

■ Revues générales

Les leçons retenues de litige en responsabilité civile

RÉSUMÉ : Tout praticien craint de voir sa responsabilité civile professionnelle mise en cause. Les procédures sont néanmoins globalement stables, de l'ordre de 6 % par an par ophtalmologiste, soit une moyenne de deux procédures au cours d'une carrière. Les procédures sont de diverses natures : amiables, CCI, judiciaires, ordinaires et peuvent se cumuler.

Néanmoins, retenons que si nous savons établir et maintenir un dialogue avec notre patient, surtout en cas de complication opératoire ; avec un dossier bien tenu et complet (consentement éclairé rendu signé indispensable), nous pourrions établir que nos soins ont été diligents et conformes.

Les aléas sont plus nombreux que les fautes mais un aléa mal géré deviendra fautif.

Le défaut d'information ou la gestion négligente d'un aléa sont régulièrement constitutifs d'une perte de chance pour le patient. Typiquement, la rupture capsulaire postérieure lors de la chirurgie de cataracte est un aléa et non une faute, mais la gestion défailante de cet aléa dont l'absence d'avis référent rétinologue sera une perte de chance pour le patient et une faute pour le chirurgien.



V. AMELINE

Ophtalmologiste, COSNE SUR LOIRE,
Expert près la Cour d'Appel de
BOURGES.

Tout médecin ou chirurgien craint de voir sa responsabilité civile professionnelle mise en cause par un patient mécontent ou présentant un dommage lié aux soins.

Les mises en cause peuvent sembler de plus en plus fréquentes bien que le taux global de sinistralité soit stable. En ophtalmologie, un peu plus de 5 % des praticiens sont mis en cause chaque année d'où une estimation globale de deux sinistres en moyenne déclarés sur une carrière professionnelle [1].

Nous allons préciser les leçons retenues de litige en responsabilité civile afin de tout faire pour éviter de voir sa responsabilité civile professionnelle mise en cause. Le plus souvent, nous sommes devant des mises en cause par imprudence ou négligence alors qu'il n'y a pas de faute médicale avérée.

Un patient mécontent des soins ou victime d'un dommage dispose de plusieurs solutions pour se faire entendre :

– si le praticien exerce en secteur public hospitalier, le patient pourra écrire à

son médecin ou au directeur de l'hôpital voire se tourner d'emblée vers le Tribunal Administratif ;

– si le médecin ou le chirurgien exerce à titre libéral en secteur privé, le patient pourra également adresser sa réclamation écrite à l'amiable à son médecin soit seul soit aidé de sa protection juridique. Il pourra également se tourner vers la CCI, Commission de Conciliation et d'Indemnisation, structure souple, rapide, gratuite ne nécessitant pas l'intervention d'un avocat [2] ;

– enfin, il peut d'emblée se tourner vers la voie judiciaire afin de bénéficier d'une expertise judiciaire, toujours contradictoire avec intervention d'un avocat pour chacune des parties.

Le coût moyen d'un accident médical jugé par un tribunal civil s'élève à 78 000 euros en ophtalmologie. Les montants alloués par les juges sont supérieurs aux montants alloués par les CCI. Une mise en cause de responsabilité ne signifie nullement que la responsabilité est avérée.

On constate actuellement une stabilité du taux global de mises en cause (5 à 6 %)

I Revues générales

POINTS FORTS

- En cas de procédure, ce qui n'est pas écrit, n'existe pas.
- Donner les fiches SFO, c'est bien, les récupérer signées, c'est mieux.
- Un patient sans consentement écrit ne doit pas entrer au bloc.
- Toute mise en cause en responsabilité ne signifie pas responsabilité avérée.
- La meilleure procédure est celle qui n'a pas lieu.

avec une proportion croissante des saisines de CCI [1]. Le taux de faute, erreur ou négligence varie également selon les procédures. Le praticien est reconnu fautif dans 20 % des procédures CCI pour 60 % des procédures judiciaires.

Le patient peut également écrire au Conseil de l'Ordre des médecins mais ce dernier ne peut statuer que sur des questions déontologiques [3, 4]. Ainsi, le Conseil de l'Ordre conseillera au patient de se tourner vers l'assurance professionnelle de son médecin s'il s'estime victime d'une faute, erreur, négligence ou d'un aléa médical et en demande réparation.

Lorsqu'un patient met en cause la responsabilité civile professionnelle de son médecin ou de son chirurgien, que ce soit dans le cadre d'une procédure amiable (*via* sa protection juridique le plus souvent) ou d'une procédure judiciaire ou d'une procédure CCI (Commission de Conciliation et d'Indemnisation), une expertise médicale est généralement diligentée. Cette expertise médicale sera contradictoire c'est-à-dire que les deux parties (le patient et son praticien) seront présentes ou représentées et disposeront des mêmes pièces médicales. Il est fondamental de disposer d'un dossier complet bien tenu, de compte rendus personnalisés, de courriers aux correspondants et bien sûr des fiches d'information et consentement récupérées signées du patient.

L'expert s'appuiera toujours sur le dossier pour mener ses opérations d'expertise. Il reprendra les points suivants que l'on doit retrouver systématiquement dans le dossier médical, pièce maîtresse : l'interrogatoire, l'examen clinique, l'indication opératoire ou du traitement médical, l'information avec recueil du consentement éclairé [5], le compte rendu opératoire en cas de chirurgie ou d'examens complémentaires, le suivi au long cours et la gestion de l'aléa ou des difficultés rencontrées dont avis référents demandés.

L'interrogatoire précise les antécédents du patient qu'il s'agisse d'antécédents généraux (diabète, hypertension artérielle, traitement anticoagulant...) ou ophtalmologiques (antécédent de vitrectomie, de traumatisme oculaire...).

L'examen initial comprend l'acuité visuelle, l'examen à la lampe à fente, le tonus oculaire et l'examen du fond d'œil. Il arrive encore que le tonus oculaire bien que mesuré ne soit pas reporté dans le dossier par exemple. Il sera ainsi impossible de prouver que la tension oculaire a été surveillée.

L'indication opératoire doit être justifiée dans le dossier. Un cas particulier est la chirurgie de cataracte avec acuité visuelle préservée entre 9/10 et 10/10 que des ophtalmologistes considèrent comme une chirurgie de cataracte avérée contrairement à la CPAM. La chirurgie du cristallin clair doit être considérée comme étant une technique de chirurgie réfrac-

tive, même si le patient a atteint la soixantaine et non comme une chirurgie de cataracte prise en charge par la Sécurité Sociale. En effet, en cas de "chirurgie de cataracte avec acuité visuelle subnormale (9/10 ou plus) sans plainte fonctionnelle notée dans le dossier, le terme de cataracte pourra être requalifié en "erreur de diagnostic" et l'ensemble des soins dispensés par le chirurgien sera considéré fautif alors qu'il aurait pu dispenser des soins diligents et conformes en chirurgie réfractive mais ne relevant pas de la chirurgie de cataracte prise en charge par les organismes sociaux. Opérer une cataracte à 9/10 ne sera pas fautif si une plainte fonctionnelle est rapportée et notée dans le dossier comme un éblouissement à la conduite automobile par exemple. En l'absence de gêne fonctionnelle rapportée, cette acuité visuelle préservée peut amener un expert à faire des remarques sur l'indication et le juge à considérer qu'il s'agit d'une erreur de diagnostic. Bien sûr, en cas de chirurgie de cataracte avec une acuité préopératoire de 9/10 suivie d'une complication opératoire non fautive, le patient ne se gênera pas pour dire qu'il voyait très bien avant d'être opéré et qu'il ne demandait rien mais son chirurgien lui aurait proposé de "se débarrasser de ses lunettes".

L'information et le recueil du consentement sont fondamentaux [6]. Pour un juge, tout ce qui n'est pas noté n'existe pas et tout consentement éclairé absent est un réel défaut d'information. Le patient doit, pour tout acte, bénéficier d'une information orale et écrite afin de donner son consentement [7]. La Société Française d'Ophtalmologie a été l'une des premières sociétés savantes à rédiger des fiches d'information et de consentement qu'il faut absolument utiliser. Il est déconseillé aux praticiens de rédiger eux-mêmes leurs fiches d'information, celles-ci pouvant être critiquées comme incomplètes ou minorant les complications éventuelles. Utiliser systématiquement les fiches SFO est la meilleure solution pour ne pas se voir reprocher un défaut d'information. Donner ces

fiches est nécessaire mais pas suffisant. Encore faut-il les récupérer signées avant l'acte proposé. Actuellement, un patient ne devrait plus être opéré sans que la fiche SFO rendue signée soit présente au dossier. Les courriers type aux correspondants peuvent également contenir une phrase précisant que le patient a bénéficié d'information orale, écrite concernant les bénéfices et risques liés à l'intervention proposée.

Le bilan préopératoire standard doit être joint au dossier qu'il s'agisse de la biométrie avant chirurgie de cataracte, des topographies cornéennes... Ces examens complémentaires pouvant être réalisés dans des lieux distincts, il est nécessaire de les regrouper dans le même dossier ou de les scanner.

Le compte rendu opératoire doit également figurer au dossier. Un piège classique est le compte rendu opératoire type en cataracte par exemple, avec lors d'une rupture capsulaire postérieure, aléa thérapeutique pouvant survenir dans les meilleures mains, la rédaction secondairement d'un deuxième compte rendu qui relate la rupture capsulaire. Le patient sera déstabilisé par ces deux compte rendus différents qui feront "mauvais effet".

En cas de complication peropératoire, celle-ci doit être décrite dans le compte rendu opératoire et le patient doit en être informé oralement afin qu'un défaut d'information ne soit pas reproché au praticien. Les mises en cause s'expliquent souvent par un défaut de communication entre le praticien et son patient, ce dernier étant persuadé que le chirurgien a voulu lui cacher des éléments prouvant ainsi que le chirurgien se sentait fautif. Un aléa thérapeutique n'est pas une faute médicale mais cacher cet aléa ou ne pas en informer le patient, est une négligence fautive ou considérée comme telle par les régleurs (juge, CCI...).

Le suivi postopératoire doit également être noté dans le dossier, même si le patient est vu en alternance au cabi-

net ou à la clinique. Dans l'exemple de la rupture capsulaire postérieure lors d'une chirurgie de cataracte avec chute d'un fragment cristallinien dans le vitré, aléa thérapeutique non fautif, un suivi postopératoire insuffisant sera considéré comme une négligence fautive si l'avis d'un référent rétinien a été demandé après plusieurs semaines alors qu'un tableau inflammatoire avec hypertonie existait déjà. Ce suivi postopératoire insuffisant transformera un aléa non fautif en faute médicale engageant clairement la responsabilité civile professionnelle du chirurgien pour perte de chance de récupération visuelle du patient. Lors de ruptures capsulaires, elles-mêmes compliquées ou non de décollements de rétine, œdème maculaire..., la majorité de ces complications est susceptible d'être qualifiée d'aléa, sous réserve d'un consentement éclairé, d'une bonne indication opératoire et de la gestion adaptée de la complication. Dans la majorité des cas de procédures judiciaires, CCI ou amiables après rupture capsulaire, l'acuité visuelle est perdue. La décompensation cornéenne, favorisée par la répétition des interventions, conduit dans certains cas à la greffe; ceci entrant dans le cadre d'un aléa thérapeutique non fautif si le chirurgien est resté diligent tout au long des étapes, informant et suivant son patient sur de longs mois.

Concernant les infections postopératoires, il existe une responsabilité sans faute de l'établissement de soins dite infection nosocomiale [2]. Ceci à condition que le chirurgien ait informé en préopératoire le patient des complications possibles de la chirurgie de cataracte notamment de l'infection et ait recueilli le consentement éclairé, ait prescrit ou se soit assuré de la prescription de douche et ait laissé des consignes claires sur l'ordonnance postopératoire concernant la conduite à tenir en cas de signes d'alerte comme douleur, rougeur ou baisse visuelle. Sinon, il y a aura une responsabilité partagée entre le chirurgien et l'établissement de soins pour perte de chance du patient. De même, pour les préventions antibio-

tiques des diabétiques, il est préférable que le chirurgien vérifie en préopératoire immédiat que le patient a bénéficié de son antibioprophylaxie plutôt qu'il se repose sur la vigilance de l'anesthésiste qui n'a pas nécessairement assuré lui-même la consultation pré-anesthésique.

■ Conclusion

Le nombre de mises en cause de la responsabilité des ophtalmologistes est globalement stable à 6 % par an [1]. Mise en cause ne signifie pas faute, erreur ou négligence avérée du médecin ou du chirurgien. Tout repose sur nos dossiers médicaux (observation complète avec examens réalisés, consentement écrit rendu signé par le patient) afin de pouvoir prouver que l'on a délivré des soins diligents, consciencieux et conformes aux données acquises de la science [7]. Savoir garder le contact avec le patient ou la famille en cas de complication est également fondamental.

Retenons que la meilleure procédure est celle qui n'a pas lieu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport annuel sur le risque des professions de santé de 2010 à 2016.
2. Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. Articles 4, 6, 7, 35, 37 et 51 du Code de déontologie médicale et ses commentaires.
4. Code de la Santé Publique, articles L1110-1 à L1110-11, articles L1111-1 à L1111-9, article R.1112-46.
5. Cour de Cassation 1^{re} civ., 3 juin 2010 n°09-15591.
6. Conseil d'État, 10 octobre 2012 n° 350426.
7. Décret du 7 mai 2012 (N° 2012-694) publié au Journal Officiel le 08/05/2012.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.