

# Expertises sur la responsabilité médicale

## Questions des experts

# Table des matières

- Activité de l'expert
- Survol des notions fondamentales
- Guidelines
- Valeur probante
- Problèmes choisis
- Soutien aux confrères
- 1<sup>er</sup> cas pratique
- Quelques réflexions par l'exemple
- 2<sup>ème</sup> cas pratique

# Activité de l'expert

## = Activité médicale

- Autorisation cantonale de pratique est nécessaire
- Assurance RC qui couvre cette activité
- En cas d'activité très réduite (= risque réduit), la prime d'assurance diminue également
- FMH Services



# Survol des notions fondamentales

## Les questions à résoudre

- Violation du devoir de diligence?
- Dommage à la santé?
- Lien de causalité entre les deux?



## Violation du devoir de diligence

- Le médecin a une obligation de diligence envers son patient
- Diligence fixée en fonction des règles de l'art  
«Principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens»
- Appréciation en fonction des règles en vigueur au moment du traitement litigieux



## Violation du devoir de diligence

L'acte médical est **indéfendable** du point de vue des principes établis par la science médicale

Il n'y a pas de limitation à une violation grave des règles de l'art, le médecin répond pour **chaque** violation de ses devoirs

# Violation du devoir d'information

- Patient estime n'avoir pas été informée du tout, ou de manière insuffisante
  - Indiquer comment il fallait informer le patient au moment du traitement, et
  - Comment il fallait documenter cette information
- Base d'appréciation: littérature médicale à l'époque du traitement / éventuelles recommandations de la société de discipline médicale

## Violation du devoir d'information

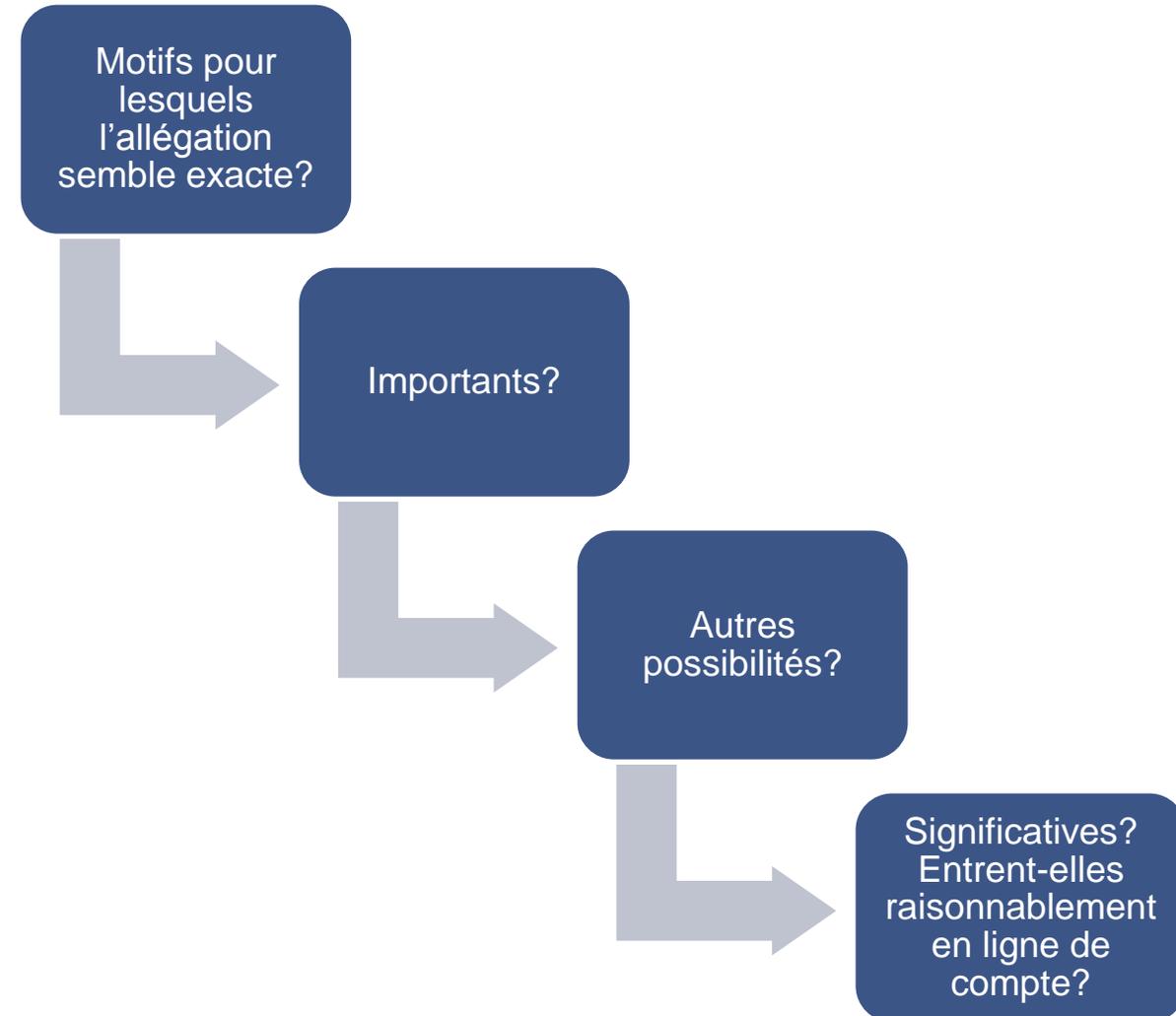
- Si la violation du devoir d'information est avérée, le médecin répond des risques du traitement **même si** ce dernier a été effectué avec diligence
- Examiner le dommage et le lien de causalité

## Dommmage à la santé

- Comparer l'état de santé suite au traitement inadéquat avec l'état de santé que le patient aurait eu avec un traitement adéquat
- Physique ou psychique
- Provisoire ou durable

## Lien de causalité

- Critère de la vraisemblance prépondérante (jurisprudence)
- Elle suppose que,
  - d'un point de vue **objectif**,
  - des motifs **importants** plaident pour l'exactitude d'une allégation,
  - **sans** que d'autres possibilités ne revêtent une importance **significative** ou n'entrent **raisonnablement** en considération

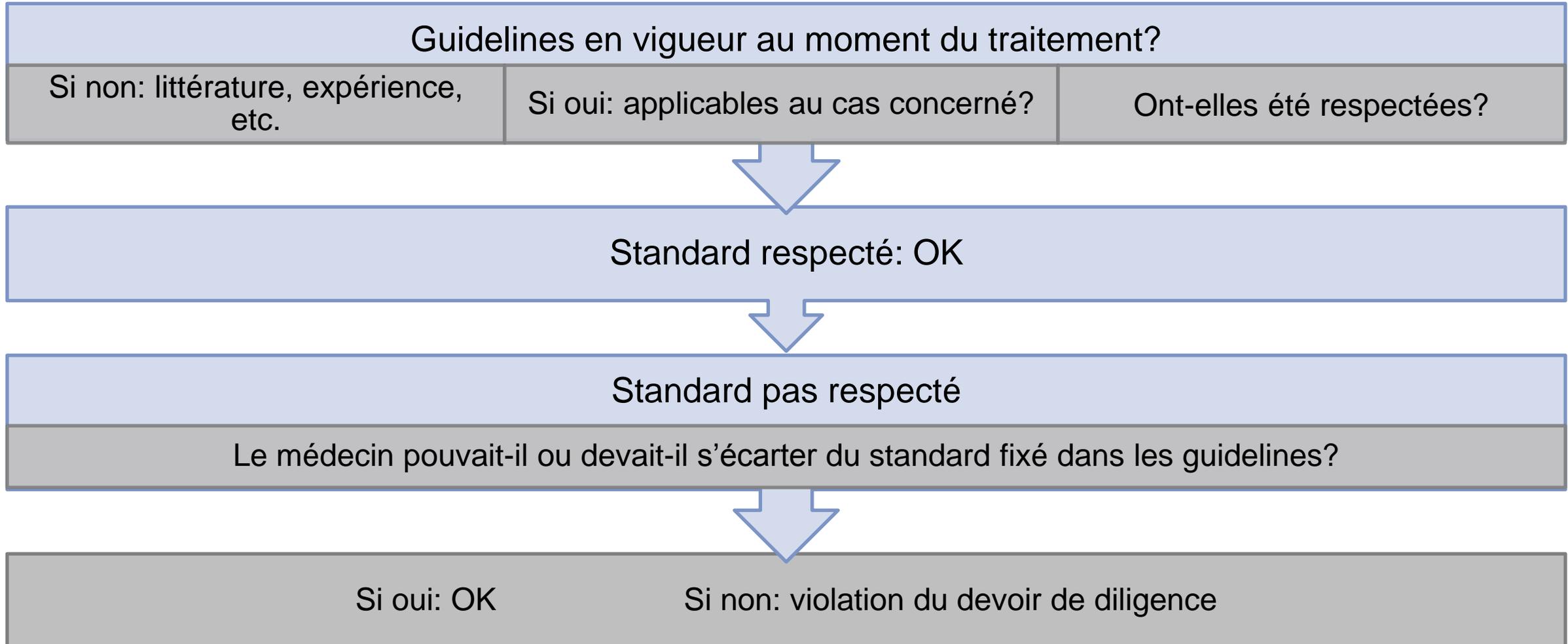


# Guidelines

## Définition des règles de l'art (standard médical)

- Les lignes directrices (guidelines) définissent le standard médical  
Ce standard doit en principe être respecté
  - Mais: TF garantit la liberté de thérapie  
Il faut adapter le traitement au cas particulier
- => Dans certains cas, les médecins peuvent ou doivent s'écarter des lignes directrices pour respecter leur obligation de diligence

# Appréciation du cas en fonction des guidelines



# Plateforme en ligne

- La plateforme en ligne de l'ASQM répertorie les guides de manière structurée et uniforme
- [www.guidelines.fmh.ch](http://www.guidelines.fmh.ch)

# Valeur probante

# Pour que l'expertise ait une valeur probante...

Il faut respecter les critères fixés par la jurisprudence

- étude circonstanciée des points litigieux
- examens complets
- prise en compte des plaintes du patient
- appréciation claire
- conclusions motivées

## Important car...

- L'expertise peut être déposée comme moyen de preuve lors d'un éventuel procès
  - Parties pas liées par le résultat de l'expertise
- 
- Expertise en la faveur du patient
    - Parties trouvent un accord (patient indemnisé) => fin du litige
    - Parties ne trouvent pas d'accord
      - Patient renonce à d'autres démarches => fin du litige
      - Patient demande une autre expertise ou ouvre action
  
  - Expertise en la défaveur du patient
    - Patient renonce à d'autres démarches => fin du litige
    - Patient demande une autre expertise ou ouvre action



# Problèmes choisis

## Versions contradictoires

- Rendre la version du médecin
- Rendre celle du patient

=> Discours indirect!

- Indiquer qu'il n'est pas possible de vous déterminer
- Ou prendre partie pour l'une des versions (si vous pouvez motiver sa plausibilité)

## Diagnostic incorrect ou faux diagnostic?

- Diagnostic incorrect  
Etabli de manière consciencieuse, en fonction de tous les éléments disponibles à ce moment-là; supposition justifiée; traitement adéquat en fonction de cette supposition  
⇒ Pas de violation du devoir de diligence 
- Faux diagnostic  
Certains symptômes / éléments auraient dû faire penser à un autre diagnostic  
⇒ Violation du devoir de diligence 

# Soutien aux confrères

# Médecin en tant que seconde victime

- Sentiment intense de culpabilité
- Confiance en soi ébranlée / crainte de la réaction du patient / la perte de confiance des autres patients / de la stigmatisation de ses pairs / des dégâts d'image / Voire des éventuelles suites juridiques
- Réel risque d'évolution vers des troubles de l'adaptation, un trouble de stress post-traumatique, un burn-out, voire une dépression

Identification et gestion de l'erreur en médecine de premier recours

Article du 28 mars 2018, Forum médical suisse 2018;18(1314):297-303

**=> Réseau de soutien ReMed**

**[www.swiss-remed.ch](http://www.swiss-remed.ch)**

- Equipe de conseillers qui répond dans les 72 heures
- Propose des démarches individuelles
- Atteignable 24h sur 24
- Garantie de confidentialité

# 1<sup>er</sup> cas – obstétrique

## Faits (I)

- Première grossesse harmonieuse d'une patiente de 37 ans
- Déclenchement de l'accouchement à 38 SA (diminution quantité liquide amniotique)
- Début de la provocation par ocytocine le 11 septembre à 10h20
- Rupture artificielle des membranes avec un liquide amniotique clair à 13h30
- Pose d'une anesthésie péridurale par l'anesthésiste à 16h
- Dilatation complète à 22h20
- Gynécologue présent en salle d'accouchement dès 23h
- Premières poussées à 23h10
- A 23h55, décision d'accouchement instrumental (stagnation de la tête)
- Jusqu'à ce stade, le rythme cardiaque de l'enfant est demeuré tout à fait normal

## Faits (II)

- 4 tentatives de ventouse avec appui fundique
- Puis 4 ou 5 tentatives de forceps (impossible à articuler – il glisse le long de la tête)
- Le rythme cardiaque foetal devient difficilement captable
- Décision de pratiquer une césarienne en extrême urgence
- Double circulaire du cordon ombilical autour du cou du foetus
- Naissance le 12 septembre à 0h16 / l'enfant est en position occipito-postérieure
- Réanimation primaire rapide puis transfert en néonatalogie
- L'état de l'enfant se péjore rapidement (pâleur, hypotonie, hypo-réactivité) / intubation
- Péjoration de l'état neurologique durant les premières 24h
- 13 septembre: constatation de volumineux hématomes cérébraux + important effet de masse avec compression du 4<sup>ème</sup> ventricule et du tronc cérébral
- Après discussion multidisciplinaire, d'entente avec les parents, enfant est extubé. Décès.

## Reproches du couple

- Le couple a mal vécu les manœuvres de tentative d'extraction du fœtus par ventouse
- Le médecin n'aurait pas parlé, même brièvement, de l'indication et de la technique d'une extraction par ventouse ou forceps, ni de la possibilité d'un échec de ces manœuvres et de l'alternative (césarienne directement ou après échec du forceps)
- Le couple aurait mentionné à plusieurs reprises que le frère du papa est handicapé suite à un problème survenu à sa naissance
- Il ne comprend pas que cet « antécédent » n'ait pas été pris en considération
- Un an après cette naissance, le couple a eu une fille, née en parfaite santé suite à une césarienne

## Prise de position du médecin

- Le gynécologue pensait que la tête était engagée, en position occipito-iliaque gauche antérieure
- Selon lui, le forceps aurait été bien posé mais n'aurait pas tenu / il aurait pensé à une dystocie des épaules, puis à une anomalie sévère du cordon
- Il aurait eu de la peine à défaire deux circulaires serrées du cordon autour du cou et aurait trouvé le cordon extrêmement court
- Il est persuadé que les difficultés d'accouchement sont uniquement liées au problème du cordon ombilical et que la tête fœtale était bien engagée lors des tentatives d'extraction

## Questions de l'avocate

- Était-il justifié d'utiliser une ventouse et des forceps?
- Ou fallait-il faire une césarienne dès qu'il a été constaté que l'enfant stagnait?
- Est-il normal qu'un forceps glisse?
- Combien de «chances» a-t-on lors de l'utilisation de forceps ou de ventouses?

## Réponses de l'expert (I)

- **Suivi de la grossesse**  
Dans les règles de l'art
- **Déroulement du premier stade de l'accouchement, jusqu'à la dilatation complète**  
Gestion et surveillance tout à fait appropriées, conformes aux règles de l'art

## Réponses de l'expert (II)

- **Prise en charge du deuxième stade de l'accouchement jusqu'à la naissance**
  - Diagnostic de défaut d'expulsion posé de manière correcte
  - Lors d'un accouchement instrumenté, la position de la tête doit être connue avec précision pour bien placer les instruments
  - Estimation clinique de la position de la tête fœtale peut être difficile / on peut recourir à l'échographie pour la préciser
  - OK de se fier uniquement à son jugement clinique / savoir se remettre en question en cas de difficulté / périnée n'a jamais semblé amplié
  
- ⇒ Expert diagnostique un défaut d'engagement avec une quasi certitude
- ⇒ Avéré qu'il y a eu au moins 4 ou 5 tentatives de ventouse qui ont lâché avec appui fundique / 5 tentatives d'extraction par forceps dont l'application n'était pas appropriée

## Réponses de l'expert (III)

- **Conclusion**

- Pour autant que l'accoucheur juge que la tête fœtale est engagée, l'usage tout d'abord de la ventouse puis du forceps est légitime
- Une ventouse bien placée, avec des tractions dans l'axe approprié, ne devrait pas lâcher / Forceps appliqués correctement doivent s'articuler facilement et ne pas glisser
- Si cela n'est pas le cas: renoncer à poursuivre
- Compte tenu du délai nécessaire pour transférer la patiente en salle de césarienne (étage différent) et du fait que les parents avaient insisté pour qu'aucun risque ne soit pris lors de l'accouchement en raison du handicap du frère du papa, une prudence accrue aurait dû être observée

⇒ Violation du devoir de diligence

# Dommmage et causalité

- Dommage: décès de l'enfant
- Causalité
  - Décès suite à des fractures du crâne, céphalomatome et contusions cérébrales
  - Lien de causalité avec les tentatives jugées excessives d'un accouchement par voie basse est certain
  - Si une information sur l'accouchement instrumenté avait été donnée, même brièvement, le couple aurait pu demander une césarienne immédiatement, ce qui aurait évité les lésions de l'enfant
  - Avis donné sur la base de la littérature obstétricale consacrée à la mécanique de l'accouchement et de l'expérience clinique

# Quelques réflexions par l'exemple

- Information
- Consentement éclairé
- Patient, client, consommateur ?
- Individu ou société
  
- Responsabilité: complication ou faute ?
- Obligation de moyens ou de résultat ?
- L'organisation et le coût de la sécurité
  
- Litiges: l'analyse rétrospective
- Le pragmatisme ou la justice ?

# Prévention des litiges

- Qualité et sécurité
- Ecoute et dialogue
- Communication
- Transparence
- Conciliation (reconnaissance de faute)
- Expertises (extra)-judiciaires
  
- ... **Plaintes**  
    **civiles, pénales, Commission**

# OBSTÉTRICIEN AU TRAVAIL



Obstetrics has always been among the most grueling specialties, owing to its unpredictable hours and high emotional stakes, but the reward—bringing a healthy baby into the world—has generally made up for the pain.

By altering that equation, the litigation explosion is raising a disturbing question: Who will deliver our grandchildren?

Who will deliver our grandchildren? JAMA 2005;294:1688-90.

# 2<sup>ème</sup> cas – cancer du col de l’utérus

## Faits (I) – Patiente de 33 ans

**Tableau I : Résumé de la prise en charge avant consultation chez la Doctoresse**

Tps	Dates	Symptômes	Examens Traitements
1 mois	Fin 05	saignements post-coïtaux	---
	18.06.	saignements post-coïtaux	Frottis cytologique, antibiothérapie vaginale
2 mois (+ 6 jours)	30.07	saignements post-coïtaux	Examen gynécologique, colposcopie, frottis bactérien, échographie transvaginale Adaptation pilule
	14.08		Antibiothérapie
	07.09	saignements post-coïtaux	Antibiothérapie
	06.10	saignements post-coïtaux	Consultation

## Faits (II)

**Tableau II : Résumé de la prise en charge chez la Doctoresse**

7 mois	06.10.	saignements post-coïtaux	Consultation
	08.10		1 <sup>ère</sup> cryothérapie
	15.10		2 <sup>ème</sup> cryothérapie
	27.10		3 <sup>ème</sup> cryothérapie
	18.11		4 <sup>ème</sup> cryothérapie
	14.01	hémorragie	5 <sup>ème</sup> cryothérapie
	02.03		Pose stérilet (échec)
	06.04		RDV pose stérilet
	04.05	hémorragie	Diagnostic clinique cancer du col

## Reproches de la patiente

- Ne pas avoir pensé au diagnostic de cancer du col de l'utérus plus rapidement
- Avoir subi de nombreux traitements de cryothérapie inutiles
- Important retard de diagnostic
- Séquelles importantes (perte de l'utérus, infertilité, ménopause)

## Prise de position du médecin

- Interprétation des saignements comme un ectropion du col utérin, d'autant plus que le traitement de cryothérapie avait amené une amélioration progressive
- Rassurée par le fait que la patiente avait consulté différents médecins qui n'avaient rien détecté de grave
- La doctoresse se sent coupable de cette situation et reconnaît avoir fait une erreur
- Elle est restée sur son « idée d'ectropion » sans la remettre en question

## Questions de l'avocate

- Dans quelle mesure la Doctoresse pouvait-elle se fonder sur les examens réalisés par des confrères?
- A partir de quel moment les symptômes devaient-ils faire penser à un cancer du col de l'utérus?

## Réponses de l'expert (I)

- **Anamnèse et diagnostic**

- Anamnèse effectuée correctement
- La possibilité d'un cancer du col, lors de saignement post-coïtaux persistants depuis 5 mois, doit faire partie du diagnostic différentiel

⇒ Diagnostic incomplet

- **Examens effectués**

- La persistance des saignements nécessitait des examens complémentaires / la Doctoresse disposait uniquement d'une cytologie / cet examen a une sensibilité médiocre, estimée entre 50 et 60%
- Une nouvelle cytologie, au minimum, ou idéalement une biopsie du col était requise

⇒ Examens insuffisants

## Réponses de l'expert (II)

- **Administration du traitement**

- Les « ectropions » du col utérin peuvent être traités par cryothérapie
- Plus de 90% sont « guéris » après 1 ou 2 traitements
- La patiente a subi 5 traitements de cryothérapie et les saignements ont continué

⇒ Traitement inadéquat car inutile contre le cancer du col de l'utérus

- La persistance de saignements après le deuxième traitement de cryothérapie (15.10) était anormale

⇒ A ce moment-là, le diagnostic d'ectropion aurait dû être révisé une révision du diagnostic

# Dompage

- Ménopause précoce
- Hystérectomie
- Anatomie modifiée (vagin raccourci)

# Causalité (I)

Tableau III : Option de traitement en fonction de la taille de la maladie		
Stade de la maladie	Type de traitement	Conséquences
<b>FIGO IA1 (taille 3 x 5 mm)</b>	Conisation	Peu de conséquences
<b>FIGO IA2 (taille 3 x 7 mm)</b>	Trachélectomie simple + lymphadénectomie	Peu de conséquences
<b>FIGO IB1 (taille &lt; 2 cm)</b>	Trachélectomie radicale + lymphadénectomie	Vagin raccourci
<b>FIGO IB1 (taille &gt; 2 cm et &lt; 4 cm)</b>	Hystérectomie radicale	Infertilité, vagin raccourci
<b>FIGO IB2 (taille &gt; 4cm) (=situation de Mme Ch. Clauteaux)</b>	Hystérectomie radicale et radio-chimiothérapie	Infertilité, ménopause (fréquent), vagin raccourci, sécheresse vaginale

## Causalité (II)

- Quel auraient été le stade de la maladie et le traitement possible si le diagnostic avait été posé dès octobre ?
- Pas de littérature fiable qui permette de calculer la progression tumorale locale chez une patiente sans traitement en fonction du temps
- On peut présumer que le cancer était probablement de petite taille en juillet étant donné qu'il n'a pas été visualisé lors de la colposcopie faite par le médecin précédent
- Il est possible qu'en octobre, la taille tumorale ait été inférieure (ou égale) à 2 cm
- Dans ce cas, un traitement de radio-chimiothérapie aurait pu être évité et une trachélectomie avec une conservation de la fertilité aurait pu être proposée

=> Pas de vraisemblance prépondérante

- Notre site  
[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Services → Bureau d'expertises extrajudiciaires
- Contact  
[valerie.rothhardt@fmh.ch](mailto:valerie.rothhardt@fmh.ch)

