce préjudice n'est donc pas en principe automatique et sera fonction de l'importance des troubles que le patient aura pu établir.

DÉFAUT D'INFORMATION – RÉPARATION – REFUS D'INDEMNISATION EN L'ABSENCE DE PERTE DE CHANCE

Conseil d'État, 24 septembre 2012, n° 339285 : en cas de défaut d'information du patient, le juge administratif ne peut nier l'existence d'une perte de chance que si l'intervention était impérieusement requise

Le manquement à l'obligation d'information du patient par le médecin est traditionnellement indemnisé, depuis un arrêt du Conseil d'État du 5/01/2000 (n° 181899), au titre de la perte de chance pour le patient « de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé » (sur la reconnaissance désormais d'un préjudice spécifique, cf. CE 10/10/2012 n° 350426, supra). Cette perte de chance est évaluée à une fraction du préjudice corporel subi résultant de la probabilité qu'aurait pu avoir le patient de refuser l'intervention s'il avait été correctement informé. Il en résulte que la responsabilité de l'établissement de santé ne peut être engagée, en l'absence de perte de chance, lorsqu'il apparaît que le patient ne pouvait se soustraire à l'intervention compte tenu du caractère vital de celle-ci et de l'absence d'une alternative thérapeutique moins risquée (CE 15/01/2011 n° 184386, CE 25/10/2006 n° 281933, CE 9/12/2009 n° 308914). Par le présent arrêt, le Conseil d'État vient préciser les conditions dans

lesquelles le juge peut constater l'absence de perte de chance pour le patient de refuser l'intervention et exonérer l'établissement de sa responsabilité découlant du défaut d'information.

Après avoir rappelé « qu'un manquement des médecins à leur obligation d'information engage la responsabilité de l'hôpital dans la mesure où il a privé le patient d'une chance de se soustraire au risque lié à l'intervention en refusant qu'elle soit pratiquée », le Conseil d'État précise « que c'est seulement dans le cas où l'intervention était impérieusement requise, en sorte que le patient ne disposait d'aucune possibilité raisonnable de refus, que les juges du fond peuvent nier l'existence d'une perte de chance ». L'absence de perte de chance pour le patient de refuser l'intervention doit donc s'apprécier, non pas de manière subjective, dans le cadre d'une recherche de l'intention du patient, mais en considération d'éléments objectifs permettant d'établir que le patient ne disposait pas d'une possibilité raisonnable de refuser l'intervention (sur l'appréciation du caractère indispensable de l'intervention, cf. CE 11/07/2011 n° 328183).

DÉFAUT DE CONSENTEMENT DU PATIENT – INDEMNISATION DU PRÉJUDICE SUBI

Conseil d'État, 24 septembre 2012, n° 336223 : le défaut de consentement du patient oblige l'établissement hospitalier à réparer tant le préjudice moral subi de ce fait, que le cas échéant, toute autre conséquence de l'intervention

L'examen d'une affaire où l'on avait pratiqué sur un patient une technique opératoire différente de celle à laquelle le patient avait consenti, a été l'occasion pour le Conseil d'État d'affirmer

« qu'hors les cas d'urgence ou d'impossibilité de consentir la réalisation d'une intervention à laquelle le patient n'a pas consenti, oblige l'établissement responsable à réparer tant le préjudice moral subi de ce fait par l'intéressé que, le cas échéant, tout autre conséquence dommageable de l'intervention ». Le Conseil d'État a ainsi suivi les conclusions du Rapporteur Public, qui mettait en avant le caractère majeur du consentement aux soins du patient, celui-ci trouvant sa source dans deux principes de valeurs constitutionnelles, d'une part, celui de la liberté individuelle, et celui, d'autre part, de la sauvegarde de la dignité humaine dont découle l'inviolabilité du corps humain, et lui proposait d'admettre en conséquence « qu'une intervention même réussie, réalisée sans le consentement du patient, constitue une faute ouvrant droit dans tous les cas à la réparation d'un préjudice moral, ainsi que le cas échéant aux autres dommages subis par le patient ». La solution est logique dans la mesure où seul le consentement du patient peut autoriser la réalisation de l'intervention.

PROCÉDURE CONTENTIEUSE – SAISINE D'UNE COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

Conseil d'État, Avis, 17 septembre 2012, n° 360280 ; Avis, 17 juillet 2013, n° 368260 : de l'opposabilité des règles de la forclusion de l'action du patient en cas de saisine d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation

Par ces avis, le Conseil d'État précise l'articulation entre les règles de la procédure administrative régissant la forclusion de la demande d'indemnisation du patient et celles relatives à la saisine d'une Commission .../...

.../... de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

En effet, si en application des dispositions de l'article R. 421-1 et R. 421-3 du Code de Justice Administrative (CJA), les recours en indemnisation contre une personne publique doivent être présentés devant la juridiction administrative dans un délai de deux mois à compter d'une décision expresse de rejet de la demande préalable d'indemnisation ; en revanche, le Code de la Santé Publique ne contient aucune disposition relative au délai pour saisir une CCI. L'article L.1142-7 du CSP prévoit néanmoins que la saisine d'une CCI suspend les délais de recours contentieux.

Dans le premier avis du 17 septembre 2012, le Conseil d'État apporte trois précisions.

D'une part, si la CCI est saisie, avant l'expiration du délai de deux mois à compter de la notification de la décision rejetant la demande préalable d'indemnisation, le délai de recours contentieux devant la juridiction administrative est suspendu conformément aux dispositions de l'article L. 1142-7 du CSP. La Haute Juridiction précise cependant, que pour être opposable à la victime, la notification de la décision rejetant la demande d'indemnisation préalable doit indiquer non seulement que le Tribunal Administratif peut être saisi dans le délai de deux mois mais aussi que ce délai est suspendu en cas de saisine de la CCI.

La notification ne fait pas courir le délai de forclusion si elle ne comporte pas cette double indication.

D'autre part, en l'absence de toute disposition contraire, le délai de recours contentieux n'est pas rouvert par une saisine d'une CCI postérieurement à son expiration. Il en résulte que la victime ne peut plus agir à l'encontre de l'établissement hospitalier.

Dans ces conditions, le Conseil d'État indique que l'ONIAM n'est pas tenu de se substituer à l'établissement

hospitalier dans l'hypothèse où l'avis de la CCI estimerait que la responsabilité de l'établissement est engagée, le caractère subrogatoire de son recours empêchant toute action en récupération à l'encontre de l'établissement hospitalier. Toutefois, le Conseil d'État considère qu'il appartient à l'établissement d'informer l'ONIAM, s'il ne l'a pas déjà fait devant la CCI, du caractère forclos de l'action de la victime. À défaut, l'ONIAM qui se serait substitué à tort, disposera d'un recours à l'encontre de l'établissement hospitalier.

Enfin, il est rappelé que la circonstance que la victime n'ait pas agi dans le délai de recours contentieux n'a pas d'effet sur la recevabilité de l'action en remboursement des organismes sociaux, qui peuvent toujours agir à l'encontre de l'établissement hospitalier (cf. CE 24/07/2009 n° 306578, CE 10/10/2011 n° 328500). Cet avis impacte ainsi la formulation des décisions de rejet des demandes préalables d'indemnisation présentées par les patients qui doivent être complétées pour faire mention de l'effet suspensif de la saisine de la CCI lorsque celle-ci intervient dans le délai de recours contentieux. L'établissement de santé doit également veiller à informer la CCI et l'ONIAM du caractère forclos de l'action du patient.

Dans son second avis du 17 juillet 2013, le Conseil d'État précise que la mention dans la décision expresse de rejet de la demande d'indemnisation du patient du caractère suspensif de la saisine de la CCI, n'a vocation à s'appliquer que lorsqu'à la date à laquelle l'établissement notifie au patient la décision de rejet, ce dernier n'a pas encore saisi la CCI, ou s'il l'a saisie, n'a pas encore été destinataire de la notification de l'avis. Dans ces deux hypothèses, le patient bénéficie d'un délai de deux mois à compter de la notification de l'avis de la CCI pour saisir la juridiction administrative. En revanche, cette information n'est

pas nécessaire quand le patient saisit l'établissement d'une demande d'indemnisation alors que la CCI a déjà rendu un avis, une seconde saisine de la Commission ne pouvant suspendre le délai de recours contre la décision de l'établissement.

À cette occasion, le Conseil d'État propose un modèle de formulation à insérer dans la décision de rejet en fonction des différentes situations possibles.

LES JURIDICTIONS CIVILES

ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE - OBLIGATION DE SURVEILLANCE

Cour de Cassation, 1^{re} Ch. civ., 29 mai 2013, n° 12-21.194 : l'obligation de surveillance de l'établissement doit s'apprécier au regard du régime d'hospitalisation du patient

Par la présente décision, la Cour de Cassation affirme pour la première fois de manière expresse que l'obligation de surveillance des patients à laquelle sont tenus les établissements psychiatriques doit s'apprécier au regard du régime d'hospitalisation du patient. En l'espèce, une personne, admise avec son consentement dans un établissement psychiatrique, s'est suicidée avec des médicaments qu'elle s'est procurée à l'occasion d'une sortie non autorisée par l'établissement. La famille invoque le défaut de la clinique dans son obligation de surveillance renforcée en raison d'un manque de protocolisation des règles de sortie de l'établissement en fonction de la pathologie du patient, de ses antécédents et de son état du moment.

La Cour de Cassation approuve les juges d'appel d'avoir rejeté leur

recours. Pour la Haute Juridiction, « il résulte de l'article L. 3211-2 du Code de la Santé Publique qu'une personne hospitalisée sous le régime de l'hospitalisation libre pour troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour d'autres causes, que dans cette hypothèse, le principe applicable est celui de la liberté d'aller et venir, qu'il ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de protocolisation des règles de sortie de l'établissement ». On notera que cette position rejoint celle adoptée par le Conseil d'État, dans une décision du 12 mars 2012 (n° 342774).

ÉQUIPE MÉDICALE – SUIVI DES PRESCRIPTIONS – RESPONSABILITÉ

**Cour de Cassation, 1^{re} Ch. civ.,
16 mai 2013, n° 12-21.338 : lorsque
plusieurs médecins collaborent
à l'examen ou au traitement
d'un patient, chacun d'entre eux
a l'obligation d'assurer le suivi
de ses prescriptions afin d'assumer
ses responsabilités personnelles
au regard de ses compétences**

Au visa notamment de l'article R. 4127-64 du Code de la Santé Publique (article 64 du Code de Déontologie Médicale), la Cour de Cassation réaffirme le principe général de la responsabilité lorsque plusieurs médecins interviennent au sein d'une équipe médicale. Il existe alors dans l'intérêt supérieur du patient un devoir particulier d'attention pour chaque médecin de l'effectivité de ses propres soins mais également de ceux réalisés par les autres médecins (cf. rapport annuel Cour de Cassation 2007, p. 245, cf. également Ass. Plén. 30/05/1986 n° 85-91.432).

En l'espèce, une patiente est victime d'une phlébite cérébrale dans les suites d'un accouchement. Après une première procédure en cassation, les juges d'appel confirment la responsabilité du gynécologue obstétricien dans le suivi de la patiente mais rejettent l'appel en garantie de ce dernier à l'encontre de l'anesthésiste, qui avait été lui aussi appelé au chevet de la patiente. Pour les juges du fond, le diagnostic de phlébite cérébrale relevait de la seule compétence de l'obstétricien qui assurait le suivi de l'accouchement sans que l'on puisse admettre une responsabilité de l'anesthésiste au motif que les céphalées de la patiente lui avaient été signalées et qu'il avait prescrit un traitement pour la soulager. L'arrêt est cassé par la Cour de Cassation qui rappelle que « l'obligation de tout médecin de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science emporte, lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement de ce patient, l'obligation pour chacun d'eux d'assurer un suivi de ses prescriptions afin d'assumer ses responsabilités personnelles au regard de ses compétences ». Pour la Cour de Cassation, il appartenait à l'anesthésiste de s'informer de l'effet du traitement qu'il avait lui-même prescrit afin de déterminer, en collaboration avec l'obstétricien, l'origine des troubles de la patiente, ce qui aurait pu permettre un diagnostic plus précoce. Au-delà du principe de responsabilité personnelle rappelé, l'arrêt vise également à souligner la nécessaire collaboration entre médecins dans l'intérêt du patient.

GESTE TECHNIQUE – APPRÉCIATION DE LA FAUTE

**Cour de Cassation, 1^{re} Ch. civ.,
20 mars 2013, n° 12-13.900 : l'atteinte
d'un organe non visé par l'intervention
constitue une faute**

Depuis des arrêts du 23 mai 2000 (n° 98-20.440 et 98-19.869), la Cour de Cassation impose un régime de quasi présomption de faute en matière de précision du geste chirurgical. L'atteinte d'un organe autre que celui visé par l'intervention constitue une faute sauf possibilité pour le chirurgien de démontrer que l'atteinte était inévitable compte tenu de l'état du patient ou d'une anomalie particulière non décelable. Amenée à statuer pour la première fois sur le fondement des dispositions de l'article L. 1142-11 du Code de la Santé Publique issue de la loi du 4 mars 2002, la Cour de Cassation réaffirme sa jurisprudence en annulant en l'espèce l'arrêt d'une Cour d'Appel qui avait écarté la responsabilité d'un chirurgien à la suite de la perforation de l'intestin grêle lors d'une intervention consistant en l'exérèse de tissus graisseux, « sans caractériser en quoi le chirurgien aurait fait la preuve de ce que la hernie ombilicale constituait une anomalie indécelable rendant l'atteinte inévitable ».



DIAGNOSTIC PRÉNATAL – NOTION DE FAUTE CARACTÉRISÉE

Cour de Cassation, 1^{re} Ch. civ., 16 janvier 2013, n° 12-14.020 : le fait d'affirmer à tort dans un compte rendu d'échographie avoir constaté les membres complets de l'enfant constitue une faute caractérisée

En application de l'article L. 114-5 alinéa 3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (art. 1^{er} de la loi du 4 mars 2002), la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé ne peut être engagée à l'égard des parents d'un enfant né avec un handicap congénital qu'en cas de faute caractérisée.

Par la présente décision, la Cour de Cassation statue pour la première fois sur cette notion de faute caractérisée. En l'espèce, la responsabilité de deux médecins échographes avait été retenue par les juges d'appel en raison du défaut de diagnostic de l'agénésie de l'avant-bras droit présentée par un enfant à sa naissance. Devant la Cour de Cassation, les médecins critiquaient l'arrêt d'appel en ce qu'il n'avait pas pris en compte les difficultés et la marge d'erreur inhérente à ce type d'examen, ni même démontrait que les médecins n'avaient pas porté toute l'attention nécessaire lors des échographies.

Leur pourvoi est rejeté. La Cour de Cassation approuve les juges d'appel d'avoir retenu la responsabilité des deux praticiens sur le fondement des deux comptes rendus d'échographie, mentionnant pour le premier que « les membres étaient visibles avec leurs extrémités » et pour le second « la présence de deux mains », ces affirmations constituant « une faute qui, par son intensité et son évidence, était caractérisée » au sens de l'article L. 114-5 alinéa 3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Bien que reprenant les critères

« d'intensité et d'évidence » utilisés par le juge administratif pour qualifier la faute caractérisée (cf. CE 9/02/2005 n° 225990 ; CE 13/05/2011 n° 329290), il n'est pas certain, à la lecture de cette décision que la Cour de Cassation en ait la même appréciation. En effet, si le juge administratif tend à apprécier la gravité de la faute, il semble que pour la Cour de Cassation, ces critères permettent simplement de démontrer l'existence de la faute.

En l'état, on ne peut que rappeler les dispositions de l'article L. 2131-1 du Code de la Santé Publique qui fait obligation en cas d'échographie obstétricale d'informer la patiente que « l'absence d'anomalie détectée ne permet pas d'affirmer que le fœtus soit indemne de toute affection et qu'une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ».

OBLIGATION D'INFORMATION DU PATIENT – PROFESSIONNEL DE SANTÉ TENU À L'OBLIGATION – QUALITÉ DE L'INFORMATION

Cour de Cassation, 1^{re} Ch. civ., 16 janvier 2013, n° 12-14.097 : la communication d'un compte rendu au médecin prescripteur ne dispense pas le médecin qui a réalisé l'examen d'informer le patient d'une manière adaptée à son état sur les résultats de celui-ci

La présente décision est l'occasion pour la Cour de Cassation de rappeler que l'obligation d'information du patient pèse à la fois selon leur compétence sur le médecin qui prescrit l'acte mais également sur celui qui le réalise (cf. Cass.1^{re} civ. 31/05/2007 n° 06-18.262, Cass.1^{re} civ. 14/10/1997 n° 95-19609) Au visa des articles L. 1111-2 et R. 4127-35 du Code de la Santé Publique, la Cour de Cassation casse un arrêt d'une Cour d'Appel qui avait débouté un patient de son recours à l'encontre

de deux médecins radiologues qui ne l'avaient pas tenu directement informé des résultats des examens pratiqués au motif que cette information ressortait des comptes rendus rédigés par les praticiens à l'intention du médecin traitant et que l'information du patient relevait de ce dernier praticien.

La Cour de Cassation rappelle que la communication du compte rendu au médecin prescripteur ne dispensait pas les médecins radiologues d'informer leur patient « sur les résultats de l'examen, d'une manière adaptée à sa personnalité et à son état ».

ACCOUCHEMENT – PREUVE DE LA FAUTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Cour de Cassation, 1^{re} Ch. civ., 13 décembre 2012, n° 11-27.347 : en l'absence d'enregistrement du rythme fœtal, il incombe à la clinique d'apporter la preuve qu'au cours de cette période aucun événement nécessitant l'intervention d'un obstétricien n'est survenu

À l'occasion d'un accouchement, un enfant est victime d'une souffrance fœtale. La clinique n'est pas en mesure de produire l'intégralité du suivi du rythme fœtal de l'enfant en raison d'une interruption accidentelle de quelques instants du monitoring. La Cour de Cassation juge qu'en l'absence d'enregistrement du rythme fœtal pendant plusieurs minutes, il appartient alors à l'établissement de rapporter la preuve que durant cette période, aucun événement nécessitant l'intervention d'un obstétricien n'est survenu. Cette décision est l'occasion pour la Cour de Cassation de renforcer les obligations des établissements de santé privés en matière d'obstétrique en se plaçant sur le terrain de la preuve et en faisant bénéficier les victimes d'un renversement de la charge de la preuve.



02



PÉRIMÈTRE

DE L'ÉTUDE





PÉRIMÈTRE

DE L'ÉTUDE

02

2.1 NOTION DE RÉCLAMATION

En matière de responsabilité civile médicale, les conditions de mise en œuvre de la garantie d'assurance sont définies par l'article L. 251-2 du Code des Assurances. Au titre de cet article, tout contrat d'assurance de responsabilité civile médicale doit garantir l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée pendant la période de validité du contrat ou pendant une période subséquente. La garantie d'assurance est ainsi déclenchée par la réclamation de la victime quelle que soit la date du fait dommageable. La réclamation est légalement définie comme « toute demande en réparation amiable ou contentieuse et adressée à l'assuré ou à son assureur ».

En cas de sinistre sériel, c'est-à-dire de faits dommageables successifs ayant la même cause technique (par exemple le dysfonctionnement d'un dispositif médical), les réclamations des victimes sont considérées par le Code des Assurances comme un sinistre unique qui sera imputé sur l'année de la première réclamation présentée par l'une des victimes

Dans le cadre du présent Panorama, seules ont été prises en compte les réclamations de malades ou de leurs ayants droit mettant en cause la responsabilité civile médicale des établissements de santé sociétaires Sham et présentées au cours de

l'exercice 2012, à l'exclusion de toutes déclarations d'incidents effectuées à titre conservatoire, c'est-à-dire celles adressées à Sham par un sociétaire en l'absence de réclamation d'un patient.

2.2 NOTION DE COÛT DES RÉCLAMATIONS

2.2.1 / UN DÉLAI IMPORTANT POUR CONNAÎTRE LE COÛT DÉFINITIF D'UNE RÉCLAMATION

Il existe un décalage dans le temps entre la réclamation émanant d'un patient ou de ses ayants droit et le paiement de l'indemnisation du préjudice, si cette réclamation est juridiquement fondée.

Un délai est nécessaire pour déterminer la responsabilité de l'établissement de santé

Une réclamation, lorsqu'elle est liée à un préjudice corporel, fait l'objet d'une expertise médicale qui doit répondre aux questions fondamentales de causalité, de faute et d'imputabilité des dommages.

➤ L'état du patient résulte-t-il des soins (médicaux ou infirmiers) qui lui ont été prodigués ?

➤ S'il existe un lien de causalité, les soins ont-ils été prodigués dans les règles de l'art ? Si oui, les dommages causés au patient relèvent-ils de l'aléa thérapeutique ? Dans le cas contraire, sont-ils liés à une faute ?

Pour 100 réclamations en responsabilité civile médicale présentées à Sham, 20 à 30 font l'objet d'une indemnisation.

► S'il existe une faute dans les soins, quelle est la part des préjudices directement imputable à cette faute ? Quelle est la part relevant de l'état antérieur du patient ? La réponse à ces questions peut s'avérer extrêmement complexe et nécessiter des délais importants.

Un délai est nécessaire pour évaluer l'étendue des préjudices subis

Même lorsque la responsabilité de l'établissement de santé est établie, le montant de l'indemnisation ne peut être déterminé tant que l'état de la victime n'est pas consolidé. Par exemple, dans le cas d'une souffrance fœtale ayant entraîné des séquelles neurologiques graves sur un nouveau-né, le juge définit une indemnisation de l'enfant pendant la minorité et réserve la décision d'indemnisation définitive de la victime à sa majorité (indemnisation qui prendra la forme d'une rente viagère dans l'exemple cité). Pour Sham, il peut donc s'écouler, dans les cas les plus graves, une vingtaine d'années entre la connaissance du sinistre et la détermination précise de son coût. Même si les délais d'indemnisation des réclamations en responsabilité civile médicale sont longs, l'engagement financier de l'assureur face à chaque nouvelle réclamation est bien réel et doit faire l'objet d'une évaluation. Cette évaluation se matérialise pour la mutuelle par la constitution dans ses comptes d'une provision pour sinistre à payer.

2.2.2 / LES PROVISIONS SONT UNE ESTIMATION DU COÛT DÉFINITIF DES RÉCLAMATIONS

Sham, comme tout assureur, doit réglementairement évaluer le coût probable de toute nouvelle réclamation. Cette évaluation prend la forme d'une provision qui constitue une charge dans l'année où elle est constatée. Cette provision peut se traduire comme une comptabilisation « par anticipation » des engagements de paiement d'indemnités pour les années qui suivent la réclamation. Dans cette logique, les provisions constituées figurent au passif du bilan de Sham au même titre qu'une dette vis-à-vis d'un tiers. L'inscription des provisions dans les comptes des assureurs permet de garantir leur solvabilité vis-à-vis des assurés et des tiers, même si les indemnités sont allouées plusieurs années après la réclamation. Le coût de chaque réclamation est estimé dès l'enregistrement du dossier et connaît une évaluation de plus en plus exacte au fur et à mesure que les données médico-légales liées à cette réclamation (étendue de la responsabilité de l'établissement de santé, gravité du dommage) sont connues de la mutuelle. Sham, qui enregistre plusieurs milliers de réclamations chaque année, pallie l'imprécision de l'évaluation initiale de chaque dossier pris séparément par une mutualisation de l'ensemble des réclamations. L'évaluation globale des engagements au moment où les réclamations sont présentées doit alors être suffisante pour honorer les indemnités à verser. Pour 100 réclamations en

responsabilité civile médicale présentées à Sham, 20 à 30 font l'objet d'une indemnisation alors que toutes ont été initialement évaluées. En revanche, les 20 à 30 % des réclamations qui, après instruction, donneront finalement lieu à indemnisation, auront un coût très supérieur à celui qui avait été initialement prévu.





2.2.3 / LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PROVISIONS

Les provisions pour sinistres à payer

L'évaluation du coût des sinistres à payer comprend le montant des provisions calculées « dossier par dossier » pour tous les sinistres déclarés :

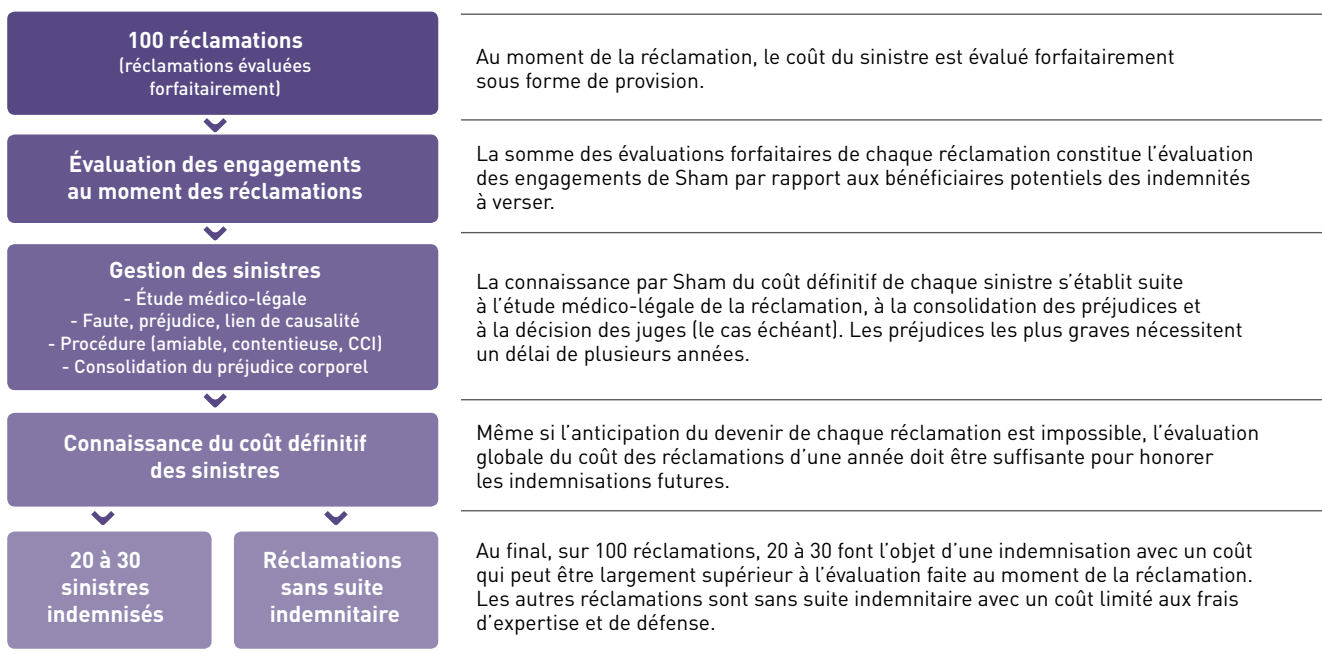
- les provisions pour sinistres restant à payer : ces provisions sont une estimation des indemnités qui seront payées à l'issue de la procédure d'indemnisation (par voie amiable ou judiciaire).
- les provisions pour des condamnations : ces provisions représentent les indemnités à verser suite à une condamnation en justice. Il s'agit principalement de l'évaluation des indemnités à verser « à vie » aux victimes d'accidents médicaux les plus gravement touchés.

L'analyse des réclamations de 2012 porte sur le nombre et le coût de ces réclamations. Le coût est composé des règlements déjà effectués et des provisions pour sinistres à payer.

Les provisions réglementaires et prudentielles

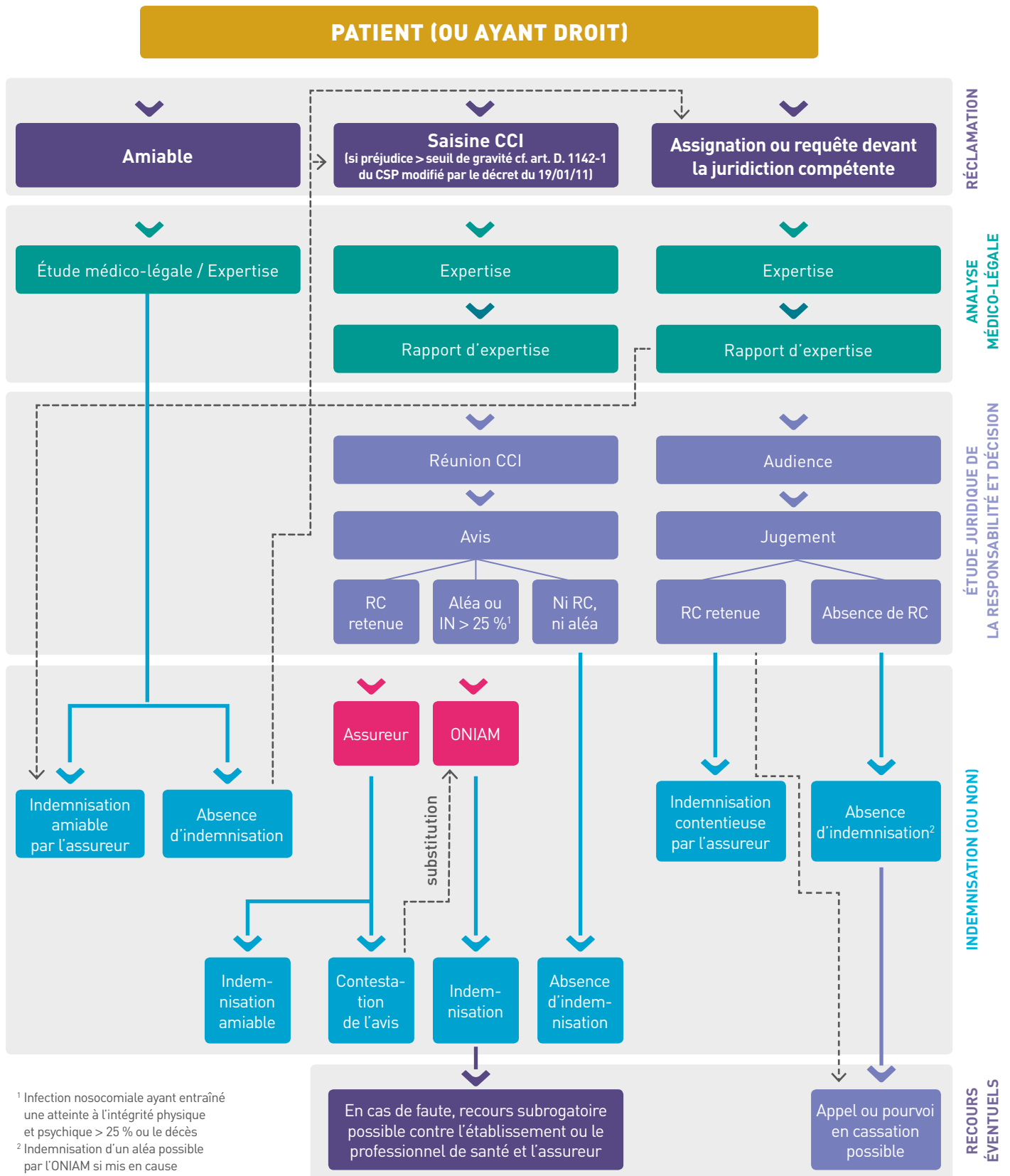
Sham constitue, en outre, pour chaque exercice, des provisions réglementaires et prudentielles destinées à faire face au risque que l'évaluation actuelle des sinistres se révèle insuffisante dans le futur (évolutions jurisprudentielles...) ou représentant ses engagements dans la prise en charge des réclamations à venir au-delà de la durée contractuelle de ses contrats de responsabilité civile médicale. Ces provisions servent notamment à couvrir les engagements de Sham sur la garantie subséquente de cinq années accordée après la résiliation du contrat de l'établissement de santé. Ces provisions ne sont pas incluses dans le coût des réclamations 2012.

DE L'ÉVALUATION INITIALE DU DOMMAGE À SON INDEMNISATION



LES DIFFÉRENTES FORMES DE RÉCLAMATIONS ET LEUR DÉROULEMENT

Le sinistre est constitué par la réclamation qui peut prendre différentes formes : demande amiable, saisine CCI (Commission de Conciliation et d'Indemnisation), action contentieuse.



¹ Infection nosocomiale ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique et psychique > 25 % ou le décès
² Indemnisation d'un aléa possible par l'ONIAM si mis en cause



2.3 INDICE DE FRÉQUENCE

Créé par Sham en 2005, l'indice de fréquence permet de mesurer l'évolution du nombre de réclamations en responsabilité civile médicale. Cet indice identifie, par un suivi annuel, les tendances de fond de l'évolution du risque médical.

2.3.1 / LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICE

L'indice de fréquence mesure l'évolution du nombre des réclamations en responsabilité civile médicale des établissements de santé MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) assurés par Sham. Il s'appuie sur les réclamations relatives aux sinistres corporels excluant les sinistres non significatifs en termes de coûts (chutes...) et constitue un historique sur plusieurs années. Cet indice

est calculé à périmètre constant afin que les variations de la structure du sociétariat de Sham n'aient pas d'incidence sur l'évolution annuelle de l'indice.

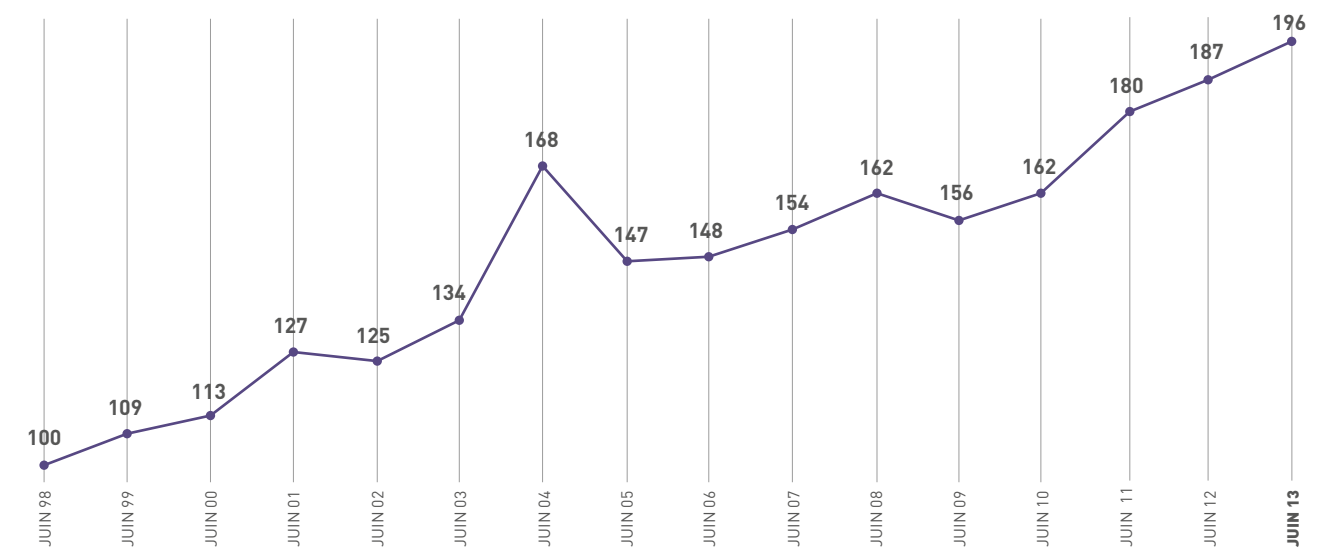
2.3.2 / UN CONTRÔLE INDÉPENDANT DE L'INDICE

Afin que l'indice serve de référence en matière d'évolution du nombre des réclamations de responsabilité civile médicale, il est analysé par un organisme indépendant de Sham, le cabinet PricewaterhouseCoopers. Ce cabinet passe en revue la méthode de construction de l'indice, contrôle la construction des données utilisées, vérifie les calculs effectués pour chaque mise à jour de la valeur de l'indice et publie conjointement à l'indice un rapport synthétique des travaux réalisés.

2.3.3 / LA VALEUR DE L'INDICE

Sur la période de juin 1998 à juin 2013, l'indice a augmenté de 96 points. Succédant à une courte période de stabilisation sur les années 2008 et 2009, l'indice montre que nous sommes de nouveau entrés dans une phase d'inflation du nombre des réclamations depuis 2010. La valeur enregistrée en juin 2013 (196) est le point le plus haut atteint par l'indice.

VALEUR DE L'INDICE DE FRÉQUENCE





03



RÉCLAMATIONS

2012





RÉCLAMATIONS

2012

03

Cette étude dresse le tableau des réclamations présentées par les malades ou leurs ayants droit avant une éventuelle requalification médicale et/ou légale.

En 2012, on constate une baisse des réclamations liée à l'évolution du périmètre du portefeuille assuré et aux effets des franchises.

3.1 RÉCLAMATIONS LIÉES À DES PRÉJUDICES CORPORELS ET MATÉRIELS

	NOMBRE DE SINISTRES	COÛTS DES SINISTRES
Préjudices corporels	5 097	182,7 M€
Préjudices matériels	6 324	4,1 M€
TOTAL	11 421	186,8 M€
<i>dont MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique)</i>	<i>9 554</i>	<i>178 M€</i>

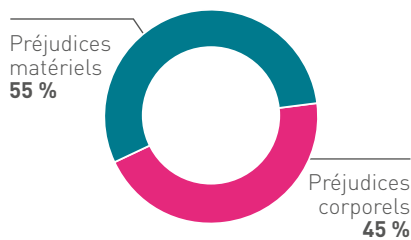
PAROLE D'EXPERT



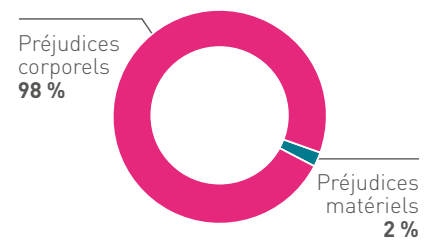
Lucien MISTRETTA,
Manager Gestion de Sinistres

L'indemnisation des préjudices corporels est toujours de plus en plus complexe notamment du fait de l'émergence de préjudices nouveaux qu'il convient d'indemniser. Il faut noter également une augmentation de 34 % entre 2011 et 2012 des réclamations consécutives à des actes d'obstétrique, ainsi que des réclamations concernant la réanimation néonatale (multipliées par 3 par rapport à 2011).

Répartition en nombre

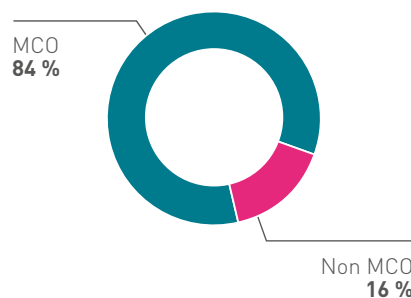


Répartition en coût

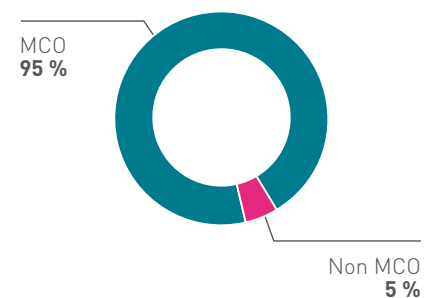


Même si les réclamations pour préjudices matériels représentent une part importante des réclamations (55 %), elles ne représentent qu'une part minime des coûts (2 %). Les réclamations liées à des préjudices corporels constituent l'essentiel du risque financier des établissements de santé.

Répartition en nombre par catégorie d'établissements



Répartition en coût par catégorie d'établissements



3.2 RÉCLAMATIONS LIÉES À DES PRÉJUDICES CORPORELS PAR TYPES DE CAUSES

	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS	COÛTS TOTAL DES RÉCLAMATIONS
Causes médicales	4 551	172,8 M€
Vie hospitalière	418	6,5 M€
Dispositifs médicaux et produits de santé	128	3,3 M€
TOTAL	5 097	182,6 M€

Le nombre de réclamations diminue sensiblement en 2012, passant de 5 206 en 2011 à 5 097, soit une baisse de 2 %.

Parmi celles-ci, la part des réclamations liées à des préjudices ayant une cause médicale (c'est-à-dire les réclamations consécutives à un acte de prescription, de diagnostic ou de soins) demeure toujours prépondérante dans la sinistralité 2012 (89 % versus 90 % en 2011), même si le nombre de réclamations pour causes médicales diminue de 3 % entre 2011 et 2012.

On observe par ailleurs une augmentation de 23 % des réclamations mettant en cause un défaut imputable à des dispositifs médicaux et produits de santé (hors utilisation défectueuse d'un dispositif médical, ni prescription ou administration erronée d'un médicament). Les réclamations liées à des accidents de vie hospitalière (catégorie qui regroupe l'ensemble des réclamations liées à l'activité hospitalière autre que médicale) demeurent quant à elles, stables.

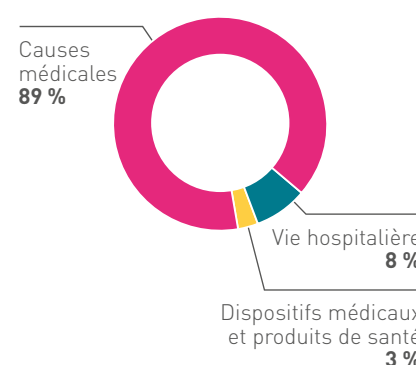
3.2.1 / RÉCLAMATIONS METTANT EN CAUSE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX OU DES PRODUITS DE SANTÉ

	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Dispositifs médicaux	65
Produits de santé	53
Sang et dérivés sanguins	10
TOTAL	128

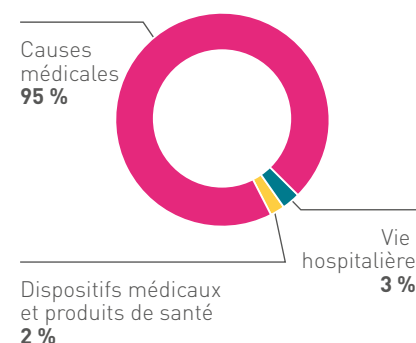
Les réclamations consécutives à un dysfonctionnement ou un vice d'un dispositif médical (bistouri électrique, matériel de stérilisation, prothèse ou cathéter) représentent la cause principale (51 %) des préjudices de cette catégorie avec une hausse de 20 %. Cette augmentation est notamment due aux réclamations présentées au titre des prothèses mammaires PIP.

Le nombre de réclamations liées à des produits de santé est stable par rapport à 2011. .../...

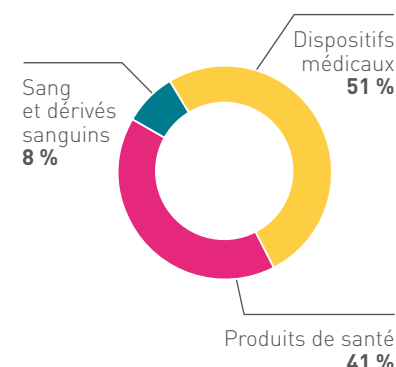
Répartition en nombre



Répartition en coût



Répartition en nombre

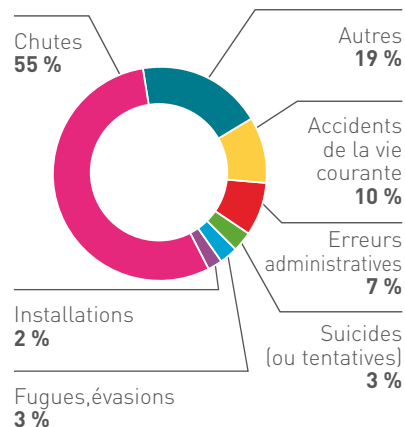


.../... Après une baisse significative de 45,5 % des réclamations liées à des produits sanguins observée entre 2010 et 2011, leur nombre reste stable en 2012. Cette baisse sur deux années consécutives était en rapport avec l'entrée en vigueur du décret 2010-251 du 11 mars 2010 mettant en application l'article 67 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009, qui a transféré l'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C par contamination transfusionnelles, de l'Établissement Français du Sang à l'ONIAM.

3.2.2 / RÉCLAMATIONS LIÉES À DES ACCIDENTS DE VIE HOSPITALIÈRE

	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Chutes	229
Accidents de la vie courante	43
Erreurs administratives	31
Suicides (ou tentatives)	13
Fugues, évasions	12
Installations	9
Autres	81
TOTAL	418

Répartition en nombre



Le nombre total de réclamations de cette catégorie est stable par rapport à 2011.

Les chutes qui représentent la plus grosse part de ces réclamations recouvrent des situations différentes telles que des levers intempestifs des patients, des glissades sur sol mouillé avec ou sans signalisation, etc. Après une baisse du nombre des chutes de 16 % observée en 2011, le nombre de réclamations diminue cette année encore (9 %). Cette baisse peut s'expliquer par l'engagement croissant des établissements dans la mise en place d'actions de prévention conduisant à une meilleure maîtrise des risques.

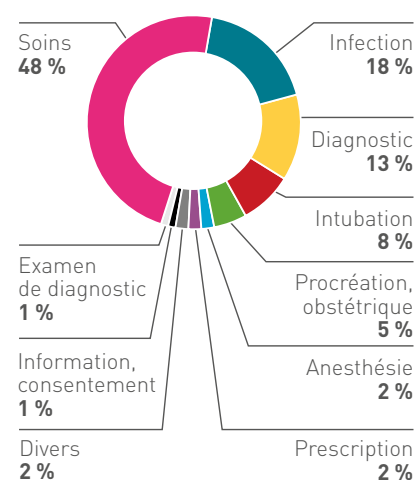
Par ailleurs, les fugues, suicides et tentatives de suicide concernent en grande majorité les services de psychiatrie. Il en va de même pour les erreurs administratives qui résultent essentiellement d'un non-respect du formalisme des hospitalisations sur demande d'un tiers.

Enfin, le nombre de réclamations liées aux installations a diminué de 60 %. Par «installations», il faut entendre les accidents résultant de défauts d'entretien et de réparation des immeubles, tels que la défectuosité des ascenseurs.

3.2.3 / RÉCLAMATIONS LIÉES À DES ACCIDENTS DE CAUSES MÉDICALES

	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Soins	2 199
Infection	810
Diagnostic	587
Intubation	355
Procréation, obstétrique	243
Anesthésie	103
Prescription	92
Information, consentement	45
Examen de diagnostic	45
Divers	72
TOTAL	4 551

Répartition en nombre



Même si, en nombre, les réclamations mettant en cause des soins infirmiers, médicaux et chirurgicaux baissent de 6 % cette année, elles représentent toujours la part de réclamations la plus importante (48 %).

Les réclamations liées à une infection représentent toujours la deuxième cause (18 %) des réclamations liées à des accidents médicaux, même si leur nombre diminue cette année de 11 %.

S'agissant des réclamations relatives à des intubations, on constate une deuxième année de baisse (10 % en 2011 et 17 % en 2012).

Les réclamations consécutives à des actes d'obstétrique représentent 5 % des réclamations, comme les années précédentes, mais leur nombre croît de 34 % entre 2011 et 2012. Ces réclamations pèsent lourdement sur la charge de la sinistralité ; en effet, un enfant lourdement handicapé à la suite d'une faute médicale devra bénéficier d'une prise en charge importante tout au long de sa vie, et par voie de conséquence, onéreuse.

Enfin, bien que la part des réclamations en lien avec des prescriptions restent marginales (2 % du nombre total des réclamations), il est à souligner que leur nombre est passé de 26 à 92 ces deux dernières années, soit une hausse de près de 254 %. Une telle augmentation s'explique par le contentieux lié à la prescription du médicament MÉDIATOR® (principe actif Benfluorex). Une procédure spécifique d'indemnisation par l'ONIAM a été créée (article L. 1142-24-1 et suivant du Code de la Santé Publique) afin de faciliter et d'harmoniser l'indemnisation des victimes.

FOCUS

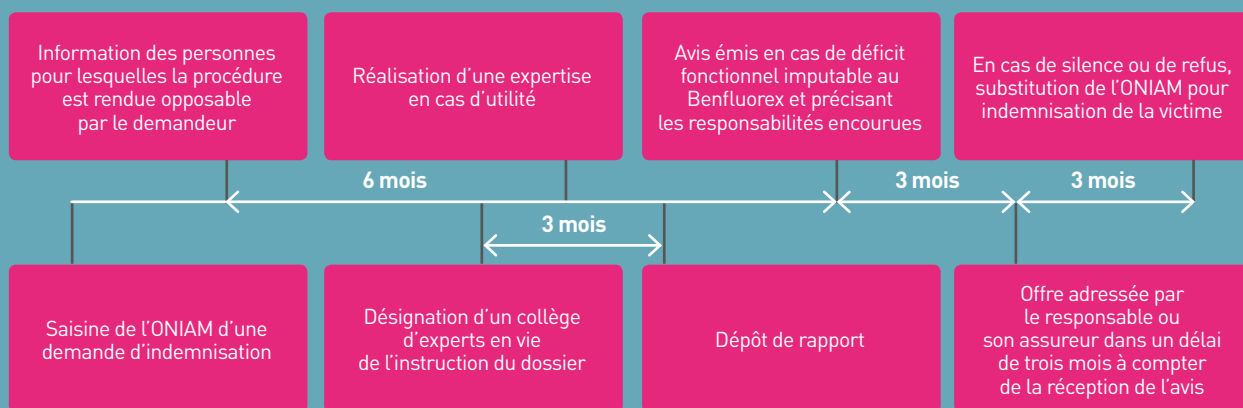
La procédure d'indemnisation des victimes du MÉDIATOR® par l'ONIAM

Conformément à l'engagement des pouvoirs publics, un dispositif facultatif et gratuit favorisant l'indemnisation amiable des victimes du MÉDIATOR® a été mis en place par l'article 57 de la loi de finances rectificative du 29 juillet 2011 et le décret n° 20116932 du 1^{er} août 2011.

Ce dispositif, géré par l'ONIAM, s'inspire de la procédure existante devant les CCI. Toute personne s'estimant victime d'un déficit fonctionnel imputable au Benfluorex peut saisir l'ONIAM à des fins d'indemnisation. Un collège d'experts est chargé d'apprécier les responsabilités et les préjudices. Les prescripteurs des médicaments peuvent être mis en cause par la victime ou le fabricant à l'occasion de la procédure de règlement amiable.

L'indemnisation est assurée par le responsable désigné par le collège d'experts ou son assureur. L'ONIAM n'intervient qu'à titre subsidiaire, en cas de refus d'indemnisation du responsable ou de son assureur, ou en cas d'offre manifestement insuffisante.

Au 31 mai 2013, 7 972 dossiers de demandes d'indemnisation ont été déposés auprès de l'ONIAM.

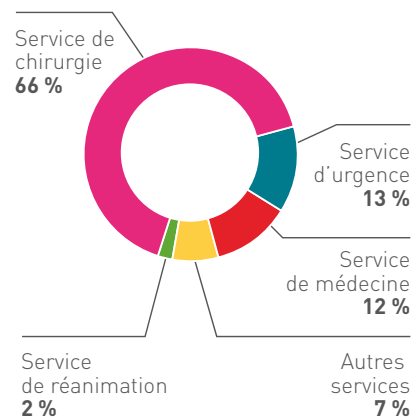


source : www.oniam.fr

3.3 SPÉCIALITÉS CONCERNÉES PAR LES RÉCLAMATIONS LIÉES À DES ACCIDENTS DE CAUSES MÉDICALES

SPÉCIALITÉS	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Service de chirurgie	2 998
Service d'urgence	590
Service de médecine	556
Service de réanimation	99
Autres services	308
<i>dont non codifiés</i>	236
TOTAL	4 551

Répartition en nombre



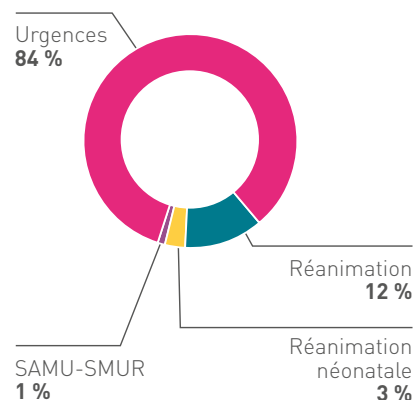
La répartition des réclamations pour préjudices corporels de causes médicales parmi les différentes spécialités est stable par rapport à 2011.

Les spécialités chirurgicales sont toujours les premières disciplines mises en cause avec 66 % des réclamations suivies des services médicaux d'urgence et de réanimation (15 %).

3.3.1 / SERVICE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION

SPÉCIALITÉS	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Urgences	579
Réanimation	80
Réanimation néonatale	18
SAMU-SMUR	11
Grands brûlés	1
TOTAL	689

La répartition des réclamations reste sensiblement identique. Il est à noter cependant que le nombre de réclamations concernant une réanimation néonatale augmente de 200 %. En proportion, leur part est multipliée par 3.

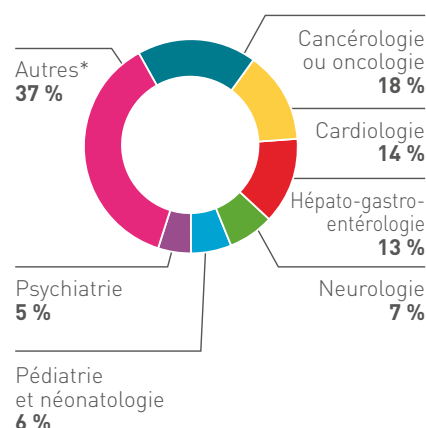


3.3.2 / SERVICES DE MÉDECINE

SPÉCIALITÉS	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Cancérologie ou oncologie	100
Cardiologie	80
Hépatogastro-entérologie	75
Neurologie	37
Pédiatrie et néonatalogie	32
Psychiatrie	29
Autres*	203
TOTAL	556

*Services de pneumologie, de médecine interne, de gériatrie, d'hématologie, de rééducation fonctionnelle...

Le nombre de réclamations concernant le service de médecine a diminué de 3,8 % par rapport à l'année 2011. La répartition est sensiblement équivalente à 2011. Cependant, on observe une augmentation de 45 % sur les services de cancérologie et oncologie. Cette augmentation n'est pas justifiée par une augmentation des incidents dans ces spécialités mais vraisemblablement due à l'évolution de la perception du patient vis-à-vis de cette maladie pour laquelle la science a considérablement progressé ses dernières années.

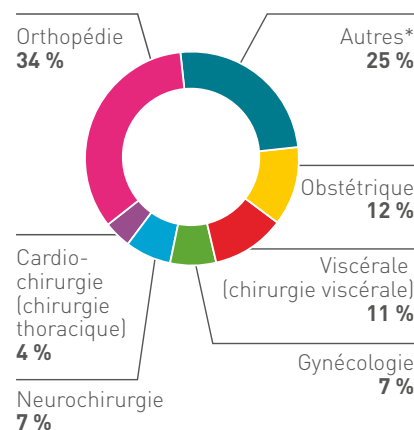


3.3.3 / SERVICES DE CHIRURGIE

SPÉCIALITÉS	NOMBRE DE RÉCLAMATIONS
Orthopédie	1 030
Obstétrique	371
Viscérale (chirurgie viscérale)	325
Gynécologie	219
Neurochirurgie	201
Cardio-chirurgie (chirurgie thoracique)	102
Autres*	750
TOTAL	2 998

*Chirurgie générale, services d'ophtalmologie, d'ORL, services d'urologie

La répartition en nombre de réclamations par spécialité chirurgicale reste globalement stable par rapport à l'année 2011. Il est toutefois à souligner que l'obstétrique qui représentait 9 % des réclamations en 2011 passe à 12 % cette année, avec une hausse du nombre de réclamations de 34 % entre 2011 et 2012. Cela confirme que l'obstétrique reste une spécialité particulièrement exposée et à risques.





04



GESTION PAR LES CCI*

EN 2012

* Commissions de Conciliation et d'Indemnisation





GESTION PAR LES CCI

EN 2012

04

PAROLE D'EXPERT



**Michel
GERMOND,**
Directeur

« Année après année, le niveau d'activité toujours plus élevé des CCI constitue la preuve que le dispositif répond aux attentes des malades pour la réparation des accidents médicaux, et contribue à limiter le recours aux tribunaux : la qualité des expertises, le respect du contradictoire, les débats ouverts facilitant l'explication des causes et des circonstances d'une complication médicale, et bien sûr l'implication des membres des CCI expliquent ce constat. Les modifications apportées au fonctionnement, et peut-être demain à la composition des CCI, ne doivent pas conduire à remettre en question un dispositif équilibré qui en 10 ans a fait la preuve de son efficacité. »

Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI), qui ont perdu leur caractère strictement régional avec le décret n° 2012-298 du 2 mars 2012, puisque plusieurs commissions peuvent être créées dans une même région, sont encore souvent dénommées sous leur ancien sigle de Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI).

Elles sont toujours le dispositif pivot de la loi du 4 mars 2012 permettant aux malades de rechercher la responsabilité des professionnels et des établissements de santé, et de mettre en œuvre le cas échéant le régime d'indemnisation correspondant, par l'assureur de responsabilité civile de l'auteur du dommage ou au titre de la solidarité nationale.

Cette année encore Sham fait le constat du succès rencontré par le dispositif qui draine une part croissante des réclamations des malades s'estimant victimes d'un accident médical. Ce succès concerne cependant la mission d'indemnisation des commissions, et non celle de conciliation, sans doute parce que d'autres moyens existent pour répondre aux besoins d'information et de médiation des patients, notamment à l'hôpital.

Le fonctionnement opérationnel des CCI a pu, dans certaines régions, être rendu moins fluide en raison de la mise en application dans les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des dispositions de la loi du 29 décembre 2011 relative

au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. En effet, en application de l'article L.1151-1 du CSP, les membres d'un certain nombre de commissions, dont celles visées à l'article L.1142-5, c'est-à-dire les CCI, sont tenus lors de leur prise de fonction d'établir une déclaration d'intérêts.

En outre, les personnes concernées ne peuvent prendre part ni aux travaux, ni aux délibérations, ni aux votes de ces instances, si elles ont un intérêt direct ou indirect, à l'affaire examinée. Les nouveaux textes n'ont en réalité fait que confirmer les bonnes pratiques existantes dans les CCI, mais en renforçant le formalisme, ont rendu plus complexe la gestion de la participation effective des différentes catégories de membres aux réunions, titulaires et suppléants. Dans ce contexte, la participation de l'ONIAM, qui dispose de représentants de droit dans les commissions pour participer aux débats et aux votes, s'avère d'autant plus singulière, dans la mesure où l'Office est directement intéressé par tous les avis rendus.

Les commissions peuvent être saisies par toute personne qui s'estime victime d'un accident médical sous réserve que les préjudices invoqués dépassent un certain seuil de gravité* fixé par voie réglementaire c'est-à-dire :

► une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 % ;

- ▶ ou, un arrêt temporaire des activités professionnelles pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs, ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- ▶ ou, sur la même période, des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 % ;
- ▶ à titre exceptionnel, lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, ou lorsque celui-ci occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

Le système mis en place a pour objet de parvenir le cas échéant à une indemnisation rapide du malade ;

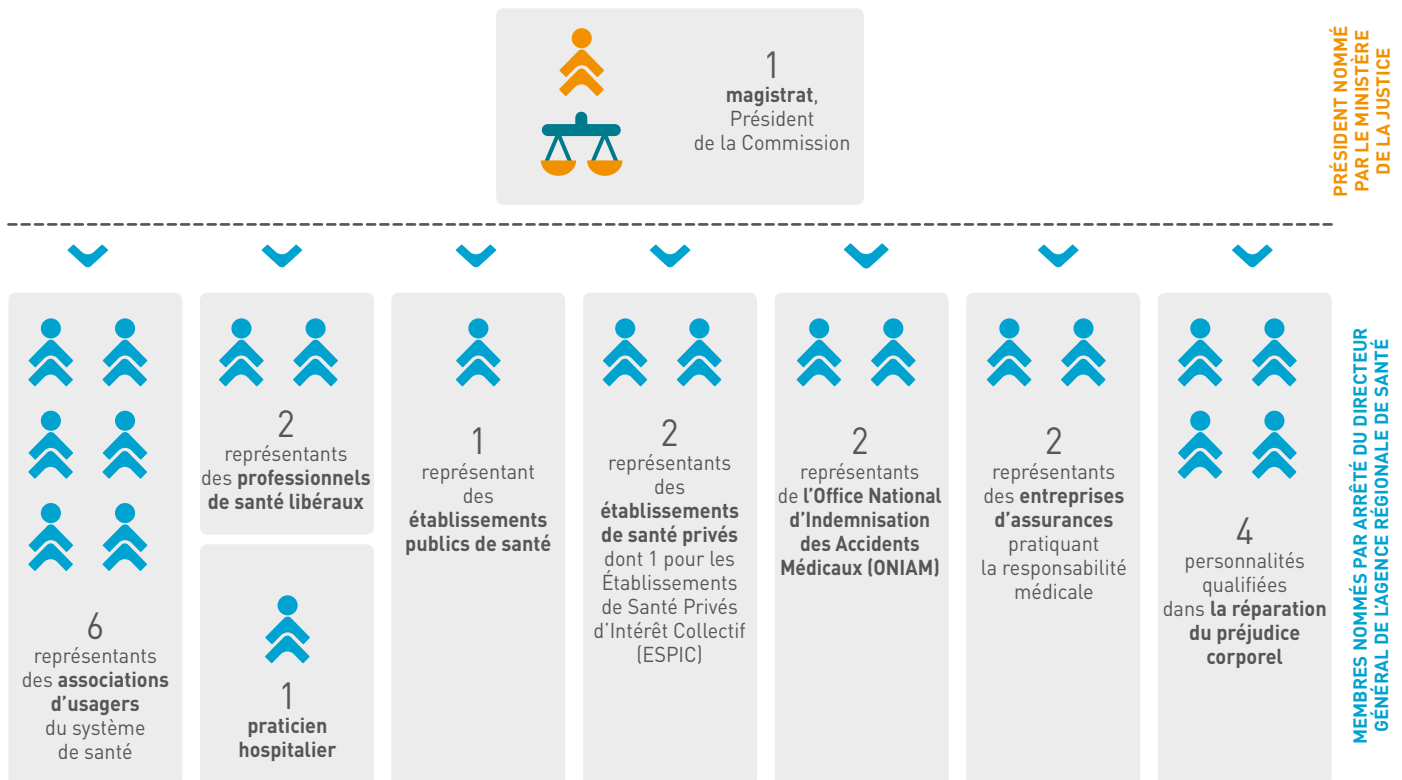
▶ les CCI disposent de 6 mois à compter de leur saisine pour rendre un avis sur les circonstances, les causes, l'étendue ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable (prise en charge par l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé en cas de reconnaissance de sa responsabilité, ou par l'ONIAM en cas d'aléa) ;

▶ en cas de mise en jeu de la responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé, l'assureur dispose d'un délai de 4 mois pour faire une proposition d'indemnisation à la victime. L'acceptation de l'offre par la victime vaut transaction. En cas d'offre manifestement insuffisante, le juge saisi par la victime peut condamner l'assureur à verser à l'ONIAM une pénalité pouvant aller jusqu'à 15 % de l'indemnité allouée ;

▶ en cas de silence ou de refus explicite de l'assureur de faire une offre d'indemnisation, l'ONIAM se substituera à lui pour indemniser la victime. Dans le cadre du recours de l'ONIAM contre l'assureur, le juge compétent pourra condamner ce dernier à une pénalité pouvant aller jusqu'à 15 % de l'indemnité qu'il fixe s'il estime que le refus d'indemnisation de l'assureur était injustifié.

*Les seuils de gravité ne sont pas applicables s'agissant d'une demande d'indemnisation des conséquences dommageables d'un acte réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale.

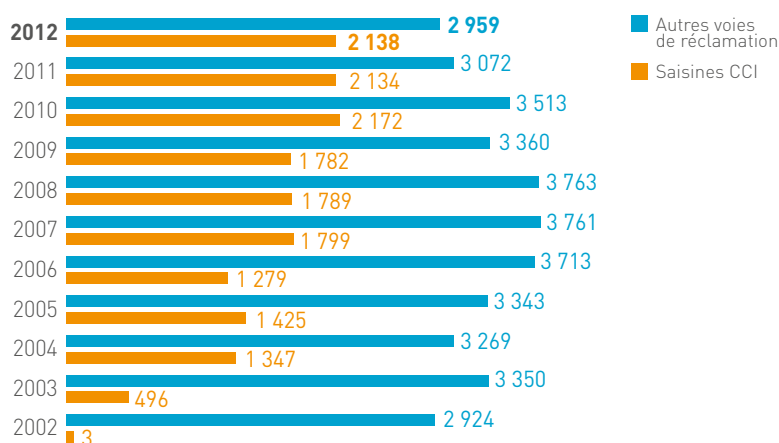
COMPOSITION D'UNE COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION (ART. R. 1142-5 DU CSP)



Un décret en préparation sur le fonctionnement des CCI aurait principalement pour objet de réduire le nombre de membres des CCI de 20 à 11 membres.

4.1 LES SAISINES

4.1.1 / ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RÉCLAMATIONS CCI POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ASSURÉS PAR Sham

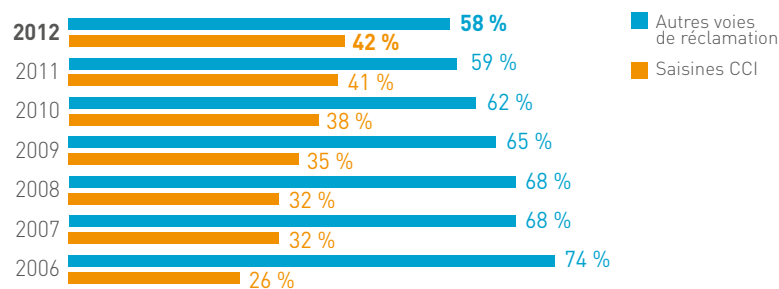


Sur l'exercice 2012, 2 138 saisines ont concerné un assuré Sham, contre 2 134 l'année précédente.

La comparaison des données publiées par l'ONIAM (4 255 dossiers reçus par les CRCI en 2012) et celles de Sham, sous réserve que les critères de comptabilisation soient identiques, montre qu'un dossier géré par l'ONIAM sur deux, impliquerait un assuré Sham.

4.1.2 / ÉVOLUTION DE LA PART DES SAISINES CCI DANS LES RÉCLAMATIONS

Part relative des saisines CCI dans les réclamations



L'année écoulée confirme que le recours aux CCI concerne plus de 4 demandes indemnitaires sur 10 présentées par des malades ou par leurs ayants droit aux établissements de santé assurés par Sham, cette voie de règlement étant aujourd'hui de fait la voie de règlement « normale » des accidents de responsabilité médicale.

4.1.3 / RÉPARTITION TERRITORIALE DES SAISINES ENTRE LES CCI

RÉGION	RÉPARTITION	RÉGION	RÉPARTITION
Rhône-Alpes	12,1 %	Champagne-Ardenne	3 %
Ile-de-France	12 %	Poitou-Charentes	2,6 %
PACA	10,5 %	Centre	2,6 %
Nord-Pas-de-Calais	7 %	Alsace	2,6 %
Aquitaine	6,5 %	Basse-Normandie	2,4 %
Languedoc-Roussillon	5,1 %	Haute-Normandie	2,2 %
Lorraine	5 %	Limousin	2 %
Bretagne	4,4 %	Guadeloupe-Martinique	0,8 %
Pays-de-la-Loire	4,2 %	Franche-Comté	0,8 %
Auvergne	3,6 %	Corse	0,3 %
Bourgogne	3,5 %	La Réunion	0,2 %
Midi-Pyrénées	3,4 %	Guyane	0 %
Picardie	3,2 %		
TOTAL			100 %

Trois régions représentent près de 35 % des saisines CCI : Rhône-Alpes, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur : cette concentration s'explique à la fois par le nombre et la taille des établissements sociétaires de Sham sur ces régions, et par la densité de leur population.

4.2 LES AVIS CCI

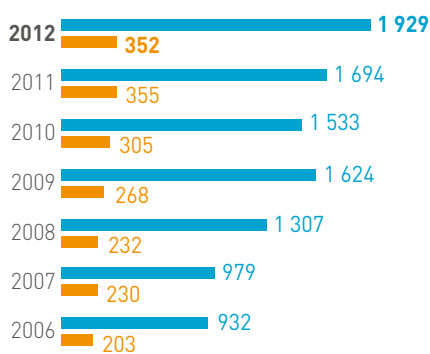
Les avis rendus par les CCI font le plus souvent suite à une expertise médicale, collégiale ou non, mais toujours contradictoire, lors de laquelle toutes les parties concernées ont pu présenter aux experts leurs points de vue et leurs arguments. La discussion peut ensuite se poursuivre lors de la réunion de la CCI, le malade, le professionnel de santé ou l'établissement concerné pouvant être présents ou représentés, notamment pour répondre aux éventuelles questions des membres de la CCI. Sham veille à une défense optimale de ses sociétaires mis en cause devant les commissions, tant lors de l'expertise médicale avec la présence active d'un médecin-conseil, que lors de la réunion de la commission avec l'intervention d'un conseil, médecin ou avocat, pour éclairer les circonstances des faits avant que la commission rende son avis.

Dans les deux graphiques qui suivent, nous retraçons volontairement le résultat de l'activité des CCI sous l'angle de vision de l'établissement concerné et de Sham qui l'assure en responsabilité civile, et non de l'indemnisation de la victime. Ils montrent l'évolution du nombre total d'avis rendus par les CCI au cours de l'année 2012, impliquant un assuré Sham, et la part de ceux qui ont conclu à la responsabilité de ce dernier.

En 2012, 2 281 avis concernant un assuré Sham ont été rendus, contre 2 049 au cours de l'exercice précédent, concernant tant des dossiers ouverts en 2012 qu'au cours des années précédentes.

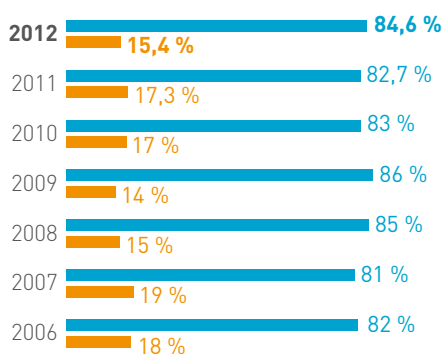
La part des avis mettant une indemnisation (ou une partie de l'indemnisation) à la charge de Sham est de 15,4 % en 2012. Cette proportion est très stable dans le temps. Il s'agit des affaires dans lesquelles la responsabilité de l'établissement de santé est engagée en raison d'une faute, ou d'infections nosocomiales n'ayant pas entraîné le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25 %.

Répartition des avis en fonction de la responsabilité des établissements assurés par Sham

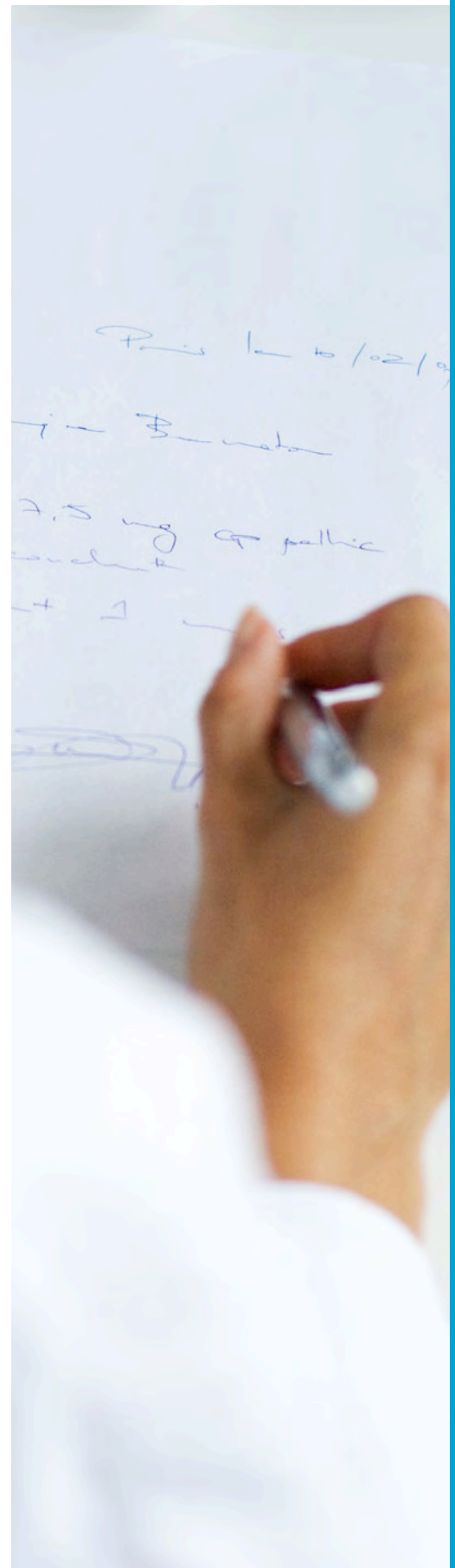


■ Absence de responsabilité
■ Responsabilité

Répartition en pourcentage des avis favorables et défavorables aux assurés Sham



■ Avis favorables aux assurés Sham
■ Avis défavorables aux assurés Sham

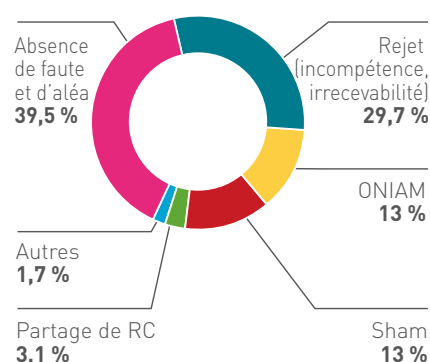


Fondement des avis rendus par les CCI en 2012

Pour 29,7 % des avis, la demande d'indemnisation a été déclarée irrecevable. Deux raisons justifiant ces avis sont à distinguer :

- soit l'accident médical en cause portait sur un acte de prévention, de diagnostic ou de soins antérieur au 5 septembre 2001, point de départ de l'application du dispositif issu de la loi du 4 mars 2002 ;
- soit le seuil de gravité du préjudice définissant la compétence de la CCI n'était pas atteint (cas les plus nombreux).

Cette irrecevabilité n'implique pas une absence d'indemnisation définitive du malade, celui pouvant faire valoir sa réclamation à l'amiable, ou devant la juridiction compétente.



Dans 39,5 % des avis, la demande d'indemnisation a fait l'objet d'un rejet par la CCI, car le dommage allégué, bien que dépassant le seuil de gravité :

- ne mettait pas en cause la responsabilité civile de l'établissement de santé (absence de faute) et donc de son assureur ;
- ne constituait pas pour autant, en l'absence de responsabilité de l'établissement, un accident thérapeutique au sens de la loi, le préjudice allégué résultant de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient ou d'une complication possible de l'affection ou de son traitement.

Au total, 29,1 % de ces avis ont statué en faveur de l'indemnisation du demandeur (contre 32,5 % en 2011), se répartissant ainsi :

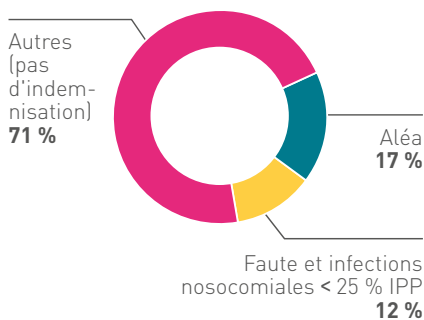
- 16,1 % à la charge de Sham (contre 17,3 % en 2011), soit en raison d'une responsabilité civile totale de l'établissement de santé (13 % des avis), soit d'une responsabilité partagée avec un autre acteur de santé, soit en concours avec l'ONIAM au titre d'un accident ayant pour partie un caractère aléatoire (3,1 % des avis) ;
- 2/3 des avis étaient justifiés par une faute (faute médicale ou de soins, défaut d'organisation ou de fonctionnement du service, défaut de surveillance) ; et 1/3 par une infection nosocomiale à l'origine d'une incapacité permanente partielle inférieure à 25 %, ou due à une faute caractérisée ;
- 13 % à la charge exclusive de l'ONIAM, c'est-à-dire de la solidarité nationale (contre 15,2 % en 2011), au titre d'un accident médical non fautif au sens de l'article 1142-1-II du Code de la Santé Publique (aléa thérapeutique), ou d'une infection nosocomiale ayant entraîné le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25 %.

Enfin, 1,7 % des avis portaient sur une autre décision : désignation d'un nouvel expert, demande de complément d'expertise, etc.

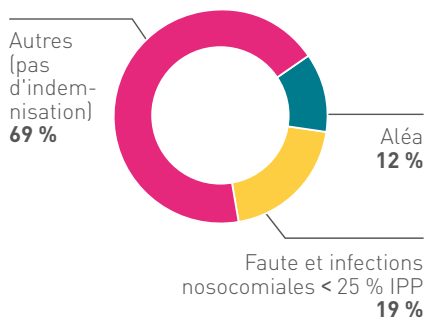
Fondement des avis rendus par les trois plus importantes CCI

La comparaison des avis rendus par les trois « grandes » CCI que sont pour Sham celles de Rhône-Alpes, Ile-de-France et PACA fait apparaître des différences d'appréciation dans la répartition des avis : les conclusions que l'on pourrait éventuellement en tirer doivent cependant être relativisées au regard du nombre d'affaires, de leurs caractéristiques et de la courte période d'observation (un an).

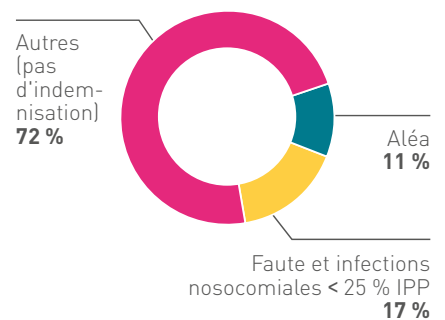
Rhône-Alpes



Ile-de-France



PACA



Suivi des avis rendus

Sur les 352 avis reçus par Sham en 2012 concluant à la mise en jeu de la responsabilité de ses assurés, plus des trois quarts, soit 269, font l'objet d'une procédure d'offre indemnitaire à la victime ; sur ce total, 166 ont été acceptées par la victime ou ses ayants droit, 18 refusées et 85 n'ont pas encore donné lieu à une décision.

Dans les cas où Sham n'a pas proposé d'indemnisation, sa position est le plus souvent justifiée par le fait que la CCI n'a pas suivi les conclusions de son ou ses experts lorsque les conclusions du rapport étaient favorables à l'établissement assuré, ou en raison d'un désaccord formel sur les mesures expertales (responsabilité de l'accident médical ou étendue du préjudice corporel imputable à l'accident).

En cas d'absence d'offre indemnitaire à la suite de l'avis rendu, Sham en informe tant la CCI concernée que l'ONIAM afin de permettre à ce dernier de mettre en place la procédure de substitution prévue par l'article L. 1142-15 du CSP.



05



**DOSSIERS
CLOS**

EN 2012





DOSSIERS CLOS

EN 2012

05

PAROLE D'EXPERT



Françoise PEREZ,
Responsable
Support Indemnitaires
et Réassurance

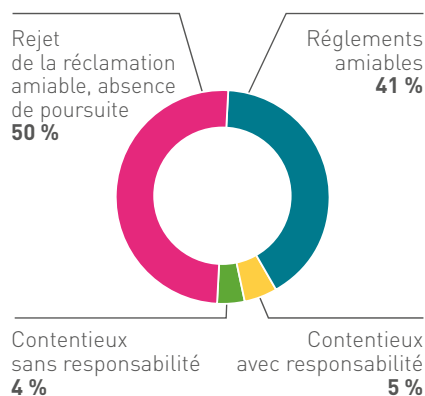
« Les rapprochements progressifs récents des décisions rendues tant par les magistrats civils qu'administratifs ont laissé persister des particularités attachées à chacune des juridictions. Pour autant l'indemnisation des préjudices graves devant l'une ou l'autre des juridictions se caractérise par l'importance des coûts indemnitaires classiquement constatés pour les tierces personnes et les frais futurs médicaux notamment de placement en institut ; plus récemment les réclamations liées à la perte de l'activité professionnelle et les demandes présentées pour l'aménagement des lieux de vie et du véhicule avec capitalisation viagère des frais de maintenance et de renouvellement constituent des postes conséquents de l'indemnisation. »

Sont considérés comme dossiers clos, les dossiers ayant fait l'objet au cours de l'exercice :

- soit d'un règlement par voie judiciaire retenant ou rejetant la responsabilité de l'établissement ;
- soit d'un règlement amiable, y compris ceux résultant d'une offre d'indemnité suite à l'avis d'une CCI ;
- soit d'une réclamation amiable non admise ou d'une absence de poursuite de la part du plaignant. Les dossiers clos en 2012 peuvent être issus de réclamations présentées en 2012 ou au cours d'exercices antérieurs.

5.1 DOSSIERS CORPORELS ET MATÉRIELS CLOS

Répartition en nombre : 12 608



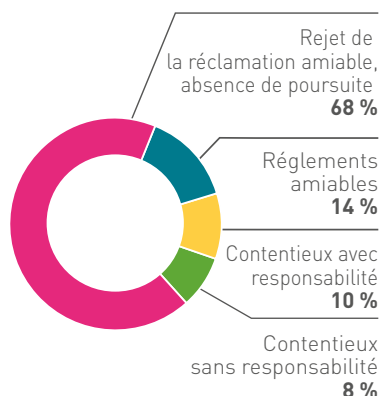
Au cours de l'exercice 2012, 12 608 dossiers corporels et matériels ont été clôturés, soit un volume quasiment identique à celui de 2011 (12 536 dossiers clos).

50 % des dossiers clôturés n'ont donné lieu à aucune suite indemnitaire contre 56 % en 2011 et 41 % des dossiers ont donné lieu à un règlement amiable, contre 36 % en 2011.

Le nombre de dossiers clôturés ayant donné lieu à une procédure contentieuse est sensiblement identique puisqu'il concerne 9 % des dossiers clôturés (8 % en 2011).

5.2 DOSSIERS CORPORELS CLOS

Répartition en nombre : 6 065



6 065 dossiers corporels ont été clôturés au cours de l'année soit 4,85 % de dossiers clôturés en plus par rapport à l'exercice 2011. Dans 68 % des cas, les dossiers n'ont donné lieu à aucune suite, le plaignant ayant abandonné sa réclamation au cours de l'instruction de celle-ci ou n'ayant donné aucune suite judiciaire au refus de prise en charge notifié par Sham. Au final, 24 % des dossiers ont donné lieu à indemnisation, versus 21 % en 2011, 14 % à la suite d'un règlement amiable et 10 % par la voie contentieuse.



FOCUS

Délais de règlement

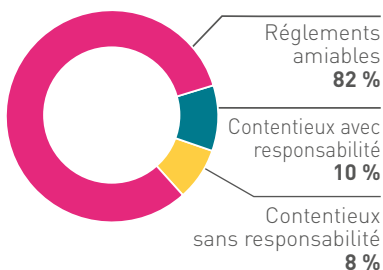
L'observation des délais médians de règlement, à compter de l'ouverture des dossiers, montre que la voie amiable est la plus courte :

- Amiable : 11 mois
- CCI : 1 an et 7 mois
- Contentieux : 3 ans et 11 mois

La durée des contentieux s'explique le plus souvent par la complexité des affaires.

5.3 DOSSIERS CORPORELS ET MATÉRIELS CLOS GÉRÉS PAR VOIE AMIALE OU JUDICIAIRE

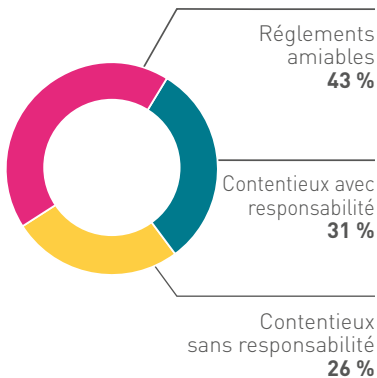
Répartition en nombre : 6 307



Parmi les 6 307 dossiers corporels et matériels qui ont fait l'objet d'une issue amiable ou judiciaire, 82 % d'entre eux ont été réglés par voie amiable et 18 % par voie contentieuse.

5.4 DOSSIERS CORPORELS CLOS GÉRÉS PAR VOIE AMIALE OU JUDICIAIRE

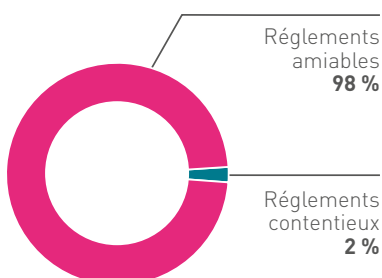
Répartition en nombre : 1 942



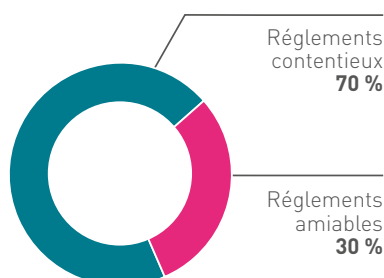
Au cours de l'exercice, 1 942 dossiers corporels ont fait l'objet d'une issue amiable ou judiciaire. 43 % des dossiers pour préjudices corporels clos en 2012 ont fait l'objet d'une indemnisation par voie amiable et 31 % par voie contentieuse.

5.5 MONTANTS D'INDEMNISATION DES DOSSIERS CORPORELS ET MATÉRIELS CLOS

5 099 indemnisations inférieures à 15 000 €



703 indemnisations supérieures à 15 000 €



98 % des indemnisations inférieures à 15 000 € et 30 % des indemnisations supérieures à 15 000 € ont été accordées à l'amiable.

12 % des dossiers clos en 2012 ayant donné lieu à une indemnisation, ont fait l'objet d'un règlement supérieur à 15 000 €.

La part des dossiers graves progresse puisqu'en 2011 on notait 86 indemnisations supérieures à 150 000 € contre 114 en 2012 (2 % des dossiers corporels et matériels clos).



06



**ACTIVITÉ
CONTENTIEUSE**

BILAN





ACTIVITÉ CONTENTIEUSE

BILAN

06

6.1 DONNÉES GÉNÉRALES

Au cours de l'année 2012, l'activité contentieuse demeure à un niveau très élevé. Sham a recensé 1 111 décisions des juridictions administratives et judiciaires (quel que soit le degré de juridiction) statuant sur le principe de la responsabilité de l'un de ses sociétaires, établissement de santé.

Le nombre de décisions de condamnation ou de confirmation de condamnation (procédure en appel ou en cassation) prononcées au cours de l'année est supérieur (55 %) à celui des décisions mettant hors de cause l'établissement de santé (45 %). Cette tendance concerne aussi bien l'activité contentieuse constatée devant les juridictions administratives que devant les juridictions judiciaires.

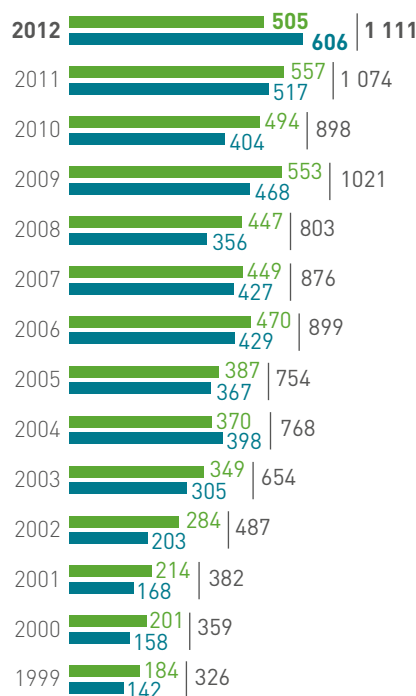
PAROLE D'EXPERT



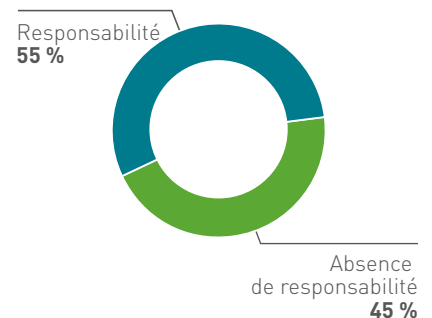
Patrick FLAVIN,
Directeur
Juridique

« L'activité contentieuse a été une nouvelle fois soutenue. L'exercice est marqué par un renversement de tendance devant les juridictions administratives où pour la première fois, on constate que le nombre de décisions retenant ou confirmant la responsabilité d'un établissement hospitalier est supérieur à celui des décisions rejetant le recours du patient. »

Évolution du nombre de décisions des juridictions administratives et judiciaires



Répartition des décisions des juridictions administratives et judiciaires



■ Absence de responsabilité
■ Responsabilité



Au cours de l'année 2012, l'activité contentieuse demeure à un niveau très élevé. Sham a recensé 1 111 décisions des juridictions administratives et judiciaires (quel que soit le degré de juridiction) statuant sur le principe de la responsabilité de l'un de ses sociétaires, établissement de santé.

6.2 DÉCISIONS DES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES

6.2.1 / ÉVOLUTION

Le nombre de décisions rendues par les juridictions administratives est toujours extrêmement important, avec 943 décisions relevées (694 décisions rendues par un Tribunal Administratif, 238 par une Cour Administrative d'Appel, 11 par le Conseil d'État).

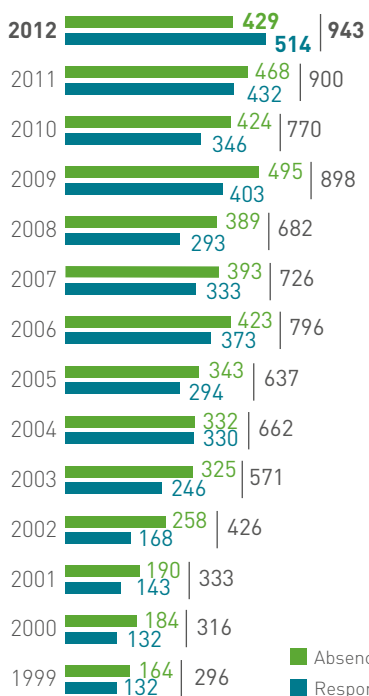
Pour la première fois depuis la publication du Panorama, la part des décisions retenant ou confirmant

la responsabilité d'un établissement hospitalier est supérieure (55 %) à celle des décisions mettant hors de cause l'établissement (45 %).

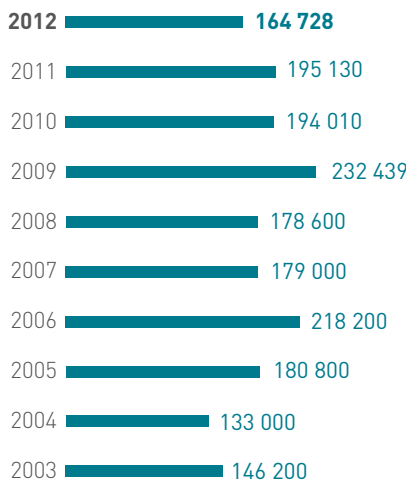
Cette évolution, si elle se confirme, traduit la plus grande exigence du juge administratif à l'égard du service public hospitalier notamment par le biais de l'utilisation de la notion de "perte de chance". Elle est également la conséquence des évolutions jurisprudentielles constatées ces dernières années qui ont marqué la volonté du juge administratif de faire reconnaître les droits des patients, tels qu'ils ressortent d'ailleurs des dispositions

de la loi du 4 mars 2002, notamment en matière d'information et de consentement du patient aux soins, mais également au titre de la prise en charge de la douleur au cours des soins. On constate ainsi un certain nombre de condamnation de principe dont les coûts ne sont pas forcément importants. Elle s'explique également par la part importante du nombre de condamnations en matière d'infection nosocomiale (19,5 %) où pèse sur l'établissement hospitalier un régime de responsabilité sans faute dont l'établissement ne peut quasiment pas s'exonérer.

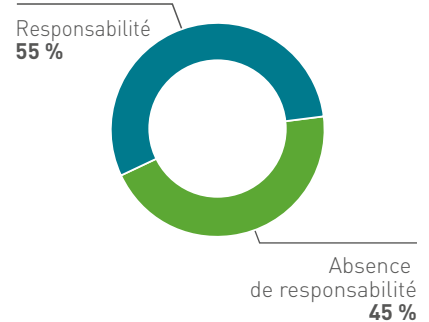
Évolution du nombre de décisions des juridictions administratives



Évolution du coût moyen (en euros) des condamnations des juridictions administratives au 31 décembre de l'année de décision



Répartition des décisions des juridictions administratives



6.2.2 / FONDEMENT DES DÉCISIONS

Décisions n'ayant pas retenu la responsabilité d'un établissement public de santé sociétaire Sham

MOTIF	NOMBRE DE DÉCISIONS
Absence de faute médicale ou d'organisation du service	354
Désistement du requérant, en général, à la suite d'un rapport d'expertise favorable à l'établissement hospitalier	39
Incompétence de la juridiction administrative ou irrecevabilité de la requête	24
Forclusion du délai de recours	8
Prescription de l'action en responsabilité (il s'agit, pour la plupart des cas, d'actions déjà atteintes par la prescription quadriennale lors de la publication de la loi du 4 mars 2002. Désormais, l'article L.1142-28 C.S.P prévoit un délai de prescription de 10 ans à compter de la consolidation du dommage pour les actions mettant en cause un acte de prévention, de diagnostic ou de soins)	4
TOTAL	429

Décisions ayant retenu la responsabilité d'un établissement public de santé sociétaire Sham

MOTIF	NOMBRE DE DÉCISIONS
Existence d'une faute dans les soins (faute de diagnostic, technique, défaut d'information du patient...)	385
Responsabilité sans faute dont 100 consécutivement à la survenue d'une infection qualifiée de nosocomiale, et 4 en raison de la défaillance d'un produit ou matériel utilisé par l'établissement	104
Défaut d'organisation du service (retard dans les soins, manque de coordination entre les services, défaut de surveillance du patient...)	25
TOTAL	514

6.2.3 / RECOURS ENGAGÉS À L'ENCONTRE D'UNE DÉCISION ADMINISTRATIVE

RECOURS	NOMBRE	DONT APPELS*	DONT POURVOIS**
Engagés par les requérants n'ayant pas obtenu satisfaction, soit sur le principe de la responsabilité, soit sur l'évaluation de leur préjudice	320	276	44
Engagés par Sham	73	64	9
TOTAL	393	340	53

* Appels devant une Cour Administrative d'Appel

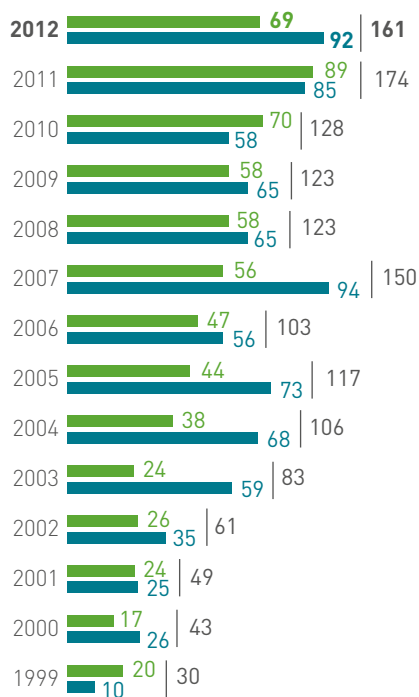
** Pourvois en Cassation devant le Conseil d'État

6.3 DÉCISIONS DES JURIDICTIONS JUDICIAIRES

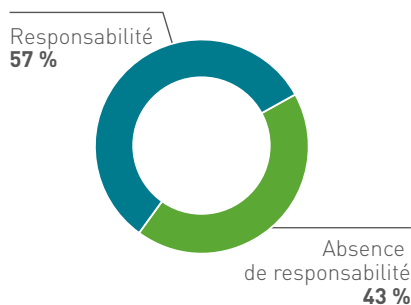
Les données mentionnées au titre du présent paragraphe concernent l'ensemble des établissements de santé privés, à but non lucratif ou commerciaux, sociétaires Sham.

6.3.1 / ÉVOLUTION

Évolution du nombre de décisions des juridictions judiciaires



Répartition des décisions des juridictions judiciaires



En 2012, le nombre de décisions rendues par les juridictions civiles concernant des établissements sociétaires (161) demeure stable.

Après deux années consécutives où le nombre de décisions rejetant le recours du patient était légèrement supérieur à celui retenant la responsabilité de l'établissement de santé, on retrouve cette année une répartition plus traditionnelle devant les juridictions civiles avec un nombre de condamnation nettement supérieur (57 %) à celui des mises hors de cause (43 %).

Le coût moyen des décisions des juridictions judiciaires et son évolution dans le temps ne sont pas présentés ici.

En effet, un tel indicateur souffrirait de deux critiques essentielles :

➤ d'une part, les décisions des juridictions judiciaires recouvrent des situations très différentes selon qu'elles concernent des cliniques (dans lesquelles les médecins exercent principalement à titre libéral, et sont personnellement responsables de leurs actes) ou des établissements privés à but non lucratif (dans lesquels les médecins sont en grande majorité des salariés et dont les actes engagent la responsabilité de l'établissement) : le coût moyen calculé dans ce cas est fortement perturbé par la structure du portefeuille assuré par Sham ;

➤ d'autre part, une large part du portefeuille Sham dans ces secteurs est encore récente. Cela se traduit par un nombre non représentatif de sinistres enregistrés et par un manque de recul sur les dossiers relevant de ces juridictions au regard des délais importants inhérents à l'assurance de la responsabilité civile médicale.

6.3.2 / FONDEMENT DES DÉCISIONS

Décisions n'ayant pas retenu la responsabilité d'un établissement de santé privé sociétaire Sham

MOTIF	NOMBRE DE DÉCISIONS
Absence de faute dans le contrat de soins ou d'hospitalisation	52
Irrecevabilité, désistement ou incompétence des juridictions judiciaires	17
TOTAL	69

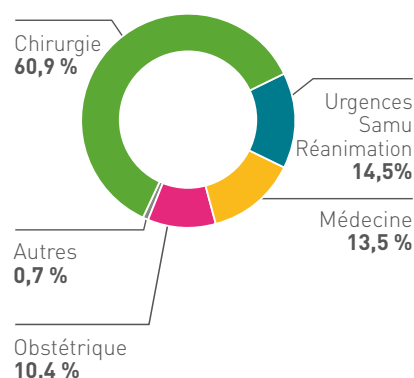
Décisions ayant retenu la responsabilité d'un établissement de santé privé sociétaire Sham

MOTIF	NOMBRE DE DÉCISIONS
Décisions reconnaissant l'existence d'une faute dans les soins ou dans l'organisation des soins	46
Décision retenant la responsabilité sans faute d'un établissement de santé, essentiellement en raison de la survenue d'une infection nosocomiale	46
TOTAL	92

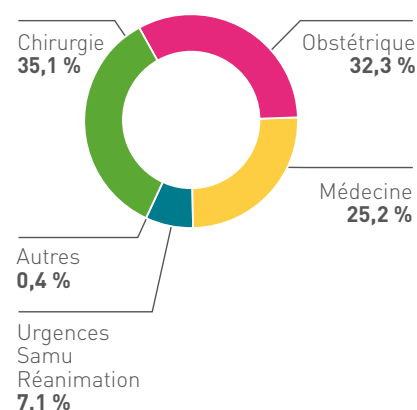
6.4 CLASSIFICATION PAR SPÉCIALITÉ DES DÉCISIONS AYANT RETENU UNE RESPONSABILITÉ À L'ENCONTRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

SPÉCIALITÉS	NOMBRE DE DÉCISIONS	COÛT EN M€
Chirurgie	369	35,7
Urgences-Samu-Réanimation	88	7,2
Médecine	82	25,6
Obstétrique	63	32,8
Autres	4	0,4
TOTAL	606	101,7

Nombre de décisions par spécialité



Coût des décisions par spécialité



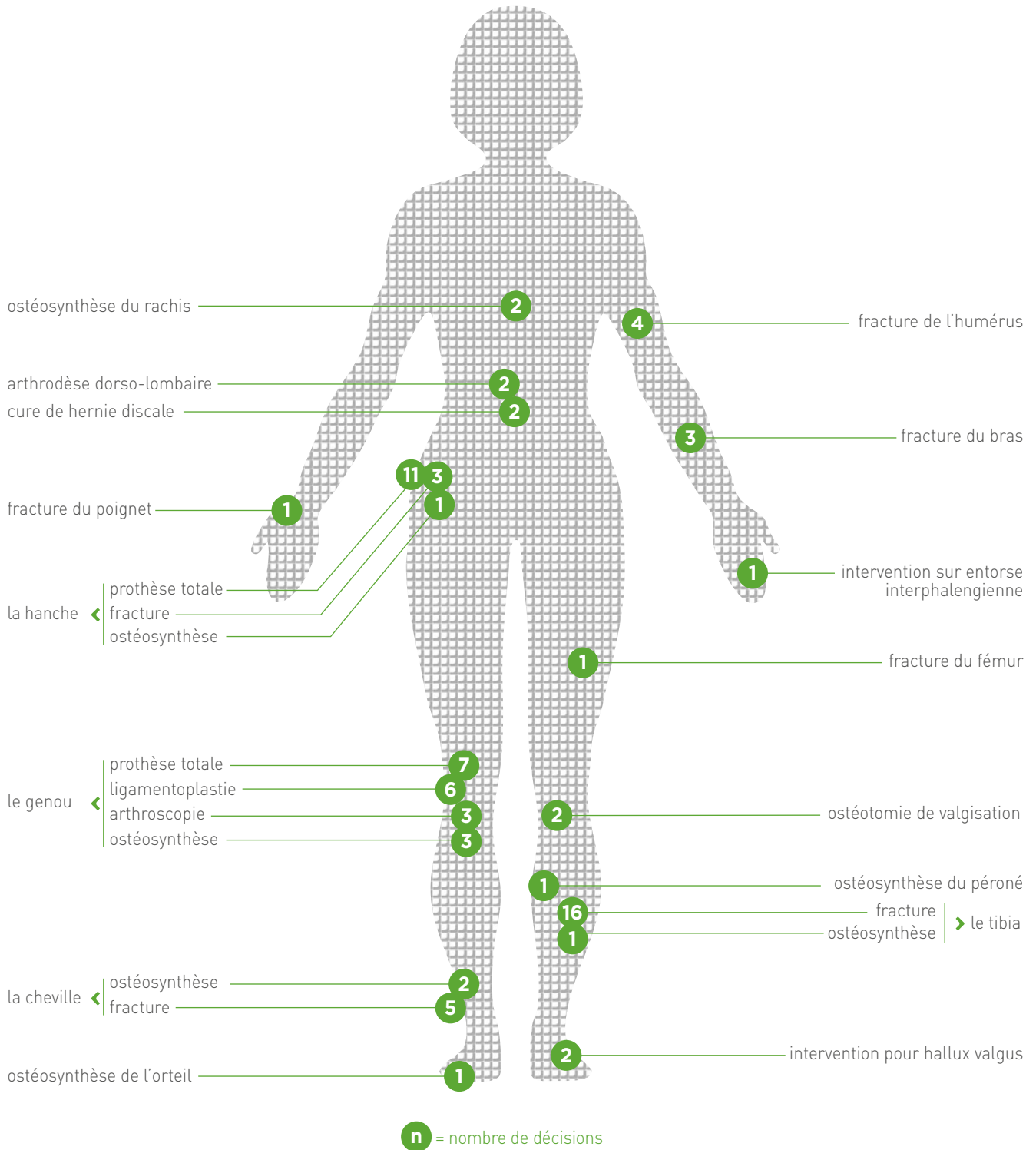


6.5 MOTIFS PAR SPÉCIALITÉ DES DÉCISIONS AYANT RETENU LA RESPONSABILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

6.5.1 / CHIRURGIE

SPÉCIALITÉS	MOTIFS DES CONDAMNATIONS	NOMBRE DE DÉCISIONS	
Chirurgie orthopédique	Infection nosocomiale (cf schéma p. 51)	80	170
	Faute médicale	79	
	Défaut d'information	7	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	4	
Chirurgie viscérale	Faute médicale	34	48
	Infection nosocomiale	7	
	Défaut d'information	4	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	3	
Neurochirurgie	Infection nosocomiale	14	34
	Faute médicale	14	
	Défaut d'information	4	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	2	
Chirurgie gynécologique	Faute médicale	20	27
	Infection nosocomiale	5	
	Défaut d'information	2	
Chirurgie cardio-thoracique	Infection nosocomiale	5	14
	Faute médicale	5	
	Défaut d'information	2	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
	RC du fait des produits défectueux	1	
Chirurgie générale	Faute médicale	11	14
	RC sans faute / jurisprudence Bianchi	1	
	Défaut d'information	1	
	Infection nosocomiale	1	
Chirurgie vasculaire	Infection nosocomiale	7	12
	Faute médicale	5	
Chirurgie ophtalmologique	Infection nosocomiale	5	11
	Faute médicale	2	
	Défaut d'information	2	
	RC du fait des produits défectueux	2	
Chirurgie urologique	Faute médicale	9	11
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
	Infection nosocomiale	1	
Chirurgie ORL	Faute médicale	6	10
	Défaut d'information	2	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
	Infection nosocomiale	1	
Chirurgie stomatologique-odontologie	Faute médicale	9	9
Chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice	Infection nosocomiale	3	5
	Faute médicale	1	
	Défaut d'information	1	
Chirurgie pédiatrique	Faute médicale	1	4
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	3	
TOTAL			369

**ORIGINES DES 80 INFECTIONS NOSOCOMIALES
RELEVÉES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE EN 2012**



6.5.2 / MÉDECINE

SPÉCIALITÉS	MOTIFS DES CONDAMNATIONS	NOMBRE DE DÉCISIONS	
Psychiatrie et pédo-psychiatrie	Annulation d'une mesure d'hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers	7	17
	Faute médicale	6	
	Défaut de surveillance	3	
	Infection nosocomiale	1	
Pédiatrie et néonatalogie	Faute médicale	13	15
	Infection nosocomiale	1	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
Cardiologie et phlébologie	Faute médicale	8	12
	Infection nosocomiale	4	
Réanimation/Réanimation néonatale (y compris USI)	Faute médicale	6	12
	Infection nosocomiale	4	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	2	
Oncologie et hématologie	Faute médicale	7	9
	Infection nosocomiale	1	
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
Neurologie	Faute médicale	6	8
	Défaut d'information	2	
Hépto-gastro-entérologie	Faute médicale	6	6
Médecine interne	Faute médicale	3	4
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
Radiologie	Faute médicale	4	4
Rhumatologie	Faute médicale	2	3
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
Dermatologie	Faute médicale	1	2
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	
Médecine générale	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	2
	Infection nosocomiale	1	
Gériatrie	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	1	2
	Faute médicale	1	
Moyen séjour	Infection nosocomiale	1	1
Pneumologie	Faute médicale	1	1
TOTAL			98

6.5.3 / OBSTÉTRIQUE

SPÉCIALITÉS	MOTIFS DES CONDAMNATIONS	NOMBRE DE DÉCISIONS	
Obstétrique	Faute médicale	51	63
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	4	
	Infection nosocomiale	6	
	Défaut d'information	2	
TOTAL			63

6.5.4 / URGENCES ET SAMU

SPÉCIALITÉS	MOTIFS DES CONDAMNATIONS	NOMBRE DE DÉCISIONS	
Urgences médicales, chirurgicales et pédiatriques	Faute médicale	65	69
	Défaut d'organisation et de fonctionnement du service	4	
SAMU-SMUR	Faute médicale	7	7
TOTAL			76



07



ACTIVITÉ CONTENTIEUSE

ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS





ACTIVITÉ CONTENTIEUSE

ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS

07

En tant que partenaire des acteurs de la santé, nous avons souhaité présenter dans ce chapitre des cas concrets, pour montrer l'origine des risques, leurs caractéristiques ainsi que la suite judiciaire des réclamations. De nombreuses décisions évoquées dans ce chapitre ne sont pas définitives et font l'objet de recours en appel ou d'un pourvoi en cassation.

PAROLE D'EXPERT



**Catherine
STEPHAN-
BERTHIER,**
Juriste

« Le nombre de dossiers liés à l'existence d'un préjudice corporel engageant la responsabilité continue sa croissance.

En outre, et ces « zooms sur quelques décisions » en sont une illustration, on observe une recrudescence de jurisprudences retenant la responsabilité en l'absence de toute faute technique médicale mais sanctionnant un manquement à l'égard du droit des patients (communication du dossier médical, défaut d'information). »

7.1 CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

FAUTE LIÉE À LA MAUVAISE RÉDACTION DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

FAITS

Mademoiselle R. bénéficie, au sein d'une clinique, d'une arthrolyse du genou sous arthroscopie. Dans les suites du geste, la patiente présente une tachycardie, des vomissements, une pâleur, des douleurs thoraciques. Elle est transférée en service de réanimation.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « la prescription indiquait "MARCAÏNE® 0,25 - adrénaline 10 cc". L'infirmier trouvant cette prescription inhabituelle a demandé deux confirmations puis a injecté dans le cathéter 0,25 cc de MARCAÏNE® et 10 cc d'adrénaline.

Or, la bonne pratique clinique consistait à injecter 10 ml de MARCAÏNE® à 0,25 ou 10 ml de MARCAÏNE® à 0,25 - adrénaliné au 1/200 000. (...)

Si la MARCAÏNE® est un anesthésique local de longue durée d'action, l'adrénaline est un agoniste puissant du système sympathique indiqué exclusivement pour les états de choc mettant en jeu le pronostic vital avec hypotension artérielle majeure. Il s'agit d'une notion élémentaire qui doit être connue du personnel paramédical. (...) le désordre circulatoire majeur, accompagné d'anxiété, de vomissements et d'un œdème aigu était secondaire aux effets pharmacologiques de l'adrénaline, injectée à tort à une posologie considérablement élevée (10 mg) dans un cathéter crural. (...)

Il aurait dû être élaboré une procédure connue de tout le personnel médical précisant la réglementation et les modalités des analgésiques loco-régionaux ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal de Grande Instance considère que « le praticien libéral a commis une faute dans la rédaction de l'ordonnance qui a induit l'infirmier en erreur.

La responsabilité de ce praticien doit être retenue à hauteur de 10 %. (...) Par ailleurs, au terme des dispositions de l'article R. 4311-9 du Code de la Santé Publique, il ressort, que l'infirmier est habilité à accomplir des injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux.

Toutefois, cet article indique également que le cathéter doit être mis en place par un médecin qui doit effectuer la première injection.

Aussi, l'injection prescrite relevait de la compétence de l'infirmier à l'égard duquel il doit être retenu une faute d'une part du fait de la méconnaissance des effets de l'adrénaline et d'autre part du fait de l'absence de recours à un médecin anesthésiste pour la première injection.

En outre, il appartenait à la clinique de mettre en œuvre des protocoles de soins en liaison avec les médecins et infirmiers afin de prévenir les erreurs éventuelles et d'informer les personnels soignants.

Au regard de tous ces éléments, il ressort que le manque de rigueur dans l'organisation de la clinique justifie de mettre à la charge de l'établissement une part de responsabilité égale à 90 % ».

7.2 CHIRURGIE VISCÉRALE

UN PRÉJUDICE D'IMPRÉPARATION LIÉ À UN DÉFAUT D'INFORMATION

FAITS

Madame M. présente un goitre thyroïdien multi-hétéro-nodulaire.

En raison de l'augmentation du volume du goitre et de son évolution pré-toxique, une thyroïdectomie totale est pratiquée dans un CHU. Lors de l'intervention, le nerf récurrent droit est pelé et le nerf récurrent gauche est sectionné.

Il est procédé à la reconstruction de ce dernier par suture.

Depuis l'opération, la patiente présente une paralysie laryngée bilatérale entraînant une gêne respiratoire et une dysphonie persistante malgré la rééducation.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « la section accidentelle du nerf récurrent gauche est survenue lors de la ligature des branches terminales de l'artère thyroïdienne qui présentait un trajet anatomique rare, la région étant particulièrement vascularisée et l'artère se divisant en quatre artérioles au travers desquelles chemine le nerf récurrent. (...) Malgré les difficultés rencontrées, l'opération s'est déroulée dans des conditions habituelles selon les règles et les données de la science et aucun manquement n'a été commis ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Dans cette affaire, le Tribunal Administratif était amené à se prononcer à l'égard de deux griefs et a répondu de la manière suivante :

➤ Sur l'allégation d'une prise en charge fautive :

« Au regard du rapport d'expertise diligenté, il ressort que la section accidentelle du nerf récurrent gauche

de Madame M. n'est pas constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité du Centre Hospitalier Universitaire ».

➤ Sur l'allégation du défaut d'information :

« Lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé. Si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation.

Le défaut d'information ouvre droit à réparation lorsqu'il a eu pour conséquence la perte d'une chance d'échapper (en refusant de subir l'acte proposé au patient) au dommage qui a résulté.

Toutefois, en l'absence de perte de chance de se soustraire aux risques d'une intervention, un tel défaut d'information préalable du patient peut entraîner, en cas de réalisation d'un risque, un préjudice moral distinct de celui constitué par la survenue des risques opératoires. Ce préjudice moral est tiré de ce que le patient n'a pas été en mesure de se préparer au risque dont il n'a pas été informé. Il ressort de l'instruction que l'indication opératoire était indiscutable et sans alternative thérapeutique autre que la chirurgie. Le défaut d'information n'a donc pas fait perdre de chance à la patiente de se soustraire au dommage réalisé lors de l'intervention. En revanche, elle n'a pas pu se préparer à la réalisation éventuelle du risque réalisé. Il y a ainsi lieu de condamner le CHU à réparer ce préjudice dont il sera fait juste appréciation en l'évaluant à 1500 euros. »

COMMENTAIRES

Dans cette affaire, la juridiction n'a relevé aucun manquement aux règles de l'art dans le cadre de la prise en charge du patient mais a sanctionné l'établissement sur le fondement d'un préjudice récent constitué par l'impossibilité de pouvoir se préparer aux conséquences de la réalisation d'un risque non évoqué alors même que sa survenue n'est pas d'origine fautive.

➤ La Cour de Cassation dans le cadre de plusieurs arrêts (1^{re} Ch Civile du 03/06/2010 ; 06/10/2011 et 12/06/2012) a consacré le fait que « le défaut d'information constitue en soi une atteinte préjudiciable au principe du respect de la dignité de la personne humaine impliquant un droit à indemnisation ».

➤ Ce positionnement a été récemment repris par le Conseil d'État (arrêt du 10 octobre 2012, n° 350426) mais de manière plus restrictive. En effet, la juridiction suprême de l'ordre administratif admet désormais que « il existe un préjudice réparable en cas de manquement au devoir d'informer le patient des risques encourus par un acte médical, autre que celui constitué par la perte de chance de refuser l'intervention ».

➤ Ce poste de préjudice ne se substitue pas mais s'ajoute à celui constitué par la perte de chance, laquelle conserve un caractère réparable mais est très souvent écartée lorsque l'intervention était indispensable.

➤ Le Conseil d'État est plus restrictif que la Cour de Cassation car il cantonne ce nouveau poste de préjudice aux troubles subis du fait d'une impréparation induisant une impossibilité de prendre certaines dispositions personnelles.

➤ Rappelons enfin, qu'à l'égard du devoir d'information, il appartient au professionnel de santé de rapporter la preuve que le patient a bénéficié d'une information lui ayant permis de donner un consentement éclairé. La démonstration de cette preuve souvent délicate peut se faire par tout moyen, l'écrit ne suffisant pas à lui seul à emporter la conviction du juge.



7.3 NEUROCHIRURGIE

DÉFAUT D'ORGANISATION DU SERVICE LIÉ À UNE ABSENCE DE CONCERTATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

FAITS

Mademoiselle R. souffre d'une forme majeure de la maladie dite de « Von Willebrand ». Elle est prise en charge en 2006 et bénéficie d'une arthrodesse vertébrale dans le cadre d'une scoliose sévère. Lors de l'intervention, la patiente fait une hémorragie massive et un hémithorax nécessitant une thoracotomie de décaillotage. Par la suite Mademoiselle R. présente une paralysie du membre supérieur droit et souffre d'une aggravation de sa gibbosité.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « l'intervention présentait un fort risque hémorragique compte tenu de la pathologie de la patiente. En raison d'un tel risque et de la rareté de la pathologie, la consultation avec un hématologue avait été prévue en amont de l'intervention pour programmer des prélèvements d'autotransfusion. En revanche, le protocole de prévention a été rédigé le jour de la consultation sans réunion multidisciplinaire préalable. La surveillance biologique recommandée s'est limitée à un dosage de facteur VIII réalisé 6 heures après l'injection de WILSTAR®, sans aucune surveillance ultérieure recommandée du facteur VIII et du facteur de Willebrand. Le protocole de surveillance est apparu insuffisant et les complications ultérieures auraient dues être prévenues du fait de l'incompatibilité de certains produits. (...) »

Par ailleurs, la contre-indication d'utilisation d'amidon ne figurait pas dans le protocole et n'a été signalé qu'en cours d'intervention. Aussi, un protocole établi en réunion multidisciplinaire (chirurgien, anesthésiste et hématologue) aurait permis de lister les risques et d'établir une prise en charge plus adaptée (...) ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « le défaut d'organisation d'une concertation tripartite avant l'intervention sur les produits à utiliser en cas d'hémorragie est constitutif d'une faute, dès lors qu'une telle réunion aurait permis aux hématologues, connaissant les spécificités de la maladie, d'en informer les anesthésistes. Ces derniers auraient pu utiliser dès le début de l'hémorragie un produit de remplissage compatible avec la pathologie de Mademoiselle R. Dès lors, la responsabilité du Centre Hospitalier Universitaire est engagée ».

7.4 CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

UNE FAUTE LIÉE À LA MAUVAISE UTILISATION D'UN BISTOURI ÉLECTRIQUE

FAITS

Madame G. est opérée pour hystérectomie. Au cours de l'intervention, la patiente est brûlée au niveau de l'abdomen.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « à la suite de l'intervention, la patiente présente une lésion profonde (brûlure avec nécrose du tissu graisseux sous-cutané). Cette blessure ne trouve pas son origine dans le fonctionnement défectueux du bistouri électrique mais a été causée par l'arc électrique provoqué par la promiscuité entre les pinces de Kocher et la pointe du bistouri électrique, inhérente à la technique de Pfannestiel utilisée et à l'espace étroit de décollement pariétal. (...) »

Les séquelles sont dues à une mauvaise utilisation du bistouri électrique dans un environnement de pinces métalliques reliées à la terre par leur maintien manuel ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « dès lors que le rapport d'expertise n'indique pas que la technique utilisée impliquait nécessairement le maintien manuel des pinces métalliques et, ainsi la concentration dangereuse du courant électrique, les modalités d'utilisation du bistouri lors de l'intervention subie par Madame G., constituent une faute de nature à engager la responsabilité du Centre Hospitalier ».

7.5 CHIRURGIE GÉNÉRALE

UNE FAUTE LIÉE À L'UTILISATION D'UN MATÉRIEL MÉDICAL INADAPTÉ

FAITS

Monsieur B. bénéficie en 2004 d'un audiogramme lequel montre une surdité mixte bilatérale importante. Lors de la seconde visite médicale, le diagnostic d'une probable otospongiose bilatérale est arrêté et il est décidé de procéder à une intervention. À la suite de cette dernière, le patient présente une perte auditive définitive de l'oreille droite.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « lors de l'intervention, et afin de confirmer le diagnostic d'otospongiose, le chirurgien a réalisé un test de mobilité de l'étrier. Ce dernier s'est luxé et a été remplacé par un piston venant s'appuyer sur l'oreille interne. Le piston mis en place est d'une longueur de 8 millimètres, alors que la longueur recommandée habituellement est de 4,5 millimètres ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « la longueur excessive est directement à l'origine de la lésion de l'oreille interne et de la perte auditive. En utilisant un piston trop long, le praticien a commis une faute médicale engageant sa responsabilité ».

7.6 CHIRURGIE UROLOGIQUE

UN DÉFAUT D'ORGANISATION LIÉ À UNE MALADRESSE DANS LES SOINS INFIRMIERS

FAITS

Monsieur S. est pris en charge au sein d'une clinique pour bénéficier d'une dilatation de l'uretère par voie naturelle. Au cours de son hospitalisation, il est réalisé une perfusion à l'origine d'un faux anévrisme de l'artère humérale imposant une intervention chirurgicale. Les suites sont marquées par un déficit du nerf radial.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « le patient a été hospitalisé pour bénéficier d'une urétéroscopie avec biopsies urétrales et d'une urétéropyélographie rétrograde réalisée sous anesthésie. Monsieur S. a été perfusé au membre supérieur gauche puis re-perfusé avec difficultés entraînant la constitution d'une tuméfaction en rapport avec un faux anévrisme huméral traumatique. Ce dernier a nécessité une intervention vasculaire puis une ré-intervention pour sténose du greffon veineux (...). C'est lors de la tentative de re-perfusion du membre supérieur gauche que s'est constituée la lésion artérielle. Il existe une incontestable sous-estimation du degré de gravité de cette erreur paramédicale relative à cette mise en place traumatisante de perfusion et, corrélativement, une absence d'information au praticien libéral vis-à-vis de cet événement ce qui témoigne d'une mauvaise organisation du service ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal de Grande Instance considère que « il s'en déduit la preuve suffisante que le dommage subi par Monsieur S. est anormal dans le sens où il n'est pas la conséquence normale de l'état initial qui l'avait amené à être hospitalisé la première fois. (...) Il est la conséquence d'une maladresse technique au moment de la mise en place de la perfusion, maladresse qui a donné lieu à une complication à terme sous la forme d'un faux anévrisme artériel lequel est la conséquence d'un défaut d'organisation. La clinique doit être tenue pour seule responsable du préjudice de Monsieur S. ».

7.7 CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

L'ABSENCE DE TRANSMISSION DU DOSSIER MÉDICAL

FAITS

Madame C. est admise dans un Centre Hospitalier au terme d'une grossesse spontanée devant l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Elle présente, pendant l'hospitalisation, des contractions et un état fébrile. Il est mis en place une antibiothérapie puis décidé de procéder à une césarienne. Dans les suites de cette dernière, l'état général de la patiente se dégrade. Elle est d'abord transférée en service de réanimation, puis au bloc opératoire en raison de la découverte d'un abcès sur la cicatrice de césarienne qui a été compliquée d'une péritonite.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « Madame C. est admise dans un Centre Hospitalier au terme d'une grossesse spontanée en raison d'œdèmes des membres inférieurs. Pendant la nuit, elle présente des contractions associées à un syndrome fébrile évoquant une chorioamniotique. Elle est traitée par CLAMOXYL®. En raison de la stagnation de la dilatation et d'un syndrome inflammatoire marqué, une césarienne est pratiquée.

L'état de Madame C. se dégrade, le syndrome fébrile persiste et un syndrome occlusif apparaît, c'est pourquoi elle est transférée dans le service de réanimation. Au vu de son tableau clinique, biologique et radiologique, un traitement médical est mis en place. Toutefois, l'état de la patiente se dégrade et un nouveau scanner montre l'existence d'un abcès pelvien en voie de collection avec péritonite associée. Le choix d'intervenir chirurgicalement a alors été fait dès l'annonce des résultats du scanner. Ce choix était la seule alternative. La prise en charge étant conforme aux règles de l'art à l'époque des faits (...)».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Dans cette affaire, le Tribunal Administratif était amené à se prononcer à l'égard de trois griefs et a répondu de la manière suivante :

► Sur l'allégation d'une prise en charge fautive :

La juridiction considère que « au regard du rapport d'expertise il ressort que l'ensemble de la prise en charge médicale de Madame C. a été conforme aux règles de l'art existant à l'époque des faits ».

► Sur l'allégation de survenue d'une infection nosocomiale :

La juridiction considère que « il ressort du rapport d'expertise que l'infection du site opératoire qui s'est développée dans les suites de la césarienne est la conséquence de la choriomniotite dont la patiente était atteinte suite à un pontage vaginal d'eschérichia coli, qu'ainsi ladite infection ne présente pas le caractère d'une infection nosocomiale ».

► Sur l'allégation de l'absence de transmission du dossier médical :

La juridiction retient que « Madame C. a sollicité le 30 avril 2001 son dossier médical. Il aurait été fait droit à sa demande le 4 mai de la même année. Toutefois, aucun document ne lui fut transmis.

Elle a présenté une nouvelle demande le 21 juin 2007, à la suite de laquelle il ne lui a été transmis que quelques éléments de son dossier.

Madame C. a alors saisi le Tribunal de Céans qui, par une ordonnance du 28 avril 2008 a enjoint le CH de lui communiquer l'entier dossier médical (...). L'entier dossier médical n'a pas été transmis à la patiente.

Ainsi, le CH a méconnu les dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique en ne permettant pas à Madame C. d'avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé et a commis une faute de nature à engager sa responsabilité. (...)

Le comportement sus décrit a été de nature à causer un préjudice moral à Madame C. dont il sera fait une juste appréciation en condamnant le CH à lui verser la somme de 1 000 euros ».

COMMENTAIRES

Dans cette affaire, l'établissement de santé n'a pas été condamné au titre des soins qui ont été dispensés en son sein mais à l'égard du non-respect du droit d'accès du patient aux informations médicales le concernant.

► L'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique indique notamment que « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mises en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers (...) ».

Rappelons succinctement que le patient a un droit d'accès direct à son dossier médical sous réserve de l'accomplissement de quelques formalités (demande écrite accompagnée d'une pièce d'identité, règlement des coûts de reproduction).

► Les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur ou les héritiers du patient peuvent également avoir accès au dossier médical (avec des conditions de motivation pour les héritiers qui devront justifier de leur qualité et n'obtiendront gain de cause qu'en l'absence de dispositions contraires prises par le défunt).

- › La remise du dossier (sollicité en conformité avec les exigences légales) doit s'effectuer dans un délai compris entre 48 heures et 8 jours. Ce délai pouvant être de deux mois notamment pour les dossiers datant de plus de 5 ans.
- › Le patient a également la possibilité de procéder à la consultation gratuite de son dossier dans les locaux du praticien ou de l'établissement qui a la charge d'assurer sa conservation. Dans ce cadre, il est opportun de recommander la présence d'une tierce personne sans toutefois pouvoir l'imposer. En effet, cette présence peut permettre de désamorcer des litiges nés d'une incompréhension liée notamment à l'absence de vulgarisation de termes médicaux.

7.8 MÉDECINE PÉDIATRIQUE ET NÉONATOLOGIE

UNE FAUTE LIÉE À UN DÉFAUT DE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE SUITE À UN ÉTIREMENT DU PLEXUS BRACHIAL

FAITS

Madame D. est admise en septembre 1998 pour donner naissance à son deuxième enfant. Lors de sa naissance l'enfant souffre d'un étirement du plexus brachial. Au cours de la quatrième heure de vie, l'enfant présente un état neurologique gravissime avec des convulsions. Il demeure à ce jour atteint d'une infirmité motrice d'origine cérébrale sévère.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « lors de l'accouchement, l'enfant a présenté un étirement du plexus brachial, consécutif à la manœuvre réalisée au cours de l'accouchement et un score APGAR faible, de cinq à une minute de vie.

Ce tableau clinique très préoccupant, révélateur d'une souffrance fœtale aigüe, associé au poids de l'enfant, compris entre le 90^e et le 97^e percentile à la naissance, et indiquant une vulnérabilité à l'hypoglycémie, aurait dû inciter l'équipe médicale à une surveillance particulière impliquant notamment une évaluation précoce de la glycémie. Toutefois, ce n'est qu'à la quatrième heure de vie de l'enfant, après qu'il ait été victime d'un choc convulsif, qu'un dosage de la glycémie a été réalisé et que le diagnostic d'hypoglycémie profonde a été posé ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « le défaut de surveillance particulière de l'enfant entre sa première et sa quatrième heure de vie, et notamment l'absence d'examen permettant d'évaluer son taux de glycémie durant cette période, constitue une faute de nature à engager la responsabilité du Centre Hospitalier ».



7.9 MÉDECINE INTERNE

UN DÉFAUT DE SURVEILLANCE À L'ORIGINE DE LA SURVENUE D'UN DÉCÈS

FAITS

Monsieur B., âgé de 57 ans et en cours de sevrage alcoolique, est admis à la suite d'une crise d'épilepsie. Eu égard à son agitation, le patient est sanglé à son lit où il est retrouvé décédé.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « étant agité le patient a été sanglé au cours de la nuit puis isolé dans une chambre individuelle le lendemain de son admission où il a été de nouveau sanglé dans l'après-midi par ceinture abdominale et au niveau du poignet droit. À 18 heures, le médecin de garde a constaté des signes de pré-délirium et prescrit, par voie intraveineuse, une hydratation, une augmentation des vitamines déjà administrées par voie orale, et en cas d'agitation importante, un sédatif. L'infirmière de jour ayant constaté l'absence d'agitation à 20 heures, ne lui a pas posé la perfusion ordonnée. L'infirmière de nuit qui s'apprêtait à le faire, a découvert Monsieur B. décédé. L'autopsie a révélé que le patient a probablement cherché à descendre de son lit et réussi à glisser son corps entre les deux demi-barrières de protection. Il s'est alors trouvé bloqué par la sangle abdominale lui comprimant le thorax et est décédé d'une asphyxie par suffocation mécanique ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « la circonstance que Monsieur B. ait été victime dans sa chambre d'une suffocation mortelle alors qu'il était attaché à son lit en raison de son état de santé et qu'il n'avait pas été jugé utile de lui administrer un sédatif, révèle une prise en charge inadaptée et un défaut de surveillance constitutifs d'un dysfonctionnement dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier.

Ce dernier est de nature à engager la responsabilité pleine et entière de l'établissement ».

7.10 DERMATOLOGIE

UN DÉFAUT D'ORGANISATION DU SERVICE LIÉ À LA PERTE D'UN PRÉLÈVEMENT DESTINÉ À UN CENTRE D'ANATOMOPATHOLOGIE

FAITS

Mademoiselle R. bénéficie au sein d'un Centre Hospitalier de l'exérèse d'un grain de beauté suspect situé sur le dos du pied.

La pièce anatomique prélevée au bloc opératoire, qui devait être transportée dans un centre d'anatomopathologie est perdue.

La patiente doit alors subir une seconde intervention et réaliser pour le reste de sa vie un bilan clinique au moins deux fois par an.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport d'expertise que « le prélèvement en cause devait être analysé au centre d'anatomopathologie après transport par une société privée. La pièce prélevée a été déposée au local du standard téléphonique, dans un lieu de passage non sécurisé. Il n'y a eu aucune trace écrite de l'envoi, aucun

document de transport et il n'existait, au moment des faits, aucune procédure écrite de l'envoi précisant le circuit de ce type de prélèvements. Par ailleurs, selon une convention passée entre le Centre Hospitalier et le centre d'anatomopathologie, la collecte des prélèvements aurait dû être effectuée directement au laboratoire du Centre Hospitalier et non au local du standard téléphonique ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « les circonstances de la perte de la pièce anatomique ainsi que ladite perte, empêchant l'établissement d'un diagnostic, sont constitutifs de plusieurs dysfonctionnements liés aux soins qui doivent être regardés comme étant une faute dans l'organisation du service de nature à engager la responsabilité de l'établissement ».

7.11 URGENCES ET SAMU

UNE ABSENCE DE DIAGNOSTIC D'UNE DISSECTION DE L'ARTÈRE DANS LES SUITES D'UNE MANIPULATION PAR UN OSTÉOPATHE

FAITS

Monsieur D. souffre de douleurs cervicales et consulte un ostéopathe qui pratique une manipulation avec rotation forcée de la tête d'un côté, puis craquement. Dans les suites de ce geste, Monsieur D. est pris d'un malaise, de vertiges et de vomissements. Il est conduit par les pompiers dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif qui le renvoie à domicile. Monsieur D. se rend par la suite dans un autre service d'urgence qui pose le diagnostic « d'accident ischémique constitué cérébelleux droit et pontique droit en rapport avec une dissection de l'artère vertébrale probablement associée à une dissection de l'artère vertébrale gauche survenue lors d'une manipulation vertébrale ».

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport de l'expert que « le diagnostic aurait dû être évoqué car les circonstances de l'accident étaient connues "homme de 39 ans, qui a fait un malaise avec vertiges et vomissements après séance d'ostéopathie avec manipulation thoracique et vertébrale". Cette histoire devait faire évoquer une dissection traumatique de l'artère vertébrale entraînant des signes d'atteinte du tronc cérébral. (...) Dans les jours qui ont suivi les symptômes ont persisté et l'accident vasculaire s'est définitivement constitué, ce qui est à l'origine d'une aggravation certaine des chances de récupération ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal de Grande Instance considère que « cette faute a fait perdre à Monsieur D. une chance de voir l'accident vasculaire dont il a été victime, diagnostiqué précocement. En conséquence la responsabilité de l'établissement est retenue à l'égard de la faute réalisée par le personnel salarié ».

UNE FAUTE MÉDICALE CONSTITUÉE PAR UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC

FAITS

Madame T. se présente aux urgences d'un Centre Hospitalier Universitaire le 5 janvier 2008 après s'être tordue la cheville. Il est évoqué une fracture de la malléole externe. Une résine d'immobilisation est alors réalisée et un traitement médicamenteux est prescrit. La patiente revient aux urgences le 11 janvier et le diagnostic de coliques néphrétiques est posé. La patiente bénéficie de la prescription d'un traitement et repart. Elle revient le 15 janvier dans le même service. Des examens sont pratiqués et révèlent un hématome intra musculaire au niveau des deux psoas. Madame T. présente à ce jour des séquelles de paralysie crurale gauche et de paresthésie du nerf fémoro-cutané droit.

RAPPORT D'EXPERTISE

Il ressort du rapport de l'expert que « le traitement par ARIXTRA® dosé à 7,5 mg prescrit le 5 janvier constitue un traitement thérapeutique des accidents thrombo-emboliques avérés et non préventif pour l'éventuel risque thrombo-embolique après immobilisation. Ce dosage n'était pas adapté à l'état de santé de Madame T. et a conduit

à la constitution d'un hématome bilatéral des psoas, qui a comprimé les nerfs cruraux. Cet hématome a en outre été confondu avec une crise de coliques néphrétiques, ce qui a entraîné la prescription d'un anti-inflammatoire qui a augmenté l'action des anticoagulants alors qu'en outre, cet anti-inflammatoire est contre indiqué lorsque des anticoagulants sont déjà prescrits ».

DÉCISION DE LA JURIDICTION

Le Tribunal Administratif considère que « l'erreur de dosage est à l'origine directe des préjudices subis par Madame T. et engage la responsabilité du Centre Hospitalier Universitaire ».



08



RESPONSABILITÉ

DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ





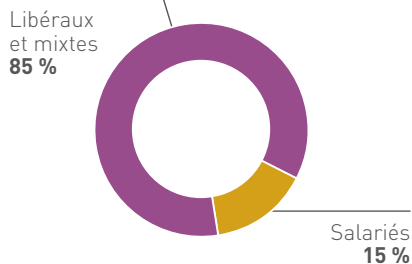
RESPONSABILITÉ

DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

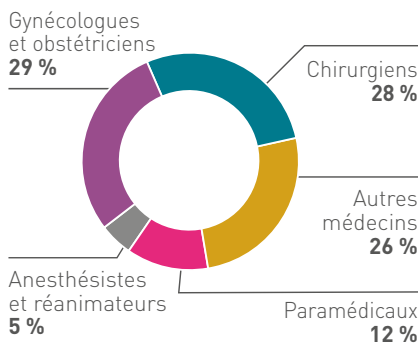
08

COMPOSITION DU PORTEFEUILLE RCP Sham AU 01/01/2013

Répartition du portefeuille direct par statut d'exercice



Répartition du portefeuille direct par spécialité



8.1. RAPPEL DES GRANDS PRINCIPES DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

8.1.1 / LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SALARIÉS

Ils sont liés à leur employeur par un contrat de travail soumis au Code du travail.

En leur qualité de préposés, les salariés engagent la responsabilité de leur employeur à l'égard des tiers dans l'exercice de leurs fonctions. Ainsi, le professionnel de santé « qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé n'engage pas sa responsabilité civile personnelle à l'égard du patient ».

Mais le salarié engage sa responsabilité personnelle dès lors qu'il commet un abus de fonction, c'est-à-dire lorsqu'il agit :

- en dehors de fonctions pour lesquelles il est employé,
- et sans autorisation de son employeur,
- et à des fins étrangères à ses attributions.

C'est pour cela que les professionnels de santé salariés ont intérêt à souscrire une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP), même si cette dernière n'est pas obligatoire, d'autant plus que pour ces derniers, l'assurance RCP couvre aussi les actes suivants :

- assistance à personne en danger dans le cadre de la vie privée (accident sur la voie publique par exemple),
- pratique d'un soin sur un proche ou un membre de la famille,
- pratique d'activités annexes comme l'enseignement ou l'expertise.

8.1.2 / LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL

Les praticiens exerçant à titre libéral voient leur responsabilité civile engagée du fait :

- de leurs propres actes,
- et des actes des personnes placées sous leur contrôle (y compris le personnel paramédical de l'établissement).

Les professionnels de santé avec exercice libéral ont l'obligation de souscrire une assurance RCP pour couvrir les dommages corporels qu'eux-mêmes ou leurs préposés pourraient causer (art. L.1142-2 CSP).

Cette assurance peut être souscrite soit individuellement, soit par un contrat groupe. Le défaut d'assurance RCP expose le médecin ou le paramédical libéral à des sanctions disciplinaires et pénales et à supporter personnellement la charge de l'indemnisation des dommages causés à ses patients.

FOCUS

La garantie dans le temps des contrats Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)

Depuis la loi du 30 décembre 2002, la garantie dans le temps des contrats RCP s'applique en « base réclamation ». Cela signifie que la première réclamation déclenche la garantie du contrat en vigueur à cette date, quelle que soit la date de survenue du fait dommageable.

La garantie subséquente

Le contrat d'assurance RCP comprend également une garantie subséquente pour garantir les sinistres dont la première réclamation est formulée à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat et dans le cadre des activités garanties.

La durée de la garantie subséquente varie selon le motif de résiliation du contrat RCP :

- résiliation pour cessation d'activité professionnelle ou décès : le contrat poursuit ses effets pour les sinistres pour lesquels la réclamation est formulée dans un délai de 10 ans,
- résiliation pour toute autre cause : le contrat poursuit ses effets pour les sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée dans un délai de 5 ans à compter de la résiliation du contrat.

Le 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

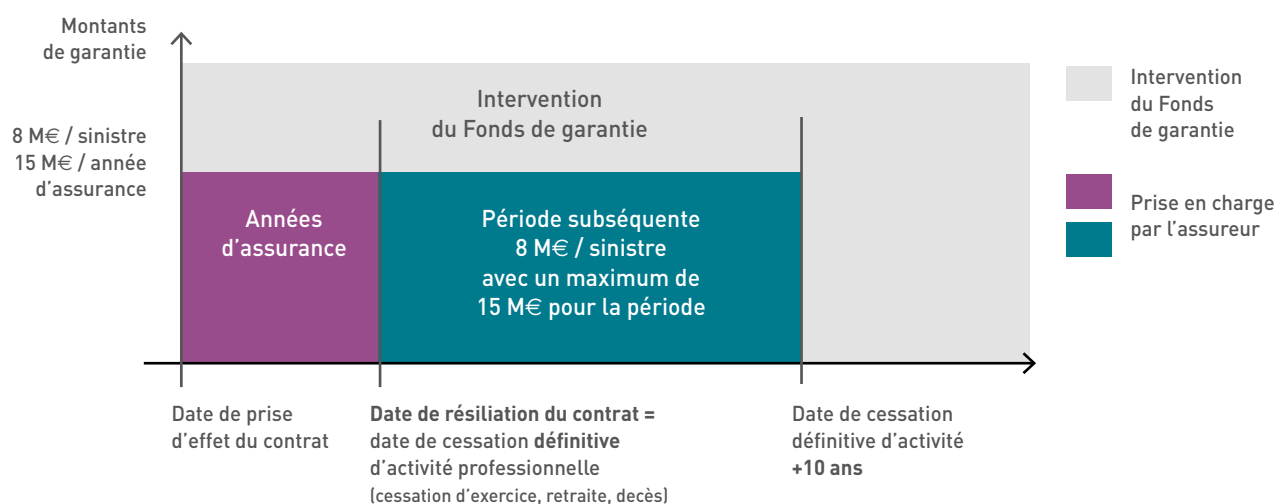
Ce Fonds, créé par la loi de finances 2012, parue le 28 décembre 2011, intervient en cas :

- d'épuisement des montants de garantie d'assurance (montants fixés par le décret n° 2011-2030 du 29 décembre 2011 à 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions d'euros par année d'assurance) ;
- d'expiration de la garantie dans le temps.

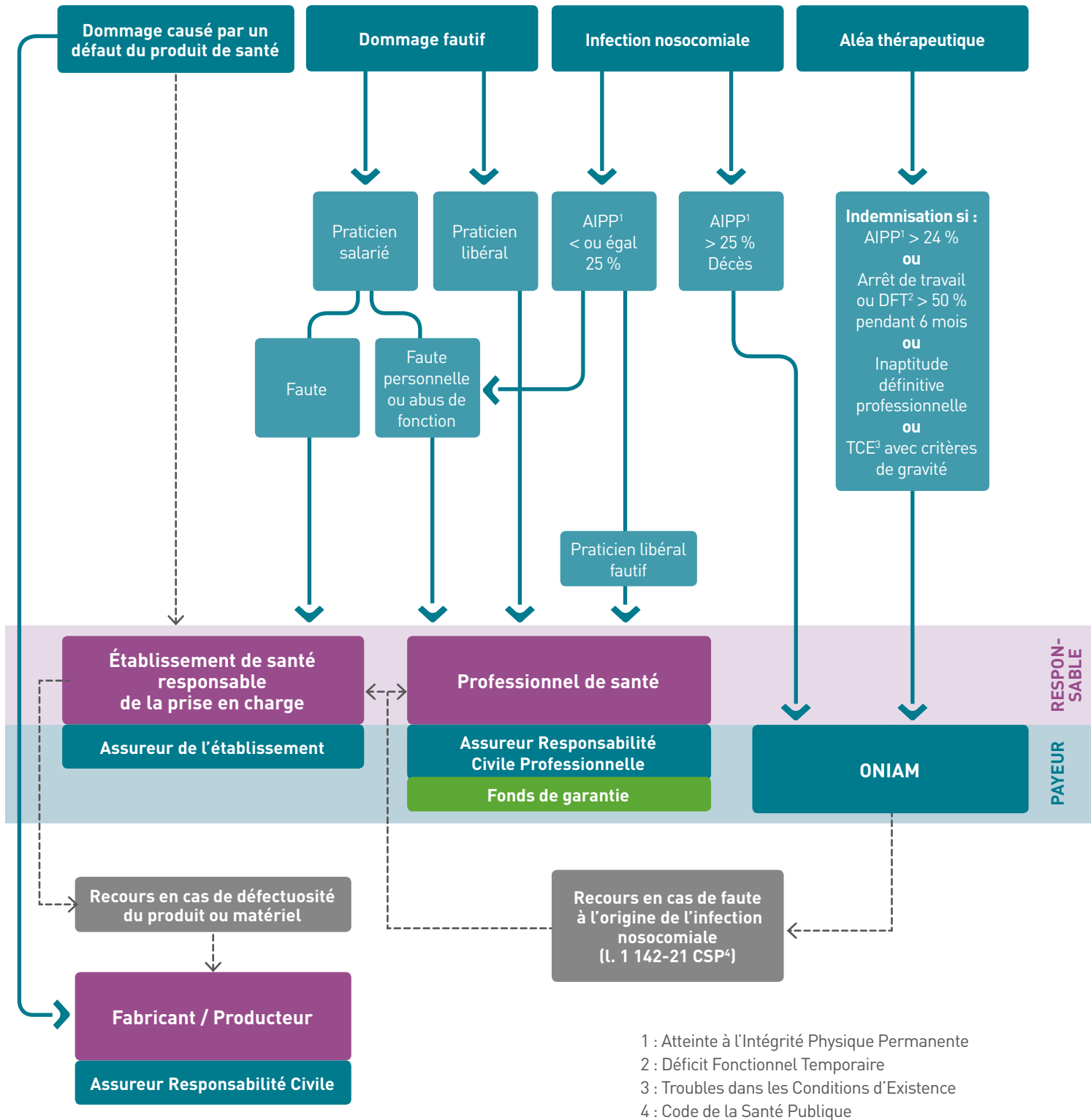
Du fait du fonctionnement dans le temps des contrats RCP, le Fonds interviendra pour les accidents médicaux consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins faisant l'objet d'une réclamation déposée depuis le 01/01/2012.

L'intervention du Fonds de garantie, aussi bien dans les cas d'épuisement que d'expiration de la garantie, permet de supprimer les « trous de garantie » qui existaient auparavant.

Fonctionnement selon le montant et le temps de la prise en charge des sinistres déclarés à compter du 1^{er} janvier 2012



8.1.3. / DU DOMMAGE À L'INDEMNISATION



PAROLE D'EXPERT



Richard DEVIDAL,

Responsable clientèle, marché des professionnels de santé
Médecin-conseil Sham

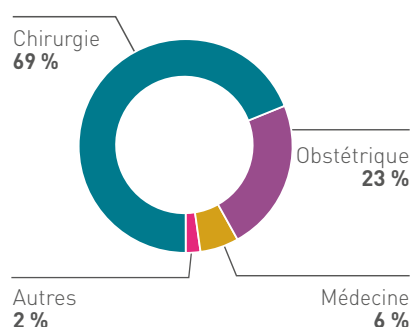
« Quel que soit le secteur d'activité des professionnels de santé, leur responsabilité peut être recherchée de manière directe (praticien libéral) ou indirecte (praticien salarié). Nous constatons une relative stabilité des réclamations indemnitaires mais une augmentation des montants alloués, notamment du fait de l'indemnisation de nouveaux postes de préjudices définis par la nomenclature Dintilhac.

La chirurgie orthopédique et traumatologique est la spécialité chirurgicale la plus souvent mise en cause. La pratique de la chirurgie du rachis est un vrai sujet de préoccupation car elle expose à des accidents médicaux pouvant conduire à des indemnisations lourdes. Les hémato-rachis postopératoires, n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge adaptée, sont à l'origine de séquelles neurologiques (syndrome de la queue de cheval...). L'analyse *a posteriori* des dossiers sinistres révèle des complications qui auraient pu être évitées. Cette analyse permet au Conseil Médical Sham d'élaborer des recommandations destinées à sensibiliser les professionnels de santé au management des risques. »

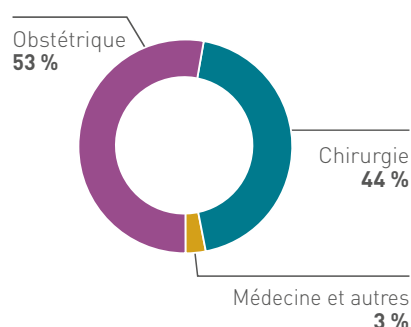
8.2 SINISTRALITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

8.2.1 / RÉCLAMATIONS POUR SINISTRES CORPORELS PRÉSENTÉES CONTRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL

Répartition par spécialité du nombre des réclamations 2012 : 335



Répartition par spécialité du coût estimé* des réclamations 2012



* règlements et provisions pour sinistres à payer

Parmi les réclamations présentées en chirurgie en 2012, l'orthopédie représente 33 % en nombre et 24 % en coût estimé, la gynécologie chirurgicale, respectivement 21,5 % et 7 %, et la neurochirurgie, 4 % et 4 %.

L'obstétrique représente 23 % des réclamations et 53 % du coût total estimé.

Concernant la chirurgie du rachis, qu'elle soit pratiquée par un neurochirurgien ou un orthopédiste, la complication la plus grave est l'hématome compressif postopératoire avec séquelles neurologiques irréversibles. Pour la chirurgie orthopédique et traumatologique, la mise en cause pour infection nosocomiale est fréquente (environ 40 % des réclamations), en revanche, les condamnations des praticiens pour défaut de prise en charge de l'infection sont rares.

8.3. FOCUS SUR LES SINISTRES EN ORTHOPÉDIE DE 2008 À 2012

La chirurgie orthopédique et traumatologique est la discipline chirurgicale qui est à l'origine du plus grand nombre de réclamations. Le périmètre de cette étude concerne tous les dossiers sinistres en orthopédie, y compris la chirurgie du rachis, déclarés à Sham sur cette période et les condamnations survenues dans cet intervalle pour les dossiers ayant fait l'objet d'une procédure devant le Tribunal Administratif ou le Tribunal de Grande Instance. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas des mêmes dossiers. En effet, il existe toujours un décalage dans le temps entre la réclamation émanant d'un patient ou de ses ayants droit et le paiement de l'indemnisation du préjudice, si cette réclamation est juridiquement fondée. Un délai est nécessaire pour déterminer la responsabilité de l'établissement ou du professionnel de santé et évaluer l'étendue des préjudices subis.

8.3.1 / RÉCLAMATIONS EN ORTHOPÉDIE SUR LA PÉRIODE 2008-2012

Sur la période, 23 000 réclamations pour sinistre corporel de cause médicale ont été reçues par Sham dont 25 % concernent l'orthopédie. La répartition des déclarations en orthopédie, sur la période de l'étude, montre que 3 921 dossiers proviennent des établissements publics, 1 310 dossiers des établissements privés et 278 dossiers des professionnels de santé libéraux.

Motifs des réclamations en orthopédie

Parmi l'ensemble des réclamations :

➤ **les infections nosocomiales** restent les plus nombreuses : 35 % (soit 1 362 dossiers) pour les établissements publics, 48 % (soit 624 dossiers)

pour les établissements privés et 30 % (soit 75 dossiers) pour les professionnels de santé libéraux.

➤ **Les erreurs de côté, de personne ou de niveau** représentent quant à elles 13 dossiers pour les établissements publics, 7 dossiers pour les établissements privés et 7 dossiers pour les professionnels de santé libéraux.

➤ Il en est de même pour **les oublis de corps étrangers** avec 37 dossiers pour les établissements publics, 6 dossiers pour les établissements privés et 3 dossiers pour les professionnels de santé libéraux.

➤ **Les erreurs de technique opératoire ou les résultats insuffisants** représentent également une part non négligeable avec 29 % (soit 1 130 dossiers) pour les établissements publics, 34 % (soit 450) pour les établissements privés et 54 % (soit 149) pour les professionnels de santé libéraux.

➤ **Les défauts de prise en charge du patient en péri-opératoire** (prescription, erreur de diagnostic, retard de prise en charge...) sont aussi fréquents avec 1 201 dossiers pour les établissements publics, 185 dossiers pour les établissements privés et 40 dossiers pour les professionnels de santé libéraux.

➤ À noter, 12 dossiers de réclamation pour **défaut d'information**.

8.3.2 / CONDAMNATIONS EN ORTHOPÉDIE SUR LA PÉRIODE 2008-2012

Sham a recensé sur cette période 553 décisions des juridictions administratives et judiciaires retenant la responsabilité de ses sociétaires. 442 décisions retenant la responsabilité des établissements

publics, 102 décisions retenant la responsabilité des établissements privés et 9 décisions retenant la responsabilité d'un professionnel de santé libéral.

À noter, sur la période, 5 décisions retenant la responsabilité d'un sociétaire Sham pour défaut d'information.

Coût moyen des condamnations en orthopédie sur la période 2008 - 2012

Le coût moyen d'un dossier en orthopédie ayant fait l'objet d'une condamnation est de 81 279 €, qui ne peut être comparé au coût moyen évoqué par le rapport de l'Observatoire des Risques Médicaux* (ORM) d'un montant de 113 000 € dans la mesure où ce coût moyen concerne toutes les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique. Sur cette période, un dossier a fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur à 2 M€, 7 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 500 000 €, 75 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 150 000 €, 156 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 50 000 €, 212 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 15 000 € et le reste des dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant inférieur.

*L'ORM ne recense que les dossiers dont le montant global de préjudice (indemnités versées à la victime, plus prise en charge des tiers payeurs) est supérieur ou égal à 15 000 €.

Sur la période 2008-2012, Sham a enregistré 5 509 réclamations et 553 condamnations relatives à un sinistre en orthopédie.

8.3.3 / QUELQUES EXEMPLES

Erreur liée à l'acte chirurgical

Patiente opérée d'un canal carpien. Les suites sont marquées par une blessure du nerf médian qui nécessitera deux reprises opératoires pour neurolyse. L'expert, dans son rapport, ne relève aucune négligence ni dans la mise en évidence du diagnostic ni dans le choix de la méthode opératoire. Mais il estime que l'absence d'exploration visuelle, per-opératoire, du nerf médian à la fin de l'intervention est un manquement aux règles chirurgicales en vigueur. La découverte de la plaie du nerf médian aurait permis une réparation immédiate du nerf dont on sait que les reconstructions secondaires sont constamment difficiles, en particulier chez les adultes diabétiques d'un certain âge. Le Tribunal a condamné l'établissement considérant « qu'en ne vérifiant pas l'état anatomique de la région opérée, en particulier du nerf médian, au terme de l'intervention pratiquée, le chirurgien a commis une faute de nature à engager la responsabilité du Centre Hospitalier ».

Défaut de surveillance postopératoire

Patient victime d'un accident de la voie publique ayant entraîné plusieurs fractures. Pris en charge à l'hôpital, il bénéficie d'une intervention chirurgicale, malheureusement compliquée ultérieurement d'un syndrome des loges. L'expert retient que, pour ce patient, la survenue d'un syndrome des loges était tout à fait prévisible eu égard à la conjonction de nombreux facteurs de risque. Mais surtout, il indique que la surveillance clinique postopératoire aurait dû être plus attentive et que le personnel infirmier aurait dû avoir des consignes de surveillance claires et précises. Le Tribunal Administratif a repris les conclusions de l'expert et a condamné l'établissement considérant

« que le dossier du patient ne mentionne aucune consigne de surveillance alertant le personnel sur le risque de survenue d'un syndrome des loges qui n'a d'ailleurs jamais été envisagé ».

Défaut d'organisation

Patiente de 72 ans, victime d'une chute dans sa salle de bains, conduite à 7 h à la polyclinique. Dès 9 h 30, le diagnostic de fracture du col du fémur est posé. La patiente est alors hospitalisée et une intervention chirurgicale est programmée 48 heures plus tard. Mais la patiente décède le jour même, à 21 h 30, des suites d'un malaise cardiaque. Le rapport d'expertise souligne qu'aucune investigation diagnostique n'a été réalisée sur l'origine de la chute. La question était notamment de savoir s'il s'agissait d'une chute dite mécanique, par maladresse, ou d'une chute conséquence d'une autre pathologie, qu'il est alors nécessaire d'explorer. Les symptômes typiques de la patiente, mal-être et douleurs thoraciques, ont été entendus, notés et signalés par les infirmières, mais n'ont, semble-t-il, jamais été pris en compte par les médecins. De fait, la patiente n'a bénéficié d'aucun bilan biologique à son arrivée et n'était même pas perfusée lors de son malaise. Ces soins ne peuvent donc être qualifiés de parfaitement attentifs et diligents, le résultat ayant été d'occulter une pathologie cardio-vasculaire dont l'évolution, laissée à son propre compte, est devenue fatale. Le Tribunal a condamné l'établissement « attendu que les difficultés soulignées par l'expert alliées à la charge importante de travail des intervenants démontrent que l'organisation du service à la polyclinique n'était pas satisfaisante ».

Défaut d'information

Patient opéré de deux doigts dits « à ressaut ». Durant sa convalescence, il bénéficie de pansements à domicile

et d'une immobilisation par attelle dynamique. Mais le patient ne récupérera jamais l'extension complète de ses doigts. L'expert confirmera que l'intervention était appropriée à la situation clinique du patient, que l'opération a été réalisée dans les règles de l'art ainsi que les soins et le suivi postopératoire. Mais l'expert souligne aussi qu'il n'y a pas eu de document remis au patient concernant les éventuels aléas thérapeutiques dans ce type de chirurgie. Le Tribunal a condamné l'établissement « attendu que la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation de porter ces risques à la connaissance du patient ».

Erreur de côté

Patiente de 12 ans présentant une lésion lacunaire osseuse de pied droit découverte à l'IRM. Il sera posé une indication de biopsie destinée à préciser la nature de la lésion osseuse. L'intervention sera réalisée sur le pied gauche. L'expert retient plusieurs manquements : erreurs de diagnostic, erreur d'indication, défaut d'information et un manquement aux règles de l'art dans la réalisation de l'acte. Le Tribunal retient une faute dans la réalisation de l'acte considérant « qu'en procédant à l'opération du pied gauche, le Centre Hospitalier a, par cette inversion, commis une faute de nature à engager sa responsabilité, sans qu'il soit besoin d'examiner, les moyens tirés, d'une part, d'un éventuel manquement de l'établissement à son obligation d'information préalable, et d'autre part, à un défaut tenant à son organisation ».

Retard de prise en charge

Patiente prise en charge pour une cure chirurgicale de hernie discale. Les suites sont marquées par l'apparition de troubles urinaires .../...

.../... et sphinctériens et une anesthésie en selle. Une IRM réalisée trois jours plus tard mettra en évidence un hématome compressif, la patiente sera alors réopérée mais cette intervention ne permettra pas de récupérer sur le plan neurologique. L'expert retient un retard de prise en charge à l'origine d'une perte de chance sérieuse d'éviter les complications neurologiques.

Le Tribunal a condamné le Centre Hospitalier considérant « que la requérante est fondée à soutenir que le Centre Hospitalier a commis, dans la prise en charge de la pathologie dont elle était affectée, une faute de nature à engager sa responsabilité ».

8.4 RECOMMANDATIONS DU CONSEIL MÉDICAL

Le Conseil Médical de Sham* produit régulièrement des recommandations en matière de gestion des risques à destination des établissements et des professionnels de santé. En 2008, ses travaux ont porté sur l'orthopédie : ces recommandations sont toujours d'actualité. En cas de contentieux, l'expert recherche dans le dossier les éléments permettant de retracer l'historique de la prise en charge : l'information du patient sur les risques, l'indication opératoire, la recherche de facteurs de risque, la démarche diagnostique en urgence, comme en chirurgie programmée, les avis des professionnels qui ont suivi le patient, la gestion du risque et la surveillance, etc.

Informé le patient sur les risques et les options de sa prise en charge et organiser la traçabilité de son consentement

Pour la chirurgie programmée, il faut construire avec le patient un projet thérapeutique en :

- identifiant les bénéfices attendus

par le patient et les bénéfices réellement envisageables ;

- identifiant et traçant les risques liés à l'intervention et à son suivi (risques opératoires, anesthésiques, infectieux). Cette évaluation bénéfices/risques doit donner au patient la possibilité de faire un choix en toute connaissance de cause.

En cas de contentieux, la trace de la collecte de ces éléments doit être retrouvée dans le dossier patient constitué dès la consultation ; les facteurs de risque seront identifiés pour en informer le patient.

Le consentement éclairé du patient sera formalisé par un écrit. En chirurgie d'urgence, une fiche d'entretien permet de garder la trace de la discussion avec le patient et/ou son entourage.

Formaliser la prise en charge des urgences en traumatologie dans des conditions optimales

- Disposer des équipes qualifiées et organisées pour la prise en charge et le suivi.
- Disposer de locaux adaptés au type d'intervention : salle ISO 5 particulière, flux unidirectionnel pour la chirurgie à haut risque infectieux.
- Établir des contrats relais avec des services de référence pour les pathologies dont la prise en charge ne peut pas être complètement maîtrisée dans l'établissement.

Inscrire dans le dossier les avis spécialisés nécessaires

Le dossier patient doit permettre de tracer la démarche de prise en charge :

- avis du chirurgien aux urgences, en consultation de suivi, en postopératoire...
- examen radiologique, scanner, IRM, radio de contrôle,
- avis spécialisés (cardiologue, infectiologue...),
- disposer d'un médecin référent en pathologie infectieuse intermédiaire avec le centre de référence régional et formaliser ses avis.

Réaliser les interventions dans un environnement opératoire conforme aux pratiques actuelles

- Conformité aux bonnes pratiques de la préparation préopératoire et de la préparation du champ opératoire.
- Conformité et traçabilité du bio nettoyage entre deux interventions.
- Conformité du processus de stérilisation, respect des pratiques en secteurs opératoires (tenues, circuits, stockage).

S'assurer de l'identité du patient et de la latéralisation du site opératoire à tous les points critiques de chaque étape : consultation, radio, préparation, intervention...

Avec l'identification des points critiques, l'application de contrôles de concordance pour la vérification de l'identité et du côté à opérer est une absolue nécessité.

Les établissements mettent en place des protocoles qui ont pour objectif de maîtriser ces contrôles aux points critiques :

- la pose d'un bracelet d'identité devient la règle pour tout passage en secteur opératoire,
- la visite du médecin et parfois le marquage du côté à opérer avant l'intervention est la règle dans certains services,
- la *check-list* proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) permet de formaliser en salle d'intervention, un contrôle ultime avec le patient avant l'induction. Les erreurs de personne ou de côté peuvent survenir aussi à d'autres étapes lors de la prise en charge et avoir les mêmes conséquences : radiologie, prélèvements sanguins, anatomopathologiques, éléments du dossier...

Évaluer et maîtriser les pratiques d'antibioprophylaxie en chirurgie

En cas de suspicion d'infections associées aux soins, un défaut d'organisation dans la prise en charge sera recherché par l'expert.

*voir Dossier Prévention des risques (p. 96)

Le coût moyen d'un dossier en orthopédie ayant fait l'objet d'une condamnation est de 81 279€.

Lors de l'expertise, le protocole à l'époque des faits peut être demandé et on doit retrouver dans le dossier le produit administré, la dose ainsi que l'heure de l'injection.

Le protocole d'antibioprophylaxie suit les recommandations nationales réactualisées ou en cas de particularités, il est validé par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Garantir le dépistage et le traitement des complications postopératoires graves d'orthopédie

Certaines complications postopératoires n'admettent aucun délai ou retard de prise en charge. Ces complications entraînent des séquelles irréversibles (hématome compressif rachidien intra-canalair, syndrome des loges, lésion artérielle, lésion neurologique...). Pour la prise en charge de l'urgence vitale, l'organisation formalisée du diagnostic et du traitement de ces complications est un atout pour bien réagir à toute heure.

- Mettre en place des procédures de surveillance spécifiques validées et connues de tous.
- Informer et former les nouveaux arrivants et les personnels contractuels.
- Anticiper les gestes d'urgence, le matériel et les compétences nécessaires.
- Garantir la traçabilité de la surveillance : locaux, feuille de surveillance.
- Pouvoir ré-intervenir à tout moment.

Assurer le suivi des complications et infections liées aux soins en pathologie ostéo-articulaire

- Collecter les événements.
- Analyser les données lors de réunions où les équipes chirurgicales et anesthésistes sont associées.
- Proposer des actions correctives.

Les recommandations du Conseil Médical ont été élaborées, en collaboration avec les équipes médicales de Sham, à partir d'une analyse médicale détaillée des sinistres déclarés par nos sociétaires et du bilan des constats réalisés lors de nos visites d'analyse de risques dans les établissements.





09



PROTECTION

JURIDIQUE





Betadine
Solution 10%

PROP
MEDI-PROP GEL BI-ALCOOL
Gel hydroalcoolique hypoallergénique pour la désinfection des mains à sec
260320

[Label partially obscured]

Betadine
Scrub 4 %
Solution pour application cutanée immédiate

[Label partially obscured]

PROTECTION

JURIDIQUE

09

PAROLE D'EXPERT



Alex BERTHAIL

Responsable Protection Juridique

« La responsabilité pénale du professionnel de santé s'exerce principalement sur les délits d'homicide ou de blessures involontaires, dans le domaine des infractions dites "d'omission".

Par opposition aux infractions de commission où la preuve d'un acte positif en violation d'une interdiction de faire doit être rapportée, c'est la preuve d'une passivité coupable face à une obligation de faire qui caractérise l'infraction.

L'enquête pénale visera donc à combler un vide en cherchant à savoir si le professionnel de santé a bien « rempli » ses obligations, le plaçant *de facto* en position inconfortable de devoir combattre « un fait négatif » présumé et rapporter les éléments permettant d'établir qu'il n'a pas commis l'infraction visée.

Dans cette configuration où l'infraction se dessine de façon sournoise, toute insuffisance, ambiguïté ou approximation est fortement sujette à interprétations, rendant les investigations souvent longues et difficiles. Les différents schémas de traçabilité que procurent les outils de gestion (écrit et informatique) restent le meilleur moyen de ménager les conditions d'une défense optimale en cas de mise en cause pénale. »

Au titre de la Branche Protection Juridique, Sham assure la défense des intérêts des professionnels de santé et du secteur médico-social. Tous les professionnels et établissements de santé assurés en responsabilité civile par Sham bénéficient également d'une protection « défense - recours » à travers deux types de garanties :

- la garantie « Défense pénale » ;
- la garantie « Protection du collaborateur » en cas d'agressions ou violences subies dans l'exercice ou à l'occasion des fonctions. Ces garanties prennent en charge, à hauteur de l'engagement contractuel, les frais et honoraires d'avocat exposés en justice par le professionnel de santé pour la défense de ses intérêts. Dans le cadre d'un contrat d'assurance spécifique, Sham offre par ailleurs une protection juridique étendue couvrant un large éventail de litiges dans des domaines très variés : contentieux ordinal et disciplinaire, contentieux de la Sécurité Sociale, convention d'exercice professionnel, conflit du travail, litige d'ordre contractuel en matière de prestations de service, de travaux et fourniture de biens, litige en droit immobilier et construction, copropriété, relations de voisinage, etc. Les données figurant dans ce chapitre prennent uniquement en compte les déclarations enregistrées et les dossiers clos au cours de l'exercice 2012 au titre des garanties « Protection du collaborateur » et « Défense pénale ».



On observe une relative stabilisation des plaintes pour violences envers les professionnels du monde de la santé depuis 4 ans.

9.1 LA PROTECTION DU COLLABORATEUR

9.1.1 / LES DÉCLARATIONS ENREGISTRÉES EN 2012

Le périmètre du bilan recouvre les violences subies par les différents professionnels exerçant leurs fonctions dans le milieu de la santé, violences ayant fait l'objet d'un dépôt de plainte pénale et déclarées à Sham au titre de la garantie «Protection du collaborateur».

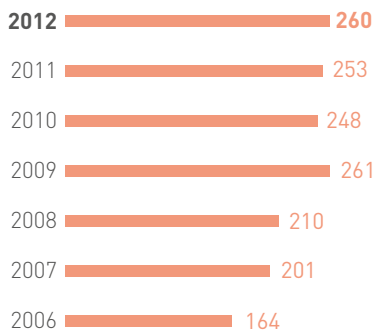
Ces violences visent le professionnel à raison de ses fonctions et revêtent un caractère intentionnel.

En revanche, ne relèvent pas de cette catégorie les violences involontaires ou qui sont la manifestation d'une pathologie ou altération du discernement, ou encore celles dont le mobile est totalement étranger à l'activité du professionnel de santé.

Les grandes tendances qui se dégagent de ce bilan rejoignent celles constatées par l'Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH).

La loi du 18 mars 2003 a érigé en délit les menaces, actes d'intimidation et toutes violences, même légères, commises à l'encontre des personnels de santé (article 433-3 du Code Pénal, articles 222-12 4° ter et 222-13 4° ter du Code Pénal).

Évolution des «faits de violence» ayant donné lieu à un dépôt de plainte pénale



En 2012, 260 agressions commises envers des professionnels de santé ayant fait l'objet d'un dépôt de plainte pénale ont été enregistrées à titre de déclaration.

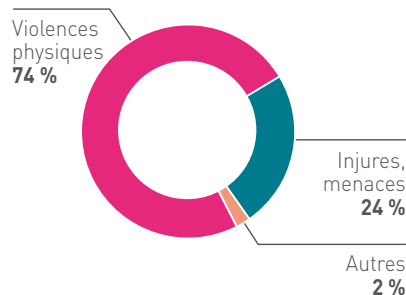
On observe une relative stabilisation des plaintes pour violences envers les professionnels du monde de la santé depuis 4 ans.

Les secteurs les plus touchés sont les services d'urgence, de médecine et de psychiatrie en secteur hospitalier public.

Globalement, ces violences sont mieux contenues grâce à une mobilisation organisée à travers la mise en place de protocoles de gestion des violences, un renforcement de la sécurité en milieu hospitalier et le relais de l'assurance pour accompagner et soutenir la démarche juridique.

Nature des infractions suivies d'un dépôt de plainte

	NOMBRE DE PLAINTES
Violences physiques	192
Injures, menaces	63
Autres	5
TOTAL	260



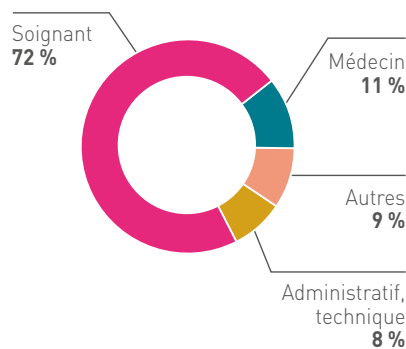
Les plaintes pour violences physiques déclarées en 2012 représentent 74 % des infractions contre 63 % en 2011. Les injures ou menaces à l'encontre des personnels hospitaliers constituent 24 % des plaintes en 2012.



Dans les mêmes proportions que les années précédentes, les personnels soignants placés au cœur de la prise en charge des patients sont à 72 % les plus exposés aux agressions.

Fonction exercée par les victimes d'agression

	NOMBRE DE VICTIMES
Soignant	187
Médecin	30
Administratif - technique	20
Autres	23
TOTAL	260

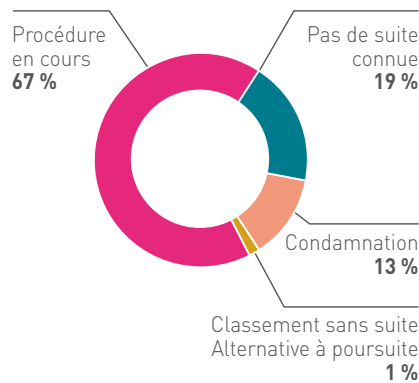


Dans les mêmes proportions que les années précédentes, les personnels soignants (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de soins) placés au cœur de la prise en charge des patients sont à 72 % les plus exposés aux agressions, suivi des médecins et des personnels administratifs, parmi lesquels on compte les agents de sécurité.

9.1.2 / ISSUE DES PROCÉDURES ENGAGÉES

Nature des décisions rendues

	NOMBRE DE DÉCISIONS
Procédure en cours	174
Pas de suite connue	49
Condamnation	33
Classement sans suite/Alternative à poursuite	4
TOTAL	260



80 % des plaintes sur les agressions déclarées en 2012 traitées par les services du Parquet ont débouché sur des poursuites pénales.

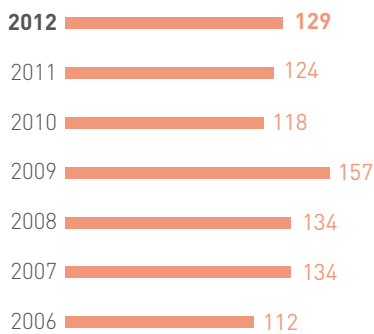
13 % des agressions déclarées ont donné lieu à condamnation de l'auteur des faits par décision de justice devenue définitive.

67 % des affaires sont toujours en cours de procédure après poursuites engagées par le Parquet, compte tenu des délais de fonctionnement de la Justice.

9.2 LA DÉFENSE PÉNALE

9.2.1 / LES DÉCLARATIONS ENREGISTRÉES EN 2012

Évolution du nombre de sinistres déclarés assortis d'une enquête pénale



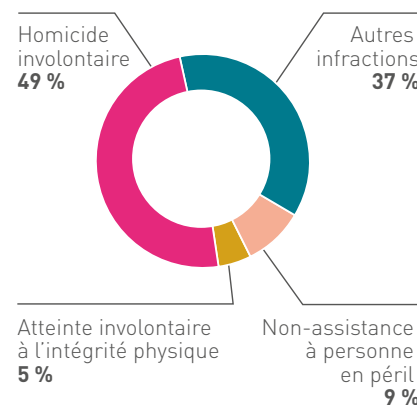
En 2012, 129 déclarations ayant trait à la mise en œuvre d'une procédure pénale (enquête préliminaire, ouverture d'une information judiciaire ou citation directe) ont été enregistrées par la Branche Protection Juridique.

L'exposition du professionnel de santé au risque pénal est relativement stable depuis 2010.

Sur l'ensemble des réclamations déclarées à Sham au titre de la garantie responsabilité civile, 3 % comportent un volet pénal.

Nombre de dossiers ouverts par type d'infractions

	NOMBRE DE DOSSIERS
Homicide involontaire	63
Non-assistance à personne en péril	12
Atteinte involontaire à l'intégrité physique	7
Autres infractions	47
TOTAL	129



Le fondement juridique de l'infraction concernée n'est pas nécessairement défini à l'ouverture de l'enquête, mais les procédures initiées par une plainte pour homicide ou atteinte involontaire à l'intégrité physique sont les plus courantes. L'ouverture d'une enquête peut aussi résulter d'une mesure destinée initialement à rechercher les causes de la mort.

Le nombre de personnes mises en cause est variable par dossier et ne pourra être précisé qu'au décours de la procédure si une information judiciaire est ouverte.

Comme chaque année, il faut s'attendre à ce qu'un grand nombre ne connaisse pas de suite sur l'ensemble des dossiers ouverts en 2012.



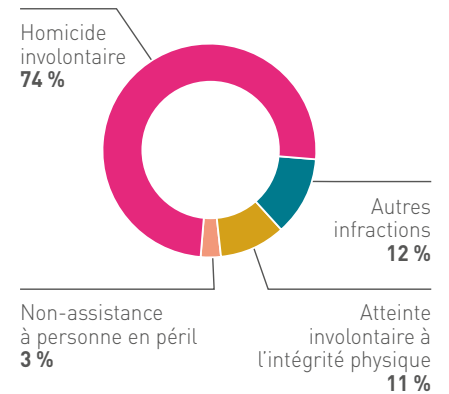
9.2.2 / LES DOSSIERS CLOS EN 2012

Les dossiers clos en 2012 se rapportent aux déclarations enregistrées au cours d'exercices antérieurs. En pratique, leur clôture intervient après de longues années de procédure (de 2 à 10 ans).

Dans le cadre des 41 affaires jugées en 2012, 73 personnes ont été mises en examen ou impliquées dans la procédure en qualité de témoin assisté.

Nombre de personnes mises en cause par type d'infractions

	NOMBRE DE PERSONNES MISES EN CAUSE
Homicide involontaire	54
Atteinte involontaire à l'intégrité physique	8
Non-assistance à personne en péril	2
Autres infractions	9
TOTAL	73



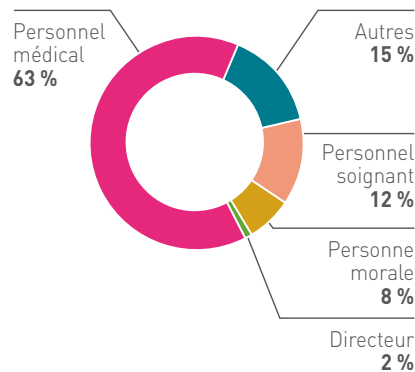
Dans leur grande majorité, les poursuites pénales sont fondées sur le délit d'homicide involontaire ou d'atteinte involontaire à l'intégrité physique. Ces deux délits représentent ensemble 85 % des infractions. Les poursuites pour non-assistance à personne en péril représentent une part marginale et sont généralement impulsées par une plainte avec

constitution de partie civile déposée directement par la famille de la victime auprès du juge d'instruction.

12 % des autres poursuites pénales portent sur des infractions variées telles que : abus de faiblesse, infractions aux règles d'hygiène et de sécurité du travail, dénonciation calomnieuse, etc.

Nombre de personnes mises en cause par catégorie professionnelle

	NOMBRE DE PERSONNES MISES EN CAUSE
Personnel médical	46
Personnel soignant	9
Personne morale	6
Directeur	1
Autres	11
TOTAL	73



Les médecins sont toujours les plus exposés au risque pénal (63 %), tandis que le personnel soignant n'est visé que par 12 % des poursuites.

Les 15 % de la rubrique « Autres » englobent le personnel administratif (y compris les permanenciers de centres d'appel d'urgence).

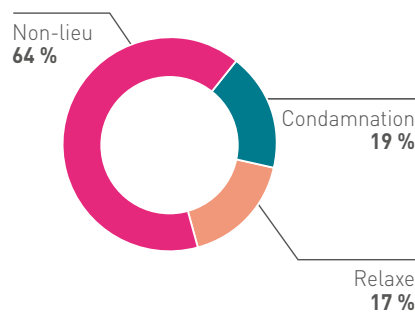
Les directeurs d'établissement sont impliqués dans 10 % des affaires, dans la grande majorité en qualité de représentant légal de la personne

morale et sont beaucoup moins mis en cause à titre personnel qu'auparavant. Cette évolution est le résultat de deux lois conjuguées :
 - la loi du 22 juillet 1992 qui a instauré la responsabilité pénale de la personne morale favorisant un glissement des poursuites sur l'établissement de santé et le report de la charge qui reposait sur le directeur ;
 - la loi du 10 juillet 2000 dite loi Fauchon qui a posé la distinction entre l'auteur direct et l'auteur indirect de l'infraction, permettant d'écarter

toute qualification pénale d'homicide ou blessures involontaires en cas d'implication indirecte dans la survenance du dommage, dès lors que la faute susceptible d'être reprochée n'est pas délibérée ou caractérisée, alors que la responsabilité de la personne morale peut être engagée en cas de faute simple imputable à un organe ou représentant de celle-ci.

Nombre de personnes mises en cause par nature de décision

	NOMBRE DE PERSONNES MISES EN CAUSE
Non-lieu	47
Condamnation	14
Relaxe	12
TOTAL	73



Parmi les dossiers clos en 2012, 64 % des poursuites engagées se sont soldées par un non-lieu devant le juge d'instruction. 36 % des poursuites ont fait l'objet d'un renvoi devant la juridiction correctionnelle (contre 40 % en 2010)

donnant lieu à la moitié de décisions de relaxe pour 17 % et la moitié de condamnations définitives pour 19 %, soit le double de condamnations par rapport à l'année précédente.

9.3 DÉCISIONS RENDUES EN 2012

Pour faciliter la compréhension des décisions de justice exposées ci-après, il est important de rappeler les critères légaux d'appréciation de la faute pénale, en fonction de la position de la personne mise en cause, dans le processus de prise en charge du patient et du lien de causalité entre la faute et le dommage :

› lorsque le professionnel de santé a lui-même directement causé le dommage au patient, une faute simple, mais évidente, est nécessaire pour retenir la qualification de faute pénale (article 221-6 du Code Pénal), autrement dit la réalisation d'un acte non conforme aux données acquises de la science ou aux bonnes pratiques de la profession ;

› pour les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, une faute qualifiée doit être établie, consistant, soit en la violation d'une obligation de sécurité imposée par la loi ou le règlement, soit en une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer (article 121-3 du Code Pénal) ;

› la responsabilité pénale des personnes morales est engagée à partir du moment où l'infraction poursuivie a été commise pour leur compte, par leurs organes ou représentants (article 121-2 du Code Pénal), dans le périmètre de leur pouvoir de décision, statutaire ou légal.

Même si la responsabilité pénale reste personnelle et doit reposer sur une faute matériellement imputable à un auteur formellement identifié – nul ne pouvant être tenu pour

responsable du fait d'autrui –, les différents professionnels intervenant à des degrés très divers dans le processus de prise en charge peuvent voir leur responsabilité engagée de manière cumulative, à raison de fautes, conjointes ou juxtaposées, résultant pour chacun d'un manquement à ses propres obligations.

En effet, la jurisprudence nous montre que l'exercice professionnel dans un cadre collectif induit un effet d'entraînement des responsabilités dans la chaîne des soins, mais dont chacun doit répondre personnellement.

À travers un mécanisme de dilution des initiatives, l'erreur fautive d'appréciation ou le manquement d'un seul professionnel influence parfois le comportement des autres dans un enchaînement de fautes par ricochet.

La réalité d'un processus complet de prise de décisions, ou d'absence de prise de décisions, peut avoir des conséquences pénalement qualifiables pour chacun, l'éventuelle carence de l'un ne pouvant faire disparaître la responsabilité de l'autre.

Ainsi, face à une mise en cause pénale, la meilleure stratégie de défense du professionnel de santé consiste, non pas à rejeter la faute sur l'autre en tentant de délimiter sa propre responsabilité au domaine étroit de son champ de compétence technique, mais à démontrer les mesures ou décisions utiles qu'il a prises pour remplir au mieux ses propres obligations, compte tenu de ses fonctions, missions, compétences ainsi que des moyens dont il disposait au moment des faits, suivant les critères énoncés

à l'article 121-3 du Code Pénal. Par ailleurs, à la lecture de certaines décisions portant condamnation d'établissements de santé en tant que personne morale, on observe un effet d'absorption des responsabilités individuelles dans la chaîne des soins, favorisé par la condition d'une faute simple imputable à un organe ou représentant sur des questions d'organisation générale, de prévision et de gestion des moyens dédiés aux services de soins.

En sanctionnant la personne morale pour le défaut d'accomplissement de certaines formalités, telles l'élaboration et la mise en place d'outils de gestion, de protocoles ou dispositifs de sécurité, la vérification de leur application et de leur exécution effective ou encore l'évaluation de leur efficacité, le droit pénal médical endosse une fonction technique, utilitariste, tournée vers une exigence de prévention des risques.

Voici quelques décisions que nous avons relevées pour vous.

DÉCÈS DES SUITES DE COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES APRÈS ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

Condamnation de l'urologue et de l'anesthésiste réanimateur, relaxe du gynécologue obstétricien (T. Corr. Ajaccio – 16/03/2012)

En octobre 2006, au cours de la césarienne, le médecin gynécologue obstétricien constate un important saignement de l'utérus et fait appel au chirurgien urologue pour suturer une plaie de la vessie provoquée accidentellement par l'intervention.

Transférée en réanimation, la patiente présente un problème d'anurie. Une échographie révèle alors une dilatation bilatérale des cavités rénales, conduisant à pratiquer une cystoscopie qui échouera à défaut de pouvoir retrouver les orifices urétraux.

Des ponctions transcutanées du rein ne déboucheront sur aucun résultat probant et le débit urinaire ne peut être restauré. Les médecins décident une nouvelle intervention sous 48 h, mais la patiente décède malgré le traitement instauré dans l'intervalle.

Le jour même du décès, la famille de la victime alerte le Parquet et réclame l'ouverture d'une enquête pour rechercher les causes de la mort.

L'autopsie pratiquée le jour même conclut que l'uretère droit, ainsi que vraisemblablement l'uretère gauche, étaient pris dans la vessie. Le décès est « la conséquence directe et certaine d'une anurie par suture des deux uretères avec décompensation

cardio-respiratoire liée à une hyperkaliémie sur insuffisance rénale aigüe terminale ».

Le collège d'experts désigné par le juge d'instruction rappelle que « la ligature bilatérale des uretères est une complication iatrogène connue bien qu'exceptionnelle du traitement chirurgical des hémorragies de la délivrance après césarienne [...] ».

Toutefois, les experts reprochent tant à l'urologue qu'au médecin anesthésiste réanimateur l'absence de recours à une dialyse de la part du médecin anesthésiste réanimateur, favorisé par un manque de concertation et l'absence de conduite thérapeutique adaptée en recourant seulement à un traitement médical de l'hyperkaliémie.

Suivant leur analyse, les différents médecins se sont auto-rassurés, sans que les uns ou les autres ne prennent une position médicale ou chirurgicale tranchée et préférant repousser la décision de l'opération chirurgicale pour disséquer les uretères au lendemain, sans prendre d'avis complémentaire plus qualifié. Le Tribunal a donc considéré, en présence de l'urgence médicale absolue du traitement de l'anurie, qu'en différant le recours, soit à une dialyse soit à une opération chirurgicale et en s'absentant d'activer un traitement adapté, l'urologue et le médecin anesthésiste réanimateur ont commis une faute pénale caractérisée.

Le Tribunal Correctionnel les a donc condamnés chacun à une peine de 6 mois d'emprisonnement assortie du sursis avec dispense d'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire.

En revanche, le médecin gynécologue a été relaxé au motif que s'il a commis un geste maladroit en suturant au moins un des deux uretères, cette maladresse ne constitue pas une faute pénale dans

le tableau hémorragique qu'il avait à gérer.

DÉFAUT DE DIAGNOSTIC D'UN ÉPANCHEMENT INTRA-ABDOMINAL ET RETARD D'OPÉRATION D'UNE VICTIME DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE

Condamnation du médecin anesthésiste réanimateur et du chirurgien pour homicide involontaire, respectivement à 8 et 6 mois de prison avec sursis (CA Orléans – 17/09/2012)

En juin 2006, une jeune fille de seize ans victime d'un accident de la circulation routière est transportée consciente à l'hôpital par les pompiers.

Le diagnostic révèle une fracture de la hanche associée à un hématome au niveau de l'abdomen.

Le résultat du scanner mentionne l'absence d'anomalies thoraciques, l'existence d'un épanchement péritonéal confirmé par échographie autour du foie, de la rate et du rein droit et la présence d'une extravasation du produit de contraste après injection iodée au temps artériel au niveau pelvien, en regard d'une fracture déplacée de la crête iliaque droite.

Deux jours plus tard, la patiente se sent mal, ce qui n'est pas perçu par les médecins comme un symptôme d'appel. L'aggravation de son état commande de pratiquer une intervention chirurgicale qui sera réalisée le lendemain, mais elle décède sur la table d'opération.

L'autopsie révélera des traces de traumatisme abdominal compatible avec la ceinture de sécurité .../...

.../... au niveau des hanches, des traces de résection intestinale sigmoïde et de l'intestin grêle ainsi qu'un épanchement hémorragique du péritoine et des deux cavités pleurales. Elle conclut que le décès est consécutif à un choc septique secondaire à une désinsertion vasculaire.

Outre le conducteur du véhicule, le médecin anesthésiste réanimateur et le chirurgien sont mis en examen après deux premières mesures d'expertise ordonnées dans le cadre de l'information judiciaire ouverte dans le mois suivant l'accident. Au total, quatre opérations d'expertise seront réalisées avant renvoi des mis en examen devant le Tribunal.

Par jugement du 30 août 2011, le Tribunal Correctionnel de Blois a qualifié de fautes caractérisées les manquements relevés par les experts à la charge des deux praticiens, notamment :

- pour le médecin anesthésiste réanimateur, d'avoir négligé les renseignements apportés par l'imagerie (épanchement intra abdominal) et les signes présentés par la patiente d'une part, et d'avoir tardé à alerter le chirurgien de l'aggravation de son état, d'autre part ;
- pour le chirurgien, d'avoir différé l'intervention chirurgicale, malgré une imagerie alarmante dès l'admission de la patiente, et d'avoir encore différé de quelques heures l'intervention aux heures ouvrables alors qu'il était avisé de l'aggravation visible de son état.

Le 17 septembre 2012, la Cour d'Appel d'Orléans a confirmé le jugement attaqué sur la déclaration de culpabilité des deux praticiens.

ERREUR DE POSOLOGIE D'UN PRODUIT ADMINISTRÉ À UN BÉBÉ DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE

Condamnation de l'infirmière pour homicide involontaire à une peine d'un an d'emprisonnement assortie du sursis
[T. Corr. Tours – 28/06/2012]

En raison d'une rechute aigüe de la maladie, l'enfant âgé de 18 mois doit subir en mai 2006 un nouveau traitement par chimiothérapie de seconde ligne selon un protocole expérimental associant trois médicaments par injection intraveineuse : une injection de Fludarabine suivie d'une autre d'ARACYTINE®, avant de poursuivre par trois injections de DAUNOXOME® de 20 mg espacées de 2 jours chacune.

Par suite d'une erreur ou confusion de posologie commise par l'infirmière de nuit du fait d'une mauvaise interprétation des dosages, une injection de 100 mg de produit est administrée en une seule fois au lieu de 20 mg dilués dans une préparation de 100 ml.

Les parents de l'enfant saisissent la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux, qui diligente une expertise médicale aboutissant à la conclusion que la fillette « présentait une forme grave de leucémie avec possibilité de rémission probablement inférieure à 5 % [...] », qu'il y avait « bien eu une erreur de dose lors de l'administration du DAUNOXOME® » laquelle avait été « responsable d'une insuffisance cardiaque terminale [...] ».

Estimant néanmoins avoir été « méprisés » par cette commission qui n'aurait pas pris en compte

leur douleur ni celle de leur enfant et ne pas avoir été informés de conséquences irréversibles de l'erreur commise (mais dont ils avaient pourtant été informés par les médecins de l'établissement de santé ainsi qu'il résultera du rapport d'expertise judiciaire ultérieur), les parents déposent plainte directement auprès du Procureur de la République en février 2009.

Une information judiciaire est ouverte en juillet de la même année, permettant aux parents de se constituer partie civile.

Selon les conclusions de l'expertise ordonnée par le juge d'instruction, bien que les chances de guérison de l'enfant fussent très faibles à court terme, l'erreur de dosage a entraîné de façon directe et certaine la survenue d'une insuffisance cardiaque.

Sur le renvoi de l'affaire par le juge d'instruction, le Tribunal Correctionnel retiendra la grossièreté de l'erreur commise par la jeune infirmière, titulaire du diplôme depuis moins d'un an au moment des faits, pour prononcer à son encontre une peine d'un an d'emprisonnement assorti du sursis simple.

DÉFAUT DE DIAGNOSTIC D'UNE LEUCÉMIE AIGÛE D'UN ENFANT

Relaxe du responsable du laboratoire d'hématologie de l'établissement de santé
[T. Corr. Lyon – 12/03/2012]

À l'origine, une jeune patiente est traitée à l'hôpital courant juillet 2003 d'une tuméfaction du poignet gauche apparue à la suite d'une petite chute. Mais après disparition de la symptomatologie locale, une douleur diffuse de la main revient avec une légère impotence du membre nécessitant une nouvelle immobilisation.

En raison de la persistance de douleurs accompagnées de fièvre, l'enfant est hospitalisé mi-septembre en chirurgie pédiatrique pour subir un premier bilan biologique.

La demande de numération sanguine arrivée au laboratoire le 15 septembre a été enregistrée le jour même au secrétariat et les premiers résultats sont aussitôt disponibles sur le serveur informatique ; le lendemain, leur validation est réalisée par une technicienne de laboratoire, qui a procédé ensuite à une analyse complémentaire sous microscope.

Les résultats du bilan biologique sanguin montraient une baisse anormale des trois lignées sanguines (globules rouges, blancs et plaquettes), la présence de cellules anormales à 14 % et un syndrome inflammatoire majeur.

Cependant, aucun tirage papier n'avait été effectué, alors que le système informatique ne permettait de visualiser que les dossiers ouverts le jour même de sorte que les résultats d'analyse n'étaient plus consultables le 16 septembre.

Le lendemain, un nouveau bilan biologique aboutira à des résultats sensiblement identiques mais la formule sanguine ne figurait pas sur les deux éditions du bilan, imprimées par le laboratoire et jointes au dossier.

Seul un anti-inflammatoire est alors prescrit, sur évocation d'une probable arthrite juvénile idiopathique.

Deux semaines plus tard, l'enfant présente une poussée fébrile à 40° et doit être conduite un samedi aux urgences en raison de vomissements et de difficultés à la marche, mais l'interne ne peut obtenir aucun renseignement médical auprès des services de l'hôpital concernant sa précédente hospitalisation.

Le soir de son hospitalisation en service d'hématologie, l'enfant décède d'une leucémie aigüe.

Les parents déposent plainte avec constitution de partie civile auprès du Doyen des juges d'instruction pour homicide involontaire.

Les expertises réalisées dans le cadre de l'information judiciaire ont souligné deux fautes commises dans le laboratoire dirigé par le nouveau responsable de service qui venait d'être nommé depuis deux semaines : d'une part l'absence de validation des résultats des analyses par un biologiste qui aurait pu en mesurer la gravité, d'autre part le défaut d'édition et de transmission au service demandeur des résultats de la formule sanguine complète.

Les experts ont conclu que les anomalies dans la formule sanguine de la petite fille étaient susceptibles de correspondre à un processus malin de la moelle osseuse et que l'absence de prise en compte en temps utile du résultat alarmant de l'analyse sanguine correspondant au prélèvement réalisé

le 15 septembre a entraîné une perte de chance importante de guérison.

Mis en examen par le juge d'instruction, le responsable de service est renvoyé devant le Tribunal Correctionnel qui prononce sa relaxe au motif que les carences dans l'organisation du laboratoire n'ont pas directement causé la mort de la petite fille mais lui ont fait perdre des chances de guérison.

Par ailleurs, le Tribunal ne retient pas de faute caractérisée exposant l'enfant à un risque d'une particulière gravité que le responsable de service ne pouvait ignorer, compte tenu vraisemblablement de sa prise de fonction toute récente au moment des faits.

CHOC INFECTIEUX CHEZ UN NOURRISSON ADMIS EN SERVICE DE PÉDIATRIE POUR DE LA FIÈVRE

Non-lieu à l'égard des deux internes du service de pédiatrie poursuivis pour homicide involontaire et non-assistance à personne en danger
[Ch. Instr. CA Chambéry – 19/12/2012]

Un jour d'octobre 2005, le médecin généraliste oriente vers les urgences pédiatriques un bébé de trois mois qui présente un état fébrile à 38,5°. Il est examiné par un interne de huitième année, lequel ne retrouve aucun autre symptôme que la fièvre et prescrit la pose d'une poche urinaire pour diagnostiquer une éventuelle pyélonéphrite, tout en notant un bon état général et bon tonus sans tremblement ni éruption cutanée.

L'interne ne juge pas nécessaire de pratiquer une ponction lombaire compte tenu des résultats de l'examen clinique ni de faire appel .../...



.../... à un pédiatre senior, contrairement aux consignes édictées par une note de service lorsqu'un enfant était adressé par un médecin libéral avec un courrier.

Le second interne chargé d'assurer la relève des urgences en fin d'après-midi ne relève pas non plus de signes d'inquiétude et autorise le retour de l'enfant au domicile sans procéder à de nouveaux examens.

Les parents rappellent en début de nuit pour informer l'interne de tâches marron apparues sur le cou de l'enfant et sont priés de revenir immédiatement à l'hôpital. Le tableau clinique est alors fortement évocateur d'un *purpura fulminans*. Face à l'extension extrêmement rapide de l'éruption cutanée profuse et confluyente évocatrice d'un choc lié à une méningococcémie, le pédiatre senior décide de faire appel au médecin réanimateur de garde et au chef du service pédiatrique.

L'enfant est alors transféré vers le service de réanimation pédiatrique d'un établissement voisin mais décède en cours de transport.

Une ponction lombaire réalisée immédiatement après son arrivée ne révélera pas de méningite, mais la biopsie cutanée effectuée post-mortem permettra d'isoler un méningocoque B.

Suivant l'avis rendu par un premier collègue d'experts, une ponction lombaire n'est pas systématique chez un nourrisson de trois mois présentant les mêmes symptômes et n'aurait pas permis de diagnostiquer plus tôt la maladie ou de prendre des mesures susceptibles d'éviter une évolution fatale.

Rien ne permettait d'indiquer non plus que l'administration d'une antibiothérapie dès l'apparition des tâches sur le corps aurait permis de sauver l'enfant, car il s'est écoulé moins de deux heures entre cette apparition et la constitution de l'état de choc septique.

Bien que la procédure écrite en vigueur dans le service de pédiatrie n'ait pas été respectée par les internes, les symptômes présentés par l'enfant ne justifiaient pas un examen par le pédiatre senior.

À la demande des parents, le juge d'instruction ordonne une seconde mesure d'expertise, qui vient contredire les conclusions de la première sur la nécessité de tenir au courant le médecin senior des informations objectives concernant le nourrisson et sur l'opportunité manquée de procéder à un nouvel examen clinique complet incluant les constantes avant de prendre une décision de retour au domicile.

Le Tribunal a prononcé la relaxe des deux internes poursuivis pour homicide involontaire aux motifs suivants :

➤ l'inobservation d'une règle de fonctionnement interne du service hospitalier, en l'occurrence une note de service, ne peut constituer la violation délibérée d'une règle particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement au sens de l'article 121-3 du Code Pénal, car il ne s'agit pas d'une prescription légale ou réglementaire de portée générale ;

➤ non plus, il n'existe pas de charges suffisantes permettant de conclure que les manquements constatés puissent être constitutifs d'une faute caractérisée, faute d'avoir exposé la victime à un risque d'une particulière gravité, dont les données ne permettaient en rien d'affirmer qu'ils ne l'ignoraient pas ;

➤ la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre les manquements constatés et le décès ne pouvait être établie en présence d'une perte de chance de survie.

Enfin, le Tribunal a écarté le délit de non-assistance à personne en danger, qui suppose, comme pour la faute caractérisée, que son auteur ait eu conscience de la gravité du péril auquel la personne était exposée.

PERFORATION DE L'AORTE PAR UN TROCART LORS D'UNE CHOLÉCYSTECTOMIE PAR COELIOCHIRURGIE

**Relaxe du chirurgien poursuivi
pour homicide involontaire
(T. Corr. Chaumont – 10/01/2012)**

En mars 2007, la patiente est opérée par coeliochirurgie dans le but de pratiquer une cholécystectomie avec contrôle visuel par caméra du déroulement de l'intervention.

Une fois sous anesthésie générale, le chirurgien introduit les trocarts. Quelques minutes après le début de l'intervention, une baisse anormale du CO₂ exsufflé par la patiente, fait redouter une embolie gazeuse.

L'état de la patiente se dégrade, conduisant à interrompre l'intervention et retirer en urgence les trocarts pour pratiquer des massages cardiaques. Ce n'est qu'au cours de ces massages qu'apparaîtront, par un effet mécanique, les signes cliniques d'une hémorragie très importante par perforation de l'aorte, conduisant à pratiquer une laparotomie.

Le chirurgien réalise une hémostase mais la patiente décède dans la nuit. Après plusieurs expertises, le juge d'instruction renvoie le chirurgien devant le Tribunal Correctionnel, chargé d'apprécier sa responsabilité sur la base de la faute simple dans la mesure où la perforation à l'origine de l'hémorragie massive a été la cause directe du décès de la patiente. Il ressort des avis rendus par les experts que la perforation de l'aorte pendant l'intervention constitue un risque connu et répertorié en matière de coeliochirurgie, qu'aucun retard de diagnostic de l'hémorragie ne peut être reproché suivant le résultat

des auditions des membres de l'équipe médicale chargée de l'intervention. Si toutefois l'absence de recours à un chirurgien vasculaire a compromis le traitement de la complication, aucun chirurgien vasculaire n'était présent dans l'établissement le jour des faits, c'est pourquoi il aurait été totalement inutile de faire appel à un praticien d'un autre établissement compte tenu des délais nécessaires pour pouvoir intervenir utilement.

Par ces motifs, le Tribunal Correctionnel a relaxé le chirurgien.

DÉFAUT DE DIAGNOSTIC D'UNE APPENDICITE SUR TABLEAU CLINIQUE ÉQUIVOQUE CHEZ UN ENFANT SOUFFRANT DE DOULEURS ABDOMINALES

**Relaxe de l'interne en pédiatrie,
de l'interne en chirurgie et du médecin
réanimateur pédiatrique, poursuivis
pour homicide involontaire
(CA Lyon – 02/02/2012)**

Au mois d'avril 2001, un enfant de 13 ans pris de violents maux de ventre et vomissements est adressé à l'hôpital pour avis chirurgical par le médecin de famille suspectant une appendicite aiguë.

Admis en service de pédiatrie, il est placé sous surveillance pendant 48 h. Compte tenu de signes d'amélioration de l'état de l'enfant, d'une échographie normale et d'un diagnostic plutôt en faveur d'une gastro-entérite, la sortie est prononcée.

Devant l'apparition de nouveaux maux de ventre, le médecin traitant sollicite une seconde hospitalisation deux jours plus tard. Une nouvelle échographie réalisée en urgence, puis une IRM, révèlent une péritonite appendiculaire. L'enfant est alors transféré au bloc

opératoire mais subit un arrêt cardiaque lors de l'induction anesthésique.

Après avoir été réanimé, l'appendicectomie est pratiquée, mais un second arrêt cardiaque survient ensuite et les tentatives de réanimation resteront vaines.

L'autopsie pratiquée conclut à un décès dans un contexte de péritonite appendiculaire et une dysplasie arythmogène du ventricule droit (myocardiopathie).

Sur plainte contre X déposée dans les jours suivants auprès du Procureur de la République, une information judiciaire est immédiatement ouverte.

Trois expertises successives sont ordonnées par le juge d'instruction et neuf praticiens de l'établissement de santé intervenus dans la chaîne des soins sont mis en cause.

Au terme de l'information judiciaire, le juge prononce le renvoi de l'interne en pédiatrie, de l'interne en chirurgie et du médecin réanimateur devant la juridiction de jugement par ordonnance du 19 novembre 2008.

Les trois prévenus se voient reprocher les faits suivants :

- à l'égard de l'interne en pédiatrie, la décision d'une sortie prématurée de l'hôpital après sa première hospitalisation en l'absence de nouveaux examens médicaux ;
- l'absence d'examen complémentaire et d'avis d'un chirurgien senior pour l'interne en chirurgie et le médecin réanimateur.

Le Tribunal Correctionnel a tout d'abord relevé que ces faits n'ont pas causé directement le dommage en rappelant qu'il convenait dès lors de rechercher si les prévenus ont commis une faute.../...

.../... caractérisée avec la conscience d'exposer autrui à un risque d'une particulière gravité en lien certain avec le dommage, à savoir « un manquement caractérisé à des obligations professionnelles ou l'accumulation d'imprudences ou de négligences successives témoignant d'une impéritie prolongée ». Au vu des trois rapports d'expertises successifs, concluant tantôt à l'absence de faute constitutive d'une insuffisance dans la démarche diagnostic, tantôt à une méconnaissance des tableaux cliniques de l'appendicite évoquant une série de négligences successives et collectives, le Tribunal a rendu une décision de relaxe au bénéfice des trois praticiens par jugement en date du 7 décembre 2009.

La Cour d'Appel a confirmé le jugement dans son arrêt du 2 février 2012. Elle s'est attachée à qualifier les faits en se replaçant au moment où chaque praticien est intervenu et a estimé en ces termes : « l'erreur de diagnostic ne constitue pas en soi une faute pénale en raison de la complexité et de l'équivoque des symptômes, ainsi que de la difficulté de leur constatation. [...] Au surplus, le lien de causalité avec le décès de l'enfant fait défaut, car il n'est pas certain que le décès ait pu être évité si le diagnostic avait été posé plus tôt, compte tenu de la multiplication des complications septiques ».

NOYADE D'UN ENFANT AUTISTE AU COURS D'UNE SORTIE THÉRAPEUTIQUE

Condamnation pour homicide involontaire de deux éducateurs spécialisés et d'une infirmière en psychiatrie
[Cass. Crim. – 06/03/2012]

En juillet 2007, une infirmière en psychiatrie et deux éducateurs

spécialisés de l'unité de psychiatrie infantile de l'hôpital de jour se rendent en minibus transportant quatre enfants déficients mentaux sur une aire de jeu en bordure d'un lac dans le cadre d'un atelier thérapeutique.

À l'arrivée sur le parking jouxtant l'aire de jeu, l'un des enfants, autiste, avait enlevé sa ceinture de sécurité et se trouvait déjà près de la porte de sortie du véhicule, encombrant le passage.

Un éducateur le fait reculer et se rasseoir tout en ouvrant la porte coulissante latérale de l'intérieur, alors que cette porte n'aurait dû pouvoir s'ouvrir que de l'extérieur avec le système de verrouillage de sécurité-enfant.

Trois des enfants se précipitent vers l'aire de jeu, suivis d'une éducatrice qui pensait que le quatrième était en compagnie de ses collègues, tandis que l'infirmière et l'autre éducateur vérifient le système de sécurité-enfant.

Lorsqu'ils rejoignent leur collègue vers l'aire de jeu après une dizaine de minutes, ils s'aperçoivent de l'absence du jeune autiste.

Ils préviennent aussitôt les secours, mais perdent du temps à expliquer la situation par trois fois au téléphone à cause de problèmes de compétence entre police et gendarmerie, puis commencent les recherches sans toutefois les orienter vers l'eau du lac. Or, les pompiers arrivés en 3 minutes retrouvent l'enfant inanimé dans l'eau, à proximité de la cale de mise à l'eau des bateaux, située à une dizaine de mètres de l'aire de jeu. Entre 20 et 25 minutes se sont écoulées depuis sa disparition. Son décès surviendra le lendemain. L'enfant était atteint d'une forme d'autisme sévère, qui se manifestait

notamment par des difficultés de communication et des troubles de comportement tel que ritualisation, fixations, et repli sur soi. Il était nécessaire de le retenir lorsqu'il était décidé à faire quelque chose, présentait un risque de fuite brutale et avait une attirance particulière pour l'élément aquatique.

Le 29/09/2010, le Tribunal Correctionnel d'Angers a rendu son jugement à l'égard des trois accompagnateurs poursuivis pour homicide involontaire.

Le Tribunal a estimé que le décès résultait d'une faute de surveillance imputable à chaque accompagnateur : cette faute « a consisté à perdre de vue pendant quelques instants l'enfant, alors que, d'une part, une éducatrice était monopolisée par la surveillance de trois enfants et que, d'autre part, l'autre éducateur et l'infirmière étaient légitimement (et brièvement) absorbés par la défaillance d'un système de sécurité mécanique, dont l'existence a été confirmée par l'expert et qu'ils devaient impérativement résoudre avant le voyage de retour ».

Dans un rapport de causalité indirect avec le dommage, le Tribunal a toutefois prononcé la relaxe des trois prévenus, au motif que cette faute « ne revêt pas une particulière intensité et ne saurait être qualifiée de défaillance inadmissible ».

Sur appel formé par le Ministère Public, la Cour d'Appel d'Angers a jugé au contraire que la proximité du lac, pour des enfants autistes qui ont tendance à s'éclipser en silence, représentait un risque d'une particulière gravité que les prévenus ne pouvaient ignorer. Pour la Cour, le défaut de surveillance d'un enfant autiste pendant quelques instants en pareilles circonstances et l'absence de recherches aux abords du lac sont constitutifs d'une faute caractérisée.

Par arrêt du 22 mars 2011, la Cour d'Appel a donc retenu la responsabilité pénale des trois professionnels et les a condamnés chacun à une peine d'amende assortie du sursis et dispense d'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire.

Le pourvoi ensuite formé par les trois accompagnateurs a été rejeté par la Cour de Cassation le 6 mars 2012, validant les motifs, exempts d'insuffisance et de contradiction, adoptés par les juges du fond dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation des faits.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL SUPÉRIEURE À TROIS MOIS CONSÉCUTIVE À UNE OSTÉOSYNTHÈSE DE LA CHEVILLE

Condamnation du chirurgien orthopédiste à 5 000 euros d'amende [T. Corr. Mulhouse – 12/07/2012]

Une chute sur le chantier de sa maison conduit une femme aux urgences pour une fracture bi-malléolaire en septembre 2006.

La patiente est plâtrée le lendemain de l'opération. Des douleurs et une infection l'oblige à retourner à l'hôpital trois semaines plus tard. Le chirurgien enlève le plâtre et prescrit des séances de rééducation, mais rien n'y fait. La cheville est toujours bloquée et les douleurs persistent.

Un second plâtre est alors posé à l'identique du premier, puis une seconde opération est réalisée pour remplacer la première plaque dans la cheville en décembre, ce qui ne permet pas de résoudre le problème d'équin, mais entraîne le blocage et l'immobilité définitifs de la cheville.

En mars 2007, la patiente porte plainte auprès du Procureur de la République qui requiert l'ouverture d'une information judiciaire au cours de laquelle deux mesures d'expertises principales et une mesure d'expertise complémentaire seront réalisées.

Sur la qualité de l'ostéosynthèse, les deux experts commis ont relevé son insuffisance au niveau de la malléole externe, matérialisée par l'absence de vissage en dépit de la persistance visible d'un diastasis ignoré par le médecin.

Concernant l'équinisme du pied, tous les rapports d'expertise sont concordants sur la mauvaise immobilisation du pied le jour de l'opération initiale.

Au terme de l'instruction, le médecin renvoyé devant le Tribunal Correctionnel a été condamné à 5 000 euros d'amende pour avoir involontairement causé une incapacité de travail supérieure à trois mois, en l'espèce en pratiquant une ostéosynthèse initiale de qualité insuffisante et en ne s'assurant pas de la bonne position de la cheville, puis en ne remédiant pas à cette mauvaise position.

Le Tribunal a notamment relevé que le médecin disposait des moyens et de la compétence suffisante dans le cadre des fonctions qui lui étaient confiées pour réaliser ce type d'opération courante et qu'il ne pouvait dès lors ignorer qu'il n'avait pas accompli les diligences normales qui lui incombait.

DÉCÈS D'UNE PATIENTE SOUFFRANT D'UNE INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE, DES SUITES D'UNE SIGMOÏDITE ET INFECTION NOSOCOMIALE

Condamnation de l'établissement de santé pour homicide involontaire à 10 000 euros d'amende [T. Corr. Pontoise – 28/03/2012]

Souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique en rapport avec une cyphoscoliose, la patiente est suivie par un pneumologue et fait l'objet d'hospitalisations successives de 2001 à septembre 2002.

À la vue des résultats d'exams, elle présente une sigmoïdite diverticulaire, mais le praticien n'en informe personne et prescrit des antibiotiques et un traitement antidépresseur en l'autorisant à retourner à son domicile.

La patiente doit être de nouveau hospitalisée en urgence un mois après en chirurgie, du fait d'une sigmoïdite diverticulaire aiguë abcédée, nécessitant une intervention qui sera pratiquée trois semaines plus tard : intervention de Hartmann, résection de l'abcès jugulaire et de l'abcès intra-abdominal ainsi qu'une colostomie.

Suite à un choc septique et une péritonite liée à la perforation du colon et de l'abcès, une nouvelle opération est décidée 10 jours plus tard, mais la patiente décède lors du transfert au bloc opératoire.

La mère et le frère de la défunte déposent alors plainte avec constitution de partie civile devant le Doyen des juges d'instruction contre le chef de service de pneumologie de l'établissement de santé. .../...



.../... L'expertise médicale ordonnée par le juge d'instruction a conduit aux conclusions suivantes :

- à titre liminaire, du fait de l'insuffisance respiratoire chronique dont souffrait la patiente, tout traumatisme, même minime, ou toute infection hors du site pulmonaire pouvait avoir pour conséquence le décès rapide en l'absence de soins ou une décompensation ventilatoire nécessitant une ventilation artificielle ;
- une première défaillance réside dans l'absence de surveillance de l'évolution de la sigmoïdite, facteur des complications subséquentes ;
- une seconde défaillance tenant à une observation insuffisante des règles d'hygiène à l'origine d'une infection nosocomiale par staphylocoque doré. Les experts ont notamment relevé que la perfusion périphérique en jugulaire externe avait été laissée en place plus de 10 jours,

alors qu'il est recommandé de ne pas dépasser 72 heures. Or cette mise en place prolongée n'a pas été accompagnée, comme il se devait, d'une surveillance quotidienne du point d'insertion. En outre, malgré une fièvre qui s'est déclarée, des hémocultures ont été réalisées tardivement deux jours après son apparition et aucun prélèvement local n'a été effectué.

Le complément d'expertise souligne que l'infection nosocomiale n'a été constatée qu'à un stade très avancé avec des possibilités de guérison très limitées, alors que l'infection aurait pu être évitée en respectant la durée de maintien d'un cathéter et une surveillance régulière du site d'insertion de celui-ci.

Alors que le médecin devait se poser la question du maintien de la perfusion chaque jour, aucune prescription de l'indication médicale de poursuivre la même perfusion au-delà de 96 heures n'a été retrouvée dans le dossier de la patiente, ni aucune description

du site d'insertion n'a été transcrite sur le cahier infirmier.

Le juge d'instruction a mis en examen l'établissement de santé et l'a renvoyé devant le Tribunal Correctionnel, sans juger utile ni d'entendre les médecins ni de les poursuivre *a fortiori*.

Le Tribunal a condamné l'établissement de santé à une amende de 10 000 euros dans les termes suivants :

« il appartenait à la direction de l'hôpital d'organiser et de mettre en place des outils et des instructions nécessaires pour assurer par écrit la transmission des prescriptions et la description du suivi de ces prescriptions au jour le jour et des constatations effectuées sur la patiente. En n'organisant pas le service de soins de manière à assurer correctement la surveillance de la malade, la direction du Centre Hospitalier a commis une faute d'imprudence et de négligence qui a causé la mort de la patiente [...] ».

FUGUE D'UN PATIENT ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER MALGRÉ LE DISPOSITIF DE SÉCURITÉ ANTI-FUGUE

Condamnation de l'établissement de santé pour homicide involontaire à 15 000 euros d'amende avec sursis (T. Corr. Versailles – 21/02/2013)

En février 2008, un patient atteint de la maladie d'Alzheimer est admis aux urgences à la suite d'un malaise puis hospitalisé pour surveillance et prise en charge du problème social.

Retrouvé à plusieurs reprises déambulant dans les couloirs totalement désorienté, un bracelet «anti-fugue» lui est rapidement installé.

Ce bracelet avait pour effet de déclencher une alarme sur les bipeurs détenus par le personnel lorsque la personne qui le portait franchissait une des deux portes du service de gériatrie situé au 3^e étage.

Quatre jours plus tard, le patient est retrouvé au sol à l'extérieur après avoir chuté vraisemblablement à partir du palier extérieur du 3^e étage au niveau de l'issue de secours et décède le jour même des suites de ses blessures. L'enquête révèle que la sonnerie déclenchée par le bracelet retentissait au niveau du poste de soins infirmiers ainsi que sur trois bipeurs attribués au personnel du service dont un seul était en charge au moment des faits. Les appareils émettaient la même sonnerie pour une sortie du service comme pour une demande de soins en chambre, seul un message texte s'affichant quelques secondes, permettait de distinguer l'origine de l'alerte.

En outre, celui qui était utilisé ce jour-là se trouvait en fait posé sur un chariot de soins et personne n'a entendu retentir l'alarme au moment où la victime a franchi la porte.

Un expert missionné pour analyser l'ensemble de l'enquête a conclu qu'aucune faute médicale n'avait été commise sur le plan de la surveillance mais qu'il semblait évident que l'organisation du système de surveillance devait être revue.

Depuis ces faits, des améliorations ont donc été apportées, notamment la rédaction d'une notice sur le fonctionnement du système d'alarme, le remplacement des bipeurs et l'installation de nouveaux systèmes de sécurité au niveau de la sortie de secours.

L'établissement de santé est mis en examen pour homicide involontaire en la personne de son représentant légal. Il conteste tout manquement à la réglementation et invoque qu'aucun élément en sa possession ne laissait entendre que la direction ait eu connaissance de difficultés inhérentes au système d'alarme installé quelques mois avant les faits.

Le Tribunal Correctionnel a retenu la responsabilité pénale de l'hôpital en le condamnant à 15 000 euros d'amende avec sursis pour les motifs ci-après rapportés :
« Certes la dotation faite au patient d'un bracelet "anti-fugue" était sans doute à même de répondre aux risques induits par le comportement du patient, à condition que l'utilisation de ce système de sécurité ait été adéquate. Or tel n'a pas été le cas.
En effet, la prise en charge d'un seul bipeur sur trois par le personnel, qui plus est, posé sur un chariot de soins, dont la sonnerie signalant une fugue n'était pas différenciée de celle de demande de soins

en chambre, n'était pas de nature à contribuer à l'accroissement des mesures de surveillance que nécessitait la constatation des précédents dont d'ailleurs, l'information auprès des cadres du service s'est révélée insuffisante. Dès lors, en ne s'assurant pas que la sonnerie induite par le badge de sécurité était audible et identifiable par l'équipe soignante, le Centre Hospitalier pris en la personne de son directeur a commis une faute de nature à engager sa responsabilité ».

UNE AFFAIRE EXCEPTIONNELLE : ÉPINAL

LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DANS LE CADRE D'UNE AFFAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE : LES SURIRRADIATIONS AU CENTRE HOSPITALIER D'ÉPINAL

Le 30 janvier 2013, le Tribunal de Grande Instance de Paris (31^e chambre), statuant en matière correctionnelle, a rendu son jugement dans un dossier exceptionnel, en raison de la nature des faits en cause, du grand nombre de victimes et des modalités de règlement de leur préjudice.

Il ne s'agit pas d'un point final donné à l'affaire, toutes les parties ayant fait appel du jugement rendu par le Tribunal, et sur laquelle la Cour d'Appel devrait statuer en 2014.

Il est cependant intéressant d'examiner les faits et l'appréciation qui en a été faite par les juges de 1^{re} instance.

Priorité de l'indemnisation sur la sanction

Habituellement, le procès pénal permet de déterminer le rôle et les fautes de chaque intervenant dans un acte de soins et de mettre en œuvre le régime d'indemnisation qui en découle : à Épinal, si des malades avaient été traités dans le cadre du service public hospitalier, beaucoup avaient été également suivis dans le cadre de l'activité libérale des radiothérapeutes, engageant de ce fait la responsabilité personnelle de ces derniers.

Il était toutefois essentiel, au regard de la gravité des faits et de leur ampleur, dans le contexte politique et médiatique

créé, de conduire le processus de l'indemnisation, dès lors que des traitements fautifs avaient été dispensés, parallèlement aux enquêtes administratives et pénales destinées à faire toute la lumière sur les faits et le fonctionnement du service de radiothérapie.

Sans attendre que soient déterminées par la justice les circonstances particulières du dommage subi par chacun des patients de l'établissement et les responsabilités des intervenants, un processus spécifique d'indemnisation amiable a été mis en place avec le concours de Sham, assureur du Centre Hospitalier Jean-Monnet, afin de favoriser, « par une procédure simplifiée, une indemnisation amiable, simple, complète, équitable et rapide des victimes directes et indirectes, tout en sauvegardant leurs droits et toutes voies de recours amiables ou judiciaires » selon les termes de la convention passée entre les parties intéressées, en présence des autorités publiques.

Cette convention a permis à Sham d'indemniser « pour le compte de qui il appartiendra » près de 500 patients ayant fait valoir leur préjudice dans le cadre de la convention, outre les 14 victimes les plus gravement surirradiées dont l'indemnisation était déjà en cours avant le déclenchement des enquêtes sur les dysfonctionnements. L'association des victimes (AVSHE) a été également très active pour favoriser le processus d'indemnisation amiable placé sous l'égide d'un comité de suivi en charge notamment du pilotage des expertises réalisées par un collège d'experts.

Des questions techniques complexes et des fautes personnelles dans une organisation défaillante

Le jugement du TGI de Paris décrit les deux principales causes techniques des surirradiations à l'origine des dommages : le passage aux « coins dynamiques » et la non prise en compte de l'irradiation due aux contrôles radiologiques (« matchings »). Mais surtout il relate longuement l'enchaînement des faits, l'organisation du service, les moyens humains et les équipements utilisés pour mettre en œuvre la radiothérapie conformationnelle, dont l'objectif est de faire un repérage anatomique très précis de la forme et des limites de la tumeur qui est ensuite irradiée à partir de plusieurs points d'entrée dans le corps du patient. Afin d'éviter le dispersément nuisible des rayons, le faisceau est resserré sur la tumeur par des filtres dénommés « coins » qui absorbent le rayonnement périphérique inutile : lors d'un changement de technique (passage des coins statiques aux coins dynamiques) censé apporter de nombreux avantages, il n'a pas été tenu compte au niveau du paramétrage de l'appareil de la nécessité de réduire l'intensité de sortie par rapport à la dose prescrite au patient ; en outre le système de double contrôle des calculs (« lignes de défense ») n'a plus été pratiqué. En ce qui concerne les « matchings », il n'était pas tenu compte de l'irradiation induite par la vérification du bon positionnement des coins et de l'orientation des faisceaux avant chaque séance et qui aurait dû être soustraite de la dose prescrite. En outre, la relation par le Tribunal

des constatations faites par les experts et les enquêteurs sur le fonctionnement organisationnel et médical du service est sans concession.

Ainsi, au-delà des erreurs techniques, les comportements inappropriés et les manquements à l'éthique sont pointés du doigt.

Après avoir longuement analysé le rôle de chacun des prévenus au regard de l'enchaînement des faits, le Tribunal s'est prononcé sur l'application de la loi pénale :

« Attendu que M. A., professionnel expérimenté de la radiophysique, était pleinement conscient que l'activité du CHJM aurait nécessité la présence d'un deuxième radiophysicien ; attendu qu'il a cependant modifié le protocole de traitement du cancer de la prostate dans une totale improvisation, sans assurer aux manipulateurs la formation indispensable, sans vérifier qu'ils accomplissaient correctement cette tâche nouvelle, et en s'affranchissant des lignes de défense précédemment mises en place ; attendu qu'il a également soumis plusieurs centaines de patients à des doses de radiation supérieures à celles prescrites par les médecins en affirmant péremptoirement que la surdose était insignifiante ou négligeable ; attendu qu'il a enfin tenté de faire échec

aux investigations et à la découverte des infractions en dissimulant des preuves ; attendu que pour leur part le Dr A. et le Dr S., qui étaient également conscients qu'un seul radiophysicien ne pouvait suffire au CHJM, ont laissé celui-ci mettre en place, sans concertation préalable, la nouvelle technique des coins dynamiques et sans s'assurer aucunement de sa sécurité, de la formation des manipulateurs ni de l'établissement d'un nouveau protocole ; attendu qu'ils se sont eux-mêmes aventurés à pratiquer sur certains de leurs patients une escalade de doses hors du cadre contraignant de l'essai thérapeutique, sans disposer des moyens nécessaires ; attendu qu'après la découverte des surirradiations, ils se sont employés à sous estimer voire à nier les conséquences dommageables pour leurs patients et n'ont communiqué à ceux-ci et à leurs médecins traitants ou spécialistes qu'un minimum d'informations ; attendu que l'extrême gravité des faits et les atteintes corporelles irréversibles causées à de nombreux patients dont certains en sont décédés, justifient que ces trois prévenus soient sanctionnés chacun d'une peine d'emprisonnement qui ne sera assortie que partiellement du sursis, outre une peine d'amende, toute autre sanction que l'emprisonnement ferme étant

pour les raisons précitées, inadéquate ; attendu qu'il convient également de prononcer à l'égard de ces trois prévenus l'interdiction d'exercer l'activité professionnelle dans l'exercice de laquelle les infractions d'homicides et blessures involontaires ont été commises. »

Un verdict exemplaire

En définitive, le Tribunal déclare non coupables et relaxe des fins de la poursuite pour non-assistance à personne en danger, l'Etablissement, en tant que personne morale, sa Directrice, la Directrice de la DDASS et le Directeur Général de l'ARH de Lorraine ; il condamne le radiophysicien à 3 ans d'emprisonnement dont 18 mois avec sursis, à 10 000 € d'amende, à 5 ans d'interdiction d'exercer sa profession ; les deux radiothérapeutes sont condamnés chacun à 4 ans d'emprisonnement, dont 30 mois avec sursis, à 20 000 € d'amende, et à une interdiction définitive d'exercer leur profession de médecin. Enfin le Tribunal reçoit les constitutions de parties civiles mais se déclare incompétent pour statuer sur leurs demandes d'indemnisation. Rappelons que les personnes condamnées et les parties civiles ont fait appel de la décision.



FOCUS

Assurance des événements sériels et indemnisation des victimes multiples

L'affaire d'Épinal démontre que tout établissement de santé est exposé à la survenance d'un sinistre sériel ou à caractère catastrophique entraînant une multitude de victimes. Le renforcement des contrôles des agences sanitaires, les politiques de gestion des risques mises en œuvre contribuent à les maîtriser. Toutefois, l'émergence de nouvelles techniques et la complexité des organisations constituent autant de facteurs de risques sériels pouvant être à l'origine d'un grand nombre de victimes.

Quelle que soit l'attention portée à la prévention, tout établissement de santé doit anticiper les difficultés auxquelles il pourrait être confronté s'il était exposé à un tel accident. Choisir un programme d'assurance pérenne comportant des montants de garantie élevés, géré par assureur fiable disposant d'un réel savoir-faire dans la gestion des plaintes et dans la résolution des crises, constitue un enjeu pour tout responsable d'établissement.

Sham, PARTENAIRE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES



PILOTER LE RISQUE, C'EST AUSSI EN LIMITER LES SOURCES

« Être le partenaire privilégié des professionnels de santé dans la sécurisation de leurs pratiques : de l'aide à la prévention de leurs risques, à la qualité de la gestion des sinistres, en passant par la qualité et la personnalisation de la couverture assurantielle proposée » telle est notre mission au quotidien.

Nous déployons toute notre énergie pour accompagner nos clients dans la diminution voire la suppression de leur exposition au risque. Pour cela, nos équipes interviennent très en amont et proposent des approches méthodologiques et des services innovants pour évaluer et maîtriser sur le long terme la charge des sinistres des acteurs de la santé, du social et du médico-social. La légitimité de Sham dans le domaine de la prévention des risques n'est plus à prouver.

Son expertise est tirée à la fois de la base documentaire unique dont elle dispose (à travers les dossiers sinistres), de l'expertise de ses équipes et de sa bonne connaissance du fonctionnement des établissements de soins. Les consultants du Pôle Services ont par ailleurs tous exercés en établissements comme médecins, soignants ou ingénieurs.

LA MISSION DU PÔLE SERVICES Sham

La mission de notre Pôle Services est d'aider les professionnels de santé dans la prévention des risques auxquels ils font face. Pour y répondre, nous avons développé des offres spécifiques regroupées en trois activités :

► **L'information**, via le Portail de la Prévention qui permet à Sham de s'adresser à l'ensemble des acteurs de la santé, du social et du médico-social et de promouvoir une culture commune de la prévention des risques en partageant les bonnes pratiques et en favorisant les retours d'expérience.

► **La formation** qui comprend plus d'une soixantaine de thèmes, répartis dans trois collections : Droit & Pratiques, Risques médicaux, Sécurité, Sûreté, Environnement. Ces formations sont proposées sous un format en présentiel et/ou en ligne (formation e-learning).

► **Le conseil** via notamment la réalisation de visites de risques, pour permettre aux établissements d'optimiser leur gestion globale des risques notamment sur les processus à risques et au niveau des plateaux techniques.

LE PORTAIL DE LA PRÉVENTION Sham

Accessible via www.sham.fr
Un site d'information et de partage d'expérience d'accès libre, dédié à l'ensemble de la communauté des acteurs de la santé, du social et du médico-social.

3 rubriques thématiques :
Droit & Pratiques
Risques médicaux
Sécurité, Sûreté, Environnement

alimentées par des publications régulières :
6 articles et 2 newsletters par mois, adressées à plus de 15 000 professionnels de santé.

Plus de 200 visites par jour
En 2012, 185 000 pages vues et une durée moyenne de 6 minutes par visite.

FOCUS SUR LES VISITES DE RISQUES Sham

INTERVIEW



Isabelle ROZÉ-NIEF

Manager de l'activité Audit au sein de Sham

Quelle est l'activité en 2012 ?

234 visites ont été réalisées en 2012, dont 136 portant sur le risque médical et 98 sur le risque dommages aux biens. Concernant les visites sur le risque médical, 79 concernaient des établissements publics, 13 des CHU ou CHR et 44 des cliniques privées. Ces visites sont réalisées par une équipe de 5 personnes, toutes issues des établissements, qui préparent les visites en étroite collaboration avec les directions clients Sham, pour prendre en compte le contexte

particulier de chaque établissement, et notamment sa sinistralité.

6 à 8 recommandations sont formulées à chaque visite. Ces recommandations sont majoritairement suivies par nos sociétaires, puisque lors des visites de suivi on constate qu'elles sont totalement réalisées dans 61 % des cas, et en cours de réalisation dans 15 % des cas.

Quoi de neuf sur les visites de risques en 2012 ?

Après la refonte du référentiel de visites, nous avons mis en place un outil de gestion informatique, VIZIRISK®. L'objectif est de faciliter le suivi, la planification et l'échange d'information concernant les visites.

Nous pourrions également, grâce à cet outil, progressivement mieux cibler les domaines sur lesquels les établissements sont en difficulté pour les accompagner dans leur démarche de gestion des risques.

Quel est l'impact de ces visites dans ce contexte de concurrence accrue sur la responsabilité civile ?

Les réalisations de visites de risques permettent à Sham de mieux appréhender le niveau de risque de ses sociétaires et ainsi d'assurer une juste tarification à la souscription. Elles permettent aussi aux sociétaires, au cours du contrat, de mieux gérer leurs risques et de bénéficier de bonus liés au suivi des recommandations. Plus qu'un assureur, Sham se positionne depuis plusieurs années en véritable partenaire des établissements et professionnels de santé grâce à son expertise et aux actions concrètes déployées en matière de prévention des risques.

RETOURS D'EXPÉRIENCE



Virginie MONNOT,

Responsable qualité gestion des risques au Centre Hospitalier Sainte-Anne à Paris

Dans le cadre de son Mastère spécialisé en gestion des risques et de la sécurité des établissements et réseaux de santé à l'École Centrale de Paris, Virginie Monnot, Responsable qualité gestion des risques au Centre Hospitalier Sainte-Anne à Paris, a réalisé pour Sham une cartographie des risques des établissements de santé sur la base des visites de risques Sham. L'étude a porté sur 100 établissements

ayant eu deux visites sur les 5 dernières années. L'objectif était de mesurer l'évolution de la maîtrise du risque au sein de ces établissements entre les deux visites.

Le travail d'analyse a donc porté sur deux périodes : 2008-2010 (première visite permettant d'évaluer le risque initial) et 2011-2012 (visite de suivi évaluant le risque résiduel).

Au total, 200 rapports ont donc été exploités et ont révélé 3 559 points faibles regroupés en 118 événements dangereux.

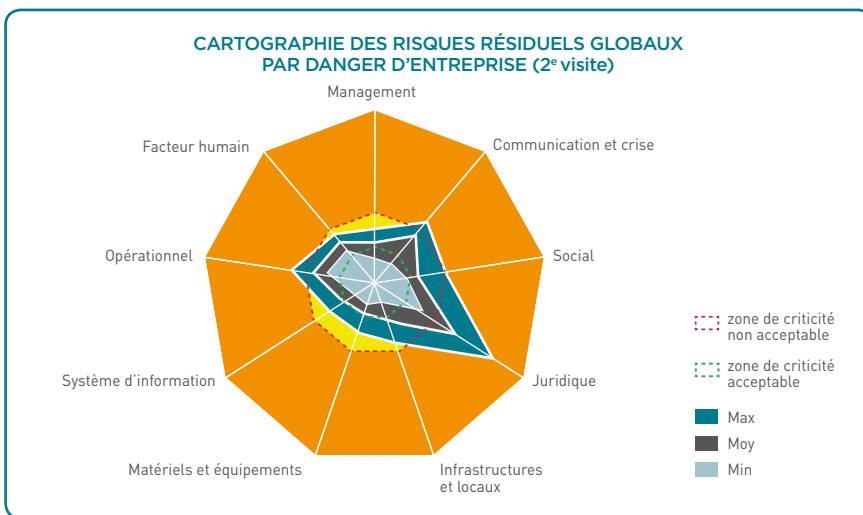
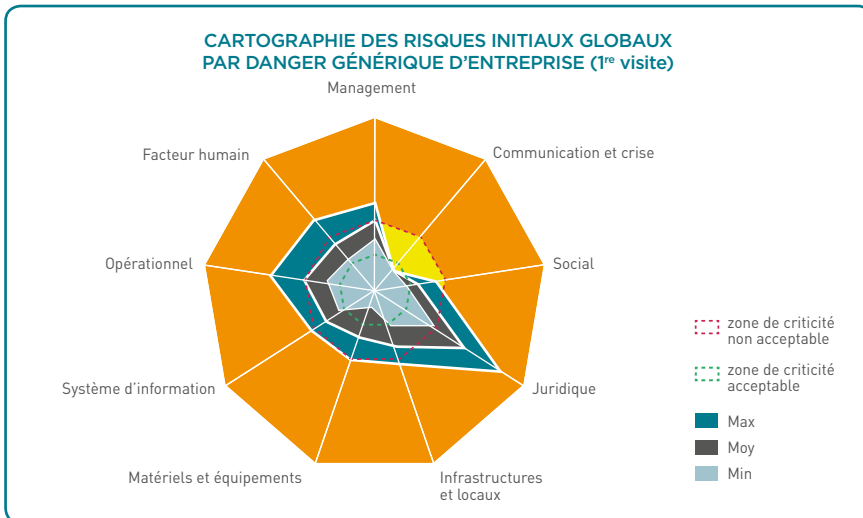
L'analyse de ces événements dangereux a été faite selon deux axes : un premier permettant de mettre en exergue les dangers génériques et un second classant ces risques par processus.

Le premier axe de travail a permis d'identifier 9 dangers génériques : management, communication, social,

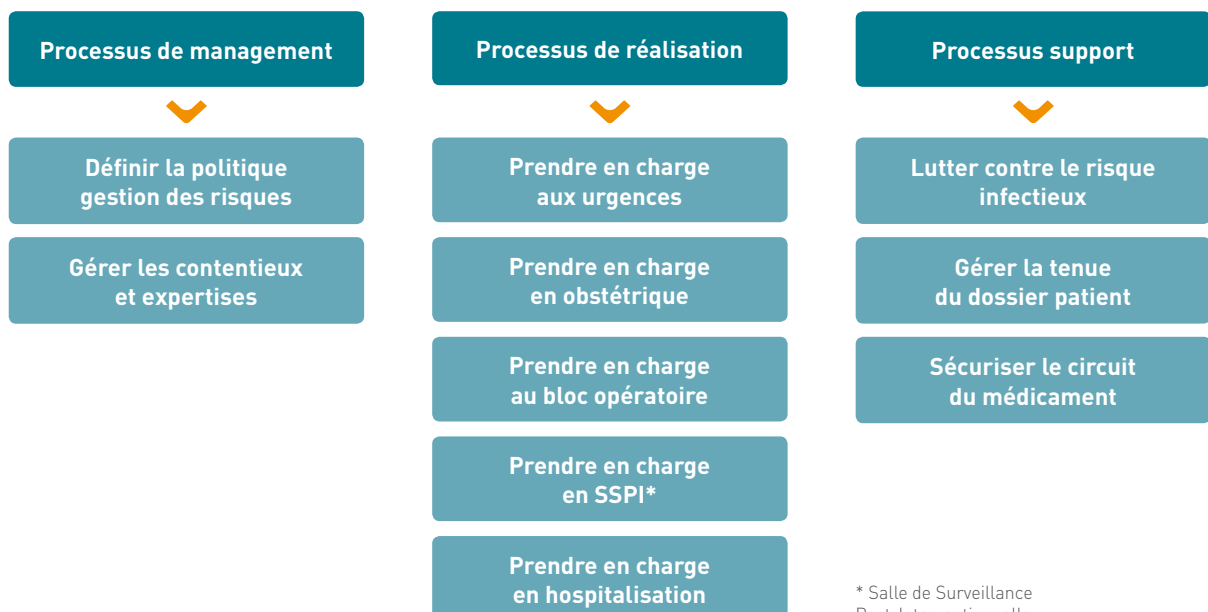
juridique, infrastructure, matériel / équipement, système d'information / opérationnel, facteur humain.

La première visite a montré que dans les établissements étudiés 7 de ces 9 dangers sont en zone de criticité non acceptable, seuls les dangers « communication » et « social » sont maîtrisés.

Lors de la seconde visite, l'analyse montre que les établissements ont bien engagé des actions de réduction des risques puisqu'il n'y a plus que trois dangers dans la zone de criticité non acceptable : « communication et crise », « juridique » et « opérationnel ». Les autres dangers « management », « social », « infrastructures et locaux », « matériels et équipements », « système d'information » et « facteur humain » sont passés d'une criticité non acceptable à tolérable sous contrôle.

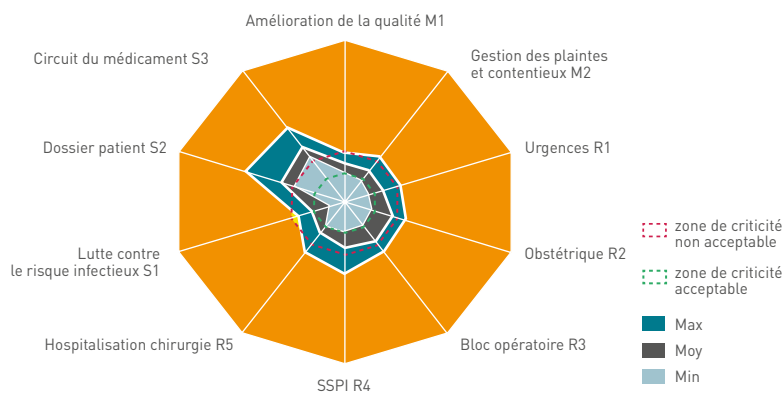


Le second axe de travail a quant à lui permis de classer ces dangers en fonction des processus présentés dans le schéma ci-après.

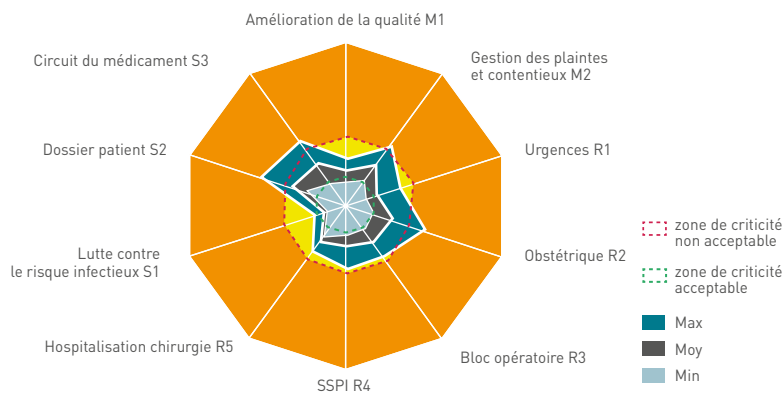


* Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

CARTOGRAPHIE DES RISQUES INITIAUX DES PROCESSUS D'ENTREPRISE



CARTOGRAPHIE DES RISQUES RÉSIDUELS DES PROCESSUS D'ENTREPRISE

1^{re} visite / 2^e visite

Sur l'ensemble des rapports étudiés, Sham a formulé 895 recommandations. L'analyse a montré que 70 % ont été mises en œuvre. Ainsi, cette prise en compte des recommandations Sham est sans doute à l'origine de l'amélioration de la maîtrise du risque constatée lors de la seconde visite. Cependant, l'étude a également montré qu'il reste dans les établissements des risques majeurs qui ne sont pas maîtrisés notamment ceux liés :

- au défaut d'information du patient en cas de dommages associés aux soins,
- à l'absence de vérification de la couverture en responsabilité civile des praticiens libéraux,
- à l'absence d'élément de preuve médico-légal et donc d'élément de défense en cas de contentieux,
- à l'absence de formalisation des pratiques,

- au défaut de traçabilité dans le dossier patient et donc de preuve en cas de contentieux,
- aux pratiques non « sécuritaires » telle la retranscription des prescriptions.

Ces thématiques, qui restent des enjeux d'amélioration pour les établissements sont importantes pour :

- d'une part, éviter la survenue d'un événement pouvant engager leur responsabilité, par la mise en place de mesures de prévention (formalisation des pratiques, respect des exigences de sécurité) ;
- et d'autre part, gérer efficacement l'évènement survenu sur le patient et en limiter les effets, par des actions de récupération (information du patient en cas de dommages, mise à disposition d'éléments de preuve médico-légaux ou relatifs à la prise en charge).

Cette seconde analyse montre que, lors de la première visite, 9 des 10 sous-processus voient leurs risques maximum dans la zone de criticité non acceptable ; seule « la lutte contre le risque infectieux » est tolérable sous contrôle.

Là aussi, après la seconde visite, des actions de réduction des risques ont bien été engagées par les établissements puisque les risques concernant les processus « politique de gestion des risques », « urgence », « bloc opératoire », « SSPI » et « hospitalisation » deviennent tolérables sous contrôle.

Par ailleurs, des risques restent inacceptables, notamment ceux concernant les processus « gestion des plaintes et contentieux », « obstétrique », « dossier patient » et « circuit du médicament ».

Les processus concernés par ces risques majeurs, sont également identifiés à risque par la Haute Autorité de Santé (HAS). Gestion des plaintes, prise en charge en secteur interventionnel, dossier patient et circuit du médicament sont des pratiques exigibles prioritaires et font partie du « top 10 » des critères les plus affectés par une décision de suivi, dans le cadre de la procédure de certification.

Ainsi, si les préoccupations de la HAS et de l'assureur sont différentes (enjeu d'amélioration et de sécurité des soins pour la HAS mais également enjeu médico-légal pour Sham), leurs démarches complémentaires ciblent les mêmes processus et permettent aux établissements une meilleure prise en compte de leurs risques et ainsi la mise en place d'actions en réduction de risques ciblés.

LE CONSEIL MÉDICAL Sham

Sa composition

Le Conseil Médical regroupe des experts de terrain, représentant les spécialités dites « à risques » issus de différents secteurs de la santé :

Dr Jean-Claude DUCREUX
(Président), Médecin Anesthésiste Réanimateur et Médecin Légiste, Roanne

Dr Bertrand FAVIER,
Pharmacien Hospitalier au Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon

Dr Jean-Jacques LALAIN,
Chirurgien orthopédiste, Lyon

Pr Jean-Nicolas MUNCK,
Médecin cancérologue, Saint-Cloud

Dr Jacques RAGNI,
Anesthésiste réanimateur, Marseille

Dr Georges VIGUIER,
Gynécologue-Obstétricien, Aix-en-Provence

ainsi que des experts Sham :

Dr Richard DEVIDAL,
Médecin-conseil

Dr Frédéric FUZ,
Directeur du Pôle Services

Anne-Sophie MAZEIRAT,
Juriste

Dr Ghislaine MONTMARTIN,
Médecin-conseil

Isabelle ROZE-NIEF,
Responsable de l'activité Audit

Ses missions

Produire des informations et formuler des recommandations en matière de gestion des risques avec pour ambition de sécuriser les pratiques des établissements et des professionnels de santé. Les recommandations du Conseil Médical sont élaborées à partir :

- des constats réalisés lors des visites de risques menées par Sham
- de l'analyse des sinistres gérés par Sham
- de l'expertise de ses membres.

PAROLE D'EXPERT



Dr Frédéric Fuz,

Directeur du Pôle Services Sham, en charge de la prévention des risques au sein de Sham

« Cette année, le Conseil Médical a travaillé sur le risque infectieux et a publié un guide pratique à destination des sociétaires Sham : **“La prévention du risque infectieux : le point de vue de l'assureur”**. Les infections contractées dans les établissements de soins constituent la hantise de chaque patient hospitalisé. C'est une préoccupation constante des pouvoirs publics, des sociétés savantes, des professionnels de santé... mais aussi, de l'assureur. Ces infections qui posent, encore aujourd'hui, des problèmes de définition, s'inscrivent, en effet, dans un contexte médical, épidémiologique, réglementaire et indemnitaire complexe. L'objectif de cet ouvrage du Conseil Médical de Sham est d'apporter au lecteur le point de vue de l'assureur sur la question des infections associée aux soins, à la fois juridique et médical, à la fois global et le plus pratique possible afin d'aider les professionnels de santé dans leur démarche de prévention du risque infectieux. Il s'appuie sur les informations que contiennent nos dossiers, l'expertise de nos experts juristes et médecins conseils, de ce que nous avons observé chez nos sociétaires, et enfin sur l'avis d'experts reconnus dans la discipline. Bonne lecture ! »



LES POINTS VIGILANCE Sham

INTERVIEW



Denis de VALMONT
Médecin-conseil Sham

Le « Staff Médical » de Sham a lancé en 2012 des Points Vigilance, de quoi s'agit-il ?

Les médecins conseils Sham, en échangeant sur leurs dossiers, notamment à l'occasion de leur réunion bihebdomadaire, ont identifié des situations médicales rares mais récurrentes, de diagnostic et de prise en charge difficiles, complexes d'un point de vue médico-légal et à l'origine de préjudices importants pour les patients et par conséquent, d'indemnisations lourdes. Ainsi, nous avons eu envie de partager avec nos sociétaires ces sujets pour mieux les informer sur ces risques très particuliers.

Ainsi, le premier sujet abordé a été celui du dysfonctionnement des valves de dérivation ventriculo-péritonéales avec un scanner considéré comme normal, égarant le diagnostic étiologique vers d'autres causes.

Dans plusieurs dossiers, nous avons noté que le temps que le diagnostic soit dressé, les patients avaient perdu la vue, ce qui représente un taux d'incapacité de 85 %. Chacun d'entre nous avait eu ou avait un ou deux dossier de ce type. C'est une récurrence significative à l'échelle de Sham et de la part d'activité que nous couvrons mais pas à celle de chaque établissement pris individuellement. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité en informer nos clients sous la forme d'un retour d'expérience, adressé dans les services concernés et aux directions.

Comment sont conçus les Points Vigilance ?

Les sujets sont choisis en concertation avec les médecins de siège et les spécialistes en gestion des risques, lors des réunions du Staff Médical. Nous sélectionnons les destinataires des Points Vigilance en fonction de la thématique traitée.

L'objectif n'est pas d'établir des recommandations mais de réunir l'ensemble des dysfonctionnements que les experts, nommés par la justice ou les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation, ont pointés dans les dossiers dont nous avons la charge et qui ont pu engager la responsabilité de nos clients.

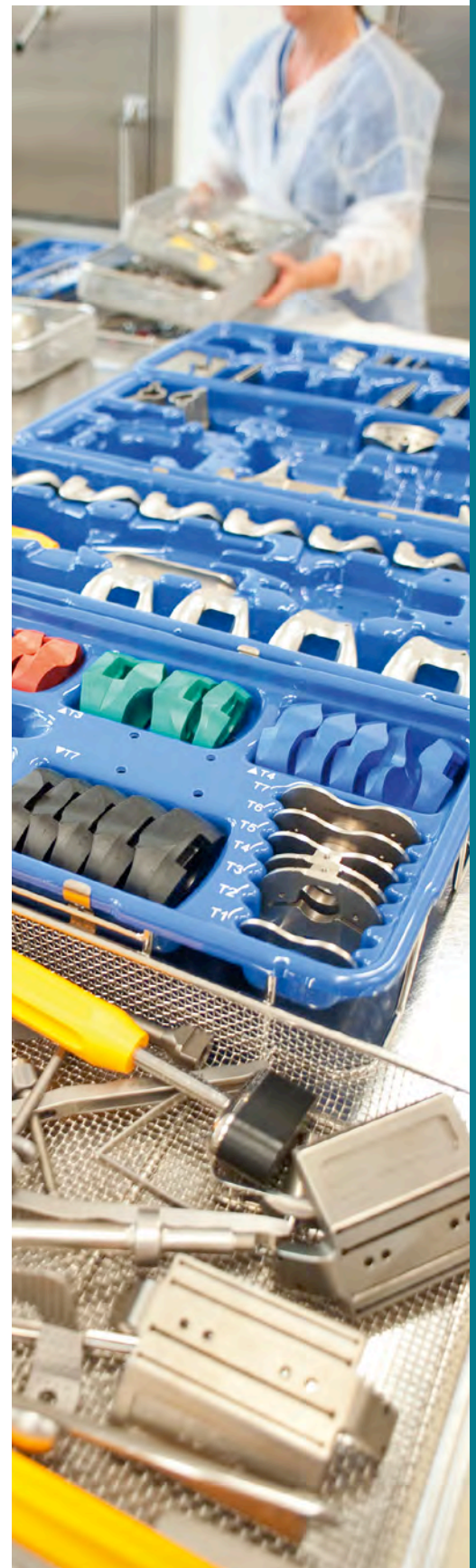
Le format est simple, facile à afficher dans les services ou à faire circuler par mail.

Comment cette démarche a-t-elle été perçue par les sociétaires ayant été destinataires ?

Les premiers retours ont été excellents et dans certains cas ont eu un impact immédiat sur les schémas de prise en charge médicale.

En effet, partant de la liste des anomalies remontées de nos dossiers de contentieux, chacun de nos clients, sachant ce qui a pu être considéré comme non-conforme par les experts, peut ainsi, de sa propre initiative et de la façon dont il le souhaite, revisiter ses modalités de prise en charge de cas similaires.

Par ailleurs, plusieurs sociétés savantes ont marqué leur intérêt pour ce travail et ont compris que Sham est en mesure, notamment au travers de ces Points Vigilance, d'aider ses clients dans leur démarche de prévention des risques et de sécurisation des pratiques.





Depuis 2012, le « Staff Médical » a élaboré trois Points Vigilance :

- **n° 1 :** diagnostic difficile de dysfonctionnement de valve de dérivation ventriculo-péritonéale avec scanner normal
- **n° 2 :** séquelles anoxiques consécutives aux accidents de mise peau à peau des nouveau-nés
- **n° 3 :** les accidents anesthésiques liés à l'utilisation du respirateur

Si vous souhaitez consulter ces Points Vigilance, adressez-nous une demande par email à communication@sham.fr

LE « STAFF MÉDICAL » DE Sham

Son organisation

Le « Staff Médical » réunit toutes les deux semaines l'ensemble des médecins conseils de siège, le Pôle Services et le service juridique de Sham. L'objectif de ces réunions est de partager des compétences et des connaissances entre les médecins chargés de la gestion des sinistres corporels, les acteurs de la gestion des risques présents aux côtés de nos sociétaires notamment lors des visites de risques et l'équipe juridique qui apporte, quant à elle, une analyse indispensable. Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu écrit et classé dans un répertoire auquel chaque membre peut accéder. Cela permet de garder une traçabilité des discussions et des décisions prises. Cette mise en commun assure ainsi la transversalité entre des services complémentaires intervenant soit en amont, soit en aval des sinistres. La démarche du « Staff Médical » contribue à l'amélioration continue du service délivré à nos clients.

Ses missions

- Soulever et débattre sur des sujets d'actualité comme par exemple les maisons de naissance ;
- analyser des sujets de fond purement médico-légaux en étudiant par exemple des dossiers complexes et représentatifs de problématiques particulières ;
- publier des Points Vigilance dont les thèmes sont choisis en concertation ;
- réaliser une veille bibliographique sur les recommandations issues des sociétés savantes ;
- partager et échanger des articles susceptibles d'être utile à la défense des dossiers de nos sociétaires, notamment lorsqu'il s'agit de la gestion de dossiers financièrement lourds ou sensibles qui peuvent faire l'objet d'une réflexion collégiale ;
- répondre aux questions posées par nos clients concernant l'organisation des soins dans la mesure où elles concernent la sinistralité et la prévention des risques.

LES PRIX Sham DE LA PRÉVENTION DES RISQUES

Le concours des Prix Sham de la Prévention des risques est devenu, depuis plus de 10 ans, un rendez-vous incontournable avec nos sociétaires. Nous tenons à le perpétuer afin de soutenir et d'encourager les établissements à poursuivre leurs efforts en matière de prévention des risques. Partager avec eux une culture commune de la prévention fait partie intégrante de nos préoccupations au quotidien. Cette année, trois Prix ont été remis dont un dédié à la prévention du risque infectieux.

► Lauréat 2013 du Prix Sham dans la catégorie établissements sociaux et médico-sociaux : l'Ehpad Le Clos Saint Martin de Rennes (35)



L'établissement émane de l'association « Le Clos Saint Martin » créée en 1965. En 2011, l'ancien bâtiment de l'Ehpad a été détruit pour en reconstruire un nouveau intégralement pensé en termes de sécurité, de confort et de fonctionnalités. « Notre établissement a été conçu sous l'angle de la sécurité à la fois pour les personnes fragiles que nous accueillons mais aussi pour le personnel soignant et les extérieurs (familles, intervenants externes...). Nous avons souhaité en faire un lieu de vie agréable et sécurisant où les résidents se sentent chez eux sans que le tout « sécuritaire » ne se voit trop » précise Gilbert Frangeul, Directeur de l'Ehpad.

L'établissement, situé en plein cœur de Rennes, accueille 84 résidents (ayant pour la plupart des troubles de l'orientation et de l'équilibre, des démences séniles de type Alzheimer...) dans un cadre rassurant et épanouissant dans lequel, il leur est proposé

des services variés pour améliorer leur bien-être (bibliothèque ambulante, activités physiques et sportives en extérieur et en intérieur, soins esthétiques, ateliers culinaires et thérapeutiques...).

En termes de sécurité, des systèmes simples et peu coûteux ont été mis en place comme des digicodes à l'entrée du bâtiment, des doubles boutons pour accéder aux ascenseurs, des lecteurs de badges installés pour limiter l'accès aux espaces à risques, tels que les escaliers, les locaux techniques, les salles de soins ou encore la pharmacie. « Le risque zéro n'existe pas mais grâce à ces innovations, il est vraiment diminué ». La conception architecturale a été réfléchie sur trois étages. À chaque étage, nous retrouvons les mêmes services (locaux techniques, espaces détente,...), cela dans l'objectif de limiter le risque de chutes et l'accès à des informations confidentielles. « Ce nouveau bâtiment est un outil très confortable pour travailler sereinement au quotidien » témoigne Hervé De Miniac, infirmier au sein de l'Ehpad.

Le jury des Prix Sham a décerné le Prix Sham 2013 à l'Ehpad Le Clos Saint Martin pour ce projet entièrement pensé en termes de prévention des risques en amont de sa construction. La dotation allouée par Sham va permettre à l'établissement de poursuivre sa démarche de sécurisation des résidents en mettant en place des dispositifs anti-suicidaires. « Nous allons installer sur les châssis

des portes fenêtres coulissantes des limiteurs d'ouverture par verrouillage central et proposer des bracelets dits "anti-fugue" aux résidents désorientés. » nous confirme Patrick Simon, Président de l'Ehpad.

► Lauréat 2013 du Prix Sham dans la catégorie établissements de santé : le Centre Hospitalier de Mende (48)



Le Centre Hospitalier de Mende, hôpital de référence en Lozère, compte 328 lits de MCO, de SSR et d'Ehpad et emploie 700 agents. Comme chaque année, le Centre Hospitalier s'est mobilisé les 29 et 30 novembre 2012 pour informer les usagers, les professionnels et les étudiants sur le thème de la sécurité, suite à l'instruction DGOS/PF2 N°2012-272 du 10 juillet 2012 relative à la semaine de la sécurité des patients. Pour cela, une campagne de sensibilisation a été mise en œuvre pour permettre aux usagers et aux professionnels d'identifier les erreurs en matière de sécurité par le biais de scénarii concrets. Plusieurs stands et thématiques ont été créés, .../...

.../... dont une « chambre des erreurs », une chambre de simulation en santé proposant un scénario et une mise en situation. « À chaque passage dans cette chambre, les différents groupes devaient lister l'ensemble des erreurs identifiées. Il s'agissait par exemple d'identifier une alèse souillée, un médicament présent sur la table de nuit, un plateau repas avec des aiguilles sans protection, un dossier de soins d'un autre patient, l'identité de la mère différente de celle de son bébé... Au terme de chaque visite, une discussion s'engageait sur les erreurs constatées et les bonnes pratiques à adopter (lavage des mains, circuit du médicament, droits des patients, prescription de contention) nous précise Solenne Castan, assistante qualité en charge de la réalisation du projet. Monique Akmel Bourgade, cadre supérieur en santé et responsable assurance qualité dresse un bilan très positif de ce projet : « Sur deux jours, 105 personnes ont visité cette chambre des erreurs, le retour des participants est encourageant, ils ont trouvé l'atelier vivant, ludique et pédagogique ».

Le jury des Prix Sham a décerné le Prix Sham 2013 au Centre Hospitalier pour ce projet particulièrement original et facilement reproductible dans différents établissements. Grâce à la dotation allouée par Sham le Centre Hospitalier de Mende va pouvoir concevoir une chambre de simulation « fixe » ou « mobile » pour organiser des visites ouvertes à tous (étudiants, élèves, équipes soignantes et équipes médicales, usagers et administratifs) et des formations tout au long de l'année.

► **Lauréat 2013 du Prix Spécial du Conseil Médical Sham sur la thématique de la prévention du risque infectieux : le Centre Hospitalier de Gonesse (95)**



Karine Gourlain, Praticien Hygiéniste, Équipe Opérationnelle d'hygiène du Centre Hospitalier de Gonesse nous fait partager son retour d'expérience sur le sujet.

Avec plus de 900 lits, le Centre Hospitalier de Gonesse assure une prise en charge pluridisciplinaire médicale et médico-technique et réalise chaque année plus de 25 000 hospitalisations, 75 000 passages aux urgences, plus de 180 000 consultations externes et plus de 2 300 naissances avec 1700 soignants au service du patient. Le Centre Hospitalier a mis en place une politique forte de lutte contre les infections nosocomiales avec au centre l'amélioration continue de l'hygiène des mains pour garantir à chaque soigné « un soin propre et donc un soin sûr ». Le projet initié par l'hôpital porte sur l'amélioration de la technique et de l'observance de la Friction Hydro-Alcoolique (FHA) des mains à destination des soignants et des patients. Pour cela, deux approches ont été déployées par les équipes en charge du projet. La première, porte sur l'implication de chaque service à l'évaluation de leurs soignants sur l'hygiène des mains. À l'aide d'une grille d'évaluation, le cadre et/ou le correspondant hygiène du service évalue par observation directe la FHA des soignants. Les grilles sont ensuite traitées et analysées par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), qui édite, pour chaque service participant, un poster de deux indicateurs de suivis comparés à ceux de l'année précédente : taux de conformité aux « préambules à l'hygiène des mains » (absence

de bijoux et de vernis et ongles courts) et taux de conformité de la technique de FHA.

La seconde approche, porte sur la formation individualisée par analyse bactériologique de l'efficacité de la FHA de chaque soignant. Pour cela, l'EOH se déplace dans le service et chaque soignant réalise une prise d'empreinte des mains sur boîte de Pétri avant et après la FHA. Pour chaque agent, deux indicateurs d'efficacité sont mesurés : la conformité du bon étalement de la solution sur les mains (grâce au caisson pédagogique à UV) et la conformité de l'efficacité de leur friction (absence de bactéries sur la boîte de Pétri après 24 heures d'incubation). Cette approche permet à chaque soignant de visualiser les bactéries présentes sur leurs mains avant FHA et leur prouve que la FHA doit être une technique maîtrisée pour qu'elle soit efficace. Karine Gourlain nous explique qu'en parallèle de ces deux approches, un programme d'éducation des patients à l'hygiène des mains (via affiches et média télévisé) a été mis en place. Le Conseil Médical de Sham a décerné son Prix Spécial 2013 au Centre Hospitalier de Gonesse pour cette initiative particulière qui présente une démarche méthodologique intéressante et une efficacité prouvée par de nombreux indicateurs. De plus, elle inclut les patients et leur famille comme des acteurs à part entière de la prévention du risque infectieux. Avec la dotation allouée par Sham, l'hôpital fera l'acquisition d'une machine mobile intégrant un logiciel interactif analysant les gestes des mains du soignant et les comparant au protocole de l'OMS. Cet outil de type « Wii » permettra de former de façon ludique le soignant à la technique de la FHA.

Si vous souhaitez participer au Concours Prix Sham, rendez-vous sur notre site www.sham.fr

GLOSSAIRE

AIPP	Atteinte à l'Intégrité Physique Permanente	DFTT	Déficit Fonctionnel Temporaire Total
ARS	Agence Régionale de Santé	DFTP	Déficit Fonctionnel Temporaire Partiel
CCI	Commissions de Conciliation et d'Indemnisation	GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
CH	Centre Hospitalier	HAS	Haute Autorité de Santé
CHT	Communauté Hospitalière de Territoires	MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
CHR	Centre Hospitalier Régional	ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	ONVH	Observatoire National des Violences Hospitalières
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	ORM	Observatoire des Risques Médicaux
CRCI	Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation	SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
CSP	Code de la Santé Publique	TCE	Troubles dans les Conditions d'Existence
DFP	Déficit Fonctionnel Permanent		
DFT	Déficit Fonctionnel Temporaire		

Participez
au
CONCOURS
2014
sur
Sham.fr


Prix Sham de la prévention des risques

“Partager une culture commune de la prévention des risques est l’une de nos priorités”

Chaque année depuis plus de 10 ans, Sham organise le concours des **Prix Sham de la prévention des risques**. Avec ce rendez-vous incontournable, Sham soutient et encourage ses sociétaires dans leur démarche en faveur de la prévention des risques.

 **sham**

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE



Sham, l'assureur spécialiste du secteur et des acteurs de la santé, du social et du médico-social.

Sham accompagne les acteurs de la santé, du social
et du médico-social depuis plus de 85 ans.
Par son approche globale, Sham offre à ses sociétaires
des solutions d'assurance et de management des risques
adaptées à leurs besoins et spécificités.

Sham
18 rue Édouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - Fax : +33 (0)4 72 74 22 32
www.sham.fr

Société d'assurance mutuelle
Entreprise régie par le Code des Assurances



Sham est certifiée ISO 9001 pour ses prestations
(assurance, formation, gestion des risques) délivrées
aux acteurs de la santé, du social et du médico-social.



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE