

L'appréciation des circonstances en matière de responsabilité médicale

Lire les commentaires de :

Laura Delimard

L'erreur de diagnostic commise dans l'urgence n'est pas nécessairement constitutive d'une faute

DÉCISION DE JUSTICE

CAA Lyon, 6ème chambre – N° 14LY01580 – 31 mars 2016 – C+ [↗](#)

INDEX

Mots-clés

Responsabilité hospitalière, Faute du médecin, Appréciation des circonstances, SAMU, SMUR, CHU, Erreur de diagnostic

Rubriques

Responsabilité, Santé publique

TEXTES

[f](#) [X](#) [in](#) [✉](#) | [PDF](#) [PDF, 179k]

Résumé Note universitaire

Résumé

- ¹

Devant une alternative thérapeutique, lorsque le médecin fait un choix qui, en définitive, se révèle ne pas avoir été le meilleur, il ne commet pas pour autant une faute si ce choix était le seul raisonnable dans l'instant.
- ²

La requérante soutient que son mari, qui a fait une crise cardiaque sur son lieu de travail, a fait l'objet d'une erreur de diagnostic : il a été soigné par le SMUR pour un infarctus alors qu'il souffrait en réalité d'une distorsion aortique. Le traitement administré en conséquence a augmenté le risque hémorragique et participé à l'apparition des complications intervenues durant l'opération, menant au décès du patient. La Cour a considéré l'ensemble des éléments dont le médecin disposait au moment de son intervention pour estimer qu'il n'avait pas commis de faute de nature à engager la responsabilité des services hospitaliers. En effet, seule la pratique d'une échographie en milieu hospitalier pouvait offrir une certitude sur le diagnostic du patient. Dès lors, le choix opéré par le médecin était le plus pertinent compte tenu de l'alternative thérapeutique à laquelle il était confronté à cet instant, alors même qu'il devait agir dans l'urgence et à distance des équipements d'investigation médicale de haute performance.

Note universitaire

L'erreur de diagnostic commise dans l'urgence n'est pas nécessairement constitutive d'une faute

Laura Delimard

Doctorante à l'Université Jean Moulin Lyon 3 - Equipe de droit public de Lyon

DOI : [10.35562/alyoda.6256](https://doi.org/10.35562/alyoda.6256)

¹ Dans cet arrêt rendu le 31 mars 2016, la cour administrative d'appel de Lyon revient sur un thème qui a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des années 2000 : la responsabilité médicale. C'est la jurisprudence administrative qui a donné le coup d'envoi d'un élargissement de la responsabilité médicale dans l'arrêt du 10 avril 1992, Epoux V où le Conseil d'Etat a abandonné l'exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité du service public hospitalier en cas d'acte médical.

² En l'espèce, M. E...A...avait été victime d'un malaise cardiaque sur son lieu de travail situé dans le département de l'Isère, proche de Bourgoin Jallieu et distant de 70 kilomètres de Grenoble. Ses collègues ont appelé le service d'aide médicale urgente (SAMU) rattaché au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble. Le médecin régulateur a décidé de déclencher une intervention du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) de Bourgoin Jallieu dans la mesure où le centre est territorialement compétent. Lors de l'arrivée des soignants un traitement est administré au patient. Par la suite M. E...A... est pris en charge par le SMUR de Grenoble qui l'a rapatrié en hélicoptère vers le CHU de Grenoble. Des soins ont été également prodigués lors du transport. À l'arrivée du patient des examens radiographiques ont mis en évidence une « dissection aortique de type A » nécessitant une intervention chirurgicale. Lors de l'intervention un choc hémorragique est survenu entraînant le décès du patient. Sa veuve, Mme F... A... a saisi la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) de Rhône Alpes afin d'engager la responsabilité du CHU de Grenoble. Cette dernière n'a pas accédé à sa demande. Ainsi la requérante a saisi le tribunal administratif de Grenoble. Son épouse demandant aux juges du fond de condamner le centre hospitalier universitaire de Grenoble et la société hospitalière d'assurance mutuelle à les indemniser elle, et ses enfants des préjudices résultant des fautes commises par cet établissement dans la prise en charge. Le tribunal administratif de Grenoble n'a pas fait droit à la demande de la veuve et a rejeté leur demande indemnitaire. Un appel a été interjeté devant la cour administrative de Lyon par les consorts A... afin d'annuler le jugement du tribunal administratif de Grenoble qui les a déboutés. Devant la cour administrative d'appel de

Lyon, les requérants souhaitaient obtenir une indemnisation de la part du centre hospitalier universitaire de Grenoble et de la part de la société hospitalière d'assurance mutuelle au titre des dispositions de l'article L.761-1 du code de la justice administrative.

³ En l'espèce, les juges lyonnais ont apprécié les circonstances en matière de responsabilité médicale. Se posait la question de savoir si le choix thérapeutique adopté par un médecin dans l'urgence qui, au final s'est révélé ne pas avoir été le meilleur peut entraîner sa responsabilité médicale ?

⁴ La cour administrative d'appel de Lyon a répondu par la négative en rejetant la demande de la famille du défunt en considérant que le choix thérapeutique adopté par le médecin du SMUR de Bourgoin-Jallieu, n'a pas revêtu de caractère fautif (I) de nature à engager la responsabilité des services hospitaliers quand bien même le diagnostic posé n'a pas été adapté (II)

I- La faute médicale écartée par la cour administrative d'appel

⁵ La responsabilité du CHU n'a pas été retenue par la cour d'appel de Lyon (A) quand bien même une erreur a été commise par le praticien (B).

A- La responsabilité du CHU écartée

⁶ Touchant l'humain dans ce qu'il a de plus précieux, sa santé, la médecine est un exercice infiniment délicat. La responsabilité des professionnels de santé est une question éminemment complexe du fait qu'elle se situe à la lisière du domaine juridique et du domaine médical. L'aide médicale urgente a pour objet de faire assurer aux malades et blessés en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins appropriés à leur état. En France, elle est organisée d'une façon spécifique : elle repose sur les Services d'aide médicale urgente (SAMU), structures hospitalières qui assurent, entre autres, deux activités nécessaires à la prise en charge des patients : les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA). Longtemps épargnés, les services d'urgence font l'objet d'un contentieux croissant. La difficulté de la prise en charge d'une urgence par rapport à un acte de soins programmé a souvent été prise en compte par les juridictions et le législateur qui au travers les dispositions des articles du code de la santé publique tend à mettre en place un cadre juridique strict. L'exigence de plus en plus absolue de résultat ne semble plus devoir épargner les urgences, lieu privilégié de l'émotion, de l'impatience et parfois du drame. En l'espèce, la requérante soutient que son mari, qui a fait une crise cardiaque sur son lieu de

travail, a fait l'objet d'une erreur de diagnostic : il a été soigné par le SMUR pour un infarctus alors qu'il souffrait en réalité d'une distorsion aortique. Le traitement administré en conséquence a augmenté le risque hémorragique et participé à l'apparition des complications intervenues durant l'opération, menant au décès du patient. Cet arrêt met en lumière la faute de service. La responsabilité de l'établissement public hospitalier couvre la responsabilité du médecin hospitalier pour les fautes commises dans son activité médicale. Autrement dit, en cas de faute médicale commise par un médecin hospitalier, la responsabilité engagée ne pourra être celle que de l'hôpital hormis une faute personnelle et détachable du service. La distinction opérée entre la faute personnelle et la faute de service est issue de l'arrêt Pelletier du Tribunal des conflits du 30 juillet 1873. La faute personnelle est celle qui « *révèle l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences* » (concl. sur T.C. 5 mai 1877, *Laumonnier-Carriol*, Rec. n° 95 p. 437) . La faute personnelle est donc celle qui laisse transparaître l'homme pris individuellement et non l'agent public. Pour mettre en évidence la faute personnelle, la jurisprudence administrative retient deux séries d'hypothèses, la faute intentionnelle commise dans le cadre du service mais détachable du service et la faute commise hors du service, mais non dépourvue de tout lien avec le service. Dans le cadre de la théorie du cumul de responsabilités, elle peut engager la responsabilité de l'administration. En l'espèce, le médecin urgentiste a opté pour un mauvais choix thérapeutique. Selon les termes de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique, « hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ». Selon les dispositions des articles L. 6311-2, R. 6123-1 et R. 6123-15 à R. 6123-17 du code de la santé publique organisent entre le SAMU, le SMUR et les services d'accueil et de traitement des urgences, la victime d'une faute commise à l'occasion de la prise en charge et du transport d'un patient vers un établissement de santé peut, lorsque les services impliqués dépendent d'établissements différents, rechercher la responsabilité de l'un seulement d'entre eux, ou leur responsabilité solidaire, sans préjudice des appels en garanties que peuvent former l'un contre l'autre les établissements de santé ayant participé à la prise en charge du patient. En l'espèce, les juges ont estimé que devant une alternative thérapeutique, lorsque le médecin fait un choix qui, en définitive, se révèle ne pas avoir été le meilleur, il ne commet pas pour autant une faute si ce choix était le seul raisonnable dans l'instant et, que ce choix n'a pas revêtu de

caractère fautif de nature à engager la responsabilité des services hospitaliers. Il s'agissait d'un choix raisonnable dans l'instant, le patient était en souffrance et le médecin était placé dans une situation d'urgence. Cette attitude doit être analysée, non comme relevant d'une décision partiellement inadaptée ayant entraîné une perte de chance de survie du patient, mais comme un choix pertinent en la circonstance, inévitablement affecté de l'aléa propre à toute mesure arrêtée en urgence et à distance des équipements d'investigation médicale de haute performance

Il convient à présent de se pencher sur la différence entre erreur et faute.

B- La distinction entre erreur et faute médicale

L'« *errare Humanum Est* », cette maxime attribuée à Sénèque ou encore à Saint Augustin signifie que le médecin a droit à l'erreur mais celle-ci ne doit pas être fautive. Une erreur médicale peut être une opération ratée, une erreur de diagnostic, un défaut dans l'appréciation du soin ou l'administration tardif de celui-ci. Ces négligences peuvent être reconnues comme erreur médicale ou comme faute médicale. On peut donc définir l'erreur médicale comme une erreur liée à l'incertitude et aux impondérables de la médecine. Lorsque le médecin n'a pas respecté les règles de l'art de la médecine, la faute médicale peut être reconnue. Ce n'est pas l'échec d'un acte médical qui est condamnable mais plutôt la raison de cet échec. Si l'on considère que le médecin n'a pas respecté l'ensemble des protocoles médicaux liés aux soins administrés, une faute médicale peut être reconnue. Avant l'arrêt d'Assemblée du 10 avril 1992 « Epoux V », on distinguait trois catégories de fautes : la faute lourde pour les erreurs de diagnostic et de traitement ainsi que les fautes commises lors des interventions chirurgicales, la faute simple pour les soins courants et la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier. L'arrêt susvisé du 10 avril 1992 a mis un terme à l'exigence de la faute lourde. En 1997, le Conseil d'Etat est allé plus loin avec l'arrêt Theux ([Conseil d'Etat, Section, du 20 juin 1997, n° 139495, publié au recueil Lebon](#)) et a admis qu'une faute simple suffit pour engager la responsabilité d'un établissement hospitalier résultant d'une faute dans l'organisation ou l'exécution d'un service médical d'urgence. Toutefois, toute erreur n'est pas fautive. Il ne peut s'agir de n'importe quelle erreur et le juge prend toujours en considération la difficulté de l'opération, l'urgence d'une situation, les moyens de l'hôpital. Mais, depuis le revirement de jurisprudence initié cet arrêt, le Conseil d'Etat a substitué à cette distinction, la notion de faute médicale de nature à engager la responsabilité. Certains auteurs juridiques (A. TUNC., « L'assurance, tous risques médicaux », dans *Le médecin face aux risques et à la responsabilité*, Paris, Fayard, 1968, p. 160 et s. ; J.

PENNEAU, *Faute et erreur en matière de responsabilité médicale*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1973) et certains jugements font une distinction entre la faute et l'erreur. Ainsi, la faute au sens juridique du terme se distinguerait de la simple erreur non fautive qui elle serait le résultat d'un comportement empreint de maladresse qui aurait pu être commise par un médecin prudent et diligent dans les mêmes circonstances (conclusions du commissaire du gvt Legal sur l'arrêt CE 10 avril 1992, Epoux V. 10 avril 1992, Epoux V., Rec. 171, concl. Legal ; AJDA, 1992, p. 355, concl. Legal ; *RFDA*, 1992, p.57).

9

Il est essentiel d'approfondir la réflexion en analysant les éléments mis à disposition du médecin pour établir son diagnostic.

II- L'erreur de diagnostic caractérisée

10

L'erreur de diagnostic (A') n'entraînant pas la responsabilité s'inscrit dans une position constante de la part des juges (B').

A'- L'erreur de diagnostic et l'absence de responsabilité

11

Les devoirs du médecin sont énumérés par le code de la santé publique et le code de déontologie médicale. L'article R 4127-33 du code de la santé publique précise que le médecin doit toujours « *élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés* ». L'obligation pesant sur le médecin est de donner à son patient des soins consciencieux, attentifs, et conformes aux données acquises de la science à la date des soins. Il faut donc vérifier, plutôt, si le diagnostic a été déterminé en utilisant les méthodes et les techniques adéquates compte tenu des circonstances. Du point de vue juridique, le diagnostic est « l'opinion donnée par le médecin sur l'état de son patient à la suite des révélations faites par ce dernier, des tests médicaux que celui-ci a pu subir et des propres observations du professionnel » (J.-P. MÉNARD, « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », dans *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, vol. 230, Cowansville, Editions Yvon Blais, 2005, p. 247). Les termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique énoncent que les actes de prévention, de diagnostic et de soins ne doivent pas en l'état des connaissances médicales faire courir de risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés. La démarche du diagnostic comporte trois étapes qui sont susceptibles d'entraîner la responsabilité du médecin, dont une étape clé : l'anamnèse. Cela permet de connaître les raisons invoquées par le patient pour justifier

la consultation et, parfois, elle permet même de découvrir d'autres motifs. Dans le cadre d'une poursuite devant les tribunaux, les juges analysent le comportement du médecin à chacune de ces étapes, s'assurant qu'il s'est conformé tout au long du processus aux règles de l'art. En l'espèce ce dernier s'est trouvé devant une alternative thérapeutique, il résulte de l'instruction que le traitement effectivement administré était celui recommandé par la haute autorité de santé (HAS) en 2007 en cas de suspicion d'un syndrome coronarien aigu et seule la pratique d'une échographie en milieu hospitalier pouvait offrir une certitude sur le diagnostic du patient. En l'occurrence, il est logique que la cour administrative d'appel ait conclu qu'aucune faute de diagnostic ne pouvait être retenue à l'encontre du médecin généraliste dès lors que celui-ci a procédé à un examen clinique conforme aux règles de l'art et que les antécédents du patient étaient de nature à l'orienter vers un diagnostic erroné et qu'une réaction positive du patient au traitement prescrit était de nature à confirmer. Les juges lyonnais ne retiennent pas la responsabilité du médecin, alors que le rapport des experts vont dans le sens de la requérante en faisant état qu'une alternative thérapeutique devait être envisagée, en effet, l'administration d'un traitement qualifié de « maximaliste », associant anticoagulants et antiagrégants, prescrit par le médecin du SMUR de Bourgoin-Jallieu, lequel s'est trouvé en charge de l'intéressé de son arrivée sur les lieux du malaise jusqu'à l'intervention de l'hélicoptère du SMUR de Grenoble, a augmenté le risque hémorragique et participé à l'apparition des complications hémorragiques intervenues en pré opératoire. Ces experts ont également estimé que, compte tenu du diagnostic posé par l'équipe médicale du SMUR de Bourgoin-Jallieu évoquant alternativement la possibilité d'un syndrome coronarien aigu et d'une dissection aortique, « le médecin aurait dû faire envisager un traitement « simplifié », aspirine seule par exemple et, bien entendu un traitement symptomatique de la douleur ». Le médecin du SMUR de Bourgoin-Jallieu qui a assisté M. E...A... dans les premiers temps de sa prise en charge n'a évoqué l'hypothèse d'une dissection aortique qu'à l'intention de ses confrères devant accueillir le patient au CHU de Grenoble, dès lors que seule la pratique d'une échographie en milieu hospitalier pouvait offrir une certitude en la matière ; que l'alternative à laquelle le médecin était confronté dans l'instant entre, d'une part, répondre à une atteinte aortique, dont le caractère trop hautement spéculatif en situation de première urgence interdisait qu'elle fonde effectivement le traitement et, d'autre part, retenir un syndrome coronarien aigu, dont la probabilité était particulièrement élevée, devait alors raisonnablement conduire à opter pour la seconde de ces conjectures. Il faut donc en déduire qu'un autre médecin normalement compétent et diligent, placé dans les mêmes circonstances, aurait commis la même erreur de diagnostic.

B'- La position constante des juges en matière d'erreur de diagnostic

12

Pour les juges lyonnais « on ne saurait retenir la responsabilité du médecin du seul fait que le diagnostic n'a finalement pas été posé de façon satisfaisante ». Ici les juges lyonnais rappellent dans la continuité de la jurisprudence qu'une erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même une faute, sauf à démontrer qu'elle résulte d'une négligence dans l'examen pratiqué parce que celui-ci a été conduit de manière rapide, superficielle ou incomplète (CA Grenoble, 22 avr. 2014, n° 12/0341) . Les juges ont déjà eu l'occasion d'affirmer qu'une erreur de diagnostic n'est pas nécessairement fautive (Cass. 1^{re} civ., 17 juin 2015, n° 14-19725) . La Cour de cassation retient qu'aucune faute ne peut être retenue à l'encontre du médecin généraliste même si celui-ci a commis une erreur de diagnostic lourde de conséquences pour son patient. La Cour de Cassation s'est prononcée au sujet du cas des diagnostics complexes et a admis que l'erreur de diagnostic n'est pas fautive si le diagnostic est médicalement difficile (civ.1^{ère} 31 mai 2007 n° 06-12.641 ; Cass.1^{ère}, 4 mai 2012 n° 11- 17022) . Dans un arrêt en date du 25 juin 2009 (Cass. 1^{re} civ., 25 juin 2009 n° 08-15.560), la cour considère en effet que ne commet pas de faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement le médecin qui commet une erreur de diagnostic, alors qu'avant le passage à l'acte de la victime rien ne permettait de déterminer si les symptômes présentés par la patiente permettaient de privilégier l'hypothèse d'une psychose puerpérale plutôt que celle d'une dépression post puerpérale, que la psychose puerpérale présente des difficultés de diagnostic mises en évidence dans la documentation médicale, en raison tant de la rareté de cette maladie que de l'absence de sémiologie caractéristique de celle-ci, la difficulté étant aggravée, compte tenu du tableau clinique que présentait la victime qui s'apparentait à celui de la dépression post partum, que le médecin, intervenu sans retard, avait mis en œuvre tous les moyens et précautions nécessaires pour parvenir à un bon diagnostic, en consacrant du temps et toute son attention à sa patiente et à son entourage à deux reprises en deux jours. Or en l'espèce les juges lyonnais auraient pu indiquer dans leur décision que selon les dispositions les articles 32 et 33 du code de déontologie médicale qu'en présence d'un doute diagnostique, le médecin aurait dû recourir à l'aide de tiers compétents ou de concours appropriés (Cass. 1^{ère} civ., 27 nov. 2008, n° 07-15.963) . Ici, nous sommes en présence d'une situation d'urgence ainsi se pose également la question du diagnostic hâtif ou de l'insuffisance d'investigations (CA Aix en Provence, 10.09.2008, n° 07/00531) ? La cour d'appel de Lyon a apprécié l'ensemble des éléments dont le médecin disposait au moment de son intervention pour estimer qu'il n'avait pas commis de faute de nature à engager la responsabilité des services hospitaliers.

Le juge doit rechercher si le médecin mis en cause, compte tenu des éléments connus par lui et des circonstances, aurait dû agir autrement qu'il ne l'a fait. Il en est, par exemple, ainsi lorsqu'un médecin généraliste, qui n'avait pas la qualité de médecin urgentiste, commet une erreur de diagnostic à la lecture des clichés radiographiques alors qu'il est fait déontologiquement obligation à tout praticien de s'abstenir, sauf circonstances exceptionnelles, d'entreprendre ou de poursuivre des soins, ou de formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose (Cass. 1re civ., 25 nov. 2010, n° 09- 68.631).

13

Les juges lyonnais démontrent au travers de cet arrêt que chaque situation en matière médicale est unique et que l'appréciation des circonstances est essentielle pour livrer une solution, quand bien même elle ne serait pas en faveur des victimes et de leurs ayants-droits. Il reviendrait au Conseil d'Etat, éventuellement saisi d'un recours en cassation, d'apprécier si la cour administrative d'appel a dénaturé ou non les pièces du dossier.