

Cas clinique médecine – Mars 2012

Permanence des soins et urgences : retard d'hospitalisation lors d'une pneumopathie dyspnéisante fébrile

JUGEMENT

Expertise (décembre 2006)

L'expert, chef de service de Réanimation et d'Urgences Médicales estimait que le décès du patient avait certainement été favorisé par son état antérieur mais que cet état antérieur ne pouvait pas être considéré comme l'élément essentiel de l'évolution. A son avis, la prise en charge initiale par le médecin traitant ne souffrait d'aucune critique. Il n'en était pas de même pour le médecin de garde qui avait examiné le patient 36 heures plus tard et n'avait fait aucune nouvelle prescription, ce qui sous-entendait qu'il n'avait pas estimé le tableau plus préoccupant que son confrère la veille alors que manifestation de nouveaux symptômes et éléments de gravité étaient apparus. Dans un tel contexte, ce praticien aurait dû faire hospitaliser le patient. De même, l'appel au SAMU de l'épouse du patient aurait dû conduire le régulateur à envoyer « un moyen médicalisé sur place soit une ambulance du SMUR, soit un médecin de garde de proximité, en fonction des disponibilités » pour apprécier la situation et éventuellement transférer immédiatement le patient en milieu hospitalier. En revanche, la prise en charge aux urgences du centre hospitalier et dans le service de réanimation n'appelait de la part de l'expert, ni remarques, ni critiques. Il ajoutait, toutefois, que ces pneumopathies extensives et hypoxémiantes survenant chez des sujets cumulant autant de risques que le patient, avaient un taux de mortalité « significatif ». Mais il concluait qu'une prise en charge plus précoce aurait probablement donné au patient des chances de survie supplémentaires et qu'à contrario, une prise en charge retardée avait constitué pour lui une perte de chance qu'il évaluait à 50%, les autres 50% étant liés à l'état antérieur.

Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) (février 2007)

Approuvant le rapport d'expertise, la CRCI confirmait la responsabilité conjointe du médecin de garde et du régulateur du SAMU dans la perte de chance de survie du patient retenant l'évaluation fixée par l'expert à 50 %, soit 25 % pour chacun des deux praticiens. Estimant que, compte-tenu de la faute commise par le médecin de garde, il ne saurait y avoir lieu à partage des responsabilités, l'épouse du patient décidait d'assigner ce dernier devant le Tribunal de grande instance.

Tribunal de Grande Instance (TGI) (Mars 2010)

Les magistrats confirmaient que le médecin de garde avait contribué pour 25% à la perte de chance de survie du patient.

Indemnisation de 57 600€.