

Responsabilité médicale classique et actualités juridiques récentes

Docteur Vincent HAZEBROUCQ, MCU-PH de radiologie à l'Université Paris Descartes, Chargé de mission pour l'imagerie à l'ARS d'Île-de-France

Les lecteurs réguliers¹ de SRH-Info savent que leur chroniqueur leur signale périodiquement des décisions jurisprudentielles qui influent, au moins pour un temps², sur la façon dont les juges analyseront par la suite l'attitude d'un médecin lors de la prise en charge d'un patient pour juger s'il a ou non commis une faute³. Trois décisions relativement récentes ont paru, à ce titre, intéressantes à signaler et à commenter aux radiologues des hôpitaux :

1 - L'indépendance du médecin s'oppose à ce qu'il soit considéré – et aussi qu'il se considère lui-même – comme lié par le diagnostic d'un confrère

(Cour de cassation, 1^{ère} chambre civile, 30 avril 2014, pourvoi n°13-14.288)

Cette première décision repose sur le principe fondamental de l'**indépendance médicale** de chaque médecin, qui figure à l'article 5 du Code de déontologie médicale⁴. Selon les commentaires publiés par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) cette indépendance est acquise lorsque chacun des actes du médecin n'est déterminé que par le jugement de sa conscience et par référence à ses connaissances scientifiques, avec pour seul objectif l'intérêt du patient⁵. C'est cette indépendance, également garantie par l'article L.162-2 du Code de la sécurité sociale⁶, qui fonde la confiance et du patient ; elle a pour corollaire la responsabilité personnelle du médecin.

En l'espèce, le mari d'une patiente décédée, M. X... reprochait au médecin gynécologue de son épouse, le docteur Y..., consulté après qu'un premier spécialiste ait évoqué une tumeur exigeant une hystérectomie – ce que la patiente ne désirait pas du fait d'un désir de nouvelle grossesse, d'avoir privilégié une hypothèse plus bénigne et proposé une simple myomectomie.

L'anatomopathologie de la pièce opératoire avait été effectivement rassurante.

Pourtant, 21 mois plus tard, de nouvelles métrorragies et une majoration du volume de l'utérus ont fait diagnostiquer, après une hystérectomie avec annexectomie, un sarcome utérin dont le bilan d'extension a révélé une métastase pulmonaire. La patiente avait fini par décéder de son cancer. Son veuf reprochait au docteur Y... de n'avoir pas suffisamment pris en compte l'avis du premier médecin et d'avoir ainsi fait perdre une chance à son épouse d'être traitée efficacement plus tôt.

La Cour d'appel n'avait pas retenu cette analyse et considéré que l'erreur du médecin résultait, comme l'indiquait l'expertise, d'un diagnostic rare et difficile à établir, et non pas d'une violation de son obligation de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science.

La Cour de cassation, saisie par le veuf souhaitant l'annulation de l'arrêt de la Cour d'appel, a rejeté son argumentation selon laquelle le second médecin aurait du, en tout état de cause, prendre en compte le diagnostic préoccupant du premier médecin. Pour les hauts-magistrats, le second médecin ne saurait, en vertu du principe d'indépendance, être lié par le diagnostic d'un confrère et il devait effectivement fonder son opinion personnelle, sous sa propre responsabilité, sur les résultats de ses propres examens et investigations pratiqués.

S'il s'était, à l'évidence, trompé, la qualité de sa démarche diagnostique et thérapeutique avait ainsi néanmoins pu être jugée exempte de toute faute, au vu de l'avis des experts qui avaient étudié le dossier, quand bien même un autre médecin avait été capable, antérieurement, de faire le bon diagnostic.

2 - Pour bien informer un patient il faut d'abord bien s'informer sur son état

(Cour de cassation, 1^{ère} chambre civile, 5 mars 2015, N° de pourvoi 14-13292)

Chaque médecin a le devoir de se renseigner personnellement sur l'état du patient avant toute intervention, pour évaluer ses risques et s'assurer du consentement éclairé du patient, sous peine d'engager sa responsabilité en cas d'accident médical.

Dans ce deuxième dossier, une patiente a demandé à la Cour de cassation d'annuler un arrêt de la Cour d'appel de Paris concluant au rejet de sa demande d'indemnisation après une intervention neurochirurgicale sur une malformation artérioveineuse occipitale – L'intervention s'était soldée par une double hémianopsie latérale complète – au motif que l'indication opératoire était justifiée et qu'aucune faute technique ne pouvait être reprochée au chirurgien dans la réalisation de son geste chirurgical.

Mais il avait été constaté qu'avant l'intervention le chirurgien croyait à tort, sans l'avoir personnellement vérifié, que la patiente était déjà atteinte d'une hémianopsie complète.

La Cour de cassation a donc effectivement cassé l'arrêt de la Cour d'appel de Paris et renvoyé les parties pour être rejugées devant la Cour d'appel de Versailles, avec un attendu de principe affirmant : « ...Attendu que l'obligation, pour le médecin, de donner au patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science comporte le devoir de se renseigner avec précision sur son état de santé, afin d'évaluer les risques encourus et de lui permettre de donner un consentement éclairé... »

3 - Une erreur médicale sera d'autant plus lourdement sanctionnée qu'il aura été tenté de la masquer en falsifiant a posteriori le dossier médical du patient (Cour de cassation, Chambre criminelle, 2 mai 2012, N° de pourvoi 11-84017 et 16 mai 2002, 11-83834, et Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 17 décembre 2014)

Dans ce troisième dossier, le docteur Z... médecin obstétricien a finalement été condamné à 11 millions d'euros d'indemnité pour la famille d'un enfant resté lourdement handicapé après une naissance techniquement difficile. L'obstétricien s'était absenté de l'hôpital pendant deux heures pour rentrer à son domicile et s'était reposé sur la sage-femme pour l'accouchement. Une césarienne trop tardive, après échec d'une tentative d'extraction par voie basse à l'aide de spatules avait été à l'origine d'une anoxie cérébrale ischémique de l'enfant, avec œdème cérébral et hémorragie méningée. Depuis l'enfant, devenu adolescent conserve une tétraparésie spastique, une épilepsie et un retard psychomoteur majeur.

Trois ans après la naissance, il avait été démontré que le Dr Z... avait falsifié les notes de travail de l'accouchement pour masquer son absence durant laquelle s'étaient manifestées des anomalies graves du rythme cardiaque fœtal qui auraient exigé une césarienne rapide ; à son retour, il avait tenté sans succès, avec l'aide de la sage femme d'extraire l'enfant par voie basse, puis réalisé finalement une césarienne sans monitoring fœtal.



Le Dr Z... n'avait à l'origine pas reconnu son absence temporaire et avait produit un compte-rendu mensonger passant sous silence la souffrance fœtale aiguë observée pendant l'accouchement. Ce dossier médical falsifié avait abusé les experts judiciaires et les juges du tribunal correctionnel qui avaient tout d'abord relaxé le docteur Z... avant qu'en appel il ne soit condamné à 10 000 euros d'amende pour blessures involontaires résultant de plusieurs négligences et imprudences fautive et à 3 000 euros d'amende supplémentaire pour altération de document concernant un délit pour faire obstacle à la vérité. En effet, lors du procès, l'audition de la sage-femme avait révélé une copie du dossier médical initial, qu'elle avait adressé à son assureur avec sa déclaration de sinistre, puisqu'elle regrettait qu'une césarienne n'ait pas été réalisée bien plus rapidement.

Le praticien avait (vainement) tenté d'expliquer que les « corrections » du dossier médical étaient banales et fréquentes au moment de la sortie des patientes, lors de la mise à jour du dossier médical pour la préparation du compte-rendu d'hospitalisation, afin d'augmenter leur précision ; la justice avait objecté que « si des corrections d'un rapport médical, qui doit être le fidèle reflet du déroulement de l'intervention ne sont pas interdites, les ajouts, rectifications ou précisions apportés ne peuvent être inclus dans le corps du document, à peine de porter atteinte à sa sincérité, mais à la suite (c'est à dire dans un additif ou correctif) pour en expliquer les motifs et les identifier ». La découverte de cette falsification, plus de trois ans après les faits permettait d'interrompre la prescription puisque celle-ci ne commençait en fait à courir qu'à compter de la révélation du

délit de destruction, soustraction ou altération de preuve prévu à l'article 434-4 du Code pénal⁷.

Les radiologues hospitaliers reconnaîtront aisément dans ces trois affaires des situations fréquentes en radiologie quotidienne : leur narration ne doit surtout pas nous inciter à nous contenter de blâmer de manière expéditive les médecins condamnés par les juridictions dans ces trois dossiers, mais au contraire à reconsidérer nos attitudes fréquentes pour en tirer des leçons et des précautions pour éviter de tomber dans les mêmes pièges qu'eux :

Le premier dossier rappelle que chaque médecin doit poser son diagnostic avec tout le soin nécessaire, et qu'il ne doit pas hésiter à remettre en question le diagnostic des confrères qui l'ont précédé dans la chaîne de prise en charge du patient. S'il se trompe, il ne peut donc pas être condamné pour la simple raison qu'il a réfuté un diagnostic précédent, mais seulement parce qu'il ne s'est pas donné les moyens qui étaient néces-

saires pour fonder sa propre opinion. Le deuxième dossier rappelle que chaque médecin doit personnellement vérifier la pertinence d'un acte qu'il envisage et pour lequel un confrère lui adresse un patient. En cas de souci, il ne sera pas suffisant d'arguer que l'indication a été posée par un confrère auquel il faisait confiance. Le corollaire est aussi que chaque praticien qui participe à la chaîne de prise en charge d'un patient doit personnellement informer par écrit tous les autres praticiens impliqués des éléments cliniques nécessaires pour qu'ils puissent fonder leur appréciation.

Le dernier dossier nous invite à la prudence pour les rectifications de comptes-rendus radiologiques. Qu'il s'agisse d'un compte-rendu provisoire, préparé par un interne ou un praticien attaché contractuel, ou d'un compte-rendu définitif dont on constaterait secondairement, après l'avoir validé et diffusé qu'il comportait une erreur ou une omission, la correction doit rester

apparente et être datée, expliquée et signée. Remplacer le compte-rendu erroné par un nouveau document post-daté peut donc, en cas de litige aggravé considérablement le regard des juges sur l'erreur, et valoir à l'auteur du correctif une condamnation pour entrave à la manifestation de la vérité par altération de preuve.

Cependant, il est également essentiel de faire en sorte que le compte-rendu initial ne puisse plus être consulté sans savoir qu'un additif ou un correctif lui est lié. Si cela semble simple pour un compte-rendu « papier », ce peut être moins trivial pour les comptes-rendus dématérialisés et signés électroniquement. Le cahier des charges de nos PACS et SIR mériteraient que ce point capital soit très précisément étudié, sous peine ensuite de devoir tenter maladroitement d'accuser 'l'informatique' après une erreur médicale causée par un défaut de transmission d'une information connue mais insuffisamment accessible.

1 - Les autres sont invités à se reporter aux précédentes chroniques, publiées par le Syndicat sur son site internet, à l'adresse URL suivante : http://www.srh-info.org/radio-vigilance_fr.html

2 - Il est habituel de décrire trois sources classiques du droit : la réglementation, la jurisprudence et la doctrine.

(1) la 'réglementation', constituée de l'ensemble des textes législatifs et réglementaires en vigueur ;

(2) la 'jurisprudence', - constituée par l'ensemble des décisions, jugements et arrêts des diverses juridictions et dont l'intérêt est d'autant plus grand que la décision est récente et prise par une juridiction de haut niveau, et notamment les deux plus importantes, la Cour de cassation pour la responsabilité civile commune et pour la responsabilité pénale et le Conseil d'État pour le droit administratif et la responsabilité hospitalière, et surtout lorsque les deux précédentes sont insuffisantes, confuses ou obscures,

(3) la 'doctrine', c'est-à-dire les avis juridiques publiés dans les journaux, revues ou ouvrages juridiques par les professeurs de droits, magistrats et avocats.

Les magistrats, tout comme les médecins, sont indépendants et ne sont liés que par les lois et règlements officiels. Toutefois, pour tenter de prévoir comment une juridiction pourra trancher une affaire, il est logique d'étudier comment elle a précédemment jugé des faits ou des questions apparemment similaires, ou de regarder comment des juridictions de niveau supérieur l'ont fait. Il reste possible, à tout moment, qu'une juridiction opère un 'retournement de jurisprudence', c'est-à-dire décide différemment des fois précédentes, mais c'est suffisamment rare au niveau des juridictions supérieures pour que cela soit remarqué, signalé et analysé.

3 - Rappelons aussi que le terme 'faute' n'a pas le même sens lors d'une procédure indemnitaire civile ou administrative - où elle recouvre un 'manquement à une obligation contractuelle ou réglementaire' qui fait condamner le médecin (et son assureur) à indemniser le patient, et lors d'une procédure pénale, où la faute résulte d'une 'infraction', définie strictement par la loi ou le règlement et la qualifie de crime, délit ou contrevention, pour une condamnation personnelle du praticien à de la prison, une amende et/ou une peine complémentaire, comme une interdiction d'exercice, par exemple. Il faut comprendre que toute 'erreur' n'est pas nécessairement une 'faute', et que si ce sont les juges qui jugent, ils le font souvent sur la foi, notamment, d'une expertise médicale faite par un expert judiciaire chargé d'éclairer la cour sur les aspects techniques médicaux du litige.

4 - Article R4127-5 du Code de la santé publique (CSP) : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

5 - Les commentaires du CNOM sur le Code de déontologie médicale, article par article, peuvent être consultés ou téléchargés sur le site internet du CNOM, à l'adresse URL suivante : <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>

6 - Art. L.162-2 CSS : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971. »

7 - Article 434-4 du Code pénal : « Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende le fait, en vue de faire obstacle à la manifestation de la vérité :

1° De modifier l'état des lieux d'un crime ou d'un délit soit par l'altération, la falsification ou l'effacement des traces ou indices, soit par l'apport, le déplacement ou la suppression d'objets quelconques ;

2° De détruire, soustraire, receler ou altérer un document public ou privé ou un objet de nature à faciliter la découverte d'un crime ou d'un délit, la recherche des preuves ou la condamnation des coupables.

Lorsque les faits prévus au présent article sont commis par une personne qui, par ses fonctions, est appelée à concourir à la manifestation de la vérité, la peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. »